



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RECÔNCAVO DA BAHIA
CENTRO DE ARTES, HUMANIDADES E LETRAS
CURSO DE GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL**

CAMINHOS DE PEDRAS:

**SAÚDE DOS USUÁRIOS DE CRACK EM SITUAÇÃO DE RUA NO BAIRRO DE ROMA EM
SALVADOR BAHIA.**

PAULO DIAS CONCEIÇÃO

**CACHOEIRA / BAHIA
2015**

PAULO DIAS CONCEIÇÃO

CAMINHOS DE PEDRAS:

**SAÚDE DOS USUÁRIOS DE CRACK EM SITUAÇÃO DE RUA NO BAIRRO DE ROMA EM
SALVADOR BAHIA.**

Monografia apresentada ao curso de Serviço Social, no Centro de Artes, Humanidades e Letras - CAHL da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia – UFRB, sob orientação da Profª Drª Heleni Duarte Dantas de Ávila para obtenção do título de Bacharel Em Serviço Social.

**CACHOEIRA / BAHIA
2015**

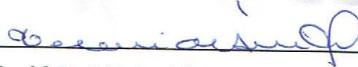
PAULO DIAS CONCEIÇÃO

CAMINHOS DE PEDRAS:

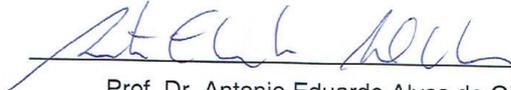
saúde dos usuários de crack em situação de rua no bairro de Roma em Salvador Bahia.

Cachoeira – BA, aprovada em 21/05/2015.

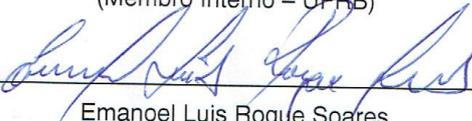
BANCA EXAMINADORA



Prof.ª Dr.ª Heleni Duarte Dantas de Ávila
(Orientadora – UFRB)



Prof. Dr. Antonio Eduardo Alves de Oliveira
(Membro Interno – UFRB)



Emanuel Luis Roque Soares
(Membro Externo)

Ao Pai Eterno e Celestial que sempre caminha junto comigo, guiando-me e livrando-me de todo mal;

Á minha Mãe Nair Dias Conceição (In Memoriam) a primeira *Pedra Preciosa* de *minha vida*, que me ensinou a valorizar as pessoas como elas são e não como gostaríamos como elas fossem; fonte inesgotável de inspiração que almejo em minhas *caminhadas*.

AGRADECIMENTOS

Ao CRIADOR de todas as coisas, aquele que não julga, não é opressor e também não é vingativo. Aquele que está em todos os lugares, não mede esforços para a nossa felicidade, manifestando-se com respeito, independentemente de como estamos, de como somos, de quem somos, estando sempre pronto a nos amar.

A minha FAMÍLIA, por sempre, por tudo, em todas as horas de incertezas, por estarem ao meu lado incondicionalmente.

Minha Mãe Nair Dias Conceição (In Memoriam) pelos ensinamentos e educação que me tornou tudo o que sou hoje. As minhas Irmãs Suely Moreira, Anita Moreira, Lúcia Dias, Georgina Dias e Nailde Dias que fizeram parte na construção desse processo que foi árduo e muitas das vezes desesperador.

Ao Grupo de estudantes que, em março de 2010 fincaram suas barracas no estacionamento do Centro de Artes Humanidades e Letras – CAHL / UFRB e se intitularam de, *os embarracados do CAHL* com o único objetivo de lutar para que o centro pudesse oferecer as seguranças mínimas de assistência estudantil para que os filhos do povo, já que o propósito do surgimento desta Universidade seria para o povo, pudessem continuar seus sonhos em busca de um ensino público de qualidade podendo transformar suas vidas e de suas comunidades.

Ademir Fernando (In Memoriam), vida ceifada precocemente e que até hoje não se sabe o que houve de verdade (E NÓS QUEREMOS E EXIGIMOS A VERDADE). Só resta uma perda, uma família em luto e a esperança de luta para que outros não sofram esse atentado;

Jonney Souza (Jó), meu irmão que a vida me deu, pelo seu carinho, respeito, dedicação e personalidade única, marcante e sua generosidade;

Luiz Gabriel de Lacerda (biel), pelo homem generoso e perturbado que és, um gênio inclassificável, pela sua luta e seu estilo, seus esforços para ver um mundo mais justo, melhor e mais humano de fato;

Luis Antônio Girardi (carequinha), por suas manias e seu amor e dedicação com os seus;

Monique Santos (nick) irmãzinha mais nova que com uma personalidade e inteligência assustadora nos ensinou e nos ama muito, mesmo a distância;

Bruno Henrique (bruninho), por toda força que destes ao movimento e pela generosidade de um forasteiro paulista palmeirense em terra de baianos;

Cleiton Cintra, que esteve presente em toda luta e contribuiu muito com o movimento;

Murilo Fernandez, mais um que com a cara e coragem se fez presente nesta jornada;

Solange Targino (sol) que se dedicou em todos os momentos por esse sonho e que foi mãe de um bando de *loucos por transformações*, sem sua ajuda (sol) tudo seria diferente, talvez, não chegaríamos até aqui;

Edvalda Lima (dinha) mais uma irmãzinha e agora comadre, por nos oferecer tudo que possuía até sua religiosidade;

A Átila Rodrigues, amigo, companheiro de casa por muito tempo e agora compadre, abrigado por tudo;

Laiana Matos (lai) a primeira mulher embarracada que nos ajudou e tornou uma grande amiga e parceira em todas as horas;

A Daniel Santos, Erivaldo Reis, Sérgio Mascarenhas, Gilson Filho, Menderson Bulcão, Clíssio Santana, Jamile Oliveira, Zaine Carvalho, Tais Bispo, Alane Reis, Larrisa Conceição, Carlos Eduardo (Du, meu segurança de todas as horas), Ademar Papa Léguas, aos tantos outros, pelo carinho, apoio e amizade sem limites;

Aos meus amigos e irmãos do Terreiro Oyá Mucumbi Filhos do Cavunji Aunjilê – Mãe Dionísia pelo AMOR , ensinamentos e cuidados dados a mim; Ebomi Marlene dos Santos (dona Leninha) mais uma mãe que Deus e os Orixás me deu; Ebomi Aleluia e Ogã Vaval pelo respeito, dedicação e carinho, saibam que é recíproco. A todos os filhos e filhas de santo do terreiro que estão sempre dispostos a nos ajudar;

A Professora Rosemeire Motta Guimarães (minha querida Rose), pela sua amizade, carinho e respeito, conseguindo penetrar em minha vida como uma amiga fiel, me mostrando um ser ético em todos os momentos e, aos nossos projetos juntos... Vamos continuar esse sonho de mostrar as injustiças à margem do rio Paraguaçu, que DEUS continue te guiando, te dando vida e saúde e te protegendo a cada momento Rose;

Ao Professor Emanuel Roque Soares, pelos anos no grupo de pesquisa Biografia de Mãe Baratinha em que aprendi muito com seus ensinamentos e preparação para lutarmos por mais justiça social;

Às professoras que me inspiraram e que pude enxergar o que é ser *Assistente Social*: Valéria Noronha, Márcia Clemente, Marcela Silva, Simone Brandão e Rosenária Ferraz, agradeço pelos ensinamentos;

A Professora Helení Duarte Ávila, que aceitou esse desafio, pelo carinho e dedicação que tens por mim;

A Assistente Social Érika Brito Rios, minha supervisora de campo de Estágio no CAPS Ana Nery Em Cachoeira, pelo acolhimento, ensinamentos e por ter me proporcionado mais uma dádiva que é conhecer a saúde mental com outros olhos. A todos os Usuários do CAPS com quem aprendi a respeitá-los e amá-los e aos colaboradores que me receberam de braços abertos;

A Assistente Social Simone Nuno, minha Supervisora na SESAB, mas, os planos deram errados e, nos tornamos amigos e parceiros na Assistência Farmacêutica para poder dar um atendimento justo e humano aos usuários;

A todas as pessoas que me ajudaram direta e indiretamente na construção desse trabalho. Todos que me fizeram ouvidos, que me apoiaram, e que também me criticaram, pois, sem essas críticas não teria a dimensão do quanto seria importante mostrar os *Caminhos de Pedras mais que Preciosas* que muitos os invisibilizaram;

As minhas *DECEPÇÕES OU SIMPLEMENTE, AS PEDRAS NO MEIO DO CAMINHO*, pois foram nelas, nos momentos de tristezas e dor que pude dar o meu melhor, mostrando que somos feitos de contradições e que o melhor *caminho* em nossas vidas é querer e poder ser cotidianamente um ser melhor e, esta condição só poderemos encontrar em nós mesmos;

A Alex Almeida, que me mostrou que somos únicos e que devemos sim acreditar no AMOR E A AMAR... Mais uma benção que chegou a minha vida pra fincar raízes e ainda trouxe toda sua família de presente pra mim, que hoje, posso dizer que já faço parte dessa família;

Por fim, a mais um DIA de VIDA, que estes possam se reproduzir por tempos, afinal o tempo sempre foi e ainda é a cura para muitos males que deixamos adentrar em nossas vidas, e havendo cura, não há porque temer os percalços dos *caminhos de pedras*, estes sim, serão

sempre necessários para nos tornarmos em todos os momentos, mais justos, mais fiéis, mais amigos e mais humanos.

“A menor minoria na terra é o indivíduo. Aqueles que negam os direitos individuais não podem se dizer defensores das minorias”. Ayn Rand.

RESUMO

O desemprego, a violência, a reestruturação do trabalho nos levaram há uma situação catastrófica por tempos em nosso país, ainda se fazendo bem presente na atualidade. Há um número assustador de pessoas que se encontram em Situação de Rua e o uso de drogas consideradas lícitas e ilícitas especialmente o consumo abusivo de Crack nos últimos anos tornou-se compulsivamente maciço nas camadas mais pobres e flageladas em todo país e na cidade de Salvador, Bahia. O estudo em questão tem como finalidade trazer a tona uma problemática que se faz *invisível* aos olhos da sociedade, que é de suma importância *revelar* a situação da saúde desses usuários. O estudo escolhido para este trabalho de conclusão de curso foi: *O estado de vida e saúde e o acesso ao sistema público de saúde dos usuários de Crack em Situação de Rua no bairro de Roma em Salvador/Bahia*. Utilizando como ponto de partida os princípios do Sistema Único de Saúde SUS, do que está preceituado no artigo 5º, assim como nos artigos 196 a 200 referentes aos direitos à saúde contidos na Constituição Federal de 1988. Utilizando autores como Arendt, Sposati, Goffman, dentre outros que dialogam sobre invisibilidade, estigmatização, promoção e acesso a saúde, raça e sexualidade nas populações ditas minorias e marginalizadas pela sociedade é que este trabalho foi embasado. Pretende-se, com este trabalho contribuir para dar visibilidade e garantir direitos a essas pessoas que são *únicas*, são *pedras preciosas*, estando à margem de seus direitos e que são excluídos nesses *caminhos de pedras*.

Palavras-chave: Crack. População em Situação de Rua. SUS.

ABSTRACT

The unemployment, the violence, the restructuring of the work took us that there is a catastrophic situation for times in our country, still doing quite presently in the present. There is a frightening number of persons who are in Situation of Street and the use of lawful and illicit respected drugs specially the abusive consumption of Crack in the last years was made compulsivi massively into the layers most poor and flagellated in any country and into Salvador's city, Bahia. The study open to question has like finality there brings the surface a problematics that is made invisible to the eyes of the society, which is of abridgement importance to reveal the situation of the health of these users. The study chosen for this work of conclusion of course was: The state of life and health and the access to the public system of health of the users of Crack in Situation of Street in the district of Rome in Savior / Bahia. When 196 are using like starting point the beginnings of the Only System of Health SUS, of which it is prescribed in the 5th article, as well as in the articles to 200 referents to the rights á health contained in the Federal Constitution of 1988. Using authors like Arendt, Sposati, Goffman, among others that talk is left invisibilition, estigmatization, promotion and I access the health, race and sexuality in the stated populations minorities and marginalized by the society the fact is that this work was embased. one intends, in spite of contributing this work to give visibility and to guarantee rights to these persons who are only, there are precious stones, being alongside his rights and what are excluded in these stones ways.

Keywords: Crack. Population in Situation of Street. SUS.

LISTA DE FIGURAS

Número	Título	Página
01	Complexo onde abarcava a Fundação Cidade Mãe, Conselho Tutelar, Albergue Municipal e CREAS POP.....	39.
02	Complexo onde abarcava a Fundação Cidade Mãe, Conselho Tutelar, Albergue Municipal e CREAS POP.....	39.
03	Complexo onde abarcava a Fundação Cidade Mãe, Conselho Tutelar, Albergue Municipal e CREAS POP.....	39.
04	Fotografia mostrando o espaço demolido já dando a forma de futuro estacionamento.....	40.
05	Fotografia da rodilhas de esgoto que servem como moradia para alguns usuário no bairro de Roma em Salvador.....	40.
06	Fotografia mostrando um carrinho de reciclagem de um usuário....	40.

LISTA DE SIGLAS

AIDS - do inglês Acquired Immunodeficiency Syndrome para o português, Síndrome da Inumodeficiência Adquirida.

BIRD – Banco Interamericano de Reconstrução e Desenvolvimento.

CETAD – Centro de Estudos e Terapia de Drogas.

CF – Constituição Federal.

CRAS – Centro de Referência da Assistência Social.

CREAS POP – Centro de Referência Especializado de Assistência Social á População em Situação de Rua.

CTA – Centro de Testagem e Aconselhamento.

DASF – Diretoria de Assistência Farmacêutica.

ESF – Estratégia de Saúde da Família.

FMI – Fundo Monetário Internacional.

LOAS – Lei Orgânica da Assistência Social.

MDS – Ministério de Desenvolvimento Social.

MPRBA – Movimento População de Rua da Bahia.

OSID – Obras Sociais Irmã Dulce.

PNAS – Política Nacional de Assistência Social.

PNH – Política Nacional de Humanização.

SUS – Sistema Único de Saúde.

SUAS – Sistema Único de Assistência Social.

SESAB – Secretaria de Saúde do Estado da Bahia.

SMS – Secretaria Municipal de Saúde de Salvador.

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecimento.

UFRB – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia.

UPA – Unidade de Pronto Atendimento.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	12
INTRODUÇÃO	14
1. CAMINHOS DE PEDRAS	15
1.1 Reflexões Sobre População em Situação de Rua e Uso de Crack em Salvador	16
1.2 Caminhos das Políticas Públicas Voltadas á População	20
2. OS CAMINHOS DA PESQUISA	28
2. 1 Metodologia.....	29
2.2 O Campo	31
2.3 Os Dados	37
3. MUITOS SÃO OS CAMINHOS	39
3.1 Caminhos dos Usuários	42
3.2 Caminhos Institucionais	50
3.3 Caminhos da Farmácia	52
3.3 Caminhos do Serviço Social	53
CONSIDERAÇÕES CONTINUADAS	56
REFERÊNCIAS	57
ANEXOS.....	60

APRESENTAÇÃO

Desde o primeiro momento que resolvi sair do bairro de Roma na Cidade Baixa em Salvador-Bahia para estudar Serviço Social na UFRB em Cachoeira, sabia claramente que faria algo específico na perspectiva de trabalhar com a População em Situação de Rua que estava ao meu redor usando drogas. Ficava sempre inquieto e apreensivo vendo crianças nascerem nas ruas, crescendo e vivendo nas ruas, pessoas sendo agredidas, brigas constantes por disputas territoriais e outros motivos. Também me deparava constantemente vendo meninas e meninos vendendo seus corpos e furtando os transeuntes para poderem manter seus vícios, a dependência química em seus diversos níveis, disputando espaços e agredindo-se mutuamente.

Desde cedo, aproximadamente, aos 19 anos, comecei a notar, ao meu redor, um grande quantitativo de pessoas que estavam em Situação de Rua e a cada ano aumentavam esses números de pessoas que eram levadas a aderir às ruas como suas moradias. Questionava-me constantemente o porquê de tantas pessoas vivendo em situações desumanas e mesmo assim, com todas as inseguranças, as incertezas da vida, eles permaneciam nas ruas, principalmente numa região que havia um albergue para essas pessoas passarem uma temporada, mas, o que eu via era simplesmente que havia mais pessoas fora desse albergue do que adentrando nele.

A região em que resido é conhecida como a península de Itapagipe, que compreende vários conglomerados de bairros superpovoados, majoritariamente uma região de população predominantemente afro descendente, de famílias numerosas e que vivem cercadas e banhadas pela baía de todos os santos. Essa região também, segundo dados do Movimento da População de Rua – MPR/BA, é a região de maior concentração dessa população, dentre estas pessoas encontramos as maiores incidências de caso de tuberculose e AIDS, de prostituição por travestis saindo da adolescência e entrando na juventude.

Talvez seja pelos seguintes motivos: Uma região em que está situado a Igreja dos Órfãos de São Joaquim, a feira de São Joaquim, a Igreja de Nossa Senhora dos Mares, o Largo dos Mares, Igreja de Nossa Senhora da Imaculada Conceição, Obras Sociais Irmã Dulce, Hospital São Jorge (que hoje contém uma UPA 24 horas), o Largo de Roma, Fundação Cidade Mãe, Albergue Municipal, Conselho Tutelar, CREAS POP RUA, Unidade da Estratégia de Saúde da Família – ESF – Virgílio de Carvalho, COAS-CTA e a Igreja do Bom Jesus dos Navegantes e Nossa Senhora da Boa Viagem, sendo que todos esses equipamentos

mencionados estão em um trajeto de 3 km. Intitulei de “*Os Caminhos de Pedras*” porque nesse trajeto há uma transitoriedade dessa população em questão.

Hoje, 2015, o cenário modificou um pouco, haja vista que, o Albergue Municipal, a Fundação Cidade Mãe, o Conselho Tutelar e o CREAS POP foram demolidos em janeiro de 2015 para virar um estacionamento privativo. Grandes parcelas de pessoas que estavam nessa situação ocuparam outros espaços nas regiões vizinhas, porém, ainda permanecem muitos pelo local, na resistência em seu território. Ressalto que, nem todos que estão em situação de rua, são usuários de álcool, Crack e outras drogas ou são praticante de furtos ou algo ilícitos aos olhos dos homens. Em meio há esse grupo específico, que fazem o uso abusivo de Crack é que comecei, em meados de 2012 no bairro de Roma em Salvador, a fazer meus primeiros contatos. Ouvi-los, aconselhá-los e também aprender mais sobre o mundo dos que estão em situação de rua e usa drogas. Mundo esse cheio de facetas, perigos, vulnerabilidades e acima de tudo cheio de histórias que poucos ouvem.

Nesse trajeto conheci muitos, “*malhados*”, “*neguinhas*”, “*galegos*”, “*índios*”, “*grandes*”, “*coroas*”, “*travecos*” e “*pivetes*”, pois assim muitos são conhecidos e quando somem, outros aparecem de outros lugares e são chamados dessa mesma forma pelas características físicas. Fazem parte de um grande circuito, em que prevalece o respeito, a honestidade e a consideração entre eles, quando um deles quebra esse ciclo, são mandados embora, ameaçados ou agredidos. Também dessa maneira, prevalece o sexo em sua maioria das vezes desprotegido, a despreocupação com seus cuidados de saúde e higiene pessoal, compartilhamentos de utensílios para o uso de Crack, a troca de favores e a tomada das dores, pois, se um deles for agredido, com certeza, os outros irão correr atrás de quem o agrediu.

Observei muitas agressões, brigas, tentativas de homicídios e tentativas de dar um socorro, um auxílio para vários desses usuários, mas, o atendimento foi barrado, negado pelos agentes de saúde dos hospitais próximos logo na porta de entrada, afinal, muitos destes usuários não tem identificações, em sua maioria estão com aspectos de falta de asseio e cuidados de higiene pessoal, ou estão ainda sob efeito das drogas, o que impede que esses usuários tenham seus atendimentos realizados nessas instituições de saúde.

Nessas perspectivas, é que resolvi querer aprender mais e a investigar quem são essas pessoas que vivem em situação de rua e fazem o uso abusivo de crack nessa região, como estão às condições de vida e saúde dessa população, seus dramas cotidianos, anseios, sonhos, sua realidade de cada dia, como se concretiza o seu acesso ao sistema único de saúde que é regido pelos princípios fundamentais que são a universalidade, a equidade e a integralidade desse sistema.

INTRODUÇÃO

Este estudo tem como finalidade mostrar os diversos *caminhos* percorridos pela população usuária de crack em Situação de Rua no bairro de Roma em Salvador-Bahia. Mostrar toda uma trajetória traçada por opressões, discriminações e invisibilidades para essa parcela da população. São excluídos diariamente e reprimidos por muitos na região, em especial por parte do poder pública em sua personificação de Polícia Militar.

Os *caminhos* foram divididos em três partes, o primeiro momento relata um contexto sócio histórico das pessoas que vivem em Situação de Rua, assim, como também àquelas que fazem abuso de drogas psicoativas em especial o crack, seguido pelo contexto histórico das Políticas Públicas voltadas para essa parcela da população. O estigma que se faz presente para esta população é historicamente firmada neste processo de exclusão e invisibilidade social. Conforme **Silva** (2006), a População em Situação de Rua é fruto de um sistema de produção capitalista e reprodução de mecanismos que os levam a estas condições desumanas.

Moreira (2007) reafirma que às condições desta população se firma nas condições socioeconômicas do nosso país, em que há uma grande parcela em situação de miserabilidade e atrelado ao processo complexificado de perdas de vínculos familiares num mundo em tempos de drogas. O que **Gey** (2009) vai abordar que no mundo das drogas, o cenário e as condições nunca são as mesmas, elas estão em constantes mudanças, o que nos levam a *caminhos* incertos.

Num segundo momento mostraremos os *caminhos* da pesquisa, mostrando a metodologia adotada, de cunho qualitativo, não desprezando os dados quantitativos, pois os mesmos se fazem presente para toda conjuntura desta análise. Procurando trazer mecanismos (instrumentos) que pudessem nos levassem ao campo em que foi aplicado este estudo, o bairro de Roma, assim como também revelando os dados obtidos. Que mostra ao raio “x” da saúde física e do acesso ao sistema público destes usuários. Em terceiro e último momento, revelar-se-á os muitos *caminhos* percorridos por essa população para chegar a ter acesso ao sistema público de saúde da região, mostraremos como está a saúde física dessa população, os *caminhos* institucionais, os *caminhos* da farmácia e os *caminhos* do Serviço Social. Para **Scorel** (1999) explicita que a exposição à situações de vulnerabilidades socioeconômicas gera precariedade no acesso a direitos legais e obstáculos ao exercício da cidadania, o que

para **Carbone** (2000), “*apenas uma abordagem multidisciplinar que priorize os aspectos sociais pode estabelecer vínculos entre a pessoa em situação de rua e um serviço de saúde*”. Finalizando então os *caminhos* destes usuários que são feitos “de”, “com” e “por” *pedras*, “pedras jogadas ao chão”, “pedras amontoadas”, “pedras reerguidas” e “pedras que são diariamente consumidas”.

CAPÍTULO 1
CAMINHOS DE PEDRAS

1.0 CAMINHOS DE PEDRAS

*“Transforme as pedras que você tropeça nas pedras de sua escada.”
Sócrates.*

Neste primeiro capítulo abordaremos as principais questões acerca dos aspectos que envolvem a População em Situação de Rua em Salvador, o uso do crack e as Políticas voltadas para esse seguimento. Percorrendo os diversos *caminhos* que envolvem essa parcela populacional que os fazem *invisibilizados* e marginalizados diante a essa sociedade que não concebem um mundo diverso.

1.1 REFLEXÕES SOBRE POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA E USO DE CRACK EM SALVADOR.

Ao longo de toda a história da população brasileira nos deparamos em seus *caminhos* por diversos momentos conflituosos e que até os dias atuais fazem-se presente nesta sociedade, sempre atrelado às mudanças no mundo do trabalho, sua reestruturação e os mecanismos de controle da economia. Conforme Silva (2006, p.82) afirma, que, o fenômeno da população de Rua no Brasil é devido às suas *múltiplas determinações*: são fatores *estruturais* (falta de moradias), *biográficos* (ligado às histórias de vida de cada indivíduo), *catastróficos de natureza*, sendo que essas determinações fazem parte desse fenômeno, porém, tais causas estão vinculadas às estruturas da sociedade capitalista, seus processos imanescentes á acumulação do capital e sua reprodução continua de superpopulação relativo ao exercito industrial de reserva.

Outrora mendigos, vadios, esmolés, como eram conhecidos por grande parcela da sociedade, faziam parte de um contingente majoritariamente afro descentes (inclusos nestes processos, negros, pardos e não brancos) que eram excluídos, culpabilizados por estarem em situação de rua, marginalizados, punidos e criminalizados por pertencerem a uma parcela que são fruto propositais de estratégias governamentais em favor de uma classe dominante e a favor do bom andamento do capital e do acúmulo de bens, o que Mendes (2007) já abordara:

Assim sendo, a maioria dos autores que escrevem sobre a população de rua enfatiza questões como o desemprego, os reflexos da crise mundial, as mudanças estruturais da economia, a crise social provocada pelo crime organizado e o tráfico de drogas e a ideologia neo-liberal, entre outros, como fatores que explicam (e no mais das vezes justificam) a existência de pessoas que se encontram fora do mercado formal de trabalho e que se utilizam do espaço público como local de moradia. (MENDES 2007, p.4)

Em Salvador, cidade na qual se concentra esse estudo, num espaço conflituoso, vulnerável e homicida, em sua tese de mestrado, Fraga Filho (1996) abordara os mecanismos de sobrevivência, de resistência e de lutas dos homens e mulheres livres e libertos no sec. XIX na cidade de Salvador, traçando um perfil étnico dos “*mendingos*”, sua territorialidade, e suas relações com os brancos da sociedade. Isso embasado em documentos históricos da Santa Casa de Misericórdia da Bahia para relatar seus fatos.

O que para Munanga (2005), relata sobre o racismo instaurado nas civilizações, fruto de uma cultura eurocentrada, discriminatória e excludente, conforme suas palavras:

[...] O racismo, não surgiu de uma hora para outra. Ele é fruto de um longo processo de amadurecimento, que objetivou a mão-de-obra barata através da exploração dos povos colonizados. Exploração que gerava riqueza e poder, sem nenhum custo-extra para o branco colonizador e opressor. Aos poucos o racismo foi surgindo e se consolidando, assim como toda cultura popular, por exemplo, sobrevive aos tempos porque ela é transmitida através de gerações, aconteceu e acontece também com o racismo muitas vezes. E sendo o racismo um fenômeno ideológico, ele se consolida através dos preconceitos, discriminações e estereótipos. Desta base ideológica de sobrevivência é que podemos perceber que o racismo tem sobrevivido e foi se fortalecendo através das épocas, alcançando, comunidades, escolas, salas de aula e tantos outros lugares. (MUNANGA, 2005, p.42).

Assim, a população que, com o tempo e com as mudanças na sociedade muda a sua nomenclatura (*mendigios, vadios, esmolés, trombadinhas, morador de rua*), permaneceu marginalizada ao longo dos séculos. Contemporaneamente e fruto das pressões dos movimentos sociais estas pessoas que vivem nas ruas passam a ser chamadas de *População em Situação de Rua*, ou seja, a velha questão social permanece, apenas com uma nova

roupagem, com demandas atualizadas pela lógica do capital e com novas ofertas e perspectivas. tornaram-se *visíveis* como problemáticas as práticas de estar em situação de rua com fôrma difusa e caricata, ressurgiram com novos dilemas (principalmente àqueles dilemas antigos que sempre existiram a exemplo de perseguição por parte da polícia militar aos Moradores em Situação de Rua sempre postura opressora e segregadora de tal modo que fazem pelas ruas varreduras, ou limpezas étnicas para expulsar esses moradores dos locais; também, a situação das mais diversas violências sofridas por essa população que em parte, é fruto de tráfico ou dívidas com drogas e, esses *caminhos* foram mais encurtados em tempos de crack. O que segundo Frangela (2009) há essa ocorrência por tais motivações:

Há um aumento de pessoas na rua em decorrência do agravamento da situação socioeconômica; e um gradual adensamento da teia de atendimento a essa população, abrindo espaço para sua visibilidade política. Tal processo revela o efeito dos problemas socioeconômicos sobre o habitante das ruas, a complexidade de fatores que o envolve, e sua captura nas redes dos movimentos urbanos sociais e políticos (FRANGELA, 2009, p.67).

O que Costa relata como algo visível, porém complexificado:

Até então inumerável, invisível e inominável, nos últimos trinta anos a experiência de rua ganha número, visibilidade e nome próprio – população de rua – e assim entra na cena do espaço público paulistano e também de outras cidades do Brasil. Particularmente no centro de São Paulo a população de rua parece que está em todo lugar. É alvo de discursos e olhares, regimes enunciativos e de visibilidade. São implantados insistentes dispositivos para se ouvir, ver, registrar e falar da população de rua. Discursividades múltiplas são incitadas: declarações públicas, artigos de jornais, periódicos científicos, monografias, pesquisas estatísticas, livros-depoimentos. Visibilidades também são suscitadas: câmeras, filmes, fotos, sistemas de informação, mapeamentos estatísticos, cartazes, manifestações no espaço público. Sem falar nos agentes, instituições e outras instâncias mais especializadas: ONGs, albergues, uma lei municipal própria, blogs de discussão, datas e periódicos específicos, Pastoral do Povo da Rua, fóruns e mais fóruns, e, agora, um comitê interministerial próprio e um movimento social de escala nacional (COSTA 2007, p.19)

A cidade de Salvador, segundo levantamentos do senso do IBGE (2010), é uma cidade de maior concentração de pessoas afro descendentes no Brasil e também é a mais desigual, cerca de 80% da população soteropolitana se identificaram como *afro descendentes (inclusos negros, pardos e não brancos)* e também, segundo levantamento do censo MDS (2007), em Salvador a pesquisa apontou a existência de 3.500 moradores em situação de rua, representando 0,117% da população. Sendo assim, a cidade de Salvador é a segunda maior em População em Situação de Rua (desse total, a metade desse contingente se encontra na cidade baixa e centro da cidade, 75% dessas pessoas são do sexo masculino e mais da metade tem idade entre 25 e 44 anos. Do total, 40% não concluíram o ensino fundamental e 50% se declaram negros, 30% pardos e 20% brancos. A pesquisa aponta como principais motivos que levam tais pessoas a viverem na rua o alcoolismo ou uso de drogas (15%), desemprego (10%) e conflitos familiares (15%), tornando Salvador a segunda cidade em População em Situação de Rua, perdendo só para o Rio de Janeiro. Para desenvolver a pesquisa, a Secretaria Nacional de Assistência Social do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, definiu “*a população em situação de rua*” como um grupo populacional *heterogêneo*, caracterizado por sua *condição de pobreza extrema*, pela *interrupção ou fragilidade dos vínculos familiares* e pela *falta de moradia convencional regular*. Como pessoas compelidas a habitar logradouros públicos (*ruas, praças, cemitérios etc.*), áreas degradadas (*galpões e prédios abandonados, ruínas etc.*) e, ocasionalmente, utilizar abrigos e albergues para pernoitar.

Nesta realidade do MDS, foram excluídos “*os filhos das ruas*” que são crianças e adolescentes que *nasceram nas ruas* ou *estão na rua*, que hoje se faz presente e que a cada ano cresce de forma gradual essa parcela de crianças e adolescentes em situação de rua. Ressaltamos também que em meio há essa classe excluída, incluem-se aqueles que estão em situação de Rua e que são usuários de álcool, crack e outras drogas, ressaltando que nunca devemos tomar como verdade absoluta que todas as pessoas que estão na rua são usuárias de drogas, existe sim, uma parcela que é usuária, assim com se descreve:

Logo, não é de causar espanto que novas substâncias que suspendam, temporariamente, existências tão segmentadas, tomem as ruas das grandes metrópoles, local de maior expressão do vazio material e espiritual do consumo. O prazer do *crack* centraliza e interfere com o ruído, restituindo ao sujeito um silêncio, ao identifica-lo com o efeito avassalador da droga: um indivíduo que resiste a sua infusão nas estratégias mercadológicas. É preciso ver, no usuário do crack, não a contradição dialética de um capitalismo expropriador do sujeito, mas uma realidade completamente outra, resultante da mais completa cisão entre o seu potencial como indivíduo e as necessidades do mercado. A contradição dá lugar à antinomia. (MOREIRA, 2007, p.113)

O que o torna mais complicado numa sociedade que não entende o porquê das coisas, não se sabe o que está sendo posto, e em nome de uma moral conservadora, hipócrita, discriminam a tantos. Existem tempos, espaços e eles nunca serão iguais, assim como afirma:

A cena da droga nunca é a mesma, assim como não o são os seus agentes e isto não apenas no tempo, mas também nos diferentes espaços da cidade. Em outras palavras, as formas de consumo nunca são iguais, assim como os produtos não são os mesmos, nesses espaços diferenciados. E podemos afirmar, ainda, nos casos de as substâncias pertencerem à mesma *espécie* ou *identidade*, que estas não se igualam em termos de qualidade química nos espaços diferenciados. (GEY 2009, p.110)

Assim como também existem o contexto e a estratificação social embutida nessa questão:

Seria possível, então, que os mesmos produtos (*canabis*, *cocaína*, *crack* etc.) se diferenciassem quando mudam de espaço? Que os consumidores não se igualassem diante do consumo de um mesmo produto? As respostas são afirmativas. As drogas não têm o mesmo efeito para pessoas socialmente diferentes! E elas não são as mesmas para clientes diferenciados por renda e classe social. Se a questão é posta nesses termos, não são as drogas, mas as razões de consumo e a natureza do que se consome que caracterizariam a ação social de uso das drogas e, mesmo, a toxicomania? GEY (2009, p.110)

Essa realidade está posta em toda sociedade brasileira e em especial em Salvador, no entanto, se faz necessário perceber o que as ruas trazem para essa população, que, conforme Damatta descreve fielmente sendo como duas categorias sociológicas fundamentais para o entendimento da sociedade brasileira de uma maneira globalizada:

[...] Ao longo de sua reprodução social, incansavelmente o Brasil põe e repõe idéias européias, sempre em sentido impróprio" , foi assim que ocorreu no Brasil. Aqui tivemos, como ainda estamos tendo até hoje, essas

combinações "ocas" e estranhas de liberalismo com paternalismo econômico e político, de mercado livre com "capitalismo autoritário", controlado pelo Estado. É que, muito embora a postura analítica seja relevante, deixa de considerar o aspecto que reputo básico dentro do sistema. Quero acentuar que a questão da sociedade brasileira não se reduz simplesmente a um conforto patético entre mercadores e escravos, favores e senhores, como coisas individualizadas, mas a um sistema em que a relação entre os elementos é crítica. O problema é que a teorização parte de uma epistemologia individualizante, quando na verdade estamos diante de um sistema social fundado na relação, no elo, no intermediário que promove a dinâmica social, criando zonas de conversação entre posições polares rigorosamente exclusivas de um ângulo prático ou individualista. (DAMATTA, 1997, p.94)

Vários mecanismos de combate foram implementados no decorrer dos tempos para amenizar sofrimentos, pelo qual, nesse mundo, surgem movimentos sociais de lutas a exemplo do MRP/BA¹ e também do CETAD² com o consultório de Rua do SUS que nasceu em Salvador, virou um programa governamental e tem por objetivo:

Os Consultórios de Rua constituem uma modalidade de atendimento extramuros dirigida aos usuários de drogas que vivem em condições de maior vulnerabilidade social e distanciados da rede de serviços de saúde e intersetorial. São dispositivos clínico-comunitários que ofertam cuidados em saúde aos usuários em seus próprios contextos de vida, adaptados para as especificidades de uma população complexa. Promovem a acessibilidade a serviços da rede institucionalizada, a assistência integral e a promoção de laços sociais para os usuários em situação de exclusão social, possibilitando um espaço concreto do exercício de direitos e cidadania. (BRASIL, 2007)

¹ O Movimento de População de Rua da Bahia MRP/BA, surgiu em agosto de 2010 para atuar na garantia dos direitos dos moradores de rua e tem um papel muito relevante no combate às injustiças que assolam essa população. Fazem um trabalho de resgate dos mesmos, principalmente àquelas que se encontram nas diversas drogas. Conseguiram se estabelecer na capital e interior, construindo alianças com Ministério Público do Estado, Defensoria Pública, diversas coligações religiosas, movimentos nacionais e internacionais de lutas pelos direitos humanos, assim como ocupou espaços em conselhos municipais e estadual para lutar contra todas as formas de opressões que a população de rua enfrenta e garantir os direitos dessa população, tendo como Maria Lúcia Pereira dos Santos sua presidenta, mulher guerreira, de fibra que está sempre disposta a atender seus companheiros e a lutar por eles.

² Centro de Estudos e Terapia de Abusos de Drogas/CETAD foi idealizado pelo professor Antônio Nery Filho na década de 1990 com objetivos de amenizar o sofrimento de meninos que estavam em situação de Rua em Salvador e que faziam uso de substância psicoativa. Hoje, o CETAD é uma referência em pesquisa sobre o tema e também exporta para outros estados federativos e outros países suas pesquisas, programas e experiências que deram certo aqui em Salvador.

Tornando assim uma estratégia de abordagem para reduzir os danos dos efeitos avassaladores das drogas em especial aos usuários que se encontram em situação de rua. Esse mecanismo conta com uma equipe multidisciplinar que viajam por pontos de maiores concentração dessa população para poder verificar e fazer um trabalho de resgate e redução de danos com os mesmos.

E nesse contexto avassalador, complicado, estigmatizado e marginalizado é que se fincam as bases da pesquisa para este projeto de conclusão de curso, é saber o saber e o porquê de como anda a saúde do usuário de crack em situação de rua no bairro de Roma em Salvador-Bahia e como se o acesso ao sistema público de saúde nessa localidade historicamente povoada e estrategicamente um ponto de acesso aos demais bairros da península itapagipana.

1.2 CAMINHOS DAS POLÍTICAS PÚBLICAS VOLTADAS À POPULAÇÃO

Os *caminhos* que nos levam as *pedras* de uma reflexão acerca de como se baseiam e como se implementam determinadas políticas em nosso país, nos trás á tona todo um contexto e uma gama de autores que discutiram e se fizeram presente na discussão do que seja uma política pública. Sendo um país em desenvolvimento que ainda se faz dependente como é o caso do Brasil, se mostrou em todas as épocas de sua história, as diferentes maneiras de conceber e se fazer políticas voltadas para determinados seguimentos da população de seu país, firmando uma relação dicotômica entre pobreza x trabalho. Sempre baseadas numa política neoliberal, dependente das agencias fomentadoras de capital internacional que direcionaram e ainda direcionam quando e como devem gastar e fazer suas políticas públicas principalmente as políticas voltadas para a saúde e para educação, a exemplo do BIRD³ e FMI⁴. O que silva definiu desta maneira:

³Banco Interamericano de Reconstrução e Desenvolvimento fundado em 1944 na conferência de Bretton Woods, durante a Segunda Guerra Mundial tornou-se presente na criação, decisão e implantação de estratégias e políticas sociais e econômicas nos países subdesenvolvidos, incluindo o Brasil. Atualmente empenha-se com o desenvolvimento social, o fortalecimento institucional e com as infra-estruturas de políticas públicas que beneficiem as entidades privadas por decorrência, resguardando assim, a hegemonia dos países ocidentais, ditos desenvolvidos.

⁴ Fundo Monetário Internacional, também criado nas mesmas bases que o BIRD no mesmo ano e conferência, tem por objetivos também a manutenção da hegemonia dos países ocidentais capitalistas se sustentando em emprestar capital aos países periféricos e impondo sanções, metas e políticas publicas para que assim, possam continuar no poder.

Nos países periféricos, a reestruturação produtiva e a redefinição das funções do Estado ocorreram em níveis, formas, ritmos e tempos diferentes em cada país, de acordo com suas realidades. Mas, sempre em condições submissas às regras estabelecidas pelos países centrais, com a intermediação do FMI ou BIRD devido à imensa dívida externa dos países periféricos. (SILVA, 2011, p.86)

A CF⁵ de 1988 foi marco inicial para a transformação e para a tentativa em tese de igualar a todos, um movimento de luta desde a república até culminar na reestruturação da democracia, em todos estes períodos, as políticas e leis vigentes em tempos e tempos preconizavam as leis vigentes internacionais e mantinham a classe trabalhadora e os indigentes ou simplesmente sem trabalho em situação de benesse e não de garantia de seus direitos como cidadãos, sempre visando o máximo para o capital e o mínimo para o social, pois, assim, são as regras de uma economia neoliberal, com a CF pôde reescrever as linhas das desigualdades:

Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade [...] (CF 1988 Art.5º)

Na Saúde por sua vez, o Movimento a Reforma Sanitária, que tem a sua origem em meados dos anos 70, fruto das mobilizações populares contra o regime ditatorial, surge como uma proposta de mudança na concepção de saúde e com a perspectiva de uma sociedade socialista. Nos anos 80, a 8ª Conferencia Nacional de Saúde aponta os pressupostos do SUS, que vai ser consagrado legalmente com a CF/88 que deu a direção de como deveria dali por diante se estruturar a política de saúde no Brasil. Em 1990, a Lei Orgânica da Saúde é promulgada, dando a formatação do SUS.

⁵ A Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, promulgada em 5 de outubro de 1988, é a lei suprema do Brasil, servindo de parâmetro de validade a todas as demais espécies normativas, situando-se no topo do ordenamento jurídico do país.

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação [...] São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado [...]§ 3º É vedada a participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros na assistência à saúde no País, salvo nos casos previstos em lei. (CF 1988 Art. 196-200)

Para Paim (2007), o sistema público de saúde, foi uma luta dos movimentos sociais para tal efetivação:

Distintas políticas racionalizadoras foram empreendidas no período autoritário na tentativa de responder à crise do setor saúde, tais como: a criação do Sistema Nacional de Saúde (Lei nº 6.229/75), a implantação de programas de extensão de cobertura de serviços de saúde em áreas rurais e periferias urbanas, a organização de sistemas de vigilância epidemiológica e sanitária, o Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no Âmbito da Previdência Social (conhecido como Plano do Conasp) e a estratégia das Ações Integradas de Saúde (AIS). Tais políticas, entretanto, não foram suficientes para responder aos problemas da atenção à saúde no BRASIL, de modo que movimentos sociais passaram a propugnar a criação de um Sistema Único de Saúde e o desencadeamento da Reforma Sanitária BRASILEIRA como integrantes do processo de democratização do Estado e da sociedade (PAIM, 2002 p.34)

O SUS, estabelecido na CF/88, só vai se materializar com a promulgação das Leis 8.080/90 e 8.142/90. Vale destacar que o Estado da Bahia foi um dos últimos estados do Brasil a aderir ao Sistema Único de Saúde (Ávila, 2013), o que dificultou a implementação da política de saúde como um todo no Estado, bem como as políticas setoriais na saúde (saúde da população em situação de rua, saúde da criança e do adolescente, saúde da mulher, saúde da população negra, dentre outras). As políticas públicas voltadas para a População em Situação de Rua e o uso do álcool, crack e outras drogas, são recentes e foram fruto de inesgotáveis manifestações, lutas, prisões e chacinas para que pudessem entrar na agenda governamental. Fato que só ocorreu em início dos anos 2000 e são essas políticas que será abordado para

identificar o que já foi feito e até onde se pode avançar. Na saúde, a Lei 8080/90⁶ que instituiu o SUS⁷ tem como princípios fundamentais o direito à saúde para todos tendo como o tripé a Universalidade, a Integralidade e a Equidade de todo o sistema:

[...] I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema; III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral; IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie; V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde; VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário; VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática; VIII - participação da comunidade [...] (Lei 8080/90 Art.7º)

Posterior à lei 8080/9º, no mesmo ano, foi promulgada a lei complementar 8.142/90⁸ fruto da pressão dos movimentos sociais para que a sociedade civil tivesse mais participação no novo sistema que estava sendo instaurado no país:

[...] O Sistema Único de Saúde (SUS), de que trata a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, contará, em cada esfera de governo, sem prejuízo das funções do Poder Legislativo, com as seguintes instâncias colegiadas: I - a Conferência de Saúde; e II - o Conselho de Saúde. [...] § 1º A Conferência de Saúde reunir-se-á a cada quatro anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por esta ou pelo Conselho de Saúde. § 2º O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância

⁶ Lei 8.080 de 19 setembro de 1990 dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Lei que cria o SUS, de forma universal e gratuita.

⁷ Sistema Único de Saúde.

⁸ Lei 8.142 de 28 de dezembro de 1990 dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.

correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo [...] (Lei 8.142/90 Art.1º)

Com a garantia dessas leis, a saúde passou a ter um regimento de caráter universal, público e gratuito, porém a falta de controle e os direcionamentos dos cargos públicos, assim como também a falta de investimento, capacitação, transformaram o sistema de saúde num grande desafio para que de fato a população pudesse garantir o seu direito ao acesso ao sistema. Com o passar dos tempos surgiram normas, decretos, cartilhas, capacitação para que o SUS tivesse um caráter de fato universal e igualitário. Nesse trajeto foi criado em 2003 o PNH/SUS⁹ por percepção de que o sistema era desumano principalmente com os *pobres, afro descendentes, mulheres negras* e população minoritárias como os *LGBT's, Usuários de Substancias Psicoativas, e População em Situação de Rua*.

E em 2009 foi criado a Carta dos Direitos dos Usuários do SUS¹⁰, para orientar aos mesmos sobre seus direitos, as violações e deveres como usuários do Sistema público de saúde. Todas essas estratégias surgiram para amenizar os conflitos existentes no SUS em se tratar em discriminações diversas.

No âmbito das drogas ilícitas ou as chamadas substâncias psicoativas, o Brasil começou a inverter o quadro quanto ao tratamento aos usuários de drogas, deixaram de ser policializados (em tese), pois, se fez pensar em políticas para este segmento, fruto das pressões populares, porém, às políticas se firmaram na área da segurança pública de forma a culpabilizar os indivíduos, o que deveria de fato ser políticas atreladas e vinculadas às questões de saúde pública, o que ainda não se ver, o que se pretende na lei é a não criminalização dos indivíduos, conforme Gomes (2007) retrata:

⁹ A Política Nacional de Humanização existe desde 2003 para efetivar os princípios do SUS no cotidiano das práticas de atenção e gestão, qualificando a saúde pública no Brasil e incentivando trocas solidárias entre gestores, trabalhadores e usuários. A PNH estimula a comunicação entre gestores, trabalhadores e usuários para construir processos coletivos de enfrentamento de relações de poder, trabalho e afeto que muitas vezes produzem atitudes e práticas desumanizadoras que inibem a autonomia e a co-responsabilidade dos profissionais de saúde em seu trabalho e dos usuários no cuidado de si.

¹⁰ A Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde foi aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) em sua 198ª Reunião Ordinária, realizada no dia 17 de junho de 2009. E talvez seja uma das mais importantes ferramentas para que você, cidadão (ã) brasileiro (a), conheça seus direitos e possa ajudar o Brasil a ter um sistema de saúde com muito mais qualidade. O documento, que tem como base seis princípios básicos de cidadania, caracteriza-se como uma importante ferramenta para que o cidadão conheça seus direitos e deveres no momento de procurar atendimento de saúde, tanto público como privado.

Resumidamente, a nova posição legislativa sobre o usuário caracteriza-se pelo seguinte: (a) não associação do uso de drogas com a “demonização política e social” (leia-se: o usuário de droga não deve ser visto como um “demônio” ou criminoso); (b) a sobrevivência da sociedade não depende só da política repressiva; (c) a política do uso controlado, como o álcool, pode dar bom resultado; (d) o uso de droga não é assunto prioritário da polícia (sim, de saúde pública). A novíssima legislação brasileira sobre o assunto representa um avanço e está tendencialmente em consonância com a política européia de redução de danos. (GOMES 2007, p.27)

Ainda há vários estigmas a serem quebrantado com esses usuários, deixou de ser um caso de polícia, para entrarem na agenda pública como caso de política pública a exemplo: Lei 11.343¹¹; Lei 11.705¹² e Lei 11.754¹³ todas abordam mecanismo de prevenção ao uso de drogas na atualidade, mais ainda se tem os indivíduos como causadores de suas culpas.

O marco histórico foi quando se alcançou a uma política nacional para a população de situação de Rua no Brasil, isso foi fruto de grandes enfrentamentos por todo país pelos movimentos sociais e para a garantia dos direitos dessa população que está sendo exterminado nas ruas de todo país.

Em 1993, a LOAS¹⁴ regulamentou os Artigos 203 e 204 da CF, “*reconhecendo a Assistência Social como política pública, direito do cidadão e dever do Estado, além de garantir a universalização dos direitos sociais*”. Posteriormente, a LOAS recebeu alteração

¹¹ Lei 11.343 de 23 de agosto de 2006 Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências.

¹² Lei 11.705 de 19 de junho de 2008 Altera a Lei nº 9.503, de 23 de setembro de 1997, que ‘institui o Código de Trânsito Brasileiro’, e a Lei nº 9.294, de 15 de julho de 1996, que dispõe sobre as restrições ao uso e à propaganda de produtos fumíferos, bebidas alcoólicas, medicamentos, terapias e defensivos agrícolas, nos termos do § 4º do art. 220 da Constituição Federal, para inibir o consumo de bebida alcoólica por condutor de veículo automotor, e dá outras providências.

¹³ Lei 11.754 de 23 de julho de 2008 Acresce, altera e revoga dispositivos da Lei nº 10.683, de 28 de maio de 2003, cria a Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, cria cargos em comissão; revoga dispositivos das Leis nºs 10.869, de 13 de maio de 2004, e 11.204, de 5 de dezembro de 2005; e dá outras providências.

¹⁴ Lei 8.743 de 7 de dezembro de 1993. Lei Orgânica da Assistência Social – LOAS. **Art. 1º** A assistência social, direito do cidadão e dever do Estado, é Política de Seguridade Social não contributiva, que provê os mínimos sociais, realizada através de um conjunto integrado de ações de iniciativa pública e da sociedade, para garantir o atendimento às necessidades básicas.

para a inclusão da obrigatoriedade da formulação de programas à população em situação de rua, por meio da Lei n 11.258/05, de 30 de dezembro de 2005. Nessa legislação, coube ao poder público municipal a responsabilidade de manter os serviços e programas de atenção à população de rua, garantindo padrões básicos de dignidade e não-violência na concretização de mínimos sociais e dos direitos de cidadania a esse segmento social por meio da atenção básica via CRAS¹⁵ e atenção especializada com perdas de vínculo familiares e risco de vida aos indivíduos via CREAS¹⁶ e CREAS-POP¹⁷, juntos constituem mecanismos do SUAS¹⁸.

Em outubro de 2006 foi instituído um Grupo de Trabalho interministerial e com participação da sociedade civil para elaboração de uma política nacional voltada para a População de Rua o que se concretizou em 2009 com a Política Nacional de Inclusão a População em Situação de Rua¹⁹ no Brasil, tendo como diretrizes, formular e implementar políticas voltadas para essa população no âmbito federal, estadual e municipal, assim como também financiar essas políticas assegurando verbas voltadas para este fim e tem como princípios fundamentais para efetivação e adesão dos estados e municípios o seguinte:

¹⁵ Centro de referência da Assistência Social – CRAS. O CRAS é a unidade pública municipal, de base territorial, localizada em áreas com maiores índices de vulnerabilidade e risco social, destinada à articulação dos serviços socioassistenciais no seu território de abrangência e à prestação de serviços, programas e projetos socioassistenciais de proteção social básica às famílias.

¹⁶ Centro de Referência Especializado da Assistência Social – CREAS. O CREAS é a unidade pública de abrangência e gestão municipal, estadual ou regional, destinada à prestação de serviços a indivíduos e famílias que se encontram em situação de risco pessoal ou social, por violação de direitos ou contingência, que demandam intervenções especializadas da proteção social especial.

¹⁷ Centro de Referência Especializado da Assistência Social para População em Situação de Rua – CREAS POP é a unidade pública e estatal, de referência e atendimento especializado à população adulta em situação de rua, no âmbito da Proteção Social Especial de Média Complexidade do SUAS. Todo Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua deve ofertar o Serviço Especializado para Pessoas em Situação de Rua, de acordo com a Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais. A unidade deve representar espaço de referência para o convívio grupal, social e o desenvolvimento de relações de solidariedade, afetividade e respeito. Na atenção ofertada no Serviço Especializado para Pessoas em Situação de Rua, deve-se proporcionar vivências para o alcance da autonomia e estimular, além disso, a organização, a mobilização e a participação social.

¹⁸ O Sistema Único de Assistência Social – SUAS é um sistema público que organiza, de forma descentralizada, os serviços socioassistenciais no Brasil. Com um modelo de gestão participativa, ele articula os esforços e recursos dos três níveis de governo para a execução e o financiamento da Política Nacional de Assistência Social (PNAS), envolvendo diretamente as estruturas e marcos regulatórios nacionais, estaduais, municipais e do Distrito Federal.

¹⁹ Decreto 7.053 de 23 de dezembro de 2009. Encontra-se na Integra nos anexos deste projeto.

I - Promoção e garantia da cidadania e dos direitos humanos; II - Respeito à dignidade do ser humano, sujeito de direitos civis, políticos, sociais, econômicos e culturais; III - Direito ao usufruto, permanência, acolhida e inserção na cidade; IV – Não discriminação por motivo de gênero, orientação sexual, origem étnica ou social, nacionalidade, atuação profissional, religião, faixa etária e situação migratória; V - Supressão de todo e qualquer ato violento e ação vexatória, inclusive os estigmas negativos e preconceitos sociais em relação à população em situação de rua (BRASIL, 2009)

Mantendo ações estratégicas que possibilitem a população em questão, garantias mínimas para que seus direitos sejam assegurados no âmbito da cultura, esporte e lazer, justiça, moradia, assistência social, direitos humanos, trabalho, educação e saúde. Referente á saúde é que devemos ter um enfoque maior, pois nossos objetivos é saber como anda a saúde o usuário de crack e que está em situação de Rua no bairro de Roma em Salvador. Tocante a saúde assim descreve:

I-Garantia da atenção integral à saúde das pessoas em situação de rua e adequação das ações e serviços existentes, assegurando a equidade e o acesso universal no âmbito do Sistema Único de Saúde, com dispositivos de cuidados interdisciplinares e multiprofissionais; II- Fortalecimento das ações de promoção à saúde, a atenção básica, com ênfase no Programa Saúde da Família sem Domicílio, incluindo prevenção e tratamento de doenças com alta incidência junto a essa população, como doenças sexualmente transmissíveis/AIDS, tuberculose, hanseníase, hipertensão arterial, problemas dermatológicos, entre outras; III- Fortalecimento das ações de atenção à saúde mental das pessoas em situação de rua, em especial aqueles com transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas, facilitando a localização e o acesso aos Centros de Atendimento Psicossocial (CAPS I,II, III e AD); IV- Instituição de instâncias de organização da atenção à saúde para a população em situação de rua nas três esferas do SUS; V- Inclusão no processo de educação permanente em saúde dos gestores e trabalhadores de saúde, destacando-se as equipes do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), agentes comunitários de saúde e operadores do Sistema Nacional de Ouvidoria, dos conteúdos relacionados às necessidades, demandas e especificidades da população em situação de rua; VI- Divulgação do canal de escuta do usuário: Sistema Nacional de Ouvidoria, Disque Saúde (0800611997), junto à população em situação de rua, bem como das demais instâncias de participação social; (BRASIL, 2009.)

Assim, em consonância com a Política Nacional de Inclusão da População em Situação de Rua, o governo da Bahia cria também uma lei estadual²⁰ para garantir os direitos da população no estado. O Município de Salvador também criara a lei Municipal para a População em Situação de Rua de Salvador²¹, antes da lei estadual, devido á grandes pressões dos movimentos sociais pelo fato de Salvador ser a segunda cidade brasileira em quantitativo de pessoas que estão em Situação de Rua.

Os percursos destes *caminhos* trouxeram garantias de direitos, porém os mesmos continuam sendo diariamente violados, cerceados, sendo que agora existem garantias que outrora não vigoravam e com essas garantias (*Leis e decretos firmados*) é que os movimentos sociais lutam para que a lei seja cumprida. Ainda há muitas dificuldades para esta efetivação, o que veremos mais adiante, nos próximos capítulos quando iremos percorrer os *caminhos de pedras* que os usuários de crack em situação de Rua no bairro de Roma enfrentam cotidianamente para ter acesso aos seus direitos.

²⁰ Lei 12.947 de 10 de fevereiro de 2014 Institui a Política Estadual para a População em Situação de Rua e dá outras providências. Art. 2º - A Política Estadual para a População em Situação de Rua, em consonância com o Decreto Federal nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009, tem por objetivo assegurar os direitos sociais da população em situação de rua, criando condições para promover a garantia dos seus direitos fundamentais, da sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade.

²¹ DECRETO Nº 23.836 de 22 de março de 2013 Institui a política Municipal da População em Situação de Rua e se comitê Intersetorial de acompanhamento e monitoramento, e dá outras providências. Art.2º O Poder Executivo Municipal poderá firmar convênios com entidades públicas e privadas, sem fins lucrativos, para o desenvolvimento e a execução de projetos que beneficiem a população em situação de rua e estejam de acordo com os princípios, diretrizes e objetivos que orientam a Política Municipal para a População em Situação de Rua.

CAPÍTULO 2
OS CAMINHOS DA PESQUISA

2.0 OS CAMINHOS DA PESQUISA

"Aprendi o segredo da vida, vendo as pedras que sonham sozinhas no mesmo lugar"
Raul Seixas.

Neste segundo capítulo abordaremos as principais questões acerca dos *caminhos* metodológicos para a realização desta pesquisa, os seus entraves e as suas indagações. Mostrar a metodologia adotada, passando pelo campo de pesquisa que se fez nas ruas do bairro de Roma em Salvador, revelando os dados que foram coletados durante esse longo trajeto e trazendo á tona realidades daqueles que são e estão entre *pedras*.

2.1 METODOLOGIA

Tentar entender como as pessoas estão vulneráveis vivendo nas ruas, sem teto, sem banheiro, sem as mínimas condições necessárias para viver com dignidade, isso sem falar nas discriminações sofridas diariamente e fazendo um paralelo de que: *como está a saúde física e mental desses indivíduos? Será que eles conseguem ter acesso ao sistema de saúde pública nessas condições?* Foram estas indagações e a convivência diária passando por estas pessoas que sempre estavam ao meu redor no bairro de Roma é que a ideia de realização desse estudo surge.

Estava assim lançada a metodologia que adotaria para esta pesquisa, pois, como em toda pesquisa em que se trata de vidas humanas, devemos ter o cuidado de evidenciar os fenômenos de maneira ética e eficaz para transformar realidades. A pesquisa é qualitativa e diante do fenômeno exposto, o estudo de caso se fez mais adequado para estes fins, não desprezando os dados quantitativos que se fez presente em momentos desta pesquisa, sempre percorrendo os caminhos para viabilizar a concretização dos fatos:

[...] Se queremos conhecer modos de vida, temos que conhecer as pessoas. O uso de uma abordagem em que o contato do pesquisador com o sujeito é de grande importância, por esse motivo que as pesquisas qualitativas os privilegiam [...] não necessita de uma pesquisa com grande número de

sujeitos, pois é preciso aprofundar o conhecimento em relação aquele sujeito com o qual estamos dialogando. E qual o significado que esses sujeitos têm em função do que estamos buscando na pesquisa [...] (MARTINELLI, 1999)

O que se reforça para (Minayo, 1996), que define método qualitativo como:

Aquele capaz de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações, e às estruturas sociais, sendo essas últimas tomadas tanto no seu advento quanto na sua transformação, como construções humanas significativas (MINAYO, 1996 p.10)

Para se entender toda esta conjuntura, fez-se necessário adentrar nas políticas voltadas para a saúde, assim como também estar, andar e ficar na Rua para a compreensão das pessoas que se encontram em Situação de Rua, *caminhando* também no mundo das substâncias psicoativas. Utilizei ferramentas que se fez necessárias a exemplo das observações participativas tanto com os usuários quanto com funcionários do sistema de saúde pública da região, assim como também, a utilização de entrevistas semi-estruturadas, mecanismos de fotografia dos locais mais frequentes para desta forma, dar forma ao projeto:

[...] Os dados coletados são mais uma forma de palavras ou figuras do que números. Estes dados incluem entrevistas transcritas, notas de campo, fotografias, produções pessoais, depoimentos ou outra forma de documento. [...] Na abordagem investigativa de âmbito qualitativo nada é trivial, toda manifestação tem potencial para fornecer pistas importantes na construção e compreensão do fenômeno estudado. As descrições dos fenômenos estão impregnadas de significado que o ambiente lhe imprimi, produto de uma visão subjetiva. Desta forma, a interpretação dos resultados tem como base à percepção de um fenômeno num contexto [...] (TRIVIÑOS 1987,p.175)

Desta maneira, poder contribuir para dar visibilidade às pessoas que se encontram em uso de crack em Situação de Rua no bairro de Roma em Salvador, mostrando como está sua saúde e como se dá o seu acesso ao sistema de saúde pública da região em questão que ainda permanece excludente e opressora. Esses *caminhos* que os levam a perderem suas dignidades, suas forças e enfrentando as *pedras* que se acumulam por onde quer que passem. Dar visibilidade a essa expressão da questão social e não ao sujeito isoladamente, faz-se

necessário, rompendo com a lógica que culpabiliza e criminaliza o indivíduo como ocorre com os projetos e programas governamentais.

Neste trabalho optou-se pela utilização de fontes documentais (livros, artigos, marco legal, relatórios, dentre outros), entre vistas e observações minuciosamente descritas no diário de campo.

Todos os dados coletados foram categorizados e analisados cuidadosamente com o escopo de descortinar algumas questões *invisíveis* e como forma de contribuir e desmistificar a percepção que paira no senso comum acerca dessa população, bem como o que é propalado nos discursos oficiais presentes nas falas dos governantes.

2.2 O CAMPO

Todos os *Caminhos* levam ao Roma. E assim é, porque o bairro de Roma em Salvador, conhecido antigamente como o bairro da praça da bandeira, é historicamente muito populoso, por possuir um parque arquitetônico e industrial da cidade baixa dos séculos passados, formando assim um grande contingente de pessoas em busca de emprego, abrigos e também por ser um bairro de transição, entre as principais ruas da península itapagipana e o mar, no auge da indústria na península de Itapagipe que, se concentrava pela região mais de 30 fábricas²² e isso atraiu muitas pessoas inclusive de outras cidades do interior da Bahia. Se tornando um elo entre todos os acessos à extremidade da península de Itapagipe tendo como início o Largo de Roma, como demonstra a narrativa:

²² A ocupação da Península de Itapagipe por Fábricas e Indústrias iniciou-se com a construção da Fábrica de Luiz Tarquínio, A Companhia Empório Industrial do Norte e a Fábrica da Penha, no final do século XIX. Mais tarde, na década de quarenta do século XX, a península conheceu um desenvolvimento industrial que a transformou em pólo e modificou seu aspecto urbano e social. Entre as indústrias que se instalaram em Itapagipe, destacam-se as de processamento de produtos agrícolas como a Souza Cruz, de tabaco, a Johanes Industrial, a Daw Química, a Barreto de Araújo e a Chadler, de processamento de cacau. Além dessas, as fábricas de produção de sabão, a Amaral Comércio de Papéis, a Fratelli Vita, de vidros e refrigerantes, Fábrica São João, Fábrica Paraguaçu, Fábrica da Fias, Bhering, Toster e Crush. Ao todo foram cerca de 30 fábricas instaladas em toda a Península de Itapagipe. Com a construção do Centro Industrial de Aratu, a cidade ganhou um novo pólo industrial. Algumas fábricas foram transferidas e outras fecharam. Muitos dos galpões das antigas fábricas estão abandonados ou já foram demolidos. O fim do pólo industrial de Itapagipe acabou com a principal fonte de poluição na península, porém trouxe um novo problema: o desemprego. (<http://www.culturatododia.salvador.ba.gov.br/vivendo-polo>)

A denominação do Largo de Roma tem origem nos séculos XVIII e XIX, quando “existia ali, entre o largo e o mar, uma casa chamada ROMA com uma capela à invocação de Nossa Senhora de Roma, construídas pelos carmelitas calçados”. O Largo de Roma era um centro de lazer em Itapagipe, onde circos e parques eram instalados e famílias de ciganos montavam acampamentos. Também conhecido como “Praça da Bandeira”, o Largo de Roma é ponto de encontro de três principais vias da Península de Itapagipe: Caminho de Areia, Avenida Dendezeiros e Avenida Luís Tarquínio. Suas ruas adjacentes ainda preservam as características do passado, com velhas árvores e ruas de paralelepípedos. O Cine Roma era um dos seus grandes atrativos. Hoje foi reformado para a Construção da Igreja da Imaculada Conceição da Mãe de Deus, pela Obras Sociais Irmã Dulce, que também se localiza nesse logradouro, entre a Avenida Dendezeiros e a Avenida Luiz Tarquínio. Em homenagem à religiosa e à ação que realizou junto à população carente, que sempre existiu ao redor, o Largo de Roma passou a ser nomeado “Praça Irmã Dulce”. Além dos prédios ocupados pelas Obras Sociais de Irmã Dulce, o Largo de Roma tem em seu entorno, o Hospital São Jorge, clínicas ortopédicas particulares, casarões em ruínas e um pequeno comércio a base de bebidas alcoólicas e de alimentos. (Fundação Gregório de Matos) www.culturatododia.salvador.ba.gov.br/vivendo-polo Acessado em 12/02/15 às 19:00Hs.

Descrever o bairro de Roma do passado se faz necessário para entender o Roma de hoje, que ainda permanece grande influencia as Obras Sociais Irmã Dulce na região, que atende pacientes de toda a Bahia e de outros estados também. Até novembro de 2014, o bairro contava com um conjunto de prédios antigos que abarcava a extinta Fundação Cidade Mãe, um conselho tutelar, um Albergue Municipal para pessoas que vinham de outras cidades e um CREAS POP, tudo isso ocupando um grande espaço. Esse foi o campo em que me inseri, assustadoramente, ao redor dessas instituições, ficavam dezenas de pessoas morando na Rua, muitos já passaram ou não queriam ficar no albergue.

Eram transeuntes que passavam a vida na rua, se instalavam nas marquises dos prédios em ruínas, nas calçadas das mediações dessas instituições, uma parcela ficava próximo ao hospital Santo Antônio, e muitos também dormiam nos bares próximos a praia ou nas areias da praia. Muitos eram de outras cidades que veio em busca de emprego, ou por ter rompido laços familiares, ou vinham para acompanhar pacientes nos hospitais da região e não voltavam mais. No início dessa pesquisa eram aproximadamente uma faixa de 60 pessoas distribuídas por esses espaços que estavam em situação de Rua.

Hoje o Roma é um cenário sombrio e assustador, mal iluminado, muitos prédios abandonados, a praça da Bandeira foi reformada e hoje virou a praça Irmã Dulce, cercada por portões de ferro e fechada as 20:00 todos os dias, o local onde localizava a Fundação Cidade

Mãe, o conselho Tutelar, o Albergue Municipal e o CREAS POP foi demolido em meados de dezembro de 2014, para ser construído no local um estacionamento privativo da prefeitura municipal de Salvador. Tentei entrar em contato com a prefeitura, mas até hoje, não obtive respostas. Fui informado por um funcionário que prestavam serviço de limpeza no local, que o Albergue Municipal foi transferido para o bairro de Cajazeiras XI e os usuários dos serviços tiveram a opção de escolher ir para outros albergues do município.

Só que não foi o que aconteceu, poucos que estavam no albergue foram para outros albergues, já a população que se encontrava em situação de rua ao redor, passaram a ocupar os mesmos espaços, mesmo sendo coagidos diariamente pela força policial, tanto da guarda municipal, quanto da polícia militar que fazem rondas diariamente para dispersar esses homens, mulheres e crianças que estão ainda circundando a região. Muitos, desta população migraram para bairros próximos, como o largo da Boa Viagem e o Largo dos Mares e da Calçada, mas aproximadamente 25 pessoas ainda permanecem e resistindo na região. As figuras abaixo foram fotografadas no dia da demolição desses prédios que eram tombados para a construção de um grande estacionamento.

Assim, mais uma vez o campo da pesquisa era modificado, destruiu-se um aparato institucional que tinha como propósito cuidar de jovens e adolescentes em situação de vulnerabilidade social da cidade baixa que foi e ainda é uma região marginalizada e violenta, assim como também se destruiu um aparato institucional que abrigava pessoas que estão em situação de Rua, para a criação de um estacionamento privativo. Mesmo assim, o fenômeno permaneceu ali. Pode-se então continuar as coletas de dados, a observá-los, a conversar. As pessoas que estavam participando da pesquisa muitos continuaram ali ocupando os seus espaços, só um dos participantes que migrou para o largo dos mares, onde eu ia vê-lo para continuar com a pesquisa. Conforme as figuras explicitadas abaixo, mostrando o fim de uma era no bairro de Roma onde abarcava um complexo arquitetônico voltado para o desenvolvimento e o cuidado de uma população em situação de suas mais diversas vulnerabilidades sociais:



Figura nº 01²³ Fonte: Acervo pessoal 11/12/14.



Figura nº02²⁴ Fonte: Acervo pessoal 11/12/14.



Figura nº03²⁵ Fonte: Acervo pessoal 11/12/14.

²³ Complexo onde abarcava a Fundação Cidade Mãe, Conselho Tutelar, Albergue Municipal e CREAS POP. Fotografia do acervo da pesquisa tirada por Paulo Dias no dia da demolição em 11/12/14.

²⁴ Idem.

²⁵ Idem.



Figura nº04²⁶ Fonte: Acervo pessoal 12/02/15.



Figura nº05²⁷ Fonte: Acervo pessoal 12/02/15.



Figura nº06²⁸ Fonte: Acervo pessoal 12/02/15.

²⁶ Fotografia feita por Paulo Dias no 12/02/15. Mostrando que o espaço já está dando a forma do estacionamento.

²⁷ Fotografia feita por Paulo Dias em 12/03/15 e mostra umas rodilhas de esgoto, onde permanecem dormindo dentro delas alguns pessoas em situação de rua, são aproximadamente 6 pessoas neste grupo. Mecanismo para se esconder das rondas policiais.

Estar na Rua, viver na Rua, ou ser de Rua, é uma tarefa muito complicada e exige muitos olhares, desconfianças, inseguranças, é fazer parte de um circuito, pois sem eles, não se sobrevive só nas ruas:

[...] As pessoas que se utilizam da rua como espaço de moradia e manutenção da vida, dividem algumas semelhanças fundamentais: trata-se das formas às quais recorrem para a obtenção de alguma renda, sua situação de vulnerabilidade, risco e insegurança, e, ao mesmo tempo, compartilham de grande invisibilidade perante a sociedade e descaso por parte do poder público. Mas, morar na rua exige um conhecimento específico sobre a cidade, assim, eles constroem relações que revelam valores, percepções, compreensões que são próprias da experiência de viver nas ruas [...] (MELO 2011, p.38)

O que para Arendt (1998) se revela desta forma:

Na dimensão humana, no mundo da vida, a exclusão social pode atingir o seu limite, o limiar da existência humana. Os grupos sociais excluídos que se vêem reduzidos à condição de animal laborans, cuja única preocupação é manter seu metabolismo em funcionamento, manter-se vivos, são expulsos da idéia de humanidade e, por vezes, da própria idéia de vida. Expulsos da idéia de humanidade sua eliminação (matando, mandando matar ou deixando morrer), não interpela responsabilidades públicas nem sociais. Sua sobrevivência, preocupação exclusivamente individual, circunscreve a precariedade do presente e a ausência de futuro; a vida é um eterno presente, uma condição na qual torna-se permanente o processo de morrer. (ARENDDT, 1989 p.81)

E justamente nessa dimensão que em março de 2014 iniciamos a pesquisa de fato, tendo contatos prévios com a população usuária de crack desde o início de 2012, antes, mantinha contatos com outros moradores de rua, aqueles que não tinham contato com as drogas. Eu queria entender mais daqueles que em meio aos outros se faziam mais *invisíveis* ainda. *Pedreiros, sacizeiros, noiados*, é assim que muitos são chamados. O que para

²⁸ Fotografia feita por Paulo Dias em 12/03/15. Mostra um carrinho de um usuário que faz reciclagem na região, ao fundo depois das grades ele passa suas noites neste local, também estratégico para que a polícia não o retire do local.

Domanico (2006, p.4) descreve assim: “*diz respeito ao “mundo” do uso de crack, onde um dos efeitos é a paranóia. “Os usuários de crack também usam o termo “nóia” tanto para referenciar o usuário de crack como para referenciar o efeito causado pelo uso de crack”*”.

E continua descrevendo a força desse efeito dos nóias:

[...] A “paranóia” também merece uma atenção especial, pois, como sabemos, este sintoma aparece em quase todos os usuários e é a responsável pela maioria das brigas nas cenas grupais de uso, nas quais amizades de longa data podem ser terminadas em função da droga [...] (DOMENICO 2006, p.23)

Muitas das vezes, devido á vários fatores, tanto no cotidiano diário quanto em disponibilidades para encontrar os usuários e também pelo fato de que só os víamos durante o fim da noite, a luz dia, eles desapareciam, a maioria encontrava-se com sobrepeso, disperso, hipnotizados (*noiados*), assim os víamos e os temíamos antes de nossa aproximação. Então no dia 15/03/14 num sábado á noite por volta das 21:00 horas, eu estava tomando banho na praia, sentado com um amigo, quando um desses que eu já conhecia de vista se aproximou e perguntou se poderia sentar com a gente pra conversar. Acabamos conversando muito, ele estava *limpo*²⁹, contou um pouco de sua vida e disse que queria largar a *pedra*³⁰ pois, não estava se sentindo bem, com uma dor no peito e queria voltar para sua cidade de origem, Alagoinhas.

Ficamos até por volta das 23:00 horas conversando, voltamos para casa, nesta noite, decidi que queria saber mais quem eram esses usuários, como estavam sua saúde física e como eles tinham acesso ao sistema de saúde público naquela região. Desta forma, eu já estava inserido no campo, já possuía os atores, faltava apenas me introduzir entre eles.

2.3 OS DADOS

²⁹ Termo utilizado para classificar aquele que não usou nenhum tipo de droga, inclusive álcool.

³⁰ Para os usuários, pedra significa Crack.

Como já foi explicitado em no tópico 2, a pesquisa e de cunho qualitativo e teve como instrumento metodológico entrevistas semi-estruturadas com usuários de crack em situação de Rua no bairro de Roma em Salvador, atrelado á observações participativas e escutas ativas desses usuários. Para tanto, se faz necessário reafirmar que todos os participantes das entrevistas tiveram que assinar os Termos de Consentimento e Livre Esclarecimento – TCLE, como compromisso ético com os entrevistados.

Para preservar a identidade de cada pessoa envolvida nas entrevistas optamos por dar nomes de *pedras preciosas* a todos os entrevistados, pois, cada um é único no universo e todos somos uma *pedra preciosa* que o universo nos trouxe para esta vida, inclusive com os entrevistado das instituições de saúde da região. Cada um dos entrevistados escolheu uma cor que mais gostava, e essa cor resultou no nome da *pedra* que o (a) entrevistado (a) foi chamado (a) nas entrevistas. Ressaltamos também que, todos os entrevistados são maiores de 18 anos, embora nas abordagens pudemos perceber crianças e adolescentes em situação de rua também.

Foram entrevistados 7(sete) usuários de crack em Situação de Rua dessa região: 3 homens (*Diamante* com 58 anos , *Quartzo* com 36 anos e *Topázio* com 26 anos) ; 2 mulheres (*Ametista* com 34 anos e *Turmalina* com 40 anos); 2 travestis (*Cristal* com 19 anos e *Ágata* com 23 anos). Estes sujeitos são os alicerces desta pesquisa, buscando saber de como está a sua vida que são duras feito *pedras*.

Os resultados obtidos por estas entrevistas foram as seguintes: A maioria dos entrevistados que estão fazendo uso de crack e está em situação de rua no bairro de Roma, são predominantemente negros e pardos, vindo dos bairros periféricos ou do interior da Bahia, neste caso também em sua cidade residem em bairros periféricos; tiveram seus vínculos familiares interrompidos e muitos não sabem e nem querem ver seus familiares; usam diversos tipos de drogas, mas a principal é o crack, tem parceiros (as) fixos, porém, fazem sexo com outros parceiros (as) para poder adquirir mais crack e não fazem uso de preservativos na maioria das vezes; em sua maioria, não possuem documentação que os identifiquem; e só procuram um auxílio de saúde quando estão em estado grave. Os problemas de saúde que mais acometem nas ruas são os de pele, os gastrointestinais, de saúde bucal, e infecções por vírus e bactérias das DST's. Abordaremos mais sobre essas análises nos *caminhos* percorridos pelos usuários.

Fazendo parte da pesquisa, também, foram entrevistados profissionais de saúde da região para confrontar com os dados e com as realidades vivenciadas durante esses 1 ano de observações. Foram entrevistados: 2 gerentes administrativos (*Rubi* com 43 anos e *Ametrino* com 32 anos); 2 Assistentes Sociais (*Iolita* com 54 anos e *Jade* com 28 anos) e por fim 2 farmacêuticos (*Opala* com 33 anos e *Esmeralda* com 29 anos). Desta forma, foi traçado os motivos e as motivações que levam aos muitos *caminhos* até a chegada de um destino para as *pedras* preciosas da *vida*.

CAPÍTULO 3
MUITOS SÃO OS CAMINHOS

3.0 MUITOS SÃO OS CAMINHOS

“Segue fazendo o bem. Provavelmente, não te faltarão espinhos e pedras. Pedras, no entanto, servem nas construções e espinhos lembram rosas”. Chico Xavier

Neste terceiro capítulo vamos conhecer quem são os sujeitos envolvidos nestes muitos *caminhos*, suas trajetórias de vida e quando e como chegaram até o bairro de Roma em Salvador. Estes, se fazem presente na vida cotidiana desse bairro, *invisibilizados* até tal ponto, pois, muitos moradores, trabalhadores da região, os marginalizam, os rotulam e principalmente, os oprimem também. Vejamos agora quem são estes 7 (sete) sujeitos que se encontram em situação de Rua e que usam crack nesta região. Ressaltamos mais uma vez que os nomes destes sujeitos foram criados a partir das cores que eles escolheram nas entrevistas como suas cores preferidas, e, a partir destas cores, corresponde a uma pedra preciosa da mesma cor, dando assim, o nome de cada usuário:

Diamante – Tem 58 anos, natural de Salvador, do bairro da Massaranduba, conheceu o Roma quando criança e anos depois montou um pequeno comércio no local, casou-se, tem 3 filhos, e tempos depois por conta das bebidas alcoólicas, sua mulher o deixou. Perdeu sua barraca e passou a viver na casa de parentes até decidir ficar de vez nas ruas do Roma. Tem 12 anos morando nas ruas no ano de 2008 começou a usar crack.

Quartz – A primeira droga que ele usou tinha somente 9 anos que foi o cigarro, aos 14, quando foi morar nas ruas do centro da cidade usava maconha e cheirava cola diariamente, com 27, saiu do centro da cidade e foi para o Albergue Municipal do Roma, quando ali conheceu o crack e hoje aos 36 anos mora nas ruas do Roma com sua companheira, tem dois filhos de outro casamento e faz reciclagem para poder ajudar a usar crack.

Topázio – Saiu de Alagoinhas por problemas envolvendo o tráfico de drogas e queria vim procurar emprego em Salvador. Em 2011 conheceu a praia do Roma, logo se enturmou com

outros usuários e não saiu mais de lá. É solteiro, tem 26 anos e hoje não mantém contato com seus familiares, faz uso diário de bebidas alcoólicas e crack.

Ametista – Natural de Maceió, veio para Salvador à procura de parentes de sua mãe e começou a trabalhar em casas de famílias fazendo faxina. Conheceu seu companheiro numa seresta e logo engravidou, tempos depois, seu companheiro ofereceu o crack para ela e de lá para cá já fazem 12 anos no vício nas redondezas do Roma. Hoje aos 34 anos está esperando sua quarta filha, sendo que a mais velha tem 10 anos. Todos ainda permanecem em situação de Rua, fazendo reciclagem para a manutenção da família.

Turmalina – Companheira de Quartzo, aos 40 anos ela vive nas ruas do Roma e já teve contatos em outros locais, mas, preferiu viver no Roma porque se sente mais livre e a vontade na região. Para sustentar seu vício ela faz trabalhos informais e reciclagem com o companheiro. Perdeu vínculo com sua família, pois, seu padrasto tentou abusá-la e sua mãe a colocou para fora de casa. Não tem filhos e usa crack diariamente.

Cristal – Travesti desde os 15 anos, mora no caminho de areia e preferiu aderi às ruas por causa de seu namorado que faz uso de crack. Aos 19 anos, largou seus estudos na 7ª série e mora nas ruas há pouco mais de 2 anos. Tentou alugar uma casa com ele, mas não deu certo, então preferiu ficar nas ruas por causa dele. Faz programa para sustentar o seu vício e de seu namorado. Sua mãe a procura, mas, ela se esconde e não quer voltar para casa. O namorado tem 33 anos, está no Roma há mais de 10 anos e é Paraibano. Ele não quis contato para entrevista.

Ágata – 23 anos, natural do subúrbio ferroviário de Salvador, saiu de casa, pois seu pai a expulsou quando ela começou a se travesti. Passou por um abrigo que acolhe travestis, só que se envolveu em briga e foi para o Roma, já está por lá há 4 anos, faz vida à noite e de dia lava pratos num pequeno restaurante para poder manter suas necessidades e também usar suas drogas. Em relatos feitos, a mesma revelou ter um problema de saúde e que possui dificuldades por estar em situação de Rua. O que abordaremos no momento oportuno.

Apresentados os SUJEITOS que motivaram o surgimento deste projeto, se faz necessário aprofundar os fatos para mostrarmos como eles estão sobrevivendo nas ruas do bairro de Roma. Como anda sua saúde física? Como se dá o acesso destes atores nas instituições públicas de saúde da região?

3.1 CAMINHOS DOS USUÁRIOS

Abordaremos aqui neste subitem deste terceiro capítulo, trechos das entrevistas³¹ realizadas com os usuários envolvidos, interlocutando com autores que dialogam sobre a saúde dos mesmos. Até porque ainda se discute pouco sobre o tema, por se tratar de uma parcela marginalizada e excluída:

A dimensão política: a exposição à situações de vulnerabilidades socioeconômicas gera precariedade no acesso a direitos legais e obstáculos ao exercício da cidadania. Embora os direitos sejam iguais para todo o acesso a eles é facilitado ou não por fatores inerentes à posição social. Pessoas submetidas à carências extremas estão aprisionadas pela busca de satisfação de necessidades imediatas, sendo isto um “obstáculo à apresentação na cena política como sujeito portador de interesses e direitos legítimos” (SCOREL, 1999, p. 76)

O que se passa em todos os setores institucionais e aqui abordaremos esse processo excludente no âmbito da saúde. O que segundo Costa (2005):

A condição de debilidade física e mental da população que vive nas ruas, em especial daqueles que estão há mais tempo nessa condição, é bastante grave. Várias são as doenças que atingem com maior frequência esse público e entre elas estão a AIDS, as doenças sexualmente transmissíveis, a tuberculose, as doenças de pele, as doenças respiratórias, entre outras [...] (COSTA, 2005 p.09)

³¹ O roteiro da entrevista semi estruturada encontra-se nos anexos deste projeto.

Vejamos agora os principais trechos das entrevistas sobre a condição de saúde x doença para estes atores sociais que participaram dessas entrevistas. Num primeiro momento havia um roteiro a ser seguido, porém outras indagações quando oportunas eram lançadas, variando de contexto à medida que os entrevistados eram solícito às entrevistas. Referente ao uso do crack foi perguntado “**há quanto tempo e quantas vezes ao dia eles usavam?**”.

“Estou há doze anos nesta vida, uso muitas vezes num dia, passo o tempo fazendo trabalhos pra conseguir grana para usar... se eu parar de usar eu morro” (Diamante, 58 anos)

Já Turmalina descreve o uso em demasia desta maneira:

“Eu fui viciada nisso, a pedra hoje me domina, só não faço sexo com outras pessoas, como vejo muitos aqui fazer, dou um pau retado o dia todo para usar essa droga e quando termina eu procuro mais. Uso no dia umas 15 pedras.(Turmalina, 40 anos)

O que para Cristal se resumidamente relata:

“Meu negócio é mais pó, como é mais caro e eu ainda tenho que dividir tudo que tenho com meu namorado, usamos umas 10 pedras num dia, isso mais de madrugada”(Cristal, 19 anos)

E assim também em outros relatos, se confirma a maneira de uso do crack. Em relação ao **uso de outras drogas** eles relatam dessa maneira:

“Rapaz eu sou drogado, droga é droga, droga istiga, uma coisa chama a outra, a gente passa o dia e a noite se drogando, é pedra, é bombinha³², é a massa³³, enfim, tudo que vier pra nois é lucro.” (Topázio 26 anos)

O que fica evidenciado a dependência química e o não cuidado com sua saúde física por dependência do crack. Vejamos o que fala em outra experiência, Ametista:

³² Cachaça barata em garrafa plástica de 1 litro acha-se em bares por R\$ 1,80

³³ Maconha, também chamado de “barro” e “Chá”.

“Meu negócio é só pedra, mas gosto de um bode³⁴ e uma cachaça” (Amestista, 34 anos)

Em relação à **forma de conseguir dinheiro para seu sustento diário**, eis as respostas:

“Faço vida de domingo a domingo sempre á noite e no mesmo ponto, começo as seis e vou ate o sol raiá, vou conseguindo dinheiro e, meu namorado fica por perto pra ir comprar as pedras e nois fumar” (Cristal, 19 anos)

Sendo que para conseguir o sustento diário, muitos se submetem ás demais circunstâncias da vida e, quase tudo que conseguem, tem comi finalidade o uso do Crack:

“Sou trava e não me dão emprego, consegui um trampo pra ficar na pia de um bar lavando os prato, peguei porque já é um aquê³⁵ a mais, mas, a noite ainda preciso fazer vida” (Ágata, 23 anos)

“Rapaz eu topo tudo pra conseguir minha droga, como os viados só por dinheiro, as travecas também quando bota um pedaço da pedra pra mim, é isso aí, tô sempre dando meus corres³⁶ (Topázio 26 anos)

Essas transcrições mostram os diversos *caminhos* para alcançar suas *pedras*, cada um a sua maneira, parecendo que estão numa outra dimensão, em que as regras são ditadas por suas necessidades de conseguirem suas drogas, assim como Moreira (2007) relata:

Logo, não é de causar espanto que novas substâncias que suspendam, temporariamente, existências tão segmentadas, tomem as ruas das grandes metrópoles, local de maior expressão do vazio material e espiritual do consumo. O prazer do *crack* centraliza e interfere com o ruído, restituindo ao sujeito um silêncio, ao identificá-lo com o efeito avassalador da droga: um indivíduo que resiste a sua difusão nas estratégias [...] (MOREIRA, 2007 p.117)

³⁴ Cigarro feito com fumo desfiado enrolado num papel, conhecido também como pacaia.

³⁵ Na linguagem informal da população LGBT's principalmente com travestis, significa dinheiro.

³⁶ Significa estar sempre correndo em busca de algo que dê dinheiro.

Assim como também Jamerson (1997) retrata o mundo pós moderno, em que as coisas hoje são naturalizadas em força da sustentação de um mundo capitalista:

[...] Quando tudo se submete à mudança perpétua das imagens da moda e da mídia, nada mais pode mudar. É o fim da ideologia, prossegue ele, que aparece com força total e desempenha um papel cínico no declínio da esperança coletiva num clima de mercado particularmente conservador. O Pós-moderno é “a persistência do Mesmo na Diferença absoluta”; isso significa uma paralisia da própria imaginação utópica. (JAMESON, 1997, p.32).

Iremos prosseguir com as transcrições e novos relatos quanto à saúde dos mesmos. Neste bloco foi perguntado o seguinte: **“Mantém relação sexual com frequência?”**, **“Usa Camisinha?”**, **“Já fez exames de AIDS ou outras DSt’s?”**:

“Sempre fui muito higiênica comigo mesma, ate fazendo programa me recusava a afer com caras fedidos, ate que fui buscar camisinha num posto e peguei meu resultado de HIV, deu positivo, fiquei doida, hoje, eu só transo com camisinha, algumas pessoas sabem de mim, não tomo remédio ainda, meus parceiros não são fixos e faço sexo umas 5 vezes ao dia por causa da vida que eu levo” (Ágata, 23 anos)

Notoriamente, constata-se que as incidências com o não uso de preservativo e o constante aumento de DSt’s AIDS nessa categoria aumentam:

“Rapaz eu não sou de ninguém, quando acho viado por dinheiro eu como, se tiver camisinha eu uso, se não tiver também faço meus bolos, mulher é mais difícil de achar, quando acho elas querem que eu pague rrsrrsrs ... o que importa pra mim é ter o dinheiro pra minha pedra, nunca fiz exame não, eu to bem até porque só descobre quem tem AIDS é quem faz o exame” (Topázio, 26 anos)

“Eu tenho três filhas e daqui a três meses vai nacer a quarta, como é que você quer que eu trepe com meu marido de camisinha, ele não gosta... uma vez tive que fazer uns exames por

que tava com as mãos doendo e coçando, deu um negócio aí e tive que tomar um monte de injeção, mais de 10 lá no posto de saúde. Meu marido é que tinha cumido uma puta pra ela dar pedra pra ele lá na calçada e ai ele passou pra mim, mas já resolveu... depois disso ele nunca mais ficou com outras putas” (Ametista, 34 anos)

“Eu só faço com meu namorado sem camisinha, com os clientes eu uso sempre, já fiz exame sim e to limpa meu filho eu não estou com tia³⁷ não, deus me livre, já vi muita trava morrer assim” (Cristal, 19 anos)

As outras perguntas ainda referente á saúde dos mesmos foram as seguintes: **“Já tomou vacinas?”**, **“tem alguma doença crônica como diabetes, pressão alta etc?”** **“já ficou doente morando na rua?”** e **“quais as principais acometimentos que vocês sofrem nas ruas?”**:

“Tomei vacina quando pequeno, não fico doente não, só essa tosse que vem de vez em quando, mas isso é porque eu inalo muita fumaça da pedra, as coisas que mais acontecem aqui na rua é problema na pele, cortes nas mãos e pés por causa da reciclagem e quando tem covardia, as pessoas dão pauladas e pedradas, só isso (Diamante, 58 anos)

“Tem uns quatro anos que não tomo vacina, mas já tomei um monte... minha pressão fica alta de vez em quando mais só quando fico nervosa, não tenho problemas de saúde ainda não, só frieira e pano na pele por causa da água suja da praia... fora isso ta tudo bem comigo”(Turmalina, 40 anos)

“Eu tive tuberculose, mas já to bom, isso faz um tempão... depois disso nunca tive mais nada... o que vejo muito aqui é ferimento de topada, arranhão ou cortes no pé por andar

³⁷ Na linguagem informal da comunidade LGBT’s “tia” é estar com AIDS, assim também pode ser chamado de “doce”

descalço, problemas com os dentes, muitos não cuidam dos dentes e a pedra estraga os dentes, também aqueles que não gostam de banho ficam com umas manchas na pele, eu acho que é uma mistura de lodo com creca” (Quartzo, 36 anos)

“O único problema que tenho de saúde é que sou soropositiva, não fico doente assim, me cuido, uso minha droga mais me cuido só fico imaginado quando eu começar com os remédios, não vou poder morar na rua. (Ágata, 23 anos)

Conforme os relatos acima, percebemos a gravidade que acometem a população em situação de Rua, independente se fazer uso de drogas ou não, eles estão vulneráveis, limitados e sujeitados as regras do jogo capitalista, em que para permanecer no poder se faz necessário ter pessoas vivendo nestas condições. A saúde física desses usuários, mostra claramente que se deve ter uma outra postura de resgate de acolhimento e também preventivo para os mesmos.

Os casos de tuberculose se fazem freqüente nesta população por se tratar de infecção facilmente transmissível, as exposições as mais diversas variações, assim como também, prevalece co-infecção por HIV/AIDS, hepatites virais, sífilis, pois as mesmas é de grande prevalência nas populações mais pobres, vulneráveis e sujeitadas. Para CARBONE (2000), apenas uma abordagem multidisciplinar que priorize os aspectos sociais pode estabelecer vínculos entre a pessoa em situação de rua e um serviço de saúde.

Finalizando esse trecho das entrevistas, em um terceiro bloco, foram feitas perguntas sobre o acesso desses usuários ao sistema público de saúde da região, lembrando, que, o bairro do Roma possui (Um hospital de médio porte, que hoje instalou-se uma UPA 24 horas, O Hospital Santo Antônio, Clínicas ortopédicas e oftalmológicas conveniadas ao SUS, Um PSF há 2 km de distância, uma COAS/CTA também há 2 km de distância, Um CAPS II a 1 km de distancia). Perguntou-se então o seguinte: “já procurou uma unidade de saúde próxima?”, **“como foi o atendimento?”**, **“conseguiu pegar o medicamento na farmácia?”**:

“Só vou no hospital aí do lado só se eu tiver desmaiada e outras pessoas me levarem, já fui humilhada ali dentro, chamaram até a policia, porque me deixaram mais de cinco horas esperando e eu com uma agonia no peito aí comecei a armar um barraco lá dentro, oxi...

quem disse que fui atendida! Me botaram foi pra fora... tomei um goro foi ai que consegui dormir... pegar remédio? Como? Se nunca tem e sem identidade e cartão do SUS eles não dão não.... já consegui lá em Irmã Dulce que eles tem uma farmácia que as pessoas doam os remédios dos mortos.” (Turmalina, 40 anos)

“Um segurança do hospital conseguiu fazer uma ficha ali no UPA pra mim, porque tinha comigo uma comida estragada, apareceu ate meu nome na televisão (desconhecido),foi assim mesmo, dessa forma, eu tava sem identidade velho.... não peguei remédio não, mas me deram uma injeção com um soro na veia e eu fiquei lá um tempão, até dormir na maca.... depois melhorei e fui embora, mas isso foi porque já fumei maconha com o segurança de lá, aí ele aliviou pra mim”(Topázio, 26 anos)

“Quando eu sinto alguma coisa, eu vou tomar um banho de mar ai passa logo... não preciso de remédio mais não... já usei muitos, hoje só preciso de minha pedra, é o meu remédio” (Diamante, 58 anos)

“Só imagino quando eu começar a tomar remédio pra AIDS vai ser uma loucura!!! Já me disseram um monte de coisas, que a gente fica parecendo um zumbi... já procurei atendimento no posto de saúde e fui discriminada por ser travesti... o médico nem me tocou, mas dei uma baixa nele que ele jamais vai esquecer... pego gel e camisinha também lá no COAS, remédio ainda não preciso não” (Ágata, 23 anos)

“Já fui atendida sim na UPA, só que fiz o seguinte, tomei banho e passei perfume, levei minhas filhas comigo e os cachorros vieram atrás rrsrsrs, conversei com a menina da recepção ai ela fez uma ficha, na mesma hora que entrei eu sai, a puta da medica me deu uma receita pra comprar o remédio... no outro dia fui na farmácia disseram que não tinha não...ai fiquei comendo minha dor... depois melhorei.” (Ametista, 34 anos)

“Tive um problema na perna e ia fazer curativo ali no PAM, eu pedia pra uma enfermeira, como eu não fazia ficha, tinha que esperar aquele montão de gente terminar o curativo pra moça fazer o meu... ela fazia, só ela, tinha outras que mandava eu ir fazer a ficha porque só ia atender com a ficha, aí eu me quebrava... Já pequei remédio lá na farmácia de Irmã Dulce uma vez, aí no PAM nunca tem nada.” (Quartzo, 36 anos)

“Quebrei meu braço, fui pro PAM, me mandaram embora de lá, disse que lá não era daquelas coisas não... cheguei na clinica ali do lado, aí me disseram que só tava atendendo particular... noutra clinica o rapaz da recepção fez minha ficha porque ele é bicha e eu já vi uns lances deles na praia, se não fosse por isso eu tava era fudida... remédio!!! eu tive que gastar mais de trinta reais pra não comer aquela dor, porque em posto de saúde nunca tem, preferem jogar no lixo do que dar pra gente” (Cristal)

Esses relatos reafirmam mais ainda a discriminação sofrida pelos usuários de crack em situação de Rua no Roma. Revela-nos o perfil desses usuários, que estão a mercê de sua própria sorte, são usuários que tem uma saúde física precarizada devido ao uso e abuso de substancias psicoativas por muitos anos ocasionando e desenvolvendo problemas de saúde secundários, o mais relevantes é que eles estão diariamente expostos á doenças de pele, gastrointestinais, bucal e também a tuberculose e doenças sexualmente transmissíveis como AIDS, Sífilis e Hepatites virais. O não acesso ao sistema público de saúde e a burocratização e hierarquização das mesmas tornam-se barreiras e entraves para efetivar esse acesso, mostrando que a situação ainda se faz desumana e cruel com aqueles que mais necessitam de atendimento humanitário, universal e que seus *caminhos* que os levam á esses sistemas de saúde sejam resguardados, respeitados e humanizados.

3.2 CAMINHOS INSTITUCIONAIS

Neste *caminho* percorrido, foram ouvidos dois gerentes administrativos de duas unidades de saúde, uma da Prefeitura Municipal de Salvador (PSF³⁸ mais próximo que fica aproximadamente há 2 km do largo do Roma). *Rubi*, tem 43 anos, trabalha a mais de 15 anos na prefeitura e é da área da Enfermagem.

O outro do Governo do Estado da Bahia (um hospital de médio porte que hoje existe uma UPA no local e fica bem no centro do largo de Roma, ou seja, ao redor de onde esses usuários passam seus dias e noites). *Ametrino*, 32 anos, gerente de ala, também da área de Enfermagem e é funcionário terceirizado, atua no hospital a 6 anos.

O roteiro das entrevistas³⁹ foi um pouco diferente, mas, a essência era as mesmas conforme as perguntas realizadas: **“Como se dá o acesso de pessoas que moram na rua e estão sob efeito de drogas nesta unidade?”**, **“Há profissionais treinados para atuarem nessa situação?”**, **“Já participou de algum evento ou treinamento referente às drogas?”** e **“Sem identificação eles serão atendidos?”**. E assim foram respondidos:

“Eu já tive disciplinas na faculdade voltadas para saúde mental e incluía o uso de drogas... o acesso aqui na unidade desta população ainda é mínimo, mas hoje, 2014 eles tem acesso ate se tiverem sem documentos... só participei de seminários na época da faculdade e nunca tive treinamento aqui para atender esse povo... fico sensibilizado porque tenho na família pessoas que se envolvem com drogas ai a gente enxerga com outros olhos... sei que deve ser muito difícil para esse povo, ainda mais morando na rua então... a dificuldade maior são os profissionais mais antigos porque eles vieram de outras realidade, mas as coisas tão mudando” (*Ametrino, 32 anos*)

“Damos acesso sim para o morador de rua, mas eles tem que no mínimo seu RG e cartão do SUS para facilitar o trabalho dos profissionais da unidade... muitos já são conhecido aqui, principalmente os que dormiam aqui do lado do posto, sempre temos treinamento que fala sobre saúde de população negra etc... drogas só foi uma vez, mas o pessoal aqui cuidam deles, principalmente quando é pra fazer curativo” (*Rubi, 43 anos*)

³⁸ O Posto de Saúde da Família em questão parou de funcionar em meados de fevereiro de 2015 para entrar em reforma e ainda não tem previsão de quando será reinaugurado.

³⁹ Roteiro em anexo no final deste projeto.

Continuamos com os pontos referentes aos cuidados e saúde dessa população, foi perguntado o seguinte: **“Quais são as enfermidades mais frequentes para essa demanda?”**, **“Eles são imunizados?”**, **“Se tiver necessidade de internamento ou transferência vocês fazem?”**, **“Há testagem ou indicação para DST’s?”** e **“eles retornam às unidades para tratamentos futuros?”** :

“O pessoal que ficavam aqui na praça ao lado do posto, vinham aqui mais por problemas de pele ou ferimentos... também quando eles brigavam, eram garrafadas, facadas ou pauladas... o posto não interna, iremos mandar ele procurar uma emergência... DST’s a gente manda pro COAS, só retornam na unidade quando o ferimento é grave para curativo” (Rubi, 43 anos)

“A demanda aqui desses pacientes é pouca, mas, sei que eles brigam muito e por morarem na rua tem muitos problemas intestinais e ferimentos.... caso haja suspeita de DST’s para qualquer paciente aqui no hospital, chamamos o laboratório para fazer a coleta e confirmar... eles geralmente não vão retornar aqui não...só se tiver outras necessidades e se for indicação de internamento e as coisas se complicarem chamamos a Assistente Social. (Ametrino, 32 anos)

No período de observações participantes, diversos momentos, em plantões diferentes e turnos diferentes, ficamos a observar os atendimentos realizados tanto no hospital, quanto no posto de saúde, e a realidade quando se chega na recepção e pelos seguranças é bem diferenciada quando relatadas pelos gerentes acima. Há sim, uma tentativa de exclusão das pessoas que, aparentemente estão desajustadas ou com mal cheiro, o que no caso observei em ambos os lugares. Sim, na prática pode ser que os relatos dos gerentes, que se encontram na parte administrativa sejam relevantes, mas, se faz necessário mudar os parâmetros nos atendimento desde a sua porta de acesso que são os seguranças e recepcionistas destas instituições.

3.3 CAMINHOS DA FARMÁCIA

Foram entrevistadas dois profissionais de farmácia nas duas unidades, um é *Opala*, 33 anos é atendente de farmácia no PSF há seis anos (além de *Opala*, a farmácia do PSF possui mais 1 atendente nível médio e 1 farmacêutico, totalizando assim, 3 profissionais que atuam nessa farmácia), a outra profissional é *Esmeralda*, 29 anos, farmacêutica do Hospital há dois anos (Nesta farmácia existe mais uma farmacêutica e mais 4 atendentes de nível médio, totalizando assim 6 profissionais atuando nessa farmácia). Perguntou-se aos profissionais o seguinte: **“Se estes usuários têm acesso à assistência farmacêutica?” “Como se dá a retirada de medicamentos por estes usuários sem identificação?”**:

“Se eles apresentarem o cartão do SUS, a receita do medico e o RG, eu vou liberar a medicação, isso se tiver em estoque, vai depender de qual seja o remédio, mas, se eles só tiverem a receita, para não me complicar, eu mando procurar a gerente do posto para ela resolver... tudo agora aqui é no sistema do computador, ai eu não posso fazer como antigamente, posso perder meu emprego” (Opala, 33 anos)

“Posso sim liberar o medicamento para qualquer paciente, mesmo que eles, não tenham identificação, tanto no Estado quanto na Prefeitura, trabalho nos dois lugares, no Estado ainda utilizamos uma ficha cadastral para esses casos, na Prefeitura já está informatizado, em ambos os lugares, sempre oriento aos atendentes quanto a isso e qualquer duvida me procurar ou se eu não estiver no momento podem ate me ligar... é um avanço e isso tem que ser divulgado para que a demanda possa existir... ainda há poucas pessoas nesses processo de aquisição de medicamento, talvez seja pela falta de orientação e divulgação disso. (Esmeralda, 29 anos)

A clareza com que ambos os profissionais expõe os fatos, mostra que quando se há informação, cobrança e acima de tudo respeito ao próximo, pode-se mudar muito esse sistema. Mas, se faz necessário investir em treinamento de pessoal, para que todos possam ter

a consciência da farmacêutica entrevistada, visando sempre um bom andamento na prestação dos serviços, investiu em capacitação, um instrumento que deve sempre estar ao lado de todo e qualquer profissional.

3.4 CAMINHOS DO SERVIÇO SOCIAL

Para mostrar os caminhos traçados pelo Serviço Social, se faz necessário reconhecer que estes profissionais, em qualquer área de atuação, são mais que necessários, pois, os mesmos, se fazem valer dos direitos dos indivíduos, direitos esses, que muitas das vezes são violados diariamente, fazendo-se valer da Assistência Social como política pública, universalizada, que seja capaz de atender seus indivíduos com destreza, justiça social, garantias dos seus direitos e acima de tudo dar-vos dignidade humana. Foram entrevistadas duas profissionais de Serviço Social, uma do PSF, *Iolita*, 54 anos e 26 de profissão, sendo ela a única profissional de Serviço Social nesse PSF, também, entrevistamos *Jade*, 28 anos e cinco anos atuando como profissional no Hospital do Estado, além dela atua como profissionais de Serviço Social nesse hospital mais 3 profissionais em regime de plantão.

As perguntas foram às seguintes: **“O Serviço Social da instituição está ciente desses casos?”**, **“Quais os procedimentos adotados para com esses casos?”**, **“Existem programas/projetos voltados para essa população aqui nesta instituição?”**:

“São várias as demandas que chegam aqui no Serviço Social todos os dias, principalmente por falta de medicamentos e leitos na regulação, quanto aos moradores de rua, já chegou aqui durante esses anos de atuação uns quatro casos, por falta de atendimento e problemas com os seguranças... procuramos averiguar os fatos e os usuários foram atendidos aqui na unidade... procedimentos corriqueiros, mas o que mais preocupava era a falta de documentação... creio que ainda não temos um programa para estes fins aqui no hospital porque a demanda é quase nula, os casos que chegam é por excesso de álcool e drogas, mas são poucos”(*Jade, 28 anos*)

“Já trabalhei em vários outros setores da prefeitura, tive mais contato com a população de rua no albergue, aqui no posto, eles vinham aqui pra conversar comigo, porque já me conheciam da época do albergue... aqui a presença no posto é pequena e nós resolvemos, tomamos partido sim, todos têm direitos, só que uns se acham melhores que os outros... é a vida... já pensei muito em fazer um resgate nas ruas para atender essa população, só que tem que ter verbas e pessoas envolvidas, quem sabe no futuro! (Iolita, 54 anos)

Assim, Sposati (1995), relata muito bem como acontecia os programas de Assistência Social no passado, hoje é uma conquista e deve ser afetivada para todos, inclusive para aqueles que eram sujeitados a tais políticas:

[...] E como política de Estado passa a ser um espaço para a defesa e atenção dos interesses e necessidades sociais dos segmentos mais empobrecidos da sociedade, configurando-se também como estratégia fundamental no combate à pobreza, à discriminação e à subalternidade econômica, cultural e política em que vive grande parte da população brasileira. Assim cabe à Assistência Social ações de prevenção e provimento de um conjunto de garantias ou seguranças que cubram, reduzam ou previnam exclusões, riscos e vulnerabilidades sociais, bem como atendam às necessidades emergentes ou permanentes decorrentes de problemas pessoais ou sociais de seus usuários (SPOSATI 1995, p.102).

E com esses argumentos, a autora argumenta que são de competência das políticas de Assistência Social, em todas as esferas, a busca insensata para garantir a busca e construções de equidades e institucionalizando os mínimos sociais:

Sendo uma política de proteção social que precisa conhecer os riscos e as vulnerabilidades sociais e que deve garantir seguranças. Passa da “lógica do necessitado à lógica das necessidades”. A população tem necessidades, mas também possibilidades. A política de assistência social deve cumprir um duplo papel: suprir um recebimento e desenvolver capacidades para maior autonomia. (SPOSATI, 1995 P.28)

O que visa em suas múltiplas visões para a Assistência Social a PNAS:

[...] Uma visão social de proteção, o que supõe conhecer os riscos, as vulnerabilidades sociais a que estão sujeitos, bem como os recursos com que conta para enfrentar tais situações com menor dano pessoal e social possível. Isto supõe conhecer os riscos e as possibilidades de enfrentá-los. [...] Uma visão social capaz de captar as diferenças sociais, entendendo que as circunstâncias e os requisitos sociais circundantes do indivíduo e dele em sua família são determinantes para sua proteção e autonomia. Isto exige confrontar a leitura macro social com a leitura micro social [...] (PNAS, 2004 p.69)

O que Sposati (1997) aponta para romper com as barreiras do conservadorismo e conseguir por em praticas essas políticas, são necessário chegar ao *Caminho* de um projeto civilizatório solidário, pois quando se chega na “*Segurança da Acolhida*”, “*Segurança da Equidade*”, “*Segurança do Convívio*” e na “*Segurança do Rendimento*” esses *caminhos* transpassarão todas as barreiras enfrentadas pelos processos dificultadores e burocráticos das implementações de políticas em nosso país.

Fomos em busca de respostas nas respectivas secretarias de saúde, tanto a municipal (SMS), quanto a Estadual (SESAB). A SMS não respondeu nenhum e-mail nosso, e não conseguimos marcar entrevista nesta secretaria. Então ficam assim, as falas dos profissionais envolvidos na entrevistas. Já a SESAB através de sua assessoria nos disse que todas as redes de hospitais e centros de referências do Estado da Bahia tem sim por obrigação atender a todos com dignidade e respeito, e se por um acaso não acontecer, entrar em contato com a ouvidoria do Estado. Disse também que existem hoje programas voltados para População em Situação de Rua e usuários de drogas e que a Assistência farmacêutica do Estado, libera sim medicamentos para essa população.

Muitos são os *caminhos* que estes usuários enfrentam em sua vida cotidiana, feitos “de”, “com” e “por” *pedras*, assim, a vida segue para os usuários de Crack em situação de Rua no Bairro de Roma em Salvador, segue também os desafios, os embates, as empreitadas diárias, casos públicos, de saúde pública, *caminhos* que confundem com as *pedras*.

4.0 CONSIDERAÇÕES CONTINUADAS

“Nunca desvalorize ninguém, guarde cada pessoa perto do seu coração um dia você pode descobrir que perdeu um DIAMANTE enquanto colecionava PEDRAS”

MAX Waldelm

Os *caminhos* que trouxeram até aqui, não podem e nem devem ser apagados, não poderemos pegar atalhos frente a esta realidade que se mostra cruel, mas, esperançosa por mudanças. Mudanças essas que serão feitas por muitos outros que estão a cada dia adentrando nos fenômenos das Ruas para poderem assim, mudar a realidade de muitos. Essas considerações são contínuas, continuadas por um movimento de algumas colegas do curso de Serviço Social da UFRB, que consideraram em momento oportuno a variação dessa nomenclatura, posta, que elas não podem e nem devem se findar, se finalizar, mas sim, seguir adiante, *caminhar* para as instâncias competentes e mostrar a muitos a realidade cotidiana da vida humana.

Concluimos que, se faz necessário mudar essa realidade que hoje vivem os usuários de Crack em Situação de Rua no bairro de Roma em Salvador, que, estão com sua saúde física debilitada, sujeitados às mais diversas doenças como AIDS, Tuberculose, Sífilis, Doenças de pele, gastrointestinais dentre outras. Se faz necessário medidas preventivas, curativas e psicossociais para essa população em situação de Rua como um todo. Assim como também seus acessos aos sistemas públicos de saúde da região estão comprometidos, conforme a pesquisa aponta, pelos vícios, ignorâncias e o não treinamento desses profissionais de saúde que vão desde a sua porta de entrada (os agentes de portarias, recepcionista, atendentes de farmácia) até os profissionais de gestão e os que estão na assistência (como médicos, enfermeiros, farmacêuticos etc...)

Continuaremos sim, a abordar sobre a saúde do usuário de Crack em situação de Rua, haja vista que os mesmo enfrentam problemas graves quanto sua dependência química, comprometendo sua saúde física e mental e o não acesso ao sistema público de saúde ainda prevalece em tempos atuais. Continuaremos sim, mostrando a dualidade dos fatos e querendo que não fiquem só nos papéis guardados nas gavetas dos governantes as leis que foram criadas para serem auxiliadoras de transformações de vidas.

A condição humana não pode e nem deve *caminhar* sozinha, ela nunca *camincou* solitária, as pessoas que as transformam em solidão.

Poder ter a oportunidade de conhecer pessoas que, mesmo em situação de vulnerabilidade social, de exclusão nos seus mais diversos níveis, se mostraram humanas, solidárias, respeitadoras e sedentas de querer e poder permanecer em seus espaços que escolheram para viver. A saúde é a condição mais abrangente da nossa humanidade. Pedimos por mais saúde, mais adesão ao sistema de saúde, mais humanidade na saúde e saúde para ao nosso sistema público de saúde, que está sendo sucateado a favor de um propósito de privatização, não vamos deixar que isso aconteça.

Todas as pedras de nossos *caminhos* devemos sim, pegá-las e transformá-las nos alicerces para nosso firmamento neste mundo.

REFERÊNCIAS

ARENDDT, H. **Origens do totalitarismo**. São Paulo: Companhia das Letras, 1989.

ÁVILA, Heleni Duarte Dantas de. *A construção do SUS na Bahia: uma história da sua implementação – 1986 a 2006 / Heleni Duarte Dantas de Ávila*. -- Salvador: H.D.D.Ávila, 2013.

BAHIA. Lei nº 12.947, de 10 de Fevereiro de 2014.

BRASIL. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF: Senado, 1988. Título VIII – Da Ordem Social. Seção II – Da Saúde. Arts.5 & 196 -200.

_____. Decreto s/nº, de 25 de outubro de 2006. *Institui o Grupo de Trabalho Interministerial para Elaboração da Política Nacional de Inclusão Social da População em Situação de Rua*, 2006.

_____. **Lei Orgânica da Assistência Social**. Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências. Brasília, DF: 1993.

_____. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**.

_____. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990**.

_____. **HumanizaSUS – Acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde**. Brasília, 2004.

_____. Ministério da Saúde. *Carta dos direitos dos usuários da saúde*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006.

_____. **Pesquisa Nacional Censitária e Por Amostragem da População em Situação de Rua**, MDS, Brasília, 2007.

_____. **Política Nacional de Assistência Social** – PNAS/2004; Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome – Secretaria Nacional de Assistência Social, 2004.

_____. **Política Nacional para População em Situação de Rua**. MDS, Brasília, 2009.

CARBONE M. Tísica e rua: os dados da vida e seu jogo. [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2000.

COSTA, A. P. M. **População em situação de rua: contextualização e caracterização**. Revista Virtual Textos e Contextos. ano IV, nº04 dezembro, 2005.

COSTA, Daniel. 2007. *A rua em movimento: experiências urbanas e jogos sociais em torno da população de rua*. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) – Faculdade de Filosofia Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo.

DAMATTA, Roberto. 1997. *A casa & a Rua: ESPAÇO, CIDADANIA, MULHER E MORTE NO BRASIL*. 5ª edição, Rio de Janeiro – 1997.

DOMANICO, Andrea. “CRAQUEIROS E CRACADOS: BEM VINDO AO MUNDO DOS NÓIAS!” - Estudo sobre a implementação de estratégias de redução de danos para usuários de crack nos cinco projetos-piloto do Brasil / Andrea Domanico. – Salvador: A. Domanico, 2006. 220 páginas.

ESCOREL, S. **Vidas ao Léu: trajetórias de exclusão social**. 20.ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.

FRANGELLA, Simone. 2009. *Corpos errantes urbanos: uma etnografia da corporalidade de moradores de rua em São Paulo*. São Paulo: Annablume, Fapesp.

FRAGA Filho, Walter. **Mendigos, moleques e vadios na Bahia do século XIX**. São Paulo: Hucitec / Edufba, 1996.

GEY, E. Os tempos e os espaços das drogas. In: Toxicomania: incidência clínicas e socioantropológicas. EDUFBA, 2009.

GOMES, Luiz Flávio. Lei de drogas comentada: Lei 11.343/2006, de 23.08.2006. 3. ed. rev., atual. e ampl. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2008.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICAS- IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios**, 2010.

JAMESON, F. **As sementes do tempo**. São Paulo: Ática, 1997.

MARTINELLI, Maria Lúcia. O uso de abordagens qualitativas na pesquisa em serviço social. São Paulo: Veras editora. 1999. Série Núcleo de Pesquisa.

MELO, Tomás Henrique de Azevedo Gomes. A rua e a sociedade: articulações políticas, socialidade e a luta por reconhecimento da população em situação de rua / Tomás Henrique de Azevedo Gomes. – Curitiba, 2011.

MENDES, Mariana. 2007. *Os moradores de rua e suas trajetórias*. Dissertação (Mestrado em Sociologia) – Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.

MINAYO, M. C. De S. - O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 4. ed. São Paulo, 1996. 269p.

MOREIRA, Esdras Mendes. Uso do crack nas metrópoles modernas: observações preliminares sobre o fenômeno em Salvador, Bahia 2007. CETAD – EDUFBA.

MUNANGA, Kabengele. **Negritude: usos e sentidos**. São Paulo. Ática, 2005.

PAIM, J. S. Saúde política e reforma sanitária. Salvador: CEPS-ISC, 2002.

SALVADOR. DECRETO Nº 23.836 de 22 de março de 2013.

SILVA, Maria Lucia Lopes da. **(Des)estruturação do trabalho e condições para a universalização da Previdência Social no Brasil.**-Brasília, 2011.

_____.**Mudanças recentes no mundo do trabalho e o fenômeno da População em Situação de Rua no Brasil 1995-2005** / Maria Lúcia Lopes da Silva; Ivanete Salette Boschette Ferreira.-Brasília, 2006.

SPOSATI, A. **Minimos sociais e seguridade** : uma revolução da consciência da cidadania. Revista Serviço Social e Sociedade, São Paulo, AnoXVIII, nº 55, p. 09-38, novembro 1997.

_____.**“Assistência Social: desafios para uma política publica de Seguridade Social”**. Cadernos ABONG,São Paulo, nº11, pp.20-35, outubro,1995.

TRIVIÑOS, Augusto Nivaldo Silva, 1928 – Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação. – São Paulo: Atlas, 1987.

<http://www.salvadorhistoriacidadebaixa.blogspot.com.br/2012/10/meu-bairro-querido-roma.html> Acessado em 12/02/15 às 19:00hs.

http://www.culturatododia.salvador.ba.gov.br/vivendo-.php?cod_area=3&cod_polo=21
Acessado em 12/02/15 às 21 hs.

<https://twiki.ufba.br/twiki/bin/view/CetadObserva/WebHome> Acessado nos meses de janeiro a março de 2015.

<http://portal.fiocruz.br/pt-br> Acessado nos meses de janeiro a março de 2015.

http://www.ncep.ufpr.br/novo/?page_id=724 Acessado em 22/02/15 às 01:00hs.

<http://www.auroradarua.org.br/jornal.php> Acessado em 30/02/2015 às 22:00hs

APÊNDICE

ROTEIRO DA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA 1 – USUÁRIOS. APÊNDICE 1

Qual sua idade?
Qual a sua Raça/Cor?
Quanto tempo mora na rua?
Possui documentação? RG, cartão SUS, etc...
Quanto tempo usa Crack?
Quantas vezes usa Crack ao dia?
Usa outras Drogas?
Trabalha?
Como consegue dinheiro para suas necessidades diárias?
E para usar crack?
Tem contato com a sua família?
Quanto tempo não tem contato com eles?
Tem filhos?
Tem um companheiro (a), parceiro(a) fixo (a)?
Pratica sexo com frequência?
Usa preservativo?
Já fez exames de AIDS e outras DST's?
já tomou vacinas?
Quanto tempo não toma vacinas?
Já esteve doente morando na rua?
Principais acometimentos de doenças morando na rua?
Já procurou uma unidade da saúde na região?
Foi atendido (a)?
Como foi o atendimento?
Tem alguma doença crônica? diabetes, hipertensão, etc...
Faz uso de algum medicamento no momento?
Tem acesso á farmácia dos postos da região?
Consegue pegar o medicamento prescrito?
O que te dá medo morando na rua?
O maior perigo que já passou na rua?
Qual é a sua cor favorita?

**ROTEIRO DA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA 2 – GESTORES E
PROFISSIONAIS DE SAÚDE. APÊNDICE 2**

Idade?

Sexo?

Graduação em?

Quanto tempo de atuação na área?

Qual é a sua cor favorita?

Como se dá o acesso de pessoas em situação de rua sob efeito de drogas na instituição?

Se eles não possuírem documentação serão atendidos?

Há profissionais treinados para atenderem essa situação?

Já participou de algum evento sobre uso de drogas?

Já participou de algum evento para atuação dessas demandas?

Você acha que há uma equipe preparada para este atendimento?

Quais as enfermidades mais frequentes desses usuários que procuram a instituição?

Quais são as orientações para este tipo de caso?

Estes usuários têm acesso assistência farmacêutica?

Como são dispensados esses medicamentos para estes usuários?

O Serviço Social da instituição toma conhecimento desses casos?

Quais são os procedimentos usados pelo Serviço Social nesses casos?

Havendo necessidade esses usuários serão encaminhados para outras unidades de saúde para tratarem de suas enfermidades?

Há testagem de DST's nesses usuários?

Há imunizações para estes usuários?

Há algum projeto elaborado para estes usuários?

Eles retornam a unidade para futuros procedimentos?

O que você mudaria no atendimento para esses usuários?

APÊNDICE 3

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE

Concordo em participar, como voluntário (a), da pesquisa de graduação intitulada *Caminhos de Pedras: Saúde dos usuários de Crack em Situação de Rua no bairro de Roma em Salvador/Bahia* que tem como pesquisador responsável *Paulo Dias*, estudante do curso de Serviço Social no Centro de Artes Humanidades e Letras da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia CAHL/UFRB. A presente pesquisa está sob orientação da professora *Helení Duarte Ávila*, tem por principal objetivo: Compreender como está a saúde dos usuários de Crack e seu acesso ao sistema público de saúde no bairro de Roma em Salvador.

Estou ciente que minha participação se dará a partir de *concessão de entrevista*, e de que este estudo possui finalidade de pesquisa. Os dados obtidos serão divulgados segundo diretrizes éticas da pesquisa, com a preservação do anonimato dos participantes, assegurando assim sua privacidade. Estou ciente que posso abandonar a minha participação na pesquisa quando quiser e que não receberei nenhum pagamento por esta participação.

Contatos:

Professora Heleni Duarte Ávila
Cel:71-9266-7985
E-mail:heleniufrbss@gmail.com

Paulo Dias Conceição
Cel:75-9109-1550
E-mail:pauloh_dias@hotmail.com

Assinatura

Local e Data