



Revista Latino-Americana de Enfermagem

ISSN: 0104-1169

rlae@eerp.usp.br

Universidade de São Paulo

Brasil

da Silva Rosa, Anderson; Secco Cavicchioli, Maria Gabriela; Passarella Brêtas, Ana Cristina
O processo saúde-doença-cuidado e a população em situação de rua
Revista Latino-Americana de Enfermagem, vol. 13, núm. 4, julio-agosto, 2005, pp. 576-582
Universidade de São Paulo
São Paulo, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281421846017>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal

Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA-CUIDADO E A POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA¹

Anderson da Silva Rosa²

Maria Gabriela Secco Cavicchioli³

Ana Cristina Passarella Brêtas⁴

Rosa AS, Cavicchioli MGS, Brêtas ACP. O processo saúde-doença-cuidado e a população em situação de rua. Rev Latino-am Enfermagem 2005 julho-agosto; 13(4):576-82.

Esse ensaio trata de forma empírica e contextual o processo saúde-doença-cuidado na sua interface com a pobreza, enfatizando a problemática de pessoas que vivem na e da rua. Estimula a reflexão sobre o papel técnico, científico e político do(a) enfermeiro(a) frente à prestação do cuidado a essa população. Está estruturado em três tópicos: no primeiro apresenta a problemática do povo em situação de rua na cidade de São Paulo, caracterizando suas peculiaridades, destacando formas de sobrevivência. No segundo, situa o campo teórico do estudo discutindo o processo saúde-doença-cuidado e a sua interface com a pobreza, ao mesmo tempo em que traz para discussão a questão do cuidado de enfermagem. Finalmente, no terceiro, procura-se tecer as considerações finais.

DESCRITORES: saúde; doença; empatia; enfermagem; sem-teto

HEALTH-SICKNESS-CARE PROCESS AND THE STREET POPULATION

This paper gives an empirical and contextualized presentation of the health-sickness-care process and its relation with poverty, emphasizing the problem of people who live in and of the street. We try to stimulate a reflection on the technical, scientific and political function of nursing care for the street population. This paper is structured in three topics: first, we present the problem of people living in the streets of São Paulo city, characterizing their peculiarities and emphasizing ways of survival. Next, we situate the theoretical study area, discussing the health-sickness-care process and its relation with poverty, as well as nursing care. Finally, we present some final considerations.

DESCRIPTORS: health; disease; empathy; nursing; homeless persons

PROCESO SALUD-ENFERMEDAD-CUIDADOS Y LA POBLACIÓN DE LA CALLE

Este ensayo trata, de manera empírica y contextual, el proceso salud-enfermedad-cuidados en su interfaz con la pobreza. Destaca la problemática de las personas que no sólo viven en la calle como también tienen allí su medio de subsistencia. Estimula la reflexión respecto al papel técnico, científico y político de enfermeros ante la acción de cuidar a ese tipo de población. El trabajo está estructurado en tres tópicos: en el primero, se presenta la problemática de los habitantes de calle en la ciudad de São Paulo (Brasil), caracterizando sus peculiaridades y destacando las formas de sobrevivida. En el segundo, se sitúa el campo teórico del estudio y se discute el proceso salud-enfermedad-cuidados en su interfaz con la pobreza, además de los cuidados en el área de enfermería. Por último, en el tercer tópico, se presenta las consideraciones finales.

DESCRIPTORES: salud; enfermedad; empatía; enfermería; personas sin hogar

¹ Trabalho extraído da pesquisa de iniciação científica subvencionada pelo PIBIC/CNPq - 2003/2004, por meio da Universidade Federal de São Paulo; ² Graduando de Enfermagem, Bolsista PIBIC/CNPq, e-mail: anderson.epm@bol.com.br; ³ Graduando de Enfermagem, e-mail: mcavic@uol.com.br; ⁴ Enfermeira, Doutor em Enfermagem, Orientador, Professor Adjunto, e-mail: acbrêtas@denf.epm.br. Universidade Federal de São Paulo

INTRODUÇÃO

O presente ensaio trata de forma empírica e contextual o processo saúde-doença-cuidado na sua interface com a pobreza, enfatiza a problemática de pessoas que vivem na e da rua na cidade de São Paulo. Ao discutir tal questão busca subsídios teórico-conceituais que possam contribuir com a formação de enfermeiros(as) críticos, conscientes do seu papel técnico, científico e político frente à prestação do cuidado a essa população.

Fundamenta-se nas premissas de que um dos papéis da universidade é instigar o pensamento crítico e, particularmente, à universidade pública compete buscar formas para minimização do sofrimento humano, influenciado de forma significativa pela desigualdade social. Assim, contribuir com a formação cidadã de enfermeiros(as) e, no que se entende por isso, passa pela necessidade de refletir sobre tais desigualdades e estimular educandos e educadores para reinventar formas de cuidar, tendo como pressupostos básicos os princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde (SUS): a equidade, universalidade e integralidade; e os paradigmas principialistas da Ética: autonomia, beneficência, não maleficência e justiça.

Baseado nessas crenças e na experiência como cuidador do "povo de rua" em casas de convivência, este texto está estruturado em três tópicos: no primeiro apresenta a problemática do povo em situação de rua na cidade de São Paulo, caracterizando suas peculiaridades, destacando formas de sobrevivência. No segundo, situa o campo teórico do estudo, discutindo o processo saúde-doença-cuidado e a sua interface com a pobreza, ao mesmo tempo em que se traz para discussão a questão do cuidado de enfermagem. Finalmente, no terceiro, procura-se em tecer as considerações finais.

O POVO EM SITUAÇÃO DE RUA NA CIDADE DE SÃO PAULO

O Brasil é considerado uma das dez maiores economias industriais do mundo, entretanto, apresenta uma das piores distribuições de renda do planeta, ocupando a 73ª posição no *ranking* mundial do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH)⁽¹⁾. Essa discrepância social se reproduz dentro das cidades brasileiras. Esse estudo foi realizado tendo como

cenário a cidade de São Paulo, no entanto, poderia ter sido utilizado qualquer outro centro urbano do país, considerando que a miséria rompeu os limites dos territórios geopolíticos, saiu dos bolsões de pobreza para os logradouros dos municípios de médio e grande porte brasileiros.

A cidade de São Paulo é conhecida como sendo a terra do trabalho, da alta concentração do capital e má distribuição de renda. É palco da desigualdade social, agravada por quase dez anos de baixo crescimento econômico. Apenas seis dos seus 96 distritos administrativos têm IDH elevado, correspondendo ao padrão de desenvolvimento humano da região européia, 40% dos distritos possuem IDH muito baixo, indicando condições de vida similares às observadas nas regiões africanas. A população residente nos seis distritos mais ricos representa 3,5% dos habitantes da cidade, enquanto nos 38 mais pobres residem 55,4% da população. Os bolsões de miséria estão distribuídos por toda a cidade⁽¹⁾. É nesse espaço desigual, onde habitam 10434252 pessoas⁽²⁾, sendo 10394 em situação de rua⁽³⁾ que foi construído o presente ensaio.

A definição de população de rua é difícil. A multiplicidade de condições pessoais, a diversidade de soluções dadas à subsistência e à moradia são fatores que dificultam a formulação de conceitos livres de ambigüidades. É constituída por pessoas que não têm moradia, pernoitam em albergues, nos logradouros da cidade, em casas abandonadas, cemitérios, carcaças de veículos, terrenos baldios ou em depósitos de papelão e sucata.

São milhares de pessoas, de famílias, que vivem **na** e **da** rua, entretanto, quando organizadas, preferem a denominação de "pessoas em situação de rua", visando caracterizar o princípio da transitoriedade desse processo de absoluta exclusão social, mesmo que, no fundo, muitos saibam que sair da rua não é tão simples. As políticas públicas voltadas a essa população são basicamente compensatórias, assistencialistas, raras vezes visam um projeto de inclusão social.

Quando não são ignorados, são tratados como objetos da tutela estatal, da filantropia privada ou da caridade das igrejas. Se, por um lado, são tidos como incômodos ocupantes das vias públicas, por outro, sentem-se incomodados pelos olhares que lhes são direcionados⁽⁴⁾. A relação público-privado se mistura no cotidiano do povo da rua.

Eles não existem para o Instituto Brasileiro

de Geografia e Estatística (IBGE), uma vez que não possuem casa, portanto, não participam de censos demográficos. Mesmo assim, estão cada vez mais presentes nas ruas, vítimas do desemprego, da falta de moradia, do aumento da miséria provocada pela política econômica recessiva, praticada pelo governo federal há várias gestões. Além desses fatores é importante salientar que algumas pessoas vão para a rua em decorrência de problemas mentais, abuso de drogas lícitas e ilícitas e/ou por vontade própria.

Apesar das diferentes causas possíveis para a rua ser adotada como lar, seus moradores partilham inúmeras características. São todos muito pobres, pessoas para as quais algumas das instituições básicas da sociedade – propriedade privada, família, mercado – deixaram de propiciar as estratégias usuais de sobrevivência. A trajetória de vida que os levou às ruas desenha, na maioria das vezes, uma seqüência de fatos e fracassos pessoais e desamparo institucional⁽³⁾.

Se a exclusão e o desamparo os igualam frente aos olhares da sociedade de uma forma geral, alguns fatores os diferenciam: os motivos que os levaram para a rua, o tempo de permanência nela e o grau de vínculos familiares existentes. A interface desses contribui para classificar o “povo de rua” em três situações distintas: ficar na rua (circunstancialmente), estar na rua (recentemente) e ser da rua (permanentemente). “Ficar na rua” caracteriza transitoriedade, a pessoa possui ainda um projeto de vida e mantém fortes vínculos familiares; “estar na rua” implica na diminuição do contato com a família e o estabelecimento de novos vínculos na rua; “ser da rua” traz em si a identidade e identificação com a própria rua, que passa a ser o lugar de referência e espaço de relações - o corpo se modifica, bem como as formas de conviver e ver o mundo⁽⁵⁾.

Essa constatação leva à defesa da tese de que o tempo de rua pode ser o determinante da saída ou não dessa situação, fato que deve ser considerado no momento do cuidado prestado pelo enfermeiro. Assim, “se os esforços que uma pessoa recém-deslocada faz para sair das ruas são continuamente mal-sucedidos, ela freqüentemente muda a auto-orientação e o comportamento. O medo que uma pessoa tem do ambiente dos moradores de rua tende a diminuir à medida que ele se torna familiar”⁽⁶⁾.

Tendo a rua como morada, reinventam diariamente soluções para sua sobrevivência. A maioria continua tendo no trabalho a principal fonte

de renda, sendo catadores de “lixos” recicláveis. Não obstante, observa-se pessoas de todas as idades a empurrar uma carroça pelos logradouros da cidade. Outros, porém, vivem da mendicância, à mercê da bondade paliativa de um e outro cidadão, comovidos pelo cenário, que lhes oferecem alguns trocados. Pode-se observá-los em grupos sob os viadutos, mas a principal forma de convívio na rua é a solidão dentre centenas de pessoas que continuam a passar sem notá-los, ou temendo-os.

Em 2003, a Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas (FIPE), por meio de contrato com a prefeitura de São Paulo, realizou contagem da população de rua, registrando 10394 pessoas nessa situação. Desses, 6186 foram localizados nas ruas e 4208 em albergues. Em sua maioria são do sexo masculino (84%), não brancos (64%), concentrando-se no intervalo de 41 a 55 anos de idade (35%). Foram encontrados em todos os 96 distritos administrativos da cidade, predominando nos mais centrais e na região sudeste⁽³⁾, onde o comércio e serviços se concentram, facilitando a obtenção de alimentos e recursos financeiros; em contrapartida, durante a noite esses locais são despovoados, transformando-se em abrigos⁽⁷⁾.

Indubitavelmente essa população possui características que lhe são próprias, o que referenda a necessidade de estudá-la mais detalhadamente. No que tange à área da Saúde, tem-se observado que é atendida apenas em situações de urgência e emergência, muitas vezes sem preparo dos técnicos para compreender a sua situação.

O desconhecimento leva ao despreparo técnico que, entende-se, pode ser solucionado por meio de capacitação e grupos de vivência. Aponta-se como outra dificuldade a (des)organização interna dos serviços de saúde e as contradições do Sistema Único de Saúde (SUS) que, ao mesmo tempo que defende a equidade e universalidade do atendimento, exige dos usuários comprovação de moradia para definir base territorial. Não há, aqui, crítica à territorialização, entretanto, há necessidade de relativizar sua implementação, considerando as especificidades de cada segmento populacional. Exigir documentação do povo de rua, muitas vezes, implica em bloquear o seu acesso à Saúde, rompendo com os princípios doutrinários previstos na legislação do SUS.

Esses argumentos levaram à busca de subsídios teórico-conceituais para compreender o

processo saúde-doença-cuidado para o "povo da rua", partindo da premissa de que esse é regido por códigos culturais construídos socialmente.

O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA-CUIDADO E O POVO EM SITUAÇÃO DE RUA

Quanto maior for a desigualdade social de um país, maior será a repercussão na qualidade de vida e, conseqüentemente de saúde, da sociedade de uma forma geral e do indivíduo e sua família em particular. O empobrecimento populacional brasileiro exerce influências significativas na qualidade de saúde dos indivíduos, uma vez que a saúde individual não se limita às suas dimensões biológica e psicológica; ao contrário, está diretamente relacionada com as condições de vida dos seres humanos e sofre influência das políticas sociais e econômicas adotadas pelos países⁽⁸⁾.

A pobreza "é um fenômeno complexo, podendo ser definida de forma genérica como a situação na qual as necessidades não são atendidas de forma adequada"⁽⁹⁾. Vale refletir sobre que necessidades são essas, bem como o que significa nível de atendimento adequado. Certamente existem valores subjetivos atribuídos a esses conceitos, entretanto, visando objetivar tal discussão toma-se, aqui, a renda como parâmetro para definir a pobreza, em que se estabelece um valor monetário associado ao custo do atendimento das necessidades médias de uma pessoa em uma determinada população.

Assim, ao se analisar situações de privação, constata-se uma que se caracteriza como pobreza relativa, que delimita um conjunto de pessoas 'relativamente pobres', em sociedades onde o mínimo vital* já está garantido para todos, outra reconhecida por pobreza absoluta, vinculada às questões de sobrevivência física, implicando no não atendimento às necessidades vitais do ser humano. Nessa segunda categoria tem-se pessoas com renda incapaz de atender ao conjunto de necessidades consideradas mínimas em uma dada sociedade e, pessoas na linha da indigência ou pobreza extrema, com renda inferior à mínima para suprir as necessidades nutricionais⁽⁹⁾.

O foco de atenção deste estudo direciona-se às pessoas nessa segunda situação, particularmente àquelas que moram na rua, portanto, cabe o desafio epistemológico de contextualizar a reflexão sobre o processo saúde-doença-cuidado para essa população.

Saúde

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define saúde como um completo estado de bem-estar físico, mental e social e não a mera ausência de moléstia ou doença. Há concordância com alguns profissionais da área⁽⁸⁾ quando tecem críticas a esse conceito, alegando ser utópico e inatingível para grande parcela da população mundial. A utopia sustenta-se no termo bem-estar, definido como o estado de perfeita satisfação física ou moral. Aqui, o perfeito escapa por meio das possibilidades e imperfeições humanas, inviabilizando a conquista plena da satisfação.

Posteriormente depara-se com o tripé físico, mental e social proposto pela OMS, que estimula alguns questionamentos: como assegurar o *status* de saudável para pessoas com doenças crônicas? Como analisar o bem-estar mental, quando há dificuldade na auto-avaliação, mesmo de profissionais, perante um universo de subjetividades que constitui o ser humano? Como definir o bem-estar social numa sociedade capitalista com predominância de políticas de cunho neoliberal** que geram desigualdades, levando parcela significativa das pessoas ao sofrimento? Enquanto profissionais da Saúde, pode-se observar que na sociedade atual alguns têm mais do que precisam e, mesmo assim, continuam querendo mais do que podem ter, por outro lado, outros, infelizmente a maioria, não têm acesso às condições básicas para subsistência humana, comprometendo a qualidade de vida e de saúde.

Essas indagações levam a pensar em um conceito de Saúde mais amplo, capaz de teoricamente possibilitar a inclusão de mais pessoas a esse atributo. Sendo assim, acredita-se que a saúde é a habilidade que o indivíduo tem de superar incapacidades, utilizando o meio onde vive a seu favor, tendo a aptidão de responder satisfatoriamente a certas variações do mesmo. Tal conceito leva à reflexão de

* Na definição de pobreza o mínimo vital é representado apenas pelo suprimento das necessidades nutricionais, uma vez que outras necessidades básicas (habitação, vestuário etc) não dispõem de parâmetros de consumo essencial⁽⁹⁾

** O termo neoliberal associa-se a posturas políticas profundamente conservadoras, defensoras de um processo acelerado de privatização, flexibilização e desregulamentação financeira e das relações trabalhistas, reestruturação das políticas sociais. O pensamento neoliberal apresenta características mundiais delineadas pela retração das políticas públicas nas áreas da saúde, educação e promoção social e pela redução das conquistas sociais válidas para o conjunto da população, provocando aumento da desigualdade e exclusão social⁽¹⁰⁾

que não é possível imaginar que a vida se desenvolva na solidão do organismo individual, nem que se possa alcançar um conhecimento dela pela comparação entre os organismos. O ser vivo e o meio não podem ser chamados de normais se forem considerados em separado. Ao se definir saúde é necessário partir da dimensão do ser, pois, é neste contexto que ocorrem as definições do que é normal ou patológico. O que é considerado normal em um indivíduo pode não ser para outro; não há higidez nesse processo. A saúde torna-se a capacidade que a pessoa tem de gastar, consumir a própria vida⁽¹¹⁾.

O ser humano não sente o bem-estar, pois esse é a consciência de viver; é o seu impedimento que provoca a reação do indivíduo com vistas a restabelecê-lo. Vale destacar que a vida não admite a reversibilidade, ela aceita apenas reparações. Cada vez que a pessoa fica doente está reduzindo o poder que tem de enfrentar outros agravos, ela gasta o seu seguro biológico, sem o qual não estaria nem mesmo viva⁽¹¹⁾.

Mesmo pensando em saúde, na dimensão do coletivo, é imprescindível considerar o indivíduo como ponto de referência. Só existe o social porque existe o ser. Pensa-se a Saúde nesta lógica: por mais que se possa abordar a perspectiva populacional, quem adoece é o indivíduo e como tal deve ser considerado. A maneira como cada ser, na sua especificidade, gasta a vida será o delimitador da qualidade de sua saúde, vive-se porque se consome vida. Quem não a consome não a tem, simplesmente porque não existe enquanto ser⁽⁸⁾.

Saúde-Doença

Algumas vezes, condições desfavoráveis do meio influenciam diretamente na possibilidade de manutenção da saúde: "a saúde não é só a vida no silêncio dos órgãos, é também a vida na descrição das relações sociais"⁽¹¹⁾. Nessa ótica, nem sempre cabe ao indivíduo a escolha da melhor forma de "consumir sua vida", pois algumas vezes o meio acaba determinando a escolha. Esse tal processo, o meio não é algo neutro, é concebido como cenário sociocultural e político e sofre influências de determinantes psicológicos e sociais, gerando iniquidades. Assim, ao se pensar sobre a doença é necessário considerar as iniquidades como diferenças injustas, derivadas de comportamentos insalubres,

comprometendo a escolha das pessoas sobre a melhor forma de consumir a própria vida. Tal constatação é objeto de atenção, uma vez que opta-se por discutir o viver em situação de rua e buscar meios para subsidiar a prática da Enfermagem com essa população.

É natural admitir-se a doença quando ocorre a ruptura do bem-estar biológico, psicológico e social tal como proposto pela OMS. No entanto, aqui, a doença é o desequilíbrio do indivíduo, consigo mesmo, com os outros e/ou com o meio, indo além de alterações morfofuncionais. Esse conceito corresponde a experiências singulares e objetivas, difíceis de serem expressas por meio da palavra. A saúde é silenciosa, por sua vez a doença produz ruídos, nem sempre audíveis aos profissionais. É por meio da palavra que o profissional da saúde guia seu olhar clínico, e transforma a subjetividade do discurso na objetividade do diagnóstico patológico.

Tende-se a associar normalidade à saúde assim como anomalia à doença. A normalidade se define em termos de frequência estatística, como o que se encontra com maior prevalência na população. Quando se define esses valores de normalidade, nota-se uma seqüência infinita desses intervalos, sem que suas variações indiquem alguma alteração funcional. Sob essa ótica, o normal é objetivo e propriamente definido como aquele cuja função está em acordo com o seu desenho. A doença, por sua vez, é o estado de um indivíduo que interfere nas funções normais ou no funcionamento normal de alguns órgãos ou sistema de órgãos⁽¹²⁾. Admite-se, aqui, a validade desse conceito, porém, é considerado limitado às questões biológicas do corpo.

Como profissional da saúde, no entanto, está-se ocupado, a maior parte do tempo, com a doença. A epidemiologia possui grande dificuldade em definir indicadores de saúde sem basear-se na quantificação de doenças, entretanto, acredita-se que a saúde é um objeto alheio ao campo do saber objetivo. A partir do momento em que se fala da saúde como um fenômeno não contabilizado, não condicionado, não medido por aparelhos, parece que ela deixa de ser um objeto exclusivo daquele que se diz ou imagina especialista em saúde⁽¹¹⁾.

A comunidade científica preocupa-se em evoluir rumo à subespecialização, almeja atribuir grande parte dos problemas da saúde a códigos genéticos, porém, esquece-se que o fenótipo é produto das imposições do meio ao código genético.

Saúde-Doença-Cuidado

Antes de se falar do cuidado direcionado à população em situação de rua, pode-se relembrar essa qualidade na qual a vida se traduz num modo de ser essencial. O cuidado pode ser compreendido na dimensão ontológica, ou seja, o ser humano cuida do outro por zelo, por desvelo, por prazer - cuida porque é humano⁽¹³⁾. Quando se pensa o cuidado na perspectiva da filogênese, observa-se que o indivíduo cuida simplesmente para manter a espécie viva. Por sua vez, o cuidado profissional é a somatória dos anteriores, acrescido de conhecimento técnico e científico. Os valores humanos inerentes a cada profissional irão ser determinantes da qualidade do cuidado profissional, isso vale para qualquer profissão, mas, neste ensaio, está voltado para a equipe de enfermagem.

O ser humano moderno, com toda sua pretensão, tenta "brincar de ser Deus" e assiste a um processo de des-humanização. Milhões de pessoas e um planeta são vítimas do descaso (da ausência de cuidado) e penam para manter-se vivos. Tudo que precisamos está na constituição do ser. Só existimos pelo cuidado, por mais que na vida adulta se negue esse fato. A filologia da palavra cuidado remete à cura e, em sua forma mais antiga, era usada num contexto de relações de amor e amizade⁽¹⁴⁾. Porém, com o contexto do trabalho no mundo capitalista, vive-se escravizado por estruturas montadas, pelos próprios seres humanos. Há, por consequência de uma vida atribulada, a banalização do sofrimento alheio. O ser humano, quando não percebe a injustiça, não se mobiliza politicamente, reproduzindo o modelo de desigualdade social. Está-se perdido em prol de um desenvolvimento que simplesmente não existe para dois terços da população mundial, condenada à miséria.

A Organização das Nações Unidas (ONU) admite "desenvolvimento como um processo econômico, social, cultural, político e abrangente, que visa o constante melhoramento do bem-estar de toda população e de cada pessoa, na base de sua participação ativa, livre e significativa, e na justa distribuição dos benefícios resultantes dela"⁽¹³⁾.

Esse conceito nada fez além de enfeitar folhas de papel e colocar brilho nos olhos de quem sonha com um mundo melhor e mais justo. Faltou vontade política na viabilização dessa utopia?

Acredita-se que a utopia, ao mesmo tempo em que rejeita a realidade concreta, instiga o ser humano a idealizar, de forma revolucionária, a criação de um mundo onde as contradições básicas da sociedade são solucionadas⁽¹⁵⁾. Ela ocorre na tensão entre a denúncia de um presente intolerável e a visualização de um futuro que será construído política, estética e eticamente pelos seres humanos que acreditam e defendem uma sociedade menos desigual⁽¹⁶⁾.

A nossa utopia é contribuir para diminuir as iniquidades sociais de tal forma que não existam mais pessoas vivendo na e da rua. Entretanto, como esse processo é coletivo, pautado na Ética, há a consciência de que não será breve, porém, a fome e a dignidade humana têm pressa. Nesta concepção visualiza-se o cuidado de enfermagem como uma das possibilidades de atender às demandas desse segmento populacional⁽¹⁷⁾. Para tal, há necessidade de elaborar ações mais dirigidas a esse grupo específico, o que certamente implicará na (re)estruturação curricular de vários cursos de graduação e pós-graduação em enfermagem.

O cuidado de enfermagem ao povo de rua passa necessariamente pela compreensão da "cultura da rua", na qual é preciso considerar alguns fatores: (1) quem são essas pessoas?; (2) como vivem?; (3) como conseguem sobreviver física, psicológica e socialmente? e (4) que sentido atribuem às suas vidas que, para a maioria das pessoas, parecem pesadelos acordados?⁽⁶⁾

A realidade, no trabalho com essa população, revela pessoas carentes não só de recursos materiais, mas carentes de atenção, carinho e amor. Acreditando que o cuidado somente surge quando a existência de alguém tem importância para mim, nesse prisma, a identificação do profissional com os sujeitos que receberão o cuidado é imprescindível⁽¹³⁾. Para cuidar de pessoas em situação de rua precisa-se atribuir um significado de humanidade ao cuidado e acreditar na possibilidade de transformação da realidade posta.

A convivência com o povo em situação de rua tem levado a crer que, para muitos, estar na rua significa ter descido ao nível mais baixo do *status* social conferido a um ser humano. Tal constatação faz com que coloquem em xeque o valor que atribuem à própria vida, questionando o significado de sua existência. O enfermeiro consciente dessa característica precisa incluir na assistência de enfermagem instrumentos para lidar com isso.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Espera-se ter conseguido trazer a questão da desigualdade e exclusão social para dentro da área da Saúde, particularmente da Enfermagem, pois acredita-se ser necessária a tomada de consciência de que o processo saúde-doença-cuidado extrapola esse campo teórico. É na esfera da Ética que se compreende que a doença e os agravos demandam esforço concentrado de toda a sociedade – não só a acadêmica – para buscar formas de reinventar o presente. Isso acarretará em mudança estrutural e paradigmática na forma de conceber a sociedade e a divisão de classe social. É necessário romper com a onipotência dos discursos políticos e técnicos para viabilizar a assistência à Saúde de uma forma geral, o cuidado de Enfermagem em particular.

Cabe aos órgãos formadores da área da

saúde, em especial da enfermagem, adicionar nos seus currículos tal temática dada a diversidade cultural e social do país. É necessário ampliar a discussão e rever os paradigmas até então pautados basicamente no positivismo, como corrente do pensamento que opera no campo da neutralidade científica, da racionalidade objetiva, da naturalidade biológica e organicista dos fenômenos. A pós-modernidade cobra tal práxis, propondo a superação da dicotomia existente entre as ciências naturais e as ciências sociais, implicando em revalorização dos estudos humanísticos⁽¹⁸⁾.

Cabe a reflexão pedagógica e política - quem educa o educador para esta "nova" realidade? A introdução da área das ciências humanas e sociais é vital para essa construção paradigmática. O cuidado, observado apenas pelo prisma biológico e tecnicista, não é suficiente para compreender o processo saúde-doença-cuidado do povo da rua.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Prefeitura Municipal de São Paulo (SP). Secretaria Municipal do Desenvolvimento, Trabalho e Solidariedade. Desigualdade em São Paulo: o Índice de Desenvolvimento Humano. São Paulo (SP): PMSP; 2002.
2. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) [homepage na Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; [acesso em 2005 março 18]. Censo demográfico; [1 tela]. Disponível em: <http://ibge.gov.br>.
3. Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas (FIPE). Censo dos moradores de rua. São Paulo(SP): FIPE; 2003.
4. Pastoral do Povo da Rua. Vida e missão: pastoral do povo da rua. São Paulo (SP): Editora Loyola; 2003.
5. Carneiro NJ, Nogueira EA, Lanferini GM, Ali DA, Martinelli M, editores. População de rua: necessidades de saúde e organização de serviços. São Paulo (SP): Coordenação Nacional da Rede de Investigação em Sistemas e Serviços de Saúde do Cone Sul; 1996.
6. Snow D, Anderson L. Desafortunados: um estudo sobre o povo da rua. Petrópolis (RJ): Editora Vozes; 1998.
7. Carneiro NJ, Nogueira EA, Lanferini GM, Ali DA, Martinelli M. Serviços de saúde e população de rua: contribuição para um debate. Saúde e Sociedade 1998 dezembro; 7(2):47-62.
8. Brêtas ACP, Oliveira EM. Interseções entre as áreas de conhecimento da gerontologia, da saúde e do trabalho: questões para reflexão. Saúde e Sociedade 1999 dezembro; 8(2):59-82.
9. Rocha S. Pobreza no Brasil. Afinal, de que se trata? Rio de Janeiro (RJ): Editora FGV; 2003.
10. Laurell AC. Avançando em direção ao passado: a política social no neoliberalismo. In: Laurell AC, organizadora. Estado e políticas sociais no neoliberalismo. São Paulo (SP): Cortez; 1995. p.11-52.
11. Canguilhem G. O normal e o patológico. 4ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Forense Universitária; 1995.
12. Czeresnia D. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: Czeresnia D, Freitas CM, organizadores. Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro (RJ): FIOCRUZ; 2003. p.39-53.
13. Boff L. Saber cuidar: ética do humano - Compaixão pela terra. Petrópolis (RJ): Vozes; 1999.
14. Heidegger M. Ser e tempo. 12ª ed. Petrópolis (RJ): Vozes; 2002.
15. Costa MCC. Sociologia: introdução à ciência da sociedade. São Paulo (SP): Moderna; 1997.
16. Souza AI, organizadora. Paulo Freire: vida e obra. São Paulo (SP): Expressão Popular; 2001.
17. Ribeiro MO. A rua: um acolhimento falaz às crianças que nela vivem. Rev Latino-am Enfermagem 2003 setembro-outubro; 11(5):622-9.
18. Santos BS. Um discurso sobre as ciências. 10ª ed. Porto (Portugal): Ed. Afrontamento; 1998.