

**Universidade Federal do Rio Grande do Sul**

**JOÃO PAULO ZIMMERMANN SILVA**

**O autocuidado e utilização da Terapia Antiretroviral da população adulta portadora de  
vírus HIV em situação de rua: revisão bibliográfica**

**Porto Alegre  
2010**

**João Paulo Zimmermann Silva**

**O autocuidado e utilização da Terapia Antiretroviral da população adulta portadora de  
vírus HIV em situação de rua: revisão bibliográfica**

**Projeto do Trabalho de Conclusão do  
Curso realizado como pré-requisito  
para obtenção do título de  
Enfermeiro, do curso de Enfermagem  
da Universidade Federal do Rio  
Grande do Sul**

**Professora orientadora**

**Themis Silveira Dovera**

**Porto Alegre**

**2010**

## RESUMO

A temática do indivíduo portador do vírus HIV em situação de rua constitui-se como um desafio a ser enfrentado pelo Enfermeiro. O Trabalho de Conclusão de Curso aborda o tripé o autocuidado, a pauperização e a adesão ao tratamento. O atendimento a este estrato social possui grandes limitações quanto às concepções que os profissionais de saúde possuem, como pelas políticas voltadas a estas pessoas, tornando a adesão extremamente difícil para estas pessoas. As políticas públicas voltadas a este contingente populacional, em que a adesão ao tratamento antiretroviral aliada à situação de rua, compõe uma situação dramática, onde a inclusão deste indivíduo no Sistema Único de Saúde é uma forma de resgatar sua cidadania. Tal indivíduo passa a estar em situação de rua devido a macro fatores, os quais são decorrentes da política, como de micro fatores, de natureza intrínseca do indivíduo. O entendimento do universo da população de rua constitui-se como importante causa para que se possa entender como este indivíduo se cuida, com suas potencialidades e limitações. O presente Trabalho de Conclusão de Curso visa entender como é o autocuidado da pessoa em situação de rua portadora do vírus HIV. Como conclusão desta pesquisa temos que a pessoa em situação de rua como um ser resiliente, desde que oferecido suporte psicossocial a mesma.

Descritores: sem-teto, terapia antiretroviral, políticas de saúde, enfermagem, autocuidado, pauperização, adesão.

**Dedico este trabalho ao meu grande amor,  
minha esposa Joice Pereira Martins e à minha família.**

## **Agradecimentos**

**Agradeço a Deus, grande arquiteto do Universo.**

**Aos meus pais, Vlanderli e Cledi, pelo carinho e compreensão, e aos meus irmãos, Filipe e Caroline.**

**A minha esposa Joice, uma pessoa especial, acolhedora e amorosa. A minha sogra e minha cunhada Raissa, pelo apoio que elas nos prestam.**

**Aos meus amigos pelos conselhos e os ombros amigos, os quais foram extremamente acolhedores e importantes para mim.**

**A Casa do Estudante Universitário da UFRGS e a Casa do Estudante Universitário Aparício Cora de Almeida, pela acolhida e pela inclusão social.**

**A Professora Adriana Fertig, uma grande amiga que me apoiou.**

**A Enfermeira Elisa M<sup>a</sup> Correa Guedes, pelo apoio e exemplo de ser humano, o qual eu me espelharei como futuro profissional.**

**A minha orientadora Themis M<sup>a</sup> Dresh da Silveira Dovera, que acreditou e investiu no meu potencial.**

**Ao povo brasileiro, o qual desejo retribuir com meu trabalho o que me foi proporcionado pela minha formação.**

**“Quem salva uma vida, salva a humanidade.”**

**Ensino Talmúdico**

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>8</b>
<b>2 OBJETIVOS.....</b>	<b>10</b>
<b>3 METODOLOGIA.....</b>	<b>11</b>
3.1 Tipo de estudo.....	11
3.2 Coleta de dados.....	11
3.3 A análise dos dados.....	12
3.4 Aspectos éticos.....	12
<b>4 REVISÃO DA LITERATURA.....</b>	<b>13</b>
4.1 Conhecendo o indivíduo em situação de rua.....	15
4.2 Descrevendo a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida.....	20
4.3 Entendendo como a população em situação de rua se cuida (autocuidado).....	22
4.4 E as políticas públicas para a população em situação de rua?.....	27
<b>5 Considerações Finais.....</b>	<b>35</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>39</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Durante a graduação tive oportunidade de fazer contato com comunidades em situação de marginalidade. Dentre estas se encontra o Projeto “Começar de Novo” considerado preparação para a execução do Projeto de Extensão da Universidade Federal do Rio Grande do Sul Convivências Urbana, uma iniciativa da universidade e da Faculdade de Enfermagem através do Departamento de Assistência e Orientação Profissional articulada com a Prefeitura Municipal de Porto Alegre e Comitê de ação da cidadania que reúne ações em educação e saúde.

Foi deste modo que passei a ser colaborador deste trabalho, atuando e vivenciando fatos inquietantes junto à população em situação de rua semanalmente durante 6 meses.

O fenômeno da realização consiste no indivíduo que não possui moradia fixa, sendo que o mesmo transitoriamente mora nos espaços públicos, albergues ou pensões. Tal fenômeno é acompanhado da ruptura familiar e da não inserção no mercado de trabalho (Mattos, 2003, apud Mattos e Ferreira, 2005).

Na revisão de diversos artigos um deles me chamou atenção quanto aos fatores extrínsecos e intrínsecos associados com migrantes no Brasil, onde Dias (1999) considera que para uma pessoa passar a viver a situação de rua, este fenômeno possui natureza multifatorial, havendo então macrofatores e microfatores para que isto ocorra. Os macrofatores que influenciam a “caída na rua” são: as políticas de emprego, de habitação, econômica e de saúde. Quanto aos microfatores envolvidos encontram-se: a drogadição, a estrutura familiar, doenças físicas, transtornos mentais, violência doméstica, entre outros. Em sua dissertação de mestrado, Dias (1999) analisou artigos estadunidenses onde para este autor há uma clara associação do fenômeno da desinstitucionalização psiquiátrica e o grande aumento de pessoas passando a viver em situação de rua neste país. Quanto aos estudos brasileiros, a maior parte da produção científica sobre este a realização encontra-se no estado de São Paulo, onde a imagem do sem-teto era associada no Brasil durante o século XIX com o imigrante estrangeiro (geralmente italiano), e a imagem atual do migrante nordestino que desde os anos de 1950 vem aumentando exponencialmente.

Quanto aos microfatores citados por Dias (1999), Alvarez (1999) confirma que para a pessoa em situação de rua é necessário para o mesmo diante das adversidades que ocorrem na

vida das pessoas, a questão da resiliência. Para que seja plausível esta questão se faz necessário que seja criado um “sentido para a vida”, como um indício de saúde mental, para transcender questões que permeiam e acometem de forma a importunar suas questões de caráter pessoal.

O que mais me impressionou nesses dados foi a união da pauperização, adesão ao tratamento à terapia antiretroviral e o autocuidado.

Na visão de Pichler (1980) existe uma explicação para a formação desse contingente populacional chamado de população em situação de rua. Para ele, a pauperização tem relação estreita com o ambiente que contribui sensivelmente para a redução da qualidade de vida e conseqüentemente a expectativa de vida de tais pessoas. Através da dinâmica do capitalismo, há os contingentes populacionais que não são absorvidos pelos setores econômicos da sociedade gerando então os Grupos Marginais, onde tal processo é melhor visualizado em nações subdesenvolvidas, também existente em menor escala em países desenvolvidos.

As patologias infecciosas segundo Silva (2006) estão cada vez mais atingindo as populações marginalizadas, onde estes contingentes possuem grandes dificuldades para ter acesso aos serviços de saúde, informação para saúde e prevenção, o que faz com que a epidemia de HIV/AIDS tome faces de pauperização, onde a adoção de práticas sexuais seguras possui percentuais menores neste estrato social.

Daí vem uma escala progressiva que é o tratamento dado a grupos marginais segundo definições de Guimarães e Novaes, 2006, tais características tidas como diferenças, e o tratamento gerador de restrições de direitos e/ou privilégios, constituem a situação de **vulnerabilidade**. Esse termo define em saúde coletiva situações de vulnerabilidade que são compostos pelas pessoas que possuem características tidas como diferenças (condições sociais, gênero, culturais, étnicas, políticas, econômicas, educacionais e de saúde) e que são **tratadas com desigualdade**, em que relações históricas entre grupos vulneráveis e a sociedade envolvente acentuam o tratamento decorrente aos indivíduos envolvidos. Tal tratamento gera como consequência a dificuldade ou incapacidade de terem seus direitos exercidos, entre os quais o acesso à saúde, discriminados em locais públicos hospitalares.

**O grande desafio da pesquisa é mostrar através da literatura o que é o autocuidado e sua relação com o doente e portador de HIV que vive em situação de vulnerabilidade social.**

“Como é o autocuidado da pessoa adulta portadora do vírus HIV em situação de rua?”

## **2 OBJETIVOS**

Conhecer aspectos do autocuidado, da adesão ao tratamento e da utilização da terapia antiretroviral da população adulta portadora do vírus HIV em situação de rua referenciados nas bibliografias consultadas.

## **3 METODOLOGIA**

### **3.1 Tipo de estudo**

O presente estudo caracterizou-se como pesquisa com abordagem qualitativa do tipo exploratório descritivo, realizado por intermédio de pesquisa bibliográfica baseada em Gil (2002). O autor esclarece a necessidade da adoção de uma série de etapas pré-definidas, quais sejam: a escolha do tema; um levantamento bibliográfico preliminar; a formulação do problema; a elaboração de um plano provisório de assunto; a busca das fontes a leitura do material; o fichamento; a organização lógica do assunto; a redação do texto (GIL, 2002). Estas etapas foram fielmente seguidas para a construção do presente trabalho.

### **3.2 Coleta de dados**

Para a obtenção das informações da pesquisa bibliográfica que fora realizada por este estudo, utilizou-se os seguintes recursos: pesquisa em livros, dissertações, teses, revistas, jornais e periódicos de leitura corrente, para tanto se utilizaram bibliotecas pertencentes à Universidade Federal do Rio Grande do Sul, nas faculdades de Enfermagem, Medicina e a Biblioteca Central da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Igualmente, fora realizada uma exploração da literatura através de bases de periódicos da BVS (Biblioteca Virtual de saúde) acessando LILACS (Sistema Latino Americano e do Caribe de Informações em Ciências da saúde) e SCIELO (Scientific Eletronic Library Online) com os seguintes descritores em português: Sem-teto, Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, Adesão, Políticas de Saúde e Enfermagem.

Optou-se por utilizar o referencial teórico dos últimos 20 anos (1990-2010), visando, desta maneira, conseguir abranger informações mais precisas a respeito da temática abordada.

O descritor em saúde “sem-teto” foi encontrado no LILACS 57 artigos e no SCIELO foram encontrados 6 artigos. O descritor “Síndrome da Imunodeficiência Adquirida” foram encontrados no LILACS em 6743 artigos e no SCIELO 278 ARTIGOS. O descritor “Adesão”

foi encontrado no SCIELO em 91 artigos e em LILACS em 23 artigos. O descritor “Políticas de Saúde” foi encontrado em 1657 artigos em LILACS e em 57 artigos em SCIELO.

Associando os descritores “sem-teto” e “Síndrome da Imunodeficiência Adquirida” não há artigos em SCIELO e há um artigo em LILACS. Associando os descritores “Adesão” e “Síndrome da Imunodeficiência Adquirida” foram encontrados 52 artigos em SCIELO e 10 artigos em LILACS. Associando os descritores “Políticas de Saúde” com “Síndrome da Imunodeficiência Adquirida” foram encontrados 72 artigos em LILACS e nenhum artigo em SCIELO. Associando os descritores “Políticas de Saúde” com “sem-teto” foram encontrados em LILACS 2 artigos e nenhum artigo em SCIELO.

### **3.3 A análise dos dados**

Foi realizado um levantamento do referencial teórico utilizando-se primeiramente uma metodologia de caráter exploratório, que conforme Gil (2002, p. 77) “é uma leitura do material bibliográfico que tem por objetivo verificar em que medida a obra consultada interessa à pesquisa”. Sendo seguida pelas: leitura seletiva, pela qual se selecionam os materiais que realmente interessam à pesquisa; leitura analítica, que busca ordenar e resumir as informações que estão contidas nas fontes, de maneira que seja possível obter as respostas para o problema da pesquisa; e por fim, a leitura interpretativa, que representa o final do processo de leitura, sendo considerada a mais complexa, tendo como objetivo relacionar o que é dito pelo autor com o problema para o qual está buscando-se uma solução (GIL 2002).

### **3.4 Aspectos éticos**

Os dados utilizados na realização desta pesquisa, visando manter os aspectos éticos, foram devidamente referenciados no final do trabalho, conforme o recomendado pela Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT). Os direitos autorais foram preservados de acordo com a Lei n° 9.610, de 19 de fevereiro de 1998 (BRASIL, 1998).

#### 4 REVISÃO DA LITERATURA

Na experiência que vivenciei e que originou esse estudo, o Projeto de ELFxtensão Convivências Urbano em que fazíamos oficinas de saúde com temas sobre métodos preventivos e tratamento com HIV, acredito que geramos relações de escuta e resposta a diferentes necessidades dessa população em situação de rua. Sempre aparecia um ou outro que necessitava da conversa de “pé- de- orelha” sobre problemas enfrentados em albergues e na rua envolvendo eles como portadores do vírus , pessoas doentes e sadias. Ressalto a relevância da dimensão afetiva no encontro entre profissionais e a população em situação de rua ali presente nas oficinas de saúde. Concluindo-se pela importância de entender a humanização da atenção à saúde como um processo de diálogo, que garanta e estimule uma crescente integração entre as finalidades técnicas do trabalho e os projetos de vida dessa população. Yin (2005) considera que o ato da escuta ativa é implicada de observações aguçadas sobre os contextos envolvidos em uma pesquisa, não apenas sendo uma mera atividade passiva. Saber fazer uso de uma escuta e análise atentas requer também observar possíveis informações que podem estar nas entrelinhas dos discursos presentes, podendo gerar revelações das situações que primeiramente foram apresentadas.

Em pesquisa realizado com 330 albergados paulistanos através de amostras sorológicas, Brito et al (2007) constataram que as prevalências de 1,8% de HIV, 8,5% de vírus de Hepatite C, 30,6% de infecção pregressa por Hepatite B, 3,3% de infecção aguda ou crônica pelo vírus da Hepatite B e 5,7% de Sífilis. A população brasileira alcançou no ano de 2008 a esperança de vida ao nascer de 72,57 anos, colocando o Brasil como o 86º colocado no ranking de expectativa de vida das Organizações das Nações Unidas, considerando as estimativas de 192 países (BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, 2009).

Mostra-se evidente que o interesse político e as condições das nações em combater a epidemia da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida refletem na expectativa de vida, onde em algumas regiões da África a expectativa de vida ficou reduzida para menos de 33 anos. Entretanto, desde 1996 é disponibilizada na rede pública a terapia antiretroviral, onde a expectativa de vida do brasileiro portador do HIV está sendo mantida nos mesmos patamares da população brasileira, sendo de 70 anos (BRASIL. Ministério da Saúde, 2003).

Não há na literatura científica nenhuma referência sobre a expectativa de vida do indivíduo portador do vírus HIV em situação de rua.

Assim entendi que a saúde humana não é exclusivamente a ausência de doenças, conforme se idealiza um modelo conceitual de origem grega, mas possui uma profundez que ultrapassa os limites da mente e do corpo do ser em questão. São as condições que as pessoas estão submetidas com o seu contexto sócio-cultural, onde a sua vivência e interação com outras pessoas e o ambiente que a rodeia irá ter como decorrência o seu estado de saúde como um todo (SCLIAR, 2007).

A saúde, tomando como conceito esta ideia recente ocorrida no pós-guerra, também resulta da forma que se dá a interação entre as pessoas envolvidas em um processo de educação que se ocorre permanentemente. A educação é um processo mútuo e contínuo, onde o aprendizado ocorre de forma contínua, e sua interpretação se dá de forma subjetiva (FREIRE, 2007). A educação em saúde também se dá de forma mútua, onde o conjunto de práticas e saberes constitui-se como parte da formação do saber acadêmico e popular, formando uma gama de conhecimentos que geram comportamentos que podem aumentar ou diminuir a expectativa de vida do grupo envolvente (COSTA e LÓPEZ, 1996 apud ALVES, 2005). Aprofundando ainda mais a questão da educação, a partir da construção de estratégias para a mudança de conduta para melhoria da qualidade de vida, a educação para a saúde se dá através de ações por parte da interação entre os profissionais e os usuários, possibilitando a adesão das pessoas envolvidas na questão do autocuidado (CARCEL, 2000, apud CARVALHO e CARVALHO, 2006).

Outro aspecto que me chamou atenção na atividade com Projeto Convivências Urbano da Pró-reitoria de Extensão da UFRGS é a adesão que é um processo onde decisões e ações são realizadas conjuntamente entre o portador do HIV, a equipe de saúde e a rede social. Tal processo ocorre frente à adequação das necessidades biopsicossociais do usuário, onde se faz o processo de negociação junto a equipe de saúde, pressupondo a participação de ambas as partes no processo de decisão para a aderência do tratamento.

Para a população em situação de rua torna-se uma situação mais delicada, porque a falta de residência fixa já se constitui como um fator que traz dificuldades ao tratamento, inclusive a manutenção de alimentação, higiene pessoal e problemas para guardar as medicações (extravio, roubo, exposição à chuva e ao sol). Observando o conceito de adesão, o indivíduo como ser racional com suas necessidades biopsicossociais, dentro de seu grau de habilidades e limitações, pode vir a exercer o autocuidado, onde a interação com o enfermeiro, o meio em que vive e suas crenças geram através de seus atos o desfecho de uma maior adesão no exercício do autocuidado (BRASIL. Ministério da Saúde, 2008). Exemplo a ser citado são os

funcionários das instituições onde as pessoas em situação de rua pernoitam, onde são guardadas as medicações que eles usam, sendo estas administradas nas doses e horários corretos.

Os consensos de terapia antiretroviral são claros: a não-adesão ao tratamento medicamentoso não é apenas um fracasso do ponto de vista biológico, mas também que no caso da saúde individual, no sentido da experiência singular do seu adoecimento, a não adesão pode estar respondendo a crenças, valores, condições específicas de vida que precisam ser ativamente exploradas para serem compreendidas.

Penso que será possível, através do levantamento dessas informações, encontrarem elementos que contribuam no autocuidado e na adesão do adulto em situação de rua portador do Vírus da Imunodeficiência Adquirida, e os resultados poderão representar uma contribuição ao aprendizado teórico e a prática acadêmica de Enfermagem, referenciados nas bibliografias consultadas.

#### **4.1 Conhecendo o indivíduo em situação de rua**

O objeto do nosso estudo é a população em situação de rua, constituída nas pessoas que fazem uso do espaço público como moradia e sobrevivência (VIEIRA et al, 1992 apud CARNEIRO JUNIOR et al., 1998). Este grupo social possui inúmeras características que destoam do povo brasileiro em geral, como a baixa expectativa de vida e a alta incidência da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida. A baixa expectativa de vida é evidenciada em pesquisa realizada em Porto Alegre em 2008 com 1203 pessoas adultas em situação de rua, onde este contingente apresenta 19,7% do contingente total de 18 a 24 anos, 25 a 34 anos possui 30%, de 35 a 44 anos contém 22,1%, entre 45 a 54 anos possui 21,9%, de 55 a 59 anos possui 2,1% e as pessoas com 60 anos ou mais representam somente 3,2% dos entrevistados. Destes mesmos 1203 entrevistados, 11,4% afirmou ser portador do HIV, enquanto que somente 3,7% fazem uso de terapia antiretroviral (GEHLEN, SILVA E SANTOS, 2008).

Dentro de premissas conservadoras o indivíduo rualizado é visto como doente mental, mendigo, necessitado de casa, comida e limpeza corporal, ora potencial criminoso.

Para o indivíduo em situação de rua encontram-se características bem marcantes que são relevantes quanto determinantes, tais como maior número de doenças de pele por dormir no chão, compartilhar espaços aglomerados, agasalhos e papelão, ficar mais tempo sem tomar banho, alimentação inadequada, estar sujeito a alterações climáticas e ficar sob constante nível elevado de estresse, devido ao medo de ser roubado ou agredido (ARISTIDES e LIMA, 2009).

O fenômeno da ruralização, de acordo com Varanda e Adorno (2004), nas grandes e médias cidades brasileiras está tendo como resposta de intervenção do Estado através da assistência social, com uma lógica medicalizada. A população em situação de rua “problema social” é visto como doente mental ou criminoso sendo assim a resolução desse problema seria a remoção dessas pessoas, ou seja, a resolução higienistas e sanitaristas que é a remoção destes dos espaços da urbanos .Reforçando esta premissa, Mattos e Ferreira (2004) pontuam que o “diferente “dentro da sociedade é visto como um ser doente, contrapondo-se aos indivíduos normais. Então a partir de uma lógica psiquiátrica, a pessoa em situação de rua encontra-se em um patamar de anormalidade, gerando as ideias de que são meros casos de loucura ou de internação.

Nas falas de algumas pessoas em situação de rua feitas para entender o processo saúde-doença nestes indivíduos, uma das questões as quais nos deparamos é frente o seu processo psicossocial, onde os laços familiares e de amizade antes de “cair na rua” são colocados em xeque, constituindo-se como uma importante característica de natureza prodômica na situação de rua, com os conseqüentes novos vínculos que ele vai fazendo ao conhecer outras pessoas em situação de rua. Encontra-se enfatizado a questão da auto-estima para valorização de si próprio, vendo a si próprio e aos seus “iguais” pessoas detentoras de direitos, entre os quais a saúde. Porém o descaso do Estado aliado ao mau atendimento por parte dos profissionais, com a constante busca por alimento, torna os problemas de saúde como necessidades de segundo plano (ROSA; SECCO e BRÊTAS, 2006).

No entanto, acredito que além dessas discriminações existe um individuo cidadão, abandonado pela família por motivos de uso de drogas ilícitas e lícitas.

Para Caraciolo e Shimma (2008) é ressaltado que as pessoas sem-teto são capazes de reagir e superar as adversidades. No entanto, para que isto ocorra com este indivíduo, a busca de um sentido para a vida já é uma das formas a serem trabalhadas com a auto-estima desta

pessoa. A construção da ideia de cidadania dentro do contexto da pessoa em situação de rua é uma grande dificuldade para os profissionais que atuam com este estrato social, onde o mesmo não se sente incluído sobre com os demais indivíduos da sociedade. Quanto às estratégias sugeridas, é grifado que: o acolhimento e aconselhamento diferenciado (com foco nas questões sociais, afetivas e biológicas) para aumentar a adesão e conseqüentemente o retorno ao serviço; o fornecimento de informações sobre a doença, o tratamento e a importância do uso correto das medicações, sendo que as informações devem ser claras e objetivas; possibilitar ao paciente que ele se sinta importante no processo de negociação, que o mesmo consiga se sentir parte do processo de adesão; reforçar a cada encontro a questão da adesão, principalmente se houve alguma alteração em sua rotina; fornecer medicação fracionada, para que seja aumentada a busca pelo serviço e devido ao risco de perder ou ser roubada a medicação. Estas estratégias propostas pontuam sobre importantes questões voltadas a adesão ao tratamento: a construção da cidadania dentro de ações voltadas a um grupo em situação de marginalização para atenuar/extinguir a sua condição de vulnerabilidade. Também se incluem como ações de promoção do bem-estar o encaminhamento a serviços de assistência social, jurídico, habitacional e qualificação profissional.

Para a pessoa em situação de rua torna-se difícil aderir ao tratamento antiretroviral tendo as suas necessidades não atendidas (alimentação, higiene, suporte psicossocial). Além do acesso aos fármacos e orientações adequadas, deve-se fornecer ao usuário um suporte básico material que atendam outras necessidades básicas (Teixeira; Paiva; Shimma, 2000). Ademais, para haver uma maior efetividade do bem-estar do indivíduo, é de extrema importância haver articulação com outras instituições, pois o conceito de saúde contempla o indivíduo de modo biopsicossocial.

Dentre os fatores que dificultam a adesão ao tratamento, a dificuldade aumenta devido à precariedade de suporte social, baixa capacidade cognitiva do indivíduo, não aceitação de sua própria condição (ser, estar e/ou sentir-se doente), presença de problemas mentais, efeitos adversos do tratamento, insatisfação com os profissionais da equipe de saúde, abuso de álcool e outras drogas. Identifica-se e contextualiza-se a situação conforme o perfil do usuário, atuando de forma mais adequada e resolutiva. A pauperização é um dos fatores que estão fazendo parte do atual perfil brasileiro da AIDS, onde a exclusão social está diretamente ligada com a precariedade de acesso de bens e serviços sociais. Revela-se como desafio da

equipe de saúde o estabelecimento de vínculo com o usuário em situação de rua e a criação de vínculo com o serviço e o tratamento (BRASIL. Ministério da Saúde, 2008).

O Centro de Saúde Escola Geraldo Honório de Paula Souza, da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, realiza a busca ativa onde os Agentes Comunitários de Saúde e os Enfermeiros entram em contato com a população em situação de rua, para assim encaminhá-lo conforme a sua necessidade. É bastante presente a ênfase dada pela própria equipe de saúde, onde os profissionais fazem o trabalho de educação em saúde para que as pessoas em situação de rua procurem o estabelecimento de saúde, havendo para esta situação uma abordagem diferenciada (CANÔNICO et al., 2007).

Aristides e Lima (2009) consideram que o próprio acesso à saúde é dificultado, ora sendo por parte do preconceito dos próprios profissionais da saúde, ora como descaso das políticas de saúde com indivíduos em situação de rua. Características as quais ressaltadas por Aristides e Lima (2009) que também se encontram como características que influenciam negativamente os indivíduos em situação de rua na terapia antiretroviral (BRASIL, 2008).

Procede a associação de saúde ser a ausência de doença para este grupo específico, o que remete a Scliar (2007). Porém Rosa, Secco e Brêtas (2006) ao reverem o processo saúde-doença elucidam nesta pesquisa que depende do estado físico, mental e espiritual alcançar a saúde em situação de rua, dependendo das características individuais biológicas e psicológicas. Porém, esta fala só foi evidenciada especificamente por algumas pessoas da pesquisa que são na verdade trabalhadores de instituições filantrópicas, no qual ele menciona que certos hábitos como o não-uso de drogas lícitas e ilícitas já é uma forma de garantir um pouco mais de saúde.

Bonolo, Gomes e Guimarães (2007) consideram como fatores determinantes para o sucesso ou o fracasso da terapia antiretroviral o paciente, o profissional de saúde, a relação profissional-paciente, a doença, o serviço de saúde e o regime terapêutico.

Os problemas psiquiátricos como uso de drogas ilícitas, depressão, uso de bebida alcoólica e disfunção neurocognitiva contribuem para a diminuição de adesão do paciente, associado à situação de miséria, contribuem significativamente para a diminuição da adesão a terapia antiretroviral.

Gehlen, Silva e Santos (2008) constataram que as pessoas em situação de rua em Porto Alegre que menos fazem uso de drogas ilícitas, cocaína e heroína estão em aproximadamente 20% das 1203 pessoas em realização entrevistadas em 2008 em Porto Alegre, na forma de uso não diário. Conforme o Ministério da Saúde (2010), o vírus HIV é transmitido no

compartilhamento de agulhas e/ou seringas contaminadas, além das relações sexuais desprotegidas, acidentes de trabalho sofridos por profissionais da saúde, transmissão vertical, amamentação e transfusão de sangue contaminado.

Imaginem o indivíduo na situação de rua o quanto as drogas ilícitas poderão de certa forma dar conforto. A seguir descrevo esses efeitos:

A cocaína é um produto extraído das folhas da planta *Erythroxylon coca*, encontrada em países da América do Sul e Central. Suas formas de preparação consistem em mascar ou ingerir as folhas, sendo um hábito cultural de alguns povos sul-americanos; uso da pasta de coca: fumada com maconha ou tabaco; pó de coca (cloridrato), podendo ser cheirado ou injetado; em forma de crack, um subproduto da cocaína. A cocaína em sua preparação pode conter produtos cáusticos. A maior preocupação que esta droga ilícita causa quanto à contaminação de HIV é principalmente as suas formas de administração aspirada e endovenosa, onde o compartilhamento de seringas e/ou agulhas contaminadas representam uma grande chance de contaminação. Esta droga em pequenas quantidades causa euforia, excitação e agitação. Em doses moderadas surge sensação de competência (inteligência, capacidade de resolver problemas, autoconfiança) e habilidade. Em doses elevadas pode provocar alucinações. Após o término do efeito da dose a pessoa pode sentir-se deprimida e ficar atraída a usar outra dose para se animar (UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE, 2010).

A heroína é uma droga do grupo dos opióides, sendo extraída da *Papoula* (*Papaver somniferum*). A heroína é uma substância depressora do Sistema Nervoso Central, causando alterações de prazer e analgesia. Esta droga ilícita pode ser injetada, inalada ou fumada. Uma pequena dose pode ter seus efeitos potencializados se for usado de forma concomitante com outras drogas, podendo levar a overdose. Seus efeitos imediatos consistem em diminuição das sensações de dor, fome, tosse e desejo sexual. Esta droga aumenta a frequência respiratória, pressão arterial e a frequência cardíaca, o que faz com que o dependente se sinta aquecido, pesado e sonolento. Em altas doses o indivíduo pode sentir náuseas, vômitos e intenso prurido. Um dos grandes riscos em relação à heroína são as suas formas inalada e injetável, onde os usuários podem contrair HIV e outras patologias de transmissão sanguínea (UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE, 2010).

Em relação à condição de situação de rua, Caraciolo e Shimma (2007) consideram que o sem-teto para conseguir aderir à terapia antiretroviral é importante que ele previamente tenha

um suporte social (alimentação, por exemplo). Na obra “Tá Dificil de Engolir?”, é relatado que já existe a experiência de que sendo dado o suporte social ao indivíduo nesta situação, aumenta-se consideravelmente a sua adesão ao tratamento antiretroviral. Dunst e Trivette (1990), apud Ribeiro (1999) entendem que frente às necessidades dos indivíduos e os recursos a serem disponibilizados para atender tais necessidades pelas unidades sociais (como a família, por exemplo), se caracterizam a esta pessoa como Suporte Social. Dentro da Teoria das Necessidades de Maslow, primeiramente deve-se satisfazer os níveis fisiológicos, para depois os demais níveis de necessidade. Tal teoria pode ser aplicada também nas pessoas em situação de rua, onde as necessidades de alimentação e outras já se encontram comprometidas.

#### **4.2 Descrevendo a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida**

O Vírus da Imunodeficiência Humana, conhecido como HIV (sigla originada do inglês: Human Immunodeficiency Virus), é um vírus pertencente à classe dos retrovírus e causador da AIDS. Ao entrar no organismo humano, o HIV age no interior das células do sistema imunológico, responsável pela defesa do corpo. As células de defesa mais atingidas pelo vírus são os linfócitos T CD4+, justamente aquelas que comandam a resposta específica de defesa do corpo diante de agentes como vírus e bactérias. O HIV tem a capacidade de se ligar a um componente da membrana dos linfócitos, o CD4, e penetrar nessas células, para poder se multiplicar. O HIV vai usar o DNA da célula para fazer cópias de si mesmo. Depois de se multiplicar, rompe a célula e os novos vírus caem na corrente sanguínea, indo buscar outras células para continuar sua multiplicação. As células do sistema imunológico de uma pessoa infectada pelo vírus começam então a funcionar com menos eficiência e, com o tempo, a capacidade do organismo em combater doenças comuns diminui, deixando a pessoa sujeita ao aparecimento de vários tipos de doenças e infecções. Para se manifestar como Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, o HIV pode levar vários anos, entre o momento da infecção até o surgimento dos primeiros sintomas. Este período entre a infecção pelo HIV e a manifestação dos primeiros sintomas da AIDS chama-se Período Assintomático, pois a pessoa possui o vírus, entretanto não apresenta sintoma ou sinal da doença. A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida se manifesta após a infecção do organismo humano pelo Vírus da Imunodeficiência Humana. Há um significativo período de incubação prolongado antes do surgimento dos

sintomas da doença, infecção das células do sangue e do sistema nervoso e supressão do sistema imune (Ministério da Saúde, 2009).

De acordo com Bastos e Szwarcwald (2000) o fenômeno da pauperização na epidemia de HIV/AIDS possui fatores que contribuem para este quadro como a falta de infra-estrutura, a baixa oferta de serviços e oportunidades de emprego, possibilidade restrita de atendimento das suas demandas face às restrições das políticas públicas e orçamentos. Outro viés que contribui para o número crescente de casos são os usuários de drogas injetáveis, que pertencem às camadas sociais mais pobres, com menor escolaridade e que geralmente residem nas áreas mais pobres das cidades. Fonseca et al (2007) ressaltam a importância do Programa de Redução de Danos, onde para esta população pode-se realizar ações como o fornecimento de seringas estéreis em troca das usadas para diminuir a contaminação cruzada. Inclusive através desta política pode-se atuar em outros segmentos em saúde, tais como a distribuição de preservativos, vacinação contra a Hepatite B e encaminhamento dos usuários de drogas a serviços de tratamento.

Em censo nacional realizado nas capitais brasileiras e em cidades com mais de 300.000 habitantes em 2008, 5,1% dos entrevistados que são pessoas em situação de rua responderam afirmativamente serem HIV positivo. Quanto à segurança alimentar 19 % não se alimenta todos os dias, sendo então para a questão do autocuidado um empecilho para exercê-lo. Dentro das propostas a serem implementadas, há uma ampliação do conceito de PSF, sendo criada a idéia de Estratégia de Saúde da Família Sem Domicílio, com o “Programa Agente da Rua”, onde o seria dada à prioridade de ocupar esta função pessoas que já estiveram em situação de rua (BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, 2008).

Em pesquisa realizada por Gir, Vaichulonis e Oliveira (2005), as dificuldades apontadas para a aderência à terapia antiretroviral foram: sabor, tamanho, quantidade, odor dos comprimidos (40%); efeitos adversos intensos (14,4%); diferentes horários de medicação (10,8%). Quanto às facilidades relatadas foram os horários coincidentes de comprimidos (26,2%), ingestão condicionada a algum hábito (16%) e que relataram não ter nenhuma facilidade (16,4%). Estudos já feitos comprovaram que baixo nível educacional associado com ausência de emprego, também como a ausência de suporte social e familiar são fatores relacionados com a má adesão em terapia antiretroviral.

Gehlen, Silva e Santos, 2008 apresentam o perfil da contaminação de HIV na população em situação de rua de Porto Alegre em novas tendências como: heterossexualização, feminização, pauperização e interiorização, fato descrito também por Araújo et al (2007) que

consideram que dentro do Brasil a epidemia da AIDS além dos fatores acima descritos também o baixo grau de instrução é determinante e a dificuldade de acesso aos serviços de saúde e à informação .

Reforçando em Paiva, Shimma e Teixeira (2000) que torna-se difícil a adesão a práticas de prevenção de sexo seguro, diagnóstico precoce e continuidade na terapia antiretroviral porque considera a constante busca de alimentação e outras necessidades básicas prioritária.

Seidl et al (2007) referem que entre as dificuldades decorrentes da adesão terapêutica na complexidade da TARV (Terapia de antiretroviral), há medicamentos que devem ser ingeridos com alimentos, outros em jejum, ou em sequência com outros fármacos, exigindo do usuário organização e comprometimento. Dentro das perspectivas de pessoas em situação de rua, observo a grande necessidade no que diz respeito à alimentação, onde esta necessidade básica muitas vezes constitui-se como um desafio primeiro a ser suplantado, em que o estabelecimento de uma disciplina quanto ao uso de medicação também se encontra como um empecilho na TARV deste indivíduo.

Quanto ao uso direto da medicação, de acordo com os estudos de Melchior et al (2007) os efeitos adversos (que foram mencionados a náusea, vômito, cefaleia e diarreia) constituem-se como um percalço na terapia antiretroviral, como também a dificuldade de dissolver ou engolir e a intolerância ao odor e ao gosto. Em pessoas em situação de rua torna-se um entrave maior ainda, pois a manutenção das necessidades básicas em si já é um desafio para estes indivíduos. Quanto a efeitos colaterais é enfatizada a questão da educação em saúde, pois em muitas situações em que eles ocorrem, os usuários de terapia antiretroviral muitas vezes não possuem conhecimento sobre o que fazer neste tipo de situação, ambivalência a qual deve ser discutida junto ao profissional de saúde. Como situações em que os usuários não são orientados quanto pular a dose é melhor que omiti-la.

#### **4.3 Entendendo como a população em situação de rua se cuida (autocuidado)**

O autocuidado é a capacidade humana de exercer atividades para a manutenção da sua própria saúde, melhorando a sua qualidade de vida através de suas habilidades aprendidas ao longo de sua vida, sendo tais atividades resultantes da prática e do seu aprendizado. A educação influencia sensivelmente as atividades as quais são decorrentes do seu aprendizado e sua interação social. A educação voltada a determinadas práticas constituem-se como recurso a ser utilizado para a melhoria de qualidade de vida (OREM, 1991, apud DUPAS et

al, 1994). O autocuidado pode ser praticado pelo indivíduo quando o mesmo pode realizá-lo, sendo que tal atividade ajuda a manter a sua integridade de sua saúde e seu bem-estar. A possibilidade de se obter êxito em uma terapia depende da forma de como é executada a educação em saúde na interação entre o profissional e o usuário (OREM, 1991 apud GEORGE et al., 2000).

Para fazer o cuidado com o indivíduo em situação de rua, o enfermeiro deve estar a par do contexto social que esta pessoa vive, como vive, e interage com outras pessoas também em situação de rua e suas características individuais, bem como a possibilidade de transformar um pouco esta realidade dentro do contexto social deste indivíduo, interagindo com as pessoas deste contingente (ROSA; CAVICHIOLLI; BRÊTAS, 2005). O próprio atendimento dependerá muito dos valores pessoais que o enfermeiro carregar consigo o que pode dificultar ou não tal atendimento (ROSA; SECCO; BRÊTAS, 2006).

Uma importante forma de exercer o cuidado frente o paciente, para que o mesmo consiga exercê-lo posteriormente é a escuta ativa (YIN, 2005), cujo processo individualizado, está voltado às necessidades do paciente, como uma possibilidade de melhoria do estado de saúde da pessoa em situação de rua. Para que este processo seja bem sucedido deve haver uma construção mútua de confiança, onde o próprio usuário do sistema possa ver em si mesmo a possibilidade de modificar a sua saúde.

No âmbito das Infecções Sexualmente Transmissíveis, no processo de aconselhamento deve ser fornecido ao paciente apoio emocional, a possibilidade de trocar informações sobre DST's/AIDS, quanto suas formas de transmissão, prevenção e tratamento. Neste espaço contém a possibilidade de que sejam revistos valores, sejam avaliados riscos, atitudes e condutas para que sejam planejadas estratégias para redução de risco de contaminação.

Em relação à organização do serviço de saúde com a maneira de pensar da população em situação de rua, a qual está encontra-se extremamente marginalizada, não há uma política voltada às suas necessidades biopsicossociais, em que tal grupo possui características qualitativas e quantitativas diferenciadas em relação às outras camadas sociais (WALDOW, 1995; CARNEIRO JUNIOR, 1998).

Conforme Guzmán (2007) nas falas de muitos pacientes está evidenciada a questão do poder do profissional, que muitas vezes o paciente se sente oprimido com o saber e o conhecimento, reduzindo a possibilidade da negociação frente a sua condição de saúde.

Quanto ao cuidado, nos dois grupos, as pessoas em situação de rua e os profissionais entrevistados, identifica-se que tal processo depende do indivíduo em si, e também dos serviços de saúde disponíveis. É ressaltado que o autocuidado existe, porém deve haver ajuda de profissionais junto a este contingente, seja este profissional institucionalizado ou não. As pessoas em situação de rua exteriorizam elogios quando procuram serviços de saúde, não obstante que os profissionais de saúde consideram o contrário: que o atendimento dispensado a estas pessoas é feito sem o mínimo de dignidade e desconhecadora de seus próprios direitos aqui negados frente a um problema de complexidade maior. Nesse artigo, um exemplo foi apresentado: uma gangrena no pé da pessoa em situação de risco e tanto enfermeiro como o médico se negaram a atender esse indivíduo conforme relato de um trabalhador de uma instituição filantrópica (ROSA; SECCO e BRÊTAS, 2006).

No que diz respeito ao autocuidado, os trabalhadores da saúde consideram que quanto maior o tempo na rua, menor será o autocuidado. O processo saúde-doença depende do indivíduo, mas o cuidado depende das instituições, segundo os indivíduos da pesquisa (ROSA; CAVICHIOLLI e BRÊTAS, 2005).

No âmbito da prática e aprendizado para posteriores reflexões, Dovera e Silva (2009) relatam a experiência de serem realizadas no Restaurante Popular de Porto Alegre oficinas semanais de saúde voltadas às pessoas em situação de rua. Nestes encontros foram ressaltadas as “contaminações cruzadas” que ocorrem frente o não-uso de preservativo. Também elucidadas dúvidas geradas frente às possíveis formas de contaminação, como também apresentado material educativo falando sobre AIDS/DST’s.

Conforme Guzmán (2007) em sua tese de doutorado é enfatizado o uso de tecnologias leves, no que diz respeito à relação paciente-profissional. Em relação ao paciente que se encontra extremamente fragilizado, é importante ao mesmo a questão de sua relação que mantém com o profissional e o local de referência, onde é referida a questão da humanização do cuidado, quanto ao tipo de comunicação que o profissional irá estabelecer com a pessoa que está agora na condição de soro positividade.

As Tecnologias Leves estão diretamente relacionadas com as relações humanas, onde também é chamada de Tecnologias de Relações, destacando-se então o acolhimento, o vínculo, a autonomização, responsabilização e a gestão como processos de trabalho (ROSSI; LIMA, 2005).

Na situação em que a pessoa se encontra com a auto-estima baixa, muitas vezes sob os sentimentos de desespero e revolta com sua situação, é necessário um melhor preparo para os profissionais de saúde para lidarem com a parte psicossocial dos usuários e também a si próprios, no sentido de compreender a si próprios quanto pessoas com seus sentimentos em relação ao HIV/AIDS (GUZMÁN, 2007).

De modo inclusivo Lima (2006) adverte sobre a existência de profissionais cuja visão de trabalho está voltada a impor prescrições as quais os pacientes em muitas situações não conseguem cumpri-las devido ao seu contexto de vida, o que acaba diminuindo a adesão ao tratamento.

A atuação do trabalho em grupo como base da adesão, com abordagem cognitivo-comportamental é uma das formas que Faustino e Seidl (2010) corroborando Guzmán (2007), preconizam como forma de atuação do enfermeiro na adesão da terapia antiretroviral, que entre as estratégias a serem utilizadas foram o enfrentamento focalizado nos problemas e o enfrentamento focalizado na emoção. Focalizando a pessoa em suas múltiplas faces, os autores também destacam a busca de suporte social e a busca de práticas religiosas. Todavia é importante que para a aplicação destas técnicas, primeiro deve-se ter com o usuário consolidada a questão do vínculo e do acolhimento, para que a pessoa em situação de rua realmente se torne aderente ao tratamento. Exemplo a ser citado desta prática em Porto Alegre é o PAM-3 Cruzeiro do Sul, onde semanalmente ocorrem terapias grupais com pessoas em situação de rua que fazem uso de medicação antiretroviral.

Uma das medidas sugeridas por Gomes et al (2009) que podem ser utilizadas quanto à adesão de medicação antiretroviral são os registros que são feitos na dispensação destes fármacos, desde que associados estes resultados com resultados virológicos e imunológicos, progressão clínica e mortalidade. Considerando que os autores referem que estão lidando com esta questão de forma multifatorial, não apenas observando a dispensação do medicamento, o indicador de como está adesão torna-se então um estudo mais confiável. Observando dentro do contexto da população em situação de rua, que possui diversos problemas que contrapõem o sucesso desta terapia, torna-se mais difícil ter para este contingente obter uma alta taxa de adesão.

Quanto ao uso de álcool e drogas ilícitas, percebe-se uma nítida relação com abandono da terapia ARV. Deparando com o alto índice de uso de álcool e drogas ilícitas entre a população em situação de rua, observo como de grande necessidade a intervenção de políticas

que façam uso de equipe multidisciplinar, onde profissionais que avaliem o usuário sob um prisma psicológico se façam presentes na avaliação do grau de adesão destas pessoas.

De acordo com Oliveira (2008) in Caraciolo e Shimma (2008), é importante a questão de atendimentos individuais e grupais, sendo priorizado uma rede social junto ao indivíduo em situação de rua. Oliveira (2008) relata a experiência ocorrida em São Paulo, onde dependendo do grau de autonomia da pessoa de rua, havia um direcionamento de suas necessidades, o que justifica o atendimento individualizado, porquanto que esta população mostra-se heterogênea.

Há aqueles indivíduos com uma grande “autonomia”, não optando por nenhum equipamento social, como aqueles indivíduos que dependem das instituições, o que também gera dependência no que diz respeito à administração dos medicamentos, pois ao se desligarem de tais instituições, voltam a serem não-aderentes. Pode-se evidenciar que aparentemente a pessoa em situação de rua possui sob cuidados de uma instituição certo grau de “adesão”, porém esta adesão não se faz de fato presente como autocuidado quando está fora da instituição que lhe presta os cuidados. A partir deste ponto torna-se importante a questão da educação em saúde para que se torne uma pessoa que exerça o autocuidado (OLIVEIRA, 2008 in CARACIOLO e SHIMMA, 2008).

O principal objetivo da terapia antiretroviral é retardar a progressão da imunodeficiência e/ou restaurar, tanto quanto possível, a imunidade, aumentando o tempo e a qualidade de vida da pessoa infectada (BRASIL. Ministério da Saúde, 2004). Silva (2006) reforça que o principal objetivo da Terapia Antiretroviral é retardar a progressão da imunodeficiência e/ou a imunidade, para que conseqüentemente haja aumento da expectativa de vida da pessoa infectada. A terapia somente deve ser iniciada quando o paciente aceitar e entender os objetivos de tal tratamento (SILVA, 2006, apud BRASIL. Ministério da Saúde, 2001).

O conceito de adesão da OMS, pontuado por Caraciolo e Shimma (2007), referem que a adesão é a forma de comportamento de seguir as prescrições que lhe foram fornecidas, agregado ao princípio da autonomia do indivíduo, onde o usuário participa, sendo então um importante fator no processo de decisão. Entre questões psicológicas pode-se dizer que o portador de HIV possuindo aceitação de sua nova condição pode já ser então o grau de motivação para o mesmo perseverar na Terapia antiretroviral. Quanto ao uso de drogas Caraciolo e Shimma salientam que na maioria dos estudos comparativos entre usuários de

drogas e não usuários não possuem marcante diferença, salvo em situações onde o estilo de vida caótico, em si já é um grande fator onde pesará futuramente na adesão ao tratamento.

Os autores ao avaliarem a estrutura logística quanto a distribuição da medicação, consideraram de alta qualidade, bem articulada, porém na parte de recursos humanos (no que diz respeito ao processo de atenção e interação profissional-paciente) deixa a desejar quanto fator de adesão ao tratamento. Que de certa forma remete também na população de rua mais um agravante para o mau atendimento em serviços de saúde.

Dentro do fluxograma de atendimento do SAE (Serviço de Atendimento Especializado), na cidade de Porto Alegre a Enfermagem é vista como peça importante na questão da adesão nas pré e pós-consultas, pois os usuários relatam uma maior compreensão dos procedimentos terapêuticos, o que gera maior aderência. Tal comportamento positivo do usuário é decorrente também da orientação de aspectos clínicos e do tratamento a ser seguido, que é vista pelos usuários como mais facilitadora para elucidar dúvidas (BRASIL, 1999).

A questão da adesão de acordo com Melchior et al (2007) passa pela premissa dos aspectos sociais e culturais, onde se faziam presentes o estigma de ser portador de AIDS, estilo de vida, uso de álcool e drogas ilícitas. O uso de álcool para muitos usuários constitui-se como uma importante barreira, em que para o senso comum não se deve tomar álcool concomitantemente com medicações.

#### **4.4 E as políticas públicas para a população em situação de rua?**

A Política Nacional Para a População em Situação de Rua (BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e do Combate a Fome) recentemente foi criada em 2008, sendo definidos princípios e diretrizes para a defesa e garantia dos direitos das pessoas realizadas. A exclusão social está diretamente ligada com a questão da ruptura das relações familiares e afetivas, que também há a ruptura total ou parcial com o mercado de trabalho e conseqüentemente a não participação na vida social efetiva. Observando estas particularidades, as quais estão intimamente ligadas com as diretrizes e princípios, criam-se as Ações Estratégicas que são voltadas às áreas de: Planejamento, Orçamento e Gestão, Segurança Alimentar e Nutricional, Trabalho e Emprego, Desenvolvimento Urbano/Habitação, Saúde, Educação, Cultura, Segurança Pública e Justiça, Assistência social e Direitos Humanos. Esta política está articulada com o Ministério da Saúde, Ministério da

Educação, Ministério das Cidades, Ministério do Trabalho e Emprego, Ministério da Cultura, Secretaria Especial dos Direitos Humanos da Presidência da República (SEDH/PR), além de representantes do Movimento Nacional de Moradores de Rua (MNPR), da Pastoral do Povo da Rua e do Colegiado Nacional de Gestores Municipais de Assistência Social (Congemas) (BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, 2006).

Brandão (2004) observa que dentro da política brasileira, quando se executa uma ação voltada às pessoas em situação de rua, tal ação é feita sem a preocupação do uso da tecnologia para estas pessoas, sendo concentrada nas elites nacionais o uso da tecnologia.

A partir da pressão de programas estaduais e municipais, o governo federal inicia em 1986 o PNA (Programa Nacional da AIDS). No período de 1990 a 1992 houve um período de divergências internas, fruto da administração neoliberal do Presidente Fernando Collor sendo uma gestão centralizadora e distante dos setores envolvidos, gerando desarticulação e um grande avanço da epidemia. Com a saída de Collor, em 1992 surge uma nova fase voltada à reorganização do programa, onde ocorrem os empréstimos do Banco Mundial ao Brasil, mas também uma maior participação da sociedade civil organizada.

Contra-pondo-se a Alves (2005), Paiva (2002) considera que dentro das políticas de saúde é um grande erro trabalhar com o HIV/AIDS de forma uniforme e homogênea, onde os variados grupos humanos apresentam os mais distintos comportamentos, isto conforme seu contexto sociocultural e suas crenças. A diversidade humana, que muitas vezes é ignorada, constitui-se como um desafio a ser estudadas estratégias para vencê-lo, onde se encontra habitualmente o discurso de existirem recursos de acesso gratuito (preservativos e fármacos de terapia antiretroviral) e que a responsabilidade então se encontra nas mãos do próprio usuário.

Corroborando Melchior et al (2007), Lima (2006) considera em sua tese de doutorado que dentro do Sistema Único de Saúde os profissionais que lidam com a questão da adesão da terapia antiretroviral necessitam de constantes capacitações para estarem atualizados, situação a qual é relatada em sua tese onde também entre os setores de saúde não há de fato articulação, sendo que o Serviço de DST/AIDS não é articulado com o Programa de Tuberculose e as políticas voltadas à Saúde Mental.

Sendo assim um aspecto importante da integração dessa população em situação de rua deveria ser calcada na educação em saúde que se constitui de um processo criado a partir da interação entre as pessoas usuárias do sistema de saúde e dos profissionais, gerando um

conjunto de saberes e práticas voltadas a prevenção de doenças e promoção da saúde (ALVES, 2005).

Os autores consideram como tripé de constituição do cuidado o indivíduo, embutido em si já o seu processo saúde-doença-cuidado, sua inserção social, como se encontra dentro da sociedade como um portador de direitos de cidadania, inclusive ao direito a saúde, e as políticas de saúde, cuja constituição depende do momento político e do seu contexto histórico.

Contudo em Aristides e Lima (2009), a questão da educação em saúde é questionada, sendo tal estrato social carente de políticas diferenciadas para atender as suas necessidades básicas, onde o acesso à saúde ainda é um entrave para a sobrevivência, sendo que a Equidade como um dos princípios do Sistema Único de Saúde é questionável por se tratar destes indivíduos.

Rosa, Cavichioli e Brêtas (2005) consideram que as políticas públicas de saúde e assistência social são meramente compensatórias, sendo muito difícil presenciar ações que gerem inclusão social. Os autores sugerem em relação aos profissionais de saúde um melhor preparo técnico e grupos de convivência para poder melhor atender este contingente populacional e compreender seus aspectos culturais, sociais e antropológicos. O cuidado, dentro do contexto da espécie humana, existe em função da continuidade da espécie em si, da manutenção da vida. Nada obstante Souza, Silva e Caricari (2007) dentro de uma perspectiva de um bem-estar global, critica-se não exclusivamente o setor da saúde, mas o Estado como um todo sendo visto como o responsável em suas diversas formas de atuação dentro da sociedade, sendo as ações efetuadas quanto a este contingente é de natureza paliativa e crônica.

A Redução de Danos consiste em estratégias feitas pelos setores da saúde pública e também de organizações da sociedade civil para que sejam diminuídas as chances de contaminação por HIV/AIDS e outras patologias de transmissão parenteral. Quanto ao indivíduo usuário de drogas injetáveis, a articulação com os Programas de Saúde Mental, Programa de Hepatites Virais e o Programa Nacional de DST/AIDS visa à integralidade da atenção, onde a articulação destes setores reforça estas políticas. O Programa de Redução de Danos visa melhorar a qualidade de vida dos usuários de drogas injetáveis, considerando também as questões sociais ligadas com o contexto destes indivíduos, reforçando a questão da referência e contra-referência (BRASIL. Ministério da Saúde, 2010).

A Redução de danos, conforme informa Nardi e Rigoni (2009) se constituem nas estratégias que incentivam os usuários de drogas e seus familiares a terem comportamentos de busca por uma situação de saúde melhor, minimizando os danos decorrentes do uso e do

abuso de drogas, respeitando o direito de escolha do indivíduo, porque não são todos os usuários de drogas que diminuem, abstêm ou desejam parar o uso de drogas. O Brasil é citado como exemplo na questão das estratégias de redução de danos, onde com suas estratégias voltadas aos mais diversos segmentos contemplam a saúde deste contingente de forma mais integral. Isto se deve ao fato de que na maioria dos países que possuem programas voltados a este contingente populacional apenas realizam Programas de Trocas de Seringas, seguindo o pioneiro modelo holandês, onde apenas realizar a troca de seringas e agulhas não se mostrou uma ação que conseguiu reduzir o comportamento de risco, sendo então necessário outras intervenções junto a estas pessoas. Não obstante Nardi e Rigoni (2005) ressaltam que não há em muitas situações o interesse político de estar envolvido nesta atividade, pois para muitos membros dos poderes Legislativo e Executivo investirem neste tipo de programa levaria como consequência a perda de espaço eleitoral, temor baseado no senso comum de que estas ações estimulariam o consumo de drogas injetáveis. Em sua pesquisa realizada sobre a redução de danos há uma grande preocupação com a contaminação do HIV/AIDS e as dificuldades que para a sustentabilidade destas atividades, tais como crenças errôneas de ser uma ação que incentiva as pessoas a se drogarem, mudanças políticas que ocorrem nas esferas públicas, dificuldades financeiras como atrasos no repasse de verbas, o curto orçamento voltado à execução desta política de saúde e a falta de apoio técnico para esta atividade.

Entretanto Silva et al (2009) observam que em muitas situações os usuários de drogas injetáveis não se sentem amparados pelos profissionais de saúde devido a imposição da abstinência. Para muitos indivíduos em situação de drogadição esta condição se torna inviável para o mesmo, pois para muitos profissionais são alternativas inadmissíveis diminuir o consumo de drogas ou trocar por outras consideradas menos prejudiciais.

Dentro das diferentes ideologias referentes às políticas sobre drogas ilícitas reforçando Silva et al (2009), Garcia, Leal e Abreu (2008) consideram que ora a drogadição é vista como um problema de segurança pública relacionado com o narcotráfico e à repressão, modelo estadunidense baseado no discurso racionalista-conservador que embasa a política deste país, ora como um problema de saúde pública, ligado com os discursos de repressão da demanda de usuários e antagonicamente com o conceito de redução de danos. Tais premissas acabam sendo um empecilho para a consolidação da política de redução de danos.

Ilustro a proposta das políticas públicas para pessoas em situação de rua com algumas experiências abaixo descritas:

Em poucas situações evidenciam-se instituições de fato articuladas, como baliza Fernandes, Raizer e Brêtas (2007), o abrigo o qual estão inseridos os idosos em situação de rua

de uma região do município de São Paulo é articulado com uma UBS, onde eles não possuem dificuldades em marcar consultas, conseguem fazer controle periódico de Pressão Arterial e Glicemia Capilar, obtêm medicamentos e orientações voltadas a educação em saúde. Tal articulação caracteriza-se dentro do contexto do cuidado como ímpar, onde a própria infraestrutura também garante ao indivíduo exercer o autocuidado.

Também funciona como exemplo de política isolada o CSEBF-AV (Centro de Saúde Escola Barra Funda – Unidade Dr. Alexandre Vranjac) possui em PSF ações diferenciadas à população em situação de rua, como: a flexibilização do horário de entrada na unidade e o encaixe do atendimento sem necessidade de agendamento. Estas estratégias foram implementadas desde o início da implantação do PSF (início de 2001). Também como Política de Saúde da Secretaria de Saúde do Município de São Paulo foi criado o Projeto “Agente na Rua”, sendo feita a contratação de agentes comunitários de rua, preferencialmente pessoas que já passaram pela situação de rua. Esta tática voltada justamente a este contingente populacional possui grande valor estratégico, pois dentro do estabelecimento de ações torna-se mais fácil tornar efetiva a promoção da saúde humana, por serem pessoas que conheçam melhor esta população (Carneiro Junior et al, 2006).

Canônico et al (2007) apontam a questão da discriminação por parte dos profissionais de saúde para com os moradores de rua, porém em 2003 foi criado na área central paulistana um programa diferenciado quanto este contingente populacional, o Programa “Agente na Rua” (PAR), articulado com o Centro de Saúde Geraldo de Paula Souza (Universidade de São Paulo). A partir deste programa, então há 3 equipes de Programa de Agentes Comunitários de Saúde, com 4 enfermeiras e 35 Agentes Comunitários de Saúde de Rua (ACSR), duas assistentes sociais e uma coordenadora. Novamente encontram-se mais uma situação isolada, porém a criação da função de ACSR é uma tentativa válida onde paulatinamente pode ser inserida nas políticas a este grupo humano, onde a procura se dá de forma espontânea pela própria pessoa em situação de rua, sendo feitos encaminhamentos quando necessário dentro da complexidade do problema de saúde apresentado.

Reforçando Canônico et al (2007), Carneiro Junior et al (1998) consideram que há uma grande necessidade de articulação entre os seguintes atores sociais: as pessoas em situação de rua, os profissionais de saúde, os dirigentes de organizações não-governamentais e as autoridades públicas, o que denota por parte dos autores a importância de serem articuladas ações já especificando determinados membros da sociedade civil. Novamente o preconceito por parte dos profissionais de saúde aparece como entrave à assistência a esta população. Pois Araújo (2007) enfatiza que as populações que são marginalizadas estão cada vez mais

afetadas pela epidemia da AIDS, onde se torna como agravantes a falta de informação e o acesso em saúde.

Para o contingente populacional que possui necessidade de ações em saúde, se faz necessário a implementação de políticas voltadas ao atendimento de grupos com vulnerabilidade social.

Dentro das políticas públicas, Guzmán (2007) observa as políticas voltadas ao HIV/AIDS como fragmentadas e isoladas, reforçando Souza, Silva e Caricari (2007). Paralelamente se encontram em situação parecida as políticas voltadas à pessoa em situação de rua, onde não há articulação entre as instituições, havendo também práticas isoladas e sem articulação. Tal situação em uma pessoa em situação de rua torna-se então de grande dificuldade para a realização de seu autocuidado, onde além de estar em rua, também possuir a soropositividade.

Quanto ao uso de cocaína e heroína, Gehlen, Silva e Santos (2008) constataram que as pessoas em situação de rua em Porto Alegre fazem uso destas drogas ilícitas que está em aproximadamente 20% das 1203 pessoas em realização entrevistadas. Dentro do contexto do percentual de pessoas em situação de rua portadores de HIV, e também o percentual destas mesmas pessoas que fazem uso de cocaína e heroína, considero de extrema importância a implementação de programas de redução de danos voltados a esta população.

Nardi e Rigoni (2009) mapearam e descreveram em 2009 11 programas/ações em reduções de danos nos anos de 2004 a 2006, na região metropolitana de Porto Alegre, sendo que os autores em seu artigo citam as pessoas em situação de rua como alvo desta estratégia de saúde, em que os autores consideram raro encontrar literatura voltada a este assunto no meio acadêmico-científico.

Reforçando Nardi e Rigoni (2009), Fonseca et al (2007) ressaltam que as ações de redução de danos são executadas majoritariamente por organizações da sociedade civil com apoio financeiro do Programa Nacional de DST/AIDS. Os autores analisam que os usuários de drogas injetáveis ao serem inseridos no Programa de Redução de Danos do município do Rio de Janeiro são uma população de difícil acesso, sendo então importante implementação de ações como: distribuição de preservativos, aconselhamento, vacinação contra Hepatite B e tratamento dos usuários de drogas a tratamento.

Delbon, Da Ros e Ferreira (2006) citam como exemplo o Programa de Redução de Danos Sampa, da prefeitura municipal de São Paulo, é realizada a distribuição de kits com materiais para esta prática como: seringas, agulhas, swabs, preservativos, água destilada, copo plástico e material informativo. Esta política com fins de reduzir os níveis de transmissão de HIV/AIDS e outras patologias transmissíveis através do contato sanguíneo, como também é uma forma de aproximar o usuário de drogas injetáveis aos serviços de saúde. Todavia se faz imprescindível que o profissional envolvido no âmbito deste local, seja sensibilizado quanto ao acolhimento deste grupo social, onde as questões culturais e de crenças, podem possibilitar, segundo os autores o fracasso ou sucesso da implantação e da boa continuidade deste trabalho. Este programa paulistano no ano de 2003 possuía aproximadamente 10.000 usuários de drogas injetáveis. Dentro do prisma da inclusão social, a política de redução de danos mostrou-se eficaz quanto à prevenção, onde a contaminação por uso de drogas injetáveis tem crescido consideravelmente. Esta política de saúde é articulada com o Programa de DST/AIDS, onde esta articulação constitui-se como uma das suas metas a mudança de comportamento, como a substituição da cocaína injetada pela inalada, a prevenção de overdose ou de intoxicação aguda, sendo estas atividades voltadas para a redução de danos tais como a redução de contaminação por AIDS/DST's. Observando-se os índices de contaminação de AIDS e outras doenças sexualmente transmissíveis, se faz importante a inclusão deste contingente nestas políticas devido à alta prevalência destas patologias e também do uso de drogas ilícitas feito por estas pessoas.

Silva et al (2009) mencionam as ações da Secretaria Municipal de Saúde do município de Santo André (SP), onde é feito uso de uma Unidade Móvel para visitar as áreas adstritas. Como focos estratégicos foram inicialmente mapeados, onde nas regiões frequentadas pela população a receber os benefícios da proposta de redução de danos; definição dos melhores locais, dias e horários para a visita da unidade móvel; oferta nos locais visitados de diagnóstico sorológico de HIV, coletas de sangue, Papanicolau, coleta de escarro, vacinação contra a Hepatite B; atendimento clínico para doenças sexualmente transmissíveis; fornecimento de materiais para redução de danos como preservativos, luvas, lubrificantes, kits de redução de danos e material informativo; realização de encaminhamentos para inclusão social, tais como programas da rede de saúde, tratamento para dependência de álcool e drogas ilícitas, encaminhamentos para programas de inserção de trabalho.

Pois para os usuários de drogas injetáveis se torna difícil aderir a um Programa de Redução de Danos, pois para este segmento populacional há diversos fatores que interferem negativamente como de ordem prática e/ou emocional, inclusive medo da rejeição e de serem

discriminados pelos profissionais da saúde. Para que ocorra adesão por parte do usuário de drogas, é necessário ser estabelecida uma relação de confiança, onde que por parte do profissional da saúde deve este respeitar o direito a liberdade de uso, não fazer uso da exigência de abstinência e aceitar as limitações dos usuários quanto a não-troca por drogas menos nocivas ou recidivas (ADÃO, SANTOS E PINHEIRO. In: SHIMMA E CARACIOLO, 2008).

## 5 Considerações Finais

É um desafio a ser enfrentado dentro da terapia antiretroviral, onde outras necessidades humanas estão em jogo, sendo que em muitas ocasiões estigmatiza-se a população em situação de rua como um grupo que não exerce o seu autocuidado, sendo que as condições as quais estão submetidas comprometem significativamente a possibilidade de sucesso na adesão.

Dentro da coletânea do material da revisão bibliográfica que já foi produzido temos uma gama de informações as quais enfatizam a importância das instituições quanto o manejo da obtenção da cidadania, porém não há articulação entre as mesmas para que seja efetuado de fato o cuidado ao indivíduo em situação de rua, ou que o instiga a exercê-lo. Existe então uma grande necessidade deste segmento social ser amparado de forma integral, para ser promovido de fato o direito constitucional a vida e a saúde.

Consideramos então alguns pontos que relacionam o autocuidado, a adesão ao tratamento do portador e doente de HIV com a manutenção desse auto-cuidado através de pequenos grupos em situação de rua.

Concluo com algumas propostas e considerações abaixo listadas:

1. As pessoas em situação de rua portadora de HIV têm condições de entender e exercer o seu autocuidado, desde que seja oferecido a estes indivíduos suporte material para que o mesmo consiga realmente completar as suas necessidades biológicas.

2. Reconhecimento do indivíduo realizado como um ser cidadão portador de direitos, os quais os mais básicos lhe são negados, este se encontra quase inexistente, onde também se faz importante que a pessoa em situação de rua conheça e exerça os seus direitos como cidadão, que a mesma seja instigada a se reconhecer como detentora destes direitos.

3. A questão da resiliência no universo particular do indivíduo em situação de rua é importante através da formação de pequenos grupos, onde Dovera e Silva (2009) relatam que esses grupos auxiliam a discutir questões sociais e reflexões posteriores com os indivíduos realizados, gerando dentro do grupo dos moradores de rua um sentimento de pertencimento a um grupo, o que proporciona de certa forma um apoio mútuo entre iguais.

4. O processo de adesão/aderência na terapia antiretroviral se constitui ainda como um problema que para poder ser solucionado, deve ser visto não como uma questão biológica ser elucidada com a contagem de Linfócitos T CD4, mas o indivíduo como um ser multifacetado, pois sua constituição psicossocial interfere de aspecto positivo ou negativo na aceitação e nas ações que forem decorrentes do início da terapia antiretroviral.

5. As ações públicas decorrentes das ideologias políticas mostram-se pouco efetivas, sendo as mesmas sem articulações entre si, isoladas e com pouco incentivo para a sua consolidação, sendo então necessário buscar entender as dinâmicas do grupo de pessoas em situação de rua, para um melhor direcionamento das políticas públicas.

6. Na revisão bibliográfica poucas foram as políticas de saúde a serem feitas para a resolução dos problemas de saúde deste estrato social (população em situação de rua), como um dos poucos exemplos a serem citados o Centro de Saúde Escola Geraldo Honório de Paula Souza, da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, os encontros semanais realizados no PAM-3 (bairro Cruzeiro do Sul em Porto Alegre) e o Programa PAR (Programa Agente na Rua) do Centro de Saúde Geraldo de Paula Souza (Universidade de São Paulo).

7. Na revisão bibliográfica encontram-se poucas experiências sobre a inclusão da pessoa em situação de rua, sendo que a sua própria condição social é então motivo para que profissionais da saúde neguem o atendimento, e quando o realizam, o fazem com discriminação. A questão da adesão ao tratamento, para que seja realizado o autocuidado. Estas instituições possuem um trabalho de educação em saúde para atrair este indivíduo, cujos índices de rejeição e preconceito são altos entre a maioria dos profissionais de saúde.

8. A questão da saúde, que se encontra intimamente ligada à educação, dentro das premissas de aderência, é um desafio a ser instigado quanto às políticas públicas, que historicamente a esfera pública realiza aconteça resolutividade quanto a este contingente (CARVALHO; CARVALHO, 2006).

9. Quanto ao uso de álcool e drogas ilícitas, percebe-se uma nítida relação com abandono da terapia antiretroviral.

10. Deparando com o alto índice de uso de álcool e drogas ilícitas entre a população em situação de rua, observo a necessidade de intervenção de políticas que façam uso de equipe multidisciplinar, onde profissionais avaliem o usuário sob um prisma psicológico e se façam presentes na avaliação do grau de adesão destas pessoas.

11. Quanto à população de rua, para ser realizada a adesão, as necessidades básicas devem estar atendidas, e assim podemos passar a outros níveis das necessidades básicas sejam atendidos (GIR; VAICHUNOLLIS; OLIVEIRA, 2005).

12. Discute-se a importância de ser negociado as melhores alternativas para o tratamento, onde decisões unilaterais dificultam a adesão e o relacionamento profissional-usuário. É de grande importância o papel do enfermeiro quanto à adesão, pois frente à individualização do cuidado deve-se observar o indivíduo nas suas dificuldades, buscando sempre alternativas para aumentar o seu grau de adesão dentro das suas possibilidades também de obter sucesso.

13. Para que seja promovido o autocuidado para a manutenção de saúde destas pessoas, se faz necessário que elas tenham autonomia na adesão ao tratamento, mesmo que não opte por nenhum equipamento social, como aqueles indivíduos que dependem das instituições, o que também gera dependência no que diz respeito à administração dos medicamentos, pois ao se desligarem de tais instituições, voltam a serem não-aderentes. Pode-se evidenciar que aparentemente a pessoa em situação de rua possui sob cuidados de uma instituição certo grau

de “adesão”, porém esta adesão não se faz de fato presente como autocuidado quando está fora da instituição que lhe presta os cuidados. A partir deste ponto torna-se importante a questão da educação em saúde para que se torne uma pessoa que exerça o autocuidado (Oliveira, 2008, in Caraciolo e Shimma, 2008). Quanto à possibilidade de uma adesão maior, Lignani Junior, Greco e Carneiro (2001) consideram que o uso de esquemas com chance de menores efeitos adversos e um posterior acompanhamento constante do estado de saúde do indivíduo façam que haja uma diminuição de chances de futuros abandonos da terapia antiretroviral.

14. Na observação dos índices da pesquisa de amostragem de pessoas em situação de rua em Porto Alegre em 2008, o percentual de pessoas que responderam afirmativamente serem portadoras do vírus HIV e a fragmentação entre setores, desperta o pesquisador no encaminhamento de novas propostas para a criação de políticas de redução de danos voltadas a estes indivíduos, articuladas com outros setores da sociedade civil e os órgãos governamentais.

Enfim concluo colocando que no que diz respeito ao autocuidado, os trabalhadores da saúde consideram que quanto maior o tempo na rua, menor será o autocuidado (ROSA; SECCO e BRÊTAS, 2006). Contudo, para Caraciolo e Shimma (2008) é ressaltado que as pessoas sem-teto são capazes de reagir e superar as adversidades, o que denota por parte destas pessoas, mesmo em tal situação dramática, a capacidade para a resiliência. No entanto, para que isto ocorra com este indivíduo, a busca de um sentido para a vida já é uma das formas a serem trabalhadas com a auto-estima desta pessoa. A construção da ideia de cidadania dentro do contexto da pessoa em situação de rua é uma grande dificuldade para os profissionais que atuam com este estrato social, onde o mesmo não se sente incluído sobre com os demais indivíduos da sociedade. Quanto às estratégias sugeridas, é grifado que: o acolhimento e aconselhamento diferenciado (com foco nas questões sociais, afetivas e biológicas) para aumentar a adesão e conseqüentemente o retorno ao serviço; o fornecimento de informações sobre a doença, o tratamento e a importância do uso correto das medicações, sendo que as informações devem ser claras e objetivas; possibilitar ao paciente que ele se sinta importante no processo de negociação, que o mesmo consiga se sentir parte do processo de adesão; reforçar a cada encontro a questão da adesão, principalmente se houve alguma alteração em sua rotina; fornecer medicação fracionada, para que seja aumentada a busca pelo

serviço e devido ao risco de perder ou ser roubada a medicação. Estas estratégias propostas pontuam sobre importantes questões voltadas a adesão ao tratamento: a construção da cidadania dentro de ações voltadas a um grupo em situação de marginalização para atenuar/extinguir a sua condição de vulnerabilidade. Também se incluem como ações de promoção do bem-estar o encaminhamento a serviços de assistência social, jurídico, habitacional e qualificação profissional (CARACIOLO e SHIMMA, 2008).

Então o enfermeiro deve considerar a presença de problemas concomitantes (depressão, hipertensão arterial, diabetes, abuso de substâncias) no que diz respeito a buscar melhorar o quadro clínico da pessoa, porém não mencionado sobre descaso em atendimento quanto à pessoa em situação de rua e também ao preconceito por parte de profissionais de saúde quanto ao tabu do uso de drogas.

Quanto à possibilidade de ser aumentada a adesão, se faz necessário que o enfermeiro consiga entender o universo da pessoa em sua realidade. Tal fato é de grande necessidade, pois o termo aderência (ELDRED, 1997, apud CARVALHO, 2003) é considerado como o grau em que o comportamento do paciente em relação à sua saúde corresponde à prescrição médica. Deve-se ressaltar a importância de uma equipe multidisciplinar onde também o enfermeiro possui importantíssimo papel na relação profissional-usuário

Por isto que se faz necessário conhecer o contexto do indivíduo (com suas limitações e possíveis potencialidades), implantar a articulação e consolidação entre setores governamentais e sociedade civil, formação de oficinas com pequenos grupos para geração de resiliência e consolidar as políticas de redução de danos para a população em situação de rua para que aumentem as chances de sucesso frente à terapia antiretroviral, gerando assim sob o prisma da Saúde, para estes indivíduos o resgate de sua cidadania.

## REFERÊNCIAS

ADÃO, Valvina Madeira; SANTOS, Sueli; PINHEIRO, Ricardo. Grupo de redução de danos. In: CARACIOLO, Joselita Maria Magalhães; SHIMMA, Emi. Adesão: da teoria à prática: experiências bem sucedidas no Estado de São Paulo. São Paulo, Centro de Referência e Treinamento DST/AIDS, 2007, p.231-238.

ALVAREZ, Aparecida Magali de Sousa. **A resiliência e o morar na rua: estudo com moradores de rua – criança e adultos – na cidade de São Paulo**. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1999. 198 p.

ALVES, Vânia Sampaio. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Revista Interface**, Botucatu, volume 9, número 16, p. 39-52, Fevereiro de 2005.

ARAÚJO, Vera Lúcia Borges de et al . Características da AIDS na terceira idade em um hospital de referência do Estado do Ceará, Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, volume 10, número 4, p. 544-554, Dezembro de 2007.

ARISTIDES, Jackeline Lourenço; LIMA, Josiane Vivian Camargo de. Processo Saúde-Doença da População em Situação de Rua da Cidade de Londrina: Aspectos do Viver e do Adoecer. **Revista Espaço para a Saúde**. Londrina, volume 10, número 2, p. 43-52, 2009.

BASTOS, Francisco Inácio; SZWARCOWALD, Célia Landmann. AIDS e pauperização: principais conceitos e evidências empíricas. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2000, volume 16 (supl. 1), p. 65-76.

BERTOLOZZI, Maria Rita et al. Os conceitos de vulnerabilidade e adesão na Saúde Coletiva. Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, volume 43, número especial 2, p. 1326-30.

BONOLO, Palmira de Fátima; GOMES, Raquel Regina de Freitas Magalhães; GUIMARÃES, Mark Drew Crosland. Adesão à terapia antiretroviral (HIV/AIDS): fatores associados e medidas da adesão. **Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde**. Brasília, volume 16, número 4, p. 261-278, outubro-dezembro de 2007.

BRANDÃO, Beatriz Helena Bueno. **Habitando na Rua: Avaliação Pós-Ocupação e Saúde Pública em equipamentos urbanos para a população de rua**. Dissertação de mestrado. Universidade de São Paulo. Faculdade de Saúde Pública. São Paulo, 2004. 166 p.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. BPC na Escola e Política Nacional para a População em Situação de Rua: **Decreto S/Nº, de 25 de outubro de 2006**. Disponível em: <http://www.mds.gov.br/sites/banner-internas/politica-da-populacao-em-situacao-de-rua-e-bpc-na-escola/politica-nacional-para-a-populacao-em-situacao-de-rua-e-bpc-na-escola/>. Brasília, 2006. Acesso em 10 de abril de 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST e AIDS. **Aconselhamento: Um desafio para a prática integral em saúde: avaliação das ações**. Brasília, 1999. 72 p.

\_\_\_\_\_. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. 2009, Brasília. **Expectativa de vida do brasileiro subiu para 72,57 anos**. Disponível em: [http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia\\_visualiza.php?id\\_noticia=1275&id\\_pagina=1](http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=1275&id_pagina=1). Acesso em 12 de março de 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de DST e AIDS. 2003, Brasília. **Epidemia de AIDS não reduz expectativa média de vida do brasileiro**. Disponível em: <http://www.sistemas.aids.gov.br/imprensa/Noticias.asp?NOTCod=45142>. Acesso em 17 de março de 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Formas de Contágio: Assim Pega, Assim Não Pega**. 2010. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/data/Pages/LUMISE250CB34PTBRIE.htm> . Acesso em 20 de março de 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Redução de Danos**. 2010. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/data/Pages/LUMIS21AF2FB2PTBRIE.htm> . Acesso em 20 de abril de 2010.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. **Manual de adesão ao tratamento para pessoas vivendo com HIV e AIDS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 133 p.

\_\_\_\_\_. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Política Nacional Para Inclusão Social da População Em Situação de Rua Para Consulta Pública**. Brasília, 2008. 29 p.

\_\_\_\_\_. **O que é AIDS?** 2009. Disponível em <http://www.aids.gov.br/data/Pages/LUMISBF548766PTBRIE.htm>. Brasília: Ministério da Saúde. Acesso em 3 de outubro de 2009.

\_\_\_\_\_. **Recomendações para terapia antiretroviral em adultos e adolescentes infectados pelo HIV**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 136 p.

BRITO, Valquíria Oliveira de Carvalho et al. Infecção pelo HIV, Hepatites B e C e Sífilis em moradores de rua, São Paulo. **Revista de Saúde Pública**, 2007, São Paulo, volume 41, número 2, p. 47-56.

CANONICO, Rhavana Pilz et al . Atendimento à população de rua em um Centro de Saúde Escola na cidade de São Paulo. **Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo**, São Paulo, volume 41, número especial, p. 799-803, 2007.

CARACIOLO, Joselita Maria Guimarães. SHIMMA, Emi. **Adesão: da teoria à prática. Experiências bem sucedidas no Estado de São Paulo**. São Paulo: Centro de Referência e Treinamento DST/AIDS. 2007. 289 p.

CARNEIRO JUNIOR, Nivaldo et al. Serviços de saúde e população de rua: contribuição para um debate. **Revista Saúde e Sociedade**, São Paulo, volume 7, número 2, p. 69-76 Dezembro de 1998.

\_\_\_\_\_. Organização de Práticas de Saúde Equânimes em Atenção Primária em Região Metropolitana no Contexto dos Processos de Inclusão e Exclusão Social. **Revista Saúde e Sociedade**, volume 15, número 3, p. 30-39, setembro-dezembro de 2006.

CARVALHO, Amâncio; CARVALHO, Graça Simões de. **Educação para a saúde: conceitos, práticas e necessidade de formação**. Lisboa, Lusociência, 2006. 140 p.

CARVALHO, Claudio Viveiros de et al. Determinantes da aderência à terapia antiretroviral combinada em Brasília, 1999-2000. **Caderno de Saúde Pública**, volume 19, número 2, março-abril de 2003, p. 593-604.

DELBON, Fabiana; DA ROS, Vera; FERREIRA, Elza Maria Alves. Avaliação de disponibilização de kits de redução de danos. **Revista Saúde e Sociedade**, São Paulo, volume 15, número 1, janeiro-abril de 2006, p. 37-48.

DIAS, Andréa Theodoro Toci. **Comparando albergues públicos e filantrópicos: apresentação de uma escala de avaliação objetiva dessas instituições**. Dissertação de mestrado. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública. Rio de Janeiro, 1999. 81 p.

DOVERA, Themis Maria Dresh da Silveira. SILVA, João Paulo Zimmermann. Projeto Começar de Novo: Oficinas de Saúde com pessoas em situação de rua. In: **Revista do Hospital de Clínicas de Porto Alegre e Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul**. 29ª Semana Científica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Porto Alegre, 2009. Volume 29 (supl. 1). 459 p.

DUPAS, Giselle et al. Reflexão e síntese acerca do modelo do autocuidado de Orem. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, volume 7, número 1, p. 19-26, janeiro/março de 1994.

FAUSTINO, Quintino de Medeiros; SEIDL, Eliane Maria Fleury. Intervenção Cognitivo-comportamental e Adesão ao Tratamento em Pessoas com HIV/AIDS. **Revista Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, volume 16, número 1, janeiro-março de 2010, p. 121-130.

FERNANDES, Flávia Saraiva Leão; RAIZER, Milena Veiga; BRÊTAS, Ana Cristina Passarella. Pobre, Idoso e na Rua: Uma Trajetória de Exclusão. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, volume 15, número especial, setembro-outubro de 2007.

FONSECA, Elize Massard da et al. Descentralização, AIDS e redução de danos: a implementação de políticas públicas no Rio de Janeiro, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, volume 23, número 9, p. 2134-2144, setembro de 2007.

GARCIA, Maria Lúcia Teixeira; LEAL, Fabíola Xavier; ABREU, Cassiane Cominoti. A política antidrogas brasileira: velhos dilemas. **Revista Psicologia e Sociedade**, Porto Alegre, volume 20, número 2, agosto de 2008, p. 267-276.

GEORGE, Julia et. al. **Teorias de Enfermagem: Os fundamentos à prática profissional**. 4. Ed. Porto Alegre: Artmed. 2000. 375 p.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. Ed. São Paulo: Atlas, 2002. 175 p.

GIR, Elucir; VAICHULONIS, Carla Gisele; OLIVEIRA, Marcela Dias de. Adesão à terapêutica antiretroviral por indivíduos com HIV/AIDS assistidos em uma instituição do interior paulista. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, volume 13, número 5, setembro-outubro de 2005, p. 634-41.

GOMES, Raquel Regina de Freitas Magalhães et al. Utilização dos registros de dispensação da farmácia como indicador da não-adesão à terapia antiretroviral em indivíduos infectados

pelo HIV. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, volume 25, número 3, p. 495-506, março de 2009.

GUZMÁN, Julio Lenín Díaz. **EU NÃO SOU UM NÚMERO NÃO... (DES) ENCONTROS DE UMA RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE – TECNOLOGIA NO CONTEXTO DA AIDS**. Tese de Doutorado. Universidade Federal da Bahia. Salvador, 2007. 344 p.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia do oprimido**. 47. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2008. 213 p.

GEHLEN, Ivaldo; SILVA, Marta Borba; SANTOS, Simone Ritta dos. (Org.). **Diversidade e Proteção Social: estudos quanti-qualitativos das populações de Porto Alegre**. Porto Alegre: Century, 2008. 280 p.

GUIMARÃES, Maria Carolina; NOVAES, Sylvia Caiuby. **Grupos Vulneráveis**. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/bioetica/vulnera.htm> . Acesso em 28 de janeiro de 2010.

LIGNANI JUNIOR, Luiz; GRECO, Dirceu Bartolomeu; CARNEIRO, Mariângela. Avaliação da aderência aos antiretrovirais em pacientes com infecção pelo HIV/AIDS. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, volume 35, número 6, dezembro de 2001, p. 495-501.

MATTOS, Ricardo Mendes; FERREIRA, Ricardo Franklin. O idoso em situação de rua: Sísifo revisitado. **Revista de Estudos de Psicologia**, Campinas, volume 22, número 1, janeiro-março de 2005, p. 23-32.

\_\_\_\_\_. Quem vocês pensam que (elas) são? – Representações sobre as pessoas em situação de rua. **Revista Psicologia & Sociedade**. São Paulo, volume 16, número 2, maio-agosto de 2004.

MARQUES, Maria Cristina da Costa. Saúde e poder: a emergência política da AIDS/HIV no Brasil. **Revista História, Ciências, Saúde**, Rio de Janeiro, volume 9 (suplemento), p. 41-65, 2002.

MELCHIOR, Regina et al. Desafios da adesão ao tratamento de pessoas vivendo com HIV/AIDS no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, Brasília, 2007, volume 41 (supl. 2), p. 87-93.

NARDI, Henrique Caetano; RIGONI, Rafaela de Quadros. Mapeando programas de redução de danos da Região Metropolitana de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, volume 25, número 2, fevereiro de 2009, p. 382-392.

\_\_\_\_\_. Marginalidade ou cidadania? A rede discursiva que configura o trabalho dos redutores de danos. **Revista Psicologia em Estudo**, Maringá, volume 10, número 2, maio-agosto de 2005, p. 273-282.

TEIXEIRA, Paulo Roberto de Freitas. PAIVA, Vanilda Pereira. SHIMMA, Emi. **Tá difícil de engolir?** A experiência de adesão ao tratamento antiretroviral em São Paulo. São Paulo: Napaid, 2000. 111 p.

PAIVA, Vera. Sem mágicas soluções: a prevenção e o cuidado em HIV/AIDS e o processo de emancipação psicossocial. **Revista Interface – Comunicação, Saúde e Educação**, volume 6, número 11, 2002, p. 25-38.

PICHLER, Walter Arno. Algumas Observações sobre o Conceito de Marginalidade Social. **Revista Ensaios da Fundação de Economia e Estatística**, Porto Alegre, volume 1, número 1, p. 109-122, 1980.

RACHID, Márcia. Causas relacionadas à interrupção do tratamento antiretroviral em adultos com AIDS. **Revista da Associação Médica Brasileira**, Brasília, volume 52, número 2, 2006, p. 63-77.

RIBEIRO, José Luis Pais. Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS). **Revista Análise Psicológica**, Porto, volume 17, número 3, p. 547-558, 1999.

RODRIGUES JUNIOR, Antônio Luiz; CASTILHO, Euclides Ayres de. A epidemia de AIDS no Brasil, 1991-2000: descrição espaço-temporal. **Revista Brasileira de Medicina Tropical**, São Paulo, volume 4, número 37, p. 312-317, julho-agosto de 2004.

ROSA, Anderson da Silva; CAVICHIOLI, Maria Gabriela Secco; BRÊTAS, Ana Cristina Passarella. O processo saúde-doença-cuidado e a população em situação de rua. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, volume 13, número 4, p. 576-582, Agosto de 2005.

ROSA, Anderson da Silva; SECCO, Maria Gabriela; BRÊTAS, Ana Cristina Passarella. O cuidado em situação de rua: revendo o significado do processo saúde-doença. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Ribeirão Preto, volume 59, número 3, p. 331-336, maio-junho de 2006.

ROSSI, Flávia Raquel; LIMA, Maria Alice Dias da Silva. Acolhimento: tecnologia leve nos processos gerenciais do enfermeiro. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, volume 58, número 3, p. 305-310, maio-junho de 2005.

SEIDL, Eliane Maria Fleury et al. Pessoas vivendo com HIV/AIDS: variáveis associadas à adesão ao tratamento antiretroviral. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, volume 23, número 10, outubro de 2007, p. 2305-2316.

SCLIAR, Moacyr. História do conceito de saúde. **Revista Physis**, Rio de Janeiro, volume 17, número 1, p. 29-41, 2007.

SILVA, Ângela de Cássia Rover da. **As representações sociais de pacientes em início de terapia antiretroviral envolvidas na adesão ao tratamento**. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte. 2006. Disponível em: <http://www.enf.ufmg.br/mestrado/dissertacoes/Angela%20de%20Cassia%20Rover%20da%20Silva.pdf>. Acesso em 15 de fevereiro de 2010. 180p.

SILVA, Silvia Moreira da et al. Redução de danos: estratégia de cuidado com populações vulneráveis na cidade de Santo André - SP. **Revista Saúde e Sociedade**, São Paulo, volume 18 (supl. 2), abril-junho de 2009, p. 100-103.

SOUZA, Eduardo Sodré de; SILVA, Sandra Regina Vilchez da; CARICARI, Ana Maria. Rede Social e Promoção da Saúde dos “Descartáveis Urbanos”. **Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo**, volume 41, número especial, 2007, p. 810-4.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE. **O que é cocaína?** 2010. Disponível em: <http://psicoativas.ufcspa.edu.br/cocaina.html> . Acesso em 20 de março de 2010.

\_\_\_\_\_. **O que é heroína?** 2010. Disponível em: <http://psicoativas.ufcspa.edu.br/heroína.html>. Acesso em 20 de março de 2010.

VARANDA, Walter; ADORNO, Rubens de Camargo Ferreira. Descartáveis urbanos: discutindo a complexidade da população de rua e o desafio para políticas de saúde. **Revista Saúde e Sociedade**, São Paulo, volume 13, número 1, p. 56-69, janeiro-abril de 2004.

WALDOW, Vera Regina; LOPES, Marta Julia Marques; MEYER, Dagmar Estermann. **Maneiras de cuidar, maneiras de ensinar:** a enfermagem entre a escola e a prática profissional. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. 203 p.

YIN, Robert. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 3. ed. Porto Alegre: Bookman, 2005. 212 p.

