

## RELAÇÕES DE PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA COM USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS

*RELATIONSHIP OF PEOPLE IN THE STREET SITUATION USING PSYCHOACTIVE SUBSTANCES*

Vagner Ferreira do Nascimento<sup>1</sup>, Kamyla Alves Ferreira<sup>2</sup>, Thalise Yuri Hattori<sup>3</sup>, Ana Cláudia Pereira Terças-Trettel<sup>4</sup>, Alisséia Guimarães Lemes<sup>5</sup>, Margarita Antonia Villar Luis<sup>6</sup>

RECEBIDO EM: 11/04/20 | ACEITO EM: 03/06/20

DOI: 10.5902/2317175843479

### RESUMO

Este trabalho objetivou conhecer as relações das pessoas em situação de rua com o uso de substâncias psicoativas. Estudo exploratório, realizado em Mato Grosso, Brasil, com pessoas em situação de rua. Para análise, utilizou-se a Teoria do Autocuidado de Dorothea Orem. A vivência nas ruas é cercada de desafios, sociais e de saúde. O desemprego, a falta de proteção/segurança e a ausência de suporte de serviços assistenciais aumenta a vulnerabilidade para sofrerem atos de violência e terem maiores prejuízos quanto ao autocuidado. A situação de rua favorece as relações com as substâncias psicoativas e amplia as possibilidades de dependência química.

**Palavras-chave:** Pessoas em situação de rua; Transtornos relacionados ao uso de substâncias; Qualidade de vida.

1 Pós-Doutorado em andamento pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Psiquiátrica pela Universidade de São Paulo (USP). Doutor em Bioética pelo Centro Universitário São Camilo (USC). Mestre pela Sociedade Brasileira de Terapia através do Programa Interinstitucional (MINTER). Graduado em Enfermagem e Obstetrícia pela Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT). Pesquisa os seguintes temas: Vulnerabilidades Sociais e de Saúde, Álcool e outras Drogas, Saúde do Trabalhador, Saúde Mental, Saúde Indígena, Terapias Integrativas e Complementares. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4134268880865735>

2 Graduada em Enfermagem pela Universidade do Estado de Mato Grosso (UNEMAT). Atua principalmente na área de saúde pública, permeando temáticas ligadas às populações vulneráveis; Determinantes Sociais de Saúde (DDS); Fatores ambientais no processo saúde-doença. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/9153795836148432>

3 Mestrado em Ciências da Saúde pela Universidade Federal da Grande Dourados (UFGD). Graduação em Enfermagem pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UEMS). Tem experiência na área de Enfermagem e atua principalmente nas áreas da saúde indígena, saúde do trabalhador com temas de indicadores de saúde. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/1180213507715120>

4 Doutora em Medicina Tropical pelo Instituto Oswaldo Cruz (IOC/FIOCRUZ). Pós-Doutorado em andamento na Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EERP/USP). Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT). Graduada em Enfermagem pela Universidade Anhanguera (Uniderp). Tem experiência profissional em Docência de nível superior, Preceptoria em Saúde, Ensino a distância, Saúde Pública, Vigilância em Saúde, Estratégia de Saúde da Família, Epidemiologia, Doenças Transmissíveis, Virologia e Saúde Indígena. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/9144280121462086>

5 Doutora em Enfermagem Psiquiátrica pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP/USP). Mestre em Imunologia e Parasitologia Básicas e Aplicadas pela Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT). Graduada em Enfermagem pela Faculdade Vale do Aporé (FAVA). Graduada em Pedagogia pelas Faculdades Integradas de Cassilândia (FIC). Tem experiência na área de Enfermagem, com ênfase em Saúde Mental e uso das práticas integrativas e complementares. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/7962964326421386>

6 Doutora em Enfermagem – Pós-Graduação em Interunidades pela Universidade de São Paulo (USP). Mestre em Enfermagem Psiquiátrica pela mesma instituição. Graduada em Enfermagem pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). Tem experiência na área de Enfermagem, com ênfase em Uso e Abuso de Álcool e Drogas, atuando principalmente nos seguintes temas: álcool, drogas, enfermagem, saúde mental e enfermagem psiquiátrica. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/8900592234180797>

## ABSTRACT

*It aimed to know the relationships of people on the street with the use of psychoactive substances. Exploratory study, carried out in Mato Grosso, Brazil, with people on the streets. For analysis, Dorothea Orem's Theory of Self-Care was used. Living on the streets is surrounded by challenges, social and health. Unemployment, lack of protection / security and the absence of support from assistance services increases the vulnerability to suffer acts of violence and have greater losses in terms of self-care. The street situation favors relationships with psychoactive substances and expands the possibilities of chemical dependence.*

**Keywords:** Homeless persons; Substance-related disorders; Quality of life.

## 1 Introdução

Estima-se que existam 101.854 pessoas em situação de rua no Brasil. Deste total, 77,02% habitam nos municípios com mais de 100 mil habitantes. Na região Centro-Oeste aproximadamente 8.777 pessoas estão nessa condição, correspondendo a 8,62% da população de rua nacional (Natalino, 2016).

Esse público corresponde a um grupo populacional com desigualdade socioeconômica, que apresenta vínculos familiares frágeis ou rompidos e sem habitação, geralmente residindo em espaços públicos ou alojamentos, de forma temporária ou permanente. Essas pessoas migram para as ruas por motivos como: buscar abrigo, liberdade para viver, pela vivência de rejeição, decepções e em consequência de perdas diversas (Barata et al., 2015).

Esse cenário histórico e problemático fundamentou a elaboração da Política Nacional para a População em Situação de Rua (PNPSR), criada em 2009, cujo objetivo é assegurar acesso amplo desse grupo às políticas públicas, capacitar profissionais na abordagem, criação e ampliação de redes de acolhimento e realização de contagem regular dos indivíduos. Porém, a PNPSR tem sido deficitária diante do acompanhamento e monitoramento dessas pessoas, bem como pela ausência de interação e integração entre os serviços e órgãos responsáveis por implementar as ações que estabelecem (SERAFINO e LUZ, 2015).

Esse grupo está em condição de grande vulnerabilidade social e de saúde, com exposição rotineira aos danos físicos e psicoemocionais, seja pelas relações construídas nesse espaço, estilos de vida distantes do ideal, como nos enfrentamentos diários para satisfazer suas necessidades humanas. Nas ruas, utilizam as substâncias psicoativas (SPA), como fonte de prazer, conforto, subsistência, apoio ou ainda por curiosidade, favorecendo a ocorrência de dependência química (SOUSSAN; ANDERSSON; KJELLGREN, 2018)

As SPA possuem propriedades físico-químicas que desordenam algumas funções vitais, causam danos progressivos no organismo e podem levar a dependência. Paralelamente, na necessidade do consumo dessas substâncias, impulsividades e na ausência de acompanhamento profissional e suporte fa-

miliar/social, muitos se aproximam do universo da criminalidade, tráfico de drogas, roubos, assaltos e distintas formas de violência, tendo consequências adicionais por essas práticas (TOLEDO; GONGORA; BASTOS, 2017).

Um levantamento mundial apontou que, cerca de 5% da população adulta entre 15 e 64 anos do mundo, usaram alguma SPA. Entre essas, os opióides (heroína, ópio, codeína, petidina e morfina) provocaram o maior impacto negativo na saúde. A maconha e anfetaminas foram as drogas ilícitas mais consumidas e dentro do grupo de drogas lícitas, predominou o álcool. Nesse mesmo período, em 86 países (pertencentes aos cinco continentes) ocorreram 39,6 mortes por milhão de habitantes relacionadas ao uso de drogas, principalmente por álcool. Apesar disso, poucos governos envidaram esforços para intervenção diante dessas estatísticas (UNODC, 2017).

No Brasil, por meio da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) houve a inclusão do Consultório na Rua (CR), pautado na estratégia de redução de danos, cuja finalidade, em relação ao uso de SPA, é prevenir os danos ao invés da prevenção do uso. Entretanto, poucos municípios brasileiros estão contemplados com estes consultórios. Na região Centro-Oeste há treze instalados, sendo dois no estado de Mato Grosso, nos municípios de Cuiabá e Várzea Grande. Todavia, a falta de dados oficiais sobre essa população devido à complexidade operacional em investigar e acompanhar pessoas não domiciliadas (Natalino, 2016) favorece a superficialidade e escassez de informações confiáveis.

Ao analisar a literatura científica, identifica-se que a maioria das pesquisas envolvendo o uso de SPA na população em situação de rua está pouco direcionada à compreensão dos significados das SPA no cotidiano dessas pessoas (FERREIRA; ROZENDO; MELO, 2016; HALLAIS, BARROS, 2015; LIMA, MORAIS, 2016; PAIVA et al., 2016; SERAFINO, LUZ, 2015; TOLEDO, GONGORA, BASTOS, 2017; WINKELMANN et al., 2018). Diante disso, o objetivo do estudo foi conhecer as relações das pessoas em situação de rua com o uso de SPA.

## 2 Método de pesquisa

Trata-se de estudo exploratório, seguindo o protocolo internacional *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research* (COREQ). O estudo foi realizado em dois municípios da região médio norte de Mato Grosso, entre janeiro e julho de 2019.

Os sujeitos do estudo obedeceram aos critérios de inclusão e exclusão. Sendo inclusos, maiores de 18 anos que vivessem em situação de rua. Foram excluídos aqueles que se encontravam em regiões periféricas das cidades.

Inicialmente foi realizada a busca ativa para o rastreamento e identificação dos possíveis participantes da pesquisa, por estratégia *snowball sampling*, considerando pessoa em situação de rua, aqueles que verbalizassem residir nas ruas. Os indivíduos foram localizados por meio de contato pessoal em sua região de permanência (proximidade de praças e pontos rodoviários). E me-

diante aceite em participar da pesquisa, realizou-se de imediato a coleta de dados, de forma individual e em local que julgaram mais apropriado, garantindo conforto, sigilo e privacidade.

Para a coleta de dados foi empregada a técnica de entrevista, guiada por roteiro semiestruturado, elaborado pelos próprios pesquisadores, contendo questões fechadas (aspectos sócio demográficos) e questões abertas (aspectos sobre a situação de rua e uso de substâncias psicoativas). As entrevistas tiveram duração média de 40 minutos.

O quantitativo total de participantes do estudo, baseou-se na exaustividade das informações de interesse, tal como proposto pela saturação amostral, até atingir o objetivo do estudo.

O material empírico gerado nas entrevistas foi transcrito na íntegra, organizado com codificação alfanumérica, onde "P" representa participante e o número arábico que compõe o conjunto, determina a ordem das entrevistas. Para analisar o material, utilizou-se a análise de conteúdo à luz da Teoria do Autocuidado de Dorothea Orem que caracteriza a capacidade dos indivíduos de cuidar de si mesmo, cuidado esse desempenhado de forma integral, abrangendo todas as esferas humanas, sob direcionamento do profissional de saúde (OREM, 1995).

As linhas de análise partiram das fases: pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados: inferência e interpretação (BARDIN, 2011). A partir disso, surgiram duas categorias: "Vivências e principais dificuldades em situação de rua" e "Significados das substâncias psicoativas e o cuidado à saúde".

Foram respeitados todos aspectos éticos em pesquisa, de acordo com a Resolução 466/12, iniciando o estudo somente após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade do Estado de Mato Grosso (CEP/UNEMAT) sob CAAE 93246318.7.0000.5166 e parecer 2.771.200. Todos os participantes do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

### **3 Apresentação e discussão dos resultados**

Participaram do estudo 20 moradores de rua (com 5 dias a 15 anos nesta condição). Já transitaram por vários municípios brasileiros, sendo que o período de permanência em cada município oscilou de dois dias a seis anos.

Possuem faixa etária entre 25 e 61 anos, sendo em sua maioria do sexo masculino, autodeclarados brancos, com ensino fundamental incompleto, católicos, solteiros, sem renda mensal fixa, sem auxílio financeiro do governo, vivendo como catadores, pedintes e trabalhadores manuais. Anterior à situação de rua, trabalhavam com serviços gerais. Aqueles que possuem filhos, os deixaram sob cuidado das mães.

Alimentam-se diariamente, realizando somente uma refeição ao dia, prevalecendo o almoço. Adquirem suas refeições, ou pedindo diretamente em restaurantes ou com dinheiro que ganham. Ao morarem nas ruas, tiveram re-

dução no peso corporal entre 2 e 15 quilos. A ingestão de água é abundante, a partir do acesso em bebedouros de rodoviárias e em postos de venda de combustíveis.

Relatam sono e repouso prejudicado devido à condição de periculosidade das ruas, pesadelos e transtornos áudio visuais. Dormem de duas a quatro horas por noite, não possuem atividades de recreação, nem lazer. Não fazem uso de medicamentos e negam a existência de doenças. Tomam banho regularmente em banheiros públicos ou cedidos por instituições privadas. Possuem vida sexualmente ativa apenas com sexo oposto, com utilização de preservativo em todas as relações.

Todos os participantes fazem uso de substâncias psicoativas, predominando o uso de álcool e tabaco. O primeiro contato ocorreu antes da vivência nas ruas, entre 7 e 27 anos, por meio da influência familiar ou de amigos. Morar na rua contribuiu para o aumento do consumo dessas substâncias e abriu caminho para outras (maconha, crack e pasta base). Atualmente, se reconhecem como dependentes químicos, fazendo uso frequente conforme disponibilidade/acessibilidade da substância psicoativa, as quais são adquiridas através do dinheiro arrecado como pedintes. A maioria nunca recebeu tratamento para desintoxicação ou recuperação da dependência, porém expressam o desejo em parar o uso.

O motivo de estarem nas ruas, ocorreu pela ausência de emprego formal, conflitos familiares, rompimentos amorosos e a busca pela liberdade, apesar de sofrerem preconceito e serem julgados pelas pessoas. Todavia, muitos já estiveram em albergues, mas a rotina dessas casas (horários, regras, cobranças, atividades religiosas obrigatórias e cuidados domésticos), e por vezes, maus tratos colaborou para retornarem às ruas. Embora nesse momento, desejam ter moradia fixa.

## 2.1 Vivências e principais dificuldades em situação de rua

A vivência nas ruas impõe inúmeros desafios para a sobrevivência da pessoa. Isso exige, sair da condição de individualidade, inerente à situação de rua e alcançar meios de segurança. Mas, apesar das adaptações à essa nova realidade solitária, a família permanece ocupando importante espaço na vida dessas pessoas.

*[O que mais sente falta nas ruas?] minha família né, [...] família é tudo né, ser sem família, sei lá, perde a graça. (P1)*

*[...] O que eu mais sinto falta é da minha mãe [choro]. (P4)*

*[...] A maior dificuldade de viver na rua pra min é o que se deixou pra trás, pensando na família que você largou pra trás, sinto mais falta da minha filha. (P6)*

No entanto, outros aspectos foram evidenciais como, a segurança alimentar, o acesso à moradia e o direito à higiene pessoal que se tornam fundamentais nesse contexto de vida.

*[...] é a noite pra dormir né, porque tem que fica dormindo em quebra, dormindo no chão. [...]. (P1)*

*Viver nas ruas é o seguinte, é triste tempo de frio, não tem coberta, tem que tampar com lona/papelão. Falta lugar para fazer sua higiene [...]. (P6)*

*[...] o mais difícil é na hora que você não tem nenhum centavo pra comprar comida, que seu estômago dói. (P12)*

*[...] de ruim muitas coisas às vezes frio, chuva, às vezes sem ter um lugar pra está passando a noite. Muitas das vezes você tá com fome, não tem pra aonde recorrer, fica ainda exposto ao risco de pedir e não ganhar [...]. (P16)*

*[...] tomar banho é a maior dificuldade, porque eu gosto de toma banho toda hora. (P19)*

Quando se veem sozinhos, vivendo ao relento e tendo que enfrentar as dificuldades das ruas, sofrem por demandas de diversas ordens. Essas demandas, reforçam o estranhamento por esse espaço, e realçam a falta que sentem dos recursos que poderiam ser partilhados se estivessem em um contexto familiar.

No entanto, estudo realizado em João Pessoa (PB) evidencia que dentre as pessoas em situação de rua, 90% não mantêm contato com seus familiares (Almeida et al., 2014), e sem essa convivência, mesmo normalmente sob escolha individual, sentem-se desamparados de afeto e proteção (LIMA et al., 2018). Ausentes de apoio e participação da família, algumas necessidades podem emergir e requerer práticas de autocuidado, que muitas vezes não são aprendidas nesse contexto, mas fundamentais para a manutenção nas ruas e/ou para a qualidade de vida.

Por outro lado, pesquisa realizada na região sul do Brasil retrata os conflitos familiares como o principal motivo para o ingresso nas ruas (WINKELMANN et al., 2018), logo estar nas ruas passa a ser percebido como ato de afirmação de independência, e a forma de defender esse novo estilo de vida e evitar a retomada do contato familiar (Pinheiro e Monteiro, 2016).

A alimentação também é apontada como uma das principais dificuldades para a pessoa em situação de rua. E estudo realizado em Boston (USA) reforça que além dessa população possuir insuficiência alimentar, está mais sujeita a adoecer, sem atenção e cuidados (KOH; BHAREL; HENDERSON, 2015). Manter uma ingestão adequada de alimentos entre essa população é uma tarefa árdua, porque ao mesmo tempo que buscam suprir uma necessidade, como meio de garantir o autocuidado natural, mostram-se mais vulneráveis e desprotegidos pela exposição à situação de pedinte, nem sempre sendo exitosa (HAMADA et al., 2018).

Em relação à moradia, estudo holandês revela que a situação de rua não exprime o desejo de viver sem casa, mas em possuir um espaço que consiga dormir de forma segura e tranquila (LAAN et al., 2017), onde haja proteção do frio e das variações climáticas (ROMASZKO et al., 2017). Entretanto, viver sem moradia fixa, assim como descrito por Orem, favorece o déficit de autocuidado (OREM, 1995), uma vez que a estrutura de um lar proporciona abrigo, refúgio, conforto, proteção e preservação da individualidade, e na ausência desse bem, cuidados básicos, como banho e higiene pessoal deixam de ser realizados na íntegra.

Tanto a ausência de moradia como o pouco acesso à alimentação estão condicionados à situação de rua. Essas circunstâncias são agravadas pelo subemprego, que nem sempre reverte à pessoa, recursos suficientes para garantir seu bem-estar e a possibilidade de melhores condições de vida. Embora haja atividades remuneradas, de modo rotativo, o desemprego é uma condição predominante para essas pessoas.

*[...] As horas boas é quando se arruma um bico ai, um trampo [...]* (P1)

*Olha vive na rua não é bom não, todo mundo sabe que não é bom não, mas pra quem tá desempregado que nem eu, é isso que tem, tenho que ficar na rua [...].* (P2)

*[...] Eu tô por aqui, até eu arruma um serviço mesmo, e melhor de vida, ganhar respeito [...].* (P3)

*[...] A maior dificuldade é a dormida, é não te um emprego digno[...] para subir na vida.* (P4)

*[...] [Como é viver nas ruas?] Pra mim é bom porque eu to desempregado [...], daí não tenho como sair daqui mesmo.* (P7)

Como observado nas narrativas, a oportunidade de emprego os tornam capazes de se auto cuidar, porém, por outro lado, o desemprego é um fator que restringe a ascensão do indivíduo, sendo identificado também como motivo para permanência nas ruas. Estudo realizado em São Paulo (SP) confirma esses achados e também relaciona a dificuldade de reinserção no mercado de trabalho com essa condição de vida (LUSSI; RICCI; PINHO, 2017).

Na atualidade, o trabalho formal gera poder e valorização do homem, além de interferir quanto ao respeito e participação na sociedade. No entanto, nem sempre há oportunidades de trabalho para essas pessoas (Alcântara; Abreu; Farias, 2015). E diante de inúmeras negações, o trabalho deixa de ser somente para fins de subsistência, e passa a ser compreendido como cenário de encontro com a vida social, com a coletividade, cultura e futuro; palco onde a dignidade é colocada em destaque (Santos e Silva, 2018).

Não obstante, a Teoria do Orem revela que no momento em que o indivíduo se vê desprovido de sua principal fonte de recursos, as necessidades de autocuidado universal, descritas como atividades da rotina diária ou aquelas que equivalem às necessidades humanas básicas não ocorrem ou deixam de ser supridas (Orem, 1995). Assim, ficam dependentes da solidariedade de outras pessoas para atender suas necessidades, já que não conseguem atingir sozinhos a totalidade de demandas de autocuidado exigidas em situação de rua, quer seja por falta de recursos individuais ou por conflitos na definição e assunção de responsabilidades de profissionais e serviços públicos, na garantia do direito à saúde, ficando desassistidos (Rodrigues, 2018).

Além dessas dificuldades, vivem sob perigo e situações de conflitos, que fortalecem o estilo nômade e vigio, como estratégia perspicaz frente a possíveis riscos e surpresas hostis. Esse estado de atenção contínuo, altera e prejudica a tranquilidade do sono e repouso nas ruas.

*[...] Se não confia nos amigos que tem, porque aqui ninguém tem amigo não [...]. (P4)*

*Você não sabe o lugar que você pode cair, alguma pessoa pode matar você dormindo, você está entendendo! Ela pode te confundir, pode te dar uma facada, pode te dar um tiro [...]. (P9)*

*É muito ruim, as vezes têm aqueles noiados, que quer jogar álcool em você e tacar fogo. (P11)*

*É ruim e muito perigoso, os caras a noite né, depois de 1:00h da manhã os caras começa andar. (P13)*

Percebe-se nas narrativas que nem sempre a convivência em grupo representa segurança. Nos espaços públicos, comumente ocupados por essas pessoas transitam uma grande população, e no período noturno, mesmo com a diminuição desse fluxo, apresentam-se mais expostos e vulneráveis à violência.

Estudo brasileiro aponta que 81,5% das pessoas em situação de rua, por medo de serem violentadas, perambulam durante a noite e só conseguem repousar ao amanhecer. Evidencia-se também que 62,9% dos atendimentos realizados nos serviços de saúde com essas pessoas são devido aos traumas, cortes e violência sofridos nesse ambiente (FARIAS et al., 2017). Adicionalmente, ressalta-se que as violências físicas vivenciadas nas ruas podem ser classificadas em três categorias: praticada por grupos intolerantes; efetuada entre pares na rua e a violência com objetivo de higienização dos espaços públicos (ROSA E BRÊTAS, 2015), sendo apontado que a violência ocorre normalmente entre aqueles que partilham o mesmo cotidiano.

Nessa perspectiva, a convivência itinerante com pessoas alheias à sua familiaridade e confiança representa ameaça extra à sua integridade física, aumentando o medo e receio em sofrer algum tipo de violência. Isso impede que o indivíduo mantenha relações sociais mais favoráveis e duradouras (WATSON;



CRAWLEY; KANE, 2016). Nesse sentido, segundo Orem, esses fatores podem ser minimizados com um sistema de apoio-educação fortificado (OREM, 1995), que corresponde ao ato de ensinar o indivíduo estratégias protetivas, como a escolha de abrigos seguros, a formação de grupo para prevenir atos de violência, saberes de autodefesa e conhecimento sobre primeiros socorros básicos.

Nesse cotidiano de perambulação, outras adversidades são facilmente evidenciadas, como por exemplo, a difícil tarefa de alcançar uma vida digna, já que a condição de marginalidade, exclusão e invisibilidade social impedem.

*[...] tem muitas pessoas que te maltrata, que não conhece a pessoa e julga sem saber[...]. (P1)*

*[...] É uma situação chata né, ninguém merece uma vida dessas, serio mesmo, ninguém merece ne [...]. (P4)*

*Olha não é fácil [choro] [...] você perde toda a sua dignidade [...], de ser humano [...]. (P5)*

*[...]Vive assim não é vida de gente não [...]. (P10)*

*É triste, porque isso aqui não é vida pra ninguém não, ainda mais um cara que foi trabalhador que nem eu, isso não é vida pra ninguém não [choro], me sentindo que eu não sou ninguém [...]. (P19)*

Identifica-se nas narrativas a inexistência do valor humano de quem vive nas ruas e a amplitude de pré-conceitos e obstáculos diários. E quando colocados alheios às necessidades básicas para sua sobrevivência, retoma o sentimento de desmerecimento de direitos e o desconhecimento de si, como uma pessoa que requer respeito.

Residir nas ruas está longe de ser uma vida digna, pois as pessoas nessa condição se encontram em estado de tristeza, sem esperança, revestidos com sentimento de desprezo e injustiça (BISCOTTO et al., 2016). Estudo africano conduzido em Malawi (ZA) define que uma vida digna deve abranger aspectos materiais e não materiais, saúde, renda, alimentação, segurança e proteção, integração e participação na comunidade, sentir-se útil, ter poder para tomar decisões, ser independente e fundamentalmente possuir oportunidades (HEERDE E HEMPHILL, 2019).

Contudo, estudo realizado em Santos (SP) aponta que mesmo em condições muitas vezes insalubres há indivíduos que demonstram vontade em permanecer com essa rotina, mas com expectativas de condições melhores. Eles até almejam um futuro diferente dos demais colegas, ainda que, não vislumbrem muitos meios para essa realização (ANDRADE; COSTA; MARQUETTI, 2014).

Diante disso, o profissional pode incentivar e direcionar essas pessoas, quer seja para o regresso ao contexto familiar ou manutenção da vida em

situação de rua, que segundo Orem, é também uma oportunidade de traçar estratégias de adaptação e tentar suprir as necessidades existentes, levando o indivíduo a ser coparticipante do seu próprio cuidado, responsabilizando pela sua própria saúde (OREM, 1995).

## 2.2 Significados das substâncias psicoativas e o cuidado à saúde

As substâncias psicoativas possuem efeitos danosos para a saúde, porém nas ruas, o consumo dessas representa importante papel na interação e socialização do indivíduo com os pares. Elas assumem também, característica de companhia fiel em todos os momentos.

*[...] As horas boas é quando se senta mais uns amigos, vai tomar umas pinga [...]. (P1)*

*[...] Se está parado na rua se vai fazer o que? Se aglomera igual nós está sentado ali, pra toma pinguinha [...]. (P3)*

*[...] Olha o cara está na bebida ele está achando bom, vixi muitas, uma cachacinha é bom né [...]. (P4)*

*Morar na rua é beber pinga e pedir[...]. (P7)*

Observa-se que o consumo dessas substâncias é peculiar desta realidade, quase inerente à condição de viver nas ruas, e segundo os participantes, consumir bebidas alcoólicas é uma opção espontaneamente e prontamente elegível nessa vida, pois promove satisfação e alegria, ocupando o espaço que normalmente é tomado pela ociosidade. Ou seja, além de integrar momentos de interação social, as substâncias psicoativas são acessadas como mecanismo de entretenimento, já que essas pessoas vivem normalmente sem ocupação (FARIA FILHO et al., 2015).

Pesquisa em Belém (PA) corrobora com esses achados ao retratar que 92,5% desses indivíduos usam algum tipo de substância psicoativa (FARIAS et al., 2017) e que um dos motivos para esse consumo repousa na influência gerada pelo grupo de convivência, ao estimular o consumo como meio de valorização e pertencimento ao coletivo (CARDOSO E MALBEGIERC, 2014). Estudo canadense reforça essa evidência, indicando que possuir um amigo que consome essas substâncias aumenta a chance de aderir ao mesmo comportamento (TSAKPINOGLOU e POULIN, 2017).

Observa-se, então, que as substâncias psicoativas atuam nas relações entre os indivíduos, e que na presença de dependentes na dinâmica do grupo, todos os demais são diretamente induzidos, de modo que o consumo se torna ecumênico. Assim, da mesma forma que a adição nas ruas se efetiva mais facilmente de modo comunitário, as intervenções planejadas para esse público devem ser realizadas de forma coletiva, pois quando as informações sobre saúde

são aceitas pelo grupo, as práticas de autocuidado são melhores permeadas nesse contexto e o próprio grupo assegura a continuidade desses saberes para novos integrantes e nos locais que ocuparem (OREM, 1995).

Na falta desse aprendizado, há um descuido com suas condições de saúde frente aos danos causados pela substância, mantendo o consumo, ainda que não vislumbrem nenhum ganho além daqueles ligados a própria drogadição.

*Nenhuma [importância] porque eu só um viciado mesmo, dá vontade de fuma eu fumo memo. Não é importante. (P1)*

*[...] Olha eu agora mesmo no momento, estou tentando parar com esse negócio, estou cortando, porque eu sei que não está me fazendo bem[...]. (P3)*

*O álcool é tudo na vida da gente. (P7)*

*Nada, infelizmente a droga já fala droga porque é uma desgraça na vida de um ser humano né, ela acaba com a sua vida, ela acaba com seu organismo, [...] ela te afeta em várias coisas. (P9)*

*Quando eu era mais novo pra mim não era importante nada não. Mais agora virou companheiro, se eu não tiver os dois [O álcool e o tabaco] eu não sou ninguém mais. (P14)*

Identifica-se nas narrativas que o consumo de substâncias psicoativas não possui grande importância para suas vidas, ao afirmarem efeitos pouco significativos para ascensão de vida e resgate de relações sociais, porém se apoiam nessas substâncias como meio de fuga ou recurso para enfrentamento de circunstâncias da vida, ou seja a representatividade dessas substâncias pode ter relação direta com os conceitos de saúde culturalmente estabelecidos nessa ambiência e na ausência de assistência.

Contribuindo com essa perspectiva, estudo norte americano evidencia que os indivíduos desejam deixar a dependência, mas relacionam o consumo dessas substâncias como a fonte de seus múltiplos problemas (WATSON; CRAWLEY; KANE, 2016), afetando aspectos sociais e físicos, como a autoestima, disposição e bem-estar (CLARO et al., 2015). Estudo realizado na França revela que os prejuízos da adição inicialmente são desconsiderados ou não perceptíveis, mas as perdas vão ocorrendo e se materializando de forma negativa com relação aos aspectos de saúde (PEYRIÈRE et al., 2016).

E ainda que compreendam essas consequências, não implementam nenhuma estratégia de autocuidado para reduzir esse consumo ou outros riscos, seja pela sensação de bem-estar proporcionada, pela ação anestésica no alívio/esquecimento dos problemas e sofrimentos vividos ou ainda, por não serem acompanhados e apoiados no resgate de sua participação social na comunidade (LIMA et al., 2018), motivos que atrapalham a aceitação de novas perspectivas de vida e saúde.

Esse cenário é propício para atuação do profissional, especialmente no desenvolvimento de projetos terapêuticos fundamentados na política de redução de danos, na medida que provoque reflexões sobre as condições de saúde atuais e possibilidades de escolhas seguras, e isso se configura em um direcionamento sem exigências que interfiram na adesão às práticas de autocuidado, com autonomia e discernimento (OREM, 1995).

No entanto, esse empoderamento sobre a própria vida e cuidados, sem a participação direta dos profissionais e serviços de saúde os conduzem, muitas vezes, às práticas de autocuidado inseguro, ao elaborarem estratégias terapêuticas baseadas no uso de substâncias psicoativas disponíveis no meio.

*Tomo remédio nenhum, eu tomo é pinga. (P2)*

*[...] Ah geralmente eu sou um cara meio doido, agente bebe limão com sal, bebe pinga mesmo já cura [...]. (P9)*

*[...] Eu tomo cachaça pra ver se segura o vômito, aí sara. Prefiro assim, do que ter que seguir algo que não gosto [tratamento convencional]. (P12)*

*[...] o cigarro me acalma [...]. (P16)*

*[...] Ah pra mim [As SPA] disfarça os pensamentos ruins, que se tem passado né [...]. (P18)*

*[...] Ah em mim não dá essas coisas [doenças], só dá quando eu não bebo álcool. Não gosto muito do jeito que os médicos fazem o tratamento conosco, não nos entendem [...]. (P20)*

Observa-se nas narrativas a centralidade das substâncias psicoativas, o que parece responder ou satisfazer déficits em saúde desses participantes. Essa percepção talvez seja justificada por utilizarem e confiarem nesse mesmo recurso para suprirem outras necessidades básicas no cotidiano das ruas, e amenizarem suas intempéries.

Com dificuldade no acesso à saúde, eles descobrem práticas empíricas no grupo, definindo como principal tratamento frente aos sinais e sintomas de adoecimento. Pesquisadores ratificam esses achados, apontando que essas práticas integram o autocuidado desses indivíduos, bem como a presunção que as SPA podem constituir como método terapêutico (curativo ou paliativo) (BEZERRA et al., 2015; ZENI et al., 2017).

Outro fator para esse comportamento em saúde, fundamenta-se na baixa adesão das pessoas em situação de rua aos cuidados convencionais (HUNTER et al., 2015), pela autoridade de muitos profissionais ao conflitar seus ideais de liberdade e independência, e por terem normalmente como regra para o estabelecimento do cuidado, a suspensão imediata do uso das SPA.

Essa discordância e inflexibilidade do cuidado convencional refletem em resultados pouco eficazes quando comparados aos demais segmentos da po-

pulação, uma vez que percebem o consumo das substâncias enquanto uma prática de autocuidado que atenua suas necessidades, porém de modo temporário, cumprindo apenas a função de distração de carências, sem contribuição efetiva no processo de promoção à saúde e prevenção de doenças.

Neste contexto, as ações que visam o fomento do autocuidado com essa clientela devem ser adaptadas à realidade das ruas e aos sentidos individuais atribuídos à saúde, a fim de atingir um caráter terapêutico contínuo e suprir de forma satisfatória as insuficiências existentes (OREM, 1995).

Ainda que se perceba autonomia na decisão sobre o autocuidado, as unidades de saúde devem estar entre as principais referências de cuidado do indivíduo, ao sinalizar as terapêuticas mais efetivas e fornecer acompanhamento necessário. Para algumas pessoas em situação de rua, a busca pelo cuidado não inclui as unidades de saúde, deixando a própria natureza humana se encarregar pela evolução do estado de saúde.

*[...] Quando precisa fica aí no chão mesmo e vai vendo no que dá. (P7)*

*[...] Melhora por si [meu adoecimento], eu não vou no hospital de jeito nenhum, e o medo das agulhadas. (P10)*

*[...] Quando tenho alguma coisa eu aguento, espero passar. (P13)*

*[...] A gente não vai no médico não, acha uma farmácia, pede um remédio e toma. (P17)*

*[...] Quanto ataca a bronquite eu vou no posto, como uma mendiga né, horrível, eu fui umas 3 vezes, eu não vou no mesmo lugar né, todas as vezes eu vou num diferente, eles trata mal, as vez não precisa fala é o jeito de olha pra gente, de falar com a gente, parece que a gente é um lixo. (P19)*

Ao contrário, há aqueles que buscam e encontram assistência à saúde, sem estranhamentos, como qualquer outro cidadão, atendendo suas demandas.

*[...] Às vezes se adocece né, ai vai pro hospital. Há já fui umas 5-6 vezes já. Alguns lugares te tratam bem. [O senhor fala que é morador de rua?] não, eu não, do o nome de um endereço aí. (P1)*

*[...] Eu vou no posto de saúde, já fui um par de vezes, são gente boas pra mim, não tenho nada pra reclamar. (P2)*

*[...] Se vai lá no posto procura eles te atendem né, tem o cartão do SUS tudo certinho. (P3)*

*[...] Eu vou no postinho ali tenho meus cartão cidadão tudo. De seis em seis meses eu faço exame de DST. (P6)*

*[...] [Já fui atendido] Umase sete vezes, o atendimento, pra mim*

*foi normal, a pessoa que me atendeu me tratou com todo respeito. (P11)*

*[...] Eu ia pro hospital, chegava lá eles metia injeção em mim. Trataram do mesmo jeito que trata você, foi bom, foi bom demais. (P15)*

Pelas narrativas, percebe-se o histórico de indiferença sofrido ou pela dinâmica dos serviços não satisfaz as demandas dessas pessoas, limitando o acesso à assistência em saúde e a adesão às práticas individuais empíricas, o que interfere negativamente o equilíbrio do processo saúde-doença. Há também indicativos de profissionais de saúde que conseguem atender essa clientela e alcançam bons resultados, no desempenho do autocuidado, embora ainda dependa de motivação individual para recorrer à assistência.

Estudo internacional aponta que para essas pessoas de rua os recursos de saúde são inadequados, de difícil acesso e com menor probabilidade de continuidade (WATSON; CRAWLEY; KANE, 2016), mas também a procura pelos serviços, por parte dos indivíduos é reduzida (BEZERRA et al., 2015). Contrapondo-se a isso, foi desvelado em estudo brasileiro que as pessoas em situação de rua estabelecem maiores vínculos com os profissionais de estratégias de saúde da família (ESF) pelo perfil comunitário do serviço, utilizando sempre este mesmo serviço de saúde, por encontrarem acolhimento e assistência de qualidade (BARATA et al., 2015). Já nos Estados Unidos, as pessoas sem moradia utilizam com maior frequência os serviços de pronto-atendimento, porém com demandas sem urgências (AMATO et al., 2019), talvez porque neste país o modelo de atenção a essas populações siga outro direcionamento político-assistencial.

No Brasil, reforça a importância do fortalecimento das ESF no território, bem como a ampliação das equipes de consultório de rua, na aplicação de cuidados baseados não apenas no tratamento da doença/adoecimento, mas no estabelecimento das relações de confiança, diálogo e uso de tecnologias de cuidado (HALLAIS e BARROS, 2015). Particularmente em relação às equipes de consultório na rua, elas possuem um diferencial, por valorizar e considerar as singularidades das pessoas, reconhecer *in loco* suas vulnerabilidades existentes e conseqüentemente, permitir cuidados mais condizentes à condição de vida e saúde que dispõem (FERREIRA; ROZENDO; MELO, 2016).

Sendo assim, os profissionais ao conduzirem os indivíduos, em um processo de autocuidado dinâmico e real, aumentam suas relações e facilitam a identificação dos serviços de saúde como uma nova forma de estratégia no favorecimento de sua saúde (OREM, 1995). Para tanto, a efetivação das terapêuticas depende do desejo do cliente e da sua compreensão sobre a própria condição clínica, bem como o reconhecimento sobre a importância das intervenções de saúde aplicadas para si mesmo. Dessa forma, com ações mais frequentes, os profissionais podem trabalhar a importância da participação dessas pessoas como agentes do seu autocuidado, assumindo postura proativa no processo saúde-doença.

## 4 Considerações finais

Verificou-se que a vivência nas ruas é cercada de desafios seja de caráter social, seja de saúde. Aspectos fundamentais para a vida humana são negligenciados nesse contexto. Destaca-se a falta de proteção/segurança e a ausência de suporte de serviços assistenciais na comunidade, o que aumenta a vulnerabilidade com relação aos atos de violência e gera maiores prejuízos quanto ao autocuidado e a integralidade de saúde.

A situação de rua favorece as relações com as SPA. Essa população consome essas substâncias diariamente e de forma contínua quando há disponibilidade do produto, podendo ser de modo individual ou coletivo. Essa prática está associada a momentos de interação do grupo, bem como para o enfrentamento de problemas desse cotidiano e circunstâncias da vida.

A familiaridade com o consumo, transfere para essas substâncias o papel e poder do principal cuidado terapêutico disponível, pois o acesso aos serviços de saúde em geral é distante, seja pelas dificuldades dos serviços/profissionais em alcançar e garantir a integralidade da assistência, como por resistências individuais à aquisição de novos comportamentos, muitas vezes associado a forma como são enxergados e acolhidos pela sociedade e serviços de saúde.

Para isso, as condições de itinerância, desigualdade e/ou marginalidade entendidas como obstáculos para efetivação do cuidado em saúde devem ser superadas, na medida que deixem de ser percebidas como impasses e constituam oportunidades de intervenção.

Entre as limitações do estudo, destaca-se a pequena parcela de mulheres em situação de rua nessa região, portanto as peculiaridades relativas ao sexo feminino não puderam ser identificadas. O estudo também não permite a generalização dos achados pela característica da amostra de conveniência. Todavia, o ineditismo na abordagem teórica a partir das experiências de vida de pessoas em situação de rua nessa região do país, fornece subsídios fundamentais para permanência de pesquisas nessa seara.

## Referências bibliográficas

- ALCÂNTARA, S. C.; ABREU, D. P.; FARIAS, A. A. Pessoas em situação de rua: das trajetórias de exclusão social aos processos emancipatórios de formação de consciência, identidade e sentimento de pertença. **Rev. colomb. psicol.**, v. 24, n. 1, p. 129-143, 2015.
- ALMEIDA, R. A. et al. Perfil dos usuários de substâncias psicoativas de João Pessoa. **Saúde debate**, v. 38, n. 102, p. 526-538, 2014.
- AMATO, S. et al. Sick and unsheltered: homelessness as a major risk factor for emergency care utilization. **Am. J. Emerg. Med.**, v. 37, n. 3, p. 415-420, 2019.
- ANDRADE, L. P.; COSTA, S. L.; MARQUETTI, F. C. A rua tem um ímã, acho que é a liberdade: potência, sofrimento e estratégias de vida entre moradores de rua na cidade de Santos, no litoral do Estado de São Paulo. **Saúde soc.**, v. 23, n. 4, p. 1248-1261, 2014.

- BARATA, R. B. et al. Desigualdade social em saúde na população em situação de rua na cidade de São Paulo. **Saúde soc.**, v. 24, suppl. 1, p. 219-232, 2015.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.
- BEZERRA, I. H. P. et al. População em situação de rua: um olhar da enfermagem sobre o processo saúde/doença. **Enferm. Rev.**, v. 18, n. 1, p.3-14, 2015.
- BISCOTTO, P. et al. Compreensão da vivência de mulheres em situação de rua. **Rev. Enferm. USP**, v. 50, n. 5, p. 749-755, 2016.
- CARDOSO, L. R. D.; MALBERGIER, A. A influência dos amigos no consumo de drogas entre adolescentes. **Estud. psicol.**, v. 31, n. 1, p. 65-73, 2014.
- CLARO, H.G. et al. Uso de drogas, saúde mental e problemas relacionados ao crime e à violência: estudo transversal. **Rev. Latino-Am. Enferm.**, v. 23, n. 6, p. 1173-1180, 2015.
- FARIA FILHO, E. A. F. et al. Concepções sobre drogas por adolescentes escolares. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 68, n. 3, p. 517-523, 2015.
- FARIAS, D. C. S. et al. Homens vivendo em situação de rua e o acesso aos serviços de atenção primária em saúde. **Saúde (Santa Maria)**. v. 43, n. 3, p.1-8, 2017.
- FERREIRA, C. P. S.; ROZENDO, C. A.; MELO, G. B. Consultório na rua em uma capital do nordeste brasileiro: o olhar de pessoas em situação de vulnerabilidade social. **Cad. Saúde Pública**, v. 32, n. 8, p. 1-10, 2016.
- HALLAIS, J. A. S.; BARROS, N. F. Consultório na rua: visibilidades, invisibilidades e hipervisibilidade. **Cad. Saúde Pública**, v. 31, n. 7, p. 1497-1504, 2015.
- HAMADA, R. K. F. et al. População em situação de rua: a questão da marginalização social e o papel do estado na garantia dos direitos humanos e do acesso aos serviços de saúde no Brasil. **Rev. APS**, v. 21, n. 3, p. 461-469, 2018.
- HEERDE, J. A.; HEMPHILL, S. A. Associations between individual-level characteristics and exposure to physically violent behavior among young people experiencing homelessness: A meta-analysis. **Aggress. violent behav.**, v. 47, n. 1, p. 46-57, 2019.
- HUNTER, C. E. et al. Barriers to prescription medication adherence among homeless and vulnerably housed adults in three canadian cities. **J. Prim. Care Community Health**, v. 6, n. 3, p.154-161, 2015.
- KOH, K. A.; BHAREL, M.; HENDERSON, D. C. Nutrition for homeless populations: shelters and soup kitchens as opportunities for intervention. **Public Health Nutr.**, v. 19, n. 7, p. 1312-1314, 2015.
- LAAN, V. D. et al. Personal goals and factors related to QoL in Dutch homeless people: what is the role of goal-related self-efficacy?. **Health Soc Care Community**, v. 25, n.3, p.1265–1275, 2017.
- LIMA, J. L. et al. Percepção de consumidores de drogas sobre família: um estudo fenomenológico. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 71, suppl. 5, p. 2094-2100, 2018.
- LIMA, R. F. F.; MORAIS, N. A. Caracterização qualitativa do bem-estar subjetivo de crianças e adolescentes em situação de rua. **Temas psic.**, v. 24, n. 1, p. 1-15, 2016.
- LUSSI, I.A.O; RICCI, T.E; PINHO, R.J. Percepções sobre trabalho: análise de concepções de pessoas em situação de rua. **Rev. Bras. Terap. Ocup.** v. 25, n. 4, p.779-793, 2017.
- NATALINO, M. A. C. **Estimativa da População em Situação de Rua no Brasil**. Texto para Discussão nº 2246. Brasília: IPEA, 2016.
- OREM, D. E. **Nursing: concepts of practice**. 5th ed. St. Louis: Mosby, 1995.
- PAIVA, I. K. et al. Direito a saúde da população em situação de rua: reflexões sobre a problemática. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 21, n. 8, p. 2595-2606, 2016.
- PEYRIÈRE, H. et al. Medical complications of psychoactive substances with abuse risks: Detection and assessment by the network of French addictovigilance centres. **Thérapie**, v. 71, n. 6, p. 563-573, 2016.
- PINHEIRO, W. N.; MONTEIRO, C. F. B. Moradores de rua e as justificativas de permanência: uma análise de aspectos psicossociais. **Rev. Uningá rev.**, v. 25, n. 1, p. 124-130, 2016.



- RODRIGUES, K. S. O. Direitos humanos fundamentais de pessoas em situação de rua e a inefetividade das políticas públicas no Brasil. **Rev. Nova Hileia**, v. 5, n. 1, p. 2-16, 2018.
- ROMASZKO, J. et al. Mortality among the homeless: causes and meteorological relationships. **PLOS one**, v. 12, n. 12, e0189938, 2017.
- ROSA, A. S.; BRÊTAS, A. C. P. A violência na vida de mulheres em situação de rua na cidade de São Paulo, Brasil. **Interface**, v. 19, n. 53, p. 275-85, 2015.
- SANTOS, T. R.; SILVA, J. O. A influência da família tem algum efeito? Análise da remuneração dos executivos das empresas familiares e não familiares. **Rev. Contab. Org.**, v. 12, e148149, 2018.
- SERAFINO, I.; LUZ, L. C. X. Políticas para a população adulta em situação de rua: questões para debate. **Rev. Katálysis**, v. 18, n. 1, p. 74-85, 2015.
- SOUSSAN, C.; ANDERSSON, M.; KJELLGREN, A. The diverse reasons for using novel psychoactive substances - a qualitative study of the users' own perspectives. **Int. J. Drug. Policy**, v. 52, p. 71-78, 2018.
- TOLEDO, L.; GONGORA, A.; BASTOS, F. I. P. M. A margem uso de crack, desvio, criminalização e exclusão social uma revisão narrativa. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 22, n. 1, p. 31-42, 2017.
- TSAKPINOGLOU, F.; POULIN, F. Best friends' interactions and substance use: The role of friend pressure and unsupervised co-deviancy. **J. Adolesc.**, v.60, n.1, p 74-82, 2017.
- UNODC. United Nations Office for Drugs and Crimes. **World Drugs Report**. Viena: UNODC, 2017.
- WATSON, J.; CRAWLEY, J; KANE, D. Social exclusion, health and hidden homelessness. **Public Health**, v.139, n.1, p. 96-102, 2016.
- WINKELMANN, M. C. C. et al. Percepção das pessoas em situação de rua sobre determinantes sociais de saúde. **Rev. Enferm. UFSM**, v. 8, n. 1, p. 88-101, 2018.
- ZENI, A. L. B. et al. Utilização de plantas medicinais como remédio caseiro na Atenção Primária em Blumenau, Santa Catarina, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 22, n. 8, p. 2703–2712, 2017.