

Produção do cuidado às pessoas convivendo com HIV/AIDS em situação rua nos serviços socioassistenciais

*Production of care for people living with HIV/AIDS in street
situation in social services*

*Producción de atención a personas que viven con HIV/AIDS en
situación de calle en servicios sociales*

Ana Carla da Silva Abreu

Leilson Lira de Lima

Vitória Silva de Aragão

Ana Camila Bezerra de Sousa Silva

André Ribeiro de Castro Junior

Ilana Farias Andrade de Moura

Maria Rocineide Ferreira da Silva

RESUMO

Buscou-se compreender como ocorre a produção do cuidado às pessoas que vivem com HIV/Aids em situação de rua nos serviços socioassistenciais. Trata-se de uma investigação qualitativa, realizada em Fortaleza-CE, no Centro de Referência a Pessoa em Situação e Centro de Convivência e Pousada Social Cirlândio Rodrigues. Participaram 7 profissionais e 1 usuário do serviço. Utilizou-se a entrevista semiestruturada e a observação sistemática. A análise envolveu compreensão de narrativas. Os resultados evidenciaram a produção do cuidado a essa população tendo como núcleo central da assistência o cuidado voltado as necessidades humanas básicas: banho, alimentação, lavagem de roupas. Categorizados nas seguintes categorias: “Os não cuidados e a fragmentação assistencial no serviço” e “A fragilidade das Políticas Pública para a produção do cuidado”. Concluindo ser necessário ampliar as políticas e a criação de estratégias de cuidado de saúde.

Palavras-chaves: Síndrome de Imunodeficiência Adquirida; Infecções por HIV, Pessoas em Situação de Rua, Cuidado em Saúde, Serviços de Saúde.

ABSTRACT

It was sought to understand how the production of care for people living with HIV / AIDS in street situations occurs in the social assistance services. This is a qualitative research, carried out in Fortaleza-CE, in the Reference Center for the Person in a Street Situation and Cirlândio Rodrigues Social and Social Center. 7 professionals and 1 user of the service participated. Semi-structured interview and systematic observation were used. The analysis involved understanding narratives. The results evidenced the production of the care to this population having as central nucleus of care the basic human needs care: bathing, feeding, washing clothes. Categorized in the following categories: "Non-care and service fragmentation in

service" and "The fragility of Public Policies for the production of care". Concluding that it is necessary to expand policies and the creation of health care strategies.

Keywords: Acquired Immunodeficiency Syndrome; HIV Infections, Street People, Health Care, Health Services.

RESUMEN

Buscamos comprender cómo ocurre la producción de atención a las personas que viven con VIH/SIDA en situación de calle en los servicios de asistencia social. Se trata de una investigación cualitativa, realizada en Fortaleza-CE, en el Centro de Referência a Pessoa em Situação de Rua y en el Centro Social y Pousada Social Cirlândio Rodrigues. Participaron 7 profesionales y 1 usuario del servicio. Se utilizó la entrevista semiestructurada y la observación sistemática. El análisis involucró la comprensión de narrativas. Los resultados evidenciaron la producción de cuidados para esta población, teniendo como núcleo central de atención los cuidados dirigidos a las necesidades humanas básicas: bañarse, comer, lavar la ropa. Categorizado en las siguientes categorías: "La falta de cuidado y la fragmentación del cuidado en el servicio" y "La fragilidad de las Políticas Públicas para la producción del cuidado". Concluyendo que es necesario ampliar las políticas y la creación de estrategias de atención en salud.

Palabras llave: Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida; Infecciones por VIH, Personas sin Hogar, Atención de la Salud, Servicios de Salud.

INTRODUÇÃO

Viver com HIV/Aids e situação de rua constitui um grande problema com determinantes de saúde, traçado por particularidades e pelo preconceito que ultrapassam as barreiras da infecção pelo vírus e da vulnerabilidade social. Estamos em um momento onde a situação econômica tem refletido no processo de adoecimento e no aumento das pessoas sem moradia e sua disfunção nos centros urbanos das grandes capitais(1).

Sendo assim, muito têm sido as discussões sobre políticas, serviços destinados ao atendimento desses usuários. Assim, entendemos que a "Soropositividade" e situação de rua é entendida como "problema social e de saúde pública" e deve ser respondido com ações de produção do cuidado nos serviços socioassistenciais e saúde.

Embora exista um amplo conhecimento sobre o HIV/Aids em todas as áreas da saúde, compreendemos que o cuidado às Pessoas que vivem com HIV/Aids (PVHA), ainda requer mudanças na abordagem e atendimento prestado pelos profissionais das áreas da saúde a esses usuários, pois, ainda existe uma gama de estigmas e preconceitos nestes atendimentos(1). O Boletim Epidemiológico HIV/Aids do Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais, da Secretaria de Vigilância em Saúde, do Ministério da Saúde (DIAHV/SVS/MS), publicado anualmente, apresenta informações e análises sobre os casos de HIV/aids no Brasil(2).

No Brasil, de 2007 até junho de 2021, foram notificados no Sinan 381.793 casos de HIV e, em 2020, foram diagnosticados 32.701 novos casos. Os casos de aids em 2020 chegaram a 29.917 – notificados no Sinan, declarados no SIM e registrados no Siscel/Siclom –, com uma taxa de detecção de 14,1/100 mil habitantes, totalizando, no período de 1980 a junho de 2021, 1.045.355 casos de aids detectados no país. Desde o ano de 2012, observa-se uma diminuição na taxa de detecção de aids no Brasil, que passou de 22,0/100 mil habitantes (2012) para 14,1/100 mil habitantes em 2020, configurando um decréscimo de 35,7%(2). Com dados atualizados dos últimos cinco anos (2017 – 2021), foram notificados – segundo o SINAN – 2.884 casos de Aids em Fortaleza, CE(3).

De acordo com a Política Nacional Pessoas em Situação de Rua (PNPSR), essa população é definida como um grupo de pessoas que têm em comum a pobreza extrema, os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados, que não possuem moradia convencional fixa e que se apropriam dos logradouros públicos ou áreas abandonadas como espaço de moradia e de sustento - sendo permanente ou temporário - bem como as unidades de acolhimento, para pernoite temporário ou como moradia provisória(4).

Diante disso, vários fatores contextuais que influenciam os riscos e os resultados de intervenção em saúde a essa população, onde destacamos a importância do status de moradia para PVHA na prevenção e cuidados foram reconhecidos, mas grande parte dessa atenção entrou-se nos indivíduos sem abrigo como um grupo de risco especial(5).

Cada sociedade tem o seu discurso sobre o processo saúde-doença e sobre o corpo, que corresponde à coerência ou as contradições de sua visão de mundo e sua organização social. Para tanto, partindo da perspectiva antropológica, precisamos compreender esse processo nas suas dimensões biológicas dentro de um contexto de subjetividades(6).

Dados internacionais sobre o cuidado às PVHA sugerem heterogeneidade e iniquidades de acesso a serviços de saúde e assistência. O Relatório Global sobre AIDS 2024 do UNAIDS, por exemplo, destaca que houve avanços significativos em alguns países, como na África Subsaariana, graças à expansão do acesso ao tratamento antirretroviral. Entretanto, o progresso é desigual, com o número de novas infecções por HIV aumentando em regiões como Europa Oriental, Ásia Central, América Latina, Oriente Médio e Norte da África. Em países como Rússia e Ucrânia, a falta de investimentos em programas de prevenção e a existência de leis discriminatórias têm dificultado a reversão do número de infectados pelo HIV e uma atenção à saúde mais efetiva e eficiente. Já no Brasil, há relativo sucesso na ampliação do acesso ao tratamento, mas enfrentam desafios para alcançar populações-chave,

como homens que fazem sexo com homens e pessoas transgênero, devido à persistência de estigmas e discriminação(20).

O relatório também destaca que, globalmente, cerca de 30,7 milhões de pessoas estavam recebendo terapia antirretroviral em 2023, mas regiões como o Oriente Médio e o Norte da África apresentam cobertura de tratamento significativamente menor, com apenas metade das pessoas vivendo com HIV recebendo tratamento. No México e em alguns países da América Latina, iniciativas de redução de danos para usuários de drogas injetáveis e programas de distribuição de preservativos para trabalhadores do sexo mostraram-se promissoras, reduzindo as taxas de novas infecções e ampliando o acesso ao tratamento. No entanto, em vários países, as estratégias de prevenção ainda são insuficientes, especialmente entre populações vulneráveis. O relatório ressalta a importância de uma abordagem inclusiva e de investimentos sustentáveis para garantir o acesso equitativo aos serviços de saúde, eliminar barreiras legais e sociais, e alcançar a meta de acabar com a AIDS como uma ameaça à saúde pública até 2030(20).

Diante das considerações até aqui apresentadas, faz-se necessário, ainda, compreender a produção do cuidado às Pessoas que vivem com HIV/Aids e em situação de rua nos serviços socioassistenciais. A produção de cuidado é aqui compreendida como prática de saúde baseada nas relações e vínculos desenvolvidos e firmado, perpassando trocas de saberes e experiências no acesso, acolhimento, vínculo, responsabilização, formação profissional e resolutividade(7). Para tanto, este artigo possibilita não somente a reflexão sobre o cotidiano de serviços socioassistenciais e sua relação com as PVHA e em situação de rua, mas também redireciona, a partir de evidências, as práticas de cuidados nesses cenários a fim de assegurar direitos sociais e avançar na consolidação de uma assistência que contemple o entendimento e a superação de sofrimentos e mal-estares nas situações de vulnerabilidades.

Considerando o processo de segregação social vivenciado pelas PVHA e que estão em situação de rua, vale trazer que a precariedade das políticas públicas voltadas a essa população. Os estigmas que elas carregam ao ser identificadas como PVHA e por viverem em situação de rua resultam-se de um preconceito construído e firmado por longos períodos históricos, sendo ainda, muito presente nessa população; assim como os problemas de saúde física, mental e a exposição à violência.

Essa população necessita de uma ampliação do acolhimento em ações de cuidado, estratégias de promoção do bem-estar saudável e acesso à proteção da saúde; concernindo, portanto, ao planejamento e a pactuação com os gestores nas suas esferas de governo, no processo de organização de ofertas terapêuticas e políticas públicas no acesso as redes de

saúde por serviços instituídos no atendimento a essa população. Diante do exposto, objetivou-se compreender como ocorre a Produção do Cuidado às Pessoas que vivem com HIV/Aids em situação de rua nos serviços socioassistenciais.

MATERIAIS E MÉTODOS

Optou-se pela pesquisa qualitativa na perspectiva de compreender a produção do cuidado às pessoas em situação de rua e com HIV/Aids, a partir da multiplicidade de sentidos e significados construídos pelos agentes dos serviços socioassistenciais que atendem àquelas pessoas, para tanto, pesquisa qualitativa dá-se por dois motivos. Primeiro, devido a possibilidade de evidenciar construções sociais, culturais, simbólicas e políticas. Também porque se podem pontuar aspectos relacionais, ligados à maior ou menor facilidade de estabelecer contato com o grupo estudado, a capacidade de tratá-los como interlocutores, e não meros informantes, criando as condições para que um encontro (que envolva uma relação dialógica e uma fusão de horizontes)(8,9).

Para tanto, o estudo foi realizado no município de Fortaleza, capital do Estado do Ceará. A opção por selecionar esta realidade se valida pela complexidade que contorna a dinâmica do espaço urbano e pela presença da população em situação de rua e por possuir centros de referências a população em situação de rua.

Desse modo, o *locus* da pesquisa se deu no Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua (Centro Pop), Centro de Convivência e na Pousada Social Cirlândio Rodrigues, no município de Fortaleza, Ceará. O Centro Pop possui duas sedes, sendo uma localizada no Bairro Benfica e outra no Centro da cidade. Ele é um espaço de referência para que as pessoas que vive em situação de rua possa procurar serviços de acesso à documentação oficial, Cadastro Único para Programas Sociais, realizar higienização pessoal, participar e desenvolver atividades socioeducativas e artísticas, além de terem acesso a atendimentos especializados por profissionais que auxiliem a resolução das suas demandas.

O Centro de Convivência e a Pousada Social Cirlândio Rodrigues realizam atividades de sociabilidade e convivência, além de oferecer serviço de lavagem e secagem de roupa e alimentação. O equipamento busca assegurar atendimento com atividades direcionadas e programadas para o desenvolvimento de sociabilidade que oportunizem a construção do processo de saída das ruas.

A coleta dos achados ocorreu nos meses de novembro e dezembro do ano de 2018, e a aproximação dos participantes se deu por uma reunião onde foi apresentando o projeto e a

partir desse momento foi feito convite para participarem das entrevistas, onde todos foram solícitos a participar. Os participantes foram profissionais dos serviços envolvidos no cuidado à pessoa em situação de rua, sendo entrevistados no próprio local em que prestavam o atendimento, respondendo a questões previamente elaboradas em um roteiro, as quais abordavam indagações como a relação de cuidado e os serviços ofertados as PVHA e em situação de rua; a construção do vínculo e acolhimento dos profissionais com os usuários e as possíveis dificuldades enfrentadas pela organização do fluxo no atendimento as PVHA e em situação de rua. Vale – ainda - mencionar que os sujeitos obtiveram acesso ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, o qual foi assinado, autorizando a participação na pesquisa, atendendo aos princípios éticos e bioéticos, conforme Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Para tanto, no presente artigo, foram utilizados os dados de 7 entrevistas realizadas com os profissionais integrantes do serviço, que realizavam atendimentos às pessoas com HIV/Aids e em situação de rua. Fizeram parte desta investigação trabalhadores de saúde e da assistência social que prestam cuidados diretos e estão nos serviços há mais de seis meses. E foram excluídos trabalhadores que estavam de férias ou de licença e trabalhadores que também atuavam como coordenadores dos serviços. A média de tempo das entrevistas variou de 6 a 12 minutos.

Para a análise dos achados, optou-se pela a análise de Bardin(10) que, o estudo do conteúdo é um conjunto de instrumentos de cunho metodológico em constante aperfeiçoamento, que se aplicam a discursos (conteúdos e continentes) extremamente diversificados.

O conteúdo foi emergido tanto das observações, registros em diário de campo, trechos de falas, impressões, quanto de sentimentos provenientes das entrevistas que, por sua vez, foram lidas e relidas durante o processo da pesquisa para que novas interpretações fossem feitas ou questões fossem aprofundadas.

As entrevistas foram transcritas, assim como, as observações. Inicialmente, foi realizada a análise de conteúdo categorial temática percorrendo suas três etapas operacionais: pré-análise, a análise e exploração do material coletado e o tratamento dos resultados e interpretação.

Na pré-análise foi realizado o levantamento e a organização do material coletado, tanto nas entrevistas quanto nas observações, retornando aos objetivos iniciais do estudo para a articulação dos resultados empíricos.

Em seguida, foi realizada a primeira leitura do material empírico que orientara a definição das unidades temáticas: a leitura flutuante, um contato mais atento, numa busca de entendimento e aprofundamento do conteúdo dos dados coletados. Ainda nesta etapa, foram trabalhadas as falas e as observações, buscando formar recortes, a categorização e a codificação, à medida da recorrência dos dados. Assim, foram anotadas: unidades de registro, quantidade, a categoria à qual pertencia e adicionada alguma observação adicional (10).

Este estudo integra uma pesquisa denominada “Produção do cuidado às Pessoa que vivem com HIV/Aids e em situação de rua nos serviços socioassistenciais”, aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro Universitário Christus - UNICHRISTUS. Com parecer favorável de nº 00957118.5.0000.5049.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

A partir da análise, apresentamos as informações obtidas junto aos profissionais, categorizadas em dois aspectos observados na efetivação da produção do cuidado a pessoas que vivem com HIV/AIDS e em situação de rua nos serviços socioassistenciais.

Esses aspectos são descritos como: “Os não cuidados e a fragmentação assistencial no serviço socioassistencial às pessoas que vivem com HIV/Aids e em situação de rua” e “Fragilidade das políticas públicas, da falta de insumos e de profissionais para a realização da promoção do cuidado às pessoas que vivem com HIV/Aids e em situação de rua nos serviços socioassistenciais”.

“Os não cuidados e a fragmentação assistencial no serviço socioassistencial às pessoas que vivem com HIV/Aids e em situação de rua”

As narrativas dos interlocutores evidenciam a produção do cuidado a pessoas que vivem com HIV/AIDS e em situação de rua, majoritariamente, como a prática do autocuidado e a resolução de questões pessoais, caracterizado por ações como: “higienização, alimentação, lavagem de roupas, regulamentação de documentos e suporte jurídico” (11).

Os profissionais referem atendimentos individuais com orientações jurídicas, atendimento concernente às questões socioeconômicas, encaminhamentos para outros serviços. Ademais, ofertam alimentação, local para higienização e lavagem de roupa. Dispõe, ainda, de oficinas na busca de promover autoconhecimento e autonomia dos usuários (12,13).

Para que esse usuário adentre no equipamento, é necessário que ele enfrente as questões burocráticas e as normas de segurança do equipamento. Nesse contexto, uma

profissional relata como se dá a entrada dos usuários no equipamento para que os mesmos possam utilizar serviços ofertados:

O acolhimento na recepção na entrada do serviço, eles têm o guarda volumes, né? Eles só podem adentrar, deixar os pertences no guarda volumes e aí chega até a recepção e lá faz a triagem pra que tipo de atendimento ele quer utilizar a casa. Se ele quer tomar um banho, se ele quer só fazer a alimentação, se ele quer atendimento jurídico, né? Se ele quer um acompanhamento com a assistente social e aí ele vai dizer pra que tipo de atendimento que ele quer.

Ante o exposto, percebemos que muitas vezes o acolhimento se limita apenas às ações da recepção e triagem das atividades ofertadas, porém acolhimento deve ser entendido como um conjunto de atividades que produzem saúde e ferramenta tecnológica de intervenções na qualidade da escuta, na construção de vínculo e na garantia do acesso com responsabilidade e resolução nos serviços, proporcionando ao sujeito sua existência e sua complexidade, assim como a produção de cuidado em sua integralidade(14).

A partir da vivência durante a coleta, pôde-se observar que esses usuários compreendem a importância do serviço, como forma de abrigo, acolhimento, do suporte da estrutura física e do encaminhamento para outros serviços. As narrativas revelam que, no geral, a produção do cuidado se configura na resposta às necessidades corporais das pessoas que vivem com HIV/AIDS e em situação de rua:

O nosso serviço né (...) ele não pressupõe a nenhum acompanhamento nosso, então foi uma coisa que surgiu com base na necessidade dos usuários, aqui o serviço nasce com o objetivo de (...) atender somente as necessidades básicas do usuário (...) banho, lavagem de roupa, alimentação e o espaço de conviver (...) (E1).

“As pessoas são convidadas a utilizar os serviços de banho e lavagem de roupa, é servido pela manhã um café da manhã, a tarde o lanche da tarde, logo após é desenvolvido oficinas de redução de danos, prevenção DST/Aids e grupos de fortalecimento de vínculos, atividades pedagógicas, artísticas enfim(...) todo dia tem uma programação diferente e as pessoas são convidadas a participar. (E3)

Como podemos perceber, os serviços socioassistenciais em questão funcionam como o meio pelo qual os usuários conseguem uma assistência aos cuidados básicos pessoais, limitando assim suas ações ao espaço físico do serviço, o que descontextualiza os sujeitos ao promoverem o distanciamento da intersetorialidade. Porém, os interlocutores referenciam os postos de saúde como a porta de entrada ao serviço de saúde e os atendimentos prestado pela equipe do consultório de rua.

[..]a gente tem uma parceria muito legal que é com o consultório na rua, eles estão aqui toda quarta-feira né, pela manhã, e aqui eles coletam pra fazer exames com eles (...)já aplicam algumas vacinas né e tentam fazer algum encaminhamento, assim tem a dificuldade(...) tem coisas que eles não

conseguem alcançar os limites mesmos, ao que a gente tem de demanda, a demanda é muito grande pra pouco atendimento na verdade. (Coordenador centro de convivência)

Trabalhar em parceria com o Consultório de Rua (CnaR), as unidades básicas de saúde e com os Centros de Atenção Psicossocial, é fundamental para priorizar que a assistência e o cuidado as pessoas em situação de rua, sejam realizados no próprio território e que atendam suas necessidades, já que o CnaR é um equipamento itinerante de saúde que integra a Rede de Atenção Básica e desenvolve ações de atenção psicossocial, devendo seguir os fundamentos e as diretrizes estabelecidas pela Política Nacional de Atenção Básica(11). Diante disso, é fundamental traçar ações com o serviço e fortalecer assim os cuidados com a população.

Há, portanto, a preservação do discurso de resistência entre essas redes, posto sobre a atenção básica, uma vez que o serviço é solicitado e há uma resistência no atendimento a essa população.

Essa questão também intersetorial (...) pra agente é bem complexa, por mais que agente estejam se encontrando, tentando dialogar, pra melhorar o fluxo né (...) pra isso realmente acontecer é sempre bem complexo mesmo, por exemplo, agente tem uma demanda de saúde ai espera muitas horas pelo SAMU e quando vem (...). Hoje em dia agente tem uma grande dependência com relação ao atendimento, porque o fluxo é bem grande (...).(Coordenador Centro de Convivência).

Portanto, há um déficit no atendimento integral e universal a essa população, proporcionando um não cuidado. A preocupação e reconhecimento da temática sobre os cuidados a população de rua nas práticas de cuidado, nas políticas voltada a essa assistência estão contidas no Art. 5º da Política Nacional para a População em Situação de Rua – PNPR são princípios, além da igualdade e equidade: respeito à dignidade da pessoa humana; direito à convivência familiar e comunitária; valorização e respeito à vida e à cidadania; atendimento humanizado e universalizado; e respeito às condições sociais e diferenças de origem, raça, idade, nacionalidade, gênero, orientação sexual e religiosa, com atenção especial às pessoas com deficiência, proporcionando a liberdade de escolha do indivíduo e construção cotidiana de uma rede de cuidados que possa abranger prevenção, tratamento e reinserção social(12,15).

Mais o serviço tem muitas falhas, infelizmente a gente não tem o suporte externo, que a gente aqui tem que se virar do jeito que da(...)e ai as vezes falta comida, a cama tá cheio de inseto(...)tem muito roubo(...) assim a gente não tem uma estrutura pra ajudar eles(...).(E2)

Essa fragmentação assistencial produz a desconsideração de características contextuais e a falta de integralidade e intersetorialidade produz efeitos como a sobrecarga dos profissionais de saúde e a burocratização de suas práticas. Além disso, ocasiona a promoção

de uma rede restrita que se retroalimenta causando a estagnação do fluxo nas redes de atenção e deixando essa população sem os cuidados necessários.

“Fragilidade das Políticas Públicas e da falta de insumos para a promoção do cuidado às pessoas que vivem com HIV/AIDS e em situação de rua no serviço socioassistenciais”

Nesta categoria, por conseguinte, iremos abordar a falta de insumos para a promoção do cuidado para as pessoas em situação de rua que busca suporte nos serviços socioassistenciais que, muitas vezes limitam o atendimento para quantidade de pessoas, como relata a profissional de um dos serviços:

[...] Logo pela manhã quando eles chegam são recepcionados, ai na recepção a gente começa fazendo essa acolhida dando algumas orientações, ai eles vão tomar banho, fazem o lanche e tem também o café da manhã né, posterior a isso, para todos que chegam nesse horário de 8hrs, como a gente não é uma política nutricional, a gente não tem a garantia do almoço, agente oferta almoço somente pra 20 pessoas que participam das oficinas, ai se da acolhida nesses momento. (E4).

Outra dificuldade percebida é a falta de recursos financeiros e como os desmontes das políticas publicam vem dificultando a prestação de cuidado a população em situação de rua e que vive com HIV/AIDS, como os interlocutores relatam.

[...]As dificuldades são imensas ne...assim a própria falta de financiamento da política ne... Agora vem retrocedendo a questão do financiamento, não se faz política sem financiamento e agente vem retrocedendo bastante nesse sentido né, a política de assistência social vem sofrendo bastante nesse sentido, a própria conjuntura que não tá favorável, esses periodo de desmonte das políticas sociais que é uma luta travada todo dia nesse sentido, que a gente precisa se articular, se fortalecer dentro do conselhos de classe e dentro do espaços de luta pra garanti uma assistência social, uma política pública de assistência social que possa proporcionar dignidade e respeito as pessoas que utilizam desse serviço e eu não falo só do centro pop, mais eu falo do centro que vem sofrendo ao logo dos anos p processo de sucateamento[...] (E7).

O trabalhador pode ser criativo, autônomo quanto aos instrumentos ao seu alcance, fugindo muitas vezes dos protocolos das instituições, ações essas que são importantes, como um olhar atento e uma escuta ativa para se alcançar o fortalecimento de vínculos entre redes de trabalho afetivo. Como fala Ricardo Teixeira, quando remete a clínica a Spinoza, não se trata apenas de eficácia, mas de potência, e a “potência é sempre em ato”, é sempre efetuada, e são os afetos que a efetua(13,16).

Diante disso, os serviços de saúde prestado pelos trabalhadores do consultório de/na rua, que tem o seu serviço vinculado em parceria com esses centros são formados por uma equipe multiprofissional. Essa parceria garante a oferta de saúde dentro das suas limitações,

com função de potencializar os cuidados prestados a esses usuários, por meio da realização dos procedimentos de coleta de exames, aplicação de testes sorológicos rápidos, administração de medicamentos e providência de curativos, aos pacientes que se manifestam de forma voluntária ao serviço.

Contudo, a população em situação de rua: compreender a aceitação ou não de um procedimento, tratamento como nos casos das pessoas soropositivas, construir vínculo, oferecer condições adequadas e humanizadas de intervenção, prover recursos socioafetivos.

[...]Aqui é um lugar muito bom tranquilo, têm coisas que muitos cantos aqui de fortaleza não tem, muito mesmo(...) eu estou ate um pouco assim meio triste porque alguns vão sair; vão entrar outros novos e eu não queria que acontecesse isso, mais já que vai acontecer eu não posso fazer nada, entendeu(...)gosto muito daqui.(usuária)

[...]A questão do transporte, porque ele tinha cadastro lá no São José, mais ele não tinha como ir lá pegar o remédio, têm muito esse problema ai quando eles conseguem, na maioria deles pedem pra agente guardar pra eles conseguirem usar né, porque se eles ficarem, levarem pra rua, eles perdem, eles vendem, trocam eles fazem tudo e não consegue administrar e guardando aqui eles consegue tomar; tem muito esse problema de as vezes falta o remédio e de conseguir chegar ate la né, no caso o são José.(...)alguns falam pra ter essa ajuda de guardar e tem muita gente que acaba não contando e agente não sabe se faz tratamento, entendeu, as vezes é bem complicado.(advogada)

Claro que, em parte, são problemas socioeconômicos, falta de incentivos, sucateamento da política e o seu retrocesso - de desigualdades e discriminações - além do fato de existir dificuldades das equipes de saúde em trabalharem com sentimentos, das próprias redes de saúde dificultar esse manejo. Tudo isso é proveniente das narrativas dos trabalhadores sobre o que reverbera no seu “cuidado” com a população atendida, na limitação somente dos serviços básicos de higiene, alimentos e outros serviços, mais o desejo de promover as ações além das suas possibilidades, da falta e das dificuldades de ter essa saúde implanta dentro do serviço e da alta demanda.

É necessário acreditar na potência do cuidado e construir a saúde das pessoas que ali estão: possibilidades de saúde, onde somente o fato de escutar suas aflições faz a diferença, atuando na singularidade do sujeito, recriando empoderamento, a busca da identidade social e do atender em saúde.

[...] Aqui eu acho esse acolhimento é uns dos melhores daqui de fortaleza, porque aqui agente tem a assistência de tudo, entendeu. Eles fazem o possível e ate o impossível pra ajudar agente, até eu quinta-feira estava muito mal e o Fabrício e outra menina daqui, o foca arrumou um carro e me levou pro hospital, chegando no São José ele me trataram de uma forma que eu não gostei, o Fabrício disse que eu dei duas convulsões, ai eles me trataram super mal e disseram assim essa ai eu já conheço de outros carnavais e eles me trataram muito mal e ai não me deram nenhum remédio e na hora de vir embora eles quiserem que eu vinhece só com aquela bata transparente, sem roupa nenhuma e o doutor me deu alta, eu estava de observação e me deu alta e foi simhora.(usuária).

Humanização é garantir o acesso dos usuários às informações sobre saúde, inclusive sobre os profissionais que cuidam de sua saúde, respeitando o direito de acompanhamento de pessoas de sua rede social (de livre escolha)(17). É ainda estabelecer vínculos solidários e de participação coletiva, por meio de gestão participativa, com os trabalhadores e os usuários, garantindo educação permanente aos trabalhadores do SUS de seu município(18,19)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conforme os achados do estudo percebemos que muitos desafios ainda perfazem os cuidados às pessoas que vivem com HIV/Aids e em situação de rua. A produção do cuidado como foi relatado nas narrativas, mostra uma concepção diferente do que se entende por produção do cuidado, dos serviços ofertados e das limitações no planejamento e na prática no cotidiano. Tendo-se como um grande problema, a alta rotatividade dos profissionais de saúde, resultando-se numa falta de vínculo entre profissional e usuário.

Dessa forma, constatamos que a consolidação de vínculo entre profissional de saúde e usuários torna-se primordial para a construção e continuação do cuidado, sendo usada como ferramenta para melhor efetividade da assistência prestada. Desse modo, podendo gerar fortalecimento dos serviços socioassistenciais para com essa população e alcançando demandas por elas necessitadas.

Dessarte, compreendemos que é preciso que as dificuldades relacionadas às políticas destinadas à essa população e as relações que incidem sobre a organização de estratégias de cuidado humanizado, respeitando a singularidade do indivíduo nas suas ações de cuidado e em seu arcabouço teórico-ideológico, buscam a qualidade e efetividade das ações cuidado. Frente ao universos de sentidos vivenciados pela PSR com HIV evidencia-se a necessidade de novas investigações sobre a temática sugerindo o fortalecimento das políticas públicas existentes e o alcance dessa população em seu território.

REFERÊNCIAS

1. Aidala, A.A; Wilson, M.G.; Shubert.V et al. Housing Status, Medical Care, and Health Outcomes Among People Living With HIV/AIDS: A Systematic Review. American Journal of Public Health. 2016;106(1): e1-e23.
2. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico HIV AIDS 2021. Dezembro 2021. 2021 [acesso em 2022 fevereiro 18]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2021/boletim-epidemiologico-hiv aids-2021>

3. Ministério da Saúde. DATASUS. 2022 [acesso em 2022 fevereiro 18]. Disponível em: <http://datasus.saude.gov.br/>
4. Decreto nº 7.053 de 23 de dezembro de 2009, Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências. 2009. [acesso em 2021 abril 14]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d7053.htm
5. Ministério da Saúde. Saúde da população em situação de rua: um direito humano. Brasília, DF. O Ministério, 2015. [acesso em 2021 agosto 08]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_populacao_situacao_ rua.pdf
6. Costa, MPT. Resende VM. Discurso e protagonismo: população em situação de rua na produção discursiva de O Trecheiro. 4 ed. Belo Horizonte, Rev. bras. linguist. apl., 2017;17(04):691-714.
7. Assis MMA, Nascimento MAA, Franco TB, Jorge MSB. Produção do cuidado no programa saúde da família: olhares analisadores em diferentes cenários. Salvador, EDUFBA, 2010,180p.
8. Santos FM. Análise de conteúdo: a visão de Laurence Bardin. Resenha de: [BARDIN, L.] Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70, 2011, 229p.] Revista Eletrônica de Educação. São Carlos, SP: UFSCar. 2012;6(1):383-387.
9. Minayo MCS. O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 11. ed. São Paulo: Hucitec; 2008.
10. Bardin L. Análise de Conteúdo. Lisboa: Lidel, 2009. 225p.
11. Ministério da Saúde. Manual sobre o cuidado à saúde junto à população em situação de rua. Brasília: DF, O Ministério. 2012. [acesso em 2021 julho 04]. Disponível em:http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_cuidado_populacao_ rua.pdf
12. Simões TRBA, Couto MCV, Miranda L, Delgado PGG. Missão e efetividade dos Consultórios na Rua: uma experiência de produção de consenso. Saúde debate, Rio de Janeiro. 2017;(41)114:963-975.
13. Santos CF, Ceccim RB. Encontros na rua: possibilidades de saúde em um consultório a céu aberto. Interface (Botucatu) . 2018;22(67):1043-1052.
14. Brasil. Cartilha da PNH: Acolhimento nas Práticas de Produção de Saúde. 2º ed. Brasileira- DF. Ministério da Saúde. 2008 [acesso em 2021 agosto 08]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_praticas_producao_saude_2ed.pdf
15. Brasil. Constituição(1988). Constituição da Republica Federal do Brasil. Brasília. DF. Senado Federal,1988. [acesso em 2021 abril 14]. Disponível em: https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88_Livro_EC91_2016.pdf

16. Buss PM, Filho AL. A Saúde e seus Determinantes Sociais. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro. 2007;17(1):77-93.
17. Tocci ASS, Costa ECNF. A gestão em saúde após a política nacional de humanização no Sistema Único de Saúde – SUS. *REVISTA UNINGÁ*. 2018;40(1):197-206.
18. Brasil. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4ed. Brasília: Editora MS, 2008. [acesso em 2021 agosto 08]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizaus_documento_gestores_trabalhadores_sus.pdf
19. Brasil. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Lei 8142 de 28/12/90. Brasília, 2011. [acesso em 2021 abril 14]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm
20. Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS (UNAIDS). A urgência do agora: a AIDS frente a uma encruzilhada. Relatório Global sobre AIDS 2024. Genebra: UNAIDS; 2024. [acesso em 2024 setembro 02]. Disponível em: <https://unaids.org.br/wp-content/uploads/2024/07/RelatorioGlobalPTBR.pdf>