



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

ITANA CARVALHO NUNES SILVA

**PRÁTICAS DE CUIDADO EM SAÚDE DE PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA:
UM ESTUDO DE REPRESENTAÇÕES SOCIAIS**

**SALVADOR
2017**

ITANA CARVALHO NUNES SILVA

**PRÁTICAS DE CUIDADO EM SAÚDE DE PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA:
UM ESTUDO DE REPRESENTAÇÕES SOCIAIS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, como requisito de aprovação para obtenção do grau de Mestra, área de concentração “Gênero, Cuidado e Administração em saúde”, Linha de Pesquisa “Mulher, Gênero e Saúde”.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Jeane Freitas de Oliveira

SALVADOR
2017

Modelo de ficha catalográfica fornecido pelo Sistema Universitário de Bibliotecas da UFBA para ser confeccionada pelo autor

Carvalho Nunes Silva, Itana
Práticas de Cuidado em Saúde de pessoas em situação de rua:
um estudo de representações sociais / Itana Carvalho Nunes
Silva. -- Salvador, 2017.
108 f. : il

Orientadora: Jeane Freitas de Oliveira.
Dissertação (Mestrado - Enfermagem) -- Universidade Federal
da Bahia, Escola de Enfermagem, 2017.

1. Cuidados de saúde. 2. Pessoas em situação de rua. 3.
Representações sociais. 4. Enfermagem. I. Freitas de Oliveira,
Jeane. II. Título.

ITANA CARVALHO NUNES SILVA

**PRÁTICAS DE CUIDADO EM SAÚDE DE PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA:
UM ESTUDO DE REPRESENTAÇÕES SOCIAIS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, como requisito para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, área de Concentração “Mulher, gênero e saúde”.

Aprovada em 30 de março de 2017

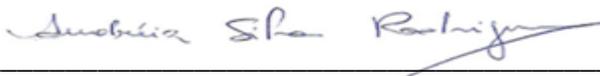
BANCA EXAMINADORA

Jeane Freitas de Oliveira



Doutora em Saúde Coletiva, Professora da Universidade Federal da Bahia

Andreia Silva Rodrigues



Doutora em Enfermagem, Professora do Centro Universitário Estácio da Bahia

Mirian Santos Paiva



Pós- Doutora em Psicologia Social, Professora da Universidade Federal da Bahia

Vanda Palmarella Rodrigues



Doutora em Enfermagem, Professora da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a minha mãe, **Conceição**, e ao meu pai, **Carlos**, minha fonte de inspiração, meus exemplos e onde eu encontro paz!

AGRADECIMENTOS

Nesses dois anos de Mestrado experimentei trajetórias intensas de vida pessoal e acadêmica; ao longo deste percurso, ressignifiquei meus olhares, minhas opiniões, minhas práticas diárias. Gratidão é a palavra que me representa e tem guiado a minha vida.

À Deus, por dar-me a oportunidade da vida, sabedoria, força e coragem para conseguir seguir em frente e por me proporcionar ainda, o dom e a missão de lutar pela vida.

À minha mãe e ao meu pai, pela educação, valores, carinho, amor, pelos bons pensamentos e orações que foram e são indispensáveis para a construção de quem eu sou hoje e por acreditar, confiar e compreender as minhas escolhas.

À pró Jeane Freitas de Oliveira, pela gentileza, pela tranquilidade e confiança depositados em mim e por me direcionar na construção desta dissertação, por me direcionar na vida, por compartilhar saberes, tempo e por compreender minhas questões de vida e de pesquisa. Muito Obrigada professora!

À professora Mirian Santos Paiva, pelo conhecimento, pela simplicidade e pela naturalidade das discussões suscitadas nas aulas, junto ao grupo sobre diversos temas, sem dúvidas, várias delas me fez ressignificar alguns olhares e contribuíram na fundamentação do percurso teórico-conceitual desta pesquisa.

Aos meus familiares pelo apoio, incentivo, durante toda essa longa jornada, em especial tio Zé, Mari, Felipe, Júnior, Rodrigo, Seu João, Tia Nonata sem vocês essa caminhada seria árdua demais e muito obrigada por compreenderem as minhas ausências. A André, de maneira bem específica, obrigada por compreender minhas urgência e sempre me salvar em questões relacionadas à informática.

À minha afilhada que tem o tempo de vida desta pesquisa, Vitória Régia, esse trabalho é também para você e por acreditar que poderemos ter um mundo e um país menos desigual.

Ao meu amigo e noivo, Cosmo Cândido, agradeço pelas conversas, por acreditar e me incentivar todos os dias. Agradeço pelos dias que enxugou minha lágrimas quando achei que não conseguiria ... Por me possibilitar viver meus períodos de solidão e por me resgatar dela sempre que necessário para vivenciar dias descomplicados, leves e felizes.

As/aos minhas/meus amigas/o de sempre Luane, Gabriela, Janine, Marcela por compreender minhas ausências, insanidades, pelas discussões acaloradas de sempre agora com meu objeto de pesquisa.

Aos colega de profissão e trabalho, Vitinho, Ione, Paloma, Janine, Sueli, Sirléia, Deybson e Alice obrigada pelo incentivo, por sonhar junto comigo e, sobretudo, pelas trocas de plantões doidas no meio da madrugada (elas me salvaram inúmeras vezes) sem elas não teria sido possível realizar um mestrado acadêmico (SAMU-Salvador).

Aos novos colega de trabalho, obrigada pelo incentivo e, sobretudo, por compreender minhas solicitações de liberações sempre de última hora assumindo demandas que requeriam, muitas vezes, minha atenção (CAPS 2- SEDE- Camaçari).

Ao pessoal da Secretaria Municipal de Promoção Social, Esportes e Combate à Pobreza da cidade de Salvador-Ba e a equipe Técnica das Unidade de Acolhimento Itapuã e Amaralina, em especial Alice, Regina, Auxiliadora, Roberta, Meire, Saionara e aos educadores sociais, muito obrigada pela recepção e pelo carinho dispensado a mim durante o período que foi necessário emergir no mundo das pessoas em situação de rua.

Aos homens e mulheres em situação de rua e usuários das Unidades de Acolhimento, muito obrigada, por me fazer pensar, repensar e refletir sobre a situação de rua de forma humana e por confiar em compartilhar histórias de vida comigo.

Às colegas da turma de mestrado 2015.1 da Escola de Enfermagem, obrigada pelos momentos de compartilhamento de conhecimento e reflexão.

Ao Grupo de Pesquisa Sexualidade, Vulnerabilidades, Drogas e Gênero (SVDG), foi um prazer participar por dois anos e meio das discussões promovidas pelo grupo acerca de temas tão presentes e pouco falado e problematizados em nossa sociedade.

À querida Dejeane Oliveira, pela personalidade, mulher, mãe, enfermeira, professora que és. Obrigada pelo esforço em manter o grupo unido, por racionalizar e dar foco aos nossos pensamentos e pelos momentos de descontração. Obrigada pela paciência e por dividir publicações e autoria de trabalhos.

À querida Mariana, pela simplicidade, pela sensibilidade, pela coragem que ela tem e pela inteligência. Obrigada pelo compartilhamentos de tardes e manhãs na sala do grupo de pesquisa, pelas publicações e pelos trabalhos.

À Milena, por seguir em frente com um projeto de pesquisa.

A Samuel e a Márcia, obrigada por atender a meus pedidos sempre de última hora e por ser um apoio do princípio ao fim nestes longos dois anos. A Ita, por me recepcionar todos os dias com um sorriso enorme, muito brigada! Ao seu Lázaro, por me ajudar sempre que eu precisei, obrigada!

Às professoras e professores pelos conhecimentos repassados e por me possibilitar ser uma mulher e profissional melhor.

A todos aqueles que de alguma forma tornaram este sonho possível.

RESUMO

SILVA, Itana Carvalho Nunes. **Práticas de Cuidado em Saúde de Pessoas em Situação de Rua: Um Estudo de Representações Sociais**. 2017. 108 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2017.

O cuidado em saúde é uma ação complexa que envolve relações entre pessoas, questões de ordem social, cultural e de poder. É uma ação inerente ao ser humano e calcada na construção cotidiana. Em decorrências destas características surgiu o interesse em investigar o cuidado de pessoas em situação de rua, uma vez que são pessoas alijadas dos direitos básicos e fundamentais assegurados constitucionalmente como o direito à saúde, moradia, alimentação, trabalho, educação. Diante dessa realidade, esta pesquisa teve como objetivos específicos: apreender as representações sociais de pessoas em situação de rua sobre cuidados em saúde e descrever as práticas de cuidado em saúde adotadas por elas. Trata-se de uma pesquisa qualitativa e exploratória, fundamentada nos princípios da Teoria das Representações Sociais. Participaram 72 pessoas em situação de rua, vinculadas a duas distintas unidades de acolhimento localizadas no município de Salvador-Bahia-Brasil, com idade igual ou superior a 18 anos, de ambos os sexos. Para produção dos dados empíricos foram utilizadas a Associação livre de palavras e entrevista. As técnicas foram norteadas pelos seguintes instrumentos: Teste de Associação Livre de Palavras composto pelo estímulo, '*Cuidados da saúde é*' e por um roteiro com questões específicas acerca das práticas de cuidados em saúde. Os dados provenientes do teste de Associação Livre de Palavras foram organizados e processados pelo software Ensemble de programmes Permettant l'analyse des Evocations, versão 2004, o que possibilitou caracterizar a estrutura da representação social. O provável núcleo central da representação foi composto pelos termos médico, cuidar de si e alimentação. Os termos revelam que para o grupo investigado a saúde não se limita a ausência de doenças, mas está alicerçada em um contexto amplo, dinâmico vinculada à pessoa e ao contexto ancorado em elementos da concepção higienista. A análise das entrevistas foi desenvolvida com base nas etapas da análise de conteúdo temática. A análise acerca do cuidado em saúde das pessoas em situação de rua foram formadas por 332 núcleos de sentido que compuseram a classe temática: 'Enfrentando o Cotidiano das Ruas', organizadas em 2 categorias e em 5 subcategorias. Possibilitou revelar que as pessoas em situação de rua adotam cuidados de saúde relacionadas ao contexto que emergem da rua. As normas presentes na Resolução 466/12 foram atendidas em todas as etapas da pesquisa. Certamente, o desenvolvimento desse estudo trará contribuições e reflexões para a qualificação dos cuidados em saúde direcionado as pessoas em situação de rua, para prática e a formação de Enfermeira(o)s. Ademais, acredita-se que auxiliará a preencher uma lacuna na produção do conhecimento acerca da temática de investigação, embora novas pesquisas ainda sejam necessárias.

Palavras chave: Cuidados de saúde; Pessoas em situação de rua; Representações sociais; Enfermagem.

ABSTRACT

SILVA, Itana Carvalho Nunes. **Health care practices for homeless people: A study of social representations**. 2017. 108 f. Dissertation (Masters in Nursing) – Nursing School, Federal University of Bahia, Salvador, 2017.

Health care is a complex action that involves relations between people, issues of a social and cultural nature and of power. It is an action inherent to the human being and based on daily construction. As a result of these characteristics the interest of investigating the care of homeless people arose, once these are severed from basic and fundamental rights assured under the constitution, such as the right to health, housing, food, work and education. In the face of this fact, the research has the main specific objectives of: understanding the social representations of homeless people on health care and describe the health practices adopted by them. A qualitative and exploratory research based on the principles of the Social Representations Theory. There were 72 homeless participants, linked to two different attention centers located in the municipality of Salvador-Bahia-Brazil, of ages of 18 or above, of both genders. For the production of empirical data, the techniques Free Association of Words and interviews were used. These techniques were guided by the following instruments: Free Association of Words test comprising the stimulus “*Health care is*” and a script with specific questions on health care practices. The data from the Free Association of Words test was organized and processed using the ‘*Ensemble de programmes Permettant l’analyse des Evocation*, version 2004 software, which permitted the characterization of the social representation structure. The probable central core of the representations was composed of the medical terms, self-care and nourishment. The terms reveal that for the group under investigation, health is not limited to the lack of diseases, but is founded on a wide dynamic context associated to the person and to the context based on elements of a hygienist notion. The analysis of the interviews was developed based on the phases of the thematic content analysis. The analysis on the health care of homeless people was formed by 332 core meanings that comprised the thematic class: ‘Facing the daily routine of the streets’ organized into 2 categories and 5 subcategories. It revealed that homeless people adopt health care related to the context that surface in the streets. Standards included under Resolution 466/12 were fulfilled in all the phases of the research. The development of this study will certainly bring contributions and reflections regarding the qualification of health care workers in relation to the homeless, in the nursing practice and the formation of nurses. Furthermore, we believe it will also fill in a gap in the production of knowledge with reference to the matter of the investigation, despite new researches still being required.

Key-words: Health care; Homeless people; Social representations; Nursing.

RESUMEN

SILVA, Itana Carvalho Nunes Silva. **Prácticas de Cuidado en Salud de Personas en Situación de Calle: Un estudio de Representaciones Sociales.** 2017. 108f. Disertación (Máster en enfermería) - Escuela de Enfermería, Universidad Federal de Bahía, Salvador, 2017.

El cuidado en salud es una acción compleja que involucra relaciones entre personas, cuestiones de orden social, cultural y de poder. Es una acción inherente al ser humano y calcada en la construcción cotidiana. Como consecuencia de estas características surgió el interés en investigar el cuidado de personas en situación de calle, una vez que son personas alijadas de los derechos básicos y fundamentales asegurados constitucionalmente como el derecho a la salud, morada, alimentación, labor, educación. Delante de esa realidad, esta pesquisa tuvo como objetivos específicos: comprender las representaciones sociales de personas en situación de calle sobre cuidados en salud y describir las prácticas de cuidado en salud adoptadas por ellas. Se trata de una pesquisa cualitativa y exploratoria, fundamentada en los principios de la Teoría de las Representaciones Sociales. Participaron 72 persona en situación de calle, vinculada a dos distintas unidades de acogimiento localizadas en la municipalidad de Salvador-Bahia-Brasil, con edades igual o superior a 18 años de ambos los sexos. Para la producción de datos empíricos fueron utilizadas la Asociación Libre de Palabras compuesto por el estímulo, '*Cuidados de la salud es*' y por un guión con cuestiones específicas acerca de las prácticas de cuidados en salud. Los datos provenientes del teste de Asociación Libre de Palabras fueron organizados y procesados por el software Ensemble de programmes Permettant l'analyse des Evocations, versión 2004, lo que permitió caracterizar la estructura de representación social. El probable núcleo central de la representación fue compuesto por los términos médico, cuidar de si y alimentación. Los términos revelan que para el grupo investigad la salud no se limita a la ausencia de enfermedades, pero está basada en un contexto amplio, dinámico vinculado a la persona y al contexto ancorado en elementos de la concepción higienista. El análisis de las entrevista fue desarrollado con base en las etapas del análisis de contenido temático. El análisis acerca del cuidado en salud de las personas en situación de calle fueron formadas por 332 332 núcleos de sentido que compusieran la clase temática: 'Enfrentando el Cotidiano de las Calles', organizadas em 2 categorías y em 5 subcategorías. Posibilitó revelar que las personas en situación de calle adoptan cuidados de salud relacionadas al contexto que emergen de la calle. Las normas presentes en la Resolución 466/12 fueron atendidas en todas las etapas dela pesquisa. Seguramente el desarrollo de este estudio traerá contribuciones y reflexiones para la calificación de los cuidados en salud direcccionado a las personas en situación de calle, para práctica y la formación de Enfermera(o)s. Además, se cree que auxiliará a llenar un vacío en la producción del conocimiento acerca de la temática de la investigación, aunque nueva pesquisas sean necesarias.

Palabras clave: Cuidados de salud; Personas en situación de calle; Representaciones sociales; Enfermería.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 - Caracterização dos sujeitos que participaram da Entrevista Semiestruturada. Salvador, 2017.	53
Quadro 2 - Variáveis utilizadas no EVOC para caracterização dos sujeitos, Salvador, 2017.	56
Figura 1 - Modelo de análise de conteúdo Temática aplicada a pesquisa Teoria das Representações Sociais.....	57
Quadro 3 - Pré-concepção das Classes, Categorias e Subcategorias emergentes da Análise de Conteúdo Temática, com suas respectivas frequências simples e relativas, Salvador, 2017.	58
Quadro 4 - Análise de Conteúdo das Representações Sociais sobre o cuidado em saúde de pessoas em situação de rua. Salvador, 2017.	59
Manuscrito 1 - Cuidados em saúde de pessoas em situação de rua: um estudo de representações sociais	
Figura 1- Quadro de Quatro Casas referente ao estímulo “cuidar da saúde é”. Salvador, Ba, Brasil, 2017.....	66
Figura 2- Nuvem de palavras referente ao estímulo “cuidar de si é”.....	68
Manuscrito 2 - Viver nas ruas e o cuidar da saúde: uma construção cotidiana	
Quadro 1 – O cuidado em saúde de pessoas em situação de rua. Salvador, Ba, 2017.....	79

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAPS	Centros de Atenção Psicossocial.
CnaR	Consultórios na Rua.
CR	Consultório de Rua.
CRAS	Centro de Referência em Assistência Social.
eCnaR	Equipes de Consultório na rua.
ESF Pop Rua	Estratégia de Saúde da Família para População em Situação de Rua.
ISTs	Infecções Sexualmente Transmissíveis.
MDS	Ministério do Desenvolvimento Social e de Combate à Fome
MNPR	Movimento Nacional da População em Situação de Rua.
PSF sem domicílio	Programa Saúde da Família sem Domicílio.
PSR	Pessoas em Situação de Rua.
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial.
SEMPS	Secretaria Municipal de Promoção da Saúde e Combate à Fome.
SNAS	Secretaria Nacional de Assistência Social.
SPAs	Substâncias Psicoativas.
SUAS	Sistema Único de Assistência Social.
SUS	Sistema Único de Saúde.
SVDG	Sexualidade, Vulnerabilidade, Drogas e Gênero
TNC	Teoria do Núcleo Central.
TRS	Teoria das Representações Sociais.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
2 REVISÃO DE LITERATURA SOBRE O OBJETO DA PESQUISA	19
2.1 CARACTERIZAÇÃO DAS PESSOAS (IN)VISÍVEIS QUE ENCONTRAM NA RUA SUA MORADA	19
2.2 POLÍTICAS PÚBLICAS E SAÚDE ACERCA DAS PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA	24
2.3 REFLEXÕES SOBRE O CUIDADO EM SAÚDE	28
2.4 ASPECTOS SOBRE A TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS	32
3 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA	38
3.1 TIPO DE ESTUDO	38
3.2 APROXIMAÇÃO COM O LÓCUS DA PESQUISA	39
3.3 LÓCUS DA PESQUISA	40
3.4 ASPECTOS ÉTICOS	42
3.5 PROCESSO DE COLETA, SISTEMATIZAÇÃO E APRESENTAÇÃO DOS DADOS	44
3.5.1 Teste de Associação Livre de Palavras	45
3.5.2 Entrevista Semiestruturada	47
3.6 GRUPO SOCIAL PESQUISADO	48
3.7 TRATAMENTO, PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS	54
3.7.1 Análise do Teste de Associação Livre de Palavras	54
3.7.2 Análise das entrevistas	56
4 RESULTADOS - MANUSCRITOS	60
4.1 CUIDADOS EM SAÚDE DE PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA: UM ESTUDO DE REPRESENTAÇÕES SOCIAIS	60
4.2 VIVER NAS RUAS E O CUIDAR DA SAÚDE: UMA CONSTRUÇÃO COTIDIANA	74
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	88
REFERÊNCIAS	90
APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)	97
APÊNDICE B – TESTE DE ASSOCIAÇÃO LIVRE DE PALAVRAS	99
APÊNDICE C – ROTEIRO DE ENTREVISTA	101
ANEXO A – TERMO DE AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO COPARTICIPANTE	103

1 INTRODUÇÃO

Ao iniciar o curso de Mestrado acadêmico no Programa de pós-graduação em Enfermagem pela Universidade Federal da Bahia, concomitantemente ao ingresso no Grupo de Pesquisa Sexualidades, Vulnerabilidades, Drogas e Gênero (SVDG) e participação em encontros proporcionados pela disciplina Pesquisa Orientada surgiu à oportunidade da aproximação com pesquisas que enfocavam a temática das pessoas em situação de trânsito, fluxos migratórios e a interferência que novas culturas despertam em homens e em mulheres com relação as práticas de cuidado em saúde.

As discussões nas reuniões do grupo trouxeram debates, reflexões acerca de como o deslocamento e a vivência de novas realidades interferem nesse processo e o quanto tem se tornado comum ao redor do mundo e afeta, principalmente, as populações pobres, e as deixam expostas a um contexto de desigualdades sociais e vulnerabilidades.

Nesse ínterim, surgiu a necessidade de identificar uma população que se adequasse a esse contexto. Foram feitas visitas por integrantes do grupo de pesquisa a unidades que pudessem vir a ser potenciais locais de pesquisa. A busca pelo local “ideal” iniciou-se pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Programa Saúde da Família (PSF), logo após, Unidades de assistência para pessoas envolvidas com uso de álcool e outras drogas e que por algum motivo conviviam na rua, mas havia um viés voltado para a assistência religiosa. Posteriormente, foram iniciadas visitas à Unidades de Acolhimento Institucional (UAI) para pessoas em situação de rua, nessa unidade foi possível fazer intervenções relacionadas à pesquisa em tela.

Concomitante a busca pelo local “ideal” vários questionamentos relacionados ao fenômeno em situação de rua foram surgindo e, em meio às inquietações, foram realizadas buscas *online* em bases científicas. E nesse processo surgiram questionamentos e reflexões sobre o contexto das práticas de cuidado em saúde das pessoas que tem a rua como local de morada.

Quando você faz um caminho e percebe que ali bem a sua frente tem um(a) morador(a) de rua, qual a sua reação? Provavelmente milhares de pessoas em todo o mundo ao transitar nas ruas do próprio bairro, em meio às atividades corriqueiras como as idas e vindas do trabalho, da escola, do mercado já tiveram a oportunidade de presenciar “pessoas (in)visíveis”, cuja situação é tão desumana, tão atroz que a sociedade faz questão de tratá-las de forma diferente sob vários aspectos e passa simplesmente a ignorá-las do campo de

visão para evitar compartilhar sentimentos de medo, sofrimentos, angústia e dentre tantos outros (BORDIGNON et al., 2011).

Na verdade a convivência em sociedade e no meio urbano ensina a condicionar a visão para ser pautada no desviar o olhar ou adotar atitude de ignorar a presença. Essas pessoas não são consideradas cidadãs, mas figuras estranhas que fazem o papel da não pessoa o que acaba por implicar em uma relação de desrespeito e de aversão (SCOREL, 2006; VALÊNCIO et al., 2008).

Se analisarmos sem muita propriedade a interação entre “pessoas (in)visíveis” e “cidadãs” muito provavelmente, serão unânimes reações de olhares amedrontados com uma expressão de acanhamento, aflição ou coação. Muitas as verão como perigosas, preguiçosas que estão sem trabalhar ou na rua porque querem, olhando-as com hostilidade. A reação de muitos ainda, é a de fechar rapidamente o vidro do carro, apressar o passo ou atravessar para o outro lado da rua como estratégia para evitar abordagens pedindo esmolas. Outros tantos os concebem como pessoas sem higiene, sujas e mal cheirosas. Há aqueles que sentem pena, piedade e as olham com compadecimento; Outros desenvolvem atitudes violentas, alguns xingam, agridem, queimam, matam, como vários casos lamentáveis noticiados diariamente pela mídia (MATTOS; FERREIRA, 2004).

Para Scorel (2006), as interações cotidianas não sensibilizam a sociedade em relação à condição (sub)humana dessas pessoas o que acaba repercutindo e contribuindo para o processo de invisibilidade social:

Não são reconhecidos como trabalhadores, a mendicância não é legitimada, pois, em geral, são homens sadios em idade produtiva, não são considerados como cidadãos, tão pouco como humanos. Mesmo ocupando a cena pública, são relegados à experiência mais privativa, que é a de uma existência individual limitada a sobrevivência singular e diária. Integram o lixo humano, abandonados à própria sorte de conseguir sobreviver dia após dia, reproduzindo-se como *animal laborans*, que não deixa vestígios em lugar algum no mundo. (SCOREL, 2006, p.220).

As pessoas em situação de rua (PSR) assim definido pelo decreto de nº 7.053 de 2009 são primeiramente destituídas dos direitos básicos e fundamentais assegurados constitucionalmente como o direito à saúde, moradia, alimentação, trabalho, educação. São pessoas que figuram como vítimas cotidianas do preconceito social, da violência e da discriminação de diferentes naturezas: de origem, raça ou cor, idade, gênero, orientação sexual e religiosa (BRASIL, 2009; RODRIGUES; MIRANDA, 2011).

É importante destacar que os países adotam terminologias distintas para as pessoas que vivem nas ruas. Nos países nórdicos de cultura inglesa são chamadas de *homeless*, na França de *sans domicile fixe* e no Brasil de *PSR* (BRASIL, 2009). Essa denominação começou a ser utilizada a partir do ano de 2007 quando o Ministério do Desenvolvimento Social e de Combate à Fome (MDS) com o apoio da Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO) deram início ao primeiro censo e pesquisa nacional. Traçou-se naquele momento, como objetivo principal da pesquisa levantar informações que permitissem quantificar e caracterizar as PSR, além de, auxiliar na implementação de políticas públicas voltadas para esse segmento populacional (BRASIL, 2009; SILVA, 2013).

Posteriormente no ano de 2009, o governo brasileiro instituiu o decreto presidencial nº 7.053 que estabeleceu a Política Nacional de Pessoas em Situações de Rua (PNPSR). O documento no art. 1º, parágrafo único, caracteriza a população em situação de rua como:

Grupo populacional heterogêneo que possui em comum a pobreza extrema, os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados e a inexistência de moradia convencional regular, e que utiliza os logradouros públicos e as áreas degradadas como espaço de moradia e de sustento, de forma temporária ou permanente, bem como as unidades de acolhimento para pernoite temporário ou como moradia provisória. (BRASIL, 2009, p. 01).

O fenômeno de PSR é antigo e ganha contornos e explicações distintas de acordo com a conjuntura histórica e territorial. Escorel (2006, p. 24), descreve que tal fenômeno “parece ser inerente a qualquer sociedade, tradicional ou moderna, hierárquica ou democrática, feudal ou capitalista”. Ocorre devido às profundas transformações políticas, sociais e econômicas que acometem todas as cidades, e que se revela de maneira mais intensa nas metrópoles.

Para Barata et al., (2015, p. 220), “viver nas ruas é um problema que ultrapassa a falta de moradia”. São inúmeros os motivos que coadunam para o percurso de casa à rua, como: elementos estruturais presentes em dada sociedade e fatores de ordem pessoal. Em suma, ir para as ruas decorre da interação de elementos circunstanciais, pessoais, sociais e não apenas de fatores pontuais (FERNADES; RAIZER; BRÊTAS, 2007).

Embora, pareça ser contraditório, será no contexto das ruas onde inúmeras pessoas buscarão ser acolhidas, amparadas e abrigadas. Em contrapartida, muitos irão se deparar com situações de precárias condições de vida, compartilharão locais insalubres e aglomerados,

deitarão no chão sob papelões, estarão expostas a doenças de pele, respiratória, renal, ficarão sem se alimentar, sem beber água potável, sem tomar banho, estarão submetidas às alterações climáticas e viverão sob intenso medo e estresse com receio de serem roubadas ou agredidas (ARISTIDIS; LIMA, 2009).

Nesse contexto, as condições precárias acompanhadas das perdas pessoais repercutem na saúde física e mental dos indivíduos que tem a rua como local para sobreviver (BORDIGNON; SILVEIRA; DELVIVO et al., 2011). Muitos acabam por desenvolver comportamentos de risco, entre esses o envolvimento com álcool e outras drogas; maior vulnerabilidades às doenças crônicas, psiquiátricas e infectocontagiosas como: afecções de pele, infestações por piolhos, tuberculose, infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) (BRASIL, 2012b). Associado a esse cenário existe uma lacuna assistencial voltada para esse fenômeno que ao longo do tempo sempre foi atribuída aos departamentos de justiça, segurança pública e instituições religiosas.

Partindo desta perspectiva, a realização dessa pesquisa justifica-se, pela restrita quantidade de artigos publicados sobre a temática no Brasil evidenciada por consultas realizadas nas bases de dados utilizando os seguintes descritores: pessoas em situação de rua e cuidados de saúde. Na base *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO) foram publicados 02 artigos, no *Índice de Literatura Científica e Técnica da América Latina e do Caribe* (LILACS) foram publicados 08 trabalhos e na *Base de dados em Enfermagem da Biblioteca Virtual de Saúde* (BDENF) estão disponíveis 02 pesquisas. Ao filtrar os artigos selecionados para a área de enfermagem foram identificadas 04 pesquisas, cujo fenômeno de estudo baseava-se no processo saúde-doença.

Quando realizada busca utilizando os descritores *Homeless Persons* e *Delivery of Health Care* em bases de dados internacionais como *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE) e LILACS houve um acréscimo significativo. Foram identificadas 128 pesquisas publicadas e disponíveis na íntegra que versam sobre o fenômeno em destaque.

Diante dessa conjuntura, leva-se em consideração a contribuição feita por Hallais e Barros (2015), quando citam que a produção científica dedicada a cuidados em saúde das PSR é quase inexistente na realidade brasileira, não por tratar-se de um recente item presente na política pública desta população, mas também por carecimentos na literatura científica local configurando uma lacuna de conhecimento sobre esta temática, sobretudo, na perspectiva de compreender como são as práticas de cuidado em saúde dessa população.

Pode-se citar, ainda, como justificativa para a realização deste estudo: a relevância do tema ora pesquisado e a atuação da pesquisadora na área da assistência à saúde no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência e Emergência-192 (SAMU-192) presente na cidade de Salvador-Ba e no Centro de Atenção Psicossocial 2 (CAPS-2) no município de Camaçari-Ba e a proximidade habitual com o problema PSR. Tratam-se de serviços de saúde onde é elevado o número de situações que visam prestar assistência a essa população diariamente. Inquieta-me pensar na possibilidade de também repetir ao que assisto e que de certa forma é considerado “normal” pela grande maioria dos trabalhadores de saúde tratando com certa “indiferença” ou “pouca pressa” as PSR pelo simples fato de viver nas ruas, porque está sem tomar banho ou por não porta os documentos pessoais, cartão do Sistema Único de Saúde (SUS) ou comprovante de residência.

Dentro deste contexto, e por acreditar que as PSR façam uso de práticas específicas de cuidado em saúde, foi eleito como objeto de pesquisa: práticas de cuidado em saúde de pessoas em situação de rua. Visando responder a seguinte questão de pesquisa: Como as pessoas em situação de rua praticam e representam o cuidado em saúde?

Buscando responder ao questionamento foi definido como objetivo geral desta pesquisa analisar as práticas de cuidado em saúde de pessoas em situação de rua. E como objetivos específicos:

- 1) Aprender a estrutura e o conteúdo das representações sociais de pessoas em situação de rua sobre cuidados em saúde;
- 2) Descrever as práticas de cuidado em saúde adotadas por pessoas em situação de rua.

Diante destas considerações e dos objetivos traçados, deve-se considerar as peculiaridades vividas por esta população, pois possuem histórias de vida, aparato cultural diferenciado, a própria dinâmica da saúde e do adoecimento destas pessoas estão condicionadas a fatores determinantes e condicionantes específicos desta população. Conhecê-los, sem dúvidas, auxiliará no entendimento das práticas de cuidado em saúde adotadas pelas PSR.

Optou-se em adotar a Teoria das Representações Sociais (TRS) para nortear o desenvolvimento da pesquisa por entender que as práticas de cuidado em saúde, assim como, a vivência na rua imprimem elementos que são da subjetividade e que dão conotações diversas porque estão atribuídas às crenças, valores, atitudes que nesta população distingue do que é normativo ou socialmente definido.

2 REVISÃO DE LITERATURA SOBRE O OBJETO DA PESQUISA

A fim de proporcionar um melhor encadeamento das ideias e desvelar as circunstâncias que permeiam as práticas de cuidados em saúde de pessoas em situação de rua serão apresentadas informações acerca dos seguintes elementos desse objeto de estudo: caracterização de pessoas em situação de rua, saúde das pessoas em situação de rua, o cuidado em saúde e os aspectos da Teoria das Representações Sociais.

2.1 CARACTERIZAÇÃO DAS PESSOAS (IN)VISÍVEIS QUE ENCONTRAM NA RUA SUA MORADA

Este capítulo não teve como pretensão fazer uma retrospectiva histórica do fenômeno, nem tampouco de traçar perfis e tipologia de PSR identificadas ao longo da história do mundo ou mais especificamente do Brasil. Seu objetivo foi de caracterizar a população de rua a partir de pesquisas nacionalmente divulgadas e levantar os principais fatores que contribuem para a ida às ruas – identificar as rupturas e as perdas de vínculos -.

A presença de pessoas nas ruas é um fenômeno complexo, antigo e multivariado delimitado por constantes alterações nos contextos históricos, culturais e políticos. Em geral, estas pessoas estão em situação limite de pobreza, são relegados a espaços sociais próprios e são constantemente estigmatizadas pela sociedade (PEREIRA, 2009). Antes de qualquer coisa, para Escorel (2006, p.84) “morar na rua é o ponto final de uma série de rupturas e vínculos sociais – com o mundo do trabalho e com a esfera familiar – com consequências no âmbito da cidadania e da própria vida”.

São inúmeros e bastantes complexos os motivos que levam os indivíduos a tornarem-se vulneráveis à situação de rua. As autoras Escorel (2006), Fernandes; Raizer; Brêtas (2007), Silva, (2006), Veras et al., (2014), concordam e sinalizam que há dois tipos de fatores que contribuem para a ida às ruas, o primeiro é macro e encontra-se estruturado à sociedade, ilustrados a partir: dos fatores sócio-políticos-econômicos, como a restrição do acesso ao trabalho e renda. O segundo fator é micro, particular e encontra-se pautado aos fatores biográficos como: ausência de moradia, rompimentos familiares, violência familiar, envolvimento com o álcool e outras drogas, doenças, sobretudo, de ordem mental. Nesse sentido, ir para as ruas decorre da interação de elementos circunstanciais, pessoais e sociais.

O percurso de casa à rua é caracterizado também por outros fatores, como sentimentos de sofrimento, solidão e pelas sucessivas rupturas e perdas nas histórias de vida. É no meio deste caminho que surgem as circunstâncias que contribuem para a condição de viver nas ruas, trazendo consigo repercussões, conflitos e atitudes (BORDIGNON et al., 2011; SILVA; FRAZÃO; LINHARES, 2014; OLIVEIRA, 2008).

Geremek (1995) apud Silva (2013), ilustra que a população na era medieval tinha como os recursos para a sobrevivência a mendicância e a peregrinação. Muitos eram artesãos, camponeses pobres, assalariados, viúvas(os) ou doentes considerados incapacitados para o trabalho. A história do surgimento do fenômeno população em situação de rua remonta o surgimento das cidades pré-industriais. Já nesta época, os indivíduos eram apontados pela sociedade como delinquentes, criminosos, desocupados, persistindo a imagem de mendigos ou incapazes.

Posteriormente, com a explosão da Revolução Industrial, ocorrida na Inglaterra, berço do capitalismo, intensificou a saída de pessoas do campo em direção à cidade em busca de emprego e melhores oportunidades. A partir deste momento, as PSR passaram a figurar de forma mais intensa no cenário da vida urbana. É importante salientar que esse fenômeno ocorre em todas as partes do mundo, mas em momentos e com intensidade distintas, pois é algo que está bastante associado a dinâmica social e econômica de cada país (SILVA, 2006).

As duas últimas décadas do século passado e o início do século XXI foram marcadas por inúmeras mudanças causadas pelo capital que repercutiram nas transformações políticas, sociais e econômicas. Alguns fatores contribuíram para o desencadeamento do processo, como: a dinâmica da globalização; as mudanças no mundo do trabalho; precarização das relações e das condições de trabalho; agravamento do desemprego; competição no mercado de trabalho; fragilização dos vínculos trabalhistas e diminuição da renda média de consumo (AGUIAR; IRIART, 2012; BRASIL, 2012b; SILVA, 2013; VERAS et al., 2014).

Nesse cenário, países considerados periféricos como o Brasil, na década de 1970, passaram a enfrentar a mesma problemática, uma vez que, os países centrais estipularam preceitos para o financiamento do capital. Isso acarretou uma série de mudanças como o aumento do desemprego, a precarização das condições e das relações de trabalho e diminuição do poder de compra. Concomitante a isso, a saída das pessoas do campo, contribuiu para o aumento dos níveis de pobreza e de vulnerabilidades, tornando-se cada vez, mais comum à presença de PSR (SILVA, 2006; VERAS; SOUZA; MACÊDO et al., 2014).

Atualmente, as discursões acerca da população em situação de rua vêm ganhando espaço no campo das políticas públicas brasileiras, desde o ano de 2005, quando foi promovido o I Encontro Nacional sobre População em Situação de Rua, realizado pela Secretaria Nacional de Assistência Social (SNAS). No referido encontro foram discutidos os desafios, as estratégias, as recomendações para a formulação de políticas públicas, bem como, a necessidade de quantificar e caracterizar socioeconomicamente essa parcela populacional (MDS, 2008).

Buscando responder as demandas levantadas pelo I encontro, foi realizada no ano de 2007, a “*Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua*” pelo MDS em cooperação com a UNESCO (MDS, 2008). Para o desenvolvimento desta pesquisa, após uma série de intensos debates entre representantes de municípios, entidades não governamentais e igrejas formularam uma definição primária que pudesse abranger as diferentes dimensões e contextos sobre população em situação de rua, como ilustrado no trecho abaixo:

Trata-se de um grupo populacional heterogêneo constituído por pessoas que possuem em comum a garantia da sobrevivência por meio de atividades produtivas desenvolvidas nas ruas, os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados e a não referência de moradia regular. (FERREIRA, 2005, p. 03).

Seguindo este conceito a população alvo da “*Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua*” abrangeu pessoas acima de 18 anos de idade, vivendo em situação de rua, realizada em 48 municípios brasileiros com mais de 300 mil habitantes e as 23 capitais, com exceção, de Recife, Belo Horizonte, São Paulo e Porto Alegre, pois nesses municípios já haviam pesquisas semelhantes em andamento (MDS, 2008).

O resultado da pesquisa identificou um contingente populacional de 31.922 adultos vivendo em calçadas, praças, em beira de estradas, parques, viadutos, túneis, postos de combustíveis, praia, barco, becos, lixões ou passando a noite em albergues, abrigos, unidades de acolhimento, casa de apoio e igrejas (MDS, 2008). O dado encontrado diz respeito, a um valor subestimado de PSR, uma vez que, esta pesquisa não contemplou todos os municípios brasileiros e capitais importantes foram retiradas da pesquisa.

Cabe destacar que esse grupo populacional nunca foi incluído nos censos demográficos brasileiros, porque a condição *sine qua non* estabelecida pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas (IBGE) é o da coleta de dados ser na base domiciliar. Além de dificuldade outras, como o próprio conceito de população de rua que no período

não estava bem definido e a árdua tarefa em diferenciar pessoas que estão nas ruas, daquelas que estão de passagem pelas cidades. Sem morada, as PSR, ficaram (in)visíveis ao Estado brasileiro, o que resultou na dificuldade em elaborar políticas públicas efetivas para essa população específica (VALÊNCIO et al., 2008).

De acordo com os dados da pesquisa nacional, as características socioeconômicas da população em situação de rua, é majoritariamente masculina (82%), (53%) possuíam entre 25 e 44 anos, (69%) autodeclararam ser de cor preta ou pardas, (52,6%) possuíam renda semanal de R\$ 20,00 a R\$ 80,00, (74%) sabiam ler e escrever, (95%) no momento da pesquisa não estudavam, (24,8%) informaram não possuir documentos de identificação pessoal (MDS, 2008).

Uma pesquisa realizada na cidade de São Paulo no ano de 2011, identificou 14.478 PSR, das quais 47% pernoitavam nas ruas e 53% em unidades de acolhimento. Em estudo, realizado apenas com população albergada, as características sociodemográficas da amostra era constituída por (68,1%) de adultos do sexo masculino, (63,7%) se autodeclararam não brancos (por não brancos estão inclusos: preta, amarela, parda e indígena), (29,9%) tinham o nível fundamental, (52,6%) viviam sem companheira(o), (64,9%) viviam com renda mensal de R\$ 207,00 e (30,6%) exerciam trabalhos eventuais ou fora do mercado de trabalho formal (BARATA et al., 2015).

Em censo financiado pela Prefeitura da cidade de Salvador- Bahia e realizado Secretaria Municipal de Promoção Social, Esportes e Combate à Pobreza (SEMPS) no ano de 2013, com metodologia semelhante à encomendada pelo MDS em 2008, foi possível estimar que em toda cidade existam pelo menos 3.500 pessoas vivendo em situação de rua. O perfil dessa população foi muito semelhante ao nacional. Constituída em sua maioria por homens (75%), (50%) tem idade entre 25 e 44 anos, (80%) autodeclararam ser de cor preta ou parda, (20%) de cor branca e (40%) não concluíram o ensino fundamental (ALMEIDA, 2013).

A partir do recorte dessas três pesquisas, infere-se que aqueles que moram nas ruas, são em sua grande maioria do gênero masculino, de cor preta ou parda e em idade produtiva. Ao contrário do que afirma o senso comum, a maioria da população não é analfabeta e exerce atividades eventuais.

Os dados levantados pelo MDS (2008) e Ministério da Saúde (BRASIL, 2012b), retratam uma população de rua composta por trabalhadores onde, (70,9%) exerciam alguma atividade remunerada destacando-se: (27,5%) catador de materiais recicláveis, (14,1%) guardador de carro, (6,3%) construção civil, (4,2%) limpeza, (3,1%) estivador e (15,7%)

pediam dinheiro como principal meio de sobrevivência. Informaram não receber qualquer auxílio financeiro do governo (88,5%). Esses dados reforçam a necessidade de desmistificar a ideia de que as PSR são pedintes ou mendigos, ao contrário, trabalham de dia a dia, em um trabalho silencioso, não reconhecido, desempenham atividades em condições precárias (trabalhadores/as silenciosos).

Com relação aos principais motivos que as(os) levaram a morar nas ruas, (35,5%) alegaram o envolvimento com o álcool e outras drogas, (29,8%) desemprego e (29,1%) desentendimentos com a família. Dos(as) entrevistados(as) (51,9%) possuíam parentes na cidade onde se encontravam, porém (38,9%) não mantinham contato com a família e (14,5%) mantinham contatos espaçados. Consideravam o relacionamento com familiares, (39,2%) muito bom e (29,3%) péssimo. Sobre as trajetórias e deslocamentos (45,8%) vivem no município natal, (56%) vieram de outros municípios do estado natal. Os deslocamentos justificavam-se em função de dois fatores, o primeiro, em função da procura de melhores oportunidades de emprego (45,3%) e o segundo devido a desavenças familiares (18,4%) (MDS, 2008).

Em pesquisa realizada na cidade de Salvador, os principais motivos alegados entre os(as) entrevistados(as), que a(o) levaram a viver nas rua foram: (15%) envolvimento com álcool e outras drogas, (15%) conflitos familiares e (10%) desemprego. Dos entrevistados (35%) encontram-se dormindo na rua ou em albergues há mais de 05 anos. Quanto à origem, (30%) do contingente populacional de rua são oriundos do interior do estado da Bahia ou de demais localidades (ALMEIDA, 2013).

As pesquisas revelaram que os principais motivos que levam as pessoas às ruas são desemprego, envolvimento com álcool e outras drogas, com destaque aos problemas familiares. Como ilustrado por Escorel (2006) em sua pesquisa, problemas de relacionamentos familiares, foi apontado como fator determinante para a vivência em situação de rua.

A partir do retrato da pesquisa nacional e nos municípios, Silva; Frazão; Linhares (2014) e Oliveira (2008) reiteram que existem dois fenômenos distintos que se interligam, são graves e relevantes problemas para a saúde pública: o viver nas ruas e o envolvimento com álcool e outras drogas. É importante salientar que não se pode afirmar se o envolvimento com drogas é um comportamento anterior, adquirido nas ruas ou mesmo um determinante para a ida às ruas (SILVA; FRAZÃO; LINHARES, 2014).

2.2 POLÍTICAS PÚBLICAS E SAÚDE ACERCA DAS PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA

Esse item apresenta algumas informações sobre: políticas públicas voltadas para a assistência em saúde das PSR, um serviço relativamente novo disponível no SUS, os Consultórios na Rua (CnaR) e fatores que contribuem para o processo saúde-doença da população em situação de rua.

Nas últimas décadas a população que vive nas ruas tem conquistado diversos avanços, sobretudo, com a formação do Movimento Nacional da População em Situação de Rua (MNPR), que ocorreu no início dos anos 2000. Esse movimento surgiu com a crescente indignação com a violência e a negação dos direitos ao qual esse público encontrava-se e encontra-se exposto. Um fato a ser destacado foi o “Massacre da Sé” ocorrido na cidade de São Paulo, no ano de 2004, quando 16 pessoas em situação de rua foram agredidas e 07 foram assassinadas. Esses episódios geraram diversas manifestações, caminhadas, atos públicos na busca pela justiça e pelo reconhecimento desta parcela populacional (BRASIL, 2015).

Desde então, o MNPR obteve diversas conquistas, destacando-se como marco a primeira pesquisa nacional da População de Rua realizada em 2008, com a instituição da PNPSR e a implantação do seu Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento. Houve ainda demais ganhos como: um assento no Conselho Nacional de Saúde (CNS) em 2013 e no Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS) em 2014 e a implementação de 06 Comitês estaduais e municipais (BRASIL, 2015).

Dentre os inúmeros pontos importantes esclarecidos pela PNPSR há dois objetivos considerados de acentuada relevância para a área da saúde:

I- Assegurar o acesso amplo, simplificado e seguro aos serviços e programas que integram as políticas públicas de saúde, educação, previdência, assistência social, moradia, segurança, cultura, esporte, lazer, trabalho e renda; II- criar meios de articulação entre o Sistema Único de Assistência Social e o Sistema Único de Saúde para qualificar a oferta de serviços. (BRASIL, 2009).

A criação do Comitê Intersetorial de Acompanhamento e monitoramento da PNPSR, possibilitou criar espaços de diálogos entre os sujeitos e os representantes dos vários setores do Estado visando propor formas e mecanismos para que os estados, os municípios e o

Distrito Federal pudessem aplicar a política. No que tange a saúde, foram alcançadas algumas conquistas a partir da publicação do Plano Operativo para a População em Situação de Rua através da Resolução nº 2, de 27 de fevereiro de 2013 que orientou o processo de enfrentamento das iniquidades e desigualdades em saúde no âmbito do SUS viabilizando a implementação do Programa Consultório na Rua (BRASIL, 2015).

É impossível falar de CnaR sem fazer referência ao Consultório de rua (CR) que embora sejam termos ou expressões parecidas possuem diferentes objetivos, idealizadores, além de terem sido implementadas em contextos distintos. O CR nasceu no contexto dos anos 1990, período em que surgiam correntes que defendiam a desinstitucionalização da saúde mental. Associado a isso buscava-se o reconhecimento da problemática da assistência à saúde dirigida para pessoas em situação de rua, que faziam uso problemático de álcool e outras drogas. Tal demanda contribuiu para o surgimento dos CR, na cidade de Salvador com base na experiência idealizada pelo Profº. Drº. Antônio Nery Filho que propôs a oferta de serviços de saúde extramuros. Esses serviços tinham o objetivo de ampliar o acesso à assistência integral a saúde e a promoção de laços sociais garantindo o direito de cidadania através da abordagem na redução de danos (LONDERO; CECCIM; BILIBIO, 2014; SILVA; FRAZÃO; LINHARES, 2014).

A experiência dos CR realizada entre os anos de 1999 e 2006, em Salvador- Ba, foi considerada vitoriosa pelo MS o que viabilizou a inclusão dos CR como uma das estratégias para o Plano Emergencial de Ampliação de Acesso ao Tratamento em Álcool e outras Drogas (PEAD), sendo incluído, em 2010, no Plano Integrado Nacional de Enfrentamento ao Crack (SILVA; FRAZÃO; LINHARES, 2014).

O Programa Saúde da Família sem Domicílio (PSF sem domicílio), posteriormente denominado de Estratégia de Saúde da Família para População em Situação de Rua (ESF Pop Rua), também é considerada uma experiência brasileira exitosa, utilizada em 2004, nas cidades de Belo Horizonte, São Paulo, Rio de Janeiro e Porto Alegre fornecendo atendimento itinerante a moradores de rua (LONDERO; CECCIM; BILIBIO, 2014).

As experiências dos CR e da ESF Pop Rua aplicada nos diversos contextos brasileiros passaram a ser referência para novos projetos do MS, contribuindo para a ampliação do acesso ao serviço e fortalecimento da rede de atenção à saúde. Assim sob, a Portaria de nº 122, de 25 de janeiro de 2011, surgiu o documento que definiu as diretrizes de organização e funcionamento das equipes de CnaR transferindo para a Atenção Básica (AB) o atendimento das PSR (SILVA; FRAZÃO; LINHARES, 2014).

A passagem do CR, vinculado à Política Nacional de Saúde Mental até 2012 para a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) através do CnaR, não representa apenas uma mudança de nomenclatura - Consultório “de” para Consultório “na” Rua-, mas uma modificação nas diretrizes estratégicas entendendo que a atenção ao morador de rua não deve ser pautada apenas no cuidado em relação ao consumo de álcool e outras drogas, uma vez que, estão também expostos a diversas outras situações de vulnerabilidades, que levam a sofrimento físico e emocional com maiores riscos para a saúde do grupo e de toda a sociedade. Frente a esse contexto, os CnaR instituídos pela AB integra o componente atenção básica da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e deve seguir os fundamentos e as diretrizes definidos na PNAB, buscando atuar frente aos diversos problemas e necessidades de saúde das PSR (BRASIL, 2012b; LONDERO; CECCIM; BILIBIO, 2014).

A proposta do MS foi reforçar a AB como espaço prioritário para o cuidado e a criação de vínculo na rede de atenção à saúde e tornar as equipes de Consultório na rua (eCnaR) porta de entrada preferencial para as PSR possibilitando sua inserção efetiva no SUS (BRASIL, 2012b).

Segundo Ministério da Saúde, os CnaR prestam atendimento à população em situação de rua *in locu*, são realizadas atividades de forma itinerante por uma equipe multiprofissional, desenvolvendo atividades integradas e compartilhadas às Unidades Básicas de Saúde (UBS), Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), serviços de urgência e emergência e outros pontos de ação conforme a necessidade do usuário (BRASIL, 2012b).

Ficou definido nos termos da portaria nº 122 de 2011, que as eCnaR seriam compostas pelas seguintes categorias profissionais: enfermeiro(a), psicólogo(a), assistente social, odontólogo(a), terapeuta ocupacional, médico(a), agente social ou educadores sociais, técnico de enfermagem e técnico em saúde bucal. Essa equipe lidará com os diferentes problemas e necessidades de saúde das PSR podendo se adequar a 03 modalidades: modalidade I- formado por 04 profissionais, sendo que 02 deverão ser obrigatoriamente de nível superior e 02 de nível médio; modalidade II, formado por 06 profissionais, 03 de nível superior e outros 03 de nível médio e a modalidade III constituída pela equipe na modalidade II acrescida do profissional médico(a).

Segundo Engstrom; Texeira (2016), nos CnaR o cuidado e o vínculo pode ser estabelecido por qualquer profissional, o mesmo será responsável por acompanhar a evolução do plano de cuidado para a PSR e deverá pactuar com o usuário atividades de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação da saúde. A proposta é que o primeiro contato ou janela de oportunidade para o cuidado à saúde ocorra através do atendimento

clínico imediato (como fornecimento de analgésico, antibiótico, curativo, cuidado dentário) associado a isso oferta-se uma possibilidade maior de serviços como: imunização, curativos, exame de sangue, testes rápidos, exame ginecológico, acesso a medicamentos, camisinhas, orientação sobre saúde bucal, planejamento familiar e ações de redução de danos.

Com base na pesquisa nacional e nas ações da eCnaR desde 2011, foi possível esboçar o retrato das PSR a partir de questões que pudessem apontar problemas com a saúde e higiene. Alguns dos resultados mais relevantes da Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua identificou com relação ao estado de saúde que (29,7%) dos entrevistados afirmaram ser portadores de co-morbidades. Os problemas de saúde mais prevalentes nesta população foram a (10,1%) hipertensão arterial sistêmica (HAS), (6,1%) problemas psiquiátricos, (5,1%) portadores do vírus HIV/aids e (4,6%) apresentavam problemas de visão. Da população entrevistada, (18,7%) faziam uso de medicação continuamente sendo que os postos de saúde eram as principais vias de acesso aos medicamentos. Em casos de doença, (43,8%) procuravam o hospital e (27,4%) o posto de saúde (MDS, 2008).

Importante destacar que a mesma pesquisa apontou que são comuns os relatos de recusa das PSR em ir para as unidades de saúde devido a experiências anteriores recorrentes de negação de atendimento, impedimentos de acessar as unidades de saúde e muitos alegaram sofrer violência quando em atendimento. Segundo dados do MDS (2008), (18,4%) das PSR já passaram por experiências de impedimento de serem atendidas nos estabelecimentos de saúde.

De acordo com o MS, os principais problemas clínicos mais comuns identificados pelas eCnaR foram: problemas nos pés, pediculose, escabiose, tuberculose (TB), IST/HIV/AIDS, gravidez de alto risco, HAS, diabetes mellitus (DM), doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), problemas de saúde bucal e o envolvimento com álcool e outras drogas (BRASIL, 2012b)

Com relação à alimentação, (79,6%) faziam ao menos uma refeição ao dia, destes (27,4%) compravam o alimento com seu próprio dinheiro, (19%) não conseguiam realizar pelo menos uma refeição por dia. Quanto aos hábitos de higiene, os locais mais utilizados para tomar banho foram: (32,6%) a rua, (31,4%) os abrigos, (14,2%) os banheiros públicos e (5,2%) casas de familiares ou amigos. Os principais locais para fazer as necessidades fisiológicas foram: (32,6%) a rua, (25,2%) os abrigos, (21,3%) os banheiros públicos, (9,4%) os estabelecimentos comerciais e (2,7%) casa de familiares ou amigos (BRASIL, 2012b).

A partir deste retrato é possível inferir que o de processo saúde e adoecimento na rua vai muito das alterações morfofuncionais. Compreende uma sequência de desvantagens que se traduzem em maior discriminação social, ausência e/ou fragilidade de vínculos familiares e sociais, sentimento de insegurança nas pessoas e instituições, exposição a inúmeras situações de risco para a saúde, comportamentos não saudáveis, maior possibilidade de mortalidade e expectativa de vida menor (BARATA et al., 2015; ROSA; BRÊTAS, 2013).

Compreender que as situações que emergem nos cenários das ruas são singulares, é de elementar importância para dá continuidade às políticas públicas recém implementadas no Brasil, de forma a gerar movimentos e consolidar o cuidado em rede para as PSR, além de, melhorar as condições de vida e de saúde. É preciso ações mais efetivas de redução de riscos e vulnerabilidades para a população que vive nas ruas, pois muitas vezes, ela é a única opção para muitos cidadãos(ãs).

2.3 REFLEXÕES SOBRE O CUIDADO EM SAÚDE

O cuidado é compreendido como algo inerente a condição humana e essencial em todas as fases da vida, uma vez que o ser humano enquanto está vivo é o resultado da presença de cuidados (COLLIÈRE, 1999; MORAIS, 2013). O cuidado decorrerá da interação das relações intra e interpessoais, e terá como objetivo: proteger, promover e preservar a humanidade auxiliando os indivíduos a identificar o seu significado na doença, sofrimento e dor, bem como na existência, ajudando a pessoa a obter autoconhecimento, controle e autocura (WALDOW, 2010).

Conforme Collière (1999), “a prática de cuidados é, sem dúvida, a mais velha prática da história do mundo [...]”. Para ela, a espécie humana, precisou se apropriar dessas práticas para garantir a continuidade da vida de um grupo. E lhe atribuí duas funções basilares que é a de reconhecer e prolongar uma função social, representada através da figura feminina, que participa continuamente das atividades que contribuem para gerar e manter a vida. E quando se trata dos cuidados desenvolvido pelos homens, encontra-se atrelado as atividades relacionadas a impedir a morte, ou seja, funções que requerem um força física e a manutenção da ordem social, a primeira desenvolvida através de atividades como a caça, a guerra, e a segunda representada através da criação das formas institucionais como: a igreja, o estado, os exércitos que terão papeis na manutenção da ordem.

Tal explicação é reafirmada por Waldow; Meyer (1995), Waldow (2001), (2010) quando retrata que as pessoas, em um primeiro momento, independente do sexo terão como preocupação central, a sobrevivência, e por isso precisará primeiro aperfeiçoar a capacidade de angariar água e alimentos, e logo em seguida, a necessidade de se proteger das intemperes da natureza e de inimigos fazendo com que se aproprie de algumas estratégias como a construção de refúgios, indumentária e instrumentos para caçar, pescar e o desenvolvimento de alguns utensílios para preparar seus alimentos. Será no meio de todo esse processo que homens e mulheres irão adotar comportamentos diferenciados, quase que de forma universal ao longo da história. Aqueles irão proteger sua família por meio de luta, caça e jogos, enquanto, que estas irão expressar o cuidado baseado nas atividade de criar, proteger, higienizar, alimentar, tocar, afagar e cheirar.

Partindo deste pressuposto cuidar é:

[...] manter a vida garantindo a satisfação de um conjunto de necessidades indispensáveis, mas que são diversificadas na sua manifestação. As diferentes possibilidades de respostas a estas necessidades vitais fazem nascer e instauram hábitos de vida próprios de cada grupo. Velar, cuidar, tomar conta representa um conjunto de actos que têm por fim e por função, manter a vida dos seres vivos como o objetivo de permitir reproduzirem-se e perpetuar a vida do grupo. Tudo isso deu lugar as práticas correntes: práticas alimentares, de vestuário, práticas do habitat, práticas sexuais [...] que forjam modos de vida, costumes. Todas essas práticas e modos de vida se constroem a partir da maneira como os homens e mulheres apreendem e utilizam o ambiente que os cerca, daí a infinita diversidade das práticas que, elas próprias, ao perpetuarem-se de maneira durável, geram rituais e crenças. (COLLIÈRE, 1999, p. 29).

Para Waldow (2004, p.175), o cuidado humano é: “uma atitude ética em que seres humanos percebem e reconhecem os direitos uns dos outros e que se relacionam de uma forma a promover o crescimento e o bem estar dos outros”. Portanto, as práticas de cuidado representam um amplo assunto e de relevante complexidade e ao mesmo tempo possui um caráter universal e multidimensional, embora peculiar e singular em cada cultura, em cada sociedade, em um dado contexto social-cultural-demográfico, se traduz/manifesta como um assunto delicado entre todos nós, porque provoca zona de interferência de saberes (científico e popular) e ao mesmo tempo um assunto difícil, porque encontra-se arraigado as práticas cotidianas, crenças, expectativas ou valores que suscita nas pessoas assuntos basais da vida: como a morte, a sexualidade, o amor, sofrimentos, revoltas, trabalhos, entre outros assuntos (COLLIÈRE, 1999).

Dentro do atual contexto vivido pela humanidade, de constantes mudanças e intensas transformações políticas, éticas/morais, econômicas, culturais, sociais e ambientais é urgente pensar em um cuidado em saúde mais holístico, que consiga atender a todos/as na sua integralidade principalmente quando o assunto passa a ser pautado em torno da população em situação de rua porque todos os princípios de universalidade, equidade, igualdade, justiça, resolutividade, acessibilidade precisarão ser submetidos ao extremo para que o indivíduo possam ter o seu direito à saúde e ao cuidar de si garantidos.

Nesse sentido, o cuidado com a saúde pode e deve se basear no contexto social e nas diferentes concepções do processo saúde-doença que cada ser traz consigo. Ou seja, o cuidado com a saúde, não deve estar pautado apenas nas noções e conceitos de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação (SILVA; SILVA; SANTOS, 2009). É imperioso conhecer o contexto sociocultural, crenças, valores, ritos e o modo de vida e histórias de vida de cada indivíduo, é importante criar estratégias que valorizem a questão social.

A Enfermagem, por muito tempo tem evoluído muito com as competências científica para algumas áreas, principalmente, no que concerne ao campo positivista/cartesiano, mas para outras especificamente as relacionadas aos contextos sociais peculiares atrelado a uma alta vulnerabilidade social e econômica tem sido negligenciado. Segundo Rosa; Brêtas (2013), é preciso “reinventar a nossa práxis do cuidado incorporando outros conhecimentos à compreensão do ser humano na rua (...) com o intuito de assegurar a interface com as Ciências humanas e sociais”. Ou seja, prestar um cuidado em saúde e com ela todas as questões relacionadas a promoção, prevenção, tratamento e reabilitação da saúde em todo e qualquer aspecto com população em situação de rua sem estar atrelada a ela conceitos de pobreza, pobreza extrema, exclusão social, desigualdades sociais, vulnerabilidades sociais e econômicas e entender como todas essas variáveis influenciam nesse ciclo de muito pouco valerá os conceitos científicos da Enfermagem construídos ao longo do tempo.

Já se sabe que quanto maior é o grau de desigualdade social de um país, maiores serão o ônus acarretado ao bem-estar social, a qualidade de vida e com ela a saúde de uma dada sociedade, de uma família ou de uma pessoa. A variável saúde quando vista de forma ampliada encontra-se atrelada ao bem estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doenças. Ademais, as condições de vida dos seres humanos sofrem interferência direta da falta ou presença de políticas públicas, econômicas e sociais adotadas por um país (ROSA; CAVICCHIOLI; BRÊTAS, 2005; ROSA; BRÊTAS, 2016).

A vida na rua encontra-se pautada pela pobreza, pela violência, por transtornos mentais, pelo uso abusivo e dependência de substâncias químicas, vínculos familiares enfraquecidos e falta de amor. Associada a essa realidade existe uma alta taxa morbidade e mortalidade prematura em decorrência da exposição ao ambiente, traumas, doenças crônicas, bem como necessidades de saúde retardadas ao extremo e que muitas vezes, infelizmente, os cuidados prestados as PSR baseiam-se em serviços de urgência e emergência. Neste cenário, as ações de promoção e prevenção, por vezes, são negligenciadas ou esquecidas porque as prioridades neste caso são outras (ROSA; BRÊTAS, 2016; O'TOLLE et al., 2013).

Tal realidade é ilustrada, ao fazer alusão ao acesso das PSR aos serviços de saúde. Conceituando como:

O acesso universal à saúde é um direito constitucional garantido a todos os cidadãos brasileiros, mas ainda há populações em situação de extrema vulnerabilidade, como a PSR, para a qual persistem barreiras ao acesso e ao cuidado em saúde, mantendo-a invisível para o sistema. Contrariando o preceito da equidade na atenção, essa população tem dificuldade de acessar o SUS e sua porta de entrada principal – a Atenção Primária à Saúde (APS); utilizando, em geral, as emergências nas situações agudas ou de risco iminente à saúde e à vida. (ENGSTROM; TEXEIRA, 2016).

Segundo Macerata; Soares; Ramos (2014) e Brasil (2015) compreender que historicamente as PSR tem sido um dos grupos populacionais que menos tem acesso aos serviços de saúde e entender que a sociedade representa a rua como um local de tudo que não deu “certo”, que não tem mais lugar e que acabou perdendo a sua legitimidade por fatores financeiros, sociais, afetivos e/ou orgânicos é de fundamental importância para entender esse ciclo saúde-doença e que as demandas trazidas por esses personagens estão vinculadas a vulnerabilidades sociais extremas que são de difícil compreensão.

Para os referidos autores, essa dificuldade pode ser entendida sob dois aspectos:

(i) dificuldade em considerar a integralidade das dimensões da saúde, a complexidade das formas de vida, a inseparabilidade entre saúde biológica, subjetiva e social; (ii) dificuldade em atender uma realidade com modos de vida variados, diferindo muito dos padrões “normais” na cidade: de outra relação com o tempo, com o trabalho e outras dinâmicas nos seus laços afetivos. (MACERATA; SOARES; RAMOS, 2014, p. 924)

Na prática, as pessoas em situação de rua tem inúmeras dificuldades para o autocuidado, dificuldade para os cuidados de higiene, com alimentação, com o sono e repouso de qualidade. Assim, o dia a dia da maioria das pessoas que estão nas ruas baseia-se em dois eixos: buscar estratégias para sobreviver e conseguir suprir suas necessidades, e por buscar trabalhos informais, que a grande maioria denominam de “bicos”. Partindo desta

perspectiva, viver nas ruas pode e é cotidianamente encarado por muitos como um modo de vida e configura uma cultura de rua, que é caracterizado por um conjunto de comportamentos, práticas, rotinas adaptativas com o objetivo de garantir suas necessidades e manterem-se vivos (ROSA; BRÊTAS, 2013).

O cuidado está ancorado no aspecto relacional e na sua multiplicidade, tornando-se fluido e circunstancial, dependendo de contextos históricos e culturais diversos (SPINK, 2015). Tem sua ação direcionada a sujeitos plurais em ato, em diálogo, em contexto, em relação, permeado pela presença simultânea de discursos construídos social e historicamente e interiorizados ao longo da vida (SANTOS et al., 2013). Assim, ao atrelar o cuidado a uma construção social de pessoas em relação, não é possível falar em uma forma única de cuidado, padronizada e rígida.

A multiplicidade do cuidado se traduz na diversidade de contextos, personagens, funções, acesso à serviços, tecnologias e estruturas (SPINK, 2015). No contexto da rua, existe o desafio de produzir um cuidado capaz de lidar com o não-programado em termos de atenção, desenhado a partir de ações construídas conforme as peculiaridades e necessidades das PSR (LODERRO; CECCIM; BIBLIO, 2014). Cuidar da saúde e viver nas ruas são constructos cotidianos, marcados por sequências de desvantagens que se traduzem em maior discriminação social, ausência e/ou fragilidade de vínculos familiares, sentimento de insegurança nas pessoas e nas instituições e exposição a inúmeras situações de risco para a saúde (BARATA et al., 2015; ROSA; BRÊTAS, 2013).

Tendo a rua como cenário, algumas práticas de cuidado precisarão ser reinventadas todos os dias como “rota de fuga” para a sobrevivência. Essa população precisará dos serviços de saúde e sociais para conseguir sanar algumas necessidades humanas básicas e esses serviços também precisaram ser reinventados todos os dias. Daí a necessidade de perceber que as PSR, antes de ser um problema intelectual e uma preocupação acadêmica/pesquisa é uma questão da ordem sócio-econômica-política que estrutura uma sociedade e deste ponto de vista requer a busca social das condições que a engendram.

2.4 ASPECTOS SOBRE A TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

A presente pesquisa será respaldada pela Teoria das Representações Sociais (TRS) de Serge Moscovici (1961). Tal teoria se apresenta de forma particularmente útil para a

análise e compreensão dos problemas sociais atuais que permeiam a vida cotidiana, incluindo as práticas de cuidado de saúde de PSR. E, por entender que é impossível acreditar em mudanças sem compreender ou pelo menos saber como as pessoas pensam e quais as suas atitudes diante de algum problema em qualquer nível local, regional ou global.

Entender que há uma série de designações pejorativas que regem o imaginário social, cotidianamente, específicas para as PSR de que são figuras emblemáticas, pessoas pitorescas, maloqueiro(a), homem/mulher do saco, doido(a), andarilho, contribuem para a construção e cristalização da identidade de um grupo causando prováveis repercussões no processo saúde-doença (LONDERO; CECCIM; BILIBIO, 2014). Diante destas ponderações, apreender as RS e como se dão as práticas de cuidado de PSR partindo das vivências socialmente elaboradas, contribuirá para entender sobre como determinados comportamentos ou práticas de cuidado em saúde são adotadas.

Dessa forma, ao utilizar a TRS foi possível apreender como são produzidas as identidades sociais e como se organizam as comunicações, dado que as RS tem por característica ser abrangente, dar sentido à realidade social e orientar as práticas e condutas de um grupo populacional. A TRS vem sendo explorada por diversas áreas do conhecimento nas ciências sociais e humanas e com o distanciamento de algumas áreas da saúde do modelo biomédico, voltando-se para o paradigma social e das humanidades, mas conquistado espaço, sobretudo, na área da enfermagem (OLIVEIRA, 2000).

Foi criada por Serge Moscovici, que nasceu em 1925, em Braila, um porto do leste da Romênia. Nos seus estudos abordou sobre a psicologia em geral, mas transcendeu na psicologia social. Se debruçou sobre a releitura da obra de Émile Durkheim, e foi neste momento que teve o primeiro contato com o conceito das representações coletivas (ALMEIDA; SANTOS; TRINDADE, 2014).

Para Émile Durkheim, as representações coletivas, reúne diversas formas de pensamentos e de saberes coletivamente compartilhados (mitos, crenças, opiniões, religião, ciência) e que tais formas de pensamentos mostram-se irreduzíveis às experiências individuais e estende-se ao longo do tempo e espaço. Desta maneira, as representações coletivas levam os indivíduos a pensar e agir de forma homogênea, além de, apresentar como características a sua estabilidade na transmissão e reprodução (PAIVA et al., 2012).

Para Moscovici, após releitura da obra de Émile Durkheim permitiu descobrir que, as RS constitui uma nova unidade de enfoque, de modo a acreditar que o social (a bagagem cultural, os códigos, os símbolos, os valores, as ideologias) intervém na forma de interpretar e pensar a realidade cotidiana. Em sua tese de doutorado, publicada em 1961 na França,

Serge Moscovici propôs o conceito de RS na obra intitulada “*La Psychanalyse, son image et son public*” orientado pelo psicanalista Daniel Lagache. Desde então, evoluiu na elaboração do conceito e desenvolvimento da TRS, apresentando-a no livro *Social Cognition*, em 1984 (SÊGA, 2000; ALMEIDA; SANTOS; TRINDADE, 2014).

Sua obra foi considerada por muitos brilhante, embora, tenha permanecido retida por alguns anos no Laboratório de Psicologia Social da *École de Hautes Études em Sciences Sociales*, em Paris e nos laboratórios de colaboradores como Claude Flament, Jean-Claude Abric, no sul da França, e de forma mais dispersa, em outros lugares da Europa. A teoria aparentemente não cresce de imediato, fazendo uma reaparição com total força na década de 1980 (ALMEIDA; SANTOS; TRINDADE, 2014; ARRUDA, 2002).

Há quem acredite, que a TRS tenha surgido antes do seu tempo, indo de encontro ao paradigma positivista/cartesiano dominante na época, presente em todas as áreas de conhecimento. A pesquisa de Moscovici, desvia-se dos modelos da ciência tradicional de então, baseando-se em fenômenos marcados pelo subjetivo alicerçada por metodologias inabituais e que dependia do olhar e da interpretação do/a pesquisador/a (ARRUDA, 2002).

Na década de 1980, surgem algumas demandas propondo à ciência, novas maneiras para analisar a realidade e intervir sobre os problemas sociais como: a saúde e a doença, a educação, a aids, as minorias étnicos-raciais, a crise da economia, o trabalho, o aumento do desemprego, a crise ideológica, crenças religiosas, meio ambiente entre outras. É a partir deste momento que a TRS desponta como uma ferramenta útil para a análise, a compreensão e a intervenção sobre os grandes problemas sociais (SÁ, 1996; SÁ; ARRUDA, 2002).

Desta maneira, a TRS é tida como uma poderosa ferramenta, pois oferece maneiras de interpretar e pensar a realidade cotidiana, a partir das RS desenvolvidas pelos indivíduos e pelos grupos. Por RS entende-se como um conhecimento prático e que dá sentido aos eventos que são normais e ajuda na construção social da realidade (SÊGA, 2000).

Para Oliveira (2000), as RS comportam uma visão ativa do mundo, pois permite ao indivíduo dar sentido às suas condutas e compreender a realidade em que estão inseridas a partir de seu sistema de referências, e desta forma, molda-se ao mesmo e assume posições.

Segundo Jodelet (2003) apud Oliveira (2014), as RS são concebidas como “uma forma de conhecimento, socialmente elaborada e partilhada, que tem um objetivo prático e concorre para a construção de uma realidade comum a um conjunto social”. Seu processo de formação é composto por uma estrutura dupla: a conceitual e a figurativa. Assim cada RS, apresenta duas faces indissociáveis, a face figurativa e a face simbólica. Neste sentido, o

criador da TRS traz dois conceitos de fundamental importância para a configuração das representações: o processo de objetivação e o de ancoragem. Trata-se de processos simultâneos e que emergem da esfera abstrata para a concreta.

O processo de objetivação ocorre em três períodos: o primeiro momento, a construção seletiva, as informações, as crenças e as ideias passam por um procedimento de escolha; o segundo momento, a esquematização, consiste na organização dos elementos e é tido como o momento mais estável da representação; e o terceiro momento, a naturalização, quando ocorre transformação das imagens que são abstratas em realidade. Desta forma, o processo de objetivação permite: selecionar, organizar e tornar material as abstrações (SILVA, 2012).

O processo de ancoragem consiste em tornar o estranho/desconhecido em familiar/conhecido, ou seja, garante sentido a uma figura fornecendo um contexto compreensível ao objeto (PEIXOTO; FONSECA; OLIVEIRA, 2013; OLIVEIRA, 2014). Segundo (SÁ, 1996, p. 46), ancorar é “classificar e denominar: ‘coisas que não são classificadas nem denominadas, são estranhas, não existem e ao mesmo tempo são ameaçadoras”. Esse processo tem sido um conceito central juntamente com o de objetivação para a geração de uma RS. Tais processos tornam possível o movimento de familiarização ou geração de uma RS.

A referida teoria está em contínuo processo de construção e vêm sendo ao longo das últimas seis décadas estruturada em pelo menos três abordagens de investigação (a processual, a societal e a estrutural). Essas abordagens se incorporaram a teoria magna (TRS) com o objetivo de ampliar o alcance sobre os diversos fenômenos sociais que se propõe investigar (SILVA; MARTINI; BECKER, 2011; SÁ, 1996).

A abordagem processual é proveniente da escola clássica, proposta por Denise Jodelet, dá ênfase aos aspectos constituintes da RS, principalmente, o processo de objetivação e ancoragem (PRASS, 2014). Tem por finalidade revelar que as RS são concebidas por um conhecimento gerado através dos meios de comunicações, com o objetivo de orientar comportamentos e condutas em contextos sociais concretos (FERREIRA et al., 2013).

A abordagem societal ou sociológica, liderada por Willem Doise, da Escola de Genebra, dedica-se a estudar as condições de produção e circulação das RS, evidenciando que os processos que os indivíduos dispõem para funcionar em sociedade são orientados por dinâmicas sociais interacionais, posicionais ou de valores e de crenças gerais (PRASS, 2014; ALMEIDA, 2009).

A abordagem estrutural, representada por Jean Claude Abric, da Escola de Aix-en-Provence, também conhecida como Grupo Midi, está centrada em processos cognitivos das RS e visa estudar a influência de fatores sociais nos processos de pensamento por meio da identificação e caracterização de estruturas de relações, também denominada de Teoria do Núcleo Central (TNC) (MACHADO; ANICETO, 2010).

A abordagem estrutural tem por objetivo proporcionar a descrição detalhada e a explicação do funcionamento das RS. A TNC, foi proposta em 1976, a partir da tese de doutoramento de Jean Claude Abric – *Jeux, Conflits et représentation sociales*, pela Université de Provence. Seus estudos permitem levantar hipóteses acerca da organização interna de uma RS (SÁ, 1996).

A RS a partir desta abordagem é compreendida como:

Um conjunto organizado e estruturado de informações, crenças, opiniões e atitudes; ele constitui um sistema sociocognitivo particular, composto de dois subsistemas: um sistema central (ou núcleo central) e um sistema periférico. (ABRIC, 2003, p. 38).

De acordo com SÁ (1996, p.62), com base em conceitos formulados por Abric, toda e qualquer RS está organizada em torno de um núcleo central (NC) e de um sistema periférico e que a identificação do conteúdo de uma representação não é suficiente para se conhecê-la; sendo necessário também compreender a sua estrutura. O NC é considerado a raiz, a parte mais estável, mais resistente às mudanças e está diretamente ligado à memória coletiva dando significação, consistência e permanência à representação. É atribuído ao NC três funções essenciais: gerar, organizar e estabilizar uma RS (MACHADO; ANICETO, 2010; SÁ, 1996; ABRIC, 2003).

Para ABRIC (2003), o NC é um subconjunto da RS, formado por um ou alguns elementos, cuja falta de qualquer elemento torna capaz de desfazer uma representação ou de lhe dá um sentido inteiramente distinto.

O sistema periférico pode apresentar um ou vários elementos, é mais flexível e compreende a parte mais viva da representação, ele é responsável por dá forma à representação, ou seja, o NC constitui o cérebro e o sistema periférico o corpo e o músculo. É atribuído ao sistema periférico cinco funções: proteger o NC, concretizar, regular, prescrever comportamentos e personalizar (SÁ, 1996).

Dessa maneira Moscovici, conseguiu revelar que todas essas funções são capazes de individualizar uma representação coletiva, ou seja, tornando-a uma RS o que significa dizer

que dentro de um grupo haverá indivíduos que pensarão e, conseqüentemente, agirão de maneira distinta uns dos outros adotando formas particulares e peculiares de se comportar diante de dado fenômeno. O sistema periférico promove o *link* entre a realidade cotidiana e o sistema central, abarca elementos de transição e é responsável pela atualização e contextualização (SÁ, 1996; MACHADO; ANICETO, 2010).

Devido à dinamicidade da RS, elementos do sistema periférico podem tornar-se do núcleo central e vice-versa. Isso não é uma realidade de todos os objetos de RS (não é factível a todos), mas somente para aqueles que estão em fase de mudança, ou em processo de autonomização. Como exemplo, a ser ilustrado acerca da atualização e contextualização de uma RS, foi realizada uma pesquisa com enfermeiras/os sobre pessoas portadoras de HIV/aids.

O estudo revelou que a convivência com a doença e a necessidade de continuidade do tratamento, parece apontar para uma mudança da representação da aids com estes profissionais, pois passam a compreendê-la como sendo uma doença crônica (COSTA; OLIVEIRA; FORMOZO, 2012). Isso se deve, porque o sistema central geralmente é normativo e o sistema periférico é funcional, graças a essa propriedade a representação se ancora na realidade do momento, ou seja, é mais sensível e determinada pelas características do contexto imediato.

Para tanto é importante ressaltar que nos estudo das representações baseado na abordagem estrutural e processual é essencial utilizar vários métodos que objetivem levantar e fazer emergir os elementos que constituem uma RS. Conhecer e compreender a organização, estabelecer o provável núcleo central (através da centralidade e da hierarquia dos dados) e os elementos que constituem a parte periférica (COUTINHO; NOBREGA; CATÃO, 2011).

3 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

Nesta sessão foram descritas as etapas necessárias para o desenvolvimento da presente pesquisa, considerando: o tipo do estudo, aproximação com o lócus, o lócus da pesquisa, grupo social estudado, os aspectos éticos, a técnica de coleta de dados e seus respectivos apêndices, e por fim, o processamento e a análise dos dados empíricos.

Este projeto está atrelado a uma pesquisa denominada “*Práticas e Representações do Cuidado de Pessoas em Situação de Rua*”, vinculada a um projeto internacional apresentado e aprovado pelo CNPq N° 14/2013 – Faixa C cujo título é *Práticas e Representações do Cuidado: estudo intercultural e comparativo em populações afrodescendentes no Brasil e em Portugal*.

3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa exploratória, com abordagem qualitativa, onde foram extraídas informações de fontes primárias com a utilização de multitécnicas. A pesquisa de caráter exploratório possibilita tornar familiar um fenômeno de estudo permitindo conhecer de forma mais aprofundada a temática abordada tornando-a mais compreensível ao pesquisador/a (GIL, 2008).

Optou-se pela utilização da abordagem qualitativa na pesquisa por entender que a mesma permite compreender os fenômenos, a partir das perspectivas dos indivíduos que residem na rua, para daí fazer inferências e/ou interpretações do fenômeno em estudo (BRÜGGEMANN; PARPINELLI, 2008)

A abordagem qualitativa é capaz de explorar e entender o significado que as pessoas e os grupos atribuem a um problema social ou humano. O processo de pesquisa ocorre por meio das questões que emergem e os dados são tipicamente coletados no ambiente da/o participante. A análise dos dados é intuitivamente construída e as interpretações são feitas pela pesquisador/a acerca do significado dos dados (CRESWELL, 2010).

A pesquisa qualitativa tem o propósito de:

responder a questões muito particulares. Ela se ocupa, [...], com um nível de realidade que não pode ou não deveria ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes. Esse conjunto de

fenômenos humanos é entendido aqui como parte da realidade social, pois o ser humano se distingue não só por agir, mas por pensar sobre o que faz e por interpretar suas ações dentro e a partir da realidade vivida e partilhada com seus semelhantes. (MINAYO; GOMES, 2012, p.21)

Dessa maneira a abordagem qualitativa e exploratória favoreceu a compreensão de questões relacionadas às práticas de cuidado em saúde de PSR.

3.2 APROXIMAÇÃO COM O LÓCUS DA PESQUISA

A identificação do lócus da pesquisa se constituiu em desafio que envolveu diversos atores sociais, mediante a proposta de não apenas desenvolver uma pesquisa, mas de realizar atividades de intervenção que proporcionasse retorno para a instituição escolhida e, conseqüentemente, para as pessoas investigadas e sociedade. Diante de tal proposta, integrantes do grupo de pesquisa *Sexualidades, Vulnerabilidades, Drogas e Gênero* (SVDG) dirigiu-se a unidades de saúde da família (ESF), unidades de acolhimento institucionais (UAI) e centro de integração que possibilitasse o desenvolvimento da pesquisa e de intervenções.

Após contato com várias instituições sem sucesso, nos foi indicada a Unidade de Acolhimento Institucional (UAI) para Pessoas em Situação de Rua. No contato inicial com a equipe técnica foi exposto os objetivos e as atividades do projeto. As pretensões apresentadas coadunavam com necessidades da instituição visando a melhoria da qualidade de vida e saúde das pessoas atendidas pela mesma. Diante de tal realidade foi organizado um cronograma para o desenvolvimento de oficinas e rodas de conversas com a população usuária da unidade.

Neste contexto, a partir do mês de outubro de 2015 foram iniciadas atividades de promoção da saúde utilizando como temática as questões referente ao outubro rosa (autoexame das mamas, prevenção do câncer cervicouterino e de mamas). Para essas temáticas foram desenvolvidas 02 oficinas com a participação de 18 pessoas em cada uma. Seguindo essa mesma lógica, no mês de novembro foram programadas rodas de conversa a cada 15 dias com foco nas questões relacionadas à saúde do homem.

Ademais, outras atividades foram realizadas a partir da identificação de necessidades do grupo participante, tais como: aferição de sinais vitais, consultas de enfermagem realizadas no local e orientação para marcação de consultas em unidades básicas de saúde

caso fosse identificada alguma demanda específica. Essas atividades proporcionaram uma aproximação com os prováveis participantes da pesquisa e reflexões acerca da temática.

3.3 LÓCUS DA PESQUISA

A pesquisa foi desenvolvida no município de Salvador- Bahia, em dois centros de reintegração social denominada UAI para PSR-, administrado pela Secretaria Municipal de Promoção Social, Esportes e Combate à Pobreza. Ambos localizados no distrito sanitário (DS) da cidade de Salvador-Bahia, intitulado nesta pesquisa de DS A e B.

De acordo com dados do IBGE (2010) e Salvador (2014), o município soteropolitano possui uma extensão territorial 692,8 Km², sua organização político-administrativa compreende 10 Regiões Administrativas denominadas Prefeituras Bairros e 12 DS. Possui uma população estimada em 2.675.656 habitantes, sendo o município mais populoso do nordeste e o terceiro mais populoso do Brasil. Estima-se que 79,2% se autodeclaram pessoas de cor ou raça preta ou parda, o que corresponde a 2.120.096 habitantes. Quando a análise é realizada segundo gênero, estima-se que a população de mulheres que se autodeclaram pretas ou pardas é de 52,8% o que corresponde a uma população em torno de 1.120.417 habitantes. Os homens que se autodeclaram pretos ou pardos é de 47,2% o que corresponde a uma população de aproximadamente 999.678 habitantes.

O Distrito Sanitário A é o distrito em maior extensão territorial da cidade de Salvador constituído por 35 bairros. Apresenta uma baixa densidade populacional de 3,04 habitantes/m². A atenção básica de saúde, que desenvolve atividades de baixa complexidade de responsabilidade da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) é formada por 03 ESF; 01 Programa de Agentes Comunitário da Saúde ; 04 Centros de Saúde; 01 Unidade de Pronto Atendimento; 01 base descentralizada do SAMU-192; 01 Centros de Atenção Psicossocial II (CAPS); 01 Centro de Especialidades Odontológicas (SALVADOR, 2014).

A UAI para PSR foram fundadas no ano de 2014. Trata-se de um abrigo temporário com período máximo de permanência de 06 meses, administrado pelo poder público municipal, voltada para o atendimento de PSR, desabrigo por abandono, situações de negligência, violência e ruptura de vínculos, migrações, ausência de residência ou pessoas em trânsito e sem condições de autossustento garantindo condições de estadia, convívio e

endereço de referência. E que possibilita criar espaços para conviver e solucionar problemas básicos pessoais, visa recuperar o respeito e da dignidade humana (informação verbal)¹.

A inserção das pessoas na unidade se dá por uma triagem realizada por educadores sócias que, diariamente, percorrem as ruas da cidade realizando ações de abordagem e acolhimento, principalmente em locais que concentram grande quantidade de indivíduos morando em logradouros públicos. As abordagens das equipes são realizadas, exclusivamente, durante o dia, incluindo sábados, domingos e feriados. As pessoas que demonstram interesse e que atendem aos critérios estabelecidos são direcionados pelos educadores sociais para um centro de triagem social que é o Centro POP, este local, constituí a porta de entrada do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) serão identificadas as reais necessidades dos indivíduos e caso seja de acolhimento são direcionados para a UAI- PSR (informação verbal)¹.

Ao chegar no local são identificadas as necessidades básicas pela equipe de acolhimento, ou seja, são oferecidas as pessoas roupas, lençol, colchão, itens de higiene pessoal, são feitas esclarecidas iniciais acerca de normas, regras e horários da instituição. Logo, em seguida, os indivíduos passam pelo acolhimento e escuta com a equipe técnica multiprofissional composta por: uma assistente social, pedagoga e coordenadora (informação verbal)¹.

A equipe realiza o levantamento de dados sócio-histórico de cada indivíduo acolhido, buscando solucionar suas principais demandas, a exemplo de: resgate de documentos pessoais e o restabelecimento do contato com a família e comunidade se assim for o desejo do assistido, conseguir passagens para retornar a sua cidade. O processo é realizado de forma gradual, ou seja, os vínculos entre a família ou a comunidade passam por estreitamento muitas pessoas inclusive, retornam para o seio familiar após as atividades realizadas pela equipe. Aquelas que não conseguem retornar a vida no contexto familiar ou comunitário recebem um auxílio financeiro, denominado auxílio aluguel, no valor de R\$ 300, 00. O repasse é fiscalizado por equipes do Centro de Referência em Assistência Social (CRAS) (informação verbal)¹.

A estrutura física de ambas unidades são bem semelhantes, trata-se de um local espaçoso com três pavimentos, janelas e portas largas que permanecem abertas durante o dia proporcionado um ambiente ventilado. No térreo, são desenvolvidas as atividades socioeducativas, lúdicas e onde são realizadas as refeições. O primeiro andar, local onde ficam os dormitórios e no terceiro pavimento está localizado a sala da equipe técnica e o espaço de leitura (informação verbal)¹.

O fluxo diário geralmente é dividido em período matutino, vespertino e noturno. São realizadas três refeições, em horários previamente estabelecidos, que ocorrem: café da manhã das 07:00 às 08:00, almoço das 11:00 às 12:00 e jantar das 18:00 às 19:00, intercalado por lanches. No turno matutino, geralmente eram desenvolvidas atividades rotineiras, a exemplo de atividade de higiene, lavar suas próprias roupas, hora do banho, corte de cabelo, como uma forma de incentivar o resgate da dignidade e mantê-los ativos. No período da tarde iniciadas oficinas escalonadas pelos dias da semana, como: realização de atividades socioeducativas voltadas para a alfabetização já que muitos nunca tiveram acesso ao nível fundamental ou médio. Essas atividades foram recentemente implementadas pela pedagoga da equipe (informação verbal)¹.

No período da noite, as atividades eram coordenadas pelos educadores sociais e as pessoas utilizam o espaço para dormirem. É importante ressaltar que elas tem livre acesso à rua, mas como regra o horário máximo de a unidade são às 21:00. Esse horário pode ser flexibilizado mediante justificativa e conversa com a equipe técnica e com o agente de portaria. As ações desenvolvidas na unidade são baseadas nos princípios da Política de Redução de Danos (informação verbal)¹.

Os/As profissionais envolvidos/as no processo referem que muitas pessoas cadastradas na unidade trabalham durante o dia com a reciclagem de resíduos sólidos. Em contrapartida, existem dois fenômenos comuns na unidade: a prática de prostituição e o consumo de SPAs (informação verbal)¹.

Atualmente, a UAI- PSR A tem capacidade para assistir 33 mulheres e UAI- PSR de Amaralina assistiu 09 famílias (média de 18 pessoas acima de 18 anos), totalizando aproximadamente 51 pessoas. As unidades funciona todos os dias da semana durante as 24 horas, o que significa dizer que os indivíduos dormem na instituição, por isso são feitas parcerias com outras instituições como o Centro Pop, CAPS, CRAS, bem como, parcerias com escolas e universidades (informação verbal)¹.

Informação fornecida pela Equipe Técnica da Unidade de Acolhimento de Itapuã e Amaralina, em Salvador-Ba, em outubro de 2015 e em fevereiro 2016.¹

3.4 ASPECTOS ÉTICOS

Quanto aos aspectos éticos, o projeto de pesquisa foi submetido à Plataforma Brasil, o mesmo foi analisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia (EEUFBA).

Vale destacar que a coleta de dados ocorreu após apreciação e emissão de parecer de nº 1. 477.800/2016 (Anexo B) do respectivo CEP quanto a obediência das normas presentes na resolução 466/2012 do CNS, que norteia a pesquisa com seres humanos e outras questões éticas visando diminuir a exposição e a vulnerabilidade do grupo pesquisado e da instituição (BRASIL, 2012a).

Nesta perspectiva, homens e mulheres que se enquadravam como potenciais participantes do estudo foram convidados/as a integrar a pesquisa e esclarecidos/as acerca dos aspectos éticos, presentes na Resolução nº 466/12 do CNS, com destaque para os pilares dos referenciais da bioética: autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade, (BRASIL, 2012a).

As pessoas foram de antemão informadas acerca do título da pesquisa, da pesquisadora, dos objetivos, da relevância do estudo, dos benefícios a médio e longo prazo para PSR e dos procedimentos metodológicos do estudo. Todas as dúvidas, pertinentes à sua participação no estudo foram esclarecidas; com isso elas podiam decidir de livre e espontânea vontade se desejavam ou não participar do estudo, sem que isto viesse a acarretar algum tipo de prejuízo ou constrangimento decorrente de sua contribuição.

Visando respeitar as questões éticas o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A) foi elaborado com linguagem acessível aos participantes do estudo. Nele foram abordadas informações sobre: o propósito do estudo, expectativas específicas relacionadas com a participação, natureza voluntária da participação e possíveis custos e benefícios, sobre os prováveis desconfortos e riscos, o anonimato, sobre a garantia de esclarecimento, antes, durante e após o curso da pesquisa, sobre a liberdade que tem o sujeito de se recusar a participar da pesquisa ou retirar seu consentimento em qualquer fase desta, sem penalização e com garantia de sigilo. Além das informações listadas anteriormente, o instrumento também contemplou informações sobre as responsáveis pela pesquisa e os contatos com números de telefone, endereço e e-mail.

Os/as participantes que verbalizaram o desejo espontâneo e voluntário em participar da pesquisa foram convidados/as a assinar o TCLE (APÊNDICE A) em duas vias, ficando uma em posse da/o participante da pesquisa e outra da pesquisadora, devendo participante e pesquisadora assinarem e datar as duas cópias. A confidencialidade de todos os dados

coletados foi garantida, com base na Resolução 466/12, a identificação das/os participantes se deu por meio da palavra participante seguido de respectivo número (BRASIL, 2012a).

Ademais, coube à pesquisadora nortear todas as etapas da coleta de dados a fim de minimizar a diferença de relacionamento, estabelecendo uma relação acolhedora e escuta respeitosa, livre de qualquer julgamento a respeito do processo da vivência em situação de rua, além do que, todos/as também foram esclarecidos/as acerca da importância do estudo e a sua relevância para a comunidade onde vivem e o meio científico.

Foi garantida aos sujeitos a possibilidade de interrupção da entrevista a qualquer momento, uma vez que haviam muitas mulheres que tinham filhos menores de um ano idade ou caso o próprio conteúdo da pesquisa mobilizasse sentimentos que diz respeito a vivências em situação de rua. Caso fosse necessário a coleta de dados seria interrompida, dado o suporte emocional pela própria pesquisadora a fim de garantir o bem estar do indivíduo. Não foi necessário interromper a coleta de dados por nenhum dos dois fatores listados com as pessoas que aceitaram participar da pesquisa.

3.5 PROCESSO DE COLETA, SISTEMATIZAÇÃO E APRESENTAÇÃO DOS DADOS

A apreensão das RS pode se dar de várias formas, utilizando técnicas projetivas ou não projetivas, sozinhas ou associadas. No entanto, a associação de multitécnicas de coleta e análise dos dados é recomendada e se faz importante para um conhecimento do fenômeno investigado, dado que, a triangulação dos dados possibilita desvelar dos resultados na pesquisa e da complexidade de apreender o fenômeno do senso comum (COUTINHO; SARAIVA, 2011; FERREIRA et al., 2002; ABRIC, 1994 apud SÁ, 1996).

A partir das especificidades dos objetivos propostos e da complexidade da temática de investigação, foram adotadas duas técnicas de coleta que se adequam à abordagem qualitativa e ao estudos das RS, a saber: a Associação Livre de Palavras e a entrevista semiestruturada. Destaca-se que nesta pesquisa, o Teste de Associação Livre de Palavras (TALP), foi o primeiro instrumento a ser aplicado com o intuito de envolver o maior número possível de participantes, por ser uma técnica projetiva elaborada para trazer à consciência elementos inconscientes por meio das manifestações de condutas de reações, evocações, escolhas e criações (VASCONCELOS, 2009), que teve por objetivo esclarecer a estrutura representacional do objeto em estudo. A escolha da entrevistas semiestruturada, justifica-se

por ser uma técnica não-projetiva, que tem por objetivo aprofundar os termos evocados no TALP e possibilitou mais tempo para os participantes esclarecer como se estrutura as práticas de cuidados em saúde adotadas por pessoas em situação de rua.

A coleta das informações ocorreu no período de 04 de maio a 22 de agosto de 2016. Sendo que, na UAI- PSR A a pesquisadora entrevistou no período de 04 de maio a 05 julho de 2016 e na UAI – PSR B, as atividades de coleta de dados e as intervenções junto ao grupo ocorreu entre 06 de julho a 22 de agosto de 2016.

3.5.1 Teste de Associação Livre de Palavras

O TALP foi desenvolvido inicialmente por Jung em 1905, com a finalidade estabelecer estudo e análise do diagnóstico de personalidade do indivíduo. Trata-se de uma técnica projetiva elaborada para trazer à consciência elementos inconscientes por meio das manifestações de condutas de reações, evocações, escolhas e criações (VASCONCELOS, 2009).

A partir de 1980 começou a ser utilizado em pesquisas de RS. Para tanto, esse instrumento foi adaptado à Psicologia Social por Di Giacomo (1981), com o objetivo de identificar as dimensões latentes nas RS (COUTINHO; SARAIVA, 2011). No campo da abordagem estrutural sua utilização permite colocar em evidência a saliência, a importância hierárquica dos elementos da representação e permite destacar o universo semântico do objeto em estudo (ROCHA, et al., 2015).

Se estrutura sobre a evocação das respostas dadas a partir de estímulos indutores aplicados que podem ser: verbal (palavra, ideia, frase), icônico (figuras, imagens, fotografias), material de vídeo e material sonoro (música ou som). É importante salientar que o estímulo deverá ser previamente definido em função do objeto de estudo, levando em consideração também os sujeitos da pesquisa, bem como, o número de estímulos. Quando há a necessidade do uso de dois ou mais estímulos deve-se ter o cuidado de modificar sua sequência para evitar que o estímulo anterior influencie nas respostas do seguinte, e consequentemente contamine-o (COUTINHO; SARAIVA, 2011).

As respostas solicitadas aos estímulos indutores fornecidos variam de acordo com o objeto da pesquisa. Em pesquisas experimentais, essas respostas podem ser entre uma e cinco palavras, mas para pesquisas qualitativas, quanto maior o número de evocações, melhores são os dados obtidos para análise. No entanto, deve-se ponderar a quantidade de palavras

com o tempo ofertado para que não haja contaminação dos dados coletados (COUTINHO; SARAIVA, 2011).

A aplicação do TALP pode ser feita de maneira individual ou coletivamente. O teste deve ser aplicado em um local apropriado, de preferência em um ambiente reservado, uma sala, sem que haja interrupções ou interferências, deve ser respeitado o rigor metodológico, no que diz respeito, a comunicação entre as participantes e a demora nas respostas, de modo a reduzir potenciais vieses e interferências (COUTINHO; SARAIVA, 2011).

Na referida pesquisa a coleta de dados foi realizada mediante a aplicação do Teste de Associação Livre de Palavras (TALP) (APÊNDICE B), este instrumento foi composto em duas seções. Na primeira, foram investigados dados da caracterização social, demográfica e de saúde das/os participantes. E a segunda, consistiu no teste propriamente dito composto por dois estímulos indutores aplicados por ordem verbal, a saber: *(E1) Cuidar da saúde é ...;* *(E2) Viver nas ruas é.* Na presente pesquisa, foi utilizado o primeiro estímulo.

No intuito de observar a eficiência do instrumento de coleta de dados, foram realizados dois pré-testes, com a finalidade de garantir que o mesmo conseguisse alcançar o objetivo do estudo. Foi percebido pela equipe de pesquisa, que não houve necessidade de ajustes na primeira seção, mas em contrapartida, na segunda seção as participantes apresentaram dificuldade em associar e verbalizar os estímulos apresentados: *(E1) cuidado com a saúde;* *(E2) Cuidados em saúde para pessoas que vivem nas ruas.* Diante de tal demanda, optou-se por ajustar os estímulos indutores.

A aplicação do TALP foi realizada individualmente, considerando as especificidades da população investigada. O teste foi aplicado em um local de preferência distante dos assistidos e de outros potenciais participantes. Após preenchimento dos dados sociodemográficos, foram fornecidas orientações sobre a aplicação do TALP. Para tanto, a pesquisadora apresentou um estímulo diferente do utilizado na pesquisa, por exemplo: (coca cola, praia) e solicitou que dissessem cinco palavras que viesse à memória. Logo após, foi questionada/o se houve o entendimento da técnica e feito os esclarecimentos quando necessário.

Em seguida, foi dado início a aplicação dos estímulos E1 e E2. A escrita dos termos, foram registras pela própria pesquisadora e após foi solicitado ao/a participante que escolhessem dos termos evocados o mais importante ou aquele que mais lhe marcasse e justificasse a escolha ou o que quis dizer com aquela palavra.

Durante o período de imersão no campo foi possível aplicar 72 TALPS. Como o instrumento era dividido em duas seções, na primeira, não houve dificuldades referente ao

preenchimento, pois as mesmas tratavam de informações relacionados as características pessoais, sociais e de saúde dos/as participantes. Para o preenchimento destes dados, as/os participantes levaram cerca de 10 minutos.

Com relação a segunda seção, o TALP propriamente dito, a reação variava de pessoa para pessoa. Tinham aquelas que conseguiam responder prontamente e com facilidade ao teste e, muitas vezes, emitia palavras que iam além do que proposto pela pesquisadora, outras pessoas demoravam para evocar as primeiras palavras ou só se sentia confiante para falar quando a pesquisadora intervinha mencionando que nesse teste não era o propósito definir o que era certo ou errado, mas sim saber o que estava vindo prontamente na memória.

A segunda seção durava entre média de 1 minuto e meio a 2 minutos para cada estímulo indutor. Com relação ao estímulos, foi possível identificar uma maior facilidade para vocalizar as respostas referente ao E2, talvez porque esta encontrava-se atrelada a vivência em situação de rua ou por já saber da dinâmica do teste.

3.5.2 Entrevista Semiestruturada

A entrevista é acima de tudo, uma conversa a dois, realizada por iniciativa da/o pesquisadora e tem como objetivo levantar informações pertinentes para um objeto de pesquisa e serve como um guia para aprofundamento de questões relacionadas ao objeto de investigação (MINAYO; GOMES, 2011).

A entrevista semiestruturada é uma técnica bastante utilizada em pesquisas qualitativas, pois valoriza a pessoa que investiga e também permite que atores sociais envolvidos alcancem a espontaneidade necessária e primordial para o desenvolvimento do estudo (MINAYO; GOMES, 2011; GIL, 2008).

No campo das RS, a entrevista consiste em uma técnica não-projetiva que proporciona a captação de ideias, opiniões e depoimentos de maneira profunda, além de favorecer o conhecimento de significados e símbolos que os/as participantes trazem consigo (SILVA; CAMARGO; PADILHA, 2011).

Nesta pesquisa, a entrevista semiestruturada (APÊNDICE C), foi dividida em duas seções. Na primeira etapa, foram investigados dados da caracterização social, demográfica e de saúde das/os participantes. A segunda seção da coleta de dados consistiu em um roteiro estruturado, constituído por perguntas abertas sobre a representação de ver alguém em

situação de rua, vivências acerca da situação de rua, estratégias utilizadas para cuidar da saúde vivendo nas ruas e as representações acerca desta.

Para registro do conteúdo da entrevista foi utilizado aparelho Tablet através de aplicativo Gravador de Voz baixado do Play Store. A conversa foi guiada pela secção 2 (APENDICE C), por vezes havia interrupção por parte da pesquisadora no intuito de questionar acerca de palavras ou jargões muito específicos da população em estudo.

A entrevista era feita de maneira bem descontraída, foi informado da possibilidade de pausar a gravação e continuar em outro momento caso o/a participante se sentisse muito cansado/a, tivesse algo para fazer ou se o que fossemos conversar mobilizasse profundas emoções, não foi necessário interromper a entrevista com nenhum participante. Também não foi possível encontrar um local ou sala exclusiva para efetuar a entrevista, pela estrutura ou dinâmica da unidade, mas a pesquisadora sempre procurava um local que fosse um pouco afastado das demais pessoas, até para não contaminar o discurso dos/as outros/as potenciais participantes.

Foram realizadas 21 entrevistas semiestruturadas, o tempo médio de duração das entrevistas foi de 23 minutos. As dificuldades relacionadas aplicação das entrevistas encontram-se atreladas ao barulho do meio externo e interrupção por parte de alguns educadores sociais da unidades ou crianças já que a grande maioria dos/as participantes eram mães e pais. Sem dúvidas, a realização da entrevista proporcionou compreender melhor sobre a dinâmica da rua e possibilitou entender a partir das estórias os elementos e evocações provenientes do TALP.

3.6 GRUPO SOCIAL PESQUISADO

Participaram da pesquisa 72 pessoas de ambos os sexos, acompanhadas/os nas UAI-PSR de A e B, expostos à vivência de rua conforme definido pelo Decreto Presidencial nº 7053, artº 1, parágrafo único. Das 72 pessoas que aceitaram responder ao TALP (1ª fase da coleta dos dados) foram convidadas a participar da entrevista semiestruturada (2ª fase da coleta dos dados), 21 participantes.

Importante salientar que houve um número maior de participantes do que a capacidade das UAIs devido a flutuação populacional realidade vivida e presente nestas

instituições e na vida das PSR (devido a característica que é inerente a população escolhida para o estudo, a de não se fixar nos locais).

Com relação à quantidade de participantes ou à amostra numa pesquisa de RS, não há na literatura, indicações precisas de um número mínimo de participantes. Alguns autores defendem que mais importante que quantidade, é a proximidade das características dessas pessoas (ou seja, se fazem parte de um mesmo grupo de pertença). No entanto, acredita-se que quanto maior o número de participantes da amostra, mais estáveis e confiáveis serão os resultados, aproximando-se da realidade observada na população de estudo (WACHELKE; WOLTER, 2011).

Sendo assim, a definição do número de sujeitos participantes ocorreu ao longo da pesquisa, mediante processo de aproximação e criação de vínculo da pesquisadora com as pessoas assistidas pela UAIs, através da participação da pesquisadora em atividades grupais de educação em saúde, de assistência em saúde e social desenvolvidas rotineiramente por: pedagogos, assistentes sociais, educadores sociais e pela própria pesquisadora, ou mesmo o tempo dispensado e a presença nas referidas instituições com o propósito de estabelecer pontes com as PSR e com as equipes das unidades.

Foram utilizados os seguintes critérios de inclusão para coleta de dados: participar das atividades educacionais, recreacionais, lúdicas, de assistência à saúde e social propostas, ter idade igual ou superior a 18 anos no momento da coleta de dados.

Quanto aos critérios de exclusão: pessoas que no momento da coleta de dados encontravam-se em desequilíbrios orgânicos, psíquicos ou sob efeito de substâncias psicoativas seja medicamentosa ou não ou que cursassem com alteração do nível de orientação em tempo e espaço.

Houve alguns fatores que contribuíram para delimitação da quantidade de participantes tais como: a rotatividade dos mesmos nas UAIs, o recesso e feriados das festas juninas que na região nordeste é cultural.

Nesta pesquisa, foram utilizados o total dos TALPs aplicados, no intuito de caracterizar a amostra populacional, tendo em vista que houve um número significativo de participantes. Foram utilizados os dados de identificação no que diz respeito às características sociodemográficas e de saúde, referente à: faixa etária, sexo, situação conjugal, raça/cor, escolaridade, ocupação no contexto de rua, renda semanal, religião, procedência, principais cidades, motivo que a/o fez a ir para a rua, tempo de vida em situação de rua, contato com a família e quantidade de filhos. E os dados relacionados à saúde foram: uso de substância psicoativas (SPA) na vida e quais acesso a serviço de saúde, quais

instituições, principais demandas, internação hospitalar, principais co-morbidades e quais, realiza acompanhamento médico ou adere a tratamentos farmacológicos, principais medicações utilizada pelas PSR, acometido por ISTs e quais, aderiu ao tratamento das ISTs?, o parceiro também aderiu ao tratamento para ISTs?, adere a algum método para evitar contrair ISTs?, em caso de resposta negativa, qual motivo? Embora limitados, os dados coletados possibilitaram conhecer o grupo investigado, correlacionando-os com as características gerais das PSR.

Os dados foram organizados em planilha Excel, do programa Microsoft, versão 2010, oferecendo frequência absoluta e relativa de cada item investigado. O grupo analisado foi composto por 72 PSR, sendo que (50 – 69,4%) eram assistidos pela UAI A e (22 – 30,6%) UAI B, (50 – 69,4%) eram do sexo feminino, nesta população a idade variou entre 21 a 64 anos, sendo predominante (35 – 48,6%) a faixa etária de 21 a 31 anos.

De acordo com dados de pesquisas nacionalmente divulgadas, a população em situação de rua no Brasil é constituída majoritariamente por pessoas do sexo masculino (MDS, 2008; ALMEIDA, 2013; BARATA et al., 2015). A predominância de pessoas do sexo feminino entre as pessoas investigadas justifica-se pelas características das unidades nas quais a pesquisa foi realizada. Uma das unidades assiste apenas mulheres (UAI A) e a outra se adequa ao perfil de família (UAI B). O fato da coleta de dados ter ocorrido em unidades com características tão peculiares, justifica também a predominância de pessoas em união estável (38 – 52,7%) e com filhos/as (56- 77,8%), entre as investigadas. Este dado se difere da pesquisa feita na cidade de São Paulo em que 52,6% viviam sem companheira/o (BARATA et al., 2015). Nos contatos diretos com as pessoas investigadas, a figura masculina no contexto de rua representa “segurança e proteção”.

Entre as/os participantes, a maioria se autodeclarou de raça/cor negra (60 – 83,3%), sendo que (33- 45,8%) de cor preta e (27 - 37,5%) de cor parda. A escolaridade do grupo variou entre analfabetismo e formação superior incompleta, sendo majoritário (44 – 61,1%) pessoas com primeiro grau incompleto.

Mesmo em situação de rua, (44 – 61,1%) das pessoas investigadas afirmaram exercer alguma atividade remunerada, na condição de trabalho informal. Dentre as atividades desenvolvidas foram citadas: guardador de carros (10 – 22,7%), reciclagem (08 – 18,1%), baleiro (05 – 11,3%), vendedor ambulante (05 – 11,3%), artesã/o (04 - 9,0%), atividades como: jardinagem, ajudante de pedreiro e montador/a de barracas (04 – 9,0%), barbeiro (02 – 4,5%), cozinheiro/a (02 – 4,5%), diarista (01 – 2,3%), professora (01 – 2,3%), trançar cabelos (01 – 2,3%) e profissional do sexo (01 – 2,3%). A busca por uma atividade

remunerada era uma preocupação marcante entre as pessoas entrevistadas, sendo objeto de conversas em muitos momentos das atividades desenvolvidas.

A maioria referiu ter renda semanal (48 – 66,6%), destes (10 – 20,8%) recebem auxílio bolsa família e (03- 6,2%) são beneficiados com o programa municipal primeiro passo, (22 – 45,8%) tem renda semanal entre 15,00 à 50,00, (09 – 18,7%) ganham entre 60,00 e 100,00, (04 – 8,3%) tem rendimento que varia de 120, 00 a 200,00. Esta, contudo não é uma realidade comum a todas as pessoas que vivem em situação de rua, em pesquisa instituída pelo MDS, no ano de 2008, identificou que 88,5% da amostra pesquisada não recebiam qualquer ajuda ou auxílio do governo.

A maioria das pessoas que compuseram o grupo investigado, afirmou ser adepta de uma religião (50 – 69,4%) e deste subtotal, (24 - 48%) referiu ser protestante, (20 – 40%) católica, (03 – 6%) candomblé, (02 – 4%) espírita e (01 – 2%) umbanda. Quando questionados quanto à naturalidade, (40 – 55,6%) referiram ser natural da cidade de Salvador-Ba e (40 – 55,6%) revelaram não ter qualquer contato com a família. Essa informação parece contraditória considerando que não há distanciamentos geográficos significativos, contudo revela quebra de vínculos familiares marcantes que podem justificar a vivência em situação de rua. Os principais Estados migratórios foram: Bahia (17 – 51,5%) representando a migração interna, Pernambuco (06 – 18,1%), Minas Gerais (03 – 9,6%), Rio de Janeiro (02 – 6,0%), São Paulo (01 – 3,0%), Mato Grosso do Sul (01 – 3,0%), Santa Catarina (01 – 3,0%). A pesquisa revelou que existe neste grupo populacional a questão migratória internacional, pois havia 01 pessoa natural da cidade de Buenos Aires- Argentina (01 – 3,0%).

O tempo de permanência na rua variou entre menos de 30 dias a uma vida (46 anos), sendo predominante o tempo de maior de 01 mês a menos de 05 anos (34 -47,2%). Os motivos apresentados para vivência na rua foram muitos, dentre eles: a busca por melhores perspectivas de vida, mudança com a família, busca de emprego, adoecimento, perdas de familiares, fuga da justiça e conflitos familiares. Esses motivos revelam que a rua não se constituiu apenas como um local de desencontros, mas de renovação e de busca de novas oportunidades, mesmo que não estejam a priori de acordo com as normas sociais previamente estabelecidas.

Quanto aos dados relacionados à saúde, a maioria, (62 – 86,1%) informaram ter feito uso de algum tipo de SPA na vida. Dentre as substâncias usadas estavam: álcool (47 – 75,8%), maconha (42- 67,7%), cigarro (35 – 56,5%), cocaína (31 – 50,0%), crack (28 - 45,1%), pacaia (21 - 33,8%), cola (09- 14,5%), rompinol (01- 1,6%), PICO (01 – 1,6%)

consiste na mistura de água e cocaína, administrada via endovenosa e PITE (01 – 1,6%) mistura de maconha e cocaína para ser inalada.

Diante das adversidades e situações de vulnerabilidades inerentes ao contexto da rua, o consumo de drogas pode ser entendida como uma forma de sobrevivência. Contudo, vale lembrar que viver em situação de rua e fazer consumo de drogas se constitui situações de vulnerabilidades para agravos sociais e de saúde, principalmente para as pessoas que vivenciam essa situação.

Quando questionados acerca do acesso aos serviços de saúde, a maioria, (71 – 98,6%) responderam fazer uso dos serviços de saúde. Dentre os investigados foi predominante a busca por serviços de saúde para atendimentos imediatos como: hospitais e maternidades (52 – 73,2%), postos de saúde (40 – 56,3%), Unidades de Pronto Atendimento (UPA) (19 – 26,7%), serviço de atendimento móvel de urgência (SAMU) (05 – 7%), Centro Especializado em Diagnóstico, Assistência e Pesquisa (CEDAP) (03 – 4,2%), Centro de Atendimento Psicossocial (CAPS) (02 – 2,8%), Estratégia Saúde da Família (02 – 2,8%), Consultórios de saúde que ofertam serviços gratuitamente (02 – 2,8%) e em Universidades/faculdades (01 – 1,4%). Tal fato, revela a necessidade atribuída por esta população aos cuidados construído pelo arcabouço biomédico e nos revela que elas tem consciência da existência dos dispositivos de saúde presentes na cidade.

Com relação às principais demandas de saúde da PSR, (40 – 56,32%) acessam as unidades de saúde para ter noções de prevenção e orientação em saúde, (38 – 53,5%) fizeram algum tratamento médico, (28 – 39, 4%) fizeram exames, (27 - 38,0%) precisou pegar medicação, (23 – 32,3%) acessaram o serviço de saúde pela urgência e (13 – 18,3%) pela emergência, (06 – 8,4%) fizeram tratamento odontológico e (02 – 2,8%), precisaram realizaram terapia tópica/curativo. Quando questionados sobre internação hospitalar (65 – 90,3%) já ficaram internados e (32 – 44,4%) afirmou apresentar alguma co-morbidade, sendo destacadas: o mal epilético, infecções urinárias, asma, anemia, hepatites, problema odontológico, litíase renal, insuficiência renal aguda (IRA), arritmias cardíacas, HAS, DM, hérnias, depressão, sífilis, TB, artrose, artrite, osteoporose, afecções de pele, HIV, gastrite. A maioria, (55 – 76,4%), informaram não realizar acompanhamento das co-morbidades e nem tratamento médico. E os que informaram fazer tratamento médico (17 – 23,6%) informaram que fazem uso das seguintes medicações: Carbamazepina, Amitriptilina, Berotec, Cliniu, Aerolin, Sulfato ferroso, Hidróxido de Magnésio, Losartana, Hidroclorotiazida (HCTZ), Sinvastatina, Penicilina Benzatina.

Com relação as DSTs, (45 – 62,5%) negaram ter sido acometido por qualquer ISTs e (27 – 37,5%) informaram já ter contraído, as mais prevalentes foram: Sífilis (15 – 55,5%), HIV (04 – 7,4%), Herpes (02 – 7,4%), Candidíase (02 – 7,4%), *Trichomonas Vaginalis* (01 – 3,7%), Sífilis gestacional (01 – 3,7%), Hepatites (01 – 3,7%), Condiloma acuminado (01 – 3,7%). Negaram ter feito tratamento para ISTs (50 – 69,4%) e quando questionados acerca do tratamento dos companheiros, (12 – 16,6%) informaram que os parceiros aderiram ao tratamento, (10 – 13,8%) não realizaram tratamento, (49 – 68%) não se aplica e (01 – 1,4%) informaram não ter parceiro fixo.

Neste grupo de PSR, foi predominante o não uso de método para evitar DSTs (41 – 56,9%), sendo as alegação: ter parceiro fixo (26 – 63, 4%), não tem motivos (06 – 14,6%), não ter parceiro (03 – 7,3%), não precisar (01 – 2,4%), não gostar (01 – 2,4%), não achou quem orientasse (01 – 2,4%), nunca teve relações sexuais (01 – 2,4%), confiança (01 – 2,4%).

Foi realizada uma pequena síntese dos/as participantes que participaram da entrevista semiestruturada (2ª fase da coleta dos dados), 21 participantes. Com relação ao sexo foram: (16) mulheres e (05) homens, média de idade foi de 33,6 anos, quanto a naturalidade a maioria referiu ter nascido no estado da Bahia (14), Pernambuco (04), Santa Catarina (01), São Paulo (01) e Rio de Janeiro (01), o tempo médio de vida nas ruas foi de aproximadamente 5 anos e 2 meses, (10) eram assistidos/as na UAI A e (11) na UAI B. Conforme ilustrado na Quadro 1, abaixo.

Quadro 1: Caracterização dos sujeitos que participaram da Entrevista Semiestruturada. Salvador, 2017.

Identificação	Sexo	Idade	Naturalidade	Tempo Vivido na rua	UAI	Tempo de Entrevista
Participante 1	F	64	São Paulo- SP	03 meses	Itapuã	1' 00''
Participante 2	M	33	Rio de Janeiro- RJ	15 dias	Amaralina	14' 04''
Participante 3	F	34	Cachoeira-Ba	02 meses	Itapuã	20' 00''
Participante 4	F	35	Salvador- Ba	8 meses	Itapuã	26' 19''
Participante 5	F	28	Salvador- Ba	8 meses	Itapuã	20' 35''
Participante 6	F	33	Salvador- Ba	15 anos	Itapuã	27' 11''

Participante 7	F	31	Salvador-Ba	1 mês	Itapuã	19' 00''
Participante 8	F	27	Salvador- Ba	05 anos	Itapuã	20' 08
Participante 9	F	28	Itapicuri – Ba	01 ano e meio	Itapuã	41' 54''
Participante 10	F	28	Goiana- Pe	14 anos	Itapuã	55' 32''
Participante 11	M	28	Alagoinhas- Pe	01 ano	Amaralina	54' 34''
Participante 12	F	40	Florianópolis- SC	01 ano	Amaralina	38' 39''
Participante 13	F	37	Simões Filho- Ba	26 anos	Amaralina	21' 51''
Participante 14	M	33	Salvador- Ba	28 anos	Amaralina	14' 38''
Participante 15	F	30	Salvador- Ba	09 anos	Amaralina	12' 24''
Participante 16	F	25	Agrestina-Pe	01 mês	Amaralina	10'57''
Participante 17	M	25	Murial-Pe	01 mês	Amaralina	9' 36''
Participante 18	F	21	Salvador- Ba	01 ano	Amaralina	16' 15''
Participante 19	M	27	Salvador- Ba	01 ano	Amaralina	24' 15
Participante 20	F	41	Salvador- Ba	04 anos	Amaralina	9' 37
Participante 21	F	59	Santa Luz- Ba	01 ano e meio	Itapuã	36' 24''

Fonte: Dados da pesquisa.

3.7 TRATAMENTO, PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Os dados empíricos produzidos pelas duas técnicas de coleta de dados – Associação Livre de Palavras e a entrevista semiestruturada- foram organizadas no período de 04 maio a 20 de setembro de 2016. O processamento e a análise dos mesmos ocorreu no período de 21 de setembro a 20 de fevereiro dezembro de 2017.

3.7.1 Análise do Teste de Associação Livre de Palavras

Com relação aos dados provenientes do TALP (seção 2), os mesmos foram organizados para processamento pelo *software* EVOC, versão 2004 (Ensemble de

programmes Permettant l'analyse des Evocations). Para tanto, foram executadas as seguintes ações: 1) foram transcritas todas as evocações no programa Word (versão 2010), digitados em letra minúscula, sem utilizar a acentuação, constituindo o dicionário de termos; 2) foram organizadas por ordem alfabética todos os termos; 3) realizados agrupamentos semânticos (lematização), ou seja, expressões que tiverem significados semelhantes (ou afinidades de sentido comum); 4) foi criado banco de dados e formatado para processamento no referido software, de acordo com orientações presente no cap. 3 do livro *Tecnologias Computacionais para o Auxílio em Pesquisas Qualitativa – Software Evoc* de Reis et al. (2013)

O processamento dos dados, proveniente da seção 2 do TALP foram processados mediante a utilização do *software* EVOC, versão 2004 (Ensemble de programmes Permettant l'analyse des Evocations) essa ferramenta que possibilita captar a estrutura de uma RS, assim como frequência e distribuição dos elementos a partir das evocações lexicais (BARCELLOS et al., 2005; FERRARI, 2011; PONTES; OLIVEIRA; GOMES, 2014).

Conforme afirma Reis et al., (2013) o software Evoc possibilita criar o Quadrante de Vergès e permite analisar e discutir os dados ancorados a TNC. Dessa maneira, o quadro de quatro casas corresponde a uma ilustração análoga ao sistema cartesiano constituído por quatro quadrantes. O eixo das abscissas (x) correspondem aos valores das ordem média de evocação (OME) e os eixo das ordenadas (y) é formado pela frequência das evocações. Possibilitando levantar as dimensões estruturais da representação indicando os prováveis elementos centrais e periféricos (MOREIRA et al., 2015).

A distribuição dos termos nos quadrantes obedeceu aos seguintes critérios: os termos que se destacaram em relação à frequência (igual ou acima da média) e ordem de evocação (aqueles que foram imediatamente evocados) serão localizados no quadrante superior esquerdo, constituindo o provável NC da representação estudada. Aqueles termos, posicionados no quadrante superior direito refere-se aos elementos periféricos mais importantes, correspondendo aos possíveis elementos da primeira periferia, devido a sua alta frequência e ordem de evocação mais distante de 1. Os elementos presentes no quadrante inferior direito são os possíveis elementos da segunda periferia. Nesse situam-se os elementos com menos frequência e ordem de evocação. E no quadrante inferior esquerdo estarão posicionados os elementos de contraste, que são considerados mais importantes ponderando a ordem média de evocação, mas apresentam baixa frequência (menor saliência) (OLIVEIRA, et al., 2010; PONTE; OLIVEIRA; GOMES, 2014; MOREIRA et al., 2015; SILVA, et al., 2015; ROCHA, et al., 2015).

Para processamento no software EVOC (versão 2004), foram definidas 04 variáveis que tem como objetivo caracterizar os sujeitos, conforme ilustrado no Quadro 2, a saber:

Quadro 2: Variáveis utilizadas no EVOC para caracterização dos sujeitos, Salvador, 2017.

Características do grupo	Variáveis
Sexo	01. Homens
	02. Mulheres
Raça/Cor	1. Branco/a
	2. Negro/a
Idade	01. Maior que 18 anos e/ou igual até 50 anos
	02. Maior que 50 anos
Tempo vivido nas ruas	1. Até 30 dias
	2. Maior que 1 mês até 05 anos
	3. Mais de 05 anos

Fonte: Elaboração Própria

3.7.2 Análise das entrevistas

Quanto aos dados que emergiram das entrevistas semiestruturadas, foram precedidos pela transcrição das gravações, no programa Word (versão 2010) com posterior leitura, no intuito de impregnar e viabilizar a organização ancorada na Análise de Conteúdo Temática, proposta por Bardin em pesquisa fundamentadas na TRS.

A análise de conteúdo temática se propõe a buscar o significado por trás dos conteúdos que foram manifestados, utilizando procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens através de indicadores quantitativos ou não que permitem ao/ a pesquisador/a realizar inferências (BARDIN, 2011).

Por esta pesquisa se apropriar do referencial da TRS foi levado em consideração orientações traçadas por Bardin (2011). Nesta perspectiva, foram adotadas as seguintes

etapas: 1) etapas organizacionais; 2) análise do *corpus* e 3) tratamento dos resultados e interpretações/inferências.

A primeira etapa, consistiu na transcrição na íntegra da gravação de todo o material produzido pelas entrevistas semiestruturadas. A segunda fase, iniciou com a leitura flutuante de todo o material pela pesquisadora com o propósito de familiarizá-la com o objeto de análise e, logo em seguida, foram realizadas operações de codificação, ou seja, desmembramento do texto em núcleos de sentido. Após a exploração e preparação do material, deu início a terceira etapa, que possibilitou construir categorias e subcategorias, bem como a contagem das unidades de análise através de operações estatísticas descritivas (frequência simples) o que possibilitou chegar as inferências e intepretações (COUTINHO; SARAIVA, 2011). Conforme ilustrado na figura 1.

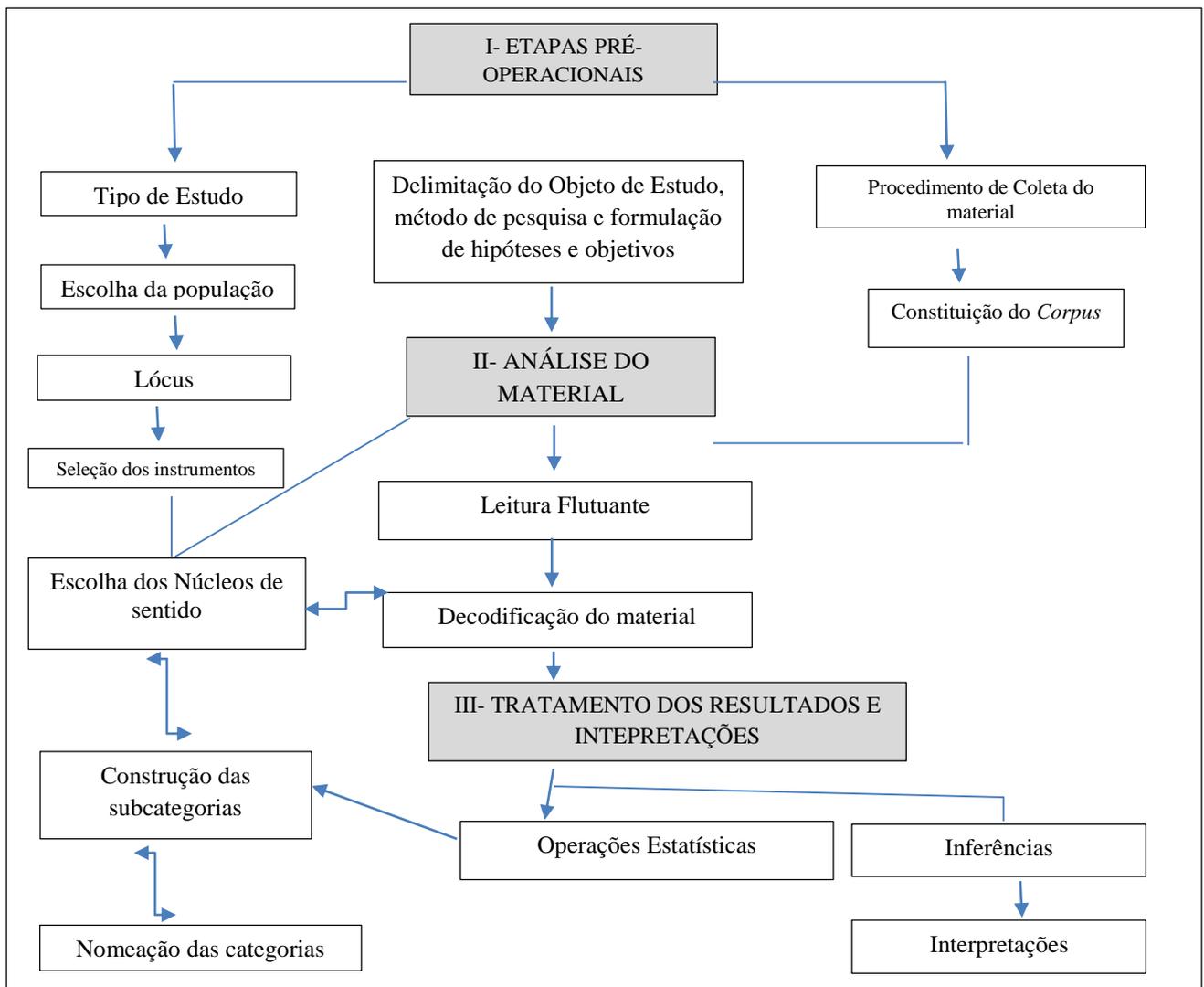


Figura 1: Modelo de análise de conteúdo Temática aplicada a pesquisa Teoria da Representações Sociais.

Fonte: Extraído do livro Métodos de Pesquisa em Psicologia Social: perspectiva quantitativa e qualitativa (COUTINHO; SARAIVA, 2011, p. 33). Adaptado pela pesquisadora.

Para esta pesquisa foram pré-concebidas duas classes temáticas, intitulada: Cuidados em Saúde e Não Cuidado, quatro categoriais e quatorze sub-categorias, conforme ilustrado na tabela 3.

Quadro 3: Pré-concepção das Classes, Categorias e Subcategorias emergentes da Análise de Conteúdo Temática, com suas respectivas frequências simples e relativas, Salvador, 2017.

CLASSES TEMÁTICAS	CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	F
Cuidados em Saúde	1. Cuidados Institucionalizados/ Cuidado Biomédico/ Cuidado Preconcebido	1. Prevenção e Promoção da saúde 2. Tratamento médico e medicamentoso <i>Sub-total</i>	
	2. Popular / Não-médico	3. Medicina Natural 4. Uso de SPAs 5. Espiritualidade/ Religiosidade <i>Sub-total</i>	
	3. As Necessidades Humanas Básicas no Cotidiano	6. Alimentação 7. Sono/repouso na rua 8. Higiene na rua 9. Amor/Gregária 10. Trabalho 11. Autoestima 12. Estratégias de sobrevivência na rua (Preconceito na rua) <i>Sub-total</i>	
Não Cuidado	4. Consequências	13. Adoecer na rua 1. Morrer na rua <i>Sub-total</i>	
TOTAL DE UNIDADES TEMÁTICAS			

Fonte: Dados da pesquisa.

Após a leitura do banco de dados, mediante a transcrição das 21 entrevistas, foi possível organizar classes temáticas, categorias, subcategorias, a partir da identificação dos núcleos de sentido e mensurar as frequências simples. Algumas categorias e subcategorias foram suprimidas e/ou incluídas, conforme leitura do banco de dados. Para análise aprofundada visando responder ao segundo objetivo específico desta pesquisa, será utilizada uma categoria - Cuidados normatizados, nela encontra-se disposta quatro subcategorias: 1) Tratamento Médico e medicamentoso; 2) Acesso à rede; 3) O cuidar de si morando nas ruas; 4) A percepção de cuidado em saúde adotado na rua. Conforme disposto na tabela 4.

Quadro 3: Análise de Conteúdo das Representações Sociais sobre o cuidado em saúde de pessoas em situação de rua. Salvador, 2017.

Classes temáticas (f)	Categorias (f)	Subcategorias (f)
Cuidados em Saúde (332)	Cuidados normatizados (120)	1.1 A percepção do cuidado em saúde adotado na rua (43) 1.2 Tratamento médico e medicamentoso (36) 1.3 O cuidar de si morando nas ruas (35) 1.4 Acesso à rede (6)
	Não-médico (83)	2.1 Uso de SPAs (50) 2.2 Medicina Natural (28) 2.3 Espiritualidade/ Religiosidade (5)
	Necessidades do Cotidiano (129)	3.1 Viver nas rua e Estratégias para sobrevivência (39) 3.2 Alimentação (37) 3.3 Sono/repouso na rua (21) 3.4 Higiene na rua (20) 3.5 Trabalho (12)

Fonte: Dados da pesquisa.

4 RESULTADOS - MANUSCRITOS

O documento intitulado, *Normas para apresentação de Trabalhos de Conclusão em formato de artigos*, presente no site do Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem (PPGENF) orienta que para o curso de Mestrado, a apresentação da dissertação no formato de artigos deverá conter no mínimo, dois artigos oriundos dos resultados da pesquisa, formatados segundo normas dos periódicos escolhidos para submissão.

4.1 CUIDADOS EM SAÚDE DE PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA: UM ESTUDO DE REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

No intuito de se adequar e atender aos critérios estabelecidos pela referida escola serão apresentados dois manuscritos. O primeiro, intitulado: “*Cuidados em saúde de pessoas em situação de rua: um estudo de representações sociais*”, foi elaborado conforme instruções disposta as/os autoras/es para publicação e apresentação aos/as editores/as do periódico, Revista da Escola de Enfermagem USP, vinculada ao Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós- Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de São Paulo, sitiada no endereço eletrônico: <http://www.revistas.usp.br/reeusp>.

“Cuidados em saúde de pessoas em situação de rua: um estudo de representações sociais”

Itana Carvalho Nunes Silva¹

Milena Vaz Sampaio Santos¹

Lorena Cardoso Mangabeira Campos¹

Dejeane de Oliveira Silva¹

Carlos Alberto Porcino¹

Jeane Freitas de Oliveira²

Mirian Santos Paiva²

Autora correspondente:

Itana Carvalho Nunes Silva

Av. Dr. Augusto Viana, S/N, Canela - CEP 40110-060. Salvador, Bahia, Brasil.

E-mail: itana.c.nunes@gmail.com

CUIDADOS EM SAÚDE DE PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA: UM ESTUDO DE REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

RESUMO

Objetivo: apreender a estrutura e o conteúdo das representações sociais de pessoas em situação de rua sobre cuidados em saúde. **Metodologia:** Pesquisa qualitativa, fundamentada na Teoria das Representações Sociais com foco na abordagem estrutural, realizada com 72 pessoas em situação de rua vinculadas a duas unidades de acolhimento institucional. Para produção dos dados foi utilizado o teste de associação livre de palavras, cujos dados foram processados por dois softwares e analisados à luz da referida teoria. **Resultados:** O provável núcleo central da representação foi composto pelos termos médico, cuidar de si, alimentação. Os termos expressam a dimensão imagética e funcional, além de revelar uma representação ampliada do conceito de saúde. **Conclusões:** Para o grupo investigado a saúde não se limita a ausência de doenças, embora o contexto de vida esteja permeado por agravos e danos à saúde.

Descritores: Cuidados de Saúde; Autocuidado; Pessoas em Situação de Rua; Saúde Pública; Atenção Básica à Saúde.

Descriptors: Delivery of Health Care; Self Care; Homeless Persons; Public Health; Primary Health Care.

INTRODUÇÃO

Desde o princípio da humanidade, o ato de cuidar norteia a organização da vida social das pessoas de modo distinto. A “prática de cuidados de si e do outro constituí [...] a mais velha prática da história do mundo [...]”⁽¹⁾. Ao longo do tempo a espécie humana apropriou-se dessas práticas para garantir a continuidade e a perpetuação da vida.

O cuidado em saúde pode ser entendido como a interação entre duas ou mais pessoas, com o objetivo de aliviar sofrimento, alcançar o bem estar, mediado por conhecimentos voltados para essa finalidade⁽²⁾. Nesse sentido, o cuidado expressa a complexidade da sua efetivação porque nela estão imbricadas as relações intra e interpessoais. E muitas vezes se processa por condutas normativas reduzidas a procedimentos, prescrições, normatizações em detrimento de um cuidado que valorize os projetos de vida do outro⁽²⁻³⁾.

Historicamente as pessoas em situação de rua tem sido um dos grupos populacionais que menos tem acesso aos serviços de saúde. Embora pareça ser contraditório, será no contexto da rua onde inúmeras pessoas buscarão ser acolhidas, amparadas e abrigadas. Tais condições, não deixam de produzir efeitos no que se refere à situação de vida e cuidados com a própria saúde que imprimem as representações sociais um caráter funcional frente à adoção de práticas e comportamentos mais saudáveis. Em contrapartida, muitos estão submetidos a condições insalubres e aglomerados humanos, bem como privação de alimento e água, exposição a variações climáticas e a situações de violência⁽⁴⁻⁵⁾. Esses aspectos remetem ao conceito de representações sociais desenvolvido por Moscovici⁽⁶⁾ que as compreende como uma modalidade de conhecimento que produz e determina comportamentos e nos mostra que algo ausente possa ser acrescentado e que algo presente seja modificado.

Dessa forma, torna-se relevante explorar os sentidos atribuídos ao cuidado em saúde por esse segmento populacional a partir da abordagem estrutural⁽⁷⁻⁸⁾, por facultar a compreensão acerca do modo como a construção do conhecimento pode contribuir na modificação de comportamentos, condutas e ações frente a sua saúde na condição de pessoas em situação de rua.

Assim, ao tomar a rua como cenário e projeto de vida para centenas de pessoas é possível compreender a complexidade deste cuidado, acompanhadas das precárias condições de vida e das perdas pessoais que repercutem na saúde física e mental dos indivíduos que tem a rua como local de morada e de sobrevivência⁽⁹⁾. Nesse contexto, e por acreditar que as pessoas em situação de rua façam uso de práticas específicas de cuidado em saúde, questiona-se: Como as pessoas em situação de rua representam as práticas de cuidado em saúde? Estabeleceu-se como objetivo: apreender a estrutura e o conteúdo das representações sociais de pessoas em situação de rua sobre cuidados em saúde.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa qualitativa fundamentada na Teoria das Representações Sociais, delineada pela abordagem estrutural. Tal abordagem se organiza ao redor de um núcleo central e de um sistema periférico⁽¹⁰⁾.

A produção dos dados ocorreu no período de maio a agosto de 2016. Participaram do estudo 72 pessoas em situação de rua cadastradas em duas Unidades de Acolhimento Institucional situadas no município de Salvador, Bahia, Brasil. As referidas unidades foram

fundadas em 2014, integram a Rede Municipal do Sistema Único de Assistência Social, com o propósito de fornecer abrigo temporário, garantir condições de estadia, convívio e endereço de referência para pessoas com idade acima de 18 anos.

O grupo investigado foi constituído mediante os seguintes critérios: ter idade igual ou superior a 18 anos e aparentar condições de interagir com a pesquisadora. Todos os participantes responderem ao Teste de Associação Livre de Palavras, instrumento amplamente utilizada em pesquisas fundamentadas na Teoria das Representações Sociais pela possibilidade que oferece de apreender de forma espontânea as projeções mentais, conteúdos implícitos ou latentes que podem ser ocultados nos conteúdos discursivos e mais reificados⁽¹¹⁾.

O instrumento utilizado contemplou duas seções. A primeira, questões relacionadas às características sociodemográficas e de saúde. A segunda, o teste propriamente dito com o termo indutor: “cuidar da saúde é”. Foi solicitado que os participantes evocassem cinco palavras ou expressões que lhe viessem imediatamente à memória. Em seguida, elessem dentre os termos citados, aquele considerado mais importante, justificando a escolha. A aplicação foi realizada individualmente, em sala reservada, com duração média de 10 minutos.

Os dados oriundos do teste foram organizados e processados no *software Ensemble de programmes permettant l'analyse des Evocations*, versão 2004, que analisa os dados combinando a frequência de palavras evocadas com a ordem média de evocação e conformou a elaboração do quadro de quatro casas (Figura 1) e pelo *software Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires*, que culminou na construção da nuvem de palavras (Figura 2). Esse programa, permite ainda, a realização de cinco diferentes processamentos e análises estatísticas de materiais com conteúdos textuais⁽¹²⁾. A nuvem de palavras foi utilizada com o objetivo de confirmar a centralidade dos elementos que integram o provável núcleo central. As justificativas atribuídas aos termos considerados mais importantes, foram transcritas na íntegra e utilizadas para fundamentar os termos que compõem quadro de quatro casas, auxiliando na compreensão dos sentidos atribuídos aos termos evocados.

O projeto foi avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia (EEUFBA), parecer nº 1.477.800/2016. Foram respeitadas as normas e diretrizes de realização das pesquisas envolvendo seres humanos, em observância, as determinações presentes na resolução 466/12, do Conselho

Nacional de Saúde. Em sua execução, foi assegurado o sigilo, o anonimato, a privacidade, a liberdade de participar ou não da pesquisa e de retirar-se a qualquer momento.

RESULTADOS

As 72 pessoas em situação de rua investigadas eram, majoritariamente, do sexo feminino (69,9%), com idade que variava entre 21 a 64 anos, sendo predominante a faixa etária de 21 a 31 anos (47,2%). A maioria referiu ter filhos/as, estar em união estável, ser da raça/cor negra, sendo que destas (45,8%) se consideravam de cor preta e (37,5%) de cor parda. Do total, 69,4% são adeptas de uma religião, deste subtotal, (48%) referiu ser protestante. A escolaridade variou entre analfabetismo e formação superior incompleta, sendo expressivo o número de pessoas com primeiro grau incompleto (61,1%), exercem atividade remunerada na condição de trabalho informal (61,1%). O tempo de permanência na rua variou entre menos de 30 dias a 46 anos, prevalecendo o período de 01 mês a menos de 05 anos (47,2%).

Com relação aos dados sanitários, a expressa maioria (98,6%) informou acessar o serviço de saúde predominante em busca por atendimentos imediatos na rede hospitalar e em maternidades (73,3%). Do grupo investigado (55,5%) negou ser portador de comorbidades, quanto as principais demandas de saúde, (56,3%) acessam as unidades para ter noções de prevenção e orientação em saúde, (53,5%) para fazer algum tratamento médico, (39,4%) para realizar exames e (38%) adquirir medicações. A maioria, (86,1%) informaram ter feito uso de algum tipo de substância psicoativa na vida, sendo predominante o álcool (75,8%), maconha (67,7%), cigarro (56,5%), cocaína (50,0%) e crack (45,1%).

A análise do corpus revelou que em resposta ao estímulo indutor “cuidar da saúde é”, os participantes evocaram 327 palavras, destas 47 foram distintas. A frequência mínima foi 5, a média de 15 e a ordem média de evocação foi de 2,9. O cruzamento da frequência com a hierarquização das evocações propiciou a formação de um quadro de quatro casas, fornecido pelo software, o que possibilitou expressar o conteúdo e a estrutura da representação social, conforme evidenciado na figura 1.

ELEMENTOS CENTRAIS			ELEMENTOS PRIMEIRA PERIFERIA		
Frequência média: ≥ 15 / OME $< 2,9$			Frequência média: ≥ 15 / OME $\geq 2,9$		
	Freq.	Rang		Freq.	Rang
Médico	38	2,34	Se prevenir	31	2,90
Cuidar de si	31	2,51	Higiene	27	2,32
Alimentação	22	2,50	Felicidade	17	3,00
ELEMENTOS DE CONTRASTE			ELEMENTOS SEGUNDA PERIFERIA		
Frequência média: < 15 / OME $< 2,9$			Frequência média: < 15 / OME $\geq 2,9$		
	Freq.	Rang		Freq.	Rang
Bom	12	2,16	Atividade física	14	3,00
Remédios	11	2,63	Exame	12	3,25
Importante	8	2,25	Tratar	11	3,36
Vida	7	2,71	Beleza	8	3,50
Doença	6	2,33	Saudável	5	3,20
Responsabilidade	6	2,83	Corpo	5	3,60
Amor	5	2,60			

Figura 1: Quadro de Quatro Casas referente ao estímulo “cuidar da saúde é”. Salvador, Ba, Brasil, 2017 (n = 72). Fonte: Dados da pesquisa.

Dentre os termos presentes no núcleo central, o termo médico apresentou frequência mais elevada e foi o mais prontamente evocado. Esse fato coaduna com as justificativas das participantes para o referido termo: *O médico ele vai lhe olhar, lhe consultar e ver o que você está precisando* (P 11). *O médico sabe mais* (P32). *Ele vai fazer todos os exames, ver se a pressão está alta ou baixa e ver como é que está* (P 45).

Os demais termos que compõem o núcleo central, quais sejam cuidar de si e alimentação, remetem a uma dimensão funcional. As justificativas atribuídas a esses termos, quando definidos como mais importante, reiteram o fato de que o cuidado à saúde envolve o compromisso consigo mesmo, priorizando a sua saúde e alimentação, conforme a seguir: *Se a gente não cuidar do nosso corpo, quem vai cuidar? Tem que primeiro cuidar de si, ter amor a si para ter saúde* (P 22). *A gente mulher tem que se cuidar e se prevenir, sempre ir ao médico, cuidar das partes íntimas, né? Aplicar pomada vaginal, na minha primeira gravidez eu nem sabia aplicar pomada vaginal, minha sogra que me ensinou* (P 52). *Procurar ir no médico, fazer alimentação*

saudável. Sem comida, ninguém vive (P 58). Droga não é saúde, bebida não é saúde tem é que comer coisas saudáveis que dê energia ao nosso corpo (P 68).

No quadrante superior direito, ora denominado primeira periferia, estão os elementos: se prevenir, higiene e felicidade, estes elementos no processo de hierarquização dos termos, os dois primeiros aparecem 17 vezes nas justificativas dos participantes, evidenciando a importância da manutenção de cuidados higiênicos, mesmo em situação de rua, conforme as falas: *Através das mãos, dos poros, até mesmo no ônibus você pega no ferro para se segurar e passa a mão nos olhos, no pênis, no bumbum através disso transmite diversas bactérias e doença* (P 3). *Através da higiene você não contrai bactérias para não precisar passar pelo médico e nem tomar medicamento* (P 4). *Se a pessoa não se higienizar, a pessoa vai ficar vulnerável a uma doença* (P 14). Já o termo felicidade, introduz uma dimensão afetiva para o objeto investigado, cinco participantes sinalizaram e justificaram o termo felicidade como o de maior relevância, conforme segue nas falas: *Felicidade é quando o corpo está em equilíbrio, a mente está em equilíbrio e a saúde também se equilibra* (P 8). *A felicidade é o objetivo máximo da vida. Não importa as conquistas que você obtém na vida, se você não tem felicidade, não é nada* (P 9). *Quando a gente é feliz tudo fica mais fácil resolver na vida, fica mais fácil resolver as coisas. Eu acho que a felicidade vem em primeiro lugar pra tudo* (P 26).

Na segunda periferia, treze participantes hierarquizaram os termos presentes na segunda periferia. Suas falas retrataram uma visão mais ampliada do processo saúde-doença, revelando questões subjetivas de cada indivíduo no que tange a atitude de se cuidar e responsabilizar-se pela integralidade de sua saúde, conforme segue nas falas: *É importante fazer check-up para evitar doenças. O importante da vida é ter saúde, paz e liberdade* (P 17). *Quando faço atividade física, me sinto muito bem, leve e minha respiração melhora* (P 19). *Se a gente não cuidar do nosso corpo, quem vai cuidar? A gente tem que primeiro cuidar de si, ter amor a si, para ter saúde* (P 22). *Se você não se tratar da doença como é que vai ser curada?* (P 24). *Tem que se prevenir das doenças, ter mais alegrias* (P 60).

Os elementos presentes no quadrante inferior esquerdo, correspondente à zona de contraste, apesar de terem sido prontamente evocadas pelos participantes, os termos apresentaram baixa frequência. Dez dos participantes justificaram os termos como sendo mais importantes, conforme as justificativas a seguir: *Quando se tem amor próprio tem o cuidado da saúde em geral* (P 12). *Se você não se tratar você não está vivendo. Você sem saúde não vai viver por muito tempo* (P 16). *Porque o amor é o que move tudo, eu sou amor, um amor insuperável, eu creio nesse amor, incomensurável sem cobranças, na simplicidade* (P 71).

Através do método nuvem de palavras, que visa agrupar e organizar graficamente os termos em função da sua frequência, a palavra médico apresentou maior número de aparição

no corpus - (36 vezes), seguida do termo se prevenir - (31) e cuidar de si (30), bem como, os termos higiene (27) e alimentação (22), conforme disposto na figura 2.

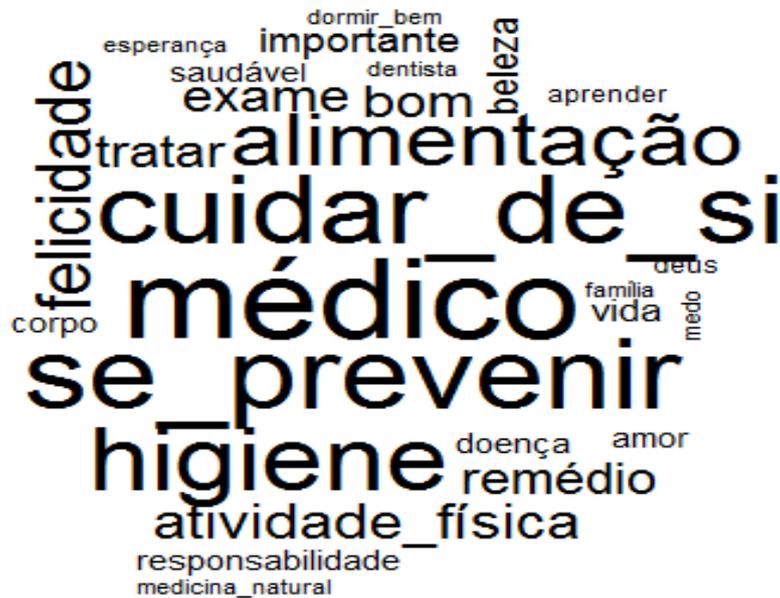


Figura 2 – Nuvem de palavras referente ao estímulo “cuidar de si é”. Fonte: Dados da pesquisa

DISCUSSÃO

As palavras evocadas para o estímulo apresentado e a representação gráfica do quadrado de quatro casas revelam que elementos das representações sociais das pessoas em situação de rua sobre suas práticas de cuidado em saúde ainda estão fortemente influenciadas pelo modelo biomédico. Esses elementos que compõem o núcleo central são assim classificados por serem os mais frequentemente evocados e mais prontamente evocados, tendo uma elevada frequência e baixa ordem de evocação se comparados com os elementos dos outros quadrantes. Caracterizam a parte mais estável e consensual da representação o que evidencia que são menos sensíveis a mudanças ou caso ocorra se processa de maneira mais lenta⁽¹³⁾.

As falas revelam que para o grupo investigado, cuidar da saúde está pautado na centralidade do profissional médico como o principal responsável em definir métodos de prevenção, diagnóstico e tratamento. O paradigma biomédico privilegia as ações fragmentadas e pautadas na doença em detrimento do cuidado ampliado em saúde, o que

necessita de (re)significação nos sentidos do processo de saúde-doença-cura ⁽¹⁴⁾. O termo médico, teve maior frequência entre os participantes e foi o mais prontamente evocado, confirma a lógica de que para que o cuidado em saúde esse profissional é essencial.

As práticas de saúde ao longo do tempo foram sendo construídas por meio de vários hábitos, orientadas por saberes cotidianos com influências institucionais e sociais. No mundo ocidental, tais práticas sofrem intervenções do modelo hegemônico tradicional, ancorados essencialmente em procedimentos técnicos, com práticas assistenciais mecanicistas e fragmentadas, que priorizam ações curativas em detrimento da singularidade e integralidade inerente à vida ⁽¹⁵⁾. Ademais transferem e reafirmam que o profissional médico detém o poder do conhecimento, para tratar, curar, prescrever exames e medicamentos e por fim ao processo de adoecimento ⁽¹⁶⁾.

Apesar disso, os termos cuidar de si e alimentação demonstram que as práticas cotidianas dessas pessoas já sofrem outras influências e são expressadas por práticas que se baseiam no conceito ampliado de saúde. Revelando a importância da manutenção de hábitos saudáveis para a promoção do cuidado em saúde. A necessidade de priorizar a alimentação e o cuidar de si, no sentido de manter-se saudável diante das intemperes do cotidiano, da dinâmica e subjetividade da própria vida parte da premissa de que o ser humano tem necessidades e que seu comportamento é modulado no sentido de satisfazê-las ⁽¹⁷⁾.

Nota-se, portanto, que a rua não é “mundo estranho”, mas compreender que viver nas ruas e cuidar da saúde estando nela, se torna um desafio cotidiano, tendo em vista, que estão imbricados neste contexto uma série de problemas de diversas ordens biológica, mental, social, culturais e contextuais. Em algumas falas, é possível identificar o componente que o gênero aparece de forma bem marcada e espontânea, no trato e preocupação que os participantes tem com a sua própria saúde, revelando, portanto, que o cuidar da saúde, encontra-se envolvida em uma perspectiva relacional entre os sujeitos e em conhecimentos que são repassados de uma geração para outra⁽²⁾.

O sistema periférico apresenta dimensões atitudinais, relacionadas a prática ou ações que permeiam o cuidar da saúde para consigo mesmo, tendo uma relação com o elemento cuidar de si localizado no primeiro quadrante. Tais atitudes expressam uma autonomia que, em contraste com a ideia trazida através dos elementos constituintes do núcleo central, não se restringe ao profissional médico, mas ampliam e demonstram a liberdade e o poder mediante o conceito de cuidado pessoal e socialmente construído.

Portanto, pode-se apreender que esse grupo adota a concepção da higiene como condição fundamental na prevenção do processo saúde doença, uma vez que, é necessário

manter-se limpo e adotar hábitos de higiene como uma forma de prevenir-se do contágio de determinadas doenças, legitimando a ideia que atribui a pessoa total responsabilidade ou a culpabiliza por sua condição de saúde, sem levar em consideração os fatores de ordem biológica, econômica, social e cultural. A presença destes termo evidenciam necessidade da higiene para prevenir os perigos do contágio de determinadas doenças como um elemento que contribui para a manutenção de uma vida saudável ancorando-se, principalmente, nas doenças veiculadas pelos ato sexual.

A princípio o termo felicidade, disposto na primeira periferia, parece contraditório diante da situação de vida dos participantes que expostos a contexto marcado por injustiças, exclusão social, vulnerabilidades sociais e desigualdades socioeconômicas. Contudo, a presença desse termo demonstra que circula a concepção de conceito ampliado de saúde como o estado de completo bem estar físico, mental e social e não apenas ausência de doenças ou enfermidades⁽¹⁸⁾. O termo cuidar de si presente no primeiro quadrante apresenta núcleo do sentido que se relaciona com essa evocação, revelando que cuidar da saúde é também estar e ser feliz.

A felicidade se torna muitas vezes um fator atenuador diante das intemperes e contradições da vida, sendo necessária para manutenção da saúde, principalmente, relacionada a saúde mental, o grupo investigado a define como algo efêmero e ao mesmo tempo a colocam como o maior objetivo da vida. É possível ter uma vida que não se pauta na felicidade prescritivas, ou seja, cujo objetos de desejo fogem aos critérios estabelecidos histórica e socialmente, por exemplo: formatura, sucesso no trabalho, casamento, família ⁽¹⁸⁻¹⁹⁾. Como é o caso dos andarilhos, migrantes, das pessoas em situação de rua e sujeitos que vivem em contextos culturais diversos e, ainda assim, não se reconhecem inferiorizados pelos discursos mais amplos de felicidade⁽¹⁹⁾.

Portanto, a saúde nesse contexto, não pode ser definida como um fenômeno abstrato e nem como algo concreto ou atingível, pois envolve diversos modos de ser, produzir e de recriar a vida em sua singularidade e multidimensionalidade⁽²⁰⁾. Para essas pessoas, estar nas ruas pressupõe o máximo de saúde que elas conseguiram atingir, e que viver dentro de um contexto formatado socialmente não, porque muitas vezes ele é o desencadeador/gerador do ciclo do adoecimento. Muitas vezes, a rua, torna-se um local de refúgio, de libertação e estabelecimento de novas relações.

A segunda periferia apresentam características de conotação positiva numa dimensão atitudinal, complementam-se e apontam que o cuidar da saúde contribui para manter uma melhor qualidade de vida, sendo que esse cuidado também perpassa por questões norteadas

pelo modelo biomédico, revelados nos termos tratar e exames. Para o grupo, a prática de atividades físicas, contribuí para manutenção de uma vida saudável revelando uma associação com a palavra se prevenir, indicando qualidades indispensáveis para a manutenção da saúde. Os termos tratar e exames se associam fortemente a palavra médico, presente no núcleo central, revelando uma necessidade mais pragmática e procedimental deste cuidado⁽²¹⁾. Os termos beleza e corpo tem importante relação com cuidar-se, alimentação e higiene, dispostos na primeira periferia. Nesse contexto, ainda que as pessoas estejam vivendo na rua, o preocupar-se com a beleza e com o corpo integram as ações voltadas ao complexo processo de cuidado da saúde⁽¹⁰⁾.

Na zona de contraste, as palavras remédios e doença apontam para uma dimensão imagética da representação, indicando a questão da saúde como ausência de doença e pautada, sobretudo, no modelo biomédico ⁽²¹⁾. Os termos bom, importante, vida e responsabilidade apresentam uma dimensão atitudinal positiva da representação e remete à responsabilidade e o empoderamento que cada um deve ter sobre a sua própria saúde. A evocação amor tem uma dimensão afetiva e se associa ao termo felicidade disposto na segunda periferia, reforçando o conceito ampliado de saúde. Esse termo denota que o cuidado perpassa pela necessidade que os participantes têm de se amar para que possam melhor cuidar de si.

No que concerne a nuvem de palavras, os termos expressos de maneira mais enfática, são representadas pelas expressões médico, se prevenir, cuidar de si, higiene e alimentação, sendo que dois termos pertencem a primeira periferia do quadro de quatro casas. Revelando, portanto, a centralidade dos termos no núcleo central e reforça o quão importante é para o grupo em estudo a normatividade que o saber médico estabelece através dos exames e tratamentos centradas em função de um diagnóstico prévio e que tem por função circunscrever uma doença, atenuar os efeitos e limitar os prejuízos⁽¹⁾, mas em contrapartida se apropria do saber alicerçado pelo cuidado ampliado em saúde, se valendo das noções de prevenção e promoção de agravos, bem como, das práticas individuais para cuidar da saúde⁽²²⁾.

O sistema periférico se vincula a realidade cotidiana, abarca os elementos de transição e é responsável pela atualização do núcleo central⁽⁸⁾. Devido à dinamicidade das representações, elementos do sistema periférico podem tornar-se núcleo central o que promove a transformação da realidade social, além de contribuir na modificação de comportamentos, condutas e ações frente a sua saúde na condição de pessoas em situação de rua ⁽⁸⁻¹³⁾.

CONCLUSÃO

Através desta pesquisa foi possível identificar elementos positivos como prováveis elementos formadores do núcleo central da representação social de pessoas em situação de rua acerca do cuidado com a saúde. Os termos evocados estão ancorados em hábitos estabelecidos com base em uma saúde higienista, centrado na figura do profissional médico. Mas, em contrapartida, já revelam indícios ligados a subjetividades do viver nas ruas, tendo em vista que, o conjunto de evocações já contempla uma representação baseada no conceito ampliado de saúde. A frente, da ação de cuidar da saúde, as pessoas em situação de rua, manifestam diferentes posturas e expectativas, alguns já anseiam por atitudes que não se resumem apenas aos procedimentos técnicos e médicos, muitos já anseiam e praticam um cuidado mais holístico, certamente a diversidade e a vivência na rua encontra-se marcada por especificidades que merecem ser desveladas e valorizadas.

REFERÊNCIAS

1. Collière MF. Promover a vida: da prática das mulheres de virtudes aos cuidados de enfermagem. Lisboa: Lidel; 1999.
2. Silva CC, Cruz MM, Vargas EP. Práticas de cuidado e população em situação de rua: o caso do Consultório na Rua. *Saúde Debate*. 2015; 39(n. esp): 246-56.
3. Anéas TV, Ayres JRJM. Significados e sentidos das práticas de saúde: a ontologia fundamental e a reconstrução do cuidado em saúde. *Interface*. 2011; 15(38): 651-62.
4. Macerata I, Soares JGN, Ramos JFC. Apoio como cuidado de territórios existenciais: Atenção Básica e a rua. *Interface*. 2014; 18(supl 1): 919-30.
5. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Gestão Participativa. *Saúde da População em Situação de Rua: um direito humano*. Brasília: Ministério da Saúde; 2015.
6. Moscovici, S. *A psicanálise, sua imagem e seu público*. Petrópolis: Vozes; 2012.
7. Abric JC. *A abordagem estrutural das representações sociais*. Goiânia: AB Editora; 2000.
8. Sá CP. *Teoria e pesquisa do núcleo central*. Rio de Janeiro: Eduerj; 2015.
9. Bordignon JS, Silveira CCS, Delvivo EM, Araújo CP, Lasta LD, Weiller TH. Adultos em situação de rua: Acesso aos Serviços de Saúde e Constante Busca Pela Ressocialização. *Revista Contexto & Saúde*. 2011; 10(20): 629-34

10. Nogueira VPF, Gomes AMT, Machado YY, Oliveira DC. Cuidado em saúde à pessoa vivendo com HIV/AIDS: representações sociais de enfermeiros e médicos. *Rev enferm UERJ*. 2015; 23(3):331-7.
11. Coutinho MPL, Saraiva ERA. *Métodos de Pesquisa em Psicologia Social: perspectiva qualitativa e quantitativa*. João Pessoa: Universitária, 2011.
12. Kami MTM, Larocca LM, Chaves MMN, Lowen IMV, Souza VMP. Trabalho no consultório na rua: uso do *software* IRAMUTEQ no apoio à pesquisa qualitativa. *Esc Anna Nery*. 2016; 20(3): 1-5.
13. Machado LB, ANICETO RA. Núcleo central e periferia das representações sociais de ciclos de aprendizagem entre professores. *Ensaio: aval. pol. públ. Educ.* 2010; 18(67): 345-64.
14. Pereira TTSO, Barros MNS, Augusto MCNA. O Cuidado em Saúde: o Paradigma Biopsicossocial e a Subjetividade em Foco. *Mental*. 2011; 9(17): 523- 36.
15. Aciolii S, Kebian LVA, Faria MGA, Ferraccioli P, Correa VAF. Práticas de cuidado: o papel do enfermeiro na atenção básica. *Rev enferm UERJ*. 2014; 22(5): 637-42.
16. Mercer V, Wanderbroocke AC. *Hospital, saúde e subjetividade*. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2011.
17. Regis LFLV, Porto IS. Necessidades humanas básicas dos profissionais de enfermagem: situações de (in)satisfação no trabalho. *Rev Esc Enferm USP*. 2011; 45(2):334-41.
18. Ciello FJ. Feminist killjoys e reflexões (in)felizes sobre obstinação e felicidade. *Rev. Estud. Fem.* 2016; 24(3): 1019-22.
19. Pinilla RL, Amparo JI. El bienestar subjetivo en colectivos vulnerables: El caso de los refugiados en España. *Revista de Investigación en Psicología Social*. 2013; 1(1); 67-84.
20. Dalmolin BB, Backes DS, Zamberlan C, Schaurich D, Colomé JS, Gehlen MH. Significados do conceito de saúde na perspectiva de docentes da área da saúde. *Esc. Anna Nery*. 2011; 15(2): 389-94.
21. Pereira TTSO, Barros MNS, Augusto MCNA. O Cuidado em Saúde: o Paradigma Biopsicossocial e a Subjetividade em Foco. *Mental*. 2011; 9(17): 523- 36.
22. CECÍLIO LC, Carapinheiro G, Andreazza R. *Os mapas do cuidado: o agir leigo na saúde*. São Paulo: Hucitec; 2014.

4.2 VIVER NAS RUAS E O CUIDAR DA SAÚDE: UMA CONSTRUÇÃO COTIDIANA

O segundo manuscrito, intitulado: “*Cuidados em saúde de pessoas em situação de rua: uma construção cotidiana*” foi elaborado seguindo as normas de instruções aos/as autores/as e será submetido a Revista Cubana de Enfermería, vinculada a Universidade Virtual em Saúde de Cuba, site: <http://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf>

“Viver nas ruas e o cuidar da saúde: uma construção cotidiana”

Itana Carvalho Nunes Silva¹

Maria Júlia Uchôa Reale²

Andreia Silva Rodrigues³

Dejeane de Oliveira Silva¹

Jeane Freitas de Oliveira¹

Autora correspondente:

Itana Carvalho Nunes Silva

Av. Dr. Augusto Viana, S/N, Canela - CEP 40110-060. Salvador, Bahia, Brasil.

E-mail: itana.c.nunes@gmail.com

VIVER NAS RUAS E O CUIDAR DA SAÚDE: UMA CONSTRUÇÃO COTIDIANA

Resumo

Introdução: O cuidado é uma ação inerente ao ser humano e envolve aspectos individuais, sociais e culturais que se estabelecem em contextos distintos. Cuidar da saúde e viver nas ruas constitui-se um desafio cotidiano, marcado por situações adversas. **Objetivo:** conhecer práticas de cuidado em saúde de pessoas em situação de rua. **Métodos:** pesquisa qualitativa, desenvolvida com 21 pessoas em situação de rua vinculadas a duas unidades de acolhimento institucional de Salvador-Bahia. Os dados foram produzidos por meio de entrevista semiestruturada e analisados à luz da análise de conteúdo temática. **Resultados:** emergiram duas categorias, a saber: estratégias de sobrevivência nas ruas e cuidados de saúde em situação de rua. **Conclusões:** As pessoas em situação de rua adotam cuidados de saúde relacionadas ao contexto que emergem da rua.

Palavras-chave: Cuidados de Saúde; Práticas de Cuidado em Saúde. Pessoas em Situação de Rua; Saúde Pública;

INTRODUÇÃO

O cuidado é uma ação inerente ao ser humano e envolve aspectos individuais, sociais e culturais que se estabelecem em contextos distintos. Encontra-se pautado em cenários singulares, na construção social cotidiana e nas relações de poder que vai muito além do horizonte prescritivo e normativo que orienta as práticas de cuidado em saúde¹. É necessário, portanto, compreender o cuidado em seu sentido amplo e ontológico, visto que o mesmo tem um lugar ímpar na existência humana².

Para Ayres³, o cuidado emerge do diálogo entre o saber técnico e os conhecimentos acumulados pelas pessoas cuidadas sobre si próprias e seus projetos de felicidade (sabedoria prática), possibilitando boas escolhas sobre as práticas de cuidado nas diversas situações. Esta visão considera o encontro entre o cuidador e a pessoa cuidada como fundamental para o cuidado em saúde. Abarca a totalidade da rede conjuntural que o circunda, baseando-se na

experiência singular dos envolvidos nesse encontro². Sendo assim, direciona as escolhas nas práticas de saúde a partir de um valor moral e ético.

Fica evidente que a perspectiva apresentada por Ayres³ extrapola as práticas direcionadas pelos recursos tecnológicos. Entretanto, ainda está ancorada em um discurso normativo ao considerar o cuidado dentro de uma lógica de saúde-doença e na existência de uma diferença de valor entre a pessoa que cuida e a pessoa que é cuidada, esta última fragilizada pelo seu padecimento². Nessa lógica, a compreensão das práticas que acontecem fora do horizonte normativo fica limitada, visto que a compreensão do cuidado está pautada na relação entre pessoas, sem considerar a relação com as tecnologias.

Por outro lado, o conceito de cuidado¹ como construção de projetos de pessoa dá conta de práticas de cuidado construídas nos mais diversos contextos ao se aproximar do cotidiano. O foco do cuidado é a pessoa que está em permanente construção a partir da relação com o outro, em processos de individuação e interdependência¹.

O cuidado está ancorado no aspecto relacional e na sua multiplicidade, tornando-se fluido e circunstancial, dependendo de contextos históricos e culturais diversos⁴. Tem sua ação direcionada a sujeitos plurais em ato, em diálogo, em contexto, em relação, permeado pela presença simultânea de discursos construídos social e historicamente e interiorizados ao longo da vida⁵. Assim, ao atrelar o cuidado a uma construção social de pessoas em relação, não é possível falar em uma forma única de cuidado, padronizada e rígida.

A multiplicidade do cuidado se traduz na diversidade de contextos, personagens, funções, acesso à serviços, tecnologias e estruturas⁵. No contexto da rua, existe o desafio de produzir um cuidado capaz de lidar com o não-programado em termos de atenção, desenhado a partir de ações construídas conforme as peculiaridades e necessidades das PSR⁶. Cuidar da saúde e viver nas ruas são constructos cotidianos, marcados por sequências de desvantagens que se traduzem em maior discriminação social, ausência e/ou fragilidade de vínculos familiares, sentimento de insegurança nas pessoas e nas instituições e exposição a inúmeras situações de risco para a saúde⁷⁻⁸. Entendendo que o contexto de rua, somado às perdas pessoais, repercute na saúde física e mental pergunta-se: Como se dá o cuidado em saúde para pessoas em situação de rua? Para responder ao questionamento estabeleceu-se como objetivo: conhecer as práticas de cuidado em saúde de pessoas em situação de rua.

METODOLOGIA

Pesquisa descritiva, com abordagem qualitativa. Desenvolvida com 21 pessoas em situação de rua (PSR), assistidas em duas Unidades de Acolhimento Institucional localizadas em Salvador-Bahia. As referidas unidades, compõem a Rede Municipal de Assistência Social, que tem por objetivo fornecer abrigo temporário, condições de estadia, convívio e endereço de referência para PSR com idade acima de 18 anos.

Os/as participantes foram selecionados a partir dos critérios de inclusão: idade igual ou superior a 18 anos e possuir condições de interagir sobre o tema proposto. Os critérios de exclusão utilizados: pessoas que no momento da coleta de dados cursassem com alteração do nível de orientação em tempo e espaço.

A produção dos dados ocorreu de maio a agosto de 2016. Foi utilizada a técnica de entrevista semiestruturada, uma vez que, proporciona a captação de ideias e opiniões de maneira profunda, favorecendo o conhecimento de significados e símbolos que os participantes trazem consigo⁹. O roteiro para entrevista semiestruturada, foi composto por duas seções. A primeira, continha questões relacionado aos dados sociodemográficos. E a segunda, as questões norteadoras que versavam sobre as vivências e as práticas de cuidado em saúde na rua. O número de entrevistas foi estabelecido a partir da repetição de ideias coletadas, atendendo, portanto, ao critério de saturação teórica¹⁰.

As entrevistas foram realizadas em local reservado, em horário previamente estabelecido, registradas em gravador de voz. Cada entrevista teve duração média de 45 minutos. O conteúdo foi transcrito na íntegra, o *corpus* foi submetido às etapas da técnica de análise de conteúdo temática a partir das seguintes etapas: 1) etapas organizacionais; 2) análise do *corpus* e 3) tratamento dos resultados e interpretações/inferências¹¹. Essa técnica se propõe a apreender o significado e o conteúdo latente através dos discursos manifestados, utilizando procedimentos de descrição do conteúdo das mensagens¹¹. Posteriormente, foi possível identificar os núcleos de sentido e mensurar as frequências simples, organizando-os em classe temática, categorias, subcategorias.

A pesquisa respeitou a legislação vigente, submetida e aprovada pelo Comitê de Ética da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, mediante parecer nº 1.477.800/2016. O sigilo e anonimato dos/as participantes foram garantidos pelo uso da letra P que representa participante, seguida do número de ordem da sua ocorrência, sexo, idade e tempo de vida na rua.

RESULTADOS

A maioria da população estudada foi composta por mulheres (16), prevalecendo faixa etária de 21 a 30 anos (10), em união estável (14), raça/cor negra (17), adeptas do protestantismo (17), nível fundamental incompleto (8), desempenha trabalhos informais (12). A renda mensal variou de 30,00 a 100,00 reais, recebem auxílio do governo brasileiro (8). O tempo de permanência na rua variou entre 30 dias a 28 anos, prevalecendo o período com menos de 10 anos (17), destes (10) pessoas vivem nas ruas a menos de dois meses, demonstrado que tal fenômeno é atual e está em progressão.

A análise acerca do cuidado em saúde de PSR foram formadas por 332 núcleos de sentido que compuseram a classe temática, *Enfrentando o cotidiano das ruas*, distribuídas em 2 categorias e em 5 subcategorias, conforme ilustrado no quadro 1, abaixo.

Quadro 1 – O cuidado em saúde de pessoas em situação de rua. Salvador, Ba, 2017.

Classe Temática	Categorias	Subcategorias
Enfrentando o cotidiano das ruas (332)	Estratégias de sobrevivência no contexto de rua (179)	Atendendo as necessidades diárias (90)
		Protegendo-se das adversidades (89)
	Cuidados de saúde em situação de rua (153)	A saúde do outro na rua (44)
		Cuidando de mim e a busca pela rede de saúde (77)
		Cuidado popular (32)

Fonte: Dados da pesquisa

Estratégias de sobrevivência no contexto de rua

De modo geral, o conteúdo das falas dos/as participantes nesta categoria demonstram que o cuidado em saúde baseia-se em suprir as demandas relacionadas ao contexto imediato, revelando os percursos de vida marcados por situações de discriminação, violência, preconceito que emergem deste cenário e que irão requer estratégias diferenciadas do cuidado de si.

A subcategoria, *Atendendo as necessidades diárias*, correspondeu a (90) núcleos de sentido. As ideias encontram-se ancoradas nas necessidades diárias na tentativa de garantir a sobrevivência da pessoa no contexto de rua, conforme retratado nos trechos a seguir:

“Eu cheguei a ficar na rodoviária três dias pedindo para comer, às vezes, ganhava uma marmita e não comia, dava a minha mulher porque ela amamenta dois filhos” (P 17, homem, 25 anos, vive nas ruas há 01 mês).

“Eu quando estou na rua durante a noite, não tinha quem fazia eu dormi, eu trocava a noite pelo dia. Dormia durante o dia e só acordava de noite, pra fazer meus corre(trabalhar)” (P 08, mulher, 27 anos, vive nas ruas há 5 anos).

“Eu ficava em um lugar que tinha bica, próximo a dique, ou se não, pedia um balde de água a alguém e tomava banho, não tem grilo” (P 15, mulher, 30 anos, vive nas ruas há 9 anos).

Eu sempre procurava o que fazer, eu ia pra praia ficava lá alugando cadeira, ficava pedindo dinheiro, procurava sempre uma coisa pra ter dinheiro (P 05, mulher, 28 anos, vive nas ruas há 1 ano e 06 meses).

Na subcategoria, intitulada *Protegendo-se das adversidades*, composta por (89) unidades de sentido, são discorridos temas emblemáticos sobre o modo de viver nas ruas e o cotidiano desses personagens atrelado a convivência com preconceitos, violências, adversidades climáticas. Neste cenário são também tecidas as relações sociais baseadas na desconfiança e na sensação de insegurança e medo, conforme disposto nas falas abaixo:

Sofrimento porque quem vive na rua, não vive, vegeta. Passa frio, fome, muita guerração, tem que ter sangue no olho e se apegar a Deus. Na rua nós não pode confiar em ninguém, nós não tem amigo (P 08, mulher, 27 anos, vive nas ruas há 5 anos).

É muito difícil, o pessoal passa, humilha, tem gente que cospe. Quem vive na rua não é valorizado, todo mundo tem medo, muita gente que passa por perto pensa que vai ser roubado, olha pra pessoa com cara de nojo (P 09, mulher, 28 anos, vive nas ruas há 01 ano e 4 meses).

Acordei, o cara me mexendo, botando a mão dentro do meu short, ai puxei o facão debaixo do papelão, ele viu e saiu correndo. Não era de rua, estava vestido como pessoa normal. Situação de tristeza, ainda mais quando é mulher. Eles pensam, ser mulher, mais frágil e eles tentam fazer a força (P 10, mulher, 28 anos, vive nas ruas há 14 anos).

Cuidados de saúde em situação de rua

Fica evidente nesta categoria que as PSR estão vulneráveis ao adoecimento em decorrência das precárias condições de vida e dificuldades para acessar a rede de saúde.

Embora, a representação de si acerca do objeto, encontra-se baseada em cuidados normativos e em conhecimentos repassados ao longo das gerações e pelo convívio social, ocorrendo, principalmente com o uso de práticas populares de saúde

A subcategoria, *A saúde do outro na rua*, correspondeu a (44) do universo de núcleos de sentido. Encontra-se pautada na ideia de que a pessoa que está na rua não se cuida, faz uso problemático de substâncias psicoativas (SPAs) e a perdem a da responsabilidade e autoestima sobre a própria vida, conforme segue nas falas:

As pessoas que vivem na rua na minha mente não cuidam da saúde, eles se vê ali no meio da rua e acha que a única opção é usar droga e beber (P 05, mulher, 28 anos, vive nas ruas há 08 meses).

Eu acho que nem cuida, porque o que eu já vi, muitas não usam camisinha, se troca por uma droga, por uma pedra de crack e pelos dez reais, cinco reais (P 13, mulher, 37 anos, vive nas ruas há 26 anos).

Não cuidam da saúde e alimenta o desejo só do corpo. Bebe muito, fuma muito, porque cada um dentro de si tem suas próprias dores, mágoas e amarguras (P 21, mulher, 59 anos, vive nas ruas há 01 ano e meio).

A subcategoria *Cuidando de mim e a busca pela rede de saúde*, correspondeu a (77) dos recortes analisados e revela ações de cuidado em saúde inseridas na lógica normativa, baseado no fazer médico, no uso de medicações, na realização de exames e na valorização da doença. Entretanto, apresenta um conceito ampliado de saúde ao abordar ações de prevenção e promoção. Além de retratar as dificuldades diárias enfrentadas pelas PSR no que diz respeito ao acesso ao SUS, aos preconceitos institucionais e ao acolhimento ausente/fragilizado. Exemplificada a seguir:

Eu corro atrás do médico, pra poder me tratar. Porque se eu deixasse avançar a doença [IST], eu ia me prejudicar depois ... Ia me tratar, tomar medicamento, fazer exame (P 16, mulher, 25 anos, vive nas ruas há 30 dias).

Fazer acompanhamento médico é o princípio básico. (P 19, homem, 27 anos, vive nas ruas há 1 ano).

Mantenho a higiene pessoal, cuido da minha aparência, procuro não usar as drogas que são mais prejudiciais à saúde, me afastei do cigarro (P 19, homem, 27 anos, vive nas ruas há 04 meses)

Comer bem, cuido da saúde, verifico a minha pressão, vejo e faço exame, escovo meus dentes, tomo meu banho. E cada dia a gente tem que se cuidar mais. Cuidar

da saúde não é só do corpo, a gente também tem que cuidar dentro da gente! (P 20, mulher, 40 anos, vive nas ruas há 04 anos).

As pessoas que estão na rua não cuidam da saúde da forma tradicional que é ir a um médico, que é tomar remédio. Eu mesmo, muitas vezes quero me consultar e por não ter o comprovante de residência, por não ter a ficha que a agente comunitária do bairro tem que fazer sou barrado. Então, se eu estou em situação de rua, eu não faço parte daquela sociedade, se eu não faço parte, eu não tenho o direito de usar a máquina pública ou pelo menos é isso que acontece na prática (P 11, homem, 28 anos, vive nas ruas há 01 ano).

É muito difícil conseguir um atendimento. Você fica tipo sendo empurrado de um posto pra o outro, porque você não tem endereço. Eu acho que falta acolhimento do setor da saúde pra esse tipo de pessoa, sabe? (P 12, mulher, 40 anos, vive nas ruas há 01 ano).

A subcategoria *Cuidado Popular*, correspondeu a (32) unidades de sentido, as quais expressam o uso de práticas populares no cuidado em saúde, baseando-se em conhecimentos socialmente compartilhados por familiares e/ou adquiridos no contexto da rua. Trechos das entrevistas a seguir revelam esses aspectos:

Banho de mar é bom. De vez em quando eu tomo, porque tira o peso das coisas negativas (P 13, mulher, 37 anos, vive nas ruas há 26 anos).

Se eu ficar duas semanas sem usar a droga, me dá dor de dente, me dá dor na barriga, me dá febre, a senhora acredita? Ai eu fui e dei um pau mesmo, fui usar a droga, ai passou tudo. Olha praí que onda? (P 8, mulher, 28 anos, vive nas ruas há 4 anos).

O meu filho só vivia cansando. Eu fiz todos os tipos de remédio e nada resolvia, sabe o que foi que melhorou o cansaço dele? O melaço da semente da maconha. Eu só vivia com meu filho nos médico. Pega a semente, machuca ela, junto com açúcar, porque ela tem uma massa dentro, ai bota cravo, canela e bota no fogo até ela virar aquele melaço, até um mel, igual a um xarope, eu só dava pela manhã cedo, logo quando ele acordava (P 13, mulher, 37 anos, vive nas ruas há 26 anos).

Quando eu sinto uma dorzinha, tomo um chá. Meus meninos, quando sente dor, eu faço chá e dou a eles (P 16, mulher, 25 anos, vive nas ruas há 1 mês).

O espiritual é tratado com rezas, com cantos, com orações, com oferendas. Já o físico é tratado com chás, com beberragens, com banhos, com garrafadas que metade do remédio é a cachaça, bota doze ervas e deixa lá e pronto, aquilo lá vai servir e curar (P 11, homem, 28 anos, vive nas ruas há 1 ano).

DISCUSSÃO

O cuidado em saúde é um tema complexo, relevante para formação e atuação de profissionais de saúde. Tem caráter universal e multidimensional, embora peculiar e singular em cada cultura, em cada sociedade e em um dado contexto social-cultural-demográfico¹². Porém, no sistema formal de saúde, de modo geral, os cuidados são guiados por uma prática normativa fundamentada em conhecimentos técnicos científicos que prioriza a doença em detrimento da pessoa, embora as ações estejam fundamentadas nos princípios da integralidade e humanização.

Na ótica do cuidado como uma construção cotidiana¹, é necessário entender a noção de pessoa que está em jogo. Esta noção exige olhares ampliados para compreender a “polissemia de repertórios que circulam nos espaços que habitamos cotidianamente e com a fluidez dos jogos de posicionamento: reconhecer a partir de que posições nossos interlocutores falam e em que posições somos colocados”⁴. Ter a pessoa como foco do cuidado e reconhecer o jogo de posicionamento nas relações de quem cuida e de quem é cuidado constituir um desafio, sobretudo quando se trata do cuidado para pessoas em situação de rua.

O ciclo saúde-doença e as demandas de pessoas em situação de rua estão vinculadas a vulnerabilidades sociais, modo de vida variados diferenciando-se dos padrões, assim como o contexto e histórias de vida, os laços afetivos e a sua relação com o tempo e o trabalho¹⁴ que necessitam ser consideradas nas ações de cuidados.

Para o grupo investigado o cuidado de saúde está objetivado em estratégias diárias visando atender necessidades imediatas (alimentação, higiene, sono, segurança) e proteger-se de adversidades num contexto permeado por discriminação e exclusão social. Assim, é atribuído ao cuidado valor, sentido, responsabilidade e singularidade, revelando a perspectiva relacional entre os sujeitos e o sentimento de solidariedade social¹⁶.

Ao contrário do que está posto no senso comum, o banho, como uma ação de higiene pessoal, foi ressaltada pelo grupo investigado. A diversidade de estratégias para manter os hábitos de higiene e atender as necessidades diárias revela a influência da cultura nos cuidados de saúde. Já os cuidados em saúde da mulher em situação de rua requer especificidades relacionadas as construções de gênero no que concerne aos aspectos voltados ao corpo feminino¹⁷. No universo da rua, a visibilidade do corpo deixam as mulheres expostas a mais problemas, pois encontrar um local seguro para dormir ou um local reservado para a higiene pessoal são ações permeadas por dificuldades de ordem prática¹⁸. Portanto, o sono e repouso na rua é difícil devido as situações de violência que permeia o contexto de vida daqueles que se apropriam da rua como local de morada.

Nos dados apresentados fica notória que o grupo investigado compartilha preconceitos acerca da pessoa de rua, sobretudo no que diz respeito ao não cuidados de saúde e ao envolvimento com drogas. Contudo, como pessoas em situação de rua, afirmam que adotam medidas de cuidados de saúde, sobretudo aquelas relacionadas à concepção higienista. A ideia do grupo investigado sobre a PSR reverbera construções elaboradas socialmente e mantém discriminação e exclusão social desse grupo populacional.

O consumo de drogas é considerado um tema recorrente e cultural nas ruas, apresentando-se como um fator de aceitação no grupo, sociabilização, tanto quanto de conflitos, rivalidades e mostra-se como objeto de solidariedade²⁰. E torna-se uma estratégia de enfrentamento das adversidades experimentadas no contexto de rua. Seu uso tem o objetivo de auxiliar no enfrentamento da realidade nas ruas relacionadas ao repouso, alimentação, o cotidiano, a falta de dinheiro e a solidão¹⁷⁻²⁰. Nessa perspectiva, o álcool passa a ser utilizado a fim de conciliar o sono com facilidade, aquecer em noites frias, a maconha é utilizada como relaxante e proporciona estado de bem estar e o crack provoca euforia, deixando a pessoa alerta, cessa a fome, retira o sono, acelera o pensamento e prepara para a ação¹⁷.

Desse modo, pode-se afirmar que no contexto de rua as drogas são revestidas de múltiplos sentidos. A autonomia destes sujeitos é intermediada pela vulnerabilidade social em que estão envolvidas, interferindo nas suas possibilidades de escolha, gerando prejuízo à promoção de saúde. É necessário melhorar as condições coletivas de vida ao invés de esperar que os sujeitos exercitem suas forças de vontade⁴.

Na perspectiva do cuidado como uma construção cotidiana, os dados desta pesquisa sinalizam que as PSR cuidam de si de maneira diversa, pautando as práticas de cuidar em saúde nas recomendações profissionais, advindas do acúmulo de conhecimentos técnico-científicos e de maneira concomitante baseado no cuidado popular, proveniente do povo, e transmitido através das gerações.

A representação do cuidar de si, estando em situação de rua destacaram-se os aspectos voltados para o arcabouço normativo e prescritivo das práticas de cuidado em saúde. O que demonstra o quanto as experiências e a vivência do grupo estudado coaduna com o senso comum, considerando o cuidado em saúde: “Como um conjunto de procedimentos tecnicamente orientados para o bom êxito de um certo tratamento”². Embora, a pesquisa tenha apontado que são comuns os relatos de não acolhimento e/ou impedimentos para acessar as unidades de saúde pelo fato de não portar documentos de identificação ou comprovantes de endereço.

Os achados da pesquisa questionam o funcionamento do SUS, ao trazer à tona impressões acerca de saúde e doença, para uma população estigmatizada e excluída socialmente, “que problematiza os modos estruturados de produzir saúde e as caracterizações de rede utilizadas na organização dos serviços e suas prioridades”⁶. As necessidades de segurança, documentação e trabalho aparecem mescladas com as necessidades diárias do ser humano, sendo que estas demandas também precisam ser atendidas no processo de cuidado.

Os participantes apresentam novos usos aos recursos que têm acesso com o intuito de promover saúde independente dos serviços de saúde, transgredindo a lógica normativa de cuidado. Torna-se imperioso considerar a polissemia de repertórios existentes visando o bom cuidado⁴. Nas falas estão presentes o uso de práticas populares no cuidado em saúde, baseando-se no uso da fitoterapia, banhos específicos, crença religiosa, bem como a utilização da *cannabis* com efeito medicamentoso/terapêutico. O uso de plantas medicinais é uma prática milenar que advém de conhecimentos empíricos, tem sido uma das estratégias mais utilizadas pela população em geral, por ser de fácil acesso, de baixo custo, utilizada tanto para a prevenção quanto para a cura e o alívio das enfermidades²¹.

Percebe-se com os relatos que há esperanças em torno do uso das práticas populares em saúde e as PSR desvelaram como preparam as plantas medicinais para serem utilizadas, uma vez que o princípio ativo precisa ser extraído para se obter suas propriedades terapêuticas, geralmente, utilizam o processo de maceração/trituração, obtendo, assim, o pó, submetendo-o ao calor e mediante infusão da planta em água para a realização de chás ou em cachaças para a produção de beberagens. Sendo valorizada também o uso de drogas ilícitas como atenuador de sintomas, depreendendo-se que as PSR tem formas particulares de enfrentar determinadas situações, que, por vezes, tem uma ligação direta com o contexto social imediato e cultural ao qual estar imersa.

CONCLUSÕES

A presente pesquisa revelou que as pessoas em situação de rua adotam cuidados de saúde relacionadas ao contexto que emergem da rua. O cuidar de si estando nas ruas está atrelado a suprir as necessidades diárias, encontrar estratégias diferenciadas para preservar-se de situações relacionadas a discriminação, violência e ao preconceito, pauta-se em ações do cuidado normativo e da medicina higienista, associado com conhecimentos populares sobre a saúde e o cuidado de si. Para tanto, considera-se como limitação desta pesquisa o

número de participantes e o fato de ter sido realizada com mulheres e homens em situação de rua que pernoitam em UAI o que remete a um grupo que conta com este equipamento de apoio social que pode ter interferido na experiência de cuidar da saúde.

REFERÊNCIAS

01. Bustamante V, McCallum C. Cuidado e construção social da pessoa: contribuições para uma teoria geral. *Physis*. 2014; 24(3):673-92.
02. Anés TV, Ayres, JRCM. Significados e sentidos das práticas de saúde: a ontologia fundamental e a reconstrução do cuidado em saúde. *Interface*. 2011; 15(38): 651-62.
03. Ayres, JRCM. Organização das ações de atenção à saúde: modelos e práticas. *Saúde Soc*. 2009; 18(supl.2):11-23.
04. Spink MJ. Clientes, cidadãos, pacientes: reflexões sobre as múltiplas lógicas de cuidado na atenção à saúde. *Saúde Soc*. 2015; 24 (supl.1): 115-23
05. Santos MA, Nemes MIB, Nasser ACA, Basso CR, Paiva VSF. Intervenção em adesão baseada na abordagem construcionista do cuidado: perspectiva dos profissionais de saúde. *Temas psicol*. 2013; 21(3): 651-73.
06. Londero MFP, Ceccim RB, Bilibio LFS. Consultório de/na rua: desafio para um cuidado em verso na saúde. *Interface*. 2014; 18(49):1-10.
07. Barata RB, Júnior NC; Ribeiro MCSA. Desigualdade social em saúde na população em situação de rua na cidade de São Paulo. *Saúde Soc*. 2015; 24(supl.1): 219-32.
08. Rosa AS, Brêtas ACP. A violência na vida de mulheres em situação de rua na cidade de São Paulo, Brasil. *Interface*. 2015; 19(53): 275-85.
09. Silva SED, Camargo BV, Padilha MI. A Teoria das Representações Sociais nas pesquisas da Enfermagem brasileira. *Rev. Bras. Enferm*. 2011;64(5):947-51.
10. Fontanella BJB, Júnior RM. Saturação teórica em pesquisas qualitativas: contribuições psicanalíticas. *Psicol. estud*. 2012; 1(17): 63-71.
11. Bardin L. *Análise de Conteúdo*. Tradução: Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. Lisboa: Edições 70; 2011.
12. Collière MF. *Cuidar: a primeira arte da vida*. Loures: Lusociência, 1999.
13. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. *Manual sobre o cuidado à saúde junto à população em situação de rua*. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

14. Macerata IS, Neves JG, Ramos JFC. Apoio como cuidado de territórios existenciais: Atenção Básica e a rua. *Interface*. 2015; 18(supl.1):919-30.
15. Aguiar MM, Iriart JAB. Significados e práticas de saúde e doença entre a população em situação de rua em Salvador, Bahia, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2012; 28(1): 115-24.
16. Silva, CC, Cruz MM, Vargas EP. Portes. Práticas de cuidado e população em situação de rua: o caso do Consultório na Rua. *Saúde debate*;39(n. esp): 246-56.
17. Sousa MRR, Oliveira JF, Chagas MCG, Carvalho ESS. Gênero, violência e viver na rua: vivências de mulheres que fazem uso problemático de drogas. *Rev Gaúcha Enferm*. 2016;37(3):1-9.
18. Graeff L. Corpos precários, desrespeito e autoestima: o caso de moradores de rua de Paris-Fr. *Psicologia. USP*. 2012; 23(4): 757-75.
19. Antunes CMC, Rosa AS, Brêtas ACP. Da doença estigmatizante à resignificação de viver em situação de rua. *Rev. Eletr. Enf. [Internet]*. 2016; 18: e1150.
20. Donoso MTV, Bastos MAR, Faria CRD, Costa AA. Estudo etnográfico sobre pessoas em situação de rua em um grande centro urbano. *Rev Min Enferm*. 2013; 17(4): 894-909
21. Silva RS, Matos LSL, Araújo EC, Paixão GPN, Costa LEL, Pereira A. Práticas populares em saúde: autocuidado com feridas de usuários de plantas medicinais. *Rev enferm*. 2014: 22(3); 389-95.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Findado este estudo, ao retomar seu escopo precípua, que consistiu em apreender a estrutura e o conteúdo das representações sociais de pessoas em situação de rua sobre cuidados em saúde e descreveras práticas de cuidado em saúde adotadas pelo grupo investigado foi possível concluir que o caminho percorrido conduziu até o alcance dos resultados almejados. Desvelamos as práticas de cuidado em saúde das PSR, bem como as representações sobre o cuidado em saúde para este grupo específico, sinalizando elementos da construção cotidiana do cuidado e da construção social das representações sociais acerca do objeto representado.

Como integrante de uma sociedade que compartilha (pré)conceitos acerca da PSR, buscou-se mergulhar nas UAI na tentativa de fazer uma aproximação com as PSR e, ao mesmo tempo, uma reformulação acerca deste grupo populacional. Essa aproximação permitiu obter a compreensão ótica de quem vivência a rua, como se processa as práticas de cuidado em saúde e, muitas vezes, apreender as ações e estratégias adotadas para enfrentar as adversidades da rua. Vale salientar que as unidades selecionadas estavam destinadas, primordialmente, ao grupo feminino.

Viver nas ruas desvela situações de vidas permeadas por pobreza, violências, dependência de SPAs lícitas ou ilícita e rupturas de vínculos familiares e sociais. Este pesquisa revelou que a rua tem suas regras, normas, dificuldades para o cuidado de si e de outrem e está permeada por preconceitos e violências. Tais fatores atuam de maneira a interagir de maneira conflituosa com suas histórias de vida e referências culturais, além de provocar repercussões orgânicas e psíquicas imediatas.

Os resultados possibilitaram identificar que o consumo de SPAs é uma constante no dia a dia deste grupo, e portanto, revela-se uma preocupação sanitária e desaponta como determinante de modos de vida na rua e responsável por estabelecer vínculos de reciprocidade/amizade e/ou inimizade, rivalidade entre os/as usuários/as. Expondo-os ao agravamento das insalubridades de cuidados ao corpo e saúde, das situações de violência, preconceitos e discriminação. Destaca-se que a população em destaque adere de maneira muito tímida as medidas de promoção, prevenção e tratamentos das ISTs. Quanto aos problemas de saúde, enfatizam os crônicos como HAS, DM, asma, anemias, mal epiléticos.

Os resultados que emergiram a partir do quadro de quatro casas possibilitaram afirmar que para o grupo investigado, as representações sociais do cuidado em saúde traz como um dos elementos do núcleo central a figura do médico como profissional necessário,

sobretudo, para diagnóstico e tratamento de doenças que acometam a pessoa. Em contrapartida, o conjunto de evocações revelam indícios ligados as subjetividades do viver nas ruas e contempla uma representação baseada no conceito ampliado de saúde e ações do autocuidado, como um mecanismo de emancipação que as pessoas devem ter sobre o seu corpo e a sua vida.

De modo geral, os/as participantes demonstram que o cuidado em saúde nas ruas baseiam-se em suprir as demandas relacionadas ao contexto imediato revelando os percursos de vida marcados por situações de discriminação, violência, preconceitos que irão requer estratégias diferenciadas de cuidar de si. Adotar o referencial teórico da Teoria das Representações Sociais possibilitou reflexões e ressignificação acerca do cuidado em saúde e que o mesmo pode ser entendido como um eterno constructo modulado pelo meio social. Os achados apresentam relevância ao evidenciar questões de ordem social até então pouco discutidas na literatura, sobretudo na Enfermagem. E que a sua identificação concerne formas para o enfrentamento.

A expectativa é de que os resultados aqui alcançados sirvam de diagnóstico da situação de saúde das PSR. Fragilidades e/ou insuficiências do sistema formal foram evidenciadas, denunciando a ausência de integralidade no cuidado a estas pessoas e a necessidade de ofertar respostas efetivas aos seus problemas a partir do aprimoramento de políticas públicas que garantam o acesso e cuidado integral de forma digna.

Considera-se como limitação desta pesquisa o número de participantes e o fato de ter sido realizada com mulheres e homens em situação de rua que pernoitam em uma unidade de acolhimento, o que remete a um grupo que conta com este equipamento de apoio social que pode ter interferido na experiência de cuidar da saúde. A ausência deste aporte, bem como a realização da pesquisa em outras realidades, podem trazer novas interpretações para a experiência das PSR, o que impede a generalização dos resultados.

REFERÊNCIAS

- ABRIC, Jean Claude. Abordagem Estrutural das Representações Sociais: desenvolvimentos recentes. In: CAMPOS, Pedro Humberto F.; LOUREIRO, Marcos Côrrea da S. **Representações Sociais e Práticas Educativas**. 1ª ed. Goiânia-GO: Editora UCG, 2003, p. 36-57.
- AGUIAR, Maria Magalhães; IRIART, Jorge Alberto Bernstein. Significados e práticas de saúde e doença entre a população em situação de rua em Salvador, Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 1, p.115-124, Jan, 2012. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2012000100012&script=sci_arttext >. Acesso em: 07 Out. 2015.
- ALMEIDA, Ângela Maria de Oliveira. Abordagem Societal das Representações Sociais. **Sociedade e Estado**, Brasília, v. 24, n. 3, p. 713-737, Set/Dez, 2009. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/se/v24n3/05.pdf> >. Acesso em: 22 jun. 2015.
- ALMEIDA, Ângela Maria de Oliveira; SANTOS, Maria de Fátima de Souza; TRINDADE, Zeide Araújo. **Teoria das Representações Sociais: 50 anos**. Brasília: Technopolitik, 2014.
- ALMEIDA, Luana. **Cidade Baixa abriga maior população de rua de Salvador**. *Jornal à tarde*, Salvador, 22 mar. 2013. Disponível em : < <http://atarde.uol.com.br/bahia/salvador/noticias/1505443-cidade-baixa-abriga-maior-populacao-de-rua-de-salvador> >. Acesso em: 18 out. 2015.
- 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, v. 10, n. 2, p. 43-52, Jun, 2009. Disponível em: < <http://www.uel.br/ccs/espacoparasaude/v10n2/Artigo7.pdf> >. Acesso em: 07 out. 2015.
- ARRUDA, Ângela. Teoria das Representações Sociais e Teorias de Gênero. **Cadernos de Pesquisa**, n. 117, p. 127-147, Nov, 2002.
- BARATA, Rita Barradas; JUNIOR, Nivaldo Carneiro; RIBEIRO, Manoel Carlos Sampaio de Almeida, SILVEIRA, CÁSSIO. Desigualdade social em saúde na população em situação de rua na cidade de São Paulo. **Saúde Soc.**, São Paulo, v.24, supl.1, p.219-232, 2015. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010412902015000500219&script=sci_arttext&tlng=pt >. Acesso: 08 de nov. 2015.
- BARCELLOS, Priscila Andrade de O.; JUNIOR, Severino Mendes de Azevedo; MUSIS, Carlo Ralph de; BASTOS, Heloisa Flora Brasil N. As Representações Sociais dos Professores e Alunos da Escola Municipal Karla Patrícia, Recife, Pernambuco, sobre o Manguezal. **Ciência & Educação**, v. 11, n. 2, p. 213-222, 2005. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/ciedu/v11n2/04.pdf> >. Acesso em: 19 jul. 2015.
- BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Edições 70, São Paulo, 2011.

BORDIGNON, Juliana Silveira; SILVEIRA, Cássia Cilene Saldanha da; DELVIVO, Elaine Miguel; ARAÚJO, Caroline Pacheco; LASTA, Liliane Dalla; WEILLER, Teresinha Heck. Adultos em situação de rua: Acesso aos Serviços de Saúde e Constante Busca Pela Ressocialização. **Revista Contexto & Saúde**, Ijuí, v. 10, n. 20 • Jan./Jun, 2011. Disponível em: < <https://www.revistas.unijui.edu.br/index.php/contextoesaude/article/view/1610> >. Acesso em: 07 de Out. 2015.

BRASIL. **Saúde da População em Situação de Rua: um direito humano**. Brasília: Secretaria de Gestão Participativa, 2015. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_populacao_situacao_rua.pdf Acesso em: 07 de Out. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Resolução n.º 466/12, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, DF; 2012.

_____. Decreto nº 7.053 de 23 de dezembro de 2009. Presidência da República Casa Civil Subchefia para Assuntos Jurídicos. Brasília, 2009, p. 05. Disponível em: < http://www.planalto7.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2009/Decreto/D7053.htm>. Acesso em: 07 Out. 2015.

_____. **Manual sobre o cuidado à saúde junto à população em situação de rua**. Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde, 2012b. Disponível em: < http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_cuidado_populacaorua.pdf >. Acesso em: 04 de out. 2015.

BRÜGGEMANN, Odaléa Maria; PAPINELLI, Mary Ângela. Utilizando as Abordagens Quantitativa e Qualitativa na Produção do Conhecimento. **Rev. Esc. Enferm USP**. São Paulo, v. 42, n.3, pp. 563-568, 2008. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v42n3/v42n3a20.pdf> > . Acesso em: 14 jul. 2015.

COLLIÈRE, Marie-françoise. **Promover a Vida: Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem**. 5. ed. Lisboa: Lidel, 1999.

COSTA, Tadeu Lessa da; OLIVEIRA, Denize Cristina de; FORMOZO, Gláucia Alexandre. Representações sociais sobre pessoas com HIV/AIDS entre enfermeiros: uma análise estrutural e de zona muda. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, Rio de Janeiro v. 12 n. 1 p. 242-259, 2012. Disponível em: < <http://www.revispsi.uerj.br/v12n1/artigos/pdf/v12n1a14.pdf> >. Acesso em: 23 set. 2015.

COUTINHO, Maria da Penha L.; NÓBREGA, Sheva Maia da; CATÃO, Maria de Fátima F. Martins. Contribuições Teórica- Metodológicas acerca do uso dos instrumentos projetivos no campo das Representações Sociais. In COUTINHO, Maria Penha de Lima; SARAIVA Evelyn Rúbia de Albuquerque. **Métodos de Pesquisa em Psicologia Social: perspectiva qualitativa e quantitativa**. João Pessoa: Ed. Universitária, 2011.

COUTINHO, Maria Penha de Lima; SARAIVA Evelyn Rúbia de Albuquerque. **Métodos de Pesquisa em Psicologia Social: perspectiva qualitativa e quantitativa**. João Pessoa: Ed. Universitária, 2011.

CRESWELL, Jonh W. **Projeto de Pesquisa: métodos qualitativos, quantitativo e misto**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

ENGSTROM, Elyne Montenegro; TEIXEIRA, Mirna Barros. Equipe “Consultório na Rua” de Manguinhos, Rio de Janeiro, Brasil: práticas de cuidado e promoção da saúde em um território vulnerável. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 6, p.1839-1848, Jun. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000601839>. Acesso em: 30 ago. 2016.

SCOREL, Sarah. **Vidas ao leu: trajetórias de exclusão social**. 1ª ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

FERNANDES, Flávia Saraiva Leão; RAIZER, Milena Veiga; BRÊTAS, Ana Cristina Passarella. Pobre, Idoso e na Rua: Uma Trajetória de Exclusão. **Rev Latino-am Enfermagem**, São Paulo, v 15, n. esp, p. 1-7, Set/Out. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15nspe/pt_06.pdf>. Acesso em: 10 de Out. 2015.

FERRARI, Hélio Oliveira. **O uso das Representações Sociais para a Construção de Modelos de Alunos em Sistemas Tutoriais Inteligentes**. [Monografia de Especialização em Informática na Educação]. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. 49f. Porto Alegre, 2011.

FERREIRA, Darlisom Sousa; NEVES, André Luiz Machado das; SIQUEIRA, Tarciano Batista. BARBOSA, Iury Pedro Bento. Teoria das Representações Sociais e pesquisa socioeducativa em Saúde do Idoso: contribuições teórico-metodológicas. **Scientia Amazonia**, v. 2, n.2, 42-49, 2013. Disponível em: <<http://www.scientia.ufam.edu.br/attachments/article/25/v2%20n2%2042-49%202013.pdf>>. Acesso em 21 Out. 2015.

FERREIRA, Frederico Poley Martins. **População em Situação de Rua, vidas privadas em espaços públicos: o caso de Belo Horizonte 1998 – 2005**. Secretaria de Planejamento e Gestão do Estado de Minas Gerais. Disponível em: <http://www.cedeplar.ufmg.br/seminarios/seminario_diamantina/2006/D06A096.pdf>. Acesso em: 20 Out. 2015.

FERREIRA, Márcia de Assunção; FIGUEIREDO, Nébia Maria Almeida de; ARRUDA, Ângela; ALVIM, Neide Aparecida Titonelli. Cuidados fundamentais de enfermagem na ótica do cliente: uma contribuição para a enfermagem fundamental. **Esc. Anna Nery. Enferm.**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 3, p. 387 – 396, Dez. 2002. Disponível em: <http://www.revistaenfermagem.eean.edu.br/detalhe_artigo.asp?id=1130> Acesso em: 22 jun. 2015.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

HALLAIS, Janaína Alves da Silveira; BARROS, Nelson Filice de. Consultório na Rua: visibilidades, invisibilidades e hipervisibilidade. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n.7, p.1497-1504, Jul, 2015. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csp/v31n7/0102-311X-csp-31-7-1497.pdf>>. Acesso em: 17 out. 2015.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICAS. **Cidades@:** Bahia. Salvador. Disponível em: <
<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=292740&search=bahia|salvador|infograficos:-informacoes-completas> >. Acesso em: 15 jul. 2015.

LONDERO Mário Francis Petry; CECCIM, Ricardo Burg; BILIBIO, Luiz Fernando Silva. Consultório de/na rua: desafio para um cuidado em verso na saúde. **Interface**, Botucatu, v.18, n.49, p.251-260. Disponível em: <
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832014000200251 >. Acesso em: 11 de nov. 2015.

MACERATA, Iacã; SOARES, José Guilherme Neves; RAMOS, Julia Florêncio Carvalho. Apoio como cuidado de territórios existenciais: Atenção Básica e a rua. **Interface**, Botucatu, v. 18, s1, p.919-930, Dez. 2014. Disponível em:
 <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v18s1/1807-5762-icse-18-1-0919.pdf>>. Acesso em: 30 ago. 2016.

MACHADO, Laêda Bezerra. ANICETO, Rosimere de Almeida. Núcleo central e periferia das representações sociais de ciclos de aprendizagem entre professores. **Ensaio: aval. pol. públ. Educ.**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 67, p. 345-364, 2010. Disponível em: <
<http://www.scielo.br/pdf/ensaio/v18n67/a09v1867.pdf> >. Acesso em: 29 jun. 2015.

MACIEL, Silvana Carneiro; MELO, Juliana Rízia Félix de. O Uso da entrevista e da Análise de conteúdo em pesquisas qualitativas. In: COUTINHO, Maria da Penha de Lima; SARAIVA, Evelyn Rúbia de Albuquerque. **Métodos de Pesquisa em Psicologia Social: perspectiva quantitativa e qualitativa**. João Pessoa: Universitária Ufpb, 2011.

MATTOS, Ricardo Mendes; FERREIRA, Ricardo Franklin. Quem Vocês Pensam que (elas) são? Representações sobre as Pessoas em Situação de Rua. **Psicologia & Sociedade**, v.16, n.2, p. 47-58; Maio/Ago.2004. Disponível em: <
http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-71822004000200007&script=sci_abstract&tlng=pt >. Acesso em: 07 out. 2015.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; GOMES, Suely Ferreira Deslandes Romeu. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 31. ed. Petrópolis: Vozes, 2012. 21 p.

MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL (MDS). **Pesquisa Nacional sobre a População em situação de rua**. Disponível em: <
<http://www.criancanaoederua.org.br/pdf/Pesquisa%20Nacional%20Sobre%20a%20Popula%C3%A7%C3%A3o%20em%20Situa%C3%A7%C3%A3o%20de%20Rua.pdf> >. Acesso: 03 Out. 2015.

MORAIS, Aisiane Cedraz. **O cuidado à criança quilombola no domicílio à luz da teoria transcultural de Leininger**.2013. [Tese de doutorado]. Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia. 199 f. Salvador, 2013.

O'TOOLE, Thomas P. et al. New to Care: Demands on a Health System When Homeless Veterans Are Enrolled in a Medical Home Model. **Am J Public Health** v. 103, n. 2, s. 1, p.374-379, Dez. 2013. Disponível em:
 <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3969111/>>. Acesso em: 03 set. 2016.

OLIVEIRA, Denise Cristina de. Representações Sociais e saúde pública: a subjetividade como partícipe do cotidiano em saúde. **Revista de Ciências Humanas**. Florianópolis: EFUFSC, edição especial temática, p. 47-65, 2000.

OLIVEIRA, Denize Cristina. A Teoria de Representações Sociais como grade de leitura da saúde e da doença: a constituição de um campo interdisciplinar. In **Teoria das Representações Sociais: 50 anos**. Brasília: Technopolitik, 2014.

OLIVEIRA, Jeane Freitas de. **(In)visibilidade do consumo de drogas como problema de saúde num contexto assistencial: uma abordagem de gênero**. 2008. [Tese de Doutorado em Saúde Coletiva]. Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia. 207f. Salvador, 2008.

PAIVA, Mirian Santos; BITENCOURT, Isiaine Santos; BOTELHO Sumaya Medeiros; LÔBO, Márcio Pereira; GOMES, Liane Oliveira Souza. Teoria das Representações Sociais e Estudos em Família: Um Diálogo de Abordagens Teóricas para situar os Significados Coletivos. In SILVA, Luzia Wilma Santana da (Org.) **Família em Contexto: Multiversas abordagens em investigação qualitativa**. Salvador: Arcádia, 2012, p. 193-219.

PEIXOTO, Ana Cristina Santos; FONSECA, Hejaine de Oliveira; OLIVEIRA Ramony. Ancoragem. **Cadernos Cespuc**. Belo Horizonte, n. 23, p. 8-12, 2014. Disponível em: < <http://periodicos.pucminas.br/index.php/cadernoscespuc/article/view/8297/7178> > . Acesso em: 09 de ago. 2015.

PEREIRA, Viviane Souza. Expressões da questão social no Brasil e população de rua: notas para uma reflexão. **Libertas**, Juiz de Fora, v.4, n.1, p. 179 - 205, Jul/Dez, 2009. Disponível em: < <http://libertas.ufjf.emnuvens.com.br/libertas/article/view/1859> > . Acesso em: 20 out. 2015.

PONTES, Ana Paula Munhen de; OLIVEIRA, Denize Cristina de; GOMES, Antonio Marcos Tosoli. Os princípios do Sistema Único de Saúde estudados a partir da análise de similitude. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 22, n. 1, p. 59-67, Feb. 2014. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692014000100059&script=sci_arttext&tlng=pt > . Acesso: 21 jun. 2015.

PRASS, Alberto Ricardo. **Representações Sociais da Física**. [Dissertação de Mestrado] Universidade Federal do Rio Grande do Sul. 97p. Porto Alegre, 2014.

REIS, Alberto Advincula; JUNIOR, Vicente Sarubbi; NETO, Moayr Miniussi Bertolino; NETO, Modesto Leite Rolim. **Tecnologias Computacionais para o Auxílio em Pesquisa Qualitativa – Software EVOC**. São Paulo: Schoba, 2013.

ROCHA, Elisama Nascimento; VILELA, Alba Benemérita Alves; OLIVEIRA, Denize Cristina de; SILVA, Doane Martins da; ALVES, Marta dos Reis; MEIRA, Saulo Sacramento. Estrutura representacional de profissionais da estratégia de saúde da família sobre violência intrafamiliar contra idosos. **Rev enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 178-84, Mar/Abr. 2015. Disponível em: <<http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/7450>> . Acesso em: 18 ago. 2015.

RODRIGUES, Eva dos Santos; MIRANDA, Fabiana Almeida. **Atuação Extrajudicial da Defensoria Pública do Estado da Bahia em favor da População em Situação de Rua.** X Congresso Nacional de Defensores Públicos Salvador, 2011. Disponível em: <https://www.anadep.org.br/wtksite/cms/conteudo/20642/Fabiana_Mirand.Eva_Rodrigues.pdf> . Acesso em: 07 out. 2015.

ROSA, Anderson da Silva; BRÊTAS, Ana Cristina Passarella. A violência na vida de mulheres em situação de rua na cidade de São Paulo, Brasil. **Interface**, Botucatu, v. 19, n. 53, p.275-285, Set. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832015000200275&script=sci_abstract>. Acesso em: 03 set. 2016.

ROSA, Anderson da Silva; BRÊTAS, Ana Cristina Passarella. **Enfermagem e saúde: olhares sobre a situação de rua.** Ed. CRV. Curitiba, 2013.

ROSA, Anderson da Silva; CAVICCHIOLI, Maria Gabriela Secco; BRÊTAS, Ana Cristina Passarella. O processo saúde-doença-cuidado e a população em situação de rua. **Rev Latino-am Enfermagem**, São Paulo, v. 4, n. 13, p.576-582, Jul. 2005. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281421846017>>. Acesso em: 03 set. 2016.

SÁ, Celso Pereira de. **Núcleo Central das Representações Sociais.** Petrópolis: Vozes, 1996.

SÁ, Celso Pereira de; ARRUDA, Ângela. O Estudo das Representações Sociais no Brasil. **Revista de Ciências Humanas**, Florianópolis: EDUFSC, edição especial temática, p.11-31, 2000. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/revistacfh/article/view/24121> >. Acesso em: 08 jul, 2015

SÊGA, Rafael Augustus. **O Conceito de Representação Social nas Obras de Denise Jodelet e Serge Moscovici.** Anos 90, Porto Alegre, n. 13, julho 2000. Disponível em : <<http://www.ufrgs.br/ppghist/anos90/13/13art8.pdf>> . Acesso dia 22 jun. 2015.

SILVA, Ana Maria Farias da; MARTINI, Jussara Gue; BECKER, Sandra Greice. A Teoria das Representações Sociais nas dissertações e Teses em enfermagem: um perfil bibliométrico. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 20, n.2, p. 294-300, Abr/Jun, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v20n2/a11v20n2.pdf>> . Acesso em: 17 ago. 2015.

SILVA, Carolina Cruz da. **Atenção primária e população em situação de rua: a prática de cuidado em um consultório na rua da cidade do Rio de Janeiro.** [Dissertação de mestrado]. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. 132f. Rio de Janeiro, 2013.

SILVA, Felicialle Pereira da; FRAZÃO, Iracema da Silva; LINHARES, Francisca Márcia Pereira. Práticas de saúde das equipes dos Consultórios de Rua. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n.4, p. 805-814, Abr, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v30n4/0102-311X-csp-30-4-085.pdf>> . Acesso em: 07 de Out. 2015.

SILVA, Luzia Wilma Santana da. **Família em Contexto: Multiversas abordagens em investigação qualitativa.** Salvador: Arcádia, 2012, p. 193-219.

SILVA, Maíra Domingues Bernardes; SILVA, Leila Rangel da; SANTOS, Inês Maria Meneses dos. O cuidado materno no manejo da asma infantil contribuição da enfermagem transcultural. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, p.772-779, Dez. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452009000400012>. Acesso em: 31 ago. 2016.

SILVA, Maria Lucia Lopes da. **Mudanças no Mundo do Trabalho e o Fenômeno População em situação de Rua no Brasil 1995-2005**. [Dissertação de mestrado]. Universidade de Brasília, 220f. Brasília, 2006.

TRIVIÑOS, Augusto Nivaldo Silva. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. 1ª Edição. Editora Atlas, 2008.

VASCONCELOS, Léa Dias Pimentel Gomes. **Representações Sociais das mulheres grávidas sobre o cuidado pré-natal**. [Dissertação de mestrado]. Universidade Estadual do Ceará. 126p. Fortaleza, 2009.

VERAS, Renata Meira; SOUZA, Gezilda Borges de; MACEDO, Brian Teles Fonseca de; GUERRA, Daisy Kitaoka. As condições de vida e de trabalho da população em situação de rua do centro histórico de Salvador, Bahia. **Cad. de Pesq. Interdisc. em Ci-s. Hum-s.**, Florianópolis, v.15, n.106, p. 161-178, Jan./Jun. 2014. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/cadernosdepesquisa/article/view/1984-8951.2014v15n106p161_>. Acesso em: 07 Out. 2015.

WACHELKE, João Fernando Rech; WOLTER, Rafael. Critérios de construção e relato da análise prototípica para representações sociais. **Psic.: Teor. e Pesq.**, Brasília, v. 27, n.4, p. 521-526, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722011000400017>. Acesso em: 22 jun. 2015.

WALDOW, Vera Regina. **Cuidar: Expressão humanizadora da enfermagem**. 3. Ed. Petrópolis: Vozes, 2010.

_____. **Cuidado Humano: o resgate necessário**. 3. ed. Porto Alegre: Sagra Luzzatto, 2001.

_____. **O cuidado na saúde: As relações entre o eu, o outro e o cosmos**. Petrópolis: Vozes, 2004.

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



APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Prezadas(os) participantes, nós pesquisadoras, Itana Carvalho Nunes Silva e Prof^a Jeane Freitas de Oliveira, viemos por meio deste termo, convida-lá/o a participar, como voluntária, em uma pesquisa intitulada: “*Práticas de Cuidados em Saúde de Pessoas em Situação de Rua: um estudo de Representações Sociais*”. Leia ou ouça cuidadosamente o que se segue e pergunte a responsável pela pesquisa qualquer dúvida que você tiver. Após ser esclarecida sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é da pesquisadora responsável. A você será garantido o direito de desistir ou anular este consentimento em qualquer fase da pesquisa, caso decida, sem que haja prejuízos para sua assistência.

Conforme determina a *Resolução 466 de 12 de dezembro de 2012*, do Conselho Nacional de Saúde, que trata dos aspectos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos em estudo requer que sejam esclarecidos: objetivo: 1) apreender a estrutura e o conteúdo das representações sociais de pessoas em situação de rua sobre cuidados em saúde; 2) apreender as representações sociais de pessoas em situação de rua sobre as Doenças Sexualmente Transmissíveis; 3) conhecer as práticas de cuidado em saúde adotadas por pessoas em situação de rua; 4) descrever as práticas de cuidado para Doenças Sexualmente Transmissíveis adotadas por pessoas em situação de rua.

Solicitaremos que as(os) participantes forneçam informações que possibilite caracterizar os sujeitos envolvidos na pesquisa; solicitaremos que responda ao Teste de Associação Livre de Palavras- (TALP), ao Desenho Estória com Tema e a entrevista. O TALP consiste em dispor de um termo indutor (sobre a temática pesquisada) e solicitar que o participante escreva ou fale (as quais a pesquisadora se encarregará de escrever em formulário próprio) cinco palavras. O Desenho-Estória com Tema consiste em entregar folhas de papel ofício em branco para realizar desenhos sobre a temática “*Cuidados com Doença Transmitida pelo Sexo*”, redigir uma pequena estória sobre o desenho e atribuir um título ao desenho. *E as* entrevistas consiste em questionamentos relacionadas à temática: *práticas de cuidado em saúde e cuidado com Doença Transmitida pelo Sexo*.

Todo material será digitalizado e gravado (voz) e posteriormente armazenado pela pesquisadora no grupo de pesquisa Sexualidades, Vulnerabilidades, Drogas e Gênero (SVDG) durante 05 (cinco) anos e após esse período será incinerado. Para manter sigilo e anonimato sua fala receberá um nome fictício.

Embora este estudo não lhe ofereça riscos físicos, nem complicações legais ele poderá causar-lhe constrangimento ao relatar fatos da sua vida pessoal. E deixá-las(os) sensíveis, a ponto, de expressar sinais de tristeza ou choro, ao perceber a pesquisadora irá imediatamente interromper a aplicação do teste e viabilizar o devido suporte (escuta ativa, água). Visando reduzir estes riscos, seu depoimento será coletado de preferência em um ambiente reservado, em uma sala, sem que haja interrupções de pessoas estranhas, e o seu nome será omitido. Todas as informações coletadas neste estudo são estritamente confidenciais. Somente a pesquisadora e a orientadora terão acesso aos dados na sua forma bruta.

Ao participar desta pesquisa o(a) senhor(a) não terá nenhum benefício direto. Entretanto, esperamos que este estudo traga informações importantes para a necessidade de desenvolvimento de ações estratégicas de saúde para dessa população. As pesquisadoras não estão sendo remuneradas para a realização desse estudo, assim como as(os) entrevistada(o)s não receberão benefícios financeiros para a sua participação no mesmo.

Os resultados deste estudo serão publicados na dissertação, em artigos científicos em revistas indexadas, apresentados em congresso e espaços da rede de atenção à saúde. Qualquer dúvida ou problema que venha ocorrer durante este estudo, você poderá entrar em contato com a autora da pesquisa através do E-mail: itana.c.nunes@gmail.com ou contato telefônico: (71) 99363-7804 e através do Programa de Pós-graduação da EEUFBA pelo telefone (71) 3283-7631 ou em caso de algum evento novo/ adverso entre em contato com o CEP da Escola de Enfermagem da UFBA pelo e-mail cepee.ufba@ufba.br ou pelo telefone (71) 3283-7615. Após estes esclarecimentos, solicitamos o seu consentimento de forma livre para participar desta pesquisa.

Você receberá o termo de consentimento livre e esclarecido em duas vias, para as quais solicito sua assinatura, caso concorde em participar.

Recebi esclarecimentos acerca da pesquisa intitulada “**Práticas de Cuidados em Saúde de Pessoas em Situação de Rua: um estudo de Representações Sociais**”. Li o conteúdo do texto **Informações ao colaborador(a)** e entendi as informações relacionadas à minha participação nesta pesquisa e estou de acordo em participar desta pesquisa.

Compreendo que a pesquisa pretende contribuir sobre **Práticas de Cuidados em Saúde de Pessoas em Situação de Rua: um estudo de Representações Sociais** e seus objetivos são: Apreender a estrutura e o conteúdo das representações sociais de pessoas em situação de rua sobre cuidados em saúde; Apreender as representações sociais de pessoas em situação de rua sobre as Doenças Sexualmente Transmissíveis; Conhecer as práticas de cuidado em saúde adotadas por pessoas em situação de rua e Descrever as práticas de cuidado para Doenças Sexualmente Transmissíveis adotadas por pessoas em situação de rua.

Estou informada(o) e ciente de que todas as etapas da pesquisa serão atendidos os requisitos da *Resolução 466/12* relativos à Ética na Pesquisa com Seres Humanos, no que diz respeito à autonomia, não maleficência, justiça, veracidade e fidelidade, foram atendidos.

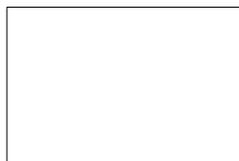
Autorizo a publicação, exibição ou uso das (Gravações de voz) da minha pessoa pelo pesquisador sem que haja a possibilidade de revelação de identidade. Fui informada(o) de que o material (Instrumentos, dados coletados, nossa via do TCLE) será guardado por cinco anos no Grupo de Pesquisa SVDG, e poderei resgatá-lo ou autorizar a destruição, a qualquer momento. Concordando voluntariamente com o procedimento que será realizado e ciente de que poderei retirar este meu consentimento a qualquer momento.

Estou ciente de que, para manter o sigilo e anonimato, a minha fala receberá um nome de autoria fictícia, as quais estão associadas e à temática abordada. Sei que não terei nenhum tipo de despesa com minha participação e o risco que apresento em participar está associado às questões emocionais. Estou ciente de que a pesquisadora se compromete em arcar com esse potencial risco e oferecer suporte para qualquer dano à minha saúde. Para veracidade das informações e acompanhamento ético da pesquisa sei que poderei procurar o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) que autorizou o projeto.

Declaro que não tenho dúvidas de que não receberei benefícios e que concordo em participar, podendo desistir em qualquer etapa e retirar meu consentimento, sem penalidades, prejuízo ou perda. Estou ciente que terei acesso aos dados registrados, que eles poderão ser apresentados para publicação em congressos, rede de atenção básica e/ou revistas científicas. E reforço que não fui submetido(a) a coação, indução ou intimidação.

Assim, declaro que estou satisfeita(o) com as informações recebidas, em linguagem clara, compreendo o alcance e os riscos e benefícios que a pesquisa pode trazer. Consinto com a realização da pesquisa proposta. Assim, livremente e de espontânea vontade, assino este termo de consentimento em duas vias a qual deverá ser rubricadas em todas as páginas.

Salvador-Ba, _____ de _____ de 2016.



Assinatura digital da(o) Participante

ou

Assinatura da(o) Participante

Itana Carvalho Nunes Silva
(Pesquisadora Responsável)

Jeane Freitas de Oliveira
(Professora Responsável pela Pesquisa)



APÊNDICE B – TESTE DE ASSOCIAÇÃO LIVRE DE PALAVRAS

Seção 1

IDENTIFICAÇÃO
<p>Data: ___/___/____</p> <p>Hora de início: __:__ Hora de término: __:__</p> <p>Codinome da(o) participante: _____</p> <ul style="list-style-type: none"> • Idade: __ __ • Sexo: <input type="checkbox"/> feminino <input type="checkbox"/> masculino <input type="checkbox"/> outra • Situação conjugal: () solteiro(a) () casado(a) () união estável () viúvo(a) () divorciado(a) • Qual sua raça/cor? _____ • Escolaridade: () Nunca foi à escola () 1º grau incompleto () 1º grau completo () 2º grau incompleto () 2º grau completo () Ensino superior incompleto () Ensino superior completo • Você exerce alguma atividade remunerada? () Sim () Não. Se sim, qual? _____ • Qual sua renda semanal? R\$ _____ • Você adota alguma religião? () Sim () Não. Se sim, qual? _____ • Você natural de Salvador? () Sim () Não. Se não, qual cidade e o motivo do deslocamento? _____ • Você mora na rua há quanto tempo? _____ • Tem contato com sua família? () Sim () Não • Você tem filhas(os)? () Sim () Não • Você faz uso ou já usou tipo de droga? () Sim () Não. Se sim, qual ou quais? _____ • Você já buscou algum serviço de saúde? () Sim () Não Se sim, qual ou quais? _____ • Qual motivo que o/a levou a buscar o serviço de saúde? () Prevenção () Orientação sobre saúde () Tratamento médico () Tratamento odontológico () Realização de Curativos () Emergência () Urgência () Realizar Exames () Pegar medicações • Você já precisou ser hospitalizado(a)? () Sim () Não • Você tem alguma doença? () Sim () Não Se sim, qual ou quais? _____ • Faz algum acompanhamento da doença ou faz uso de medicações? () Sim () Não Se sim, qual ou quais? _____ • Você já foi acometido por alguma Infecção Sexualmente Transmissível? () Sim () Não Se sim, qual ou quais? _____ • Já fez tratamento para alguma Infecção Sexualmente Transmissível? () Sim () Não • Você e seu parceiro fizeram? () Sim () Não () Não tem parceiro(a) fixo(a) Você faz uso de algum método para evitar Infecção Sexualmente Transmissível? () Sim () Não Se não, qual ou quais os motivos? _____

Seção 2

1. Fale cinco palavras que lhe vêm imediatamente à cabeça quando você ouve o termo:
“*Cuidar da Saúde é ...*”

2. Fale cinco palavras que lhe vêm imediatamente à cabeça quando você ouve o termo:
“*Viver nas ruas é ...*”



APÊNDICE C – ROTEIRO DE ENTREVISTA

Seção 1

IDENTIFICAÇÃO
Data: ___/___/____
Hora de início: __:__ Hora de término: __:__
Codônimo da(o) participante: _____
<ul style="list-style-type: none"> • Idade: __ _ • Sexo: <input type="checkbox"/> feminino <input type="checkbox"/> masculino <input type="checkbox"/> outra • Situação conjugal: () solteiro(a) () casado(a) () união estável () viúvo(a) () divorciado(a) • Qual sua raça/cor? _____ • Escolaridade: () Nunca foi à escola () 1º grau incompleto () 1º grau completo () 2º grau incompleto () 2º grau completo () Ensino superior incompleto () Ensino superior completo • Você exerce alguma atividade remunerada? () Sim () Não. Se sim, qual? _____ • Qual sua renda semanal? R\$ _____ • Você adota alguma religião? () Sim () Não. Se sim, qual? _____ • Você natural de Salvador? () Sim () Não. Se não, qual cidade e o motivo do deslocamento? _____ • Você mora na rua há quanto tempo? _____ • Tem contato com sua família? () Sim () Não • Você tem filhas(os)? () Sim () Não • Você faz uso ou já usou tipo de droga? () Sim () Não. Se sim, qual ou quais? _____ • Você já buscou algum serviço de saúde? () Sim () Não Se sim, qual ou quais? _____ • Qual motivo que o/a levou a buscar o serviço de saúde? () Prevenção () Orientação sobre saúde () Tratamento médico () Tratamento odontológico () Realização de Curativos () Emergência () Urgência () Realizar Exames () Pegar medicações • Você já precisou ser hospitalizado(a)? () Sim () Não • Você tem alguma doença? () Sim () Não Se sim, qual ou quais? _____ • Faz algum acompanhamento da doença ou faz uso de medicações? () Sim () Não Se sim, qual ou quais? _____ • Você já foi acometido por alguma Infecção Sexualmente Transmissível? () Sim () Não Se sim, qual ou quais? _____ • Já fez tratamento para alguma Infecção Sexualmente Transmissível? () Sim () Não • Você e seu parceiro fizeram? () Sim () Não () Não tem parceiro(a) fixo(a) Você faz uso de algum método para evitar Infecção Sexualmente Transmissível? () Sim () Não Se não, qual ou quais os motivos? _____

Seção 2

1. Como é para você ver alguém vivendo na rua?
2. Fale-me da sua vivência em situação de rua.
3. Como você pensa que as pessoas que vivem na rua cuidam da saúde?
4. Diga-me como você cuida da sua saúde vivendo em situação de rua ?
5. Como é que você pensa que as pessoas que vive nas ruas cuida de uma DST?
6. Fale-me como você cuida de uma DST vivendo em situação de rua.

ANEXO A – TERMO DE AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO COPARTICIPANTE

Secretaria Municipal de Promoção Social, Esportes e Combate a Pobreza
Diretoria de Gestão de Políticas Sociais
Coordenadoria de Proteção Social Especial - CPSE

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO COPARTICIPANTE

Eu, Dinsjani Pereira, responsável pela Coordenadoria de Proteção Social Especial da Secretaria de Promoção Social, Esportes e Combate à Pobreza, estou ciente e autorizo a pesquisadora **Itana Carvalho Nunes Silva** a desenvolver nesta instituição o projeto de pesquisa intitulado **Práticas de Cuidados em Saúde de Pessoas em Situação de Rua: Um Estudo de Representações Sociais**. Declaro conhecer as Normas e Resoluções que norteiam a prática de pesquisa envolvendo seres humanos, em especial a Resolução CNS 466/12, de estar ciente das co-responsabilidade como instituição co-participante do presente projeto de pesquisa, do compromisso de garantir a segurança e o bem estar dos sujeitos de pesquisa aqui recrutados, dispondo de infra-estrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem estar.

Salvador, 09 de março de 2016


Dinsjani Pereira
Coordenadora de Proteção Especial
CPSE/SEMP/PPMS
Mat. 871457

Dinsjani Pereira
Coordenadora da Proteção Social Especial

ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DA
BAHIA - EE - UFBA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PRÁTICAS DE CUIDADOS EM SAÚDE DE PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA: UM ESTUDO DE REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

Pesquisador: ITANA CARVALHO NUNES SILVA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 54243616.9.0000.5531

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.477.800

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto de mestrado com orientação da Profa. Dra. Jeane Freitas de Oliveira. Pesquisa exploratória, com abordagem metodologia qualitativa. A pesquisa será desenvolvida no município de Salvador, em um centro de reintegração social denominada Unidade de Acolhimento para Pessoas em Situações de Rua- Itapuã administrado pela Secretaria Municipal de Promoção Social e Combate à Pobreza localizada no Distrito Sanitários de Itapuã.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Geral:

Analisar as práticas de cuidado em saúde de pessoas em situação de rua.

Objetivos Específicos:

Apreender a estrutura e o conteúdo das representações sociais de pessoas em situação de rua sobre cuidados em saúde;

Apreender as representações sociais de pessoas em situação de rua sobre as Doenças Sexualmente Transmissíveis;

Conhecer as práticas de cuidado em saúde adotadas por pessoas em situação de rua; Descrever as práticas de cuidado para Doenças Sexualmente Transmissíveis adotadas por pessoas em situação de rua.

Daniela Loureiro

Endereço: Rua Augusto Viana S/N 3º Andar
Bairro: Canela **CEP:** 41.110-060
UF: BA **Município:** SALVADOR
Telefone: (71)3283-7615 **Fax:** (71)3283-7615 **E-mail:** cepee.ufba@ufba.br

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DA
BAHIA - EE - UFBA



Continuação do Parecer: 1.477.800

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Constrangimento ao relatar fatos da sua vida pessoal, podendo deixar os participantes sensíveis, pelo cansaço, tristeza ou desconforto ao realizar as técnicas e entrevista para a coleta de dados. A pesquisadora se compromete, ao perceber esses potenciais riscos, de interromper a entrevista, de amparar o participante, conversar e oferecer apoio e conforto.

Benefícios:

Para a autora os benefícios estão relacionados as informações que o estudo trará no desenvolvimento de ações estratégicas de saúde para a população em situação de rua, na produção de conhecimento acerca do tema estudado, na colaboração com produções científicas e no retorno dos resultados à Unidade de Acolhimento e a População em Situação de Rua de forma a melhorar a qualidade do serviço oferecido.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa será desenvolvida em um centro de reintegração social denominada Unidade de Acolhimento para Pessoas em Situações de Rua- Itapuã administrado pela Secretaria Municipal de Promoção Social e Combate à Pobreza localizada no Distrito Sanitários de Itapuã. Participarão desta pesquisa 40 pessoas em situação de rua atendidas na Unidade de Acolhimento de Itapuã, Salvador-Bahia. Para esta pesquisa serão utilizadas três técnicas de coleta de dados: Associação Livre de Palavras, Desenho-Estória com Tema e a Entrevista Semiestruturada as quais serão norteadas por instrumentos específicos contemplando questões acerca do objeto de investigação.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O trabalho apresenta os termos obrigatórios conforme orientação da Resolução 466/12.

Recomendações:

Não se aplica.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Trabalho segue as orientações Éticas para Pesquisa com Seres Humanos pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

Considerações Finais a critério do CEP:

O colegiado homologa o PARECER DE APROVAÇÃO DO RELATOR.

Dani Lante Rose

Endereço: Rua Augusto Viana S/N 3º Andar
Bairro: Canela CEP: 41.110-060
UF: BA Município: SALVADOR
Telefone: (71)3283-7615 Fax: (71)3283-7615 E-mail: cepee.ufba@ufba.br

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DA
BAHIA - EE - UFBA



Continuação do Parecer: 1.477.800

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_646042.pdf	14/03/2016 19:09:17		Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracaodapesquisadora.pdf	14/03/2016 19:06:01	ITANA CARVALHO NUNES SILVA	Aceito
Cronograma	Cronograma.docx	14/03/2016 19:02:25	ITANA CARVALHO NUNES SILVA	Aceito
Orçamento	Orcamento.docx	14/03/2016 19:01:10	ITANA CARVALHO NUNES SILVA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.docx	14/03/2016 18:54:39	ITANA CARVALHO NUNES SILVA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	14/03/2016 18:52:59	ITANA CARVALHO NUNES SILVA	Aceito
Outros	termoautorizacao.jpg	10/03/2016 06:24:31	ITANA CARVALHO NUNES SILVA	Aceito
Outros	termodeconfidencialidadae.pdf	17/12/2015 12:38:14	ITANA CARVALHO NUNES SILVA	Aceito
Outros	termodecompromisso.pdf	17/12/2015 12:37:17	ITANA CARVALHO NUNES SILVA	Aceito
Outros	termodeautorizacao.pdf	17/12/2015 12:36:29	ITANA CARVALHO NUNES SILVA	Aceito
Outros	Declaracaodeconcordancia.pdf	17/12/2015 12:35:31	ITANA CARVALHO NUNES SILVA	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	17/12/2015 12:34:17	ITANA CARVALHO NUNES SILVA	Aceito
Outros	CurriculoJeane.doc	16/12/2015 17:21:23	ITANA CARVALHO NUNES SILVA	Aceito
Outros	CurriculoDejeane.doc	16/12/2015 17:18:34	ITANA CARVALHO NUNES SILVA	Aceito
Outros	CurriculoMilena.docx	16/12/2015 17:16:31	ITANA CARVALHO NUNES SILVA	Aceito
Outros	CurriculoItana.pdf	16/12/2015 17:12:04	ITANA CARVALHO NUNES SILVA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Rua Augusto Viana S/N 3º Andar

Bairro: Canela

CEP: 41.110-060

UF: BA

Município: SALVADOR

Telefone: (71)3283-7615

Fax: (71)3283-7615

E-mail: cepee.ufba@ufba.br

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DA
BAHIA - EE - UFBA



Continuação do Parecer: 1.477.800

SALVADOR, 30 de Março de 2016

Darci de Oliveira Santa Rosa

Assinado por:
Dra DARCI DE OLIVEIRA SANTA ROSA
(Coordenador)
Darci de Oliveira Santa Rosa
Coordenador do CEP-EE UFBA
COREN-BA 10111

Endereço: Rua Augusto Viana S/N 3º Andar
Bairro: Canela CEP: 41.110-060
UF: BA Município: SALVADOR
Telefone: (71)3283-7615 Fax: (71)3283-7615 E-mail: cepee.ufba@ufba.br