



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA

ESCOLA DE ENFERMAGEM

DEJEANE DE OLIVEIRA SILVA

“PODEM DIZER QUE NÃO, MAS EU ME CUIDO”: REPRESENTAÇÕES E PRÁTICAS DO CUIDADO DE SI DE PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA

**SALVADOR
2019**

DEJEANE DE OLIVEIRA SILVA

“PODEM DIZER QUE NÃO, MAS EU ME CUIDO”: REPRESENTAÇÕES E PRÁTICAS DO CUIDADO DE SI DE PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, como requisito para obtenção do grau de Doutora em Enfermagem e Saúde, área de concentração Gênero, Cuidado e Administração em Saúde na linha de pesquisa Cuidado à Saúde das Mulheres, Relações de Gênero e Etnicorraciais.

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

**SALVADOR
2019**

Ficha catalográfica elaborada pelo Sistema Universitário de Bibliotecas (SIBI/UFBA),
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

SILVA, DEJEANE DE OLIVEIRA
PODEM DIZER QUE NÃO, MAS EU ME CUIDO?:
REPRESENTAÇÕES E PRÁTICAS DO CUIDADO DE SI DE PESSOAS
EM SITUAÇÃO DE RUA / DEJEANE DE OLIVEIRA SILVA. --
SALVADOR, 2019.
224 f.

Orientadora: JEANE FREITAS DE OLIVEIRA.
Tese (Doutorado - DOUTORADO EM ENFERMAGEM) --
Universidade Federal da Bahia, ESCOLA DE ENFERMAGEM,
2019.

1. SAÚDE. 2. PESSOA EM SITUAÇÃO DE RUA. 3. PRÁTICAS
DE CUIDADO. 4. REPRESENTAÇÕES SOCIAIS. 5. AUTOCUIDADO.
I. OLIVEIRA, JEANE FREITAS DE. II. Título.

DEJEANE DE OLIVEIRA SILVA

“PODEM DIZER QUE NÃO, MAS EU ME CUIDO”: REPRESENTAÇÕES E PRÁTICAS DO CUIDADO DE SI DE PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia como requisito para obtenção do grau de Doutora em Enfermagem e Saúde, área de concentração: “Gênero, Cuidado e Administração em Saúde”, Linha de pesquisa: Cuidado à Saúde das Mulheres, Relações de Gênero e Etnicorraciais.

Aprovada em 17 de dezembro de 2018

BANCA EXAMINADORA

Jeane Freitas de Oliveira

Doutora em Saúde Coletiva e Professora da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia

Vanessa Ribeiro Simon Cavalcanti

Doutora em História e Professora da Universidade Católica do Salvador e da Universidade Federal da Bahia.

Evanilda Souza de S. Carvalho

Doutora em Enfermagem e Professora da Universidade Estadual de Feira de Santana

Andréia Silva Rodrigues

Doutora em Enfermagem e Professora da UNINASSAU

Mirian Santos Paiva

Doutora em Enfermagem e Professora da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia.

DEDICATÓRIA

Ao meu amor e companheiro João Lawinsky e
ao príncipe da minha vida, meu filho amado
Emanuel César

Às pessoas em situação de rua que tornaram
esse sonho possível

AGRADECIMENTOS

“O SENHOR é a minha luz e a minha salvação; a quem temerei? O SENHOR é a força da minha vida; de quem me recearei? Salmos 27:1.

A Deus meu Senhor e Salvador, a quem reconheço que sem Ti nada em minha vida seria possível.

Ao meu filho querido, Emanuel, que sofreu, chorou e sorriu comigo durante esse precioso e importante tempo de doutoramento. Obrigada meu amor, eu te amo infinito, como costumamos falar um para o outro.

Ao meu companheiro, esposo, amigo, amante, que embarcou nessa jornada e esteve SEMPRE pronto para vencer comigo todos os desafios. Eu te amo amor.

A minha família, especialmente minhas irmãs Rejane, Sônia, Bada, Silvia e Liana, por acreditarem em mim e torcerem junto comigo por essa vitória.

À minha irmã amada Telma (*in memoriam*) que torceu e vibrou comigo em cada vitória. Minha irmã amarei você para sempre meu amor.

Àquele que foi o meu pai, que cuidou de mim desde sempre e que me amou como a uma filha biológica, Gilson Guerreiro (*in memoriam*). Você foi o meu herói meu pai. Amo você.

Às minhas sobrinhas e sobrinhos, sobrinhas e sobrinhos netos, cunhados, pela força, incentivo e por vibrar comigo em toda essa trajetória.

Às minhas tias, tios, primas e primos, família Oliveira/Silva, que de forma especial, compõe comigo esse percurso tão lindo de conquistas.

A UESC e colegas que me ajudaram nesse processo, assumindo as minhas atividades para que esse objetivo fosse alcançado.

Às amigas Carle e Cleuma, pessoas especiais que tive o privilégio de (con)viver nessa construção e pelas quais terei respeito e amor eternos. Sem vocês não seria possível

Ao grupo SVDG, queridas Andréia, Milena, Itana, Lorena, Mariana, Marluce, Daiane, Milca, Priscilla, pelas conversas, orações, incentivo, disponibilidade, aprendizados e compartilhamentos firmados.

As/os novos membros do grupo SVDG pelas parcerias firmadas, cuidado e carinho.

À minha grande e terna amiga Ró, você faz parte dessa conquista e da minha vida para sempre.

Às amigas e amigos da UESC Regina, Alba, Myria, Solange, Jeane Magnavita, Nairan, Meirinha, Paula Soriano, Cristina Setenta, Maridalva, Pollyanna, Roseanen, Ricardo, vocês foram fundamentais nessa caminhada. Gratidão!

À minhas amigas Jazi, Celminha, Vanessa, Dani, Cristina Camargo, Ângela, Mariângela, Elma, sempre disponíveis a me ajudar e confiantes na minha capacidade de superação.

Ao meu amigo Makrisi e minha amiga Indiara, engajados nas lutas sociais, por acreditarem e me incentivarem a tornar essa tese uma ferramenta na luta por qualidade de vida das pessoas em situação de vulnerabilidades.

Às amigas de turma de doutorado, Lari, Mila, Jam e Rai pelos aprendizados, lutas e certeza de que seríamos vencedoras, e fomos. Muito obrigada.

Às amigas e amigos do Hospital Manoel Novaes onde aprendi a ser profissional e cresci como pessoa. O amor, carinho, incentivo e solidariedade de vocês me emocionam.

Às amigas e amigos do saudoso Hospital Regional pela torcida, confiança, amizade e aprendizados estabelecidos.

À família Machado, Tânia, Sérgio, Rafa, Sabrina e Iuri que tornaram essa caminhada mais leve e me ajudaram a concluí-la com mais confiança

Aos funcionários da Casa de Passagem do SINPOJUD, local que me acolheu no último ano de doutorado, pela disponibilidade, ajuda e compreensão.

A Maria Lúcia Santos Pereira (*in memoriam*), você foi muito importante na construção e me ensinou a ser ainda mais solidária e lutar por aquilo que acredito.

Aos profissionais do Centro POP, pela acolhida, cuidado, aprendizados, amizade e por pensarmos juntos em uma melhor condição de vida para quem vive nas ruas.

À Secretaria de Desenvolvimento Social de Ilhéus que permitiu a realização dessa pesquisa.

Às mulheres e homens em situação de rua que se dispuseram a construir comigo essa tese. Vocês são especiais e muito importantes para mim. A luta de vocês também é minha. Farei o possível para estar ao lado de vocês.

A todos os colegas de doutorado por dividirem comigo os ensinamentos, aprendizagens, encorajando-me a seguir em frente.

À Revista Baiana de Enfermagem pela oportunidade de inserção, contribuindo para análise e avaliação de manuscritos.

Ao colega Andrey por me ajudar na formatação final da minha tese.

À minha orientadora, Prof^a Dr^a Jeane Freitas, Professora, amiga, que me conduziu com zelo, amor, carinho e muita competência. Obrigada pela compreensão, por acreditar em mim e pela sua amizade.

À Prof^a Mirian Paiva, por quem tenho um profundo respeito e admiração, pelos ensinamentos e cuidado na finalização dessa tese.

Ao Prof^oDr^o Antônio Marcos Tosoli, pela parceria, amizade, ensinamentos e por me ajudar a ser mais leve na materialização da tese.

A Prof^a Dr^a Evanilda Carvalho, pela competência, amizade, aprendizados e entusiasmo que nos contagia.

A Prof^a Dr^a Vanessa Simon Cavalcanti, pela amizade, disponibilidade, parceria, aprendizados, confiança e reflexões firmadas.

Às Prof^{as} Edméia, Mariza, Isa, Telmara, Lilian, Cristina Melo, Nadirlene pelos encontros afetuosos na Escola e pelas palavras de incentivo e carinho.

À Coordenação da Pós-graduação e docentes, que de forma singular contribuíram para a qualidade final dessa tese.

À Marcinha, Ita, Samuel e Dori, pelos sorrisos, amizades, cuidado e disponibilidade em me ajudar quando precisei. Vocês são muito importantes.

Aos meus amados alunos da UESC, que desde a minha aprovação no processo seletivo, vibraram e sorriram comigo torcendo por mais essa conquista. Vocês são especiais.

Às minhas irmãs e irmão de igreja, Igreja Batista Regular, que orou comigo durante as minhas dores e creram que a vontade de Deus seria confirmada em minha vida.
Obrigada!

AGRADECIMENTOS

A Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia (FAPESB), pelo financiamento que viabilizou a execução deste projeto.

EPÍGRAFE

Os encontros que tive

Hoje não sou mais Dejeane,
a pesquisadora de olhar atento, duvidoso e curioso
que pode adentrar o mundo da rua e
e conheceu a vida
alideenhada
Sou Sandra, Jéssica, Anderson, Klevson, Jamile, Décio
Sou Joilson, Cleude, Anselmo, Erick, Luciene e Marcione
Não sou mais eu,
sou um pouco de cada uma/um que ficou e existe em mim

Mas o que deixo para eles/elas?
O olhar, o ouvir, o enxergar,
O tocar nas mãos e se emocionar
O brilho do sorriso que conseguia
Quando os encontrava ao amanhecer do dia

Hoje sou várias pessoas em uma só
Hoje o meu olhar está livre
A minha alma se encanta com os encantos da rua
E vejo que a vida habita nessa verdade só sua

A rua anda, caminha, clareia e escurece
Na rua há sorrisos, choros, abandonos e lutas
Lá vejo encanto, amor, alegria e amizade
Ali não tem só abandono
A rua tem gente, **peessoas** de verdade

Mas por que estão ali?
São excluídos, malditos, malandros
mendigos, coitados, ladrões?
Ali tem nóia, noieiro, drogado, maloqueiro?
Não, a rua tem outras gentes,
Tem pedreiro, eletricista, cabeleireira,
montadora, padeiro. Ali tem dançarina,
geógrafa, doméstica, engenheiro, historiador
Ali tem todas as raças, classes e cores,
Ali tem gente de todas as idades, gêneros e identidades,
Mas te digo que ali tem algo mais,
Ali tem gente, **peessoas** de verdade

Dejeane de Oliveira Silva, 2018.

RESUMO

SILVA, Dejeane de Oliveira. **“Podem dizer que não, mas eu me cuido”:** representações e práticas do cuidado de si de pessoas em situação de rua. 2018. 223f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal da Bahia, Escola de Enfermagem, 2018.

Esta pesquisa aborda o cuidado de si de pessoas em situação de rua no que concerne à saúde, com foco nas representações sociais e práticas adotadas no contexto no qual estão inseridas. O cuidado de si exibe modos de ser e de viver singulares, que perpassam por saberes diversos, envolve aspectos individuais, sociais, culturais, revelado em atitudes visando à manutenção da vida. O estudo teve como objeto: representações sociais e práticas do cuidado de si, no que concerne à saúde, para as pessoas em situação de rua e como objetivos: 1) Descrever as características do grupo investigado em consonância com o contexto no qual está inserido; 2) Aprender as representações sociais de pessoas em situação de rua sobre cuidado de si e saúde; 3) Descrever as práticas do cuidado de si adotadas por pessoas em situação de rua com foco na saúde; 4) Discutir a interação entre as representações sociais e as práticas de cuidado adotadas pelas pessoas em situação de rua, no que concerne a saúde. Trata-se de pesquisa com abordagem multimétodos que articulou conceitos teóricos da Teoria das Representações Sociais e Cuidado de si. As participantes foram 122 pessoas em situação de rua, vinculadas ao Centro de Referência Especializada para Pessoas em Situação de Rua, de Ilhéus-BA, com idade igual ou superior a 18 anos, de ambos os sexos e diferentes identidades de gênero. Para produção dos dados empíricos foram utilizadas as técnicas de observação, evocação livre de palavras e entrevista semiestruturada, tendo como instrumentos norteadores: a observação com um roteiro específico e registro em diário de campo; Teste de Associação Livre de Palavras, composto pelos estímulos: “Cuidar de mim é” e “Saúde é”, cujos dados foram organizados e processados pelos softwares *Ensemble de programmes Permettant l'analyse des Evocations* (versão 2005), compondo o Quadro de quatro casas e *Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires* baseando-se na Classificação Hierárquica Descendente. A entrevista foi guiada por roteiro com questões sobre práticas de cuidados de si e saúde. Os dados foram processados no software Iramuteq, baseando-se na Classificação Hierárquica Descendente e organizados em categorias. A análise das entrevistas foi feita transversalizando com as demais técnicas. As normas da Resolução 466/12 foram atendidas em todas as etapas da pesquisa (CAAE 61745616.8.0000.5531). Os resultados revelaram que as representações do cuidado de si ancoram-se em questões relacionadas à satisfação das necessidades básicas de saúde em associação com a qualidade de vida. As experiências, culturas, crenças, conhecimentos, valores individuais compartilhados no grupo, simbolizam-se através de representações e práticas que refletem novos arranjos nos modos de cuidar de si mesmo. Isso é experienciado de maneira singular, requerendo dos serviços e profissionais, encontros assistenciais que potencializem as pessoas, gerem diálogos que favoreçam a autonomia. Aprender as representações sociais e sua relação com as práticas sociais do grupo investigado foi importante para promoção de cuidado integral, com ações éticas, políticas e de qualidade. Vislumbra-se o fortalecimento de estratégias de pesquisa na Enfermagem com aprendizados que proporcionem novos modos de cuidar em saúde.

Palavras-chave: Saúde; Pessoas em Situação de Rua; Práticas de Cuidado; Representações Sociais; Autocuidado.

ABSTRACT

SILVA, Dejeane de Oliveira. "**They can say I don't, but I do take care of myself**": representations and practices of self-care of homeless persons. 2018. 223 p. Thesis ((Doctorate) -School of Nursing, Federal University of Bahia, Salvador, 2018.

This research addresses the self-care of homeless persons with regard to health, focusing on the social representations and practices adopted in the context in which they are inserted. Self-care exhibits unique ways of being and living that pass through diverse knowledges, involving individual, social, cultural aspects, revealed in attitudes aimed at maintaining life. The study had as its object: social and practical representations of self-care, with regard to health, for homeless persons, and as objectives: 1) To describe the characteristics of the investigated group in accordance with the context in which it is inserted; 2) To apprehend the social representations of homeless persons about self-care and health; 3) To describe the practices of self-care adopted by homeless persons with a focus on health; 4) To discuss the interaction between the social representations and the practices of care adopted by homeless persons, with regard to health. This is a research with multi-method approach that articulated theoretical concepts of Theory of Social Representations and Self-Care. The participants were 122 homeless persons, linked to the Specialized Reference Center for Homeless Persons, from Ilhéus-BA, aged 18 years and over, of both sexes and different gender identities. For the production of empirical data, the techniques of observation, free evocation of words and semi-structured interview were used, with the following guiding instruments: observation with a specific script and recording in a field diary; Free Word Association Test, composed of the stimuli: "Caring for me is" and "Health is", whose data were organized and processed by the software *Ensemble de programmes Permettant l'analyse des Evocations* (2005 Version), composing the Table of four houses and *Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires* based on the Descending Hierarchical Classification. The interview was guided by a script with questions about self-care practices and health. The data were processed in the software Iramuteq alpha 2, based on the Descending Hierarchical Classification and organized into categories. The analysis of the interviews was carried out with the other techniques. The norms of Resolution 466/12 were met in all stages of the research (CAAE 61745616.8.0000.5531). The results revealed that representations of self-care are anchored in issues related to the satisfaction of basic health needs in association with quality of life. The experiences, cultures, beliefs, knowledge, individual values shared in the group, are symbolized through representations and practices that reflect new arrangements in the ways of taking care of oneself. This is experienced in a unique way, requiring from the services and professionals, assistance meetings that empower people, and generate dialogues that favor autonomy. Apprehending social representations and their relation to the social practices of the investigated group was important for the promotion of integral care, with ethical, political and quality actions. It is envisaged the strengthening of research strategies in Nursing with learnings that provide new ways of caring in health.

Keywords: Health; Homeless Persons; Care Practices; Social Representations; Self-Care.

RESUMEN

SILVA, Dejeane de Oliveira. **"Pueden decir que no, pero me cuidan": representaciones y prácticas del cuidado de sí de personas en situación de calle.** 2018. 223 hojas. Tesis (Doctorado en Enfermería) - Universidad Federal de Bahia, Escuela de Enfermería, 2018.

Esta investigación aborda el cuidado de sí de personas en situación de calle en lo que concierne a la salud, con foco en las representaciones sociales y prácticas adoptadas en el contexto en el cual están insertadas. El cuidado de sí exhibe modos de ser y de vivir singulares, que atraviesan por diversos saberes, involucra aspectos individuales, sociales, culturales, revelando actitudes visando el mantenimiento de la vida. El estudio tuvo como objeto: representaciones sociales y prácticas del cuidado de sí, en lo que concierne a la salud, para las personas en situación de calle, y como objetivos: 1) Describir las características del grupo investigado en consonancia con el contexto en el cual está inserto; 2) Apreciar las representaciones sociales de personas en situación de calle sobre el cuidado de sí y de la salud; 3) Describir las prácticas del cuidado de sí adoptadas por personas en situación de calle con foco en la salud; 4) Discutir la interacción entre las representaciones sociales y las prácticas de cuidado adoptadas por las personas en situación de calle, en lo que concierne a la salud. Se trata de una investigación con método múltiple que articuló conceptos teóricos de la Teoría de las Representaciones Sociales y Cuidado de sí. Las participantes fueron 122 personas en situación de calle, vinculadas al Centro de Referencia Especializada para Personas en Situación de Calle, Ilhéus-BA, con edad igual o superior a 18 años, ambos sexos y diferentes identidades de género. Para la producción de los datos empíricos se utilizaron las técnicas de observación, evocación libre de palabras y entrevista semiestructurada, teniendo como instrumentos orientadores: la observación con itinerario específico y registro diario de campo; La Prueba de Asociación Libre de Palabras, compuesta por los estímulos: "Cuidar de mí es" y "Salud es", cuyos datos fueron organizados y procesados por el software *Ensemble de programmes Permettant l'analyse des Evocations* (versión 2005), componiendo el Cuadro de cuatro casas y los Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires basándose en la Clasificación Jerárquica Descendente. La entrevista fue guiada por un guión con preguntas sobre las prácticas de cuidado de sí y de la salud. Los datos fueron procesados en el software Iramuteq alpha 2, basándose en la Clasificación Jerárquica Descendente y organizado en categorías. El análisis de las entrevistas fue hecho transversalizando con las demás técnicas. Las normas de la Resolución 466/12 fueron atendidas en todas las etapas de la investigación (CAAEE 61745616.8.00.0000.5531). Los resultados revelaron que las representaciones del cuidado de sí se consolidan en cuestiones relacionadas a la satisfacción de las necesidades básicas de salud en asociación con la calidad de vida. Las experiencias, culturas, creencias, conocimientos, valores individuales compartidos en el grupo, se simbolizan a través de representaciones y prácticas que reflejan nuevos arreglos en los modos de cuidar de sí mismo. Esto es experimentado de manera singular, requiriendo de los servicios y de los profesionales, encuentros asistenciales que potencien a las personas, generen diálogos que favorezcan la autonomía. Apreciar las representaciones sociales y su relación con las prácticas sociales del grupo investigado fue importante para la promoción de cuidado integral, con acciones éticas, políticas y de calidad. Se vislumbra el fortalecimiento de estrategias de investigación en la Enfermería con aprendizajes que proporcionen nuevos modos de cuidar en la salud.

Palabras clave: Salud; Personas en Situación de Calle; Prácticas de cuidado; Representaciones Sociales; Autocuidado.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 -Fluxograma de busca na base de dados	27
Figura 2 -Distribuição de grupos de pesquisa com a temática população em situação de rua no Brasil	37
Figura 3 -Regiões com maior concentração de pessoas em situação de rua,Ilhéus, Bahia, Brasil, 2018	49
Figura 4 - Produção e análise dos dados.....	. 73
Figura 5 - Árvore máxima de similitude das evocações das pessoas em situação de rua ao termo indutor “cuidar de mim é” (n=122). Ilhéus, Bahia, Brasil, 2018.....	115
Figura 6 - Diagrama em barras das 15 - entre as 122 - evocações justificadas como mais importantes pelas pessoas em situação de rua sobre o cuidado de si. Ilhéus, Bahia, Brasil, 2018	120
Figura 7 - Árvore máxima de similitude das evocações das pessoas em situação de rua ao termo indutor “saúde é”(n=122). Ilhéus, Bahia, Brasil, 2018.....	145
Figura 8 - Diagrama em barras das 10 - entre as 122 - evocações justificadas como mais importantes pelas pessoas em situação de rua sobre saúde. Ilhéus, Bahia, Brasil, 2018.	150
Figura 9 -Dendograma temático da análise de Classificação Hierárquica Descendente das pessoas em situação de rua (n=20), IRAMUTEQ alpha 2, Ilhéus, BA, Brasil, 2018.....	156
Figura 10 -Dendograma da análise de Classificação Hierárquica Descendente das pessoas em situação de rua entrevistadas (n=20), IRAMUTEQ alpha 2, Ilhéus, BA, Brasil, 2018.....	158

Figura 11 - Desafios e estratégias para o cuidado de si no cotidiano da vivência nas ruas 167

Figura 12 – O cuidado centrado no modelo biomédico e a prevenção como suporte .180

LISTA DE QUADROS

- Quadro 1** -Variáveis sociodemográficas de pessoas em situação de rua investigadas. Ilhéus, Bahia, Brasil, 2018..... 84
- Quadro 2**- Aspectos da vida nas ruas. Ilhéus, Bahia, Brasil, 2018..... 87
- Quadro 3**- Dados relacionados à saúde de pessoas que vivem nas ruas. Ilhéus, Bahia, Brasil, 2018..... 91
- Quadro 4** - Estrutura da representação social de pessoas em situação de rua frente ao termo indutor “cuidar de mim é”(n=122). Ilhéus, Bahia, Brasil, 2018..... 95
- Quadro 5** -Estrutura da representação social de pessoas em situação de rua frente ao termo indutor “saúde” (n=122). Ilhéus, Bahia, Brasil, 2018..... 122

LISTA DE SIGLAS

AIDS - Síndrome de Imunodeficiência Adquirida
APS - Atenção Primária à Saúde
BVS - Biblioteca Virtual em Saúde
CadÚnico - Cadastro Único
CAPS - Centros de Atenção Psicossocial
CENTRO POP - Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua
CEP- Comitê de Ética em Pesquisa
CHD - Classificação Hierárquica Descendente
CnaR- Consultórios na Rua
CNAS- Conselho Nacional de Assistência Social
CNS- Conselho Nacional de Saúde
CONGEMAS - Colegiado Nacional dos Gestores Municipais da Assistência Social
CR- Consultório de Rua
DeCS - Descritores em Ciências da Saúde
eCnaR- Equipes de Consultório na Rua
EEUFBA- Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia
ESF - Estratégia de Saúde da Família
EVOC - Ensemble de Programmes Permettant l'analyse des Evocations
FIOCRUZ - Fundação Oswaldo Cruz
FGTS - Fundo de Garantia por Tempo de Serviço
GE-POPRUA - Grupo de Estudos População em Situação de Rua de Salvador-Bahia
HIPERDIA - Programa Nacional de Hipertensão e Diabetes *Mellitus*
HIV - Vírus da Imunodeficiência Humana
LGBTT - Lésbica, Gay, Bissexuais, Transsexuais e Travestis
IRAMUTEQ- *Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires*
IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas
IPEA - Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
ISTs - Infecções Sexualmente Transmissíveis
MDS- Ministério do Desenvolvimento Social e de Combate à Fome
MNPR - Movimento Nacional da População em Situação de Rua
MS- Ministério da Saúde

NC- Núcleo Central

OME- Ordem Média de Evocação

OMS - Organização Mundial de Saúde

ONU- Organização das Nações Unidas

PNAB- Política Nacional de Atenção Básica

PNPSR- Política Nacional para a População em Situações de Rua

PNPR- Pesquisa Nacional da População de Rua

PNH- Política Nacional de Humanização

PPGENF- Programa de Pós Graduação em Enfermagem e Saúde

PSR - Pessoas em Situação de Rua

QV- Qualidade de Vida

RS- Representações Sociais

RAPS - Rede de Atenção Psicossocial

SAC - Serviço de Atendimento ao Cidadão

SAMU- Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SEMPS- Secretaria Municipal de Promoção da Saúde e Combate a Fome

SMS- Secretaria Municipal de Saúde

SNAS- Secretaria Nacional de Assistência Social

SPAs- Substâncias Psicoativas

ST- Segmentos de Texto

SUAS - Sistema Único de Assistência Social

SUS - Sistema Único de Saúde

SVDG- Sexualidades, Vulnerabilidades, Drogas e Gênero

TALP - Teste de Associação Livre de Palavras

TCLE- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TNC- Teoria do Núcleo Central

TOPA - Todos pela Alfabetização

TRS- Teoria das Representações Sociais

UA- Unidade de Acolhimento

UBS - Unidade Básica de Saúde

UCI- Unidade de Contexto Inicial

UCE- Unidades de Contexto Elementares

UESC - Universidade Estadual de Santa Cruz

UFBA - Universidade Federal da Bahia

GLOSSÁRIO

Alemão- levar na manha
Barrigada - defecar
Bater uma ducha - tomar banho
Bicho de goiaba-HIV
Boi - banheiro
Cabeça Cara-devedor
Cabeça de gelo - sossegado
Caô- mentira
Chega ai mano - venha aqui
Couro de rato - presidiário sem família
Descuido -o que rouba no descuido do outro
Draga- pistola
Fazer um corre - trabalhar
Fumar um beque - usar drogas
Fumar um flinstones- usar drogas
Fumar um jeuris- usar drogas
Jega-cama
Kolé de mermo-o que está acontecendo?
Laricar- comer
Manguear-pedir
Mariado- acabou
Pegar a bóia- comer
Piru -ousado
Pescoço -fofoqueiro
Pinote- devedor compulsivo
Quebrada - malandro
Tirar um bode - dormir
Trampo - trabalho
155 nervoso- aquele que não aguenta ficar sem roubar
Zinda-seca, sem droga

SUMÁRIO

1 EMBARQUE NA TEMÁTICA	24
2 CONTEXTUALIZAÇÃO DO OBJETO	31
2.1 “EU NÃO ME LEMBRO QUANDO EU DORMI COM OS DOIS OLHOS”: A(S) RUA(S) COMO POSSIBILIDADE(S) DE MORADIA(S), (SOBRE)VIVÊNCIA(S) E RESISTÊNCIA(S).....	31
2.2 “O ESTADO DE DIREITO É RESPONSÁVEL POR A GENTE”?: POLÍTICAS PÚBLICAS E PROBLEMAS DE SAÚDE DE PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA.....	38
2.3 “QUEM MORA NA RUA TEM QUE DAR OS SEUS ‘PULO’ PRA SE CUIDAR...”: O CUIDAR DE SI EM UMA DIMENSÃO DA SAÚDE.....	46
3 REFERENCIAL TEÓRICO.....	56
3.1 TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS: ASPECTOS TEÓRICOS E METODOLÓGICOS.....	56
4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	63
4.1 TIPO DE PESQUISA.....	63
4.2 CAMINHANDO PELAS RUAS E CHEGANDO AO CENÁRIO DE ESTUDO	65
4.3 CARACTERIZANDO O <i>LOCUS</i> DO ESTUDO.....	66
4.4 APROXIMAÇÃO COM O GRUPO INVESTIGADO.....	67
4.5 DISCORRENDO SOBRE OS ASPECTOS ÉTICOS NO CAMINHAR DESSA PESQUISA.....	70
4.6 TÉCNICAS E PROCEDIMENTOS PARA A PRODUÇÃO DOS DADOS – A UTILIZAÇÃO DOS MULTIMÉTODOS E MULTITÉCNICAS.....	72
4.6.1 Observação de campo.....	74
4.6.2 A evocação livre de palavras.....	75
4.6.3 Entrevista semiestruturada.....	77
4.7 PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DE DADOS.....	78
4.7.1 Uso dos softwares no processamento e análise dos dados.....	79
4.7.1.1 EVOC.....	79
4.7.1.2 IRAMUTEQ.....	80
5 RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	83

5.1 CONHECER PARA MELHOR ACOLHER: CARACTERIZAÇÃO DE PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA COMO DISPOSITIVO PARA PLANEJAMENTO DO CUIDADO EM SAÚDE.....	83
5.2 SOBRE O CUIDADO DE SI: A COMPOSIÇÃO ESTRUTURAL DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA.....	92
5.2.1 Sobre o cuidado de si: a composição estrutural das representações sociais de pessoas em situação de rua.....	93
5.2.2 “Saúde pra mim é viver bem”: estrutura da representação social de pessoas em situação de rua sobre saúde.....	121
5.3 “SAÚDE PRA MIM É VIVER BEM”: ESTRUTURA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA.....	151
5.3.1 “Vocês me enxergam como um Zé ninguém, mas sou gente que se cuida: aqui eu faço o ‘corre’, luto pela minha comida, tento meu emprego e não vivo como uma ‘estauta’ esperando alguém me estender a mão”.....	166
5.3.2 “O bom da vida é viver”: preciso tomar meu banho, ir no médico e me prevenir”.....	170
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	185
REFERÊNCIAS.....	186
ANEXOS.....	209
APÊNDICES.....	213

1 EMBARQUE NA TEMÁTICA

“Nada sobre nós, sem nós”
Maria Lúcia Pereira (*in memoriam*)
Líder do Movimento Nacional
Populaçãode Rua

Esta pesquisa aborda o cuidado de si de pessoas em situação de rua (PSR), no que concerne à saúde, com foco nas representações sociais (RS) e práticas adotadas no contexto no qual estão inseridas. Abordar o cuidado de si de PSR implica em trazer à tona elementos de uma ação ontológica ao ser humano (o cuidado) e de um fenômeno social, histórico, global, multifacetado, com implicações sociais, políticas e econômicas (pessoas em situação de rua).

O conceito de cuidado é complexo e envolve aspectos individuais, sociais e culturais, uma vez que faz parte da existência humana, sendo um agulhão cravado em sua carne (FOUCAULT, 2006) e se revela em atitudes (BOFF, 2014) visando à manutenção da vida (COLLIÈRE, 1999). Ademais, traz à tona a necessidade de garantir e respeitar as especificidades de quem é cuidado (ROSELLÓ, 2009) e “de fazer mais e, algumas vezes, um pouco diferente, aquilo que já sempre terá feito parte da arte da atenção à saúde” (AYRES, 2009, p.18).

O cuidado de si exhibe modos de ser e de viver singulares, que perpassam por conhecimentos diversos, sejam esses científicos, tradicionais, baseados em modelos biomédicos, em práticas alternativas ou em estratégias de sobrevivência. Assim, torna-se relevante atentar para uma ecologia de saberes presentes nas relações sociais, e não apenas uma única forma de conhecimento (SANTOS, 2010; 2003). Nessa perspectiva, vale salientar que para uma assistência pautada nos princípios da integralidade e humanização, preconizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), é importante considerar a heterogeneidade dos grupos. Devem-se considerar as situações de ordem econômica, política, social, de gênero, afetiva e cultural, de forma a valorizar o individual e o coletivo, os diversos modelos e as distintas relações, bem como as particularidades dos modos de vida de cada um em suas organizações singulares (MEIRELLES, 2013; MOREIRA, 2012; MELO, 2011).

O fenômeno PSR é complexo e cada vez mais comum, que requer ações intra e intersetoriais com políticas mais efetivas e eficazes (VERAS et al., 2014; BORYSOW; FURTADO, 2014; KHANDOR et al., 2011). Na atualidade, a ida e a permanência de PSR tem se intensificado e acometido indivíduos de todas as identidades de gênero e

diferentes faixas etárias, raça/cor, naturalidade e nível de escolaridade. Essa intensificação se justifica, dentre outras causas, pelas desigualdades sociais e econômicas que demandam exclusão social, permeada pela violência, consumo de álcool e outras drogas, fragilidade dos vínculos familiares, desemprego e processos migratórios (ALMEIDA, 2011; ARISTIDIS; LIMA, 2009). Contudo, viver e estar nas ruas gera processos diversos de preconceito, discriminação, medo, violência em todas as suas dimensões e perdas de direitos humanos básicos como o acesso a saúde, educação, moradia, emprego, renda, lazer, dentre outros (BRÊTAS et al., 2010).

Conforme dados da Pesquisa Nacional sobre PSR realizada em 2007 pelo Ministério do Desenvolvimento Social (MDS) e a Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciências e a Cultura em 71 cidades brasileiras, verificou-se que havia à época, 31.922 pessoas adultas em situação de rua no país (BRASIL, 2008). Esse quantitativo foi somado aos dados de pesquisas municipais realizadas em São Paulo, Recife, Porto Alegre e Belo Horizonte, totalizando cerca de 50 mil PSR. Dados do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), para o ano de 2015, estimou a existência de 101.854 PSR no Brasil (IPEA, 2016). Contagem realizada na cidade de Salvador, Bahia pelo Projeto Axé, em parceria com a Universidade Federal da Bahia, fez uma estimativa de que existiam entre 14.513 a 17.357 PSR no município. Não há dados oficiais sobre o quantitativo dessas pessoas no país, mas observa-se um crescimento acentuado em todas as regiões do Brasil.

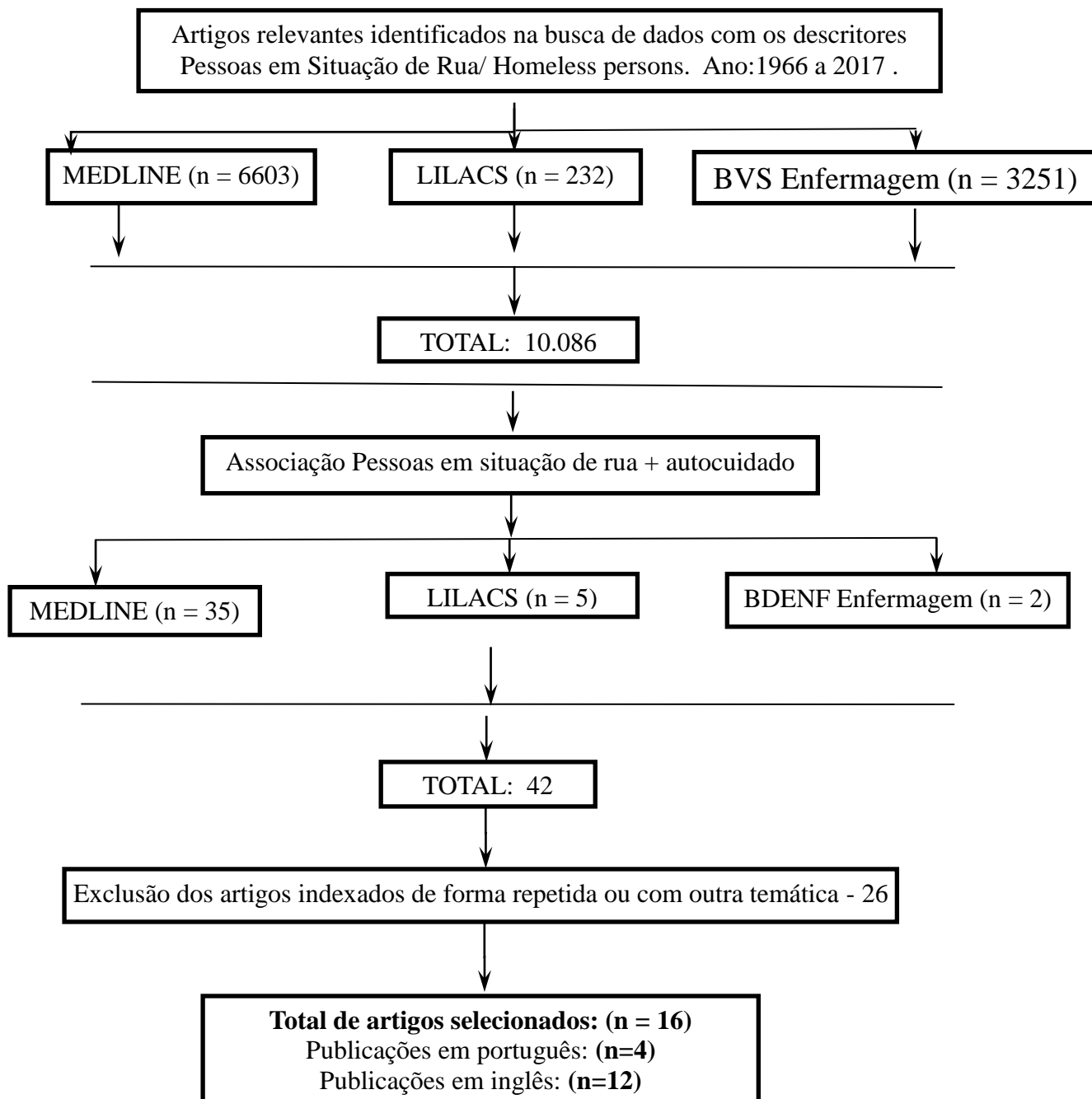
De acordo com o Decreto Presidencial de nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009, marco legal para caracterização das PSR, estas são definidas como: um grupo com características diversas, tendo em comum à pobreza extrema, a interrupção ou fragilização dos seus vínculos familiares. São pessoas que não têm direitos, que não possuem moradia normativa e regular e como local para a sua morada e seu sustento, lançam mão de lugares públicos, áreas degradadas, viadutos e unidades de acolhimento (UA) para pernoite ou como moradia provisória. Essa condição poderá ter caráter temporário ou permanente (BRASIL, 2009).

Segundo dados da Pesquisa Nacional sobre PSR (BRASIL, 2014; 2008), 29,7% das PSR entrevistadas apresentavam algum problema de saúde, 18,7% afirmaram que faziam uso de algum medicamento, sendo os Postos/Centros de Saúde os principais meios de acesso aos mesmos. No que tange a busca por atendimento, 43,8% afirmaram que procuravam primeiramente o hospital/emergência e 27,4% o Posto de Saúde. Tais

dados revelam que se cuidar na rua é fundamental e requer políticas efetivas, gestão participativa e profissionais implicados com a universalidade do cuidado.

A decisão de trabalhar com PSR implicou em duas ações prioritárias: busca na base de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), com o descritor “pessoas em situação em rua” e seu correspondente na língua inglesa (homeless persons), do vocabulário de Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), considerando o período entre os anos de 1966 e 2017; e envolvimento com o Movimento Nacional População em Situação de Rua e articulações com outros grupos e/ou instituições que trabalham com este segmento populacional, a exemplo da Defensoria Pública e da equipe de consultório de rua. Nesse processo se deu o contato direto com Maria Lúcia Pereira¹, que suscitou outras articulações com o grupo e também motivou o desenvolvimento da pesquisa. Tais contatos permitiram promover ações de cidadania para PSR e ampliar a produção de conhecimento científico sobre as mesmas. A busca na base de dados está expressa no Figura 1 a seguir:

¹Mulher, negra, batalhadora, símbolo de resistência que transformou a tudo e a ela mesma. Era uma incentivadora das minorias e sempre acreditou na capacidade das pessoas em alcançar seus sonhos e objetivos. Sua luta vislumbrava oferecer dignidade à vida das pessoas em situação de rua. À época da minha aproximação, era líder do Movimento Nacional População de Rua. Falecida em abril de 2018, a sua partida precoce deixou uma lacuna e se constituiu em uma grande perda para os movimentos sociais.

Figura 1 – Fluxograma de busca na base de dados

FONTE: Dados da Pesquisa, 2018.

A maioria dos estudos abordava o uso de substâncias psicoativas, nomeadamente, o crack; transtornos mentais; acesso aos serviços; questões referentes à moradia e o cuidado recebido por profissionais. O cuidado retratado nos artigos, quando realizado por serviços especializados como os Consultórios na rua (CnaR), Consultórios

de rua (CR), Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), alinha-se com as políticas públicas e com as necessidades das/os usuárias/os, é ampliado e facilita o acesso. Entretanto, o cuidado oferecido por serviços generalistas como as Emergências, Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Estratégia de Saúde da Família (ESF), pauta-se na resolução de sintomas, com padronização das rotinas, independente das demandas apresentadas.

Nessa trajetória, a partir de setembro de 2015 foi iniciado processo de aproximação com PSR cadastradas em duas UA de Salvador-Ba, visando o desenvolvimento de pesquisas por integrantes do grupo de pesquisa em Sexualidades, Vulnerabilidades, Drogas e Gênero (SVDG), no qual estou vinculada. O processo de aproximação implicou no desenvolvimento de atividades de cunho educativo com metodologias participativas, com temáticas definidas pelas pessoas assistidas nas UA selecionadas. As pesquisas objetivaram apreender as RS do cuidado na saúde (SANTOS, 2017) e do cuidado vinculado as Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) (SILVA, 2017).

As ações desenvolvidas nesse período favoreceram a inserção no Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua (Centro POP), em Ilhéus-Ba, local selecionado para o desenvolvimento da pesquisa, visando conhecer a realidade da instituição e do grupo que ali era acolhido. A definição do local se deu após anuência do coordenador do serviço e aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia (EEUFBA).

Portanto, este estudo justifica-se por vir a colaborar com a produção de conhecimentos relevantes e pela possibilidade de descortinar uma série de questões sobre o fenômeno estudado. Tem como justificativa também pela oportunidade em gerar novos olhares sobre as PSR, o cuidado e a saúde, rompendo com modelos cartesianos de cuidados à saúde. Nesse sentido, é importante, sobretudo, por contribuir com possíveis desdobramentos em minha atuação como docente, pesquisadora e mulher, com aplicação nas práticas de formação docente e ruptura de práticas normativas. E, ainda, por preencher lacunas do conhecimento e favorecer a autonomia e redução de situações de vulnerabilidades de grupos atingidos pelo fenômeno das ruas, gerando possibilidades de diálogos para sustentar políticas de acolhimento, acesso a redes de apoio e cuidado.

Diante do exposto, surgiu a seguinte **questão de pesquisa**: Como se configuram as representações e práticas do cuidado de si, no que concerne à saúde, para as pessoas em situação de rua? e como **objeto**: Representações sociais e práticas de cuidado de si,

no que concerne à saúde, para as pessoas em situação de rua. Nesse contexto, optou-se pela Teoria das Representações Sociais (TRS) como eixo teórico metodológico. Tal decisão foi respaldada no reconhecimento de que as RS “guiam o modo de nomear e definir conjuntamente os diferentes aspectos da realidade diária, no modo de interpretar esses aspectos, tomar decisões e, eventualmente, posicionar-se frente a eles de forma defensiva” (JODELET, 2001, p.17).

Ademais, a referida teoria reconhece a concretude e singularidade histórica dos comportamentos individuais e fatos sociais, bem como, acolhe o conteúdo dos fenômenos psicossociais, por perceber esses elementos como fundamentais para a interpretação e construção das realidades sociais (SÁ, 2015). Trata-se de uma teoria amplamente utilizada em pesquisas nacionais e internacionais, sobretudo nas áreas da saúde e humanas, com os mais distintos objetos e grupos sociais, dentre outros fatores pela relação sutil entre representações e influências comunicativas. Nesse aspecto, Moscovici (2012) pontua que as representações são produtos da interação e comunicação do sujeito com o mundo, configurando-se a partir do equilíbrio desses processos de influência social.

Diante das considerações apresentadas e da fundamentação teórica adotada, parte-se do **pressuposto** de que as PSR adotam práticas distintas de cuidado de si, em estreita relação com a saúde, norteadas por experiências vividas, valores, crenças, ideias, concebidas no contexto das relações concretas que ocorrem em seu território. Essas formas de cuidado nem sempre estão em consonância com o modelo normativo e, por vezes, podem ser visualizadas como um não cuidado. Na perspectiva de confirmar ou não tal pressuposto, foram definidos os seguintes **objetivos**:

- 1) Descrever as características do grupo investigado em consonância com o contexto no qual está inserido;
- 2) Apreender as representações sociais de pessoas em situação de rua sobre cuidado de si e saúde;
- 3) Descrever as práticas do cuidado de si adotadas por pessoas em situação de rua, com foco na saúde;
- 4) Discutir a interação entre as representações sociais e as práticas de cuidado de si adotadas pelas pessoas em situação de rua, no que concerne à saúde.

Vale salientar que o desenvolvimento da pesquisa gerou discussões sobre a temática não apenas no grupo de pesquisa SVDG, mas também, em atividades do Programa de Pós Graduação em Enfermagem e Saúde (PPGENF) da UFBA. Houve

importante participação de docentes, graduandas/os, mestrandas/os, doutorandas/os e profissionais dos serviços. Nesses moldes, a pesquisa serviu como elemento de sensibilização em relação às PSR, sobretudo no contexto da Enfermagem.

A pretensão de publicação dos resultados em periódicos indexados e apresentação em eventos científicos, conforme planejado se constitui em modalidade de ampliar a produção do conhecimento sobre o grupo investigado e fortalecimento da linha de pesquisa do grupo SVDG.

2 CONTEXTUALIZAÇÃO DO OBJETO

*Não sei se a vida é curta ou longa para nós,
mas sei que nada do que vivemos tem sentido,
se não tocarmos o coração das pessoas.*
Cora Coralina

O cuidado de si se constitui como forma singular de ser e de viver e perpassa por práticas individuais e coletivas, na relação consigo mesma e com o outro. Esse cuidado engloba conhecimentos variados, quais sejam: científicos, éticos, tradicionais, políticos, estéticos, culturais, do senso comum, como formas de (sobre)vivência. Diante disso, o conhecimento do senso comum, os saberes baseados nas experiências de vida das PSR trazem em si subjetividades reveladas no cotidiano das relações com a rua e com o/a outro/a, e são expressas nos modos de se cuidar e de (sobre)viver nas ruas. Todos esses saberes são igualmente importantes. Na concepção de Jodelet (2001), o saber do senso comum é legítimo devido “a importância na vida social e à elucidação possibilitadora dos processos cognitivos e das interações sociais” (Jodelet, 2001, p.22).

Diante disso, para exposição mais adequada dos elementos teóricos que compõem o objeto desse estudo, de forma que balize melhor leitura quanto às práticas de cuidado de si de PSR, essa seção foi organizada com os seguintes tópicos: 2.1 “**Eu não me lembro quando eu dormi com os dois olhos**”²: a(s) rua(s) como possibilidade(s) de moradia(s), (sobre)vivência(s) e resistência(s); 2.2 “**O Estado de direito é responsável por a gente?**”³: políticas públicas e problemas de saúde de pessoas em situação de rua; 2.3 “**Quem mora na rua tem que dá os seus ‘pulo’ pra se cuidar...**”⁴: o cuidar de si numa dimensão da saúde.

2.1 “EU NÃO ME LEMBRO QUANDO EU DORMI COM OS DOIS OLHOS”: A(S) RUA(S) COMO POSSIBILIDADE(S) DE MORADIA(S), (SOBRE)VIVÊNCIA(S) E RESISTÊNCIA(S).

Pés, pra que te quero, se tenho asas para voar?

Frida Kahlo

O movimento de ir para as ruas perpassa por questões de ordem individual, social, cultural e política, demarcadas por desemprego; falta de moradia; problemas

²Excerto extraído da entrevista 5

³Excerto extraído da entrevista 10

⁴Excerto extraído da entrevista 3

familiares como a violência, perdas de entes queridos; uso de álcool e outras drogas (HINO; SANTOS; ROSA, 2018; SILVA et al., 2018; AGUIAR; IRIART, 2012; FERNADES; RAIZER; BRÊTAS, 2007). Os processos de migrações e imigrações interestaduais e inter-regionais também podem resultar em situação de vivência nas ruas, sobretudo porque essas pessoas não conseguem se inserir no mercado de trabalho formal (VERAS, 2011). Há de considerar que algumas pessoas passam a morar na rua por opção (almejam a liberdade) e outras, por falta de opção (ANDRADE; COSTA; MARQUETTI, 2014).

A presença de pessoas vivendo nas ruas evidencia os contextos nos quais os indivíduos se inserem, de modo que a sua vida privada se torna pública. Com isso, nota-se que a vivência em situação de rua é um fenômeno antigo, complexo e multifacetado e traz em si, o estigma da exclusão e das desigualdades (DONOSO; BASTOS; FARIA; COSTA, 2013; SAWAIA, 2011).

A exclusão, conforme apontado por Sawaia (2011) possui um conceito polissêmico que vai do individual ao coletivo, do subjetivo ao objetivo, sendo um processo socio-histórico. Esse processo é dialético uma vez que ao se considerar a inclusão, inserção e integração, a exclusão só existe por ser parte que a constitui. É importante pensar as mais variadas dimensões que compõem a exclusão, seja estas de ordem política, relacional, material e subjetiva.

Guareschi (2011) nos estimula a pensar a exclusão na sociedade e no mundo do trabalho atual que tem se estruturado com base em mecanismos que tem impossibilitado a maioria das pessoas a ter acesso ao mundo do trabalho. Consequentemente, essas pessoas podem ser impelidas a encontrar nas ruas o seu local de moradia.

Nesse cenário de exclusão, soma-se a condição de pobreza que atinge grande parte da população do Brasil, sendo uma temática que, de forma recorrente, vem sendo debatida nas diversas literaturas (SAWAYA, 2011; PERLMAN, 2004; ROCHA, 2003; SEN, 2001; VALLADARES, 2000) e persiste em muitos países, até mesmo naqueles considerados mais desenvolvidos. Diante disso, tem suscitado reflexões a respeito das desigualdades sociais que ultrapassam as diferenças individuais, biológicas e denunciam a violação dos direitos humanos (VERAS, 2011; PERLMAN, 2004). Destaque-se que as desigualdades revelam produção de acumulação capitalista que se baseia na exploração de uma classe dominante sobre a classe explorada (YAZBEK, 2012; MARX, 1980).

Por esse ângulo, as desigualdades não se resumem apenas a falta de renda e a questões econômicas, ela se amplia às dimensões sociais, éticas e morais. Nessa perspectiva, Sen (2001) vai esclarecer que não se pode considerar as necessidades humanas como algo pontual e igual para todos; essas necessidades são variáveis, plurais e distintas para pessoas plurais e distintas. Diante disso, Escorel (2006) em sua discussão sobre PSR chamou a atenção para o fato de que o cenário de miséria da população brasileira havia chegado ao limite. Passado mais de uma década, observa-se que a pobreza é permanente e o número de PSR cada vez mais crescente.

Apesar disso, o Brasil apresentou uma queda dos níveis de desigualdade de renda entre os anos de 2002 a 2015, segundo a publicação “Fases da desigualdade no Brasil”, como contribuições ao Programa Agenda Igualdade, desenvolvido pela Faculdade Latino-Americana de Ciências Sociais (FLACSO) e Conselho Latino-americano de Ciências Sociais, (CLACSO). Essa publicação reflete sobre uma desigualdade que é multidimensional e relacional e evidencia alguns fatores que contribuíram para a redução das desigualdades a partir de 2003, apesar de o Brasil ainda ser um dos países mais desiguais do mundo. Dentre esses fatores, destacaram-se: aumento real do salário mínimo; crescente formalização do mercado de trabalho; a incorporação dos mais pobres ao orçamento federal, por meio de políticas de inclusão social e distribuição efetiva de renda; a promoção de uma política social integrada (CAMPELLO; GENTILI, 2017).

Os autores supracitados alertam para o fato de que quando se reflete sobre desigualdade, não é possível ignorar a necessidade de superar a assimetria de acesso a bens e serviços, que leva grande parte da população a viver em condições de acentuada pobreza. Nesse sentido, cumpre destacar que o conceito de pobreza sobre o qual me detenho não se restringe apenas a falta de bens materiais. Concordo com o que discorreu Martins (1991), mencionando a pobreza como aquela que se refere a uma categoria política que se reflete na ausência de direitos, oportunidades, conhecimentos, vicissitudes e esperança do ser cidadão. A desigualdade na concepção ampla do termo é a maior violação de Direitos Humanos de todas as pessoas.

Para Wanderley (2011), a pobreza contemporânea é vista como um fenômeno com diferentes dimensões, que afeta pessoas tidas como pobres, incluindo-se aí os indigentes, subnutridos, analfabetos; pessoas que se inserem no mercado de trabalho de forma bastante diversificada, como é o caso dos migrantes discriminados. Essas

pessoas, para além da falta de renda, não detêm poder de ação e de representação para vislumbrar melhores condições de igualdade.

Por vezes, a pobreza é associada à marginalidade o que potencializa os preconceitos e estereótipos a alguns grupos sociais como o de PSR, migrantes, moradores de favelas. Porém, Perlman (2004) demonstrou que esses grupos sociais, apesar de ocuparem um espaço desprivilegiado e de opressão, não estão à margem do sistema, visto que é parte integrante deste. Argumenta que essas pessoas não eram “economicamente ou politicamente marginais, mas exploradas e reprimidas; não eram socialmente ou culturalmente marginais, mas estigmatizadas e excluídas de um sistema social fechado” (PERLMAN, 2004, p.1).

Quando analistas se voltaram para as cenas urbanas que compunham as ruas, o interesse maior foi o de investigar lugares com grandes aglomerações, como os cortiços. Esses locais eram identificados como reduto de pobreza onde se encontravam os malandros, as pessoas violentas, os vadios, os vagabundos, local de crime, de transmissão de doenças, representando ameaça à vida da sociedade e deveriam ser exterminados (VALLADARES, 2000).

Como forma de “limpeza”, organizações locais e proteção da população considerada em risco, muitas foram as iniciativas, como as médico-higienistas, a criação de políticas de remoção de favelas para extermínio da população ‘marginalizada’, a destruição de favelas e proibição do surgimento de outras (PERLMAN, 2004; VALLADARES, 2000). A ideia sempre foi de manter a cidade em ordem para que o progresso se estabelecesse sem os grupos considerados ‘pobres’, perigosos e causadores de doenças (SOBRINHO, 2013). Nota-se que as interações sociais, a depender da forma como se constituem, contribuem para os processos de exclusão e nas palavras de Jodelet (2011) e Guareschi (2011) essa exclusão é traduzida em uma organização específica de relações interpessoais ou intergrupais na qual o ser humano se constrói e se constitui. Isso se desdobra em grupos excluídos devido às formas de produção, de trabalho e de poder que se estabelecem.

Nesses processos de inter-relação, a ida para as ruas se intensificou nas grandes cidades do país, gerando um contingente populacional que compõe um quadro de exclusão social e pobreza. É necessário ter compreensão de que há uma articulação significativa entre os fenômenos pobreza e exclusão, apesar desses termos não serem tidos como sinônimos. Essa condição de excluídos gera sucessivas vulnerabilidades, fragilização, precariedade e ruptura dos vínculos sociais em suas dimensões afetivas,

econômicas, sociofamiliares, culturais, ocupacionais, políticas e da vida humana (WANDERLEY, 2011; ESCOREL, 2006). Nessa trajetória de ruptura dos mais diversos vínculos, as PSR passam a ser subjugadas, estigmatizadas, injustiçadas, abandonadas pela sociedade e conduzidas ao isolamento social (DONOSO; BASTOS; FARIA; COSTA, 2013; WANDERLEY, 2011; ESCOREL, 2006).

Essa realidade nos impulsiona a reflexões quanto aos motivos que possibilitam a uma democracia suportar indivíduos que excluem, promovem e motivam condutas de injustiças e não são capazes de acolher o outro (des)igual como igual. Nesse cenário, a rua como um lugar de encontro desses (des)iguais pode potencializar rupturas, preconceitos, discriminação, suscitar violências e mais exclusão. Todas essas situações podem ser compreendidas sob a ótica de Jodelet (2011, p.58) quando sinaliza que, o tratamento social que é dado a alguém se aproxima da exclusão quando “o outro não é mais considerado como pessoa ou o laço de solidariedade é rompido”.

Quando a pessoa entra no mundo da rua, fica privada de moradia, emprego formal, renda, não tem privacidade e simbolizam uma condição perene de desvinculação e um estatuto de excluído (DONOSO; BASTOS; FARIA; COSTA, 2013; ESCOREL, 2006). Todo esse processo de perdas muitas vezes gera no grupo social o entendimento de que não tem um pertencimento social e como consequências, surgem situações variadas, a saber: envolvimento com álcool e outras drogas, falta de perspectivas, baixa autoestima, revolta, tristeza e desmotivação (COSTA, 2004). Aqui é possível analisar o pertencimento social sob duas óticas: a partir das pessoas que excluem os que vivem na rua por não o identificarem como pertencentes ao seu grupo; e a partir das PSR que se isolam como consequência da exclusão que lhes é imposta.

Diante de tal realidade, as PSR passam a (con)viver diariamente com situações de vulnerabilidades que requerem não apenas o autocuidado, mas a escuta ampliada e o cuidado de profissionais sensíveis às suas necessidades. O cuidado é um dos elementos do fazer da Enfermagem e por ocupar os diversos serviços de atenção à saúde, as/os Enfermeiras têm a oportunidade de acolher as PSR, seja nos serviços da Atenção Básica (AB), na média e alta complexidade. Apesar do modelo biomédico ainda ter força na produção do cuidado em saúde, a Enfermagem busca assumir condutas mais humanísticas e que privilegiem o acolhimento e integralidade da atenção (SILVA; FRAZÃO; LINHARES, 2014; CRIVARO; ALMEIDA; SOUZA, 2007).

Uma vez adentrando e permanecendo nas ruas, essas pessoas enfrentam condições e efeitos desumanos advindos dos processos de exclusão, como preconceitos,

racismo, discriminação, estereótipos e agravos à saúde. Convivem diuturnamente em condições precárias de (sobre)vivência, sem acesso a bens e serviços como moradia, água tratada, emprego, saúde, alimentação, educação de forma digna e contínua, o que as tornam vulneráveis, pois perdem o direito enquanto cidadãos (BRASIL, 2014; ALMEIDA, 2011; ESCOREL, 2006; VARANDA; ADORNO, 2004). Nessa conjuntura, as ações de promoção e prevenção da saúde, empreendidas pela Enfermagem e equipe multidisciplinar, despontam como estratégias imprescindíveis a esse segmento populacional com vistas a reduzir os riscos de morbimortalidade. A atuação junto aos CnaR tem papel relevante sobretudo com a oferta de ações básicas de saúde (FERREIRA, ROSENDO, MELO, 2016), que lhes garantam direitos e oportunidades.

Segundo Andrade, Costa e Marquetti (2014), o direito à cidadania é negligenciado para a população em situação de rua, uma vez que, apesar de ocupar os lugares urbanos, por vezes são (in)visíveis para a sociedade e para o Estado. Diante disso, as PSR vivenciam a cidadania de papel cujos direitos, ainda que adquiridos, não são efetivados e não saem do papel (DIMENSTEIN, 2011). Para exercer a cidadania, é preciso conhecer e compreender os deveres e direitos que cada pessoa tem em uma dada sociedade. A partir desse conhecimento/entendimento, pode-se reivindicá-los com ética e responsabilidade.

É possível inferir que na rua é revelado não apenas cidadãos que utilizam o local como moradia e (sobre)vivência, mas utilizam, sobretudo, como espaço de debates, conquistas e resistência. Isso porque a vida nas ruas é dinâmica, formada por relações que se constroem na realidade dos sujeitos enquanto seres plurais inscritos em um grupo social, que se modificam cotidianamente, em um contexto de autonomia e solidariedade, marcado por processos subjetivos e cognitivos. À medida que os dias passam mulheres e homens se (re)inventam e incorporam a rotina das ruas em suas vidas, com novas normas, identidades e condutas que se estabelecem no compartilhamento mútuo dentro do grupo (ROSA; BRETAS, 2013).

Viver nas ruas exibe uma diversidade de representações, saberes e práticas sociais em uma rede de relações interpessoais variadas. Na rua há um coletivo de diferenças onde é possível enxergar a força da produção da vida do outro, e nesse território da multidão e de resistência, é onde se institui o campo da biopotência (MERHY, 2015; HARDT; NEGRI, 2005). A potência da vida que afeta e é afetada no encontro com o/a outro/a, e luta contra as formas de assujeitamento e submissão (PELBART, 2003). Ainda que estejam nas ruas, as pessoas encontram estratégias de

enfrentamento que os impulsionam a vislumbrar um futuro ‘diferente’ e essas estratégias perpassam, sobretudo, por ações políticas, sociais, morais e éticas.

Esse movimento para Pelbart (2003) demonstra que todas as pessoas possuem o que denominou de força-invenção. Nesse sentido, chama a atenção para a potência do coletivo que, por meio do seu poder de afetar e ser afetado desenha novas oportunidades. Diante disso, as PSR têm possibilidades de vida, de se alimentar, sair das ruas, constituírem família, dormir com os dois olhos, proteger-se da violência, manter-se na rua, lutar pelos seus ideais e acima de tudo, serem respeitadas como pessoas.

Alcançar a singularidade dessas pessoas requer movimentos de toda a sociedade, sensibilizada com suas necessidades e potencialidades, com ações políticas e projetos em rede que lhes assegurem a dignidade humana, a inclusão social e garanta oportunidades.

Estudar e refletir sobre a situação de rua é imprescindível para a divulgação do conhecimento nos mais diversos espaços de formação e cuidado às PSR. São várias as iniciativas no Brasil e na região voltadas para o cuidado, estudo e reflexões sobre esse fenômeno com a participação de profissionais das mais diversas áreas. A figura 2 exibe as regiões com maior número de pesquisas sobre o fenômeno população em situação de rua. Dentre os grupos existentes destacam-se aqueles pertencentes às áreas das Ciências Humanas (Psicologia); Ciências Sociais (Sociologia, Antropologia, Filosofia), Saúde (Enfermagem e medicina), dentre outras.

Figura 2 -Distribuição de grupos de pesquisas com a temática população de rua no Brasil



FONTE: Dados da Pesquisa, 2018.

Assim, a implementação de políticas que sejam norteadas por práticas que garantam o acesso à saúde, educação, lazer, moradia, trabalho e, sobretudo, a uma vida digna são relevantes nesse processo. Torna-se necessário discorrer sobre os problemas de saúde enfrentados pelas PSR bem como as políticas públicas, com vistas à compreensão das estratégias já implantadas.

2.2 “O ESTADO DE DIREITO É RESPONSÁVEL POR A GENTE?”: POLÍTICAS PÚBLICAS E PROBLEMAS DE SAÚDE DE PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA

O saber é uma dimensão do ser
Pierre Lévy

O objeto de estudo exige temas relacionados às políticas públicas implementadas para PSR, sua condição de vida e de saúde. Esse fenômeno vem sendo incluído nas agendas de discussão e na formulação de políticas que sejam mais transversais e articuladas e suscitem a inclusão desse grupo nos serviços de saúde, no cuidado na rua, na sociedade e, sobretudo, no acesso aos seus direitos. Os desafios enfrentados pela população em situação de rua não podem ser sanados com políticas assistencialistas visto que, negam o direito de serem cidadãos e não consideram a sua realidade. É necessário a participação do controle social nas decisões e o engajamento das PSR para que as ações possam trazer impactos positivos em suas vidas. A participação de toda a sociedade nesse processo é fundamental para o acompanhamento das políticas não só para as PSR, mas para a população em geral. O Ministério dos Direitos Humanos é um órgão que colabora no acompanhamento das políticas nacionais voltadas à promoção dos direitos das PSR, o que permite articulação entre União, Estados e Municípios (BRASIL, 2013).

A Declaração Universal dos Direitos Humanos da Organização das Nações Unidas (ONU) reconhece que todas as pessoas, sem distinção, são iguais, com direitos garantidos e não podem ser discriminadas. Os direitos e obrigações das PSR estão instituídos na Constituição Federal de 1988, independente da cor, raça, religião ou condição social e econômica. A Constituição em seu Artigo 5º⁵ diz que todos

⁵ Art. 5º Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade.

somosiguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, não podendo ser violado o direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade (MOLINA, 2013).

Nesse contexto, surgem os movimentos sociais organizados como uma força imprescindível nas conquistas desses direitos e na redução das desigualdades. A população que vive na rua tem conquistado projetos que vem contribuindo para melhorias na qualidade de vida, inserção no mercado de trabalho formal e ressignificação da sua (in)visibilidade, com ações que garantem o direito a ter direitos (ANDRADE; COSTA; MARQUETTI, 2014; BORYSOW; FURTADO, 2014).

Apesar de o fenômeno PSR ter sua origem em tempos remotos, apenas no século XXI surgiu o Movimento Nacional da População em Situação de Rua (MNPR). Em meio às diversas dificuldades enfrentadas, houve a necessidade de organização para alcançar avanços no que tange aos seus direitos. A história retrata que apesar de já existirem algumas ações governamentais por parte do Estado e, também, da sociedade civil, observava-se que as práticas eram voltadas para o assistencialismo e não para a autonomia, empoderamento e para o ser como cidadão de direitos (BRASIL, 2014).

As ações voltadas a essa população eram de cunho religioso, com políticas generalistas e que não privilegiavam as particularidades das pessoas, que apesar de viverem no mesmo território, a rua, apresentavam diferenças marcantes (envolvimento com criminalidade, uso de drogas, desemprego, analfabetismo, formação profissional, ruptura de vínculos familiares). Tais condições, apesar de comuns, não é realidade de todas as pessoas que vivem nas ruas. Desse modo, um dos marcadores que modificaram as políticas voltadas à população em situação de rua, foi a promulgação do Decreto 7053/2009, que será discutido posteriormente. Isso porque havia a necessidade de luta por movimentos e mobilizações políticas, na busca por melhores condições de vida e de igualdade e que gerassem transformações efetivas.

Nesse contexto, o MNPR surgiu em virtude das condições de vida e de saúde experienciadas pelas PSR, como a violência e dificuldade de acesso a bens e serviços. Havia a necessidade de minimizar os riscos aos quais as pessoas estavam expostas; lutar contra o preconceito, discriminação e reivindicar políticas públicas que atendessem às necessidades e à dignidade humana (BRASIL, 2014).

Os movimentos se intensificaram na década de 1960, com a participação de organizações sociais e PSR. As primeiras associações e cooperativas foram formadas

por catadores de material reciclável que, posteriormente, organizaram-seno Movimento Nacional dos Catadores de Materiais Recicláveis. Nas décadas de 1990 e 2000, já eravisibilizada nas principais cidades brasileiras, as reais condições das pessoas que viviam nas ruas com diversas mobilizações. Nesse contexto, foramorganizados debates, fóruns com participação de PSR nos Conselhos de Assistência Social e de Monitoramento. O massacre a sete moradores de rua, na Praça da Sé, na cidade de São Paulo em 2004 e outras regiões do país, impulsionou a consolidação do MNPR (CARTILHA MNPR, 2010).

As ações do movimento vão se ampliando e ocupando espaços e em 2005 ocorre em Belo Horizonte o 4º Festival Lixo e Cidadania, com as PSR, quando foi lançado o MNPR, simbolizando a participação organizada em várias cidades brasileiras. Há mobilizações em cidades como Rio de Janeiro, São Paulo, Bahia e Cuiabá. Uma das conquistas de todas essas manifestações foi a inclusão de um representante do MNPR no Conselho Nacional de Assistência Social em 2008, sendo pela primeira vez um representante que pertencia ao movimento popular eleito. O Movimento é regido por princípios como democracia, valorização do coletivo, solidariedade, ética e trabalho de base (CARTILHA MNPR, 2010).

O MNPR tem avançado no que se refere a conquistas e consolidação das atividades em todo o território nacional. Desse modo, em maio de 2014, o MNPR possuía cinco coordenações nacionais e seis locais. Em relação às nacionais, destacam-se: Minas Gerais, São Paulo, Bahia, Distrito Federal e Paraná; e as locais: Ceará, Rio de Janeiro, Espírito Santo, Florianópolis, Porto Alegre e Rio Grande do Norte (CARTILHA MNPR, 2010).

Na luta por garantia de direitos, os movimentos têm buscado, através das lutas diárias, manifestações e atos públicos, dar visibilidade às questões voltadas a PSR e lutar por justiça e pelo reconhecimento deste segmento populacional (BRASIL, 2014). Assim, em 2005, aconteceu o I Encontro Nacional sobre População em Situação de Rua, promovido pela Secretaria Nacional de Assistência Social (SNAS). A construção da política para PSR foi norteada por princípios e diretrizes, que surgiram de debates do Grupo de Trabalho Interministerial. Foi instituído pelo Decreto s/nº, de 25 de outubro de 2006, formado por diversos Ministérios, dentre eles o de Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS), da Saúde, do Trabalho e Emprego e da Justiça.

Nesse processo, participaram ainda representantes do MNPR, da Pastoral do Povo da Rua e do Colegiado Nacional dos Gestores Municipais da Assistência Social

(CONGEMAS) que representaram a sociedade civil (BRASIL, 2012a). Diante da discussão e problematização acerca das questões relacionadas às PSR, foi instituído pelo Decreto nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009, Art. 1º a Política Nacional para a População em Situação de Rua (PNPSR) e o Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento.

Com o decreto supracitado, a política foi implantada tendo como eixo norteador a descentralização e a articulação entre a União e os demais entes federativos que a ela aderissem, de forma a ampliar o alcance e melhoria das condições de vida da população em situação de rua (BRASIL, 2009). Essas políticas têm sido fundamentais para que esse grupo social, muitas vezes fora do mercado formal de trabalho, tenha suporte para que alcancem a renda e a moradia (ANDRADE; COSTA; MARQUETTI, 2014).

Dentre as conquistas advindas do MNPR, destacam-se a Pesquisa Nacional da População de Rua (PNPR), em 2008, a obtenção de um assento no Conselho Nacional de Saúde em 2013 e no Conselho Nacional da Assistência Social em 2014, e a implantação de seis Comitês Estaduais e Municipais da População em Situação de Rua. A PNPR em seu Art. 3º⁶ diz que é necessária a instalação de Comitês Gestores Intersetoriais nos Estados, municípios e no Distrito Federal, tendo ainda como integrantes, representantes da sociedade civil organizada que tenham interesse, exerçam algum tipo de atendimento e lutem por direitos dessa população (BRASIL, 2014).

O MS, em parceria com outros Ministérios como o MDS, vem implementando medidas para o maior alcance das necessidades e demandas da PSR, como o acesso a serviços públicos de qualidade, inserção no mercado de trabalho formal, auxílio para acesso a moradia e capacitação de profissionais para o acolhimento e atendimento dessas pessoas. Na área da saúde, em 2009, foi constituído o Comitê Técnico de Saúde para a População em Situação de Rua, por meio da Portaria MS/GM nº 3.305, de 24 de dezembro de 2009. Como integrantes desse Comitê, têm-se representantes do MS, da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) e representantes de Entidades da Sociedade Civil organizada, com o objetivo de proporcionar avanços na área da saúde para a PSR (BRASIL, 2009).

Em 2012, foi publicado pelo MS o Manual sobre o Cuidado à Saúde junto a População em Situação de Rua, cujo conteúdo oferecia à sociedade, dados relacionados

⁶ A PNPR prevê a instalação de Comitês Gestores Intersetoriais nos Estados, municípios e no Distrito Federal, junto de representantes da sociedade civil organizada relacionada ao atendimento e luta por direitos dessa população.

à vida na rua e a exposição aos problemas de saúde trazidos por ela (BRASIL, 2014). No que tange ainda às ações em saúde, destaca-se a publicação em 2013 do Plano Operativo para implementação de ações em saúde da população em situação de rua, por meio da Resolução nº 2, de 27 de fevereiro de 2013. A referida resolução torna concretas as diretrizes e estratégias destinadas ao enfrentamento das iniquidades e desigualdades em saúde, tendo como centro a População em Situação de Rua no âmbito do SUS.

O Plano Operativo possui objetivos que vislumbram modificar a atual condição de saúde enfrentada por essa população, quais sejam: garantia de acesso às ações e serviços de saúde; redução dos riscos à saúde, resultante das condições de trabalho e de vida na rua; melhoria dos atuais indicadores de saúde e qualidade de vida (BRASIL, 2013). Como eixos norteadores definidos no Plano estão: inclusão da PSR no escopo das redes de atenção à saúde; Promoção e Vigilância em Saúde; Educação Permanente em Saúde; Fortalecimento da Participação e do Controle Social; Monitoramento e Avaliação das Ações de Saúde (BRASIL, 2013).

Em 2010, o MDS elaborou o Formulário Suplementar 2, o Guia de Cadastramento de PSR, a Instrução Operacional Conjunta nº 7 SENARC/SNAS e a Cartilha Inclusão das PSR no Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal. Em meio às diversas conquistas, não só no âmbito político, mas também de cidadania, foi lançado pelo SUS, serviços específicos para o atendimento à população em situação de rua, como a Portaria nº 2.488/GM/MS, de 21 de outubro de 2011, que estabeleceu a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), que prevê Equipes de Consultório na Rua – eCR; e a Portaria nº 122/GM/MS, de 25 de janeiro de 2012, que definiu as diretrizes e organização dos CnaR (BRASIL, 2013).

Foi sancionada a Lei nº 13714/18⁷ de 24 em 24 de agosto, que dispõe sobre a responsabilidade de normatizar e padronizar a identidade visual do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), e assegurar o acesso das famílias e indivíduos em situações de vulnerabilidade ou risco social e pessoal, à atenção integral à saúde. Foi garantido com a lei o atendimento pelo SUS e fornecimento de medicamentos a pessoas em situação de vulnerabilidades, incluindo nesse grupo as PSR. Essa lei representa um

⁷Parágrafo único. “A atenção integral à saúde, inclusive a dispensação de medicamentos e produtos de interesse para a saúde, às famílias e indivíduos em situações de vulnerabilidade, ou risco social e pessoal, nos termos desta Lei, dar-se-á independentemente da apresentação de documentos que comprovem domicílio, ou inscrição no cadastro no SUS, em consonância com a diretriz de articulação das ações de assistência social e de saúde a que se refere o inciso XII deste artigo.”

avanço visto que em muitas situações as PSR não eram atendidas pelos serviços de saúde em virtude da falta de documentação e comprovação de residência fixa (BRASIL, 2018).

As políticas públicas ao longo dos anos têm contribuído para a melhoria das condições de vida e de saúde da população em situação de rua. Ainda assim, não tem sido capazes de alcançar e sanar todas as necessidades das PSR, o que gera tensões e incertezas para esse grupo social. Independente das circunstâncias que culminem com o morar/viver nas ruas há importante fragilidade de vínculos, perdas e rupturas com a rede social e com seus suportes (ANDRADE; COSTA; MARQUETTI, 2014; COSTA et al. 2007).

Ir para as ruas gera uma (in)visibilidade que é permeada por isolamento social, por uma relação de criminalização e por condição muitas vezes de desassistência (LONDERO; CECCIM; BILIBIO, 2014; VARANDA; ADORNO, 2004). Nesse contexto, tal realidade torna os grupos mais vulneráveis e expostos a problemas de saúde variados. Dentre os agravos à saúde, comuns entre as PSR, sejam estes de ordem social e de saúde, destacam-se: tentativas de suicídio; doenças infectocontagiosas como problemas de pele, pediculose, feridas; doenças crônicas como *Diabetes Mellitus* e Hipertensão Arterial; alta prevalência de transtornos psiquiátricos; comportamentos sexuais de risco bem como o uso inadequado de seringas, ficando mais propensas a infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) (BRASIL, 2012a).

A pesquisa nacional sobre população em situação de rua, publicada em 2008 pelo MDS, realizada em 71 cidades brasileiras, verificou que havia 31.922 pessoas adultas em situação de rua no país (BRASIL, 2008). Esse quantitativo foi somado aos dados de estudos municipais realizadas em São Paulo, Recife, Porto Alegre e Belo Horizonte, totalizando cerca de 50 mil PSR. Esse resultado não representa o total dessa população no Brasil, uma vez que a investigação não contemplou todas as suas regiões (MDS, 2008).

A investigação revelou o perfil da saúde da população em situação de rua, sendo assim expressa: do total dos entrevistados, 29,7% afirmaram ter algum problema de saúde, sendo que os mais prevalentes foram: hipertensão (10,1%), problemas psiquiátricos/mental (6,1%), HIV/aids(5,1%) e problemas de visão/cegueira (4,6%). Importante destacar que apesar de ser identificado apenas o HIV, é possível verificar a presença de outras ISTs nessa população, com destaque a sífilis, condiloma, herpes, blenorragia, cancro mole, clamídia e herpes. Essas infecções requerem intervenções que

promovam a inserção das pessoas no autocuidado e manutenção das orientações recebidas (BRASIL, 2012 c).

Nessa perspectiva, a/o Enfermeira/o, dentre os componentes das equipes de saúde, é a/o profissional que mais permanece na unidade e atua junto à população. Sua atuação precisa ser pautada no acolhimento às demandas, escuta qualificada e atendimento às necessidades dos usuários. Sendo a Atenção Primária a porta de entrada do sistema de saúde, as PSR precisam ser alcançadas e inseridas nesse contexto para que tais necessidades sejam sanadas e o cuidado empreendido de forma satisfatória (PORTO et al, 2012; COUTO et al, 2010). A autonomia e co-participação das PSR são fundamentais para potencializar as ações e os cuidados de enfermagem.

O MS trouxe algumas outras informações quanto aos problemas de saúde mais recorrentes nessa população, destacando os problemas nos pés, infestações, IST/HIV/aids, gravidez de alto risco, doenças crônicas, consumo de álcool e drogas, saúde bucal e ocorrência de tuberculose, o que requer medidas de prevenção e controle (BRASIL, 2012c). A rua é constituída em sua maioria pela população negra e dentre as doenças mais prevalentes destacam-se a anemia falciforme, o diabetes tipo II, a hipertensão arterial, o glaucoma, a anemia hemolítica, necessitando de ações que considerem as especificidades dos grupos (BRASIL, 2017).

A/o Enfermeira/o é responsável por diversos programas desenvolvidos na Estratégia de Saúde da Família (ESF), dentre estes, o Programa Nacional de Hipertensão e Diabetes *Mellitus* (HIPERDIA), a Assistência ao pré-natal de risco habitual, a saúde do homem, a Abordagem Síndrômica, dentre outros. Nesse sentido, ao atender uma PSR esse cuidado deve se pautar nos princípios da integralidade, universalidade e da equidade de modo a contribuir na reorganização e qualidade da atenção (CAÇADOR et al., 2015; BRASIL, 2014;2012).

Quando questionados sobre o uso de algum medicamento, 18,7% afirmaram que faziam uso, sendo os Postos/Centros de Saúde os principais meios de acesso a estes. No que tange a busca por atendimento, 43,8% afirmaram que procuravam primeiramente o hospital/emergência e 27,4% o Posto de Saúde (BRASIL, 2014; MDS, 2008).

Os dados de saúde das PSR elucidam as condições de vulnerabilidades vivenciadas por este grupo e quando associadas às questões psicossociais, geram sofrimentos físicos, psíquicos e emocionais. Tais circunstâncias potencializam os riscos à saúde, o que ainda se configura em desafio para as políticas públicas de saúde vigentes e para o cuidado.

Esse retrato evidencia que, pelo fato das PSR terem um perfil bastante peculiar, sem endereço fixo, muitas vezes sem documentação, a busca pelo atendimento se dá primeiro nas emergências, o que pode levar a não resolução das suas necessidades. Associado a essa situação, tem-se políticas públicas que ainda oferecem poucas oportunidades de inserção (CARAVACA-MORERA; PADILHA, 2015; BRASIL, 2014).

Nesse sentido, as PSR precisam de políticas públicas inclusivas, efetivas, com serviços e profissionais qualificados para o atendimento às suas necessidades de saúde. Para além do conhecimento técnico-científico, a equipe precisa ter inserção social e política, com vistas a gerar no outro a corresponsabilização pelo cuidado, autonomia, empoderamento e práticas do cuidado de si. Diante disso, os serviços, como promotores de cuidado, poderão se aproximar de usuários/os e considerar a sua realidade, para que as ações oferecidas estejam em consonância com as suas aspirações. A equipe multidisciplinar precisa estar sensível, implicada com o cuidado, capacitada e qualificada, porém, os serviços necessitam ter estrutura e organização para que a qualidade da atenção seja possível.

É importante na atenção às PSR que o acolhimento, a escuta e o diálogo sejam concretizados no trabalho vivo em ato, sendo uma habilidade fundamental no saber-fazer da/o Enfermeira/o. Para Barros e Botazo (2011) essas habilidades são exercitadas e aprendidas no cotidiano das relações e se configuram em técnicas de comunicação para facilitar a conversa, a aceitação do outro, a empatia e a compreensão de que as/os usuárias/os são dotadas/os de direitos.

O processo saúde-adoecimento-cuidado requer a valorização da pessoa como co-participante do seu cuidado, em uma relação dialógica de trocas e aprendizados. Devem-se considerar as experiências compartilhadas na rua, por sujeitos que compõem um território de interações sociais, que se organizam a partir de diversas representações. Isso contribui positivamente para o crescimento físico, mental, social, ético e político, exercendo assim os seus direitos e a sua cidadania (ESTIVALET, 2014).

É preciso investir na formação de profissionais que atuam na Atenção Primária, nos CnaR, nas emergências, abrigos institucionais, de forma proporcionar mudanças na atual conjuntura. A articulação entre as políticas relacionadas à saúde, justiça, de direitos humanos, sociais, é fundamental para fortalecer a rede de cuidados e consequentemente o vínculo e o acolhimento dessas pessoas com o serviço e com as equipes.

Diante disso, a complexidade que envolve o cuidado às PSR revela que é imprescindível o diálogo ampliado com a gestão para a melhoria das condições de vida e de saúde nas ruas. Viver na/da rua traz consequências não só individuais, mas coletivas, sendo primordial o estabelecimento de políticas públicas transversais, mais efetivas, eficientes e com ações intersetoriais integradas.

2.3 “QUEM MORA NA RUA TEM QUE DÁ OS SEUS ‘PULO’ PRA SE CUIDAR...”: O CUIDAR DE SI NUMA DIMENSÃO DA SAÚDE

“Qualquer que seja a liberdade por que lutamos, deve ser uma liberdade baseada na igualdade”.

Judith Butler

A vivência em situação de rua exhibe uma realidade que requer ações ampliadas em que os diversos setores e serviços sejam da saúde, sociais, dos direitos humanos, justiça, estabeleçam diálogos para a redução das iniquidades de saúde das pessoas que (sobre)vivem nesses territórios. Viver na rua expõe mulheres e homens a riscos e vulnerabilidades que podem influenciar e/ou determinar a sua condição de vida. Importante se atentar que para a produção do cuidado, é imprescindível a co-participação nos diversos processos e decisões, com pessoas implicadas com a sua própria existência.

Diante disso, para o cuidado de si aqui discutido, não se deve considerar pura e simplesmente as ações para tratar doenças, uma vez que cuidar-se na dimensão da saúde não se resume a não adoecer (SÁ; GOMEZ-PUERTO, 2009). A saúde, na definição da Organização Mundial da Saúde (OMS) se constitui não apenas na ausência de doenças, mas em um estado de completo bem-estar físico, mental e social (OMS, 2006). Na VIII Conferência Nacional de Saúde, que data do ano de 1986, em seu relatório final a saúde foi definida, em sentido mais amplo, como sendo o resultado das condições de alimentação, moradia, educação, meio ambiente, trabalho e renda, transporte, lazer, liberdade e acesso aos serviços de saúde (BRASIL, 1986).

Para as pessoas que têm a rua como local de moradia permanente, ter saúde em uma conotação com amplitude tão vasta requer estratégias que considerem as formas como essas pessoas se constituem nesses locais (PAIVA et al., 2016). Esse grupo populacional possui particularidades que os caracterizam e que identificam modos de vida peculiares, que devem ser considerados nas formulações de políticas, bem como nas intervenções estabelecidas. As pessoas se movimentam e possuem expressões

únicas na rua, mas é preciso considerar tanto a individualidade quanto a coletividade das relações, buscando assim reconhecer as necessidades do grupo. É essencial olhar para a saúde em outra perspectiva, de modo a considerar a pessoa, o seu contexto e o sentido atribuído ao que é representado, para haver a possibilidade de entender/explicar comportamentos e simbolizações (ARRUDA, 2014).

As modificações provenientes das mudanças ocorridas com os novos conceitos e olhares sobre a saúde, especialmente no que tange a tentativa de superação do paradigma biomédico que, para Moscovici (2013), provém, sobretudo, das modificações da relação médico-paciente, suscitou transformações de imagem no campo da saúde. Arruda (2014) então vai reforçar que essas transformações levaram a (res)significações na expressão do que seja saúde, e com isso nas formas de cuidado de si e do outro.

A prática do cuidado de si perpassa por representações sociais do que seja a saúde e o cuidado, o que requer a compreensão de saberes complexos articulados, em uma dimensão social, que associa e mobiliza repertórios ancorados em valores, crenças, ideologias, modos de interpretar a vida, a saúde, as relações com os outros (TURA et al, 2011) com o cuidado e com a rua. Nesse sentido, a vida e as maneiras como as PSR se relacionam vão impactar em seus modos de andar e viver a vida estando na rua, bem como, em seus comportamentos e modos de vivenciar a saúde e o cuidado de si.

Essa especificidade dos sujeitos investigados aponta, de certa forma, sua originalidade, uma vez que os diversos estudos encontrados abordam a temática do cuidado para PSR, em um contexto institucionalizado e que se relaciona ao cuidado profissional. São escassos os estudos que abarquem a prática do cuidado de si estando em situação de rua, em uma dimensão da saúde. As pesquisas localizadas nas bases de dados indicam a relevância do cuidado oferecido pelos serviços de saúde às PSR, a dificuldade de acesso aos serviços vivenciado por estas pessoas, sem uma abordagem do autocuidado, mais próxima da vida nas ruas.

Em todo o universo os processos que influenciam a entrada e permanência na rua vão gerar novas formas de vida, as pessoas buscam se (re)inventar cotidianamente, estabelecer códigos de condutas, com novos aprendizados e formas de se cuidar para que possam permanecer vivos. Nesse aspecto, as pessoas migram de um lugar para outro, como estratégia para alcançar melhores condições, qualidade de vida e ascensão social (DAURE; REYVERAND-COULON; FORZAN, 2014; RAMOS, 2012). Os processos migratórios, presentes em todos os países, já que ambos vivenciam as mudanças oriundas da globalização, promovem modificações no migrante e nos grupos

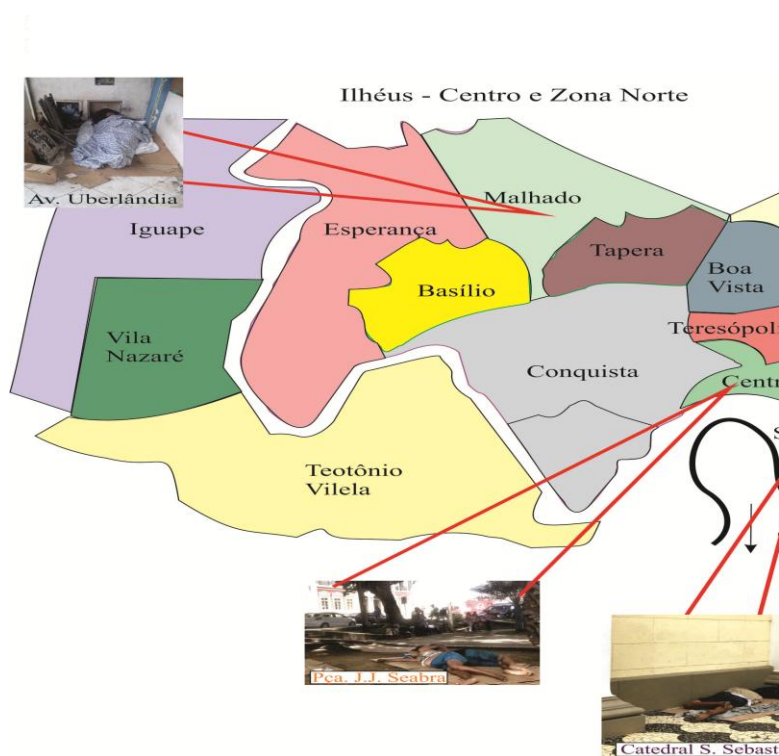
sociais que o acolhe. No Brasil tanto a migração interna, quanto as internacionais, compõem o cotidiano de pessoas que buscam melhores condições de vida (FRANKEN; COUTINHO; RAMOS, 2009).

Segundo o relatório da OMS (2013), há no mundo uma estimativa de 232 milhões de migrantes internacionais, desse total, 48% são mulheres. No interior dos países há um número estimado de aproximadamente 740 milhões de migrantes internos (ONU)(RAMOS, 2012). Nesse contexto, no que se refere ao Brasil, o país precisa utilizar estratégias para receber o fluxo de pessoas que aqui chegam, de forma a evitar agravamento dos problemas sociais, econômicos, políticos e de saúde. Diante dessa realidade são necessárias políticas públicas, ações que considerem as especificidades, necessidades, crenças, valores e saberes das/os cidadãs/aos com maior investimento e planejamento (RAIMUNDO, 2013).

Na cidade de Ilhéus, a migração foi impulsionada, sobretudo pela crise da lavoura cacaueteira na década de 1980, com intensificação da saída das pessoas das áreas rurais para as áreas urbanas (OLIVEIRA; LUZ, 2005; VIRGENS FILHO et al., 1993). Esse processo contribuiu com a precarização do trabalho, pauperização e aumento do fluxo de pessoas vivendo nas ruas. Viver nas ruas de Ilhéus impõe dificuldades e barreiras que demandam ações políticas para o enfrentamento do fenômeno. Ilhéus é uma cidade turística, que expõe imagens contraditórias marcadas por belezas exuberantes e pessoas que são levadas a (con)viverem com áreas degradadas, que reflete omissão do Estado. A cidade atrai pessoas de diferentes lugares do Brasil e do mundo para ali habitarem e buscar no turismo uma forma de subsistência. Nas ruas da cidade há famílias, mulheres, homens, população Lésbica, Gay, Bissexuais, Transsexuais e Travestis(LGBTT),crianças, idosos/os que, de acordo com a suas crenças, valores, história, cultura, operam experiências e práticas de cuidado de si diferenciadas.

Esses grupos encontram-se distribuídos nos espaços centrais da cidade, pois há maior facilidade de acesso a trabalhos informais, alimentação, doações, em virtude do elevado número de pessoas que ali transitam e o comércio existente. Dentre as regiões da cidade, o maior fluxo de PSR se dá no centro da cidade, no bairro Malhado e na área de abrangência da praça J.J. Seabra (conhecida como praça da Prefeitura). A figura 3 ilustra essa distribuição.

Figura 3: Regiões com maior concentração de pessoas em situação de rua, Ilhéus, Bahia, Brasil, 2018



FONTE: Dados da pesquisa, 2018.
Elaboração João Batista Lawinsky Neto

As PSR compõem os contextos de luta por melhoria da condição de vida e vêm no deslocamento de seu local de origem a oportunidade de acesso ao emprego formal, à escolaridade, à saúde, aos bens e serviços e possivelmente ao desenvolvimento socioeconômico. Porém, Ramos (2014) alerta para o fato de que essas oportunidades dependem em grande parte, do acolhimento, do contexto social, educacional, sanitário e político no qual as pessoas se inserem.

Os contatos com a diversidade são constantes na vida de pessoas que vivem da e na rua e para que as relações estabelecidas não gerem conflitos, violências e exclusões, é preciso reconhecer o/a outro/a como parte integrante de uma relação baseada no respeito e aceitação das diferenças (MORALES-MORENO; GIMÉNEZ-FERNÁNDEZ; ECHEVARRÍA-PÉREZ, 2015; YAJAHUANCA; DINIZ; CABRAL, 2015; RAMOS, 2014). As relações constituídas na rua geram novas estruturas e novas práticas sociais que vão influenciar em como cada pessoa se cuida e se identifica com o grupo ao qual pertence. Por esse ângulo Moscovici (2013) revela que a partir das representações

sociais que as pessoas e grupos sociais constroem, é possível reduzir o distanciamento entre as diferenças e construir um mundo estável a partir dessa diversidade.

Isso revela que o convívio com as diferenças tem um poder inovador e transformador, no qual as pessoas buscam reconverter os seus saberes, conhecimentos, capacidades e práticas sociais com a realização de descobertas. Pois, estando as PSR nesses contextos, estabelecem em seu cotidiano, com o grupo social, relações de trocas que podem produzir formas mais positivas de viver a vida, gerar representações e novas práticas de cuidado de si. Isso posto, Jodelet (2001) vai afirmar que as representações sociais são constituídas por saberes que estão articulados com a experiência do viver.

Diante disso, o cuidado de si em uma dimensão da saúde, no que tange às PSR, tem diferentes interpretações e significados, com ideias que são compartilhadas no contexto social de relações, sejam com familiares, companheiros/as de rua, amigos, profissionais, equipamentos sociais e com a rua. É essencial apreender as representações e práticas do cuidado de si, pois as ideias, concepções, conhecimentos estão imbricados com os saberes e crenças de cada ser humano o que gera comportamentos e maneiras diferentes de agir e de pensar em distintos contextos.

O cuidado de si envolve questões sociais, políticas, econômicas, culturais, biológicas e mentais, atitudes, vivências, experiências revelando-se nas conversas cotidianas e nas novas identidades estabelecidas. Há uma expressiva produção que investiga o cuidado do outro para com a PSR e não o cuidado de si, o autocuidado na rua. Primordial, portanto, a realização de pesquisas sob essa ótica já que o cuidado não se restringe apenas ao contato com serviços de saúde e com profissionais especializados. O cuidado, como explica Boff (2014) refere-se ao *ethos*⁸ do humano, mais que um ato é uma atitude. Sendo uma atitude o cuidado é desvelo, solicitude, atenção, zelo que expressa a importância atribuída ao outro e a si mesmo. Há um envolvimento afetivo e preocupação com outro e o cuidado então torna esse outro, uma realidade preciosa (BOFF, 2013).

Nessa perspectiva, as PSR tendo o entendimento da importância que tem para si mesmos e para os outros, cuida de si e do outro em um sentimento de mútua pertença. Pois, para Boff (2013, p. 29), “cuidar e ser cidadão são duas demandas fundamentais de

⁸Conjunto dos costumes e hábitos fundamentais, no âmbito do comportamento (instituições, afazeres etc.) e da cultura (valores, ideias ou crenças), característicos de uma determinada coletividade, época ou região.

nossa existência pessoal e social”. Para Foucault (2006, p.10) [...], “o cuidado de si é uma espécie de agulhão que deve ser implantado na carne dos homens, cravado na sua existência, e constitui um princípio de agitação, um princípio de movimento, um princípio de permanente inquietude no curso da existência” [...]. Com isso, cuidar-se faz parte da existência humana e ainda que a pessoa viva na rua, nela busca estratégias que contemplem a prática do cuidado de si.

Estando em situação de rua, ou em seus lares, as pessoas se movimentam para suprir suas necessidades de saúde, em uma perspectiva mais ampliada. Como revelam Souza et al. (2014), essa realidade perpassa pela proteção de sua autonomia, conquista e manutenção de vínculos, cuidado, o sentir-se bem, a resolução da dor, a alegria de viver e a beleza. Tais características rompem com o paradigma do cuidado centrado em uma ordem institucional ou que se limita às redes de atenção à saúde. A constituição dessa nova ordem encontra-se retratada nos resultados do estudo realizado pelos autores supracitados. Foi apontada a importância da valorização do saber leigo produzido e compartilhado pelos grupos, considerando as experiências sociais como estratégias de produção do cuidado de si e do outro, em contraposição ao saber tido como único e válido, qual seja, o saber reificado dos especialistas.

Ao acessar o saber que é compartilhado pelas PSR, torna-se possível revelar as representações e as práticas de cuidado de si, em uma dimensão da saúde, que se manifestam na experiência vivenciadas na rua em uma concepção ativa e criativa de mulheres e homens. Para Moscovici (2013), as RS, sendo um tipo específico de conhecimento vão ter a função de produção de comportamentos e a comunicação entre as pessoas. As ruas muitas vezes se apresentam como possibilidades para as pessoas que ali (sobre)vivem, aprendem, comportam-se e se relacionam. O cuidar de si estando nas ruas, além de associar os saberes individuais que se inter-relacionam, compõe as diversas culturas, crenças; pessoas de raças, grau de escolaridade, gêneros, gerações e situações conjugais diferentes. Nesse mundo complexo e diverso, encontram-se pessoas que vislumbram viver e estar bem, em um processo contínuo de aprendizados e transformações.

Na prática do cuidado de si, as PSR podem acionar os serviços de saúde como elemento para dar conta das suas necessidades. Nesse cenário, muitos se deparam com as dificuldades que se apresentam como reveladoras de ausência de cuidado. Há problemas relacionados com o acesso aos serviços, como preconceitos, discriminação, falta de documentação, dentre outros (SILVA; 2017; SANTOS, 2017).Roselló (2009)

esclarece que a Enfermagem, cujo eixo central é o exercício do cuidado, assim como, a equipe multiprofissional, precisa exercer a ação de cuidar voltada às especificidades das pessoas. Entende que a pessoa é singular, o cuidado a ela precisa ser singularizado; se ela é uma integridade, o cuidado deve ser integral; se é livre, o cuidado a ela oferecido, tem que contemplar a liberdade; o ser humano sendo pluridimensional, de tal modo, o cuidado deve abarcar a sua pluridimensionalidade.

Assim, o cuidado oferece qualidade quando considera as dimensões individuais e coletivas, o acolhimento, a universalidade e equidade da atenção. Collière revela que prestar um atendimento de qualidade é bastante complexo, porque há questões estruturais envolvidas, como recursos humanos qualificados e em quantidade adequadas. Declara: “A luta contra a doença é um luxo, a que só se podem habilitar os que comem todos os dias, os que têm um teto e um território de onde não podem ser expulsos” (2003, p. 59). Estar na rua e se cuidar, nessa conjuntura, requerem formas, táticas, “talentos” e verdadeiras aventuras humanas que são complexas e inovadoras diante dos obstáculos encontrados. Cuidar-se está relacionado não só com a estrutura da rua, mas com as maneiras com que cada pessoa se implica com o cuidado de si mesma.

O cuidado às PSR precisa atender as suas necessidades e aspirações. Ao estudar as práticas de cuidado de si no contexto da saúde, torna-se imprescindível compreender a saúde em seu conceito e concepção, que é ampla e multidimensional. É primordial apreender as singularidades, subjetividades, afetos e os diversos e diferentes cenários que compõem o viver saudável das pessoas, considerando o seu contexto real e concreto (PORTO et al., 2012).

A inserção nesses diferentes contextos sofre influência de construções sociais e culturais que se dão no cotidiano das relações dos diversos grupos. Nesse processo, essas construções, que são dinâmicas e complexas, podem afetar o vivido da pessoa que se encontra em situação de rua, reverberando em sua saúde. Para Matos, Silva e Costa (2012) estar vivendo nas ruas revela um processo de exclusão duplo, seja do mundo do trabalho, seja da ordem da proteção garantida pelo Estado. Nesse sentido, o ato de se cuidar, de estar bem do ponto de vista singular, subjetivo e individual, depende dos enfrentamentos e das posições eleitas por mulheres e homens que se encontram nessa situação.

As relações que são constituídas pelas pessoas no espaço das ruas, sejam com os serviços, movimentos sociais ou instituições, produzem representações capazes de gerar discursos e práticas de cuidados distintos, a depender do cenário social (TIENE, 2004).

Isso em estreita conexão com as relações de poder estabelecidas, a valorização da experiência, da subjetividade e do saber concreto. Nesse mesmo entendimento, a TRS atenta para o sujeito social dotado de saber que é partilhado em seu contexto concreto, sendo a construção desse saber vinculada a subjetividade, em um processo comunicacional (SÁ, 2015; MOSCOVICI, 2013).

Estando em situação de rua, o cuidado abrange questões mais amplas que vão desde a higiene pessoal, a alimentação, o sono e repouso, às práticas alternativas como a espiritualidade; o uso de ervas e meditação; o andar em grupos para evitar a violência; o não tomar banho como forma de cuidado, expresso por mulheres, em defesa da violência sexual. Destaque-se o espaço da rua como predominantemente masculino e onde as relações de poder podem ser intensificadas bem como produzir maneiras específicas de cuidado de si. A construção social no que tange às diferenças de gênero pode reverberar em atitudes de violência e conflitos no mundo da rua.

Para Okin (2008), “gênero” é um conceito que se refere não apenas às desigualdades sexuais, mas um conceito que concebe as diferenças sexuais como sendo construídas nas relações sociais. Para Scott (1990), o conceito de gênero opõe-se ao determinismo biológico nas relações entre os sexos, e assume um caráter essencialmente social. Indicam as forças sociais, políticas, culturais e institucionais que modelam os comportamentos e as construções simbólicas sobre o feminino e o masculino (CITELI, 2001).

Nesse contexto, o elevado número de homens nas ruas, quando comparado às mulheres, pode estar relacionado ao fato de que a essas coube o papel de mãe e cuidadora da casa e da família. Isso pode ter conduzido a mulher ao espaço privado; enquanto que ao homem coube o espaço público (TIENE, 2004). Segundo Escorel (2006), a presença de um maior número de homens na rua está associada aos conflitos familiares que em sua maioria, devendo-se ao envolvimento com álcool e ao desemprego. Por outro lado, o menor número de mulheres nas ruas, relaciona-se à maior proteção que recebe já que, simbolicamente, ela é a sustentação do núcleo familiar. As mulheres são mais facilmente acolhidas pelas redes de apoio quando passam a (con)viver nos espaços públicos.

Os homens, na condição de desempregados, são expostos à opressão de gênero visto que não assumem o papel social que lhe é imposto, que é o de sustento de sua família. Assim, buscam na rua um lugar para (sobre)viver e, muitas vezes, rompem com seus laços afetivos e familiares (SALGADO, 2011; ESCOREL, 2006). Nas ruas, por

vezes, os homens são oprimidos, segregados e vítimas de violência por parte da sociedade civil e agentes públicos. Essas condutas, fruto do sistema patriarcal, colocam os homens como desocupados e derrotados pela sua suposta ineficiência e incompetência. Por outro lado, as mulheres, vistas como vítimas do sistema, encontram apoio e solidariedade em maior proporção.

Nas ruas, homens e mulheres constroem vínculos, encontram estratégias para (sobre)vivência, possuem características, valores, histórias distintas, reinventam relações sociais e desenvolvem diferentes práticas sociais (ANDRADE; COSTA; MARQUETTI, 2014; ARISTIDES; LIMA, 2009). Compõem um território de (des)encontros, com especificidades e necessidades singulares no que se refere às condições de vida e de saúde (ARISTIDES; LIMA, 2009).

Para as mulheres, de acordo com Durán (2008) e Tiene (2004) a (sobre)vivência nas ruas é facilitada pelo fato de serem vistas como menos ameaçadoras, e pela compaixão que a figura feminina gera na sociedade. O fato de a mulher estar com criança na rua é outro facilitador, porém viver a maternidade na rua é algo que angustia e gera sofrimentos. Os homens, ao contrário, são vistos como violentos, agressivos, preguiçosos, desocupados o que os impulsiona a buscar fonte de renda. Tais condições impõem inserções distintas no trabalho informal para conseguir uma renda, seja com a venda de lixo reciclável, artesanato, pedindo 'esmolas', sendo 'flanelinha', guardando carros, fazendo faxina, dentre outros. Todo esse contexto pode impactar em seus modos de se cuidar vivendo nas ruas e até mesmo na sua saúde.

A vida definida aqui, para além dos processos biológicos que acometem a população, refere-se a uma sinergia coletiva, afeto, desejo, inteligência, cooperação. Rompe-se com a dualidade corpo/mente, individual/coletivo e a vida ao mesmo tempo se pulveriza, hibridiza, dissemina-se e se alastra (PELBART, 2003). Com isso, tem o poder de afetar e ser afetado, numa relação de encontros de diversas culturas e saberes, entre pessoas que se entrecruzam na rotina experienciada nas ruas.

As mulheres e os homens que vivenciam a rua, impregnados por essa produção de vida, elaboram representações e práticas do cuidado de si. Assim, as PSR reivindicam políticas mais inclusivas, que considerem as especificidades desse grupo, que gerem mudanças estruturais na sociedade com vistas a promover relações menos desiguais, maior equidade e humanização do cuidado. Humanizar perpassa pelo respeito à vida e cidadania, com fortalecimento de vínculos, escuta qualificada, respeito às diversidade, inclusão e gestão compartilhada do cuidado (CAMPOS, 2014).Necessário

promover ações políticas pautadas na articulação intersetorial que pensem a população de rua em suas diferentes inserções e intersecções (sexo/gênero, classe, raça/etnia, geração), com demandas e potencialidade distintas.

Diante disso, a partir de representações de PSR sobre cuidado de si e saúde, pode-se compreender a relação destas pessoas com essa necessidade básica, bem assim materializar o seu direito com ações contra-hegemônicas que privilegiam e fortalecem o higienismo, assistencialismo e a cura de enfermidades. Os modelos de atenção à saúde nas últimas décadas buscaram reorganizar e qualificar o cuidado em saúde seja na Atenção Primária ou nos demais níveis de atenção (BRASIL, 2012c) para atender a toda a população.

As PSR devem ser acolhidas na Atenção Primária à Saúde (APS) e a Enfermagem e demais categorias profissionais serão os responsáveis pelo cuidado e encaminhamentos necessários. Deve-se romper com o modelo hegemônico que privilegia a doença; as práticas médico-curativistas; a demanda espontânea; a valorização das especialidades e a participação passiva das/os usuáries/os. O foco do cuidado no modelo contra-hegemônico é a pessoa; com ações de promoção; busca ativa; vigilância em saúde; integralidade e interdisciplinaridade. Deve-se fomentar a autonomia com o objetivo de melhorar a qualidade de vida das/os usuáries/os.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS: ASPECTOS TEÓRICOS E METODOLÓGICOS

O referencial teórico da TRS foi articulado ao conceito de cuidado de si para subsidiar o desenvolvimento da pesquisa e a análise dos dados. Ao definir tal referencial, entende-se que essa articulação, possibilitou a discussão de diversos saberes para o alcance e compreensão das práticas de cuidado de si de PSR, em suas variadas facetas. Para sustentar essa pesquisa foram utilizados os fundamentos da *grande teoria* proposta por Moscovici, e as bases da abordagem estrutural de Abric (1994) e processual proposta por Moscovici e desenvolvida por Jodelet (2001).

Moscovici define a RS como sendo um “um conjunto de conceitos, proposições e explicações originado na vida cotidiana no curso de comunicações interpessoais, que funciona como uma espécie de ‘teoria do senso comum’” (Moscovici, 1978, p.181). Para Abric (2001) a representação refere-se a um conjunto organizado de opiniões, atitudes, crenças e informações que se referem a um objeto ou situação. ATRS no que tange a abordagem estrutural compreende que uma RS é constituída por elementos que se organizam, estruturam-se e se constituem em um sistema sociocognitivo (ABRIC, 2000).

A abordagem estrutural concebe que uma RS é um duplo sistema que se organiza em torno de dois tipos de elementos: um núcleo central (NC) e o sistema periférico, fundamentando a Teoria do Núcleo central (TNC) (SÁ, 2015; ABRIC, 2003; ROUQUETTE; RATEAU, 1998). Para Abric (2000), o NC é determinado pela natureza do objeto representado e pela relação que o grupo tem com este objeto e ainda, pelo sistema de valores e normas sociais que vão constituir ideológico do momento e do grupo social.

O sistema central é formado por poucos elementos com a propriedade de serem os mais estáveis da representação resistindo a mudanças; o sistema periférico está organizado em torno do NC, com elementos mais acessíveis, mais vivos e mais concretos (SÁ, 2015; ABRIC, 2000). Nesse aspecto, o NC se constitui enquanto pilar comum e consensual de uma representação, resultante da memória coletiva e com maior resistência às mudanças (SÁ, 2015; ABRIC, 1994).

Para Abric (2005), a TNC se fundamenta na concepção de que, no conjunto de cognições presentes no campo da representação de um objeto, os elementos possuem

papéis diferentes entre si. ONC então tem duas funções: geradora, elemento por meio do qual se cria ou se transforma o significado dos outros elementos que constituem a representação. Um elemento fornece sentido a outros; e a função organizadora que determina a natureza dos elos, assegura a unidade e a estabilidade da representação. Ressalta ainda que a apreensão do conteúdo de uma RS não é suficiente para seu conhecimento e definição. Diante disso, “duas representações serão consideradas idênticas se forem organizadas em torno de mesmo NC, mesmo se o conteúdo for extremamente diferente” (CAMPOS; LOUREIRO, 2003, p.38).

Caso ocorram modificações no NC, haverá uma transformação por completo da representação (ABRIC, 2000). Situações onde as representações de dois grupos distintos são definidas pelo mesmo conteúdo, podem ser diferentes se a centralidade desses elementos for diferente. No que tange à periferia, os elementos que a compõem possuem três funções, a saber: de concretização, os elementos vão resultar da ancoragem da representação na realidade dependendo do contexto; de regulação, como os elementos periféricos apresentam mais leveza que os centrais, estes fazem com que a representação se adapte às evoluções no contexto; de defesa, o sistema periférico defende a representação. O sistema periférico é, portanto, concreto e operacional (ABRIC, 2003).

Quanto à abordagem processual Jodelet (2001, p. 22) conceitua as representações sociais como “uma forma de conhecimento, socialmente elaborada e partilhada, com um objetivo prático, e que contribui para a construção de uma realidade comum a um conjunto social”, sendo assim um saber do senso comum. As RS são sistemas de interpretações que orientam e organizam as condutas e as comunicações sociais. A partir das representações que as PSR elaboram sobre saúde e o cuidado de si, as mesmas se posicionam frente ao objeto, com ações e comportamentos, como se alimentar, dormir, trabalhar, ir a praia, ir ao médico.

As PSR produzem saberes em seu cotidiano e organizam comunicações, seja nas UA, no centro POP ou nas relações estabelecidas na vida nas ruas. Ao acessá-las, nos diversos contextos, é possível ter a compreensão de que a construção social de saberes e práticas produzidas no cotidiano das relações podem definir a sua inserção e função no mundo vivido. Isso possibilita a compreensão de como essas pessoas representam e orientam as suas práticas de cuidado de si.

O surgimento da TRS se dá em um cenário em que Moscovici busca a superação de dicotomias, entre o individual/social, sujeito/objeto, interno/externo,

estruturante/estruturado. Ao buscar a introdução de uma teoria, preocupa-se em dar conta dos novos contextos sociais (GUARESCHI; ROSO; 2014). Nessa perspectiva Paiva (2000) chama a atenção para o fato de que, apesar da TRS ter sido originada nas Ciências Sociais, ela foi gradativamente inserida nos estudos da área da saúde, sobretudo nos que abordam a população e o processo de saúde-doença.

No que se refere ao campo da Enfermagem, a utilização da teoria tem sido cada vez mais frequente com contribuições relevantes no que tange à prática de Enfermeiras/os. Arruda (2002) também sinaliza que a teoria tem sido amplamente empregada em pesquisas das mais diversas áreas, como enfermagem, educação e serviço social. Considerando a expansão dos estudos com a teoria, o grupo de pesquisa SVDG, há 10 anos vem desenvolvendo estudos e pesquisas com a TRS como referencial teórico e metodológico. Dentre esses estudos, merecem destaque os seguintes fenômenos: HIV/aids, drogas, ISTs, sexualidades, amamentação, corpo, pessoas em situação de rua e travestilidades.

No final dos anos de 1950, Moscovici passa a fazer questionamentos diversos em relação à Psicologia Social que havia na Europa e declara que a mesma não seria capaz de dar conta do social, pois excluía a contradição, sendo assim não condizente com aquilo que o autor defendia (GUARESCHI; ROSO; 2014; MOSCOVICI, 2009). Diante disso, Moscovici enfatizava que não queria apenas criar um campo de estudos, mas “queria redefinir os problemas e os conceitos da psicologia social a partir desse fenômeno(a RS), insistindo sobre sua função simbólica e seu poder de construção do real” (Moscovici, 1978, p.14). Surge em 1976, com a publicação da sua obra, *La psychanalyse, sonimage, sonpublic*, o primeiro esboço formal do conceito de RS e da TRS (SÁ, 2015).

A TRS, para Guareschi e Jovchelovitch (2013), centra o olhar na relação sujeito-objeto e, dessa forma, resgata um sujeito que na relação com o objeto-mundo, tem a possibilidade de construir tanto o mundo como a si próprio, de modo que sujeito e sociedade não se reduzem um ao outro. Para Arruda (2002), o conceito que é instrumentalizado pela TRS, é aquele que se ocupa com o pensamento social em sua dinâmica e diversidade.

Na perspectiva da abordagem estrutural, as RS figuram como estruturas de conhecimento que são compartilhadas entre os grupos. A abordagem é fundamentada na TNC, em que as representações são compostas por dois tipos de elementos, um NC e o sistema periférico e é descrita como:

“o núcleo central é o elemento essencial de toda representação constituída e que ele pode [...] superar o simples quadro do objeto da representação para encontrar sua origem diretamente nos valores que transcendem e que não exigem nem aspectos figurativos, nem esquematizações, nem mesmo concretização” (ABRIC, 2000, p.21).

Desse modo, a RS é uma forma específica de conhecimento, socialmente construído, cujo saber está relacionado à inscrição social do sujeito em uma realidade representada pela pessoa e pelo grupo (ARRUDA, 2002; MOSCOVICI, 1978). São uma forma de conhecimento prático, tendo inserção em correntes que estudam o senso comum, como forma válida de conhecimento, o que sugere o rompimento com as vertentes do conhecimento clássico, pautado em um saber formalizado, com normas rígidas de verificação e coerência (SPINK, 2013).

O senso comum é como uma “teia de significados” na perspectiva de Geertz, em que, de forma coletiva, as pessoas e grupos sociais compartilham ideias e conhecimento, tendo a capacidade de criar, de forma efetiva, a realidade social. Os fenômenos de RS são construídos nos universos consensuais do pensamento, e os objetos que provém desses fenômenos são elaborados pelos grupos sociais a partir de um universo reificado da ciência. Algumas condições são consideradas importantes para que o surgimento ou não das RS: a dispersão da informação, a focalização e a pressão à inferência.

Nesse sentido, Jodelet (1986) alerta para que as pesquisas não sejam baseadas apenas nos discursos, sem uma relação com a prática social do grupo que será investigado. Para Spink (2013), as RS irão se constituir no cotidiano e comporão a realidade das pessoas, de forma que se estruturam e conduzem a comportamentos e comunicações estabelecidas no grupo de pertença e na sociedade. O estudo que articula a TRS no campo da Enfermagem é relevante, visto que as RS apreendidas sobre o objeto representado, bem como a análise das práticas sociais que advém dessa representação, podem permitir intervenções nas questões relacionadas às demandas do grupo social investigado.

É no contexto das inter-relações, que o ser humano se (re)constrói e ao mesmo tempo vai construindo o mundo ao seu redor. O grupo social vai assumir práticas diversas em seu processo de comunicação e elaboração das RS. As RS na concepção de Moscovici possuem três modalidades: 1) Hegemônicas, são altamente estruturadas e compartilhadas por todas as pessoas do grupo, parecem predominar nas práticas simbólicas ou afetivas, são uniformes e impositoras; 2) Emancipadas ou autônomas, não possuem caráter homogêneo como as anteriores e, demonstram certa autonomia

daqueles que as produziram; 3)Polêmicas, vão surgir no conflito e controvérsia social, não há unanimidade, sendo produto de relações contrárias entre grupos (ARRUDA, 2014).

Abric (1987) afirma que a representação tanto é o produto quanto o processo, elaborado pela pessoa ou grupo com o objetivo de reconstituir o objeto que se apresenta, atribuindo uma significação. A TRS enfatiza a relevância que deve ser facultada às dimensões subjetiva, afetiva, cultural nos processos de elaboração do saber, bem como nas ações humanas, sendo importante levá-las em consideração tanto na produção do conhecimento, quanto no fazer científico (ARRUDA, 2002). Aprender as RS e como se dão as práticas de cuidado de side PSR, considerando todas as dimensões na produção do conhecimento em seu grupo de pertença, permite o entendimento e compreensão de comportamentos, atitudes e práticas no cotidiano dos sujeitos.

Nessa perspectiva, ao utilizar o referencial da TRS, foi possível alcançar a interpretação que as/os participantes desse estudo deram a sua realidade, no que tange às práticas de cuidado de si. Uma vez que as RS possibilitam conhecer a prática das pessoas e do grupo pesquisado, foi possível intervir de forma eficiente, considerando as suas características específicas e (re)pensar as ações desenvolvidas com o grupo social(SILVA; CAMARGO; PADILHA, 2011).

A articulação entre os diversos campos interdisciplinares é essencial nesse processo, uma vez que o cuidado na representação das PSR abarca saberes não só relacionados à saúde, mas a questões psicológicas, sociais, de direitos humanos, dentre outros. Para a compreensão do processo de cuidar em saúde é preciso discernir a forma como usuárias/os explicitam a dimensão de suas demandas por cuidado (OLIVEIRA, 2014). Isso permite ao profissional, da Enfermagem e da equipe, ter sensibilidade e compreensão do seu papel ético nesse contexto, sendo capaz de ouvir e (inter)agir com outro.

A representação é algo significativo na elaboração de condutas, na configuração e justificação de comportamentos adotados e se estabelece mediada pela linguagem (JODELET, 2005; PAIVA; AMÂNCIO, 2004; ARRUDA, 1983; MOSCOVICI, 1978).Moscovici (2012, p. 67) declara que o “propósito de toda representação é tornar algo não familiar, ou a própria não familiaridade, familiar”. Essa não familiaridade com determinado fenômeno, pode gerar ansiedade, medo, e as RS fazem com que sejam agregados ao fenômeno não familiar, conhecimentos que os sujeitos e grupos possuem sobre o seu cotidiano (SILVA; CAMARGO; PADILHA, 2011).Para Moscovici (2012)

grupos diferentes vão lidar de formas diferentes com os conhecimentos que compartilham, e que são veiculados na sociedade e, dessa forma, acionam a dimensão simbólica.

Sob essa ótica, ao converter algo não familiar/não conhecido, em algo familiar/conhecido; o senso comum em ciência, por meio das RS se elabora o novo, dando-lhe sentido, o que envolve dois processos fundamentais: a ancoragem e a objetivação. A objetivação torna algo abstrato, concreto; aproxima o que é estranho em familiar, estabelecendo o núcleo figurativo da representação social; elucida a face icônica de um objeto social e a ancoragem, oferece-lhe sentido, correspondendo a face simbólica da representação (MOSCOVICI, 2007; SÁ, 1998).

“A ancoragem mantém a memória em movimento [...] está sempre colocando e tirando objetos, pessoas e acontecimentos, que ela classifica de acordo com um tipo e os rotula com um nome. A objetivação [...] tira da memória conceitos e imagens para juntá-los e reproduzi-los no mundo exterior, para fazer as coisas conhecidas a partir do que já é conhecido” (MOSCOVICI, 2012, p. 78).

Conforme assinalado por Moscovici (2012, p. 60), “[...] a estrutura de cada representação nos parece desdobrada, ela tem duas faces tão pouco dissociáveis quanto a frente e o verso de uma folha de papel: a face figurativa e a face simbólica”, o que permite a compreensão, em todo sentido uma figura, e em toda figura um sentido. Isso ajuda a elucidar a estrutura dos processos formadores da RS explicitados anteriormente. Sá (2002, p. 46) vai explicar que: “a duplicação de um sentido por uma figura, pela qual se dá materialidade a um objeto abstrato, é cumprida pelo processo de objetivação. A duplicação de uma figura por um sentido, pela qual se fornece um contexto inteligível ao objeto, é cumprida pelo processo de ancoragem”.

Desta forma, o conhecimento do senso comum que é elaborado por PSR na interação com o grupo, produz comportamentos e atitudes frente ao cuidado de si. Nesse sentido, Moscovici (2015) denomina de “ações representacionais” sendo condutas exercidas pelo grupo que não contradizem as normas e são realizadas em consenso com os demais membros. Sob essa ótica, Alves-Mazzotti (1994, p. 63), informa que Moscovici parte da premissa de que “não existe separação entre o universo externo e o universo interno do sujeito. Em sua atividade representativa, ele não reproduz passivamente um objeto dado, mas de certa forma, o reconstrói e, ao fazê-lo, se constitui como sujeito, na medida em que, ao apreendê-lo de uma dada maneira, ele próprio se situa no universo social e material”. Ao abordar as representações e práticas de cuidado

de si de PSR foi possível considerar as relações no grupo social, os comportamentos, crenças, valores, a sua inserção social e condutas frente ao objeto representado.

4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Este capítulo exibe informações acerca dos aspectos metodológicos utilizados para o desenvolvimento da pesquisa, visando o alcance dos objetivos estabelecidos. Nesse contexto são apresentados itens que contemplam: a caracterização do estudo, o processo de aproximação com o campo, o cenário, as pessoas participantes, as técnicas de produção com análise dos dados e os aspectos éticos que permearam todas as fases da pesquisa.

4.1 TIPO DE PESQUISA

Diante do objeto de investigação –práticas do cuidado de si dePSR, com base nas suas RS –, dos objetivos propostos e referenciais teóricos que fundamentam a pesquisa, foi adotada a abordagem qualitativa, exploratória, multimetodológica, de natureza explicativa, ancorada na TRS.

O caráter exploratório propicia familiaridade e acesso a novas informações acerca do objeto previamente definido, permitindo conhecer diferentes facetas e produção de novos conhecimentos (MINAYO, 2016; GIL, 2010). Diante disso é possível a aproximação entre a pesquisadora, as/os participantes e a temática em estudo o que oportuniza observar e explorar aspectos relevantes sobre o fenômeno em um momento estabelecido (POLIT, BECK, HUNGLER, 2011). Por ser um objeto complexo, com aspectos peculiares, a abordagem exploratória foi pertinente à investigação, pois permitiu apreender o fenômeno a partir das representações das PSR, sendo possível fazer inferências e interpretações pertinentes. A pesquisa explicativa tem o propósito de identificar fatores que determinam ou contribuem para que o fenômeno aconteça. Tem o perfil de aprofundamento da realidade com explicações científicas (GIL, 2010).

A abordagem qualitativa tem como principal característica a descrição de relações, crenças, significados, percepções e opiniões, as quais se apresentam como resultado da interpretação que as pessoas fazem a respeito da forma como vivem, sentem e pensam (MINAYO, 2014). Logo, mostrou-se pertinente ao objeto de investigação permitindo captar elementos inerentes às práticas e representações do cuidado de si no contexto de rua, utilizando o arcabouço da TRS.

A TRS enfatiza a relevância que deve ser facultada às dimensões subjetiva, afetiva e cultural nos processos de elaboração do saber e aborda um conjunto de conceitos que se articulam e se originam nas práticas sociais (SANTOS; ALMEIDA,

2005; ARRUDA, 2002). Essa teoria, ainda na concepção de Arruda (2002), ressalta a importância dada aos processos de elaboração nas ações humanas, sendo relevante levá-las em consideração tanto na produção do conhecimento, quanto no fazer científico e na orientação de condutas.

A TRS admite que a realidade seja apropriada pelas pessoas mediante a utilização de símbolos que são construídos de forma coletiva. Supera-se a dicotomia sujeito-objeto, indivíduo-sociedade, racional-emocional (MADEIRA, 2001). Nessa perspectiva, é uma importante ferramenta para acessar as significações que as PSR constroem acerca do cuidado de si. Essa pesquisa, conforme assinalado anteriormente, centrou-se na abordagem estrutural e processual, ambas em estreita relação à grande teoria de Moscovici.

A abordagem estrutural, TNC, postula que uma RS se organiza/estrutura em torno de um sistema central e um periférico, ambos com características próprias (SÁ, 2015; ABRIC, 1994). Essa teoria, elaborada por Abric, Flament e Guimelli, na década de 90, indica que uma RS é composta por elementos centrais e periféricos com papéis específicos, mas complementares entre si. Na concepção de Abric (1994, p.77) “as representações são ao mesmo tempo estáveis e móveis, rígidas e flexíveis”; e “consensuais, mas também marcadas por fortes diferenças interindividuais”.

No que tange à abordagem processual, esta permite compreender os processos de formação das RS, quais sejam, a ancoragem e objetivação, sendo desenvolvida por Denise Jodelet (2005). Nesse sentido, Moscovici (2012, p. 67) afirma que o “propósito de toda representação é tornar algo não familiar em familiar”. Isto envolve dois processos fundamentais: a objetivação que torna algo abstrato, concreto, aproxima o que é estranho em familiar, estabelece o núcleo figurativo da RS; e a ancoragem oferece-lhe sentido, correspondendo a face simbólica da representação (SÁ, 2015; MOSCOVICI, 2007).

Mediante a utilização da TRS como fundamentação teórica, a abordagem multimétodos favoreceu complementaridade dos dados em relação ao objeto investigado, permitindo uma melhor análise da realidade social, o que não se poderia obter isoladamente, conforme preconizado por autores que defendem essa abordagem a exemplo de Leville e Dionne (2008); Minayo (2005); Goldemberg (2004); Malhotra (2001). Segundo Creswell (2010), a abordagem multimétodos permite melhor compreensão e interpretação do fenômeno e maior confiabilidade nos resultados. Diante

disso, nessa pesquisa, tal abordagem não se limitou a aspectos particulares, mas assegurou revelar a multidimensionalidade do fenômeno representado.

4.2 CAMINHANDO PELAS RUAS E CHEGANDO AO CENÁRIO DE ESTUDO

A definição do local do estudo é uma etapa de extrema importância em todo o processo. Diante da problemática de investigação e da sua relevância para prática e formação de profissionais de Enfermagem, a intenção era ter um campo não apenas para produção de dados, mas também para atuação e intervenção. Nessa perspectiva foram realizadas visitas a instituições de saúde, social e religiosa, de vínculo governamental e não governamental, na tentativa de identificar um serviço para atuação. Essa busca foi realizada juntamente com duas mestrandas do grupo de pesquisa SVDG, que também estavam trabalhando com a problemática de PSR.

Essa procura implicou em visitas aos vários serviços, contatos com ativistas sociais do movimento de rua, profissionais e pesquisadoras que lidavam diretamente com essa população. As visitas aos serviços propiciaram a aproximação e contato com a Unidade de Acolhimento (UA), no bairro de Itapuã, Salvador, Bahia, administrada pela Secretaria Municipal de Promoção da Saúde e Combate a Fome (SEMPS), e em funcionamento há 4 anos. A unidade presta atendimento temporário para mulheres e homens em situação de rua, com uma equipe multidisciplinar, e funcionamento de 24h/dia. Desenvolve atividades variadas, destacando-se: oficinas de arte, de dança, música, jardinagem, arte culinária, arte com material reciclável que é doado ou que se consegue na via pública, e aula de alfabetização, ministrada pela pedagoga do serviço, visando garantir condições adequadas de estadia, convívio e endereço de referência.

No processo de aproximação com as PSR atendidas na UA, foram realizadas oficinas e rodas de conversas, com temas sugeridos pelos participantes e/ou profissionais do serviço, com periodicidade quinzenal. Os encontros foram norteados por dinâmicas lúdicas, visando integração, aprendizados e diversão do grupo. A cada encontro, ampliava-se a adesão às oficinas de pessoas acolhidas e profissionais da unidade com discussão de temas variados. Foram abordados os cuidados higiênicos, prevenção de ISTs e ao HIV, aferição de pressão arterial, medidas preventivas para o diabetes, alimentação saudável, consultas de enfermagem, dentre outros.

Ainda nesse processo de aproximação com as PSR e definição do cenário de pesquisa, ocorreu integração com profissionais da Defensoria Pública engajadas/os em ações de defesa e proteção dos direitos de PSR, a partir do ano de 2015. Houve também

a participação em atividades do Grupo de Estudos População em Situação de Rua (GE-POPRUA) de Salvador, em debates e seminários que abordavam temáticas relacionadas a esta população. Foi firmado parceria com o Movimento POPRUA, definindo agenda de trabalho na sede do movimento; participação de integrantes do Movimento POP Rua em atividades desenvolvidas na EEUFBA; participação de integrantes do grupo SVDG no Fórum Permanente de População em Situação de Rua.

Diante do contingente de questões acerca de PSR e da limitação de produção científica sobre essa temática, a líder do grupo SVDG apresentou ao Colegiado da Pós-graduação da EEUFBA, no ano de 2018, ementa para componente curricular, visando ampliar discussões sobre a temática na academia. Durante o desenvolvimento do componente, foi possível dialogar com as lideranças do movimento de rua e profissionais que atuavam na assistência a essa população. A atuação no referido componente contribuiu sobremaneira para o desenvolvimento da pesquisa.

Nessa trajetória foi firmada parceria com o Centro POP no município de Ilhéus-BA, visando o desenvolvimento de atividades com PSR e produção de dados empíricos. As atividades na referida unidade iniciaram em outubro de 2016, mediante apresentação e aprovação da proposta de intervenção e pesquisa. Antes da aplicação das técnicas e instrumentos para produção de dados da pesquisa, houve a participação e organização de seminário com os outros serviços que acolhem as PSR; campanhas para aquisição e distribuição de roupas e cobertores, bem como a inserção da temática em disciplina de graduação do curso de Enfermagem da Universidade Estadual de Santa Cruz - UESC.

4.3 CARACTERIZANDO O *LOCUS* DO ESTUDO

A pesquisa foi realizada na cidade de Ilhéus/Bahia/Brasil que tem uma população estimada de 184.236 habitantes (IBGE, 2010). Os dados foram produzidos prioritariamente no Centro POP, serviço vinculado à Secretaria de Desenvolvimento Social (SDS), fundado em 2013, em funcionamento há 5 anos, com atividades diárias destinadas à proteção social de PSR e sua reinserção na família. Atualmente a unidade funciona de segunda a sexta-feira, no horário das 08 h às 17 h, com atendimento médio diário de 50 pessoas e mensal entre 580 a 620.

Conta com uma equipe técnica multiprofissional especializada, composta por psicólogas, assistente social, motorista, cozinheira, coordenadora, recepcionista, segurança e educadora social que trabalha com o objetivo de reinserção social de PSR. São realizadas atividades internas e de abordagem nas ruas. No primeiro contato na rua,

a equipe busca fazer escuta qualificada e avaliar a necessidade de encaminhamento ou não para o centro. As pessoas que são acolhidas na unidade preenchem um cadastro e tem acesso às atividades oferecidas. Dentre as atividades destacam-se: oficina de arteterapia, pintura, reciclagem, atividades cognitivas, leitura, sessões de cinema, abordando temas atuais seguido de discussão, oficina de rimas de hip-hop, rodas de capoeira; vacinação; comemorações de dias específicos como o dia do amigo; temas como solidariedade, gentileza; direitos das PSR, dentre outras. Há também o programa Todos pela Alfabetização (TOPA), com certificado mediante conclusão do curso, com participação de profissionais e pessoas voluntárias.

O Centro POP representa um espaço importante e de referência para o convívio social de PSR, proporcionando vivências e o desenvolvimento de relações de solidariedade e autonomia, sendo a única unidade no município que acolhe exclusivamente PSR. Mantém parceria com o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviços de Saúde como UBS e ESF; Centros de Recuperação e Defensoria Pública. A equipe de suporte social trabalha em cooperação com os demais membros e usuários, no empenho de restabelecer os laços familiares entre a PSR e a sua família; acompanhamento ao Serviço de Atendimento ao Cidadão (SAC), para a obtenção de documentos, Cadastro Único (CadÚnico), o que facilita o acesso aos programas sociais, bem como a busca pela inserção no mercado de trabalho formal.

Oferece quatro refeições: café da manhã, das 07h30 às 09 h, lanche, às 10 h; almoço de 11h30 às 13 h e lanche da tarde, às 15 h. A unidade não funciona como abrigo, fechando no horário noturno. É oferecido também local e material de higiene pessoal para banho, escovação dos dentes; lavagem e secagem das roupas, doação de roupas pela comunidade e pelas secretarias do município. A aproximação com o *locus* se deu de forma positiva e possibilitou a articulação com as PSR e com os profissionais, tornando possível a realização da pesquisa.

4.4 APROXIMAÇÃO COM O GRUPO INVESTIGADO

A vida na rua revela que o contingente de homens é maior do que o de mulheres, tanto no Brasil, quanto no mundo, sendo corroborado nesse estudo no qual a presença de mulheres nas ruas do município de Ilhéus-Bahia era em menor proporção (IPEA, 2016; FIPE, 2015). Considerando o objeto, os objetivos e lócus da pesquisa foram investigados pessoas adultas em situação de rua cadastradas no centro POP no período de janeiro de 2017 a janeiro de 2018.

A aproximação com as/os participantes se deu sem dificuldades e por vezes as/os mesmas/os se reportavam a mim com interesse em contribuir com o estudo. Infere-se que tais atitudes possivelmente se deram pela relação de confiança estabelecida, devido à participação ativa no *locus* de investigação, durante o período de 01 ano, abrangendo todos os setores da unidade – portaria, recepção, consultórios, área de convivência e espaço de alimentação.

Durante esse período, as atividades foram desenvolvidas em parceria com voluntárias/os, estudantes e profissionais do setor, quando participei e realizei atividades de integração, aprendizados e lazer. Vale destacar que todas as ações tinham cunho educativo, de sensibilização e de empoderamento das pessoas participantes. Nesse sentido foram realizadas oficinas de arteterapia; de capoeira; de pintura em telas, palhas de coco, garrafas PET, caixas de pizza; bate papo sobre temas selecionados, como: direitos e deveres das PSR, prevenção de ISTs, do câncer de mama e do colo de útero; da tuberculose, vacinação. Ademais, foram promovidas seção de cinema com exibição de filmes, documentários e mensagens motivacionais. Durante todos esses trabalhos foi possível observar o interesse, diálogos e ressignificação de olhares, tanto das/os profissionais/estudantes envolvidas/os, quanto das pessoas usuárias do serviço.

Além das práticas em grupo, foram realizados atendimentos individuais, diante de solicitação das pessoas acolhidas, permitindo conhecer histórias e trajetórias de vida e fortalecer e estreitamento de vínculo entre pesquisadora/participantes e profissionais do centro POP. Nesse contexto, as aproximações, conversas e produção dos dados se desenvolviam de forma contínua e não se limitaram ao espaço intramuros da unidade. Em alguns momentos foram desenvolvidas ações nas ruas, como por exemplo: abordagem para orientação; encaminhamentos para serviços e profissionais; realização de ações solidárias para distribuição de roupas, cobertores, alimentação, sobretudo no período de inverno e à noite. A realização dessas atividades possibilitou o fortalecimento e estreitamento de vínculo entre mim, as/os profissionais do serviço e as/os usuárias/os do centro POP.

Diante de tais contatos passei a ser identificada pelas/os acolhidas/os como integrante permanente do grupo, sendo por vezes solicitada para conversas, com objetivo de elucidar dúvidas e intermediar demandas junto a equipe do serviço. A ambiência era pautada por integração, receptividade e disponibilidade das pessoas ali presentes para um trabalho em equipe e com objetivos comuns: cuidar das PSR.

Todas as pessoas que chegavam à unidade eram observadas em relação ao seu cotidiano dentro da unidade, considerando a sua vivência com profissionais, PSR e com a pesquisadora. A observação contemplou todas as pessoas que adentraram a unidade no período de coleta de dados, atingindo cerca de 300 pessoas. Desde início do ano de 2018, o número de atendimentos tem aumentado em virtude da regularidade de funcionamento da unidade, sem interrupção e com equipe completa.

Dentre as PSR contatadas e observadas, 122 responderam distintamente os diversos instrumentos de produção de dados. Para definição do total de participante, foi observado que em uma pesquisa com abordagem multimétodos, o número de pessoas incluídas na pesquisa pode ser ideal e adequado, a partir do momento que possibilite alcançar diversas dimensões e totalidade sobre o objeto (MINAYO, 2014).

Nesse sentido, a inserção dos/as participantes pautou-se na avaliação do contexto com a aproximação da pesquisadora, no momento da produção dos dados, visto tratar-se de uma população flutuante, complexa e que requer maior sensibilidade e respeito à sua singularidade, especificidade e disponibilidade. Isso possibilitou melhor qualidade aos dados produzidos. Não existe um censo sobre o número total da população em situação de rua de Ilhéus, mas pelo levantamento realizado durante a pesquisa, o número total de pessoas cadastradas no centro POP, até o ano de 2017, foi de 505 pessoas⁹.

Como critérios de inclusão foram considerados: PSR, de ambos os sexos, de qualquer identidade de gênero, com idade igual ou superior a 18 anos, vinculadas ao centro POP e que tivessem participado das atividades desenvolvidas no período de aproximação. Como critério de exclusão: pessoas que no momento da pesquisa apresentavam sinais de desequilíbrios orgânicos, psíquicos ou sob o efeito de SPAs (seja medicamentosa ou não) que cursassem com alteração do nível de orientação no tempo e espaço. Durante a coleta dos dados apenas duas pessoas não atenderam à aproximação, uma delas porque não informou não ter interesse em participar e outra porque estava sob o efeito de álcool.

Vale ressaltar que dentre as 300 pessoas que chegavam à unidade, 30% eram assíduas ao serviço; algumas só iam para se alimentar e após o cadastro pela assistente social e psicóloga não permaneciam na unidade e não mais retornavam; outras precisavam se ausentar após a alimentação para trabalhar; algumas aparentavam estar em uso de SPAs, o que impossibilitava a participação na pesquisa e outras não

⁹ Os dados de caracterização das PSR de rua cadastradas no centro POP compõem o capítulo 5.1 dessa tese.

aceitaram participar diretamente da pesquisa. Os dados da observação de todas as PSR que estiveram no centro POP foram analisados e compõem os resultados dessa tese.

A imersão na rotina do centro POP permitiu adentrar um universo bastante complexo, e de uma singularidade impressionante. Ali as diferenças eram equalizadas, o público se confundia com o privado, todos seguiam uma lógica de (sobre)vivência e produziam vida onde muitos consideram que só havia morte. Nessa trajetória, foi possível alcançar a dimensão do poder que o “ser humano” possui para vencer as barreiras, manter-se sorrindo e com energia, cuidando de si e do outro, além de acreditar em um amanhã melhor.

Essa vivência me permitiu aprender e apreender que as PSR são detentoras de direitos e deveres, por vezes, negligenciados e/ou negados. Precisam da sociedade, da equipe inter e multidisciplinar atuando em consonância para garantir o pleno exercício de sua cidadania.

4.5 DISCORRENDO SOBRE OS ASPECTOS ÉTICOS NO CAMINHAR DESSA PESQUISA

Em conformidade com a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012b) e com os critérios estabelecidos pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), antes da submissão na Plataforma Brasil, o projeto foi encaminhado para apreciação pela Secretaria de Desenvolvimento Social de Ilhéus, a qual autorizou o desenvolvimento do estudo no Centro POP. Posteriormente foi submetido a Plataforma Brasil e encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da EEUFBA, tendo sido aprovado sob número do Protocolo 1.813.598, CAAE: 61745616.8.0000.5531 (ANEXO 1), sendo iniciada a etapa de aproximação com o *locus* e participantes.

Em todas as etapas da investigação foram atendidos os princípios da bioética, quais sejam: autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade, que norteiam as pesquisas envolvendo seres humanos. Esses princípios objetivam “a proteção dos sujeitos de pesquisa e para a contribuição coma qualidade das pesquisas que visem ser cientificamente fidedignas, metodologicamente corretas, moralmente aceitáveis e socialmente relevantes” (RATES; PESSALACIA, 2013, p. 567).

Compreende-se a autonomia, como uma modalidade de respeito à dignidade da pessoa aceitar ou não participar das pesquisas em que haja danos à mesma pela decisão tomada. Por beneficência, entende-se a redução de riscos e danos e comprometimento com o máximo de benefícios. A maleficência refere-se à garantia de que danos

previsíveis serão evitados; e a justiça e equidade se referem à relevância social da pesquisa, trazendo vantagens significativas para todos os sujeitos da pesquisa de forma justa (BRASIL, 2012b).

Visando atender os princípios estabelecidos pela Resolução 466/2012, cada participante recebeu informações sobre os objetivos e natureza da pesquisa, assim como a voluntariedade na participação e garantia de seu anonimato. Inicialmente foram informados os possíveis riscos que sua participação poderia proporcionar, uma vez que ao abordar questões de ordem pessoal, relacionadas à vida individual de cada pessoa, poder-se-ia gerar riscos como: constrangimento, timidez ou desconforto. Diante dessa possibilidade, na ocorrência de expressão de reações de tristeza, choro, irritabilidade ou agressividade, a coleta de dados foi interrompida, dando-se início à escuta qualificada e, quando necessário, encaminhamentos aos profissionais especializados que atuam no Centro POP.

Os possíveis benefícios advindos da sua participação no estudo foram informados, a saber: contribuição com reflexões e conhecimentos importantes para a prática de cuidado de si, estando em situação de rua, bem como com a produção de conhecimentos relevantes para o cuidado de PSR, para toda a equipe multidisciplinar.

Como preceito ético, todas os/as participantes tiveram garantido o direito de desistência da pesquisa, em qualquer momento, sem que houvesse nenhum prejuízo à sua pessoa, bem como à permanência e utilização das rotinas no Centro POP. Entretanto, não houve desistência de nenhum dos participantes abordados.

Foi garantida também a confidencialidade e anonimato das informações produzidas, sem a identificação de nenhum/a dos/as participantes, através das publicações a serem realizadas. Cada participante teve a ciência de que o material produzido será utilizado para divulgação do conhecimento científico, através de artigos e apresentações em eventos. Esse material poderá ser utilizado por outros(as) pesquisadores(as) do grupo de pesquisa, desde que consentido pelo CEP.

Todas as etapas de produção dos dados foram realizadas em horário e local definidos entre a pesquisadora e as pessoas participantes, garantindo a segurança e anonimato das informações, o que facilitou a fala e expressões trazidas. Assim, optamos pela identificação feita pela letra “P” seguida por números sequenciais obedecendo-se a ordem em que os dados foram produzidos (Exemplo: P1, P2).

Mediante consentimento de participação na pesquisa, foi lido e discutido com cada provável participante, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

(APÊNDICE A). Frente às características dos/as participantes, o TCLE foi elaborado com linguagem acessível, informações referentes aos objetivos, à justificativa, aos procedimentos de produção dos dados. Em casos de participantes não alfabetizados/as, a pesquisadora procedeu a leitura do TCLE antes da assinatura do mesmo. Após a assinatura em duas vias, 01 via do TCLE assinada ficou com o/a participante e a outra com a pesquisadora. Todo o material foi digitalizado e se encontra arquivado em banco de dados.

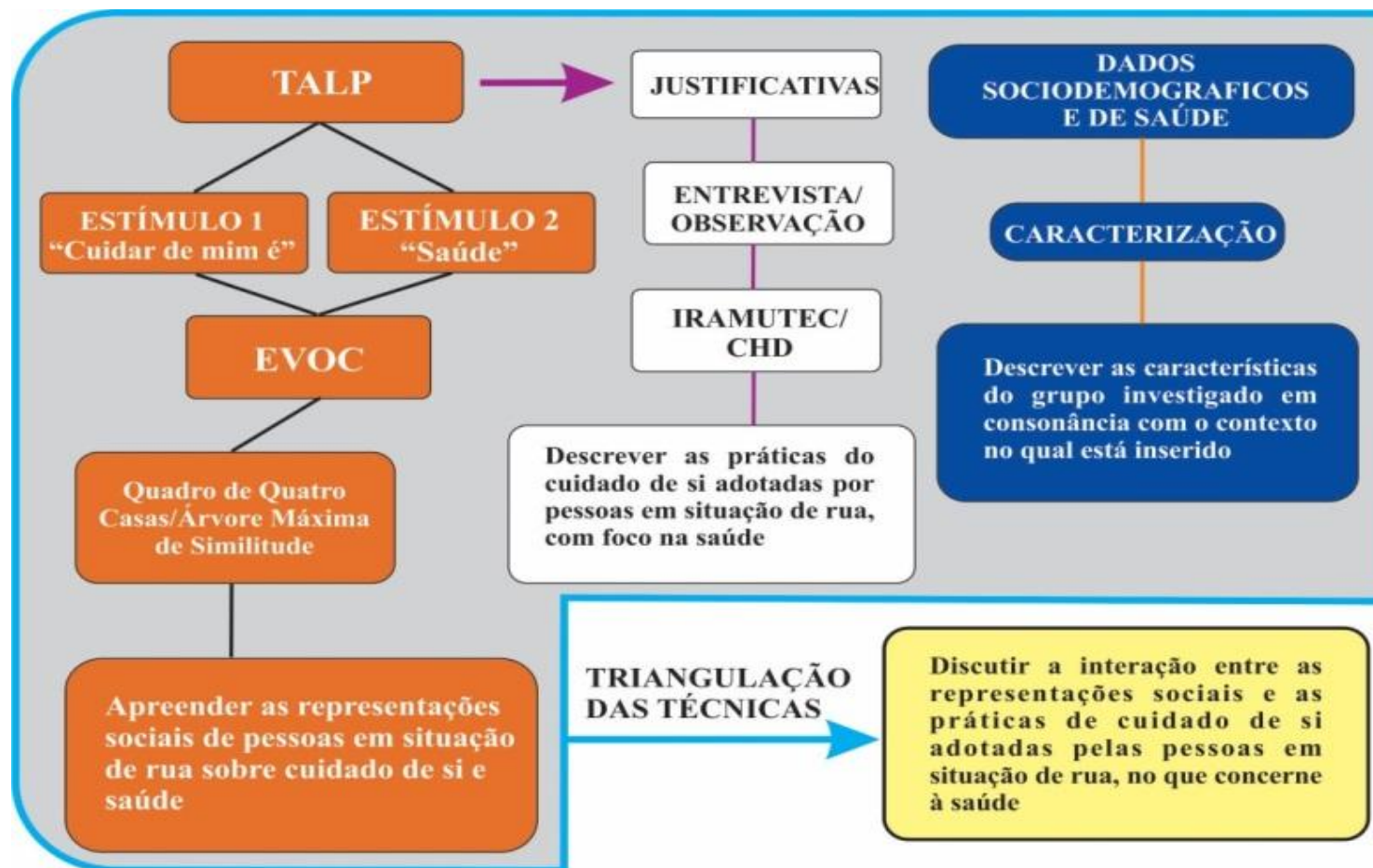
4.6 TÉCNICAS E PROCEDIMENTOS PARA A PRODUÇÃO DOS DADOS – A UTILIZAÇÃO DOS MULTIMÉTODOS E MULTITÉCNICAS

Para a produção de dados é importante que a pesquisadora mantenha um ambiente agradável, acolhedor e que sejam esclarecidas informações pertinentes ao momento específico. Pesquisas que se apropriam do referencial teórico da TRS devem fazer uso de instrumentos diversos para a produção das informações, com a utilização de diversas técnicas visando obter resultados coesos e fidedignos (NÓBREGA; COUTINHO, 2011). Para a apreensão das representações e práticas do cuidado de si foram selecionadas as seguintes técnicas: a) Observação de campo com registro em diário de campo; b) Teste de Associação Livre de Palavras; c) Entrevista semiestruturada.

Os dados resultantes das três técnicas descritas foram organizados e apresentados de maneira articulada, de forma a exibir por um lado, a análise de especificidades sobre o objeto de estudo e por outro a análise conjunta de elementos comuns. Para isso, foi aplicado o Teste de Associação Livre de Palavras - TALP - a todos/as os/as 122 participantes do estudo e em seguida 20 destes responderam a entrevista.

A seguir serão descritas detalhadamente cada técnica, procedimentos e instrumentos utilizados para a produção dos dados, cujo fluxograma de aplicação está apresentado na Figura 4. As etapas aconteceram simultaneamente, havendo interação entre as mesmas. De modo geral, as técnicas selecionadas são amplamente utilizadas em pesquisas qualitativas, sendo algumas específicas no uso da TRS. De acordo com Silva, Camargo e Padilha (2011) a entrevista e o teste de Associação Livre de Palavras são as mais aplicadas em pesquisas fundamentadas no referencial da TRS.

Figura 4 - Produção e análise dos dados



FONTE: Elaboração da pesquisadora, 2018.

4.6.1 Observação de campo

Segundo Minayo (2016), a observação de campo consiste em um processo em que a pesquisadora observa uma situação social, realizada sobre o que não é dito, mas visto e captado por quem observa, sendo fundamental ao se realizar o trabalho de campo em uma pesquisa qualitativa. Sua aplicação de forma adequada possibilita associar os fatos a suas representações e a esclarecer as contradições entre as normas e regras e as práticas vividas no cotidiano de grupos observados. Para tanto, é necessário anotações em diário de campo.

Essa técnica facilitou maior interação e contato face a face com o grupo social, acessando elementos do seu cotidiano, que poderiam não ser acessados com o uso das demais técnicas. Foi uma técnica que permeou e precedeu as demais e teve duração de um ano (outubro de 2016 a outubro de 2017), possibilitando reflexões, análise mais sólida quanto ao objeto de investigação e compreensão de termos e ideias evocadas na aplicação das demais técnicas. Na relação estabelecida na unidade, houve momentos de alegria e compartilhamento entre as pessoas e não apenas dor, tristeza e sofrimento como pensava, anteriormente.

Para nortear o processo de produção dos dados, foi elaborado um roteiro (APÊNDICE B), contemplando os seguintes itens: funcionamento da unidade; descrição de atividades realizadas; condutas e comportamentos das pessoas e notas reflexivas, teóricas e metodológicas da pesquisadora sobre as situações observadas.

Segundo Nogueira-Martins e Bógus (2004), o emprego de notas reflexivas na observação de campo, requer que a pesquisadora registre tudo que for capaz de ouvir, observar e vivenciar, destacando-se ideias, temas, sentimentos, palpites e impressões. A observação se deu nos turnos matutino e vespertino, quando a pesquisadora acompanhou a rotina das PSR, do momento em que elas chegavam à unidade, até o momento da sua saída. Como forma de complementar a produção das informações, a observação foi realizada fora da unidade, no contexto de vida das participantes, nas ruas, como estratégia de explorar os diversos aspectos que compunham o cuidado em situação de rua.

A pesquisadora se manteve como observadora do contexto e não como pertencente ao quadro de profissionais da unidade ou ao grupo social investigado. As práticas das PSR na unidade e em alguns momentos na rua eram vistas regularmente, coletando o maior número de informações, por intermédio das conversas informais estabelecidas que fossem registradas sistematicamente em diário de campo. O início das

observações se deu em 14 de outubro de 2016, com término em 30 de outubro 2017. O tempo total de observação na unidade foi de 50 semanas, totalizando 12 meses. A permanência para observação teve duração diária estimada de três horas, sendo realizada em dias e horários variados, no período da manhã e da tarde, em dias alternados para que assim as informações fossem coletadas nos diversos momentos da rotina da unidade.

Essa experiência foi pautada na relação de confiança mútua entre as/os envolvidas/os, de modo a observar as suas práticas e não apenas ter acesso a informações por meio de entrevistas, o que contribuiu para que não se conferisse, conforme preconiza Sá (1998, p. 49) “*status* de representação social a emissões discursivas fortuitas”.

Apresentei-me como profissional de pesquisa, vinculada à universidade, informando tudo o que seria feito durante a minha permanência no local. No decorrer dos momentos de observação, tanto as/os profissionais quanto as/os usuários tinham o direito e a liberdade de questionar, tirarem suas dúvidas e perguntarem o que desejassem. Busquei esclarecer que não faria interferência na rotina da unidade, mas sim inserção para que viesse a colaborar positivamente com as ações que já eram desenvolvidas.

Por ocasião da imersão em campo, mantive-me atenta a observar cada usuária/os nos diversos espaços em que revelavam o cuidado de si. Houve o cuidado em me manter sensível aos diversos sentimentos e/ou reações que a minha presença provocava, tendo o cuidado de esclarecer os questionamentos e garantir a assinatura espontânea do TCLE. Os registros em diário de campo foram feitos, tanto de forma imediata, no momento em que era observado, quanto posteriormente, assim que estivesse mais livre para que não houvesse perdas de informações.

4.6.2 Teste de Associação Livre de Palavras

Configura-se como técnica projetiva que permite o acesso às projeções mentais, em que a pessoa traz à lembrança os conteúdos latentes que estão fixos em suas memórias e que não são explícitos nas falas (OLIVEIRA et al., 2005). Para Carvalho (2010), com a evocação livre de palavras é possível compreender as estruturas semânticas, temáticas e lexicais. Vem sendo amplamente empregada em pesquisas de RS (NÓBREGA; COUTINHO, 2011), com os mais diversos objetos de pesquisa, seja na área de saúde, da educação, serviço social, dentre outras. Utilizada com diferentes

objetos, como cuidado, envolvimento com drogas, HIV/aids, sendo a evocação livre de palavras uma das mais descritas (SUTO, 2015; SILVA; MENANDRO, 2014; OLIVEIRA, 2008).

A opção pelo seu uso foi justificada por ter sido validada, ser de fácil entendimento/aplicação e permitir o acesso a elementos mais latentes sobre o fenômeno delimitado. O fenômeno investigado é denso e complexo, e a técnica reduziu as dificuldades dos/as participantes em trazerem informações acerca do objeto de estudo.

Para a sua aplicação, foi utilizado o Teste de Associação Livre de Palavras – TALP (APÊNDICE C). Trata-se de instrumento inicialmente desenvolvido e utilizado em 1905, por Jung, psiquiatra suíço, em sua prática clínica em psicologia. Foi adaptado no campo da Psicologia Social, por Di Giacomo, em 1981 e, desde então, vem sendo largamente utilizado em pesquisas que versam sobre as RS. Para a pesquisa em representações sociais, esse teste proporciona a identificação de suas dimensões latentes, evidencia os universos semânticos evocados em resposta a um ou mais estímulos indutores, tornando salientes os conteúdos do inconsciente que não são filtrados pela censura (NÓBREGA; COUTINHO, 2011). Segundo as autoras citadas, os estímulos indutores, sejam esses de ordem verbal, não verbal ou icônico, material de vídeo e material sonoro, precisam ser definidos com base no objeto estudado, considerando ainda, as características dos/as participantes.

Uma das vantagens do uso do TALP está na sua forma de execução. Além de ser fácil e rápida, pode ser feita coletiva ou individualmente e ser aplicada para pessoas de qualquer idade e nível de escolaridade. Antes da aplicação individual do TALP, foram explicitados alguns itens destacados por Nóbrega e Coutinho (2011), como forma de tornar compreensível a aplicação do teste, a saber: breve esclarecimento as/aos participantes, sendo apresentado um termo, não relacionado ao objeto de estudo, para que as pessoas se familiarizassem com o teste, facilitando assim a sua aplicação; foi também informada a importância de que quanto mais rápido se registrasse a resposta, melhor seria o resultado; a importância de não fazer uso de frases ou construções verbais como respostas.

O estímulo apresentado foi “carnaval”, pois a produção dos dados teve início próximo a ‘festa de largo’ mais popular do Brasil. Por ser uma festa amplamente divulgada pela mídia e de amplo conhecimento, esperava-se que isso facilitaria a aplicação da técnica, o que se concretizou. Após essa estratégia de aproximação com a técnica, procedeu-se a aplicação do TALP, de forma individual conforme a

disponibilidade dos/as participantes e oportunidades que surgiram. Os termos indutores usados foram: E1 “Cuidar de mim é...”, E2 “.Saúde pra mim é...”.

Foi solicitado às/aos participantes que enunciassem as cinco primeiras palavras e/ou expressões que lhes viessem imediatamente a mente quando ouvissem o termo indutor. Em seguida, deveriam enumerar de 1 a 5, por ordem de importância, as evocações e posteriormente, justificassem por que aquela palavra era a mais importante (NÓBREGA; COUTINHO, 2011). A anotação dos termos e justificativas no instrumento foi feita pela pesquisadora a pedido das/os participantes.

A cada participante foi dado o tempo máximo de dois minutos para as respostas a cada termo indutor, sendo que o teste foi aplicado em local o mais adequado possível, conforme as oportunidades encontradas, de forma a oferecer privacidade e concentração aos/as depoentes. Responderam ao TALP 122 pessoas que estavam no centro POP durante o período de coleta de dados, e atenderam aos critérios previamente estabelecidos. A partir da aplicação desse instrumento, foi informado aos/as participantes sobre as demais técnicas. Conforme interesse e disponibilidade, foram agendados horários para entrevista.

4.6.3 Entrevista semiestruturada

A entrevista é a técnica mais utilizada em pesquisa com abordagem qualitativa. Sua aplicação possibilita o alcance de informações pertinentes, sendo um guia que permite o aprofundamento de questões relacionadas ao fenômeno investigado. Ademais, quando associada a técnicas projetivas, é útil para confrontar as informações do consensual e do projetivo, também chamada de triangulação dos dados (MINAYO, 2014; MINAYO; GOMES, 2011).

Através da entrevista é possível acessar dados básicos para desenvolvimento e compreensão em detalhes das relações entre os atores sociais, suas crenças, atitudes, valores e motivações em contextos sociais específicos, pois os interlocutores podem falar livremente (GASKELL, 2018). A técnica foi guiada por um roteiro previamente elaborado (APÊNDICE D), baseado nos objetivos propostos, contendo questões de identificação/caracterização dos participantes e questões relacionadas às práticas de cuidado em saúde. Foram entrevistados/as 20 PSR das 122 que responderam ao TALP. As entrevistas foram gravadas em equipamento digital, para garantir fidedignidade do material produzido, após a anuência dos participantes e a assinatura do TCLE. A entrevista foi conduzida em local privativo, tranquilo, evitando assim a interferência de

outras pessoas e a perda de informações relevantes. Todas as entrevistas e demais técnicas utilizadas, bem como a transcrição de todos os dados, foram realizadas apenas pela pesquisadora.

O número de entrevistas foi determinado em virtude da observância de que não apareceram novos elementos nas respostas que permitissem o aprofundamento da pesquisa, e que justificassem a continuidade das mesmas. Considerou-se então a saturação teórica dos dados (MINAYO, 2014). A saturação das entrevistas levou em consideração ainda os dados registrados no TALP e no diário de campo, resultante da observação participante. Continuar com a realização de entrevistas não traria componentes linguísticos, que pudessem contribuir efetivamente para a reflexão teórica apresentada (POPE; ZIEBLAND; MAYS, 2009; FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008).

As entrevistas tiveram duração média de uma hora e a definição das/os participantes, além de obedecer aos critérios já definidos, levaram em consideração outros aspectos durante a produção dos dados. Foi observado: número similar entre pessoas que se declararam homem ou mulher; assiduidade no centro POP, o que colaborou com informações mais precisas e significativas. Diante disso, a técnica foi aplicada de modo reservado e se configurou em momento de trocas, aprendizados e em alguns momentos, de grande emoção. As PSR verbalizavam que aquele momento foi significativo, pois vivenciaram e dialogaram sobre situações antes nunca expressadas.

A técnica permitiu que histórias e experiências fossem relatadas livremente, sem cobranças, sem tempo definido ou exigência de respostas prontas. Nesses momentos foi possível verdadeiramente estabelecer o *rapport*, resultando numa reação positiva, estimulando outros a responderem à técnica. Para Gaskell (2018), ao se construir o *rapport*, com atitudes e linguagem adequadas às particularidades das/os entrevistadas/os, estes se sentem impelidos a pensar e falar mais livremente, ao se comparar com técnicas e discurso mais normativos.

4.7 PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DE DADOS

A etapa de organização e análise dos dados é complexa e tem início desde a delimitação do objeto aos métodos que serão utilizados para a realização do estudo. Nessa perspectiva, para cada técnica aplicada foi utilizada uma ou mais modalidades de análise dos dados que se complementaram. A análise individual permitiu apreender

elementos diversos acerca do objeto de estudo, os quais foram confrontados e articulados entre si para alcance dos objetivos propostos numa segunda etapa de análise.

Nesse sentido, os dados do TALP foram organizados e processados em dois softwares, a saber: o *Ensemble de programmes Permettant l'Analyse des Evocations* (EVOC) versão 2005, visando atender as normas da abordagem estrutural das representações - TNC - e no *Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires* (IRAMUTEQ), baseando-se na Classificação Hierárquica Descendente (CHD).

Como forma de complementar a análise dos dados do TALP, foi calculado o índice de similitude, com elaboração da árvore máxima; e o diagrama em barras de Bardin. O conteúdo das entrevistas e dos registros do diário de campo foi processado no software IRAMUTEQ baseando-se na CHD e organizado em categorias empíricas, a partir dos elementos de centralidade das RS, apontados na análise do TALP, pela organização do quadro de quatro casas e árvore máxima de similitude. Para Spink (2013), Denzin e Lincoln (2006), essa triangulação proporciona compreensão em profundidade do fenômeno investigado garantindo rigor, confiança e riqueza à investigação.

4.7.1- Uso dos softwares no processamento e análise dos dados

4.7.1.1 EVOC

Tem sido cada vez mais comum o uso de elementos computacionais para análise de dados textuais, inclusive em pesquisas fundamentadas na TRS. Dentre os softwares usados, tem-se o EVOC, proposto por Vergès (2003), na França, Inglaterra e Estados Unidos, na década de 90. O programa permite acessar a estrutura das RS, identificando temas que emergem do seu possível NC e do sistema periférico, a partir das respostas aos estímulos indutores (ABRIC, 1994).

O processamento dos dados pelo EVOC realiza uma análise lexicográfica e gera dados quantitativos permitindo a visualização gráfica de palavras que pertencem ao NC e ao sistema periférico das RS, com identificação da frequência de aparecimento dos termos evocados e a ordem de aparecimento das respostas. O EVOC gera dados que dão auxílio à análise e inferência na forma como se organiza a disposição das RS que estão sendo investigadas (REIS et. al 2013).

Antes do processamento dos dados do TALP, foram seguidas etapas importantes, a saber: todas as palavras evocadas para cada termo indutor foram

organizadas em um dicionário de termos correspondente, em arquivos separados, no software Word, versão 2010; em seguida as respostas foram classificadas em ordem alfabética para a análise de conteúdo; posteriormente observaram-se as respostas mais frequentes, constituindo as categorias, sendo agrupadas as palavras com as de mesma similaridade semântica (lematização) e menores frequências (NÓBREGA; COUTINHO, 2011). Foram utilizadas como variáveis fixas: sexo, faixa etária, tempo de vida nas ruas e procedência para caracterização dos participantes, no processamento dos dados evocados, e as variáveis de opinião (estímulos indutores) constituindo a base de dados do software EVOC.

Os dados quantitativos propiciam a organização das palavras, de forma hierarquizada expressa pela frequência e ordem natural das evocações, por meio do quadro de quatro casas ou quadrante de Vergès, possibilitando a análise e discussão dos resultados ancorados na TNC (SÁ, 2015; SÁ, 2002; ABRIC, 1994). No quadro de quatro casas distribuem-se as palavras evocadas, de acordo com os critérios de maior frequência e Ordem Média de Evocação (OME) (ABRIC, 2000). O Software EVOC permitiu uma análise prototípica, também conhecida como análise de quatro casas, que engloba a caracterização estrutural de uma RS. Nesse contexto, a TNC compreende um sistema formado por dois tipos de elementos: um NC e o sistema periférico (OLIVEIRA, 2001; SÁ, 1995).

Conforme Sá (2002) e Abric (1996), o quadro de quatro casas é assim configurado: quadrante superior esquerdo contempla elementos com frequência maior ou igual à frequência média e com menor ordem média de evocação (mais prontamente evocados); quadrante superior direito - primeira periferia - visualizam-se os elementos periféricos mais importantes, por possuírem elevadas frequências; quadrante inferior direito - segunda periferia - estão os elementos menos frequentes e menos prontamente evocados; e quadrante inferior esquerdo - zona de contraste - estão os elementos que, apesar de apresentarem baixas frequências, são considerados muito importantes pelos sujeitos pela ordem privilegiada de evocação.

4.7.1.2 IRAMUTEQ

A análise de dados textuais com a ajuda de elementos computacionais, na perspectiva de Camargo e Justo (2013), colaboram com a superação da dicotomia entre quantitativo e qualitativo, uma vez que permitem a quantificação e uso de cálculos estatísticos sobre variáveis essencialmente qualitativas. Dentre esses *softwares*, tem-se o

IRAMUTEQ que possibilita a realização de diferentes análises sobre *corpus* textuais, desde as mais simples às mais complexas, sendo ancorado no *software* R e na linguagem de programação *python*.

Foi desenvolvido inicialmente na língua francesa, por Ratinaud (2009). Passou a ser utilizado no Brasil no ano de 2013, sendo bastante aplicado na área da saúde, gratuito, com dicionário na língua portuguesa e permite cinco tipos de análises: análises lexicográficas clássicas; especificidades e Análise Fatorial de Correspondência; Classificação Hierárquica Descendente; análises de similitude e nuvem de palavras (CAMARGO; JUSTO, 2013). Necessário ressaltar que o/a pesquisador/a é responsável pela interpretação dos dados que foram processados pelo *software*.

Nessa tese, para o processamento dos dados provenientes da observação, do TALP e das entrevistas foi utilizada a CHD. Antes do processamento do material no IRAMUTEQ foi construído o *corpus* de cada técnica separadamente, quais sejam: o diário de campo, 122 TALP e 20 entrevistas. O *corpus*, conjunto de textos, foi dividido em segmentos de texto (ST), que correspondem a cada três linhas dos textos dimensionadas geralmente pelo *software*. Todos os textos foram digitados em formato txt, em um único arquivo no *software* Open Office. Cada texto foi separado com linhas de comando (com asteriscos), para que cada um fosse reconhecido pelo *software* separadamente. Dessa forma, a digitação seguiu o exemplo a seguir:**** *ind_01 *fxet_10 *temv_10 *proc_10.

Os ST são classificados de acordo com seus respectivos vocabulários e o seu conjunto é repartido em função da frequência das formas reduzidas. A partir de matrizes cruzando formas reduzidas e ST (em repetidos testes do tipo χ^2), é aplicado o método de CHD, obtendo uma classificação definitiva. Com essa análise é possível obter classes de ST que exibem vocabulário semelhante entre si e vocabulário diferente dos segmentos das outras classes. A partir dessas análises, o *software* organiza a análise dos dados em um dendograma, que ilustra as relações entre as classes com base em cálculos e fornece resultados que permitem a descrição de cada uma das classes, sobretudo, pelo seu vocabulário característico (léxico) e pelas suas palavras com asterisco (variáveis) (CAMARGO; JUSTO, 2013).

Considerando as várias dimensões da teoria, a evocação livre permitiu o acesso a abordagem estrutural, as demais técnicas o acesso a abordagem processual. A apreensão das representações e das práticas de cuidado de si foi possível, através da análise inicial de cada técnica separadamente. Após essa análise, foi feita a conjugação de todas as

técnicas, a observação, o teste de associação livre de palavras e a entrevista, quando em seguida, realizou a transversalização, de forma a acessar consensos e dissensos das experiências com o cuidado de si.

As práticas de cuidado estão imbricadas por vivências e experiências de PSR em seu contexto individual e coletivo, que envolve as RS apreendidas sobre o fenômeno práticas de cuidado de si. A análise do conjunto das técnicas permitiu melhor compreensão dos dados produzidos, buscando a articulação e aprofundamento dos resultados para responder ao objeto proposto.

5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Este capítulo mostra os principais resultados da pesquisa em resposta aos objetivos estabelecidos. Os dados foram organizados em três itens: o primeiro mostra um retrato do grupo investigado a partir das características sociodemográficas e de saúde, vinculadas ao contexto no qual o grupo convive.

A apresentação da caracterização contextualizada é relevante, sobretudo pela fundamentação da pesquisa no arcabouço teórico metodológico da Teoria das Representações Sociais. De acordo com a referida teoria, uma representação social é sempre de alguém sobre alguma coisa, e a sua elaboração e dinamicidade estão associadas ao contexto cultural e social no qual as pessoas estão inseridas e as experiências vividas. Logo, torna-se relevante mostrar uma fotografia do grupo investigado visando fornecer elementos para compreensão das representações apreendidas.

O segundo item exhibe especificamente a análise dos dados provenientes das evocações livres de palavras e das justificativas às palavras mais importantes, atribuídas aos termos indutores “cuidar de mim é” e “saúde é”. O processamento dos dados com auxílio dos *softwares* EVOC e Iramuteq permitiu evidenciar elementos estruturais das RS e a possível centralidade de termos, evidenciando aspectos relevantes ao grupo investigado. Pelas características de cada termo indutor, cada um é apresentado separadamente.

O terceiro item aborda as práticas de cuidados adotadas pelo grupo investigado e discute sua vinculação com as RS apreendidas. As informações que compõem esse item são oriundas, prioritariamente, das técnicas de observação participante e entrevistas, mas faz triangulação com as demais técnicas utilizadas na produção dos dados e com a caracterização do grupo.

5.1 CONHECER PARA MELHOR ACOLHER: CARACTERIZAÇÃO DE PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA COMO DISPOSITIVO PARA PLANEJAMENTO DO CUIDADO EM SAÚDE

Responderam aos instrumentos de produção de dados 122 pessoas que estavam vinculadas ao centro POP de Ilhéus-Ba, contudo durante a observação participante, várias outras pessoas em situação de rua foram alvo de registro. O grupo investigado foi constituído essencialmente, por pessoas fortes, batalhadores e ao mesmo tempo frágeis e

sensíveis. Viviam em situação de rua, tinham sonhos, fantasias, prazeres, mágoas, decepções e angústias. São pessoas e deveriam ter direitos à vida, à dignidade e ao respeito.

Diante do quantitativo de participantes e das características analisadas foram organizados três quadros, para facilitar a visualização das informações e ofertar um retrato do grupo no contexto investigado. O Quadro 1 apresenta as principais características sociodemográficas das PSR. De acordo com as informações apresentadas, evidencia-se a predominância de pessoas que se autodeclararam do sexo masculino, heterossexuais, solteiras, com idade entre 18 a 39 anos, ensino fundamental, raça/cor negra, adeptos de uma religião e com filhos. Essas características, associadas à situação de rua, constituem elementos de vulnerabilidades que influenciam o processo saúde-doença.

Vale ressaltar que as variáveis em destaque, pelo grupo investigado, estão em consonância com o perfil nacional da população de rua, conforme dados publicados pela fundação Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada - Ipea (IPEA, 2016). Pesquisa realizada com PSR de São Paulo, também apresentou dados similares conforme relatório da Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas – FIPE de 2015 (IBGE, 2010).

A predominância de pessoas do sexo masculino e heterossexual foi evidenciada nas pesquisas supracitadas. Essa predominância, também, foi destacada nos dados do censo do SUAS, realizados em 2015 e 2016, com pessoas atendidas pelos Centros POP (BRASIL, 2016; BRASIL, 2017).

Quadro 1-Variáveis sociodemográficas de pessoas em situação de rua investigadas, Ilhéus, Bahia, Brasil, 2018.

Variáveis		N	Porcentagem
Sexo	Feminino	18	14,8
	Masculino	104	85,2
Orientação sexual	Heterossexual	112	91,8
	Homossexual	10	8,2
Situação conjugal	Solteiro	78	63,9
	União estável/Casado	35	28,7
	Divorciado	9	7,4
Faixa etária	18 – 29	38	31,1
	30 - 39	46	37,7
	40 – 49	20	16,4

“Continua”

	> 50	18	14,8
Escolaridade	Fundamental incompleto	81	66,4
	Ensino médio	25	20,5
	Nível Superior	16	13,1
Religião	Cristã Católica	43	35,2
	Cristã Protestante	44	36,1
	Nenhuma	26	21,4
	Outra	9	7,3
Raça auto-declarada	Negra (Parda/Preta)	101	82,8
	Branca	15	12,3
	Indígena	6	4,9
Número de filhos	Nenhum	47	38,5
	1 a 2	55	45,1
	3 a mais	20	16,4
Naturalidade	Ilhéus	47	38,5
	Outras cidades da Bahia	47	38,5
	Outros Estados	27	22,1
	Outros países	1	0,9

FONTE: Dados da pesquisa, 2018

No grupo investigado, a maioria se declarou solteira/o, inclusive as mulheres. Essa condição leva a refletir que os laços conjugais e afetivos podem ser considerados elementos que reduz a situação de rua. Contudo, o quantitativo de pessoas investigadas e o foco do trabalho não têm elementos suficientes para aprofundar essa discussão. Infere-se que pode haver certo isolamento por parte de algumas PSR. Estudo multicêntrico, envolvendo seis capitais brasileiras, mostrou que a maior parte das pessoas que viviam na rua também estava solteira (HALPERN et. al, 2017). Na cidade de Salvador, Bahia, pesquisa realizada com PSR, frequentadoras de duas Unidades de Acolhimento Institucional, revelou dados semelhantes quanto a situação conjugal (SANTOS, 2016).

Vale ressaltar que embora a maioria das pessoas investigadas tenha revelado a condição conjugal de solteiro, durante a observação de campo e pelos depoimentos de muitas delas, foi registrada tendência de formação de pares e/ou grupos para vivência na rua. Essa tendência se configura como uma forma de autoproteção e de enfrentamento de situações de violências.

A faixa etária também foi similar aos dados de pesquisa nacional publicada realizada pela FIPE na cidade de São Paulo, na qual 47,7% das pessoas estavam na faixa etária de 31 a 49 anos (FIPE, 2015). Dentre as 18 mulheres participantes da pesquisa apenas uma não estava em idade reprodutiva. A variação da faixa etária e a predominância na idade reprodutiva e ativa revelam que, o fenômeno da rua envolve

peças de diversas idades (18anos a > 50) e tem impacto no processo econômico e produtivo do país. Logo, tornam-se necessárias providências no sentido de reduzir o quantitativo de PSR e, assistir aquelas que estão nessa condição.

A idade reprodutiva sinaliza para o percentual de pessoas com filhas/os (45,1%), colocando mais um elemento de vulnerabilidade para o grupo investigado. Vale destacar que, de acordo com relato das/dos participantes, a guarda das/os filhas/os estava com familiares, como uma modalidade de evitar as situações de violência e enfrentamentos da rua. Contudo, o afastamento gera problemas de ordem afetiva e emocional que incide na saúde das crianças, das mães e dos pais. Estudo de Costa et al. (2015) apontou que a maioria das PSR relatou que as/os filhas/os estavam com as ex-companheiras/companheiros ou avó.

Outra variável analisada na fotografia do grupo diz respeito ao nível de escolaridade. Dos 122 participantes, 88 informaram ter ensino fundamental incompleto e 25 concluiu o ensino médio, contudo 16 revelaram ter nível superior. Estudo realizado por Halpernet al., (2017) em capitais brasileiras, visibilizou que a maior parte das pessoas que viviam na rua, tinham déficit de escolaridade. Essa situação é comum para mulheres e homens, conforme dados de pesquisa com mulheres que frequentavam um albergue na cidade de Minas Gerais (BISCOTTO et al, 2016) e com usuários de crack do Rio de Janeiro (VERNAGLIA; VIEIRA; CRUZ, 2015). Nesta pesquisa das 18 mulheres investigadas, 13 revelaram não ter completado o ensino fundamental.

Dentre as variáveis que compõem o retrato do grupo investigado, a religião apareceu com destaque, 71,3% atribuem a si uma crença religiosa cristã, dentre este, 36,1% referiram ser protestantes e 35,2% católicas/os. As falas, captadas no diário de campo, revelaram que é preciso estar na presença de Deus e crer em um ser supremo para suportar as dificuldades da rua e acreditar em uma vida melhor. Em pesquisa realizada por Rosa e Brêtas (2015), asações ligadas à religião/religiosidade e outros apoiadores como família, sociedade, foram enfatizadas como forma de enfrentamento e mudança de vida. Importante o restabelecimento de vínculos em todo esse processo.

Ao olhar o retrato do grupo fica evidente a predominância da raça/cor negra (82,8%). Pesquisa desenvolvida por Santos (2016), na cidade de Salvador-Bahia, com PSR acolhidas em Unidades Institucionais evidenciou a predominância da raça/cor negra. Vale lembrar que, embora o Brasil tenha grande contingente de pessoas negras, o racismo em suas várias modalidades, constitui-se em um elemento que gera e mantém situações concretas de desigualdades sociais no país, interferindo inclusive na saúde.

Nesse contexto, Natalino (2016) afirma que a população negra, estando em situação de rua, tem suas vulnerabilidades potencializadas com dificuldade de acesso aos bens e serviços, trabalho, educação de qualidade e saúde.

Além dos dados sociodemográficos descritos, para revelar a fotografia das/os participantes foram investigados aspectos relacionados à vida em situação de rua, tais como: procedência, atividade remunerada, tipo de atividade, rendimento mensal, sobre o consumo de drogas, que estão expostos no Quadro 2:

Quadro 2- Aspectos da vida nas ruas, Ilhéus, Bahia, Brasil, 2018.

Variáveis		N	Porcentagem
Tempo de vida nas ruas	<5 anos	84	68,8
	5 – 9 anos	15	12,3
	10 – 15 anos	10	8,2
	>15 anos	13	10,7
Motivos que levaram a vivência nas ruas	Conflitos familiares	36	29,5
	Uso de drogas	29	23,8
	Desemprego	36	29,5
	Morte de familiar	13	10,7
	Opção	8	6,5
Contato com a família	Sim	86	70,5
	Não	36	29,5
Pessoas com quem mantém contato	Pai	26	24,1
	Mãe	42	38,9
	Irmãos/filhos	32	29,6
	Outros	8	7,4
Procedência	Ilhéus	47	38,5
	Outras cidades da Bahia	47	38,5
	Outros Estados	27	22,1
	Outros países	1	0,9
Atividade remunerada	Sim	108	88,5
	Não	14	11,3
Tipo de atividade	Reciclagem	53	49,1
	Faz bico, carga e descarga	21	19,4
	Lava; guarda carro	34	31,5
Rendimento mensal (R\$)	0 – 100	62	50,8
	101 - 200	25	20,5
	201-300	14	11,5
	>300	21	17,2
Uso de drogas	Sim	90	73,8
	Não	32	26,2
*Drogas mais utilizadas	Álcool	67	74,4
	Tabaco	51	56,6
	Crack	42	46,6
	Maconha	58	64,4
	Álcool+tabaco	33	36,7

* Os participantes informaram fazer uso de várias substâncias psicoativas, assim o somatório ultrapassou 100%.

Na presente pesquisa, o tempo de vida na rua se constitui uma variável importante para a contextualização e apreensão das RS sobre o cuidado de si e a saúde, conforme termos indutores estabelecidos. É possível que o tempo de vida na rua traga algum elemento distinto para as RS.

A variação de vivência em situação de rua entre as/os informantes revelou que o problema é contínuo, havendo pessoas que tinham mais de 15 anos e outras com 6 meses. Essa variação foi similar para mulheres e homens. Uma das 18 mulheres que participou da pesquisa informou ter 20 anos de vida na rua e 41 anos de idade. Era casada, tinha um filho, foi encaminhada ao abrigo dia 25 de janeiro de 2017 com o esposo, contudo saiu do abrigo por conta de conflitos do companheiro, também morador de rua.

Outra informou ter 10 anos na rua e ter 26 anos de idade. Essa era solteira, foi morar na rua por conta do consumo problemático de drogas e, nas tentativas de retorno para casa, não foi aceita pelos familiares por conta do seu relacionamento homossexual, e pela prática de prostituição como forma de ganhar dinheiro para autossustentação. Era portadora de anemia falciforme, mas não fazia tratamento e apresentava lesões no corpo, furúnculo, sendo encaminhada à unidade de saúde, mas recusou atendimento.

Houve variação também para os motivos que ocasionaram a ida e permanência nas ruas, com destaque para os conflitos familiares e desemprego (59,0%), seguido do consumo de drogas (23,8%). Segundo Burt, Aron e Lee(2001) a ida para as ruas é um problema complexo e multivariado cujas causas, mesmo em países desenvolvidos, são de ordem estrutural, como a falta de oportunidade de empregos para pessoas que não possuem uma qualificação adequada. Logo, não é um problema de fácil solução.

A ruptura de vínculos familiares e sociais e a dependência de álcool e outras drogas foram apontados como principais motivos por mulheres em situação de rua, na cidade de São Paulo (ROSA; BRÊTAS, 2015). O consumo de drogas foi sinalizado por 73.8% das/os participantes, havendo uso de mais de uma droga. Dentre as drogas consumidas, o álcool, o tabaco e a maconha apareceram como as mais consumidas. Essas substâncias aparecem também com predominância nos levantamentos domiciliares nacionais realizados em 2001 e 2003, assim como em pesquisas com estudantes.

Segundo Collins, Malone e Clifasefi (2013), o uso de SPA foi reconhecido, por PSR, como fator que favorece a ida e permanência na rua, mas, também se constitui numa estratégia de sobrevivência e enfrentamento das adversidades inerentes ao contexto. Spadoniet al, (2017) afirmam que fazer uso de álcool e outras drogas para as PSR tem objetivos bastante concretos e singulares, desde a necessidade de minorar questões relacionadas ao medo, ao frio, a fome, a solidão, à estratégias de socialização com os seus pares.

Dentre as/os participantes, 77,0% eram naturais do município de Ilhéus ou de alguma outra cidade da Bahia, expondo uma realidade desafiadora e que requer ações mais efetivas para o enfrentamento da questão pelo governo do Estado. A redução da pobreza no país pressupõe articulações entre a sociedade civil, famílias, os diversos ministérios, setores como a saúde, educação, ação social, justiça, emprego e renda, com diálogos coletivos e ampliados, no que tange a intervenções voltadas às PSR. Ressaltando que, a política nacional de enfrentamento à pobreza, prevê ações governamentais conjuntas entre estados e município em todo o território nacional.

Para enfrentar a pobreza existente no Brasil, desde 2011 foi implementado o Plano Brasil Sem Miséria, que prioriza pessoas que vivem em situação de extrema pobreza, definidas como aquelas com renda familiar mensal inferior a R\$ 77,00 por pessoa. Esse plano hoje enfatiza três eixos principais, o de renda, inclusão produtiva e acesso a serviços, uma vez que a pobreza não se configura apenas como falta de renda (BRASIL, 2016).

A Bahia, nos anos de 2011 a 2016 teve 2.977.549 famílias cadastradas no CadÚnico, entre os seus 417 municípios, dados que evidenciam grande contingente de famílias com renda de até meio salário mínimo *per capita*. Dentre os cadastrados, 1.837.668 famílias são beneficiárias do programa Bolsa Família, totalizando 38,67% da população de baianos (BRASIL, 2016).

Se cerca de 40% da população baiana sobrevive com até meio salário mínimo, é possível inferir que no Estado a distribuição de renda ainda é bastante desigual. Com isso, não consegue proporcionar independência e autonomia aos cidadãos e cidadãs, com maiores investimentos em educação, saúde, acesso a moradia digna, cursos profissionalizantes, emprego e renda. No município de Ilhéus, conforme os dados de fevereiro de 2016, havia 32.344 famílias registradas no CadÚnico, sendo que dessas, 17.855 famílias eram beneficiárias do Programa Bolsa Família, perfazendo 30,2% da

população (BRASIL, 2014). Contudo, essa ação por si só não se mostra suficiente para solução do problema. É preciso muito mais.

Outra estratégia utilizada pelo governo federal para enfrentamento da pobreza foi a implantação do Programa Minha Casa Minha Vida, que utiliza dados do CadÚnico, para beneficiar famílias de baixa renda com o financiamento da casa própria. A falta de acesso à moradia adequada colabora com a permanência de pessoas nas ruas, sendo relatado como um marcador de vulnerabilidade social (HALPERN et al., 2017).

Na tentativa de resolver o problema da moradia a ONU, através do Conselho de Direitos, na terceira Conferência das Nações Unidas para Habitação e Desenvolvimento Urbano Sustentável, em Quito, 2016, comprometeu-se a gerar políticas habitacionais, de forma a promover o direito à moradia adequada. Esse direito sendo universal, sem discriminação, com foco em pessoas desabrigadas, em situações vulneráveis, grupos com baixa renda e pessoas com deficiência (ONU-HABITAT, 2016).

Na pesquisa com PSR, apesar de nenhuma/m das/os participantes possuírem emprego formal, a maior parte (88,52%) exerce alguma atividade remunerada na rua, embora o rendimento mensal seja em torno de R\$100,00, para a maioria. São atividades informais e sem reconhecimento social, tais como: reciclagem e guarda de veículos. Esse panorama elucida as condições precárias de sobrevivência nas ruas, pois uma renda insignificante não os permite suprir suas necessidades básicas como alimentação, sono e repouso. A renda per capita média de Ilhéus cresceu 175,96% entre os anos de 1991 a 2010, passando de R\$ 209,98, em 1991, para R\$ 579,46, em 2010. A proporção de pessoas pobres, ou com renda domiciliar per capita inferior vem decrescendo (IBGE, 2010).

Viver com condição financeira inadequada expõe as pessoas a situações de vulnerabilidades, morbimortalidade, permanência nas ruas e as mais variadas formas de violência. Barata et al (2015) em estudo com 251 PSR da cidade de São Paulo, encontraram dados que coadunam com essa pesquisa, demonstrando que 64,9% dos participantes tinham uma renda menor que meio salário mínimo mensal, o que revela condições semelhantes das PSR em todo o país.

A falta de inserção no mercado formal de trabalho é uma situação de vulnerabilidade que expõe as PSR a agravos sociais e de saúde. Estudo realizado na União Europeia aponta que, países com níveis acentuados de desigualdades de renda, têm proporcionalmente maiores taxas de pessoas vivendo na rua e fora das frentes de trabalho formais (FAZEL; GEDDES; KUSHEL, 2014).

No Brasil, para os homens que vivem em situação de rua, há maior dificuldade de acesso a benefícios e programas financiados pelo governo, sobretudo pelas características que marcam e determinam o seu papel social de provedor da família (COSTA et al., 2015). As relações de gênero, ao tempo que são protetivas para as mulheres, dificultam a (sobre)vivência e manutenção dos homens na rua, expondo-os a trabalhos pesados, maior risco de violência e adoecimentos físicos, psíquicos e mentais.

As pessoas do sexo masculino, por terem maior tempo de vida nas ruas, dentre outras vulnerabilidades e riscos, têm mais chance de agravamento de doenças crônico-degenerativas (diabetes, hipertensão), sobretudo na população negra; e distúrbios mentais (depressão, esquizofrenia); abuso/dependência de álcool e outras drogas (BOTTI, et al., 2010).

Tal situação foi sinalizada pelos homens, ressaltando que as mulheres sobrevivem melhor na rua, pois são mais acolhidas pela sociedade e pela família, recebem benefícios mais facilmente, como o “Bolsa Família” e, quando estão na situação de pedintes, são atendidas com maior frequência, menos preconceito e menor hostilidade. Em que pese os homens representarem dessa maneira, para as mulheres, viver nas ruas traz o medo da violência e a ideia de derrota por não cumprir os papéis sociais estabelecidos. Do total de participantes 70,5%, mesmo vivendo nas ruas, mantinha contato com familiares, o que para as PSR representava uma estratégia positiva de enfrentamentos na rua.

Ainda na tentativa de revelar uma fotografia do grupo investigado, foram considerados dados relacionados à saúde, que dizem respeito ao acesso aos serviços de saúde, violência no contexto da rua, presença de IST e uso do preservativo como forma de prevenção, conforme mostrado do Quadro 3.

Quadro 3- Dados relacionados à saúde de pessoas que vivem nas ruas, Ilhéus, Bahia, Brasil, 2018.

Variáveis		N	Porcentagem
Busca por serviço de saúde	Sim	100	82,0
	Não	22	18,0
Serviços requisitados	Emergência	43	43,0
	Outros	57	57,0
Vítima de violência	Sim	---	---
	Não	---	“Continuação”
**Tipo de violência sofrida	Verbal	80	82,7
	Física	8	“Continua”
	Sexual	10	10,2

Presença de IST	Sim	51	41,8
	Não	71	58,2
**Tipos de ISTs	Gonorréia	35	68,6
	Sífilis	18	35,3
	HIV	4	7,8
	Sífilis+ gonorreia	6	11,8
Uso do preservativo	Sim	70	57,4
	Não	52	42,6

FONTE: Dados da pesquisa, 2018

**Observação: a variável “tipo de violência sofrida” e “tipos de ISTs” possibilitava a/ao participante, múltiplas escolhas, assim, em seu conjunto ultrapassam 100%.

Em relação às questões de saúde, 82,0% das/osparticipantes referiram buscar algum tipo de serviço. Vale ressaltar que em relação ao tipo de serviço, entre as emergências e outros serviços a diferença foi de 15%. A vulnerabilidade das pessoas que vivem nas ruas estende-se a situações de violência praticadas cotidianamente sobre as mesmas. Para as/osparticipantes, 77,9% afirmaramque já sofreram algum tipo de violência, dentre elas a verbal (93,7%) e física (87,4%). Quanto ao acometimento por doenças/infecções, obtivemos que41,8% declararam terem sido acometidas por alguma das ISTs, dentre as principais, agonorreia (68,6%)e sífilis(35,3%). Em contraposição, as/os mesmas/os participantes informaram fazer uso de preservativo em todas as relações sexuais(57,4%).

Finalizando, pode-se afirmar que as/os participantes em sua maioria são: homens, heterossexuais, solteiros, adultos jovens, cristãos, negros, baianos, exercem atividades remuneradas nas ruas, com baixa renda e escolaridade, fazem uso de drogas, foram acometidos por ISTs e sofrem violências.

5.2 O CUIDADO DE SI E A SAÚDE: “POSSO ME OLHAR NO ESPELHO E DIZER QUE TÔ BEM NO CORPO, NA ALMA E NA MENTE”

“Quem me dera, ao menos uma vez que o mais simples fosse visto como o mais importante”

Renato Russo

O cuidado de si foi revelado pelas PSR como sendo algo inerente a sua existência. Era marcante a necessidade e a capacidade que essas pessoas possuíam em se (re)inventar nas situações difíceis, e encontrar alternativas de vida na rua. A saúde era expressa como sendo o ar que elas respiravam, e a sua ausência representava a falência da vida que tanto valorizavam. Estar viva/o era sinônimo de ter saúde e para isso, buscavam, exercitavam e praticavam o cuidado de si. A partir do momento que as/os

participantes vislumbravam estar bem, abrangendo questões de ordem biopsicossocial, elas/es internalizavam o seu querer/saber e modificavam o seu fazer, como forma de ser e estar no mundo. Nesse sentido, o cuidado e a saúde estavam em estreita relação e, por vezes, as PSR visibilizavam que a saúde não era a ausência de doença, mas a certeza de que estavam vivas e assim deveriam permanecer.

5.2.1 Sobre o cuidado de si: a composição estrutural das representações sociais de pessoas em situação de rua

Neste capítulo será apresentada a estrutura das RS do cuidado de si. Os dados aqui analisados são provenientes das evocações livres processadas pelo *software* EVOC; da construção da árvore máxima de similitude e suas conexões; das justificativas atribuídas aos termos considerados mais importantes processadas pelo *software* IRAMUTEQ e do diagrama em barras, considerando a frequência simples dos 15 termos apontados como mais importantes entre os 122 termos.




Os dados do TALP foram analisados considerando algumas etapas, a saber: todas as evocações foram processadas no *software* EVOC 2005, que considera a frequência e a ordem de aparição dos termos, gerando o Quadro de Quatro Casas, denominado por Pierre Vergès (2003). Para o termo indutor “cuidar de mim é”, as 122 PSR, participantes da pesquisa, evocaram 610 palavras, sendo 30 diferentes. Esse achado revela homogeneidade, visto que o *corpus* teve uma frequência de palavras diferentes correspondente a 4,91%.

Para processamento dos dados, foi definida a frequência média de 27 e a mínima de 10, excluindo-se palavras que tivessem frequência inferior a esse valor. Os elementos com maior frequência foram: “se alimentar” (F=72), “ter higiene pessoal” (F=58), “dormir bem” (F=51), “estar limpo sem drogas” (F=44) e “se prevenir”(=35); e com menor frequência foram: “não fumar” (F= 10), “importante” (F=10), “escovar os dentes” (F=13) e “usar camisinha” (F=13). Para a média das Ordens Média de Evocações (OME), também chamada de *rang*, determinada pelo *Rangmont*, foi considerada 2,9, o que valida que o maior número de palavras ocupou a segunda e a terceira posição nas evocações (REIS et al, 2013).

Os elementos com menor OME foram “importante” (OME=1,300), “ir ao médico” (OME=2,074), “ter higiene pessoal” (OME=2,310), “ter boa convivência” (OME= 2,611), “fazer acompanhamento de saúde” (OME= 2,615), “se prevenir”

(OME=2,657) e “se alimentar” (OME=2,736). Esses dados ao serem analisados e organizados conjuntamente deram origem ao quadro de quatro casas, Quadro 4.

Quadro 4 - Estrutura da representação social de pessoas em situação de rua frente ao termo indutor “cuidar de mim é” (n=122). Ilhéus, Bahia, Brasil, 2018.

ELEMENTOS DO NÚCLEO CENTRAL	ELEMENTOS DA 1ª PERIFERIA
<p>Frequência ≥ 27 / Rang $< 2,9$</p> <p>FREQRANG</p> <p>Se alimentar 72 2,736 </p> <p>Ter higiene pessoal 58 2,310</p> <p>Se prevenir 35 2,657</p> <p>Ir ao médico 27 2,074 </p>	<p>Frequência ≥ 27 / Rang $\geq 2,9$</p> <p>FREQRANG</p> <p>Dormir bem 51 3,353</p> <p>Estar limpo sem drogas 44 2,932</p> <p>Trabalhar 36 3,583</p> <p>Fazer exercícios 27 3,222</p>
ELEMENTOS DA ZONA DE CONTRASTE	ELEMENTOS da 2ª PERIFERIA
<p>Frequência < 27 / Rang $< 2,9$</p> <p>FREQRANG</p> <p>Fazer acompanhamento de saúde 26 2,615</p> <p>Não beber 25 2,840</p> <p>Ter boa convivência 18 2,611</p> <p>Escovar os dentes 13 2,769</p> <p>Importante 10 1,300 </p>	<p>Frequência < 27 / Rang $\geq 2,9$</p> <p>FREQRANG</p> <p>Ter um lar 21 4,048</p> <p>Tomar remédio 17 3,118</p> <p>Cuidar de mim 15 3,533</p> <p>Lavar as roupas 14 3,571</p> <p>Distrair a mente 14 3,929</p> <p>Usar camisinha 13 3,154</p> <p>Não fumar 10 3,200</p>

Fonte: Dados da Pesquisa, 2018.

A RS mobiliza mecanismos mentais para a construção de uma figura, de maneira a atribuir-lhe um significado (MOSCOVICI, 2013). Dessa forma, a organização interna dos elementos expostos no Quadro 4 traz a ideia de como as PSR significam o cuidado de si. O grupo social representa a sua realidade e a reconstrói em seu sistema cognitivo, considerando o seu sistema de valores, em um determinado contexto sócio-histórico-cultural e ideológico (SÁ, 2002, 2015; ABRIC, 2000).

Nesse sentido, a TNC postula que toda RS se organiza e se estrutura em torno de um NC e um periférico (SÁ, 2015; ROUQUETTE; RATEAU, 1998). No Quadro 4, quadrante superior esquerdo, encontram-se os elementos formadores do provável NC da representação e nos demais, os elementos da periferia. Essa organização é feita considerando a importância dos termos do universo simbólico das/os participantes, visto que os que compõem o NC apresentam maior frequência e foram evocados mais rapidamente (ABRIC, 1994).

Cumprir pontuar que nem todos os elementos presentes nesse quadrante podem ser afirmados como centrais, mas o NC está entre os mesmos (SÁ, 2015; ABRIC, 2003). Nessa conjuntura, Abric (2003) pontua que os elementos que estão nesse quadrante, não o compõem apenas por critérios quantitativos, como frequência ou ordem média, mas eles têm uma dimensão qualitativa e são uma manifestação do pensamento social. Assim, a centralidade de um dado elemento vai ser definida com base no significado que este dá a representação.

Esses elementos se configuram como organizadores da representação, pois determinam a natureza das ligações entre os diversos elementos. Nesse aspecto, o NC se constitui como pilar comum e consensual de uma representação, resultante da memória coletiva e com maior resistência às mudanças (SÁ, 2015; ABRIC, 1994). Para o grupo investigado, os termos que compõem o NC para o termo indutor “cuidar de mim é” foi representado pelas evocações: “se alimentar”, “ter higiene pessoal”, “se prevenir” e “ir ao médico”. Chama a atenção no NC os termos “se alimentar”, com maior frequência(72) e “ir ao médico”, termo mais prontamente evocado, que teve menor OME (2,074).

Tais resultados comportam a alimentação como uma necessidade vital, nem sempre sanada pelas dificuldades de acesso ao alimento, na maioria das vezes por questões financeiras; e a assistência médica como uma das estratégias para se prevenir, se tratar e ter saúde. Ir ao médico é também um desafio para as PSR devido às

dificuldades de acesso aos serviços de saúde. Esta evocação, ainda evidencia a força que o modelo biomédico exerce nas relações sociais estabelecidas (SILVA et al., 2014)

No que tange a alimentação, as/os participantes a representam como uma necessidade primordial, ou seja, essencial para a sobrevivência, a manutenção da vida e o cuidar de si, conforme destacam os excertos das justificativas¹⁰ aos termos mais importantes:

O alimento é a base do meu corpo, da minha mente, sem se alimentar meu organismo não vai suportar o dia a dia, o frio, o sono, o medo, a chuva. Vou ter fraqueza, posso morrer, pois o meu organismo num suporta ficar sem nutriente. (P 40, homem, branca, na rua há 8 anos).

A alimentação faz parte da vida, da sobrevivência da espécie humana. Quem não se alimenta, não vive, morre. [...] O bom alimento faz parte do meu bem viver, me traz disposição pra enfrentar a vida na rua e guntar mais um dia de batalha (P 58, homem, negra, na rua há 3 anos).

Para quem (sobre)vive nas ruas, ter acesso ao alimento se constitui em um desafio cotidiano. Mesmo para os que desenvolvem atividades informais, ter o alimento, ao menos duas vezes ao dia, em quantidade e qualidade adequadas, é muito difícil. Nesse cenário coexistem fome, adoecimentos, tristeza, dor e desnutrição, resultantes da falta de acesso aos alimentos adequados para garantir as necessidades diárias (ALMEIDA et al., 2017). Essa lógica contrapõe a Declaração Universal dos Direitos Humanos, que declara a alimentação e nutrição como direitos humanos fundamentais e requer ações que efetivem esse direito (BRASIL, 2013).

Para o cuidado de si, as PSR precisam dispor de recursos para acesso ao alimento, sendo fundamental a garantia das políticas públicas vigentes, planejamento e articulação intersetorial (BRASIL, 2013). A partir da expressão da necessidade de se alimentar como forma de cuidado de si, pode-se estabelecer mecanismos para a atenção às PSR, de forma que possam ter o alimento. Nesse particular, Oliveira (2005) sinaliza que a partir das “necessidades representadas” por um grupo social, e acessadas por meio das RS, é possível fomentar novas estruturas para o cuidado.

Como estratégias já existentes, destacam-se: o Programa Restaurante Popular, que integra a rede de ações e programas como Fome Zero, política de inclusão social; o Programa Bolsa Família; Segurança Alimentar e Nutricional, dentre outros (BRASIL, 2013). Apesar de existir políticas, não só de enfrentamento da fome, mas específicas

¹⁰Os recortes extraídos das justificativas foram transcritos na íntegra e sem edição em respeito as/aos participantes

para as PSR, o Estado ainda não consegue atuar efetivamente com as ações asseguradas por leis e diretrizes.

Nessa conjuntura, as pessoas que vivem em situação de rua, para ter o alimento, utilizam de mecanismos diversos, a saber: doações em locais já determinados pelas ‘regras’ e rotinas da rua; compras, quando possível; aquisição por tornar-se pedinte e cadastro nos programas sociais citados. O não acesso ao alimento expõe mulheres e homens a doenças relacionadas ao déficit nutricional e até mesmo à obesidade, por ingestão de alimentos inadequados. Estudo realizado em onze cidades dos Estados Unidos demonstrou a ocorrência de obesidade relacionada ao não acesso a refeição saudável em desabrigados, o que pode desencadear outras complicações, como doenças cardiovasculares (TSAI; ROSENHECK, 2013).

Para o grupo de pertença, o alimento é a mola propulsora do cuidado. Diante disso, a solidariedade é fundamental, tanto entre as/os moradoras/es de rua, quanto entre as pessoas que não fazem parte desse grupo específico. Nesse sentido, Arruda (2004), ao verificar algumas hipóteses, como elementos estruturantes e históricos do ser humano, esclarece que a diferenciação humana dos demais seres, não é a sua agressividade nem competitividade, mas a sociabilidade, cooperação e solidariedade. Assim, é nessa trama de compartilhamento que as PSR se ajudam mutuamente, criam vínculos e enfrentam os embaraços do dia-a-dia. Isso foi observado nos fragmentos das falas a seguir:

Passar fome não é bonito não, é feio demais. A pior coisa é você procurar comida e não achar. [...] na rua dependemos da bondade dos estranhos que dar um prato de comida [...]e dos próprios moradores de rua que conseguem a comida e divide com nós (P4, homem, negra, na rua há 1 ano).

[...] na rua é difícil porque falta tudo, falta um prato de comida na hora certa, não tem como comprar e nem sempre nós consegue. Muita gente nega um prato de comida porque ver o morador de rua como vagabundo e ladrão[...] Quando isso acontece o que tenho a fazer é dormir com fome (P6, mulher, negra, na rua há 20 anos).

Uma prática comum entre as pessoas para conseguir se alimentar, é buscar as instituições sociais de abrigo, como o Centro POPeUnidades de Acolhimento Institucional. De modo geral, essas instituições oferecem mais que o alimento, atendendo a necessidade de higiene pessoal, ofertando o banho, além de inscrição para ter os benefícios sociais, conforme revelado nos trechos a seguir:

Aqui no POP é onde sei que encontro o alimento, tomo meu banho, durmo um pouco [...] (P8, homem, negra, na rua há 3 anos e meio).
Quando o POP não abre já sei que vai ser complicado porque vou ter de se virar ainda mais pra mim comer, lavar o corpo e descansar melhor [...] (P9, mulher, branca, na rua há 1 ano).

Vale destacar que em geral, o acesso à rede de acolhimento e de serviços se dá por meio das Equipes de Abordagem de Rua (BORYSOW; FURTADO, 2014), por indicação de outras pessoas que estão em situação de rua, ou por civis que já ouviram falar do Equipamento Social. Contudo, nos diálogos mantidos durante a observação, foi mencionado que, apesar dos problemas enfrentados na rua, havia resistência em buscar os serviços socioassistenciais. Essa realidade era em virtude das regras estabelecidas, e da dificuldade na convivência com outras/os usuárias/os. Era comum a relutância de mulheres e homens em se manterem frequentando o local, por não aceitar as relações que ali eram estabelecidas.

Tais achados coadunam com outros estudos (HINO; SANTOS; ROSA, 2018; FERREIRA, ROZENDO; MELO, 2016) e revelam que, por vezes, essas barreiras impactam negativamente no vínculo entre as pessoas e o serviço, com consequente distanciamento, perdas de perspectivas, sofrimentos e potencialização das vulnerabilidades.

No entanto, contrapondo essa realidade, foi possível observar a submissão às normas e regras das PSR para ter acesso ao alimento, regularmente disponibilizado pela instituição. Apesar disso, muitos externalizavam o descontentamento e mal-estar em se submeterem a essas situações de controle, tendo em vista que, a sua vida era pautada por autonomia e liberdade, muito embora estar e/ou (sobre)viver em situação de rua exija adaptação às regras que a própria rua impõe. Tais aspectos podem ser evidenciados no excerto a seguir:

Na rua é uma liberdade ‘aprisionada’ porque lá, vamos dizer assim, aceita todo mundo e tudo que você faz, mas, por exemplo, se você roubar a comida do outro, uma roupa[...] Você fica marcada e pode se dá mal. Por isso que eu venho aqui (no POP) e sigo o que tem que seguir e me dou bem, com fome eu não fico (P 107, mulher, parda, na rua há 9 anos).

Por vezes, havia preocupação com as intrigas, “fofocas”, ciúmes, com os xingamentos, os pequenos furtos e a falta de privacidade, sobretudo na hora do banho. As/os acolhidas/os se queixavam que não havia armários individuais no setor, banheiros em áreas separadas para homens e mulheres, seguranças do sexo feminino, local

adequado para convivência, cadeiras quebradas e insuficientes, dentre outras reivindicações¹¹. É possível verificar que os direitos das PSR são negligenciados, quando a própria instituição não oferta condições adequadas para o acolhimento. Os trechos a seguir expressam essa afirmativa:

Eu evito vim aqui no POP porque é muita briga, um roubando as coisa dos outro, puxando faca, não tem armário, banheiro intupido, prefiro ficar na rua. Lá tenho paz, como, durmo melhor [...] (P11, mulher, negra, na rua há 12 anos).

[...] Aqui (no POP) eu posso comer, dormir um pouco, tomar um banho, lavar minha roupa, mas tá tudo muito acabado, sujo, cadeira quebrada, não tem lugar pra guardar os pertence do morador de rua (P4, homem, negra, na rua há 1 ano).

[...]Já me trouxeram aqui pra o POP, mas eu não venho sempre porque aqui é só confusão, disse-me-disse, não gosto disso (P12, mulher, parda, na rua há 2 anos).

O NCé organizado de forma a buscar a visibilidade social do grupo de PSR, que requer o resgate da sua cidadania, expressos nos termos “se prevenir” e “ir ao médico”, como ações de cunho programático; e da necessidade de sobrevivência com o termo “se alimentar”. Pois, de acordo com Jodelet (2017, p.29), “a representação é a estrutura significativa, para a qual tende o pensamento, a afetividade e o comportamento dos indivíduos [...] Ela resulta da intersubjetividade, cujo desenvolvimento, via a comunicação, está na origem da constituição do sujeito social”. Nesse contexto, resgatar a dignidade, expressa-se como o direito a se constituir como cidadãos que são. As diferenças sociais existentes nas diversas regiões do país se refletem em desigualdades que resultam em cidadãos marginalizados, severamente excluídos e vulnerabilizados (HOLSTON, 2013). A visibilidade social requerida, ancora-se na necessidade de ser percebido como igual, o que muitas vezes não se concretiza. Em outros termos, o campo representacional do cuidado de si se materializa a partir de seus conteúdos, sendo ativado e armazenado por meio de informações (com)partilhadas. Dessa forma, “as RS não se formam como conceitos isolados, mas articulados e interdependentes” (OLIVEIRA, 2017).

Compondo o grupo de cidadãos excluídos, estão as PSR cujos direitos são negligenciados diuturnamente, tanto pelas políticas públicas, quanto pelas equipes, que não conseguem articular saberes para fomentar a integralidade e equidade da atenção (CHENG et al., 2015; FIORATI et al., 2014). Infere-se que isso se dá, dentre outros

¹¹ Nota do diário de campo

fatores, tendo em vista que essa temática é pouco discutida nos espaços de formação em saúde. Desse modo, para o alcance dessas pessoas, como cidadãos de direitos, são necessários movimentos de toda a sociedade, bem como das PSR, sensibilizadas e cientes das suas necessidades e de seus direitos, com ações e políticas públicas que lhes assegurem a dignidade humana.

Nessa conjuntura, as PSR experimentam a vivência do cidadão de papel, aquele que não usufrui de seus direitos pois, apesar de adquiri-los, os mesmos não saem do papel. Diante disso, a sua cidadania não é garantida, o que descortina a crise social de muitas sociedades, dentre outros fatores, pelo número cada vez maior de pessoas vivendo nas ruas (DIMENSTEIN, 2011). Direitos sociais como: acesso a educação, alimentação, trabalho, saúde; direitos políticos como ao voto; direitos civis como a liberdade, direito de ir e vir, são desconsiderados. As justificativas a seguir evidenciam a afirmativa da vivência do cidadão de papel, sem direitos.

[...] Pra se cuidar, preciso se prevenir porque assim não deixo a doença tomar conta do meu corpo, da minha saúde e de minha vida. Preciso ter acesso aos meus direito, mas muitas vezes as pessoas não me deixa (P11, mulher, negra, na rua há 3 anos).

O médico avalia a minha situação, detecta qualquer anormalidade. Preciso se prevenir antes de ficar doente, principalmente nós que é morador de rua, mas pra isso tenho de ser atendido como qualquer um é e não sou (P 101, homem, branca, na rua há 6 anos).

O morador de rua sofre os preconceito né?,os xingamento [...] você chega num posto de saúde, num hospital, já te olham de cara feia e não te atende dizendo que num tem documento, num tem endereço. Fazer o que? Morrer [...] (P1, homem, parda, na rua há 1 ano e 7 meses).

Estudo realizado com PSR na cidade de Salvador, Bahia, comprovou que um dos problemas enfrentados pelo grupo social investigado, foi a dificuldade de acesso aos serviços (SILVA et. al, 2018), direito que lhe é garantido na Constituição. Tais aspectos denunciam a vivência do cidadão de papel, que colabora com a gravidade dos processos de exclusão social e vulnerabilidades desse segmento populacional.

No que tange ao NC da representação, o mesmo engloba dois tipos de elementos, aqueles considerados funcionais e os normativos, em virtude da natureza do objeto que é representado e da relação que o grupo possui com esse objeto (SÁ, 2015; ABRIC, 2003). Os elementos normativos têm origem no sistema de valores das pessoas, aqui traduzidos por “se prevenir” e “ir ao médico”. Enquanto que os funcionais determinam as condutas frente ao objeto, e se associam à inscrição desse objeto nas

práticas sociais, materializada em condutas das PSR, traduzidos por “se alimentar” e “ter higiene pessoal”.

O conjunto de palavras que compõem o NC evidencia que, para o grupo investigado, o cuidado de si tem forte relação com a satisfação de necessidades humanas básicas e de saúde, em um conceito mais ampliado, representadas pelas evocações “se alimentar” e “ter higiene pessoal”. As demais evocações que compõem o NC “se prevenir” e “ir ao médico” revelam representações hegemônicas em uma perspectiva biomédica, que associa o cuidado a tratar/curar doenças.

Tais evocações apontam que, para o grupo investigado, o cuidado de si se revela em adoção de comportamentos e modos de vida, simbolizados em ações, que são incorporadas ao cotidiano das PSR. Isto em virtude das pessoas serem atores sociais em constante interação (JODELET, 2015) e se comportarem como se algumas ideias ou crenças sobre o objeto fossem verdadeiras, e reconhecidas por consenso (MOSCOVICI, 2013). Para o cuidado de si, é importante que cada ser humano se ocupe e se preocupe com ele mesmo, para que não venha a esquecer de quem ele é, podendo cuidar-se adequadamente (FOUCAULT, 2011). Durante a produção dos dados foi possível notar a forma com que as/os participantes, tendo pouco ou muito tempo de vivência na rua, ocupavam-se e cuidavam delas mesmas vislumbrando sentirem-se e estar bem. Os trechos a seguir corroboram com essa observação:

Eu tô na rua há 20 anos e posso se olhar no espelho e dizer: eu tô bem, tô viva, tenho força, alegria, coragem, tô bem no corpo, na alma e na mente [...] Isso tudo porque me preocupo comigo, me previno, alimento, olho pra mim e me cuido da melhor forma (P6, mulher, negra, na rua há 20 anos).

[...] Me cuido sempre, e num é porque os outros tem nojo de mim não, me cuido porque to vivo, sou um ser humano e quero me sentir bem, me prevenir, me alimentar direito. Só tôvivo até hoje porque num uso droga, num bebo e procuro me cuidar pra ter dignidade e respeito (P2, homem, parda, na rua há 1 ano).

A evocação “ir ao médico” (F=27; OME=2,074), apesar de ocupar a quarta posição no que tange à frequência, foi a mais prontamente evocada pelas/os participantes. Isso denota que circula no grupo de pertença, representações do cuidado de si ainda em uma lógica biologicista, com cunho medicalizador. Nessa perspectiva, a lógica biomédica, tanto é reforçada pelos serviços de saúde, cujo planejamento das ações é fragmentado, centrado no modelo multicausal; quanto pela própria

sociedade(PAIVA et al., 2016). Tal assertiva está fundamentada em trechos das entrevistas, conforme mostrados a seguir:

[...]Preciso ir no médico porque tenho orientação certa, tô me precavendo, tomo as vitamina e os remédios certo. Sem medicina não tenho como ser bem orientado, não tenho como se cuidar pra não ter doenças (P35, homem, negra, na rua há 2 anos).

O médico é quem vai descobrir as doença que eu tenho, tratar, vai me examinar, ver a pressão, pedir os exame e me ajudar a ter mais saúde (P 64, homem, parda, na rua há 1 ano).

É comum que muitos profissionais centrem o cuidado no modelo biomédico e não na/o usuária/o. Por vezes, as ações são voltadas à satisfação de necessidades do serviço e da equipe, não considerando a singularidade dos sujeitos. Estudo realizado nos campos de atuação dos CnaR, na cidade de Maceió, evidenciou que uma das potencialidades apontadas pelas/os usuárias/os, foi a singularidade no atendimento recebido (FERREIRA; ROZENDO; MELO, 2016), com prioridades às pessoas. Essa realidade demonstra que em muitos momentos, as PSR ao buscarem atendimento, não têm as suas necessidades atendidas, o que colabora com o afastamento das unidades. O relato da observação a seguir evidencia tal afirmativa:

Durante a observação no *locus* da pesquisa, na área onde as/os acolhidas/os se alimentam [...], chegou um rapaz para tomar café. A profissional conversou com o mesmo e disse que ele deveria tomar banho, e só depois, receberia o alimento, pois estava “sujo” e com “mau cheiro”, e daquele jeito não iria se alimentar. Ele respondeu que, no momento, a fome dele era maior do que a necessidade de estar limpo e queria comer primeiro, argumentando que depois de se alimentar ele tomaria banho como faz todos os dias quando chega à unidade [...]¹². Infere-se que a padronização de normas e condutas por vezes, fere a humanização do cuidado, bem como a singularidade do sujeito e da atenção.

Os processos saúde-doença-cuidado dialogam entre si e estão implicados no cotidiano das relações e no compartilhamento de informações. A depender do diálogo que se estabeleça no grupo social, as representações e práticas sociais são materializadas em conteúdos simbólicos, e construções sociocognitivas que orientam o sujeito, tanto na comunicação, quanto em suas ações(ARISTIDES; LIMA, 2009; NÓBREGA; LUCENA, 2004; GUARESCHI, 2002, 1996). Assim, as práticas que vão guiar a

¹² Nota do diário de campo

apropriação de condutas sobre o cuidado de si, de PSR, podem ser puramente biológicas ou considerar a interação biológico-social.

Os termos “ter higiene pessoal” (F=58; OME=2,310) e “se prevenir” (F=35; OME=2,657), aparecem com alta frequência no Quadro 4, simbolizando uma dimensão atitudinal, com comportamentos e ações frente ao cuidado de si. Essas ações são destacadas em trechos das justificativas:

Nós precisa se prevenir, porque a prevenção é tudo pra não adoecer. [...] A primeira medida pra quem quer ter saúde, vida plena física, mental, principalmente nós que está na rua (P 61, homem, parda, na rua há 12 anos).

Se prevenir é essencial na vida, evitar gordura, não usar droga, tomar bastante água, tomar banho, usar camisinha, se vacinar. Preciso dormir bem, ariar os dente, ter dinheiro no bolso pra viajar. [...] Se prevenindo eu consigo sair da rua pra ter um novo viver (P 112, parda, na rua há 3 anos e 6 meses).

[...] A higiene é fundamental, essencial na vida de qualquer ser humano que tenha o mínimo de amor por ele. [...] O banho, o uso da roupa limpa, o cuidado, faz parte da vida digna e protege contra doença e mau odor (P 117, homem, branca, na rua há 6 anos).

É importante cuidar do corpo, ter higiene pessoal pra pessoa se sentir bem, leve, bonita, pronta pra conversar, trabalhar, passear, ser feliz e ter saúde. (P 104, mulher, parda, na rua há 10 anos).

Tais condutas podem representar melhoria da qualidade de vida das PSR, pois os índices de morbimortalidade, conforme apontam Fazel, Geddes e Kushel (2014), são maiores, quando comparados a população em geral. As PSR estão susceptíveis a desenvolverem ou potencializarem transtornos mentais, uso de substâncias psicoativas, abusos sexuais, ISTs, tuberculose, hepatites virais; violência e outras vulnerabilidades sociais e de saúde (HALPERN et al., 2017; FAZEL; GEDDES; KUSHEL, 2014; ARGINTARU et al., 2013; GRANJEIRO et al., 2012). Atitudes de prevenção e higiene evidenciam o consenso, bem como a incorporação do objeto representado nas práticas sociais do grupo investigado (SÁ, 2015).

A prevenção para as PSR está pautada em práticas como: usar camisinha, fazer exames, escovar os dentes, tomar banho, vacinação, não usar drogas, dentre outras. Tais achados coadunam com pesquisas realizadas com PSR na cidade de Salvador, Bahia, sobre cuidado em saúde e prevenção de ISTs (SILVA, 2017; SANTOS, 2017).

Vejamos os fragmentos a seguir:

Uso camisinha pra não ter doença, gonorreia, pra me prevenir [...] (P 35, homem, negra, na rua há 2 anos); sem prevenção eu

morro,não uso drogas, não bebo, me alimento (P11, mulher, negra, na rua há 3 anos).

Pra me prevenir o importante é fazer exame, ver se tem aids e se cuidar porque assim você fica bem, se sente bem e tem condições de lutar pra mudar de vida e ser ainda mais feliz (P 1, homem, parda, na rua há 1 ano).

Apesar da noção de prevenção exposta pelas PSR, a sua condição de vulnerabilidade os expõe a riscos, bem como a violação dos seus direitos (NEVES-SILVA; MARTINS; HELER, 2018), como o acesso à saúde, educação, emprego e renda, moradia, alimentação, dentre outros. Diante disso, uma estratégia utilizada pelo MS (2012), com o objetivo de ampliar tanto o acesso, quanto o atendimento das PSR, foi a implementação da Portaria 122/123, de janeiro de 2012, para definição de diretrizes das eCR, integrando a APSna RAPS.

O cuidado de si manifestado pelas PSR, exhibe uma (pre)ocupação com elas mesmas, como um importante exercício social. A partir do momento que essas pessoas representam o objeto social, elas “tornam familiar o não familiar” (MOSCOVICI, 2012, p.206) e passam a dar sentido ao que era estranho em estreita comunicação com a coletividade. Nesse seguimento, as pessoas desenvolvem o cuidado, adotam práticas em uma construção cotidiana, considerando as questões de ordem social e cultural, conforme as suas necessidades individuais (BUSTAMANTE; MCCALLUM, 2014; ANÉAS; AYRES, 2011). Para Ayres (2006), o cuidado de si é paralelamente um atributo e uma necessidade universal dos seres humanos. Sendo assim, em um sentido ontológico, a pessoa sempre cuida de si e de outrem (ANÉAS; AYRES, 2011).

O conjunto de evocações que compõem o Quadro 4 esboça uma lógica do cuidado de si que conecta as PSR, ao seu entorno social, e ao seu contexto de vida (OLIVEIRA, 2017). Essas representações apontam para necessidades e demandas *sui generis* para o grupo social investigado (OLIVEIRA, 2005). À medida que algumas pessoas consideram que, cuidar de si é ir ao médico, outras associam esse cuidado a dormir bem, revelando especificidades que precisam ser consideradas ao se pensar em estratégias e ferramentas para o cuidado e a promoção da saúde para as PSR. Nesse aspecto, essas estratégias podem se limitar a execução de procedimentos, ou serem (re)pensadas diariamente, de acordo com a realidade de cada indivíduo, considerando as suas subjetividades, na perspectiva da construção de pessoas (BUSTAMANTE; MCCALLUM, 2014).

No Quadro 4, o sistema periférico tem como característica ser mais sensível ao contexto imediato, no qual as pessoas se inserem, sendo composto por elementos mais acessíveis, mais vivos e mais concretos (SÁ, 2015). Destacam-se então, na zona de contraste - quadrante inferior esquerdo - as evocações “fazer acompanhamento de saúde” (F=26; OME=2,615), “não beber”(F=25; OME=2,840), “ter boa convivência”(F=18; OME=2,611), “escovar os dentes”(F=13; OME=2,769) e “importante” (F=10; OME=1,300). Os elementos que integram esse quadrante são enunciados por um menor número de sujeitos, porém referem-nos como muito importantes (ABRIC, 2003). Dentre esses termos, “fazer acompanhamento de saúde” e “não beber” apresentaram as maiores frequências, sendo relevantes para o tema cuidado de si. O termo “importante” foi o mais prontamente evocado, seguido de “ter boa convivência” e “escovar os dentes”. A análise desse resultado sugere não haver um subgrupo entre as PSR, visto que, os termos se aproximam dos que se encontram no NC, quadrante superior esquerdo.

A expressão “fazer acompanhamento de saúde”, em uma dimensão imagética, pode ratificar o NC, através dos termos “se prevenir” e “ir ao médico”, e se relaciona a atitude das PSR em relação ao cuidado. Essa evocação remete a ideia socialmente propagada de medicalização da saúde, na qual incluem outras evocações, tais como a realização de exames, de consultas e ida aos serviços de saúde. Esses termos foram tomados como sinônimos de ‘fazer acompanhamento de saúde’, por ocasião da organização do dicionário e agrupamento semântico, demandado por esse estudo.

Para as PSR investigadas, o acompanhamento de saúde valoriza o desejo de ter uma vinculação com os diversos serviços disponíveis na rede de atenção à saúde, para que possam, quando preciso, buscar atendimento, para a prevenção e/ou para o tratamento. Contudo, o acesso aos serviços de saúde para pessoas que vivem em situação de rua, seja para consultas de rotina em UBS, nos próprios CnaR, ou para atendimento de emergências, não é fácil, conforme evidenciado nos trechos a seguir:

Quando posso fazer acompanhamento de saúde no posto, posso me prevenir, ouvir palestras, fazer consulta, me cuidar e ter mais saúde. Posso evitar doenças e aprender como me cuidar melhor, mesmo morando na rua, com os profissionais que trabalham lá e me orientam. Acho importante poder ser atendido lá (no posto)[...] (P 86, mulher, negra, na rua há 7 anos).

[...] O morador de rua sofre os preconceito, os xingamento, as pessoas têm nojo quando a gente chega no posto, e então, eu tomo

meu banho, ando sempre limpo porque só assim pra ser bem tratado (P1, homem, parda, na rua há 1 ano).

O problema é que sem documento ninguém atende, fala que tem que ter o cartão do SUS e manda embora. Fazer o que? Ficar sem atendimento e morrer na rua. A pessoa tá vendo que eu tô doente e num me atende [...] (P4, homem, negra, na rua há 1 ano).

[...] Pra ser atendido mais rápido vou logo ao pronto socorro porque lá eu sei que demora, mas é menos, lá num tem jeito, vão ter de me atender, rs [...] (P9, mulher, branca, na rua há 1 ano).

Estudo que observou a atuação de uma eCR, por um período de 7 meses, constatou que o acesso aos serviços é um dos entraves para o acolhimento e atendimento de qualidade às PSR (HALLAIS; BARROS, 2015). Tais aspectos evidenciam que, a intersetorialidade, o trabalho em rede, a escuta qualificada e as políticas para as PSR, são fundamentais para a produção do cuidado em saúde, que potencialize e dê liberdade aos sujeitos. Apenas a existência das políticas, por si só, não asseguram/garantem o acesso dessas pessoas aos serviços. O encontro assistencial com as PSR precisa construir uma atmosfera de cuidado que responda às suas necessidades, envolvendo-os enquanto coparticipantes desse processo, de forma coletiva e com ações transformadoras (MANDU, 2012).

A evocação “não beber”, segundo termo mais frequente, revela que para as/os participantes, o álcool não é considerado uma droga e a não ingestão dessa substância, contribui para atitudes, como se alimentar, tomar banho, dormir, trabalhar, se prevenir, conforme revelado em trechos das entrevistas:

Eu não uso droga, só bebo, bebo todo dia e isso complicou a minha vida. Fico bêbado, tô magro, não como, não durmo e fico jogado [...] (P2, homem, parda, na rua há 8 meses).

[...] Droga não, não uso não, só bebo cachaça[...] (P7, homem, negra, na rua há 8 anos).

Nunca usei droga, nunca bebi, por isso sou assim, saudável. Quem quer se cuidar fica longe das droga e da bebida (P6, mulher, negra, na rua há 20 anos).

[...] Quem usa droga não se cuida porque não raciocina direito (P11, mulher, negra, na rua há 12 anos).

Estudos realizados com PSR sobre o uso de álcool e outras drogas, sinalizam que esta conduta se configura em uma alternativa para a sobrevivência nas ruas (SPADONI et al., 2017; BISCOTTO et al., 2016; ROSA; BRÊTAS, 2015;

DONOSO; BASTOS; FARIA; COSTA, 2015;). As/os participantes confirmam esse achado:

Na rua eu uso droga pra me acalmar e ficar relaxada, pra suportar a rua, o medo, a violência[...] (P9, mulher, branca, na rua há 1 ano).

O termo “ter boa convivência” foi o terceiro mais evocado, dentre os que aparecem na zona de contraste no Quadro 4, revelando a necessidade de evitar confusão, não brigar, saber o que ver e o que fala nas ruas, bem como definir com quem anda, protegendo-se de violências e/ou complicações. Durante o período de observação no Centro POP, foram registradas conversas entre as/os participantes, com aconselhamento sobre ações de boa convivência. Uma mulher em situação de rua há três anos, em conversa com vários homens, falava: “na rua se não for esperto, morre rápido. Tem que saber viver, saber dividir a comida, a droga, porque a violência não perdoa”. Um rapaz declarou que “a boa convivência é o segredo de quem quer morar na rua e se dar bem, se não evitar brigas, o fim é feio”. Havia nas conversas o entendimento de que, para se cuidar, ter uma boa convivência era essencial para a manutenção da vida¹³. Estudo realizado com mulheres em situação de rua em uma cidade de Minas Gerais constatou que, a violência era uma das vulnerabilidades mais temidas pelas mesmas, e que precisava ser enfrentada em seu cotidiano (BISCOTTO et al., 2016).

A caracterização das PSR mostrou que muitas delas já sofreram violência nas ruas, seja por agentes públicos (policiais, guardas municipais), por outros moradores de rua ou por transeuntes. Apesar dessa constatação, a expressão violência não foi revelada a partir das evocações, mas está traduzida em termos como ter boa convivência, evitar confusão, evitar brigas, no dicionário de lematização. As justificativas a seguir traduzem essa realidade:

Na rua a boa convivência é mais do que importante pra você não encontrar a violência e a morte. Durmo em lugar seguro, afastada de maus elementos, evito confusão. Ando só pra não morrer de vacilo (P 27, homem, negra, na rua há 4 anos).

[...] Se não sei viver na rua, tenho que fugir porque vou terminar morrendo. A rua ensina tudo a gente, o bom e o ruim, tenho que saber entrar e sair, evitar confusão, briga, violência, porque vou viver mais tempo, com qualidade (P 98, mulher, branca, na rua há 3 anos e meio).

¹³ Nota do diário de campo

O termo “escovar os dentes” também reforça o NC, com forte ligação com a expressão “ter higiene pessoal”. Na rua, as pessoas enfrentam inúmeras dificuldades para atender às suas necessidades, sobretudo no que se refere ao banho, aos cuidados bucais, levando-as muitas vezes, a não praticar esse autocuidado, tornando-as sujas, com mau odor, expostas a preconceitos e afastamentos. Essa realidade foi evidenciada em estudos com PSR nas cidades de São Paulo e Salvador (HINO; SANTOS; ROSA, 2018; SILVA, 2017). Apesar disso, o grupo social reconhece essas práticas como importantes, e buscam realizá-las conforme as falas a seguir:

A higiene é muito importante [...] Muita gente acha que só mora na rua, porco, mas tem mais porco morando nas casas do que na rua [...], me cuido, escovo meus dentes, lavo meus alimentos, tomo banho porque é importante e gosto (P 42, homem, parda, na rua há 5 anos).

[...] Moça, preciso escovar os dentes, se não zelo dos meus dentes, tenho mau hálito, ninguém fica perto e se sente mal. Os dentes é a primeira coisa que a pessoa olha, se ver você com dente podre, banguelo, já acha que você é desmazelado [...]. Tenho escova, pasta, e água [...] dou um jeito (P17, homem, negra, na rua há 6 anos)

Na concepção de Jodelet (2017), os processos de subjetivação pelos quais se constrói e se transforma a consciência dos atores, vai orientar as suas ações ou induzir a condutas de destruição. Percebe-se com isso que, apesar das barreiras encontradas pelas PSR, estas praticam o cuidado de si, revelado nas representações aqui apreendidas sem, no entanto, conformar-se com a sua realidade.

Dentre os vinte termos que integram o Quadro 4, a cognição “importante” foi a mais prontamente evocada, com a menor OME (1,3). Para o grupo investigado, cuidar de si é muito ‘importante’, em uma dimensão valorativa, e expressa um enraizamento nos modos de vida das PSR, visibilizado através de atitudes e comportamentos que permeiam a prática do cuidado de si mesmo. O segmento a seguir denota a importância atribuída ao cuidado de si:

Rapaz, cuidar de mim é muito importante porque se não me cuido, não tenho paz e nem vida. É importante se cuidar porque assim tenho vigor físico, mental e espiritual. Sou morador de rua há 10 anos e mesmo assim nunca perdi a vontade de me cuidar pra viver (P 99 homem, branca na rua há 10 anos)

A primeira periferia, quadrante superior direito, possui elementos que embora apresentem uma alta frequência, não foram prontamente evocados pelas/os participantes. Nesta pesquisa, as evocações que compõem a primeira periferia

apresentam uma dimensão atitudinal/comportamental, expressa pelos termos “dormir bem” (F=51; OME=3,353) e “fazer exercícios” (F=27; OME=3,222) e “estar limpo sem drogas” (F=44; OME=2,932) enquanto a expressão “trabalhar” (F=36; OME=3,583) sinaliza uma dimensão atitudinal/de finalidade.

Os termos evocados revelam que para o grupo social investigado, há em sua memória coletiva sobre o cuidado de si, a necessidade de dormir bem (F=38; OME=3,711). Nessa conjuntura, cuidar-se na rua perpassa por uma condição de poder dormir, ainda que nas ruas não existam portas e janelas que garantam a privacidade (SILVA; FRAZÃO; LINHARES, 2014); associado a não utilização de drogas, podendo assim, acordar ‘limpo’, trabalhar e fazer exercícios. Tais condutas permitem o encontro com o cuidado ampliado, simbolizado pelas/os participantes desse estudo:

Se durmo bem, recupero as energias, tenho disposição pra trabalhar, me sinto vivo, alegre e com saúde [...] (P 102, mulher, negra, na rua há 2 anos).

[...] o trabalho traz paz, faz o homem ser respeitado e ter dinheiro no bolso[...] (P 72, homem, parda, na rua há 13 anos).

[...] o trabalho mantém a minha mente ocupada pra não pensar em drogas, álcool (P 86, mulher, negra, na rua há 1 ano).

[...] ficando limpo sem drogas, tenho condições de trabalhar, correr atrás de um serviço, ter vida diferente, viver melhor porque tô me cuidando (P95, mulher, branca, na rua há 3 anos).

Dormir na rua é uma necessidade que gera dúvidas, medos e busca por locais adequados por aqueles que usam esse espaço como moradia. Nesse estudo, mulheres e homens relataram ter um lugar considerado ‘seguro’ e escondido, onde pudessem passar a noite. “Eu procuro dormir só em porta de delegacia, hospital ou rodoviária pra me livrar da violência” (P12, mulher, parda, na rua há 2 anos). As pessoas que vivem na rua lutam de diversas formas para sobreviverem e, dentre as estratégias, utilizadas está a possibilidade de ter um local apropriado para dormir (DONOSO; BASTOS; FARIA; COSTA, 2015).

O termo “estar limpo sem drogas” (F=44; OME=2,932), segundo mais frequente entre os termos, traz a dimensão normativa da RS do grupo e se estabelece como fundamental para o cuidado. Nesse estudo, o uso de drogas foi a terceira maior causa de ida e vivências nas ruas, porém para o grupo social investigado, o não uso se configura em uma prática de cuidado. Apesar de evocarem esse termo, a maioria das/os participantes faz uso de drogas, com destaque ao álcool. Há o cuidado de si que se

baseia na não utilização da droga como estratégia positiva, e há o cuidado de si que se ancora no uso da droga como ferramenta para enfrentar a rua e suas dificuldades (BISCOTTO et al., 2016; ROSA; BRÊTAS, 2015). Vejamos os segmentos a seguir:

A droga faz você esquecer da sua vida, da sua saúde, de você (P 105, homem, branca, na rua há 2 anos).

Através da droga você se prejudica (P 86, mulher, negra, na rua há 1 ano).

A droga me consola e consigo enfrentar a rua (P113, homem, parda, na rua há 5 anos).

O trabalho é importante e os dados de caracterização assinalam que 88,5% das 122 PSR que compuseram esse estudo, exercem alguma atividade remunerada, desde a reciclagem, ao artesanato. Apesar de não possuírem trabalhos formais, as atividades informais fazem parte da rotina dessas pessoas que, o sinalizam como primordial para aqueles que objetivam sair das ruas e para a possibilidade de subsistência. Dados similares foram encontrados em estudo realizado com idosos do oeste paraense, quando para o grupo social, o trabalho estava entre as principais práticas para se ter saúde, como forma de cuidado (TURA et al., 2011).

Durante uma das observações no ambiente de convivências das/os acolhidas/os do Centro POP, percebo a seguinte situação no diálogo entre um usuário e o funcionário da equipe de abordagem¹⁴:

[...] Eu sou muito talentoso, faço arte em arame pra vender porque quem tá na rua tem que dá seus pulo e se virar [...]. Usar o talento que tem, meu talento é esse. Daqui eu tiro o meu sustento, posso comer, vestir, comer um acarajé, ir na praia e quem sabe um dia sair da rua [...].

Mantenho a observação e alguns acolhidos estão fazendo artesanato com latinhas (motocicletas)¹⁵ e verbalizam:

[...] Daqui eu consigo sobreviver na rua, tiro o meu de cada dia. A arte me ajuda a passar o tempo e evita o pensamento em coisas ruins, distraíndo a minha mente pra mim não perder o meu foco, trabalhar é o que todo mundo aqui quer [...].

¹⁴ Nota do diário de campo

¹⁵ Notas do diário de campo

Os resultados de pesquisa realizada sobre RS de meninos de rua demonstraram que os meninos possuíam uma representação negativa sobre o trabalho, e optavam por realizar delitos (roubos), ou pediam porque era mais fácil. A partir do momento que se aproximava a maioridade, devido ao risco de serem presos caso continuassem cometendo infrações, os jovens declaravam a necessidade de terem um trabalho, vendo como algo positivo (ALVES-MAZZOTTI, 1997). Diante disso, ao considerar que as RS elaboradas por um grupo justificam e orientam sua conduta frente aos objetos, as PSR buscam trabalhar vendo nessa ação, uma forma de cuidado.

A evocação “fazer exercícios”, relaciona-se a qualidade de vida e a possibilidade de não ter problemas agravados nas ruas, uma vez que o tratamento de doenças foi relatado pelas/os participantes como muito difícil. Essa concepção de prevenção de doenças surge como elemento motivador para as práticas de caminhadas na praia, exercícios em aparelhos públicos e o ‘baba’ com amigos, expresso no excerto a seguir: “Quando faço exercícios, cuido do meu corpo, fico saudável [...] É bom para o coração e o corpo” (P 12, homem, parda, na rua há 2 anos).

A realização de atividades físicas pela população em geral tem sido constantemente enfatizada pela mídia, e também em resultados de pesquisa, que fazem associação desta com a saúde (NASCIMENTO; TRINDADE; GIANORDOLI-NASCIMENTO, 2011). Assim, essas informações circulam entre os grupos e passam a integrar a rotina de vida de quem vive nas ruas. O participante 12 destacou que “as reportagens sempre fala que se exercitar é bom pra saúde, então eu tô no caminho certo, me exercitando e me cuidando”. Cumpre destacar que como pontuou Herzlich (2004), é possível que a responsabilidade pela saúde esteja sendo direcionada às pessoas, e não mais a esfera pública, como resultado dos esforços em supervalorização dos estilos de vida saudáveis.

No tocante a “estar limpo sem drogas”, “trabalhar” e “fazer exercícios” nota-se que, para o cuidado de si, é preciso que as PSR não estejam sob efeito de nenhuma substância, para serem capazes de buscar o emprego e realizar atividades que resultem em bem-estar físico e mental. “Sem a ‘porcaria’, a pessoa se cuida, come, trabalha, tem a mente funcionando” (P5, homem, negra, na rua há 1 ano).

Na segunda periferia - quadrante inferior direito - estão elementos com baixa frequência e evocados tardiamente, sendo assim, considerados menos importantes para o grupo (SÁ, 2015). Nesta pesquisa, a segunda periferia foi formada pelas seguintes evocações: “ter um lar” (F=21; OME=4,048), “tomar remédio” (F=17; OME=3,118),

“cuidar de mim” (F=15; OME=3,533), “lavar as roupas” (F=14; OME=3,571); “distrair a mente” (F=14; OME=3,929), “usar camisinha” (F=13; OME=3,154) e “não fumar” (F=10; OME=3,200). Os termos dessa periferia apresentam consonância com o provável NC da representação, bem como com os demais termos do Quadro 4. A presença desses termos revela que, para o grupo investigado, o cuidado de si está ancorado em uma dimensão atitudinal e que ‘depende’ em grande proporção da pessoa que está nas ruas.

As evocações, “ter um lar” e “lavar as roupas”, são condições que demonstram que a aquisição de uma moradia formal é almejada, e que nela é possível cuidar das roupas sem dificuldades, ter o endereço para atendimento nos serviços de saúde, com consequente aquisição de remédios, quando necessário. Para as PSR, o cuidado de si perpassa pela possibilidade de distrair a mente em uma praia, jogando bola ou praticando alguma atividade. O uso da camisinha é essencial na prevenção de infecções, associado ao não consumo de drogas como o tabaco, sobretudo porque às PSR são impostos preconceitos, que colaboram com a sua situação de pessoas vulnerabilizadas. Alguns segmentos expressam atitudes com o cuidado de si:

Preciso cuidar de mim, cuidar da minha pele, ir no posto de saúde se precisar. Me arrumo, não uso drogas, não bebo, trabalho, tenho saúde (P 2, mulher, parda, na rua há 3 anos).

Um lar é tudo porque assim tenho endereço pra arrumar trabalho, com emprego posso se cuidar, ter saúde, viver bem. Quem não tem onde morar como eu tá perdido (P 36, homem, parda, na rua há 1 ano).

Na rua eu procuro usar camisinha porque evito doenças como HIV, DST, me previno e posso ter uma vida saudável (P 86, mulher, negra, na rua há 1 ano).

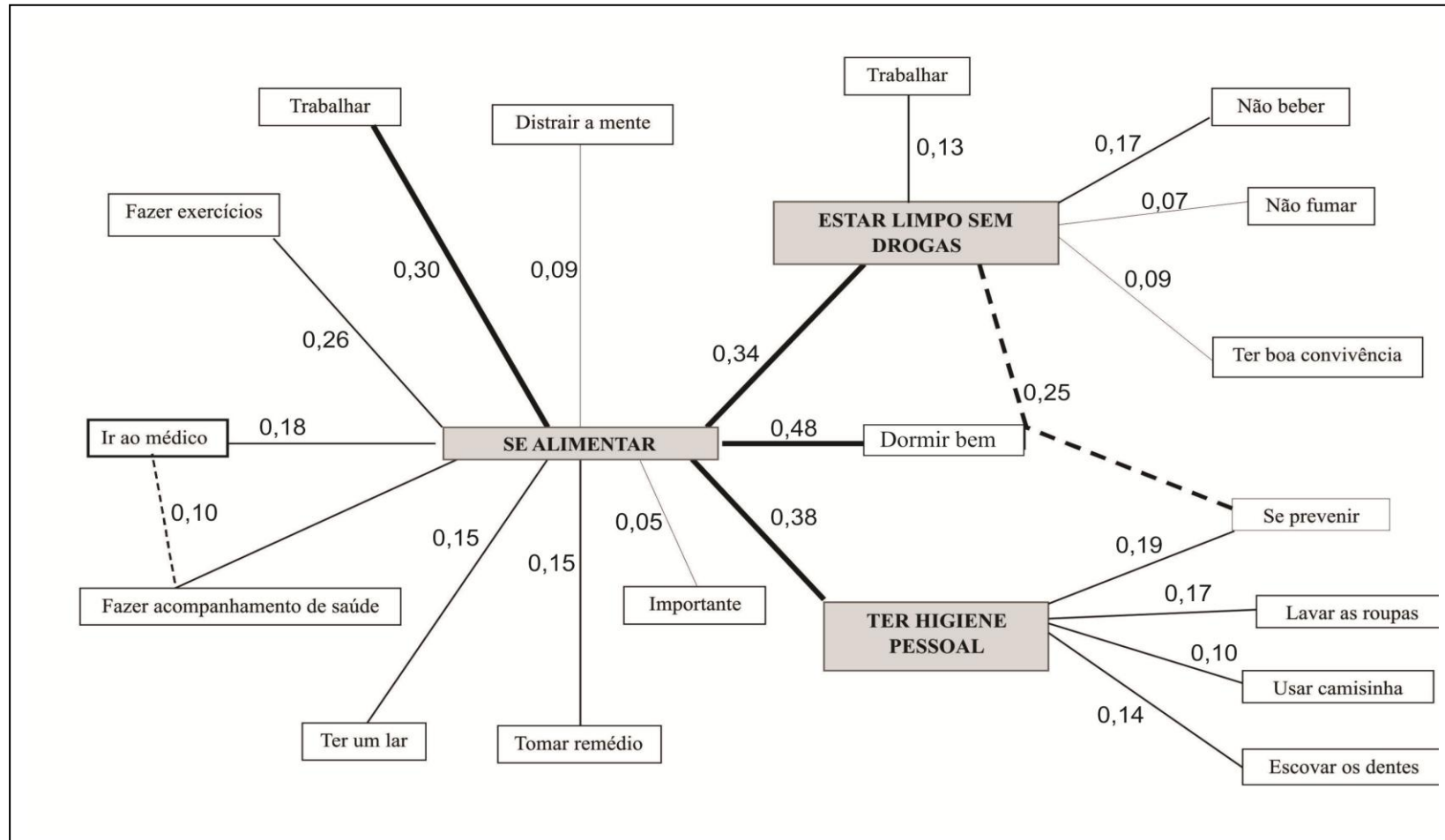
Todo dia, escovo meus dentes, lavo minha roupa nos postos de gasolina ou torneira nas praças, cuido dos meus pertences porque isso é básico e necessário pra o cuidado de quem tem casa e de quem não tem, como eu (P7, homem, negra, na rua há 8 anos).

Se eu não cuidar da minha vida, sou um homem morto. Eu tomo o meu remédio na hora certa, vou no posto, sou cadastrado, pego o meu remédio, tanto remédio do cansaço, como o da diabetes (P 4, homem, negra, na rua há 1 ano).

Visando confirmar aspectos gerais relacionados às representações produzidas pelas/os participantes, foi realizada a análise de similitude (Figura 5) que revela as ocorrências, com base na análise frequencial, resultado da conexão entre eles (GOMES

et al., 2017; CAMARGO; JUSTO, 2013). O cálculo se baseia no número de co-ocorrências entre duas evocações, divididas pelo número de participantes, simultaneamente e o resultado do referido cálculo é o índice de similitude (GOMES et.al, 2017). Para o termo indutor “cuidar de mim é”, das/os 122 participantes, 76 evocaram simultaneamente duas ou mais palavras do Quadro 4. A Figura 5 mostra a representação gráfica da árvore máxima de similitude, produzida com os dados concernentes a esse estímulo indutor, para todas as PSR que participaram do estudo.

Figura 5 - Árvore máxima de similitude das evocações das pessoas em situação de rua ao termo indutor Cuidar de mim é. Ilhéus, Bahia, Brasil, 2017 (n=122).



FONTE: Dados da Pesquisa, 2018

A árvore de similitude é estruturada por três conjuntos de temas que geram sentido e organizam os demais elementos da representação do cuidado de si: “se alimentar”, “ter higiene pessoal” e “estar limpo sem drogas”. O termo “se alimentar” apresenta maior centralidade e importante conexão com vários outros termos, sendo organizador da RS. Há forte conexão com o termo “ter higiene pessoal”, reafirmando-os como componentes do provável NC. Há ainda o estabelecimento de conexões com “dormir bem”, “estar limpo sem drogas” e “trabalhar”, presentes na primeira periferia, ambos com frequência significativa e relevante para o grupo social.

A expressão “se alimentar”, teve o maior número de conexões, em um total de 11, reforçando a sua importância na organização interna da representação para o grupo social. Essas características sinalizam a notável ligação entre objeto e sua representação, conforme sugerido por SÁ (2002) e Moliner (1994). Seus maiores índices de similitude foram com “ter higiene pessoal”(0,38), evocação também presente no NC, no Quadro 4, “dormir bem” (0,48), “estar limpo sem drogas” (0,34), “trabalhar”(0,30) e “fazer exercícios” (0,26), presentes na primeira periferia. Os fragmentos que se seguem explicitam essas práticas:

Se alimentar é muito importante para me fortalecer, ter energia, saúde, trabalho. [...] Bem alimentada faço meu ‘correr’, não roubo e não preciso me prostituir pra comer (P 18, homem, branca, na rua há 5 anos).

Dormir é o tratamento do cérebro, assim me sinto bem e com mais inteligência para ter saúde. Se eu consigo pensar, consigo me cuidar e para isso eu preciso ter uma boa noite de sono e de descanso[...] (P 86, mulher, negra, na rua há 1 ano).

[...] Se eu não uso drogas, posso resgatar a minha família, os amigos e a minha dignidade. Eu penso em me cuidar, me vestir, tomar um banho e me alimentar (P 3, homem, parda, na rua há 3 anos).

[...] Preciso me exercitar, cuidar do meu corpo, da mente, de tudo. Meus pensamentos vão longe, fico saudável, revigorado, com energia (P 120, mulher, branca, na rua há 2 anos).

Quem trabalha traz paz, se diverte, se cuida, tem dinheiro no bolso, não precisa pedir comida nem nada ninguém. [...] O homem que trabalha é respeitado porque não é chamado de malandro nem de vagabundo (P 103, mulher, negra, na rua há 4 anos).

Os termos “dormir bem” e “estar limpo sem drogas” apresentam intensa conexão com outros termos e, por se encontrarem na primeira periferia do Quadro 4, têm forte

evidência de que poderão vir a fazer parte do NC ou já o compuseram em algum momento. Outros testes de centralidade, retornando a campo, precisam ser feitos para confirmar tal hipótese.

Na análise da árvore máxima de similitude, no contexto geral da estrutura das RS, entende-se, mediante as conexões constituídas, que o cuidado de si é muito importante. Ancora-se na necessidade de ter acesso ao alimento, como força motriz que impulsiona a trabalhar, lutar para ter um lar e poder dormir bem, garantindo higiene pessoal. No âmbito da higiene pessoal ampliada, é possível se prevenir, com ações básicas, como lavar as roupas, escovar os dentes e se proteger de uma IST/gravidez indesejada, usando camisinha. Para que o alimento impulsiona, é necessário não só a limpeza do corpo, mas uma limpeza química, no tocante a estar limpo sem drogas, não beber e não fumar, com possibilidades de ter boa convivência, estando em situação de rua.

Para as PSR que participaram dessa pesquisa, é consensual que usar drogas é diferente de não beber e não fumar. Possivelmente pelo fato do álcool e do tabaco serem classificadas social e juridicamente como drogas lícitas, logo aceitas socialmente, e assim, as/os participantes não consideram que ambas sejam drogas. Verbalizar que usa crack ou cocaína traz em si o estigma da pessoa “drogada” e “viciada”, sobretudo para quem vive nas ruas.

A boa convivência, analisando o dicionário de palavras com a lematização, deixa evidente, por seu turno, que para cuidar de si, a segurança também é fundamental. A boa convivência foi lematizada com termos como, se proteger da violência, evitar brigas, evitar confusão e respeitar as pessoas, como forma de se manter vivo. Ainda que sejam pessoas que vivem nas ruas, expostas a situações conflitantes, as/os participantes consideram que é possível evitar confusão e ter uma convivência harmoniosa.

De acordo com Sá (2015) e Moscovici (2012), as RS refletem atitudes e práticas sociais. Os dados da presente pesquisa confirmam tal afirmativa, uma vez que, as/os interlocutoras/es inscrevem o objeto em suas práticas sociais e assumem comportamentos como fazer exercícios, tomar remédio, distrair a mente. Em um processo de julgamentos de valor, destaca-se ainda, na organização interna da árvore máxima, para o cuidado de si, a necessidade de ir ao médico e fazer acompanhamento de saúde.

Apesar das evocações e conexões enfatizarem o cuidado de si, pautado na promoção e prevenção da saúde, na árvore máxima a presença do profissional médico se

destaca dentre os demais profissionais da equipe. Quanto à evocação médico, infere-se que ainda hoje os modelos hegemônicos de atenção, reforçam essas representações. Isso requer reflexões para o cuidado ético e alicerçado nas dimensões políticas, sociais, físicas, psíquicas, biológicas e espirituais.

O alimento, o trabalho, o sono, a higiene, o estar limpo sem drogas, o lazer são dinâmicos para as PSR, e impulsionam, de forma expressiva, a sua vida cotidiana (ROBAINA, 2015). O acesso a esses direitos, para garantia do cuidado de si, requer outras formas de organização, rompendo com a lógica do mercado que lhes é imposto.

Nas ruas, a busca pela sobrevivência reforça mecanismos e formas sociais que coadunem com práticas de reorganização social e econômica plausíveis com as necessidades e possibilidades singulares de cada pessoa (PAIVA et al., 2016; AGUIAR; IRIART, 2012). Jodelet (2015, p.62) pontua que “num contexto especificamente definido, se forjam representações que implicam a história, a pertença dos sujeitos e a sua prática”. Isso é revelado nos excertos:

Cuidar de mim é trabalhar, trabalho é poder ter dignidade[...] é uma maneira de sobrevivência. Eu me viro como posso, vendo latinha, faço um artesanato [...]. (P 75, mulher, negra, na rua há 5 anos).

Trabalhando não fico dependendo dos outro, posso, comer, beber, se vestir, ter uma casa para se cuidar melhor. Hoje lavo carro, faço mágica, dou meu jeito[...] Isso pra mim é cuidado (P 53, mulher, branca, na rua há mais de 16 anos).

A partir do momento que as PSR conseguem produzir os seus próprios mecanismos de subsistência, com suas potencialidades, há repercussão na produção de sua vida material e consequentemente na forma como elas passam a pensar e viver na rua (SILVA, 2009). Vejamos o fragmento que se segue:

[...] Nem todo mundo aqui é esmolé, nem todo mundo gosta de viver na rua, nós precisa é de oportunidade, de renda, precisa ter um emprego, um trabalho pra sair da rua. [...] tem muita gente séria na rua, muita gente que não quer tá ali, mas não tem outra opção, fica desempregado, não tem família nem como pagar o aluguel [...]. Eu quero ter uma vida digna, hoje eu preciso ter um emprego, sair da rua, garantir o meu dia a dia, ter meu dinheiro para mim, não precisar pedir nada a ninguém. Não quero me ver na rua, dependendo de uma instituição porque isso não faz bem pra mim nem pra ninguém, isso é humilhação (P5, homem, negra, na rua há 1 ano).

Importante sublinhar, os impactos que o mundo capitalista traz sobre as forças

de produção no país em que, a única forma de subsistência existente, é a venda da força do seu trabalho, por valores insignificantes, com sucessivas perdas de direitos (SILVA, 2009). As PSR são comparadas a uma parte da classe trabalhadora que teve a sua condição de existência usurpada, bem como a venda da força de trabalho precarizada, e muitas vezes, sobrevivem graças a caridade pública (MARX, 1988). Vejamos o relato:

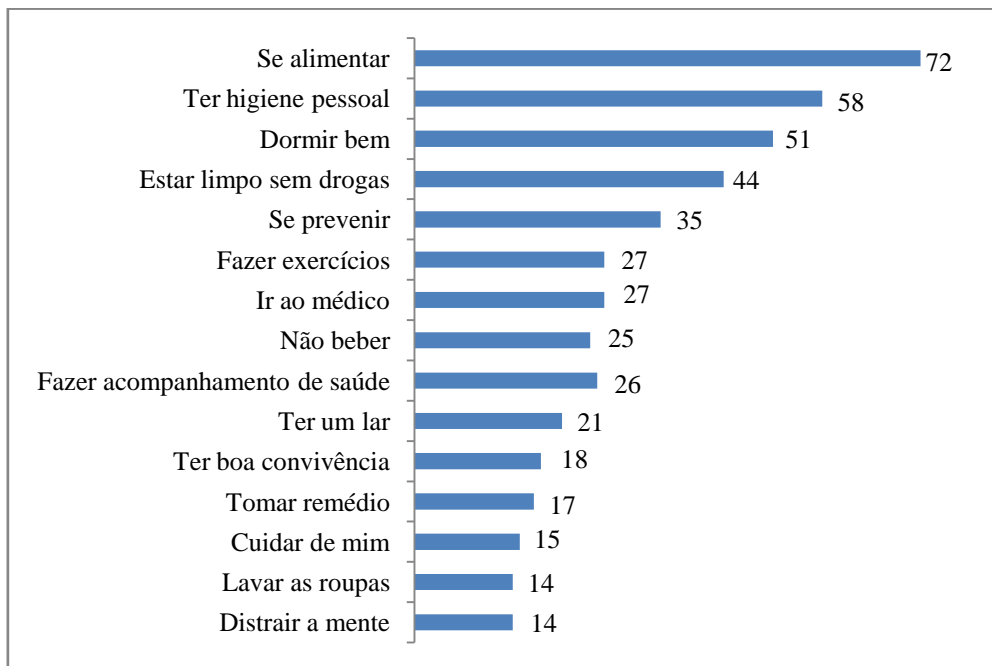
Na rua a gente encontra quem dá sopa, tem as igrejas que ajuda, as pessoas passa dano sopa, café, pão, água, roupa, isso ajuda bastante porque mata a nossa fome naquele momento, mas viver desempregado e dependendo de alguém é vergonhoso e muito ruim (P8, homem, negra, na rua há 3 anos e meio).

O segundo termo com mais conexões foi “estar limpo sem drogas”, com um total de seis, tendo alto índice de similitude com “se alimentar” (0,34), “dormir bem” (0,25) e “não beber” (0,17). O termo “ter higiene pessoal”, presente no NC, foi o terceiro termo com mais números de conexões, em um total de cinco, destacando-se os índices entre “se alimentar” (0,38), “se prevenir” (0,19) e “lavar roupas” (0,17).

Todos esses elementos expressam o cuidado de si, revelado na ocupação que as PSR têm com elas mesmas, e que se concretiza em movimentos de (sobre)vivência. As experiências, cultura, crenças, conhecimentos e os valores individuais que são compartilhados no grupo, são simbolizados em representações e práticas que refletem novos arranjos nos modos de cuidar de si mesmo. Isso é experienciado de maneira singular por cada pessoa que vive nas ruas, e requer dos serviços, encontros assistenciais que possam potencializar os sujeitos, gerando diálogos que favoreçam a sua autonomia.

Ainda como etapa da análise, foi elaborado, como resposta ao estímulo indutor “cuidar de mim é”, o diagrama em barras (Figura 6) por meio do qual foi possível expor a informação de modo condensado, com base nas evocações que foram justificadas como mais importantes pelas/os participantes (BARDIN, 2011). Esse diagrama expõe os termos considerados mais importantes por ordem decrescente de frequência.

Figura 6. Diagrama em barras das 15 - entre as 122 - evocações justificadas como mais importantes pelas Pessoas em Situação de Rua de Ilhéus, Bahia,



FONTE: Dados da pesquisa, 2018.

Essa modalidade de análise mostra que das 122 evocações justificadas pelas/os interlocutoras/es, o termo “se alimentar” apareceu em primeiro lugar, ratificando que, para o cuidado de si, é imprescindível ter acesso ao alimento. O alimento se configura como um fundamento essencial para o biológico e o social, importantes para a saúde e (sobre)vivência (MOSCOVICI, 2013). Os termos destacados reforçam que o cuidado de si perpassa por dimensões de cunho subjetivo e bastante singular, com ações de promoção da vida, expressas em termos como “se alimentar”, “dormir bem”, “distrair a mente”, “ter higiene pessoal”, “fazer exercícios”, “ter boa convivência” e “se prevenir”.

Notam-se ainda representações que se ancoram em um modelo médico-assistencial, objetivadas em ações como “ir ao médico”, “fazer acompanhamento de saúde” e “tomar remédio”. Há no imaginário das PSR, a concepção de que, para a produção do cuidado de si, é preciso a associação de condutas que se baseiam em modelos pré-determinados e exigidos pela sociedade, como “estar limpo sem drogas” e “não beber”. As/os participantes demonstram que as práticas devem contemplar um cuidado autônomo, ampliado, e que valorize as questões sociais, culturais e individuais, demonstradas nos termos “ter um lar”, “lavar as roupas” e “cuidar de mim”.

Essas representações e práticas indicam que o cuidado de si é ancorado ora em uma perspectiva ampliada, com valorização das relações e construções coletivas, ora em uma perspectiva reducionista do conceito saúde-doença-cuidado, que requer técnicas de cuidado pautadas em procedimentos e tratamentos. Para Ayres (2006) o cuidado de si é paralelamente um atributo e uma necessidade universal dos seres humanos. Sendo assim, em um sentido ontológico, a pessoa sempre cuida de si e de outrem (ANÉAS; AYRES, 2011). Nessa conjuntura, ao cuidar de si estando na rua, é possível perceber projetos de vida e de felicidade (AYRES, 2004) que impulsionam as PSR a interagirem com os outros, e a se movimentarem. Apesar das tensões e enfrentamentos na rua, a representação e as práticas do cuidado de si perpassam por modos singulares de andar e de viver a vida.

Nesse sentido, o cuidado para PSR é revelado nas estratégias utilizadas para ‘distrair a mente’, conseguir o alimento, na busca pelos serviços de saúde, pelo emprego para sair da rua, e na sua própria constituição como sujeitos singulares. De acordo com Jodelet (2017) a estrutura do campo representacional em análise, não é construída de maneira isolada, tendo em vista que resulta da intersubjetividade permeada na/pela comunicação constituinte do sujeito social.

5.2.2 “Saúde pra mim é viver bem”: estrutura da representação social de pessoas em situação de rua sobre saúde

“Só se pode viver perto de outro, e conhecer outra pessoa, sem perigo de ódio, se agente tem amor. Qualquer amor já é um pouquinho de saúde, um descanso na loucura”

Guimarães Rosa

Neste capítulo será apresentada a estrutura da RS sobre saúde, resultado da análise de dados oriundos das evocações livres processadas pelo *software* EVOC; da construção da árvore máxima de similitude e suas conexões; das justificativas atribuídas aos termos considerados mais importantes processadas pelo *software* Iramuteq e do diagrama em barras, considerando a frequência simples dos 10 termos elencados como mais importantes entre os 122 termos evocados pelas PSR.

No que tange ao termo indutor “saúde”, para as 122 PSR participantes desse estudo, foram contabilizadas 610 palavras, destas 39 eram diferentes. Isso demonstrou homogeneidade no *corpus*, uma vez que a frequência de palavras diferentes

correspondeu a 6,39%. Nesse sentido, foram descartadas as evocações com frequência menor que cinco, correspondendo a 3,0%, tendo um aproveitamento de 97,0%.

Para o processamento no software EVOC, definiu-se a frequência média de 25 e a mínima de 12, sendo excluídos os termos com frequência inferior; e a média das OME, também chamada de *rang*, em uma escala de 1 a 5, foi de 2,8. A partir desses critérios os dados foram analisados e organizados conjuntamente compondo o Quadro de Quatro Casas (Quadro 5), no qual são visualizados os elementos do NC no quadrante superior esquerdo e os elementos periféricos nos demais quadrantes.

Quadro 5 - Estrutura da representação social de pessoas em situação de rua frente ao termo indutor “saúde” (n=122). Ilhéus, Bahia, Brasil, 2018.

ELEMENTOS DO NÚCLEO CENTRAL	ELEMENTOS DA 1ª PERIFERIA
Frequência ≥ 25 / Rang $< 2,8$	Frequência ≥ 25 / Rang $\geq 2,8$
FREQRANG	FREQRANG
Viver bem 47 2,234	Se alimentar 49 3,571
Se prevenir 44 2,705	Dormir bem 38 3,711
É tudo 40 1,825	Ser feliz 35 2,914
Tomar banho 37 2,757	Ter paz 29 3,034
Estar de bem com a vida 36 2,333	Ter dinheiro no bolso 27 3,741
ELEMENTOS DA ZONA DE CONTRASTE	ELEMENTOS DA 2ª PERIFERIA
Frequência < 25 / Rang $< 2,8$	Frequência < 25 / Rang $\geq 2,8$
FREQRANG	FREQRANG
Coisa boa 17 1,235	Estar limpo sem drogas 23 3,522
Não adoecer 15 2,600	Ir ao médico 20 3,450
	Cuidar de si 17 3,529
	Aliviar a mente 17 3,824
	Não beber 12 2,917
	Fazer exercícios 12 3,250

Fonte: Dados da Pesquisa, 2018.

Vale salientar que embora os termos “viver bem”(F=47; OME=2,234), “se alimentar” (F=49; OME=3,571), “se prevenir” (F=44; OME=2,705), “é tudo” (F=40; OME=1,825), “dormir bem” (F=38; OME=3,711), “tomar banho” (F=37; OME=2,757) e “estar de bem com a vida” (F=36; OME=2,333) tenham obtido maior frequência; e menor frequência; “não beber” (F=12; OME=2,917), “fazer exercícios” (F=12;

OME=3,250) e “não adoecer” (F=15; OME=2,600), quando em associação com a OME esses termos foram distribuídos nos quatro quadrantes, revelando especificidades das RS atreladas as vivências das pessoas investigadas.

Para a TNC, a RS de um grupo acerca de um dado fenômeno é organizada e estruturada de forma hierarquizada ao redor de um NC, mais rígido, com elementos menos sensíveis ao cotidiano e resistente às mudanças; e um núcleo periférico, mais flexível, vivo, sensível a mudanças e protetor do NC (SÁ, 2015; ABRIC, 2003). A estrutura das RS se dá nessa relação pessoa objeto, sendo manifestada por uma linguagem que se concretiza em práticas diárias (CAMARGO et al, 2011). Diante do conjunto de elementos que compõem o Quadro 5 e aqueles considerados como pertencentes ao provável NC, pode-se inferir que para as PSR, o cuidado e a saúde se relacionam com ações ampliadas como poder viver bem em condições, na maioria das vezes, desfavoráveis. A rua com suas regras, limites de (sobre)vivência, cenas de violência, produção da vida e da morte, (in)visibilidades e conquistas, conforma modos de ser singulares, de pessoas que coletivamente compartilham saberes, afetos e crenças.

O conhecimento produzido sobre saúde, para o grupo investigado, é representado em uma esfera consensual, que se ancora em um sistema de valores, simbolizações e condutas no cotidiano das relações sociais firmadas nas ruas. Destarte, o Quadro 5 exhibe a estrutura da RS com distribuição dos termos nos diversos quadrantes e em um contexto geral, desvela elementos que se relacionam com a qualidade de vida (QV).

A OMS definiu a QV como a percepção que a pessoa possui com relação a sua posição na vida, no que se refere à cultura e sistema de valores nos quais ela vive, no que tange aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (WHOQOL GROUP, 1994). Saúde se constitui um conceito subjetivo que engloba uma multidimensionalidade, com questões positivas e negativas e que envolve dimensões físicas, psicológicas, relações sociais, nível de independência, meio ambiente e crenças pessoais (FLECK et. al, 1999).

A QV associada à saúde, expressa nos resultados desse estudo, também foi evidenciada em pesquisas realizadas com homens em Diamantina e na região metropolitana de Belo Horizonte, ambos no Estado de Minas Gerais. A investigação analisou as RS de homens acerca da saúde (HEMMI; CONCEIÇÃO; SANTOS, 2015; NASCIMENTO; TRINDADE; GIANORDOLI-NASCIMENTO, 2011). Esses homens não viviam nas ruas, sendo possível inferir que o objeto representado - a saúde - se

relaciona com a percepção que cada pessoa tem de sua inserção no mundo, estando em situação de rua ou não. Pois, na concepção de Jodelet (2001, p.17) “não somos (apenas) automatismos, nem estamos isolados num vazio social, partilhamos esse mundo com os outros” e por isso criamos representações.

O quadrante superior esquerdo é constituído por elementos mais frequentes e importantes para o grupo (menor rang), considerados como formadores do provável NC. Esses termos foram mais prontamente evocados, organizam e identificam a representação de saúde por estabelecer a natureza das conexões entre os vários elementos (ABRIC, 1994). Os termos que compõem o NC do quadro de quatro casas dessa pesquisa (“viver bem” F=47; OME=2,234; “se prevenir” F=44; OME=2,705; “é tudo” F=40; OME=1,825; “tomar banho” F=37; OME=2,757 e “estar de bem com a vida” F=36; OME=2,333), fazem referências a ações e comportamentos de prevenção e de promoção da saúde, associados à QV.

Dentre os componentes do NC, os termos “viver bem”, “é tudo” e “estar de bem com a vida” revelam/expressam um sentido genérico e subjetivo da saúde, enquanto os termos “se prevenir” e “tomar banho” exibem elementos específicos e relacionados às práticas em saúde, divulgadas socialmente. Pode-se afirmar que para o grupo investigado, o NC se organiza em torno de elementos funcionais, aqueles inscritos na prática social das PSR, o que confirma a aproximação que o grupo tem com o objeto representado (ABRIC, 2003).Essas cognições são simbolizadas por termos em uma dimensão que denota finalidade, expressos em “viver bem” e “estar de bem com a vida”; uma dimensão valorativa/avaliativa com o termo “é tudo” e uma dimensão atitudinal, com o termo “tomar banho”.

O elemento normativo “se prevenir” tem uma dimensão de finalidade/atitudinal e traduz o sistema de valores imbricado no cotidiano dessas pessoas. Todos os elementos presentes no provável NC caracterizam uma base representacional positiva, demonstrando que o grupo investigado utiliza novos códigos e estilos de vida que, muitas vezes, contrapõem ideias que são difundidas pela sociedade e pela mídia. Dessa forma pode-se afirmar que a representação se ancora em conteúdos e práticas que favorecem a prevenção.

Cumpram ressaltar que, apesar da positividade evidenciada nas evocações, as PSR investigadas enfrentam muitas dificuldades, sobretudo quando se aborda saúde e os direitos à saúde. Não obstante o conceito ampliado de saúde, que engloba dentre outras questões, o lazer, a moradia, a educação, a renda, termina por ser negligenciada. Essas

peças adoecem, são expostas a maiores riscos e vulnerabilidades, levando-as a buscar cuidados em instituições, seja na APS ou nos serviços mais complexos como as emergências. Esse atendimento nem sempre é possível, e na concepção de Aguiar e Iriart (2012), as PSR ainda ficam em uma posição de (in)visibilidade, sendo negada às mesmas a condição de cidadãs/ãos dotadas/os de direitos.

Portanto, entende-se que, nesse contexto de dificuldades e resgate de direitos, os movimentos individuais e sociais são fundamentais e vão refletir na forma como as PSR representam a saúde, constituem-se como atores sociais e políticos, produzindo maneiras de ser/estar no mundo. As diversas significações atribuídas ao objeto representado, vão construir uma visão em consenso da uma realidade vivida; esta visão vai se constituir então em um guia para ações e trocas no cotidiano (JODELET, 2001).

Apesar da existência de uma política específica para a População em Situação de Rua, e da Constituição Federal de 1988 garantir o direito a saúde à toda a população, com universalidade das ações, acesso a promoção, proteção e recuperação, isso ainda não se concretizou na vida das pessoas que vivem nas ruas (PAIVA et al., 2016; BRASIL, 2014; BRASIL, 2001). É importante a participação das PSR nos processos decisórios que legitimem os seus direitos, com ações que lhes proporcionem vida digna, respeito às subjetividades e singularidades, no que tange às questões de saúde.

O termo “viver bem” apresentou, entre os termos evocados, maior frequência (47) e segunda menor OME (2,234) e expressa a dimensão de finalidade. Essa palavra tem importante relação com “é tudo” e “estar de bem com vida”, denotando que, para o grupo investigado, os elementos que compõem a representação sobre saúde rompem com o modelo curativista-medicalizador, ainda hoje disseminado nas relações sociais, e engloba outras dimensões. Nesse sentido, observemos o excerto:

“[...] Saúde é você viver bem. Viver bem pra mim é qualidade de vida, poder dormir bem, comer, descansar, passear, trabalhar, ter sua família, sorrir e ser feliz, isso é saúde” (P 54, homem, branca, na rua há 4 anos).

Ter o entendimento de uma nova dimensão de saúde expressa na prática cotidiana das PSR é valioso, pois assim, conforme Alvez-Mazzotti (2011, p.33) “é possível compreender os mecanismos sociocognitivos de atribuição de sentido e de integração da novidade em um repertório preexistente” de uma pessoa ou grupo social. Para Arruda (2015) a propagação de informações cada vez mais rápida tem modificado

a formas como as pessoas pensam, comunicam-se, representam e interagem mutuamente. Nesse contexto de mudanças, os novos conhecimentos são cristalizados em condutas no dia-a-dia das ruas.

O termo “se prevenir”, segundo mais evocado no NC, aponta para uma perspectiva de saúde que transcende a medicalização, e busca superar os modelos hegemônicos de atenção à saúde, aspectos discutidos em estudo sobre o modelo assistencial em saúde e os desafios para a atenção básica no Brasil (FERTONANI et al, 2015). Os resultados de investigação realizada com estudantes universitários, no município de Vitória, Brasil, corroboram com os dados deste estudo, quando se verificou, que para o grupo social, a saúde tem forte relação com as medidas de prevenção (MENDONÇA; MENANDRO; TRINDADE, 2011).

A análise do Quadro 5 reforça a afirmativa de que a saúde tem uma conotação mais ampliada, quando observamos que o termo “ir ao médico”, presente na periferia mais distante, quadrante inferior direito, é o décimo segundo termo mais evocado, com o um dos maiores *rang* dentre todos os elementos. Desde a criação do SUS, ações que vislumbrem o fortalecimento da prevenção são discutidas e encorajadas em todos os espaços de atenção à saúde. A Lei Orgânica 8080, sancionada na década de 1990, com o objetivo de regular as ações e serviços de saúde, enfatiza a importância da prevenção para integralidade da atenção (BRASIL, 1990).

A relação entre as RS das PSR sobre saúde, e a adoção de práticas de prevenção, denota um saber consensual. Para Oliveira (2017), o saber compartilhado é baseado em vivências, crenças, valores, cultura e experiências que se estabelecem nas relações. Diante disso, os saberes compartilhados são ancorados em práticas como se prevenir e tomar banho, e mostra que a saúde perpassa por atitudes e comportamento simples do cotidiano, mas que se configuram em grande significado para o grupo social investigado.

Estar nas ruas e conceber a saúde sob o prisma da prevenção é para as PSR uma condição que antecipa o enfrentamento das batalhas e conquistas do dia-a-dia. A partir do momento em que essas pessoas ancoram a saúde em um contexto mais familiar, como a prevenção, elas objetivam o conceito na imagem e a materializa em condutas (MOSCOVICI, 2013; JODELET, 2001) como “tomar banho”, “não beber”, “fazer exercícios”, “viver bem”, “se alimentar”, “dormir bem”, “aliviar a mente”, para “estar de bem com a vida”.

O termo “estar de bem com a vida” tem um sentido singular na representação de saúde. É compreendido pela implicação na saúde plena, que mobiliza questões emocionais, psicossociais, físicas, culturais e ideológicas, que também remete a QV. Nas observações feitas nas ruas e no centro POP, era recorrente a manifestação de que estar de bem com a vida era o segredo para o sucesso nas ruas¹⁶. Ao justificar os termos mais importantes, as/os participantes enfatizaram que saúde só existe para quem estar de bem com a vida, pois a tristeza dissemina doenças. Observemos o fragmento a seguir:

“Saúde é a pessoa estar de bem com a vida [...], passeia, dorme, namora, rir pra vida” (P 42, homem, parda, na rua há 4 anos e meio).

O objeto representado sai do plano das ideias, e se concretiza em ações de promoção de vida, delineada por elementos simbólicos que segundo Moscovici (2013) organizam e compõem a representação. As práticas do grupo social passam a serem orientadas por informações revestidas por ideias, símbolos, valores, crenças, normas, estereótipos, que se fundam em suas histórias e no saber preexistente, tornando o objeto familiar (ARRUDA, 2014; TURA et al., 2011).

No decorrer das observações, notavam-se práticas alinhadas com o discurso das/os participantes, porém, em outros momentos, via-se oposição entre o dito e o vivido. Na recepção do Centro POP, em um dia de observação participante, presenciei a chegada de um homem, alto, emagrecido, bastante falante e que pergunta quanto custa o banho (há um desconhecimento por parte das PSR sobre o Equipamento de Assistência Social). A recepcionista fornece orientação rápida sobre as rotinas locais e pergunta se ele não quer subir para tomar o café, que já está sendo servido, para não perder. Ele olha para ela, dá um sorriso e diz: “moça, tudo o que eu preciso agora é de um banho, lavar meu corpo, cabelo, que tá muito sujo, minhas mãos [...]. Depois vem a comida, até porque, se eu comer desse jeito, vou contaminar o alimento. Preciso me prevenir, ficar bem, pra trabalhar e guentar essa loucura que é a rua [...]”¹⁷.

Em outro cenário, na área do café, um homem come com a mão, reclama da falta de frutas e joga café no chão. Na conversa eles falam sobre cuidados e saúde, e o acolhido diz que acha que a prevenção é muito importante e que se previne. Durante o diálogo mais aberto com os outros acolhidos, ele relata que adora “namorar” sem

¹⁶ Nota do diário de campo

¹⁷ Nota do diário de campo

camisinha. [...] Quem quiser usar que use, a mídia manda usar, mas eu não ligo, conheço as mulher da rua e “transo” sem camisinha mesmo porque confio[...]”¹⁸.

Tais situações revelam as especificidades das pessoas e exibem práticas que se alinham com as necessidades do momento que, por vezes, diferem do que é dito. Para Jodelet (2005) a representação que muitas vezes é elaborada para estar de acordo com as normas e expectativas sociais, em várias situações não retrata as condutas cotidianas. Nas palavras de Arruda (2014, p.321) a RS “é uma tradução, uma retomada da realidade, e não uma fotografia, uma reprodução”. Diante de tais considerações, é possível inferir que essas pessoas, vistas e tratadas pela sociedade com menos prestígio, preconceitos e estigmas, passam a se utilizar de um discurso que é do coletivo, mas que não se alinha com as práticas individuais.

O termo “é tudo”, componente do NC, confere um sentido de valor positivo à saúde, conforme mostram algumas justificativas apresentadas para esse termo: “Saúde é tudo, sem saúde a pessoa não vive” (P 2, mulher, parda, na rua há 3 anos). “Saúde é tudo, é alimentação saudável, saúde física, mental e espiritual. Se não tenho saúde, tô acabado e destruído” (P 84, homem, parda, na rua há 10 anos). Essa expressão mostra relação direta com outros termos que compõem o sistema periférico do Quadro 5, a exemplo de: “se alimentar”, “dormir bem”, “ser feliz”, “ter paz”, “estar limpo sem drogas”, “ir ao médico”, “aliviar a mente” e “fazer exercícios”.

No universo de relações sociais, as PSR vão construindo a sua realidade em contextos específicos, com saberes que orientam a comunicação e as suas práticas (ARRUDA, 2014). Ao ancorar a saúde em conhecimentos que transversalizam o subjetivo/afetivo “ser feliz”, e o pragmático “ir ao médico”, o grupo social atribui sentido e redesenha o objeto representado. O trecho a seguir corrobora com essa afirmativa:

[...] Saúde é tudo, é você acordar bem, ser feliz, poder trabalhar, se exercitar, ir no médico, ter família, ter amigos e assim se sentir bem como um todo, emocional, física e mental (P1, homem, parda, na rua há 1 ano e 7 meses).

Nesse cenário de tensões, observa-se a busca pela QV e os movimentos internos que as pessoas fazem para alcançá-la. Sabe-se que as informações produzidas pela mídia escrita e falada também interferem na elaboração e manutenção de uma representação e, conseqüentemente, em suas práticas (HEMMI; CONCEIÇÃO;

¹⁸ Nota do diário de campo

SANTOS, 2015) visto que, reforçam a necessidade de atitudes saudáveis para viver bem.

De acordo com o Quadro 5, o sistema periférico, aquele que corresponde à maior parte dos elementos da representação, é caracterizado por ser mais sensível ao contexto imediato, mais flexível, prático e mais concreto (SÁ, 2015; WACHELKE; WOLTER, 2011; SÁ, 2002). Têm-se no quadrante inferior esquerdo, denominada de zona de contraste, os elementos que muito embora tenham baixa frequência, foram prontamente evocadas, e são importantes para o grupo (ABRIC, 2005). Nessa pesquisa, esse quadrante é composto por dois elementos, “não adoecer” e “coisa boa”, os quais apresentaram menor OME dentre a totalidade dos termos. Os elementos presentes nesse quadrante reforçam o sentido da representação trazido no NC.

O elemento “não adoecer” é normativo, possui dimensão atitudinal em relação à saúde e remete à noção de saúde em oposição à doença, em uma conotação negativa do conceito. Observa-se a associação com o elemento “ir ao médico”, presente na segunda periferia, quadrante inferior direito, como necessário para a manutenção da saúde. Pode-se retomar o termo “se prevenir” presente no NC, como uma *práxis* para também evitar doenças, conforme os trechos:

“[...] Sempre vou no médico. Pra ter saúde me cuido e me previno das doenças” (P11, mulher, negra, na rua há 12 anos).

“Saúde é você poder ser atendido num posto, tratar as doença e ficar bom” (P 10, homem, parda, na rua há 9 anos).

“Saúde é não tá doente, tá são” (P3, homem, parda, na rua há 3 anos).

A ausência de doenças foi apontada como RS de conselheiros municipais de saúde sobre a saúde, em um contexto de associação da saúde como ausência de doença (MOURA; SHIMIZU, 2017). Essa representação mostra-se ancorada em concepções hegemônicas do modelo biomédico, o que pode incorrer em práticas de medicalização tanto pelas PSR, quanto por profissionais que as acolhem/atendem. A busca pelos serviços de saúde, com o objetivo de não adoecer e/ou tratar algum sintoma, foi evidenciado pelas/os participantes, como mostram os fragmentos:

Vou no posto de saúde pra tomar vacina, fazer o exame de HIV, pegar camisinha, não quero pegar doença porque pra tratar na rua é barril. Não tenho HIV, açúcar no sangue, doença venérea, sou sadio (P5, homem, negra, na rua há 1 ano).

Saúde é você não ficar doente porque não tem como tomar remédio morando na rua [...] como vai tomar os remédio no horário certo?

Tem que fazer corre, manguear, se eu adoecer eu me curo bebendo água porque remédio num tomo, num tem como, num tem dinheiro pra comprar, nem dão nos posto. (P15, mulher, negra, na rua há 6 anos).

[...]Morador de rua não tem vez, você vai no hospital pede logo seus documento. [...] que documento? se roubam tudo! Saúde é prioridade, tem de atender todo mundo. A gente é tratado como mendigo, como vagabundo, tudo preconceituoso. Melhor mesmo é não ter doença. Saúde pra mim é você tá são e não pegar doença pra não morrer [...] (P10, homem, parda, na rua há oito anos).

Não adoecer é primordial para quem está nas ruas, apesar das barreiras encontradas no que se refere ao acesso a atendimento, a medicações, alimento, lugar adequado para dormir. Outra situação que é rotina na vida dessas pessoas é o comportamento da sociedade em relação a elas, desde o preconceito, a não aceitação como iguais. Apesar dos processos de exclusão, potencializados muitas vezes pelo preconceito, a singularidade e características que identificam as minorias, no que se refere à maioria dominante, são capazes de impeli-las a se organizarem como tecido social, na luta por direitos e garantias políticas, éticas e sociais (HERNANDEZ et al., 2013). Ainda segundo as/os autoras/es supracitadas/os, essa minoria pode demonstrar o seu poder na medida em que participa das discussões, e tem a habilidade de influenciar uma maioria através de conflitos que se estabelecem nas interações sociais. Esses conflitos podem ser capazes de modificar uma realidade, por meio de comportamentos e atitudes antes naturalizadas, com novos espaços de diálogos, de luta e de tensão (MOSCOVICI, 2013; 2011).

Nas cenas observadas, em uma consulta individual, a profissional questionou ao acolhido o que ele sentiu frente à dificuldade que teve em ser atendido, naquela manhã, por não dispor de comprovante de endereço. O rapaz olhou para mim e para ela e disse: “meu sentimento? Lutar pelos meus direitos, acham que sou burro, ou que não conheço de política?. Na hora lá, comecei a falar de casos que vivi no Movimento POP Rua em São Paulo, as conquistas nos encontros com a Defensoria Pública, apresentei a cartilha do morador de rua e, na mesma hora, fizeram minha ficha. As pessoas que estavam em volta ficaram me olhando e até bateram palma dizendo: é isso aí, se tem direito tem de lutar e ser atendido. Vamos fazer o mesmo”¹⁹.

¹⁹ Nota do diário de campo

Essa situação mostrou movimentos que suscitam reflexões, encorajamento e possivelmente, a transformação dessa realidade para as pessoas que estão nessa condição, epode gerar no grupo um efeito libertador, quando dizem que farão o mesmo. Tais achados coadunam com o que Moscovici (2011) aborda no que concerne a possibilidade de uma pessoa se configurar em um agente de mudança para as regras e normas que estão interiorizadas, e são perpetuadas nos encontros sociais, ancorados na/pela inter-relação.

As PSR, consideradas minorias em decorrência das situações de discriminação que experimentam, fruto de demandas econômicas, políticas, contextuais, situacionais, culturais, religiosas, de gênero, sociais, são privadas da participação de processos decisórios. Quando elas (re)agem a essa condição, movimentam-se, produzem mudança e passam de minoria reprimida, para as chamadas minorias ativas, nas palavras de Moscovici (2011).

Diante disso, as PSR minorias reprimidas, ao ancorarem a saúde no termo “não adoecer”, posicionam-se e assumem comportamentos que trazem mudanças nas práticas que são cristalizadas pela maioria hegemônica. Assim, criam espaços de diálogos e tensões, por se tornarem pessoas ativas, autônomas e que lutam por melhorias individuais e coletivas. Oexcerto explicita essa afirmativa:

[...] Aqui (no POP) qualquer coisa era suspensão e expulsão. Falava alto, era suspenso; comia sem pedir, era suspenso; puxava a faca, era suspenso. Foi preciso que a gente se organizasse, pedisse reunião com a coordenadora pra falar que aquilo tava errado. Precisava ter escrito qual punição ia dar a gente [...] Ah! Aqui tem que ter um regimento como tem nos outros lugares, não querem que a gente obedeça, se cuide, viva bem? Então, cada um tem que fazer a sua parte. Isso foi conquistado por todos os morador de rua (P12, mulher, parda, na rua há 2 anos).

Na zona de contraste, Quadro 5, destaca-se ainda o termo “coisa boa” que tem uma dimensão valorativa da saúde, com conexão com termos como “é tudo” e “viver bem”, ambos componentes do NC. As justificativas atribuídas pelas PSR para o termo “coisa-boa”, revelam a importância de ações como acordar, sentir, respirar, ter a sensação real de estar vivo, levando-os a atitudes de promoção da vida. Estudo realizado com profissionais e doentes que vivenciavam problemas oftalmológicos como a cegueira, sobre as representações de saúde, teve resultados semelhantes (SILVA, 2017).

As/os depoentes representam a saúde de modo bem positivo, ressaltando a relevância que a vida tem em uma dimensão que supera a condição de ter uma doença, muitas vezes irreversível. Tais representações, originadas no dia-a-dia das comunicações inter-grupais vão afetar de forma singular a tomada de decisão e as práticas sociais de acordo ao contexto em que as relações se estabelecem (MOSCOVICI, 2013). Jodelet (2001) salienta que as representações guiam as relações sociais e as ações, levando a interpretação da realidade com formulação de ideias e comportamento que vão então constituir o senso comum.

Na primeira periferia do Quadro 5, quadrante superior direito, encontram-se cinco elementos que apresentam alta frequência, mas que não foram evocados rapidamente pelas/os participantes, tendo com isso uma OME alta. Nesse quadrante destacam-se: “se alimentar” (F=49; R=3,571), em uma dimensão atitudinal, com maior frequência dentre todos os termos da estrutura da representação, porém com OME elevada, o que não permite a sua localização no NC; “dormir bem” (F=38; R=3,711) em uma dimensão atitudinal/comportamental; “ser feliz” (F=35; R=2,914), compondo a dimensão afetiva; “ter paz” (F=29; R=3,034), em uma dimensão de finalidade e “ter dinheiro no bolso” (F=27; R=3,741), em uma dimensão atitudinal/de finalidade. É possível observar que todos os elementos presentes nessa periferia possuem uma dimensão funcional, o que revela as questões práticas com relação ao objeto (SÁ, 2015). Os elementos “se alimentar”, “dormir bem” e “ter dinheiro no bolso” mostram uma estrutura que se relaciona com as práticas, o fazer das PSR.

O termo “se alimentar”, em uma construção cognitiva, expõe o quanto a alimentação é importante e necessária para quem vive nas ruas. Ter o alimento se desdobra em termos como “viver bem” presente no NC; “dormir bem” na primeira periferia, o que demonstra estilos de vida assumidos na rua para se ter saúde. Diante disso, destacam-se as expressões:

“Se me alimento, estou bem” (P 19, homem, branca, na rua há 2 anos).

“[...] Sem comida não vivo, não tenho sossego para fazer nada [...]” (P 20, homem, parda, na rua há 4 anos).

“Se a gente não tiver o alimento, não faz nada, não consegue fluir as coisa, não age, não pensa [...]”(P 22, homem, negra, na rua há 2 anos).

Estudo realizado com homens na Região Metropolitana de Belo Horizonte/MG/Brasil, constatou que a saúde para eles está representada em se

alimentar, e quando questionados sobre o que seria o cuidado com a saúde, 73% revelaram que seria o cuidado com a alimentação (NASCIMENTO; TRINDADE; GIANORDOLI-NASCIMENTO, 2011). Tais achados reforçam os dados dessa pesquisa e suscitam a importância da discussão intersetorial, com políticas de acesso ao emprego, renda e à alimentação gratuita de qualidade, como alternativas às pessoas que vivem nas ruas.

As PSR na maioria das vezes exercem atividades informais, sem rendimento fixo e seguro, o que impossibilita o acesso contínuo ao alimento. Essa condição gera incertezas, tensões e, conseqüentemente, comportamentos e tomada de posição na busca por soluções. Alimentar-se é essencial para a saúde, pois garante um estado de equilíbrio físico, mental, psicológico e, diante dessa constatação, as PSR consolidam suas práticas em condutas para acessar o alimento. Jodelet (2015) afirma que as RS sendo uma forma de saber, com objetivo prático de interpretar o mundo, orientam as condutas e as comunicações entre pessoas e grupos.

As formas como os grupos sociais se posicionam, permitem perceber a dinâmica de suas interações sociais e o que define as práticas sociais, conforme mostra os trechos a seguir:

“[...] Aprendi que aqui na realidade da rua, se não temos alimento o corpo ‘pifa’ e não vamos pra lugar nenhum” (P 30, homem, parda, na rua há 1 ano).

“Na rua faço meu corre, ganho meu dinheiro e compro o meu alimento pra tá vivo e com saúde no meio dos outro” (P 36, homem, negra, na rua há 2 anos).

“A senhora já viu alguém viver com fome? [...] Pra ter saúde é assim, se não me alimentar, vou morrer. Todo mundo aqui sabe disso” (P 37, homem, parda, na rua há 6 anos).

Os dados revelam que nas relações cotidianas vividas nas ruas, as PSR interagem e compartilham saberes que resultam em modos e expressões específicas de viver a vida. A saúde, sendo algo primordial para ser e existir faz com que as pessoas aprendam e apreendam conhecimentos necessários para a sua manutenção. Nessa perspectiva, Jodelet (2017, p. 29) assinala que “no lugar das relações “eu-ele” (relação sujeito-objeto) e “eu-você” (relação de sujeito a sujeito), advém, então um “nós” sujeito coletivo que, em grupo, partilha realidades concretas que lhes fornece uma visão social de mundo. Desse modo, a RS das PSR sobre saúde, permite a compreensão dos significados que orientam suas práticas sociais.

Alimentar-se era o principal objetivo de participação no Centro POP. A preocupação em estar bem alimentado para fazer o “correr”, conseguir o dinheiro e poder comprar o alimento quando estivessem longe da unidade, era sempre manifestada pelas pessoas atendidas. Muitas das mulheres e homens assinavam o livro de registro e, antes de qualquer coisa, procuravam se alimentar “repondo as energias”, como eles falavam²⁰. Era possível observar como a RS sobre saúde era materializada na estrutura mental das PSR e expressa em atitudes e comportamentos de busca pela saúde.

O elemento “dormir bem” (F=38; R=3,711), segundo mais evocado da primeira periferia, é uma necessidade humana básica e tem forte relação com “se alimentar” e “viver bem”, favorecendo a saúde e a QV. Ter uma boa noite de sono é sinalizado pelas PSR como importante e tem forte impacto em sua rotina de vida na rua, conforme os trechos:

“A pessoa que pode dormir a noite, ela está bem, quando a pessoa não dorme, não tem disposição, não se sente bem, se sente cansado, abatido e sem saúde [...]” (P 41, homem, parda, na rua há 1 anos).

“Se eu puder dormir tranquilo, com certeza vou ter uma saúde melhor do que a que tenho hoje [...] A pessoa com sono não produz nada, se sente fraco, cansado, é uma dificuldade” (P 47, homem, branca, na rua há 18 anos).

Estudo realizado na cidade de Boston, nos Estados Unidos, com moradores de rua, destacou que dormir na rua, ao ar livre é um dos fatores que reduzem a possibilidade de higiene, o que pode resultar em doenças de pele e outras infecções (LEIBLER et al., 2017). Os dados dessa pesquisa também coadunam com estudo realizado na cidade de Juiz de Fora, Minas Gerais, com usuários do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador, quando os resultados demonstraram que a representação de saúde está objetivada em práticas como poder dormir (CAETANO et al., 2012).

Apesar de todas as dificuldades enfrentadas, na rua há pessoas proativas, que se movimentam e que não encontram obstáculos para se cuidar e ter saúde. Observa-se na estrutura da representação das PSR desse estudo, que a saúde transcende o imaginário de se ter uma infraestrutura adequada. Expõe-se na rua uma condição de vida que revela situações de pobreza, dificuldades para o autocuidado, desemprego, uso de álcool e outras drogas, baixa condição sócio econômica. Mas há nessa interface, pessoas que (re)inventam a si e facultam que outros consigam a ressignificação e compreensão para

²⁰ Nota do diário de campo

fazer e se fazer existir na e pela rua. Nesse contexto as PSR que participaram dessa pesquisa buscam o (re)conhecimento enquanto seres humanos, de forma humanizada e que proporcione inclusão social, acolhimento e um cuidado em defesa de suas vidas.

A minha vida é o que tenho de melhor, por isso cuido da minha saúde sempre [...] Não importa a circunstância que você tá, o que importa é se olhar e ver que você é importante, mesmo sendo um morador de rua (P 2, mulher, parda, na rua há 3 anos).

Viver e se cuidar é o que eu quero. Pra mim ter saúde tenho que ter vida, pra ter vida, tenho que me cuidar [...] Quem me olha ver vida em mim e isso é bom. [...] As dificuldades, são muita, mas a minha saúde não tem preço (P 12, homem, parda, na rua há 2 anos).

[...] O que nós quer aqui na rua é que ninguém tenha pena nem medo de nós, quer que respeite e veja que aqui tem um ser humano e não um bicho. Nós precisa ir num posto, fazer um exame, cuidar da saúde, isso é um direito [...] (P 127, homem, negra, na rua há 7 anos).

Sendo asRS uma forma particular de conhecimento que proporciona elaborar comportamentos bem como a comunicação entre as pessoas (JODELET, 2001), o grupo social investigado ao representar a saúde exhibe comportamentos conectados aos seus valores, ideologias, bem como às suas contradições (DUARTE; ALVES-MAZZOTTI, 2001). Os dados destacam a relação que as PSR têm com o objeto representado, e com o mundo e expressam as práticas sociais adotadas, em estreita ligação com o outro, confirmando a afirmativa de Moscovici (2013) de que, os sistemas de representações se manifestam da interação entre pessoas e grupos sociais.

Observando diálogos entre as pessoas na varanda, uma mulher falava ao grupo: “[...] Eu me sinto ótima, tenho vida [...] saúde, vou reclamar de que? Vou querer mais o que? Olhe pra mim, não tenho doença de pele, não tenho AIDS, estou vestida, calçada, cabelo limpo, tomada banho, já comi. [...] Moro na rua há dois anos e mantenho o meu foco. Faço faxina, cuido de carros, tenho pra o meu sustento. Tá tudo bom? Claro que não, mas a vida que tenho é essa e vivo da melhor forma. Hoje já ajudei duas pessoas a tomar banho porque estavam fedidas. Falei: quer que tenham nojo de vocês? Que tenham medo? Eu não quero isso pra mim. Hoje quero ser fichada, ter carteira assinada [...] mas andar relenta, não ando de jeito nenhum. Aprendi no dia-a-dia, a saber, entrar e sair, cuidar das minhas coisas, ficar longe das ‘peda’²¹, da ‘cachaça’, que dão a gente na

²¹ Referência ao crack. Palavra muito utilizada pelos/as participantes

bandeja [...] E assim, vivo, assim cuido da minha saúde, consigo o que procuro e tenho paz [...]”²².

O trecho supracitado mostra que não há passividade nas ruas, mas existem pessoas que transpõem as regras de que não é possível e surge então a figura viva do usuário-fabricador (SOUZA et al., 2014), aquele que se movimenta e produz práticas que colaboram com a satisfação de suas necessidades. Reportando ao Quadro 5, quadrante superior direito, a saúde é representada como uma necessidade de estar bem psicologicamente, demonstrado nas expressões “ter paz” (F= 29; R= 3,034), terceiro mais evocado, e “ser feliz” (F= 35; R= 2,914). Os fragmentos a seguir exibem essa afirmativa:

“Saúde é você sorrir e ser feliz [...]” (P54, homem, branca, na rua há 4 anos).

“[...] Saúde é você ser feliz, estar bem disposto pra trabalhar, passear, namorar e sorrir pra vida [...]. Coisa boa é sorrir” (P 70, mulher, negra, na rua há 4 anos).

“Você se sentir bem, feliz, com vida e em paz, isso sim é saúde [...] porque aí, tudo vem junto” (P 76, homem, branca, na rua há 20 anos).

Tais achados coadunam com estudos que demonstram que a alegria, a felicidade, a paz são essenciais, e compõe o conceito do que é a saúde, em um aspecto psicossocial. A saúde engloba questões afetivas que ultrapassam as alterações fisiológicas, e essa representação sinaliza para uma construção discursiva, que coloca também as questões psicossociais como importantes para a manutenção da saúde (SHIMIZU et al., 2015; NASCIMENTO; TRINDADE; GIANORDOLI NASCIMENTO, 2011; OLIVEIRA; SÁ, 2001).

A expressão “ter dinheiro no bolso” (F= 27; R= 3,741) traduz a importância de poder exercer o trabalho na rua, e ter uma fonte de renda para suprir necessidades como ter o alimento, tomar banho, com movimentos que garantam a (sobre)vivência das PSR, o seu bem viver e a sua saúde. O trabalho está no centro das relações humanas e para Silva (2009) se constitui em uma ferramenta indispensável à existência humana, e a sociabilidade dos grupos sociais. Nos encontros com as PSR era enfatizada pelos mesmos a necessidade imediata e o desejo de conseguir um emprego, para ter uma renda. Vejamos os extratos:

²² Nota do diário de campo

“Hum, saúde é a pessoa ter dinheiro no bolso. Sem o trabalho eu não posso realizar os meus sonhos, que é ter uma casa, ter uma família e ser feliz. O governo precisa olhar pras pessoas que tãõ na rua porque a gente precisa de trabalho, ficar só olhando carro não me garante o que preciso [...]. Sem trabalho, até roubar a gente pensa” (P 15, homem, branca, na rua há 9 anos).

“[...] Saúde é essencial na minha vida [...] É ter meu dinheiro no bolso pra me sentir gente, trabalhando, ter um barraco, se alimentar e viver bem” (P 71, homem, negra, na rua há 2 anos).

“Saúde é eu ter dinheiro certo. Tô cansada de tá desempregada, fazendo bico, preciso de um trampo que eu receba meu salário todo mês pra poder me programar e até sair da rua. Sem dinheiro no bolso [...]” (P 122, homem, parda, na rua há 1 ano).

A maioria dos participantes (88,5%) referiu exercer atividade remunerada na rua, com destaque para atividades de reciclagem e guardador de carros (Flanelinha²³). Ainda que o desemprego tenha sido a primeira causa de vivência nas ruas, juntamente com os conflitos familiares, as PSR buscavam, cotidianamente, formas de subsistência. Na rua as/os participantes exercem atividades informais, sem garantias sociais e de direitos que a formalidade permite como carteira assinada, Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS), férias, décimo terceiro, dentre outros (SILVA, 2009).

O trabalho formal legitima a lógica de mercado e facilita condições como ter moradia, lazer, educação (AGUIAR; IRIART, 2012), mas é no aprendizado da rua, nas trocas que se estabelecem nas relações sociais, no ouvir e no falar, que as pessoas ancoram a saúde na figura do ter dinheiro. Assim, elas desenvolvem habilidades e estratégias outras que possibilitam garantir o trabalho, ter uma renda e, conseqüentemente, a saúde almejada. Dentre as iniciativas utilizadas, pode-se destacar a produção de artesanato com materiais recicláveis; a produção de jornais, como o Aurora da rua em Salvador, BA, o jornal Boca de Rua, em Porto Alegre, RS, que são vendidos exclusivamente por pessoas que vivem ou já viveram nas ruas.

A produção dos jornais tem a participação das PSR com suas histórias de vida, bem como, com a elaboração dos conteúdos que os compõem. Essas ações geram fonte de renda, e possibilitam a (re)inserção social de pessoas que, muitas vezes, têm seus direitos negligenciados por políticas que não as alcança, e são hostilizadas em virtude de preconceitos. O trabalho é uma forma de se manterem vivos e ativos na sociedade, pois algo que as deixam entristecidas e desapontadas com a sociedade, é o fato de serem

²³ Termo muito utilizado pelas/os participantes

chamadas de preguiçosas e “vagabundas”. As falas que se seguem expressam essa afirmativa:

“Trabalho traz honra e respeito, quem não trabalha é tida como desocupada e vagabunda” (P 77, homem, negra, na rua há 3 anos).

“Se eu trabalho não sou mal visto” (P 20, homem, parda, na rua há 4 anos).

“O trabalho traz dignidade” (P 71, homem, negra, na rua há 2 anos).

O trabalho, para o grupo investigado, traz a certeza da independência, respeito e autonomia para que não fiquem submetidos e dependentes de instituições sociais, religiosas e da ajuda da sociedade.

Na segunda periferia - quadrante inferior direito - encontram-se os termos: “estar limpo sem drogas” (F= 23; R= 3,522), “ir ao médico” (F=20; R= 3,450), “aliviar a mente” (F= 17; R= 3,824), “cuidar de si” (F=17; R= 3,529), “não beber” (F= 12; R= 2,917) e “fazer exercícios” (F= 12; R= 3,250), os quais apresentaram baixa frequência, e foram evocados mais tardiamente. Segundo Sá (2015) e Abric (2003), os termos que compõem esse quadrante dão sustentação NC, caracterizam a estrutura das RS e designam posições e comportamentos dos sujeitos frente ao objeto representado, com as práticas cotidianas construídas nas relações sociais.

Diante de tais considerações, pode-se afirmar que o grupo investigado objetiva a saúde em termos que indicam comportamentos de caráter normativo, amplamente divulgados pela mídia e pelos serviços de saúde, embora o que os termos sinalizam nem sempre são práticas das PSR. Exemplos dessa contradição dizem respeito aos termos “não beber” e “ficar limpo sem drogas”, uma vez que 73,8% das pessoas participantes revelaram que faziam uso de alguma SPA na rua, com destaque para o álcool, maconha e crack. A expressão “não beber” possibilita à PSR se alimentar, tomar banho, dormir, trabalhar, se prevenir e com isso, ter saúde. Este termo está agrupado separadamente, pois na representação do grupo investigado, beber e usar drogas são situações diferentes.

De modo geral, o envolvimento com tais substâncias se constituía tanto em estratégia de enfrentamento para sobrevivência na rua, quanto um motivo para o início da vida em situação de rua. Tais achados se assemelham aos de outros estudos (BISCOTTO et al., 2016; ROSA; BRÊTAS, 2015; KHANDOR; MASON, 2007). Os fragmentos a seguir revelam essa realidade:

“[...] Se eu não usasse droga hoje eu taria em minha casa, com minha família” (P 38, homem, negra, na rua há 3 anos e meio).

“Comecei a usar droga pra conseguir viver na rua [...]. Hoje a droga queima a minha mente” (P 56, homem, branca, na rua há 4 anos).

Há nesse cenário, ambiguidade de sentimentos e práticas de um grupo que constitui novas identidades, modos de (sobre)viver e se relacionar com o eu/outro, em seus territórios (ALVAREZ; ALVARENGA; RINA, 2009). Os trechos exemplificam essa afirmativa:

“Preciso evitar a droga pra ter saúde” (P 7 homem, negra, na rua há 8 anos).

“Se você tá sem usar porcaria, você tá de boa e tem saúde” (P 46, homem, branca, na rua há 2 anos).

“ Usando a droga me sinto melhor, me sinto com saúde” (P 99, homem, negra, na rua há 3 anos).

“A droga me salvou [...] com ela fiz amigos [...] hoje tento largar a droga e não consigo, ela me domina” (P 86, mulher, negra, na rua há 3 anos).

Rouquette (1998) demonstra que as representações são condição das práticas e as práticas, agente de transformação das representações. O termo “ir ao médico” (F=20; R=3,450) revela a influência do modelo biomédico para garantia e manutenção da saúde, conforme mostram os trechos a seguir:

[...] Preciso ir no médico porque tenho orientação certa, tô me precavendo, tomo as vitamina e os remédios certo [...] (P 35, homem, negra, na rua há 2 anos).

“O médico é quem vai descobrir as doença que eu tenho, tratar [...], pedir os exame e me ajudar a ter mais saúde” (P 64, homem, parda, na rua há 1 ano).

“Na rua tem de evitar doença, por isso vou no médico’ [...] (P 79, homem, parda, na rua há 18 anos).

O acesso aos serviços de saúde e, especialmente, ao médico, constitui um desafio para as PSR. Pesquisas desenvolvidas com PSR mostraram que, cotidianamente, as mesmas enfrentam dificuldades para o atendimento nos mais diversos serviços de atenção à saúde (BORYSOW; CONILL; FURTADO, 2017; HALLAIS; BARROS, 2015; FIORATI et al., 2014). Os recortes a seguir explanam sobre o entendimento que o grupo social tem dos seus direitos quanto às dificuldades para atendimento:

Sei dos meus direito. A pessoa tem nojo do morador de rua, diz que nós não tem documento e quer mandar a gente embora dos posto de saúde [...] eu não saio porque tenho direito a minha saúde e tenho que fazer minha prevenção (P5, homem, negra, na rua há 1 ano).

As pessoas que trabalha nos postos, hospital precisam de treinamento porque se chega uma moradora de rua, acha logo que tem que expulsar, não sabem que nós temos direito a saúde e outras coisas mais [...] (P 13, mulher, negra, na rua há 2 anos).

Na cidade de Salvador, Bahia, estudo realizado com PSR evidenciou que os participantes tinham dificuldade de acesso aos serviços de saúde, sobretudo, devido a preconceito e discriminação. Isso resultava em não utilização dos equipamentos de saúde, violação dos direitos e aumento dos riscos de agravos à saúde (AGUIAR; IRIART, 2012).

De acordo com dados da caracterização, 82,0% das pessoas investigadas relataram procurar os serviços de saúde no seu dia-a-dia, sendo que, 43,0%, buscavam as emergências. Isso se dava, segundo as/os interlocutoras/es, pelas dificuldades que tinham em acessar serviços como a ESF, ou por apresentarem sintomas que já não tinham como serem resolvidos nas ruas, como dores intensas, conforme as falas que seguem:

“Cuido da minha saúde no hospital porque lá eu posso ser atendido e resolver as minhas dores, que não são poucas” (P 55, homem, negra, na rua há 1 ano e meio).

“Se a doença te pegar na rua [...] complica, porque pra ser atendido no posto não é fácil, tem de ir logo pro hospital” (P 74, homem, branca, na rua há 17 anos).

“[...] Só vou no médico quando não tem mais jeito [...] morador de rua não tem direito a saúde não moça, tem direito mais é a morte” (P 115, homem, parda, na rua há 3 anos).

Tais achados se assemelham aos de pesquisa realizada com PSR da cidade de Salvador, BA, quando as participantes afirmaram ter os hospitais como porta de entrada para a resolução de problemas relacionados com a saúde (SILVA et al., 2018). Nessa perspectiva, a Política Nacional para a Inclusão Social da População em Situação de Rua, instituída em 2008, como resultado de lutas de movimentos sociais e sociedade, reforça em seus princípios, o da igualdade e da equidade, com respeito à dignidade da pessoa humana. Em seus objetivos, destacam-se: Assegurar o acesso amplo, simplificado e seguro aos serviços e programas que integram as políticas públicas de

saúde; criar meios de articulação entre o SUAS e o SUS, para qualificar a oferta de serviços (BRASIL, 2009). Apesar da instituição das políticas públicas, a realidade das PSR exibe cenário de falta de acolhimento, e entraves que vão de encontro aos princípios da integralidade e universalidade da atenção.

Essa realidade pode potencializar as situações de vulnerabilidades, riscos, danos e agravos à saúde, seja física, mental ou emocional para as PSR. Viver em situação de rua, muitas vezes, dificulta a (sobre)vivência em condições adequadas, haja vista as circunstâncias desfavoráveis que se impõem. Quem vive nas ruas, fica exposta a variações das condições climáticas (há exposição ao frio, chuva, sol em excesso); ausência de estrutura, como banheiros públicos para suprir as necessidades fisiológicas; falta de local adequado para dormir; não acesso ao alimento e água em quantidade e qualidade adequadas; exposição a medos e estresse, doenças, dentre outras (SERAFINO; LUZ, 2015; SILVA; FRAZÃO; LINHARES, 2014; ARISTIDES; LIMA, 2009).

Diante da dificuldade de acesso aos serviços de saúde, as PSR buscam formas para atendimento as suas demandas de saúde que, algumas vezes, os expõem a situações de vulnerabilidades. Durante as observações, no período de produção de dados, um homem apresentou uma lesão em seu pé, com presença de dor, edema e hiperemia. Ele se queixava da situação, da falta de atendimento e dificuldades estruturais na rede de atenção à saúde para atendê-lo. Um dia chegou ao centro POP com um curativo e, quando questionado, como conseguiu o atendimento, olhou-me profundamente, com seriedade e indignação e disse; “Se o Estado de direito, responsável pelos seus cidadãos, não cuida de mim, o ‘estado paralelo’ cuida. O ‘traficante’ fez o meu curativo, me deu material e estou melhor. Somos povo esquecido, e pra trabalhar e ficar bem, eu mesmo preciso correr atrás”^{24,25}.

Outra condição bastante recorrente era ouvir mulheres e homens dizendo que não iam ao médico porque tinham dificuldade em adquirir os medicamentos receitados. Em uma consulta individual ouço o seguinte relato: “A senhora quer que eu vá no posto de saúde?. Tá bom, eu vou, mas a senhora vai comprar o remédio que o médico receitar?”

²⁴ Nota do diário de campo

²⁵ Ao adentrar um supermercado da cidade, encontrei com esse informante e conversamos por um longo período. Foi muito emocionante o nosso reencontro, pois ele se mostrava bastante feliz e satisfeito. Ele me informou que a sua felicidade estava ancorada no fato de ter conseguido se inserir no mercado de trabalho formal. Estava trabalhando naquele estabelecimento. Essas experiências têm gerado transformações e aprendizados marcantes em minha vida.

Pois é, eu não tenho dinheiro, e essas farmácias dos postos daqui nunca tem remédio. Que adianta dizer que foi no posto, se o tratamento não tem como ser feito?²⁶.

Essas situações denunciam o ‘abandono’ das pessoas pelo Estado e mostraram urgência em se buscar estratégias para o atendimento à problemática social que se apresenta cotidianamente em todo o país. É preciso a realização de uma análise histórica, para a compreensão de como essa população se constitui, as suas formas de sobrevivência, as relações com emprego e renda, com diálogo pautado na soberania e dignidade humanas. O acesso aos serviços sejam eles de qualquer complexidade, não pode estar atrelado à mediação de programas específicos, instituições socioassistenciais ou profissionais, pois assim o princípio do acesso universal passa a ser negligenciado, e impacta nas condições de saúde da população.

Quando é abordada a questão do acesso, seja aos serviços de baixa complexidade, seja aos de alta complexidade, não é possível considerar apenas as questões geográficas e econômicas, mas, também, as de ordem organizacional e sociocultural (HORTALE; CONILL; PEDROZA, 1999). Com isso, é fundamental o fortalecimento da atenção básica, com equipes organizadas e capacitadas para o atendimento às PSR; encaminhamentos adequados às emergências; fortalecimento das relações entre essas pessoas, profissionais e os serviços, comprometendo-se com cada usuária/o; superar as ações individuais e potencializar as ações/decisões coletivas; superar os tensionamentos e fortalecer a rede de serviços em que o cuidado às PSR seja a imagem-objetivo.

Nessa conjuntura, é necessário que haja maior envolvimento da gestão, com diálogos mais próximos das realidades locais, com sensibilizações para a busca de estratégias plausíveis para o planejamento e aperfeiçoamento de ações concretas nos territórios de atenção. Uma das estratégias existente há mais de uma década, é a Política Nacional de Humanização (PNH) como forma de fortalecer e efetivar os princípios do SUS (BRASIL, 2004). Tais estratégias vêm contribuir com melhoria na qualidade do cuidado às PSR, com atendimento humanizado, acolhimento e resolubilidade. Nesse sentido, humanizar o cuidado diz respeito aos princípios e estratégias utilizadas por profissionais na relação com a/o usuária/o (AYRES, 2006).

O termo “aliviar a mente” (F= 17; R= 3,824) tem uma conotação de finalidade e conexão com o termo “cuidar de si” (F= 17; R=3,529) ambos em uma dimensão

²⁶ Nota do diário de campo

intersubjetiva; e “fazer exercícios” (F=12; R= 3,250) em uma dimensão atitudinal/comportamental. Todos os termos têm consonância e reforçam os elementos do NC. Para o grupo social, saúde é a possibilidade de poder, diante das circunstâncias vividas na rua, aliviar a mente com uma conversa, leitura, atividades manuais, ou bebendo uma cerveja com os amigos no final de semana.

Importante ainda o cuidado consigo mesmo, em uma dimensão que ultrapassa a possibilidade de não ter doença. Observemos os segmentos:

“Preciso cuidar de mim, cuidar da minha pele, ir no posto de saúde se precisar. Me arrumo, não uso drogas, não bebo [...] tenho saúde (P 33, homem, negra, na rua há 2 anos).

“Depois de um dia de batalha o que eu mais quero é acalmar e aliviar minha mente, conversar, tomar uma, joga uma bola, caminhar, riss [...] (P 27, mulher, parda, na rua há 3 anos).

A expressão aliviar a mente tem uma relação com a possibilidade de ter lazer, o que resulta em bem estar e satisfação. Esses dados se assemelham a resultados de pesquisa com moradores de rua de Criciúma SC, que relataram o lazer como importante para a QV, independente de estarem nas ruas ou não. As PSR revelaram realizar diversas práticas de lazer, como caminhadas, leituras, pinturas e bate papo com os amigos (ROCHA; EUZÉBIO, 2013).

Nesse contexto, para as/os participantes, o fato de caminhar bastante nas ruas em busca de emprego, ‘fazendo corre’, na busca pelo alimento, pela dormida, já representava uma atividade física. Na percepção delas/es, seus corpos eram fortes e saudáveis, porque não eram sedentários e se movimentavam. Por esse ângulo, as representações “orientam as ações e as relações sociais” (ABRIC, 2000, p.28).

Para quem está nas ruas, ter uma rotina nem sempre é possível. O imprevisto e inesperado fazem parte do seu cotidiano, e é preciso saber lidar com as situações. Ter o alimento, o local para dormir, o esporte, o lazer, a moradia, são condições que requerem estratégias. Nessa lógica, a expressão “fazer exercícios”, como algo que remete à representação de saúde, demonstra como essas pessoas constroem de modo particular a sua realidade social (JOVCHELOVITCH, 2013).

Os dados desse estudo evidenciaram que, para viver nas ruas e ter saúde, a atividade física é fundamental, como marcador para a vida saudável. Estudo publicado em 2012 (LEE et al, 2012) revelou que, em todo o mundo, há fortes evidências que relacionam a falta de atividade física ao aumento de agravos a saúde, com destaque às

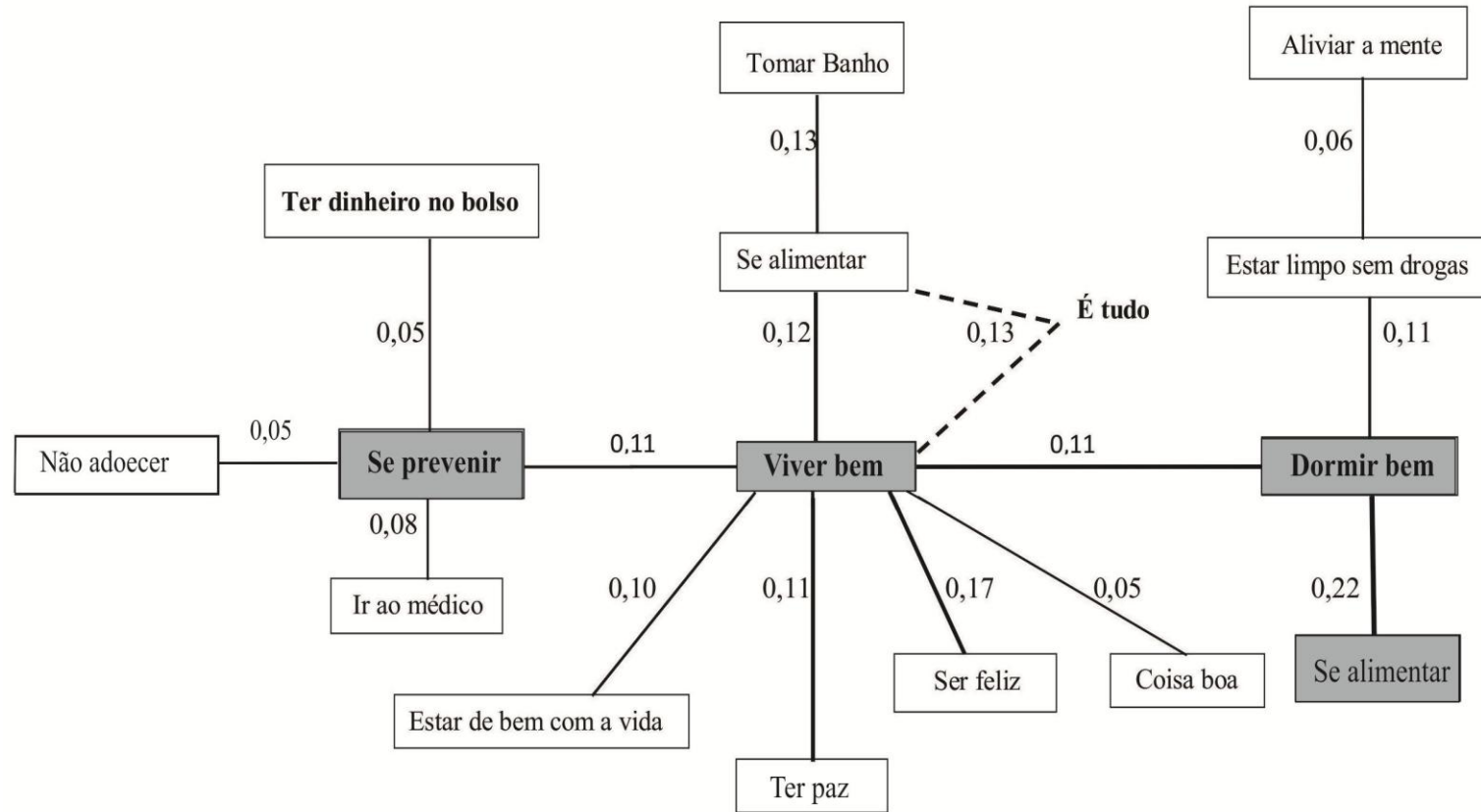
Doenças Crônicas Não Transmissíveis, como diabetes tipo II, doenças coronarianas, câncer de mama e de cólon, com redução da expectativa de vida.

O comportamento que se baseia na adoção de medidas para a promoção da saúde, e uma vida saudável, tem a atividade física como necessária para todas as pessoas. Para as PSR que estão expostas a condições desfavoráveis de sobrevivência, a inatividade física pode se configurar em mais um agravamento à sua saúde. Esse termo está na periferia distante do NC, talvez pela falta de acesso regular às informações veiculadas pela mídia. Isso porque a mídia reforça que para ter uma vida saudável, é fundamental se atentar para o estilo de vida, com prática regular de atividades físicas, como forma de prevenção (SILVA et al., 2014).

Com o objetivo de analisar, como os elementos da representação ao estímulo indutor “saúde” se organizam, e para confirmar alguns aspectos dessa representação, foi utilizada a análise de similitude (Figura 7). A análise de similitude proposta por Flament em 1986 (SÁ, 2002), está ancorada na teoria dos grafos, que identifica as co-ocorrências, com base na análise frequencial entre os termos evocados, e seu resultado indica a conectividade entre os mesmos (GOMES et al., 2017; CAMARGO; JUSTO, 2013; PEREIRA, 2005). Com essa técnica, é possível identificar o quantitativo de conexões que cada elemento estabelece entre si (SÁ, 2002). Esse tipo de análise mostra a sua utilidade, pois coloca em evidência a estrutura geral das representações (ROUQUETTE; RATEAU, 1998).

Para proceder ao cálculo do número de co-ocorrências entre duas evocações, realiza-se a divisão pelo número total de participantes, simultaneamente. O resultado deste cálculo é o índice de similitude (GOMES et al., 2017; PECORA, 2008). Para o termo indutor “saúde”, das 122 participantes, 93 evocaram simultaneamente duas ou mais palavras que compõem o Quadro 5. A Figura 7 refere-se a árvore máxima de similitude produzida com os dados do estímulo indutor “saúde”, para todas as PSR que participaram do estudo. As palavras que se encontram em destaque, com traços de ligação em negrito e maior espessura, denotam maior centralidade e importância no que se refere às conexões entre os termos.

Figura 7- Árvore máxima de similitude das evocações das pessoas em situação de rua ao termo indutor Saúde. Ilhéus, Bahia, Brasil, 2018 (n=122)



FONTE: Dados da Pesquisa, 2018.

A árvore máxima evidencia a presença de três eixos temáticos que em associação, e conexão, estruturam e oferecem sentido à RS de “saúde”, a saber: “viver bem”, que remonta a qualidade de vida; “dormir bem” que associa questões relativas às necessidades humanas básicas e de saúde, em conexão com a qualidade de vida e “se prevenir”, em uma dimensão de prevenção e restauração da saúde. Esses achados remetem a um conceito de saúde que engloba atitudes, comportamentos e cognições que se complementam e se atravessam, nas interações e no pensamento social do grupo. Os extratos a seguir permitem essa visualização:

“Saúde é viver bem englobando tudo entendeu? [...] é ter disposição pro trabalho, pra se divertir, passear, ter amigos e assim você se sentir bem, sem usar drogas, viver melhor. [...] Saúde é tudo, é esporte, é dormir, correr, comer, usar camisinha, ir no médico, fazer exames. Saúde é vida (P 69, homem, parda, na rua há 16 anos).

“A saúde é o maior bem que a pessoa pode ter e por isso eu cuido dela. [...] Saúde é força, coragem, é viver bem, dormir, sorrir e se prevenir. Saúde é poder trabalhar e conseguir o alimento [...]. Saúde é você se proteger da violência, tomar banho, se alimentar, namorar, beijar na boca e ser feliz” (P 99, homem, negra, na rua há 10 anos).

As PSR são expostas a condições precárias de (sobre)vivência, sem acesso a bens e serviços aos quais têm direito. A questão da falta de moradia, do emprego e renda, do acesso à saúde e à educação, alimentação de qualidade, consumo de água tratada, lazer, são realidades que contribuem, de forma significativa, para potencializar situações de vulnerabilidades (BRASIL, 2014; ALMEIDA, 2011; ESCOREL, 2006; VARANDA; ADORNO, 2004). Apesar dessa realidade, fica evidente o conceito ampliado de saúde que circula nesse grupo social. Nesse sentido, Perlman (2004) chama a atenção, para uma análise mais aprofundada dos temas relacionados à exclusão de grupos e/ou pessoas, já que esta ultrapassa as condições econômicas e do desemprego, ampliando-se para uma questão de direitos e oportunidades de cidadania.

Nesse âmbito, e analisando a estrutura da representação de saúde, compartilhada pelo grupo investigado, é possível perceber que há saberes em transformação, proveniente de sujeitos ativos e inovadores. Nessa conjuntura, Guareschi e Roso (2014) nos instigam a pensar sobre o potencial de transformação, inovação e emancipação das RS. Há no grupo de PSR uma representação que os impulsiona a práticas e comportamentos, que se desdobram em novos modos de viver na rua. Embora circule, nos diversos grupos sociais, a representação de que saúde é ausência de doença, a visão

trazida pelo grupo investigado gera movimentos que perturbam a ordem das coisas, os diferencia e mostra resistência. Isso foi chamado por Arruda (2009) de “potência do cotidiano”.

A figura 7 mostra que a cognição “viver bem” tem relevante valor simbólico e organiza a estrutura da representação já que faz conexões com oito termos e foi apontado como central no Quadro 5. As conexões se estabelecem com os termos: “se prevenir” (0,11); “é tudo” (0,13); “tomar banho”, “estar de bem coma vida” (0,10), presentes no núcleo central; e “se alimentar” (0,12), “dormir bem” (0,11), “ter paz” (0,11), “ser feliz” (0,17); presentes na primeira periferia; “coisa boa” e “cuidar de si”. O termo “viver bem” manteve maior índice de similitude com ser feliz.

Este termo, por ter forte evidência de que é central, tem muitas ligações e tem notável aproximação com o objeto da representação (SÁ, 2002; MOLINER, 1994). O trecho abaixo evidencia essa afirmativa:

A saúde é tudo pra mim. Não me considero um morador de rua porque só tenho 3 anos nessa situação. [...]. Nessa passagem que vivo hoje, saúde é viver bem, saber com quem anda, tá de barriga cheia, tomado banho, ver a saúde como um bem estar, um bem viver, e não como muitos pensam ai [...] Se não tá doente, tem saúde. Saúde vai além [...] (P 111, homem, negra, na rua há 2 anos).

Dessa forma, “saúde” é representada como algo que remete a ter uma boa condição de vida, no que tange a se sentir bem, ter boas relações, sentir-se satisfeito e em equilíbrio física, mental e emocionalmente. O segundo léxico com mais conexões foi “dormir bem”, que se encontra na primeira periferia do Quadro 5. Tais achados podem revelar que este termo pertença ao NC pelo número de conexões constituídas com outros elementos, porém, sendo necessários outros testes de centralidade (SÁ, 2015; 2002). Esse termo fez conexões com cinco elementos e os maiores índices de similitude foram com “se alimentar” (0,22); “viver bem” (0,11) e “estar limpo sem drogas” (0,11).

Os termos “se prevenir”, “viver bem” e “dormir bem” possuem conexões significativas e sustentam a relação entre os eixos temáticos, denotando que o pensamento social do grupo sobre saúde, ancora-se na promoção e prevenção da saúde. Cumpre destacar que, durante a produção dos dados, não parecia haver um saber que diferenciasse os termos promoção e prevenção, sendo possível inferir que os mesmos eram utilizados como sinônimos.

De acordo com o documento estabelecido na Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Ottawa, no Canadá, em 1986, foi definido que promoção da saúde é o “processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo maior participação no controle desse processo” (BRASIL, 2001). Foi afirmado que a saúde é um conceito positivo, com ênfase aos recursos sociais, pessoais e as capacidades físicas. Promover saúde extrapola o setor saúde, uma vez que está além de um estilo de vida saudável, compreende um bem-estar global. Ficou definido como recursos imprescindíveis para ter saúde: paz, renda, habitação, educação, alimentação adequada, ambiente saudável, recursos sustentáveis, equidade e justiça social, englobando as situações complexas que envolvem alguns desses conceitos (BRASIL, 2001).

A prevenção é a “intervenção comportamental, biológica ou social, destinada a reduzir riscos, tanto para indivíduos, como para população” (VANDENBOS, 2010, p. 728). Nesse âmbito, quando se pensa em ações preventivas, pensa-se em atuar de forma a reduzir a ocorrência de doenças, sendo a prevenção orientada com vistas à detecção, controle e enfraquecimento de fatores de risco de enfermidades (BUSS, 2003). Diante disso, conceituar promoção e prevenção, requer um maior entendimento e, muitas vezes, os grupos terminam por utilizá-los como sinônimos.

A definição dos conceitos de prevenção e promoção, sob o olhar das PSR, pode ter o mesmo sentido, apesar do grupo compreender exatamente o que se configura como saúde e o que fazer para mantê-la na rua, no que se refere a promoção e prevenção. Quando as PSR sinalizam que “saúde” é viver bem, com todas as conexões que estabelece, evidenciado na figura 7, está claro que a promoção e a prevenção da saúde perpassam por essa rede de significados. É possível verificar que há uma conotação positiva relacionada ao termo indutor “saúde”. Vejamos os excertos:

“Saúde é viver bem, é ter qualidade de vida, é bem-estar” (P 13, mulher, negra, na rua há 2 anos).

“Saúde é poder trabalhar, se sentir de bem com a vida, andar, comer e ser feliz estando em paz” (P 115, homem, parda, na rua há 3 anos).

A cognição “não-adoecer”, presente na zona de contraste, e em conexão com “se prevenir” e “ir ao médico”, parece sinalizar para um subgrupo que, além de ancorar a saúde em medidas relacionada à QV, necessidades de saúde, pode indicar associação de saúde com a doença. Os trechos a seguir exemplificam essa condição:

“Sem doença, você tem saúde” (P 89, homem, parda, na rua há 4 anos).

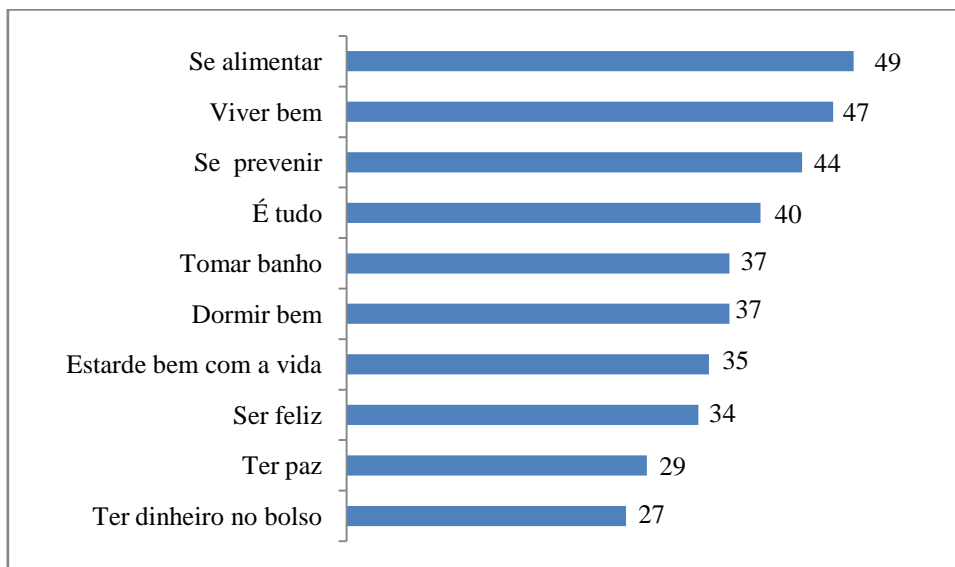
“Com saúde eu sei que não tenho doença” (P 3, homem, parda, na rua há 3 anos).

A estrutura das RS sobre saúde, com base nas conexões estabelecidas, é tudo e está ancorada em viver bem, tendo a possibilidade de ter um local para dormir bem, podendo estar de bem com a vida, e encontrar estratégias para ter paz e ser feliz. A felicidade, como um sentimento bastante subjetivo e singular, expressa que as PSR buscam o alimento, ter dinheiro no bolso, tomar banho, ir ao médico e aliviar a mente para não adoecer, já que saúde é uma coisa boa. Nesse sentido, a saúde perpassa pela questão de se manter limpo sem drogas e sem bebida, revelando nesse sentido, a importância do cuidado de si. As PSR procuram alternativas para aliviar a mente, por meio de realização de exercícios, conversas com amigos e tentando se manter distante do álcool e de outras drogas.

A análise da estrutura das RS das PSR sobre saúde expõe a adoção de práticas que advém da relação sujeito/objeto. Nota-se que, ao representarem o objeto, o grupo o torna familiar e o inscreve em seu sistema de valores, tomando posição frente ao mesmo (SÁ, 2015; MOSCOVICI, 2012). A saúde é alicerçada em ações de promoção e prevenção e, tanto no quadro de quatro casas, quanto na árvore máxima de similitude, a expressão “ir ao médico” está distante dos possíveis elementos centrais, possuindo poucas conexões com outros elementos.

Isso é muito revelador para esse grupo social uma vez que, a noção de saúde se amplia para além de medidas curativistas, tecnicistas e pautadas pelo saber/fazer técnico científico. A saúde, como bem maior dos seres humanos, inscreve-se no contexto das relações das PSR, como um alvo que para ser alcançado, necessita de ações intersetoriais, éticas, humanistas, políticas e sociais. No intuito de complementar as etapas da análise, foi elaborado o diagrama em barras (Figura 8), como resposta ao estímulo indutor “saúde”. Esse diagrama exhibe os termos considerados mais importantes, por ordem decrescente de frequência, com base nas evocações justificadas pelas/os participantes (BARDIN, 2011).

Figura 8 - Diagrama em barras das 10 - entre as 122 - evocações justificadas como mais importantes pelas Pessoas em Situação de Rua de Ilhéus, Bahia, Brasil, sobre “saúde”. Ilhéus, 2018.



FONTE: Dados da pesquisa, 2018

A estrutura da RS sobre saúde foi representada por “se alimentar”, com 49 evocações; “viver bem” com 47; “se prevenir” com 44; “é tudo”, sendo evocada mais prontamente, com 40; “tomar banho”, com 37 e “dormir bem”, evocada 37 vezes. Das 122 evocações justificadas para o termo indutor “saúde”, o termo “se alimentar”, que teve a maior frequência dentre todos os termos do Quadro 5 e preencheu a primeira periferia, é revelado como destaque, quando o tema é saúde. Na árvore máxima, Figura 7, “se alimentar” estabeleceu quatro conexões. O alimento é essencial para a sobrevivência, e o acesso ao mesmo garante a satisfação das necessidades da pessoa humana, com conseqüente possibilidade de vida e de saúde.

O segundo lugar ocupado na Figura 8 é o termo “viver bem”, que já demonstrou sua possível centralidade. Os elementos “se prevenir” e “é tudo” aparecem logo em seguida, e englobam o caráter de promoção e prevenção, já ressaltadas como práticas necessárias para ter saúde. As cognições “tomar banho” e “dormir bem” apresentam frequências semelhantes, o que denota que saúde perpassa por questões relacionadas à satisfação das necessidades humanas. A distribuição dos termos reforça que a saúde, sendo imprescindível para (sobre)vivência nas ruas, está ancorada em dimensões que alcançam a subjetividade e singularidade de um grupo social, que se empenha com ações de promoção da vida. Elementos como “estar de bem com a vida”, “ser feliz” e

“ter paz”, trazem ao centro das discussões e reflexões, uma representação de saúde que ultrapassa a noção de ausência de doença, e demonstra especificidades do grupo de PSR investigado.

Ainda que a rua seja representada como um lugar de dificuldades, lutas, violências, medos, para esse grupo de pessoas, o conhecimento elaborado e compartilhado permite ancorar saúde em elementos permeados por uma positividade singular. Importante a compreensão de que o (des)conhecimento sobre o que pensa e o que fala as PSR pode contribuir e potencializar a (in)visibilidades desse grupo, como sujeito social que se constitui para ensinar/aprender sobre o que é a saúde para quem vive nas ruas.

O senso comum de pessoas que possuem uma inscrição social e um conhecimento histórico-social, liberta as PSR tornando-as protagonistas do seu cuidado. Apesar da certeza de que a população em situação de rua investigada detém um saber que amplia o seu olhar sobre a saúde, e conduz as suas práticas, é importante que o conhecimento científico e o senso comum dialoguem, para proporcionar melhores condições de vida a esse grupo. Nesse entendimento, Santos (1989, p. 40) pontua que "forçoso é admitir que caminhamos para uma nova relação entre a ciência e o senso comum, uma relação em que, qualquer deles é feito do outro e ambos fazem algo de novo".

Apreender as RS dessas pessoas sobre saúde foi relevante para uma melhor compreensão sobre o pensar/falar/sentir/agir de um grupo social que, cotidianamente, (re)inventa-se. As experiências compartilhadas ensinam que, tornar-se sujeito/ator de um processo, é fundamental para potencializar a capacidade de renovação e inovação das minorias.

5.3 “O MEU PENSAMENTO ESTÁ LIGADO A MINHA AÇÃO, A MINHA AÇÃO VEM DO MEU PENSAMENTO”: REPRESENTAÇÕES E PRÁTICAS SOCIAIS DE PSR SOBRE O CUIDADO DE SI

Há aqueles que lutam um dia; e por isso são muito bons; Há aqueles que lutam muitos dias; e por isso são muito bons; Há aqueles que lutam anos; e são melhores ainda; Porém há aqueles que lutam toda a vida; esses são os imprescindíveis.

Bertolt Brecht

As PSR estão susceptíveis a condições de vulnerabilidades uma vez que, estar e viver nas ruas, já se configura como um elemento que torna esse grupo vulnerabilizado. Na concepção de Ayres et al. (2003, p.123), vulnerabilidade é um “conjunto de aspectos individuais e coletivos, relacionados ao grau e modo de exposição a uma dada situação e, de modo indissociável, ao maior ou menor acesso a recursos adequados para se proteger das consequências indesejáveis daquela situação”.

O conhecimento social compartilhado no grupo de PSR pode refletir na forma como cada um se cuida na rua, considerando a individualidade, as crenças, os valores, as normas estabelecidas, as atitudes. As PSR integram uma sociedade que é complexa e contraditória, e de acordo com a subjetividade de cada pessoa vai definir e sistematizar, em seu cotidiano, as suas práticas sociais. As condutas das PSR para se cuidar, podem revelar singularidades no que tange aos modos como esses atores sociais se relacionam com a rua e com o outro e quais medidas adotam para se sentirem/perceberem cuidados.

Apesar das PSR pertencerem ao mesmo grupo social e compartilharem conhecimentos de forma coletiva, os comportamentos e as formas de lidar com esse conhecimento nos diversos grupos sociais divergem, seja pelas experiências vividas, pela posição que ocupam no grupo ou pelas condições ambientais (CAMARGO; BOUSFIELD, 2014).

Para Moscovici (2012) as representações são produtos da interação e comunicação do sujeito com o mundo, configurando-se a partir do equilíbrio desses processos de influência social. Diante disso, o ser humano como ator social e político possui formas diversas de ser/estar no mundo (DELBONI; AREOSA; REMOALDO; OLIVEIRA, 2017). Isso pode resultar em um olhar ressignificado por parte dos profissionais bem como a elaboração de políticas públicas mais alinhadas às necessidades e prioridades do grupo, com foco em sua qualidade de vida e de saúde.

O cenário supracitado revela um retrato cada vez mais comum nas ruas do Brasil e do mundo sendo, portanto importante compreender a forma como as PSR se cuidam nas ruas, de modo a buscar estratégias para minimizar ou reduzir os riscos e as situações de vulnerabilidades. O estudo das práticas sociais das PSR em relação com as suas RS permitiu a compreensão de questões culturais, normativas, de valores imbricadas nessa relação. Esse estudo revelou práticas de cuidado particulares e que se relacionam com a visão de mundo que cada pessoa tem, e o modo como o compartilhamento de conhecimentos se molda aos saberes já estabelecidos individualmente.

Rouquette (2000, p.39) elucida que “se as representações se modificam, as práticas também se transformam, e reciprocamente”. No que tange a essa reciprocidade, para Rouquette (2000, p. 43), “convém tomar as representações como uma condição das práticas, e as práticas como um agente de transformação das representações”. Diante disso, este autor vai dizer que uma prática encerra ao menos dois aspectos: a realização de uma ação (conduta efetiva) e a frequência (a familiaridade para a pessoa) dessa realização.

Jodelet (1989) esclarece que a RS é um saber ligado à experiência que o produziu e com isso, permite à pessoa agir sobre o mundo e sobre o outro. Frente a determinado objeto, as pessoas vão elaborar conhecimentos, discutir sobre ele e agir de diversas maneiras, com base em sua aproximação com o mesmo. Nesse sentido, a relação entre as RS e as práticas vem sendo discutida ao longo dos anos no que se refere à TRS. Guimelli (2003) e Flament (1987) salientavam que para a compreensão e pesquisa da dinâmica das RS é salutar fazer essa análise.

Estudar a relação entre as RS das PSR e suas práticas, significa dizer que, por meio das entrevistas e da observação direta do grupo social, durante um ano, foi possível apreender dados não apenas de cunho cognitivo, mas os relacionados ao comportamento dessas pessoas. Nessa perspectiva, para Moscovici (2013) se torna um desafio estudar as RS e as práticas, dado que as representações não se limitam apenas a conversações, sugerindo que para o seu estudo, é importante o método da observação.

Durante a observação tanto das falas, quanto das práticas empreendidas pelas PSR no centro POP, foi possível apreender realidades relacionadas ao contexto no qual essas pessoas estavam inseridas. As RS das PSR sobre o cuidado de si orientavam práticas e organizavam as interações sociais no grupo social e com profissionais que atuavam no serviço. Na concepção de Jodelet (2017), as RS pertencem a um esquema que define suas esferas ou universo de pertencimento, qual seja: a da subjetividade, da intersubjetividade e da transsubjetividade.

Os grupos sociais se inter-relacionam e tomam posições frente a um dado objeto social. No que tange a subjetividade, refere-se à tomada de posição que se baseia na própria pessoa; a intersubjetividade volta-se para situações em que as representações são elaboradas na interação entre sujeitos, de forma negociada e que se estabelece pela comunicação verbal direta; a transsubjetividade pertence ao espaço social, público e global. A circulação das representações ultrapassa o contexto das interações e tem

fontes como os meios de comunicação de massa; os contextos institucionais, as pressões ideológicas, dentre outras (JODELET, 2017).

É possível observar como as representações são elaboradas e como as práticas sociais se consolidam no saber/fazer cotidiano das PSR, levando em consideração suas subjetividades, valores, as relações de poder e os contextos sociais, políticos, econômicos, históricos e ambientais que os circundam. Para Moscovici (2012), a RS é a preparação para a ação, pois além de guiar os comportamentos, remodela e restabelece os elementos do universo onde o comportamento deve acontecer.

Tendo em vista a complexidade do objeto e ao primar pelas multitécnicas, os dados aqui apresentados referem-se à triangulação das informações, com foco no conteúdo das entrevistas, das observações registradas em diário de campo e dos elementos que compuseram o NC da representação, no que tange à abordagem estrutural.

Conheceras PSR, desde a decisão/imposição de ir para as ruas, ao tempo de vida nessa condição, foi relevante porque essas características, em associação com as experiências e vivências individuais e coletivas, ditam modos de ser e estar no mundo. Tais particularidades se concretizam em práticas de cuidado em relação com as suas RS. Essas práticas vão estar em constante interação consigo mesma, com o outro, com a rua, com os profissionais e com familiares.

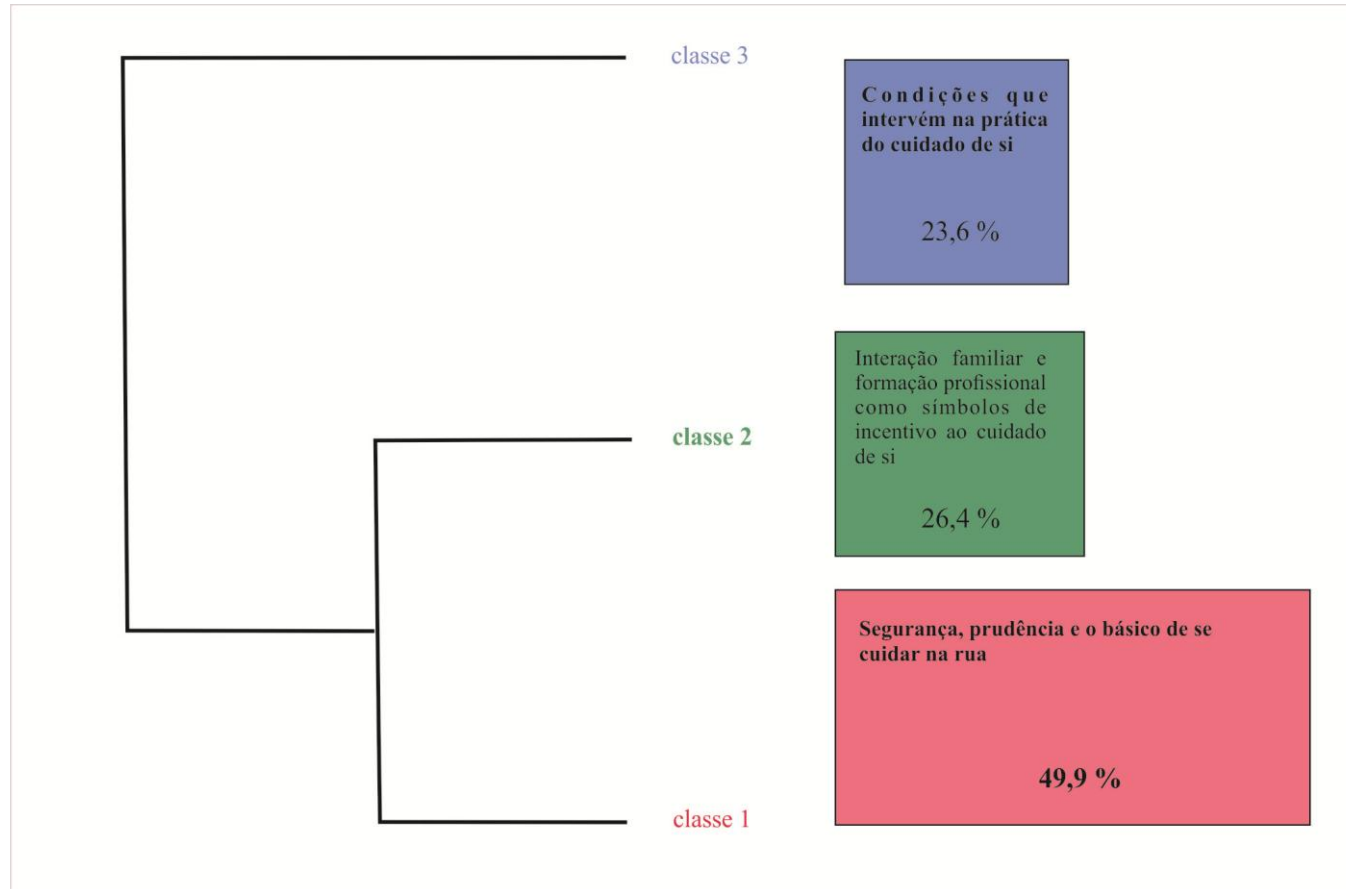
Quanto aos aspectos da caracterização do grupo, a faixa etária, tanto das mulheres, quanto dos homens, estava entre 18 a 29 anos (50%); que se autodeclararam da raça/cor parda/preta (82%); solteiras/os (76%). As mulheres relataram ter filhos (70%); entre os homens esse percentual foi de 55%. Das mulheres entrevistadas, 40% se encontravam na rua há 4 anos e 40% em média há 9 anos. Uma das entrevistadas está na rua há 20 anos, tendo ingressado nas ruas aos 22 anos. Dentre os homens, 70% estão na rua há 4 anos. Dentre os motivos que culminaram com a vivência nas ruas, destacaram-se entre as mulheres, os conflitos familiares e uso de drogas, ambos com 50%; entre os homens, o mais saliente foi o desemprego e os conflitos familiares equivalendo a 50% cada.

Os dados das entrevistas foram organizados e processados pelo *software* Iramuteq, utilizando uma das modalidades de análise sobre corpus textual, qual seja, a CHD, sendo posteriormente analisados. Essa modalidade apresenta os resultados através de uma análise fatorial de correspondência – plano cartesiano com as palavras e variáveis pertencentes a cada classe (CAMARGO; JUSTO, 2013).

Utilizando essa ferramenta, foi possível a recuperação dos segmentos de texto que estavam associados a cada uma das Classes, o que permitiu analisar os dados de forma mais qualitativa. Para o preparo do *corpus*, o conteúdo pertencente a cada uma das entrevistas foi digitado e separado pela inserção de linha de comando. Essas linhas continham a codificação das variáveis-atributos, atendendo aos objetivos propostos, separadas por asteriscos, sendo que cada linha de comando representa o início de cada unidade que foi analisada – unidade de contexto inicial (UCI) (CAMARGO; JUSTO, 2013; SARAIVA; COUTINHO; MIRANDA, 2011).

O *software* agrupa os segmentos dos textos e seus vocabulários e os correlaciona conforme o seu conteúdo em um esquema hierárquico de classes (Figura 9).

Figura 9 – Dendograma temático da análise de Classificação Hierárquica Descendente das pessoas em situação de rua (n=20), IRAMUTEQ alpha 2, Ilhéus, BA, Brasil, 2018.

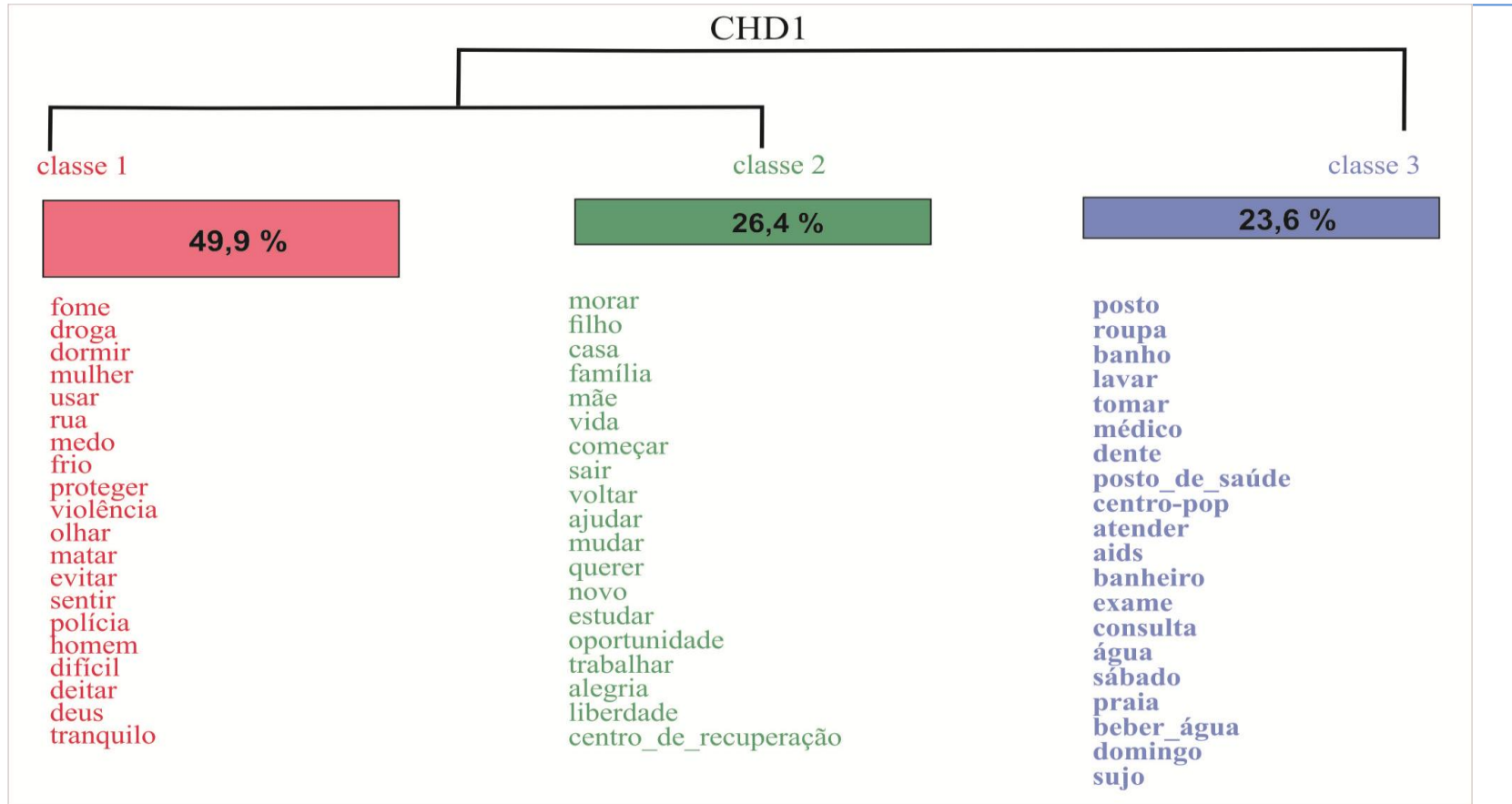


FONTE: Elaborado pelo programa IRAMUTEQ, 2018.

O corpus foi constituído por 20 textos – entrevistas (UCI) -, separados em 1344 segmentos de texto (ST) ou unidades de contexto elementares (UCE), com aproveitamento de 1344 STs (94,79%). Desse material, revelaram-se 46204 ocorrências (formas, palavras e vocábulos), sendo 4393 palavras distintas e 1241 com uma única ocorrência (*hapax*). Com a análise de todo o conteúdo, foi feita categorização em 3 classes, a saber: Classe 3 com 301 ST (23,63%); a Classe 1 com 636 ST (49,92%) e a Classe 2 com 337 ST (26,45%).

A Figura 10 exhibe a forma gráfica da CHD onde as três Classes supracitadas se apresentam divididas em duas ramificações (A e B), do corpus total que foi analisado. É possível visualizar uma primeira partição formando a Classe 3 e em seguida uma segunda partição formada pelas Classes 1 e 2, o que permite a compreensão da relação entre ambas. A partição revela o distanciamento e proximidade entre as classes e mostra o pensamento social do grupo, acerca do cuidado de si. Deve-se proceder leitura do dendograma de cima para baixo, o que possibilita o entendimento da hierarquia, observando a ordem em que o *corpus* foi repartido. A Classe 3 tem destaque, embora sua relação ou proximidade com as demais seja menor. As Classes 1 e 2 mantêm estreita relação entre si e apresentam o mesmo nível de importância na categorização da análise lexical.

Figura 10 – Dendograma da análise de Classificação Hierárquica Descendente das pessoas em situação de rua entrevistadas (n=20), IRAMUTEQ alpha 2, Ilhéus, BA, Brasil, 2018.



FONTE: Elaborado pelo programa IRAMUTEQ, 2018.

Os subcorpora e as Classes que resultaram dessa análise foram nomeados com o intuito de indicar o seu conteúdo semântico. Desse modo, o subcorpus A foi denominado de “Cuidado centrado no modelo biomédico e a prevenção como suporte” sendo composto pela Classe 3 “Condições que intervêm na prática do cuidado de si”. O subcorpus B foi denominado de “Desafios e estratégias do cotidiano do cuidado de si em situação de rua” composto pelas Classes 1 e 2. O conteúdo da Classe 1 levou a definição do título “Segurança, prudência e o básico para o cuidado de sina rua”; e a Classe 2 foi denominada “Interação/inter-relação familiar e formação profissional como símbolos de incentivo ao cuidado de si”.

No dendograma, encontram-se os títulos das Classes, em seguida a porcentagem de ST que forma cada uma delas, no que tange ao *corpus* analisado; abaixo de cada título, os participantes que mais contribuíram com a Classe; as variáveis-atributo pertencentes a Classe e abaixo, as palavras de maior associação. O dendograma evidencia maior associação/aproximação entre as Classes 1 e 2. No que se refere a associação de vocábulos, encontra-se mais distanciadas das duas primeiras Classes, a Classe 3.

As três Classes serão discutidas observando-se a ordem do dendograma da esquerda para a direita, considerando os vocábulos com maior Chi^2 e as variáveis atributos (faixa etária e tempo de vida nas ruas). A Classe 1, cujo contexto temático foi denominado de “Segurança, prudência e o básico para o cuidado de sina rua” foi formada por palavras e radicais no intervalo entre $\text{Chi}^2 = 38,23$ (fome) e $\text{Chi}^2 = 11,13$ (tranquilo). No que tange às variáveis-atributos, a que mais contribuiu foi o tempo de vida nas ruas entre 5 e 9 anos. A Classe 2, denominada de “Interação/inter-relação familiar e formação profissional como símbolos de incentivo ao cuidado de si” foi formada por vocábulos e radicais no intervalo entre $\text{Chi}^2 = 98,32$ (morar) e $\text{Chi}^2 = 22,38$ (centro de recuperação). Quanto às variáveis-atributos, a que mais contribuiu foi a faixa etária 30 e 39 anos.

A Classe 3, intitulada “Condições que intervêm na prática do cuidado de si” foi constituída por expressões e radicais no intervalo entre $\text{Chi}^2 = 152,56$ (posto de saúde) e $\text{Chi}^2 = 27,49$ (sujo). Em relação às variáveis-atributos, a que mais colaborou foi o tempo de vida na rua de até 4 anos.

As Classes 1 e 2 (Figura 10) resultam de um bloco textual comum, sendo possível inferir que elas têm conteúdos que se complementam e se opõem a Classe 3. Nesse contexto, a Classe 3 possui um conteúdo que se distancia das demais. A Classe 1

representa 49,92% do total, e o seu conteúdo semântico sinaliza um cuidado de si revelado em práticas voltadas a ações básicas do se manter vivo e (sobre)viver na rua; às atitudes de segurança e prudência necessárias para quem quer permanecer bem e com vida. Pode-se observar essa afirmativa, a partir dos elementos que se relacionam com a Classe: fome, droga, dormir, mulher, medo, frio, proteger, violência, matar, evitar e polícia.

Analisando as Classes supracitadas nota-se que, o pensamento social está ancorado em práticas que abrangem questões relacionadas às normas para se ter uma boa convivência e estabelecer relacionamentos ‘positivos’ na rua, evidenciado em não usar drogas, não se envolver com a mulher do outro e se proteger da violência; mas ancora-se, também, em práticas de um saber/fazer que sugere um grau de autonomia na rua. É possível observar que o cuidado de si, é considerado fundamental para as PSR, sendo socialmente representado como um objeto de saúde e vida. Isso se reflete em atitudes, como “se alimentar” para não ter fome, dormir, proteger-se do medo, da violência, do frio e da morte. Constatou-se que as PSR associam o cuidado de si à segurança, no que se refere às relações sociais estabelecidas com as regras da rua, e com as pessoas que ali (sobre)vivem, materializando esse pensamento em ações cotidianas.

É importante destacar que as RS são uma leitura do mundo em que vivemos, sendo assim, um guia para as ações, de forma que orienta as condutas e as comunicações entre os grupos sociais (JODELET, 2007). Vale lembrar que o pertencimento do grupo investigado está relacionado, majoritariamente, à condição de morar na rua. No contexto da rua, as pessoas são dotadas de saberes que perpassam pela cultura, valores e pela forma como se apropriam desses saberes, compartilham conhecimentos e constroem as suas representações.

As informações da Classe 1 dizem respeito às pessoas que estão na rua entre 5 e 9 anos. Os dados que sobressaíram na análise revelaram que as ações de cuidados de si se constituem em uma forma de permanecerem vivas e em busca de novos horizontes, conforme mostram os recortes de uma UCE a partir das expressões:

“[...]na rua eu sei como andar porque quero me manter viva e com saúde. [...]me afasto das pessoas que usa droga, durmo perto de polícia pra me proteger da violência, não me influencio por mulher nem homem ruim, que só querem usar droga e vender o corpo, são perdidos na vida. Na rua posso passar fome, frio, medo, mas hoje aprendi como fazer pra sobreviver a tudo isso [...] procuro comer e viver longe de confusão [...]” (P 9, mulher, branca, na rua há 1 ano).

“Eu procuro ficar em paz na rua pra poder tá aqui conversando hoje. Nada é fácil, mas não desanimo, faço o ‘corre’, ‘mangueio’, compro minha comida. Durmo longe de mau elemento, evito usar droga em grupo, fumo meu crack sozinho [...] não quero problema e com isso o dia vai passando. Eu já tive nas Malvinas e sobrevivi” (P 19, homem, branca, na rua há 2 anos).

“A rua é dura pra quem não sabe domar ela. Moro aqui há muito tempo e sei como me cuidar, me manter com saúde e com vida” (P 2, mulher, parda, na rua há 3 anos).

O contexto da Classe 1 exhibe o cuidado de si que perpassa por práticas de cunho atitudinal, como comer e dormir, mas observa-se na apreensão das RS que a dimensão normativa opera práticas nos atores sociais investigados. Esses resultados corroboram com a estrutura da RS para o cuidado de si, uma vez que os elementos organizadores do Quadro de Quatro Casas exibiam atitudes como se alimentar, sustentado por uma primeira periferia com o elemento dormir bem. As entrevistas e observações elucidaram situações em que era preciso saber com quem andava, para ser identificado como ‘pessoa do bem’ ou ‘pessoa do mal’.

As PSR parasua autoproteção se comportavam de forma a atender às exigências/padrões estabelecidos, e se afastavam daquilo que a norma impunha como sendo errado ou desviante. Havia certo distanciamento de quem usava droga constantemente (álcool, crack, cocaína), para que não fosse confundido e viesse a morrer, sofrer violência ou ser discriminado por profissionais do Centro POP. Em uma das anotações do diário de campo, uma mulher durante o café da manhã na unidade dizia²⁷: “Quem usa droga é muito do mal visto, já moro na rua, sou moradora de rua e ainda vou andar com esses ‘noieiro’? De jeito nenhum, quero poder chegar, ser vista como uma pessoa do bem e não quero morrer no lugar de ninguém”. Em outras situações, o uso da droga funcionava como forma de socialização, sendo uma prática positiva para as PSR. Em outro momento de observação durante o café, identifiquei o seguinte diálogo²⁸: “Rapaz, de boa, quando eu quero fazer amizade, entro na onda [...] fumo crack, tomo cachaça, uso droga mesmo, tô nem aí”.

Tal conjuntura demonstra que, apesar das PSR adotarem práticas que se relacionam com a sua subjetividade (não uso drogas pra ficar bem), há questões intersubjetivas que se materializam em práticas de cuidado de si (não uso droga pra não ser mal visto). Jodelet (2007) informa que a representação vai se referir a esferas de

²⁷ Nota do diário de campo

²⁸ Nota do diário de campo

pertencimento que englobam a subjetividade, a inter-subjetividade e a trans-subjetividade.

A Classe 2 equivale a 26,45% do *corpus*, e as informações nela contidas são, em grande parte, relacionadas aos participantes na faixa etária de 30 a 39 anos. Representa as PSR que se encontra em fase produtiva de suas vidas e manifestam a necessidade de ter emprego para facilitar a vida na rua, ou em uma casa, bem como o restabelecimento de vínculos com familiares. O cuidado de si é significado a partir da importância dos vínculos sociais estabelecidos, e da formação/profissionalização que fundamenta o fazer e enreda os atores sociais.

A partir das expressões que compõem essa Classe (morar, filho casa, família, mãe, vida, começar, sair, voltar, ajudar, mudar, estudar, oportunidade e trabalhar) foi possível inferir que, as PSR ancoram suas práticas em ações que se relacionam ao resgate da família, e a oportunidade de ter emprego formal. No tocante à família, há destaque para os filhos e, no que se refere ao emprego formal, o desejo é ser identificado como cidadão inserido no mercado de trabalho. No contexto no qual essas expressões estão contidas, leva-me a considerar que as práticas do cuidado de si se ancoram em projetos de vida e de pessoa, logo distintas para cada uma delas:

“A pessoa que vive na rua hoje tem que ter cabeça, você não tem que ficar voando, tem que ter mentalidade, responsabilidade, compromisso com o que vai fazer, trabalhar, ter sua casa, sair da rua e resgatar sua família, seu filho [...]. Tem de ter responsabilidade” (P 10, homem, parda, na rua há 9 anos).

“Meu desejo hoje é, mesmo morando na rua, conseguir alguma coisa pra fazer, trabalhar, mesmo que não dê pra pagar o aluguel eu me organizar pra quem sabe um dia, poder pagar uma casa e voltar a poder sustentar meu filho. Hoje tô longe dele porque sou moradora de rua, mas meu pensamento não muda porque sem minha família me sinto mal” (P 86, mulher, negra, na rua há 1 ano).

Nas informações analisadas, foi evidenciado o que significa ser/estar nas ruas e, de diversas formas, o cuidado é simbolizado em movimentos que sinalizam mudanças sociais tanto individuais, quanto coletivas. O cuidado de si, para o grupo investigado, transcende o sentir-se bem, seja física, mental ou socialmente. As PSR visualizam a sua realidade e têm comportamentos que se materializam no combate à invisibilidade social, na melhoria da autoestima e da qualidade de vida.

Durante as observações e na análise do NC das RS sobre o cuidado de si, foi evidente a importância atribuída ao trabalho, bem como as estratégias utilizadas para facilitar a inserção no mercado formal. As PSR se organizavam para ter os documentos, participaram de cursos profissionalizantes oferecidos pelas instituições da cidade e se apresentavam motivadas para essa tarefa. É pertinente pontuar que, a prática social de um indivíduo ou grupo, vai depender da interpretação que as pessoas ou grupo têm da sua própria realidade (JODELET, 2007).

Apesar de (con)viverem em situações consideradas problemáticas, do ponto de vista da garantia dos direitos das PSR, esse grupo interpreta a sua realidade de forma tal que os impulsiona a construir/buscar avanços pessoais e coletivos. Moscovici (2011) assinala que as minorias têm um caráter frequentemente inovador, em uma sociedade que impõe mudanças que acontecem de forma rápida. O referido autor afirma que as RS vão modular simbolicamente um cenário no qual se dá um comportamento (MOSCOVICI, 1978). Quando se investiga a relação existente entre as RS e as práticas, entende-se que as RS:

“São convocadas para encontrar os meios de ajudar os atores sociais, os grupos ou as comunidades, a melhorar suas condições de vida ou de trabalho, atingir uma existência satisfatória, cumprir suas necessidades, realizar seus desejos, respeitar seus direitos, fortalecer seus poderes ou simplesmente se conformar a objetivos considerados ótimos para o bem-estar individual ou coletivo” (JODELET, 2007, p. 57)

A Classe 3, que em alguns elementos se opõe ao conjunto formado pelas Classes 1 e 2, representa 23,63% do *corpus*, e o cuidado de si é ancorado em práticas que perpassam por atitudes relacionadas às necessidades humanas básicas, atreladas ao modelo médico-hegemônico. As respostas que estão agrupadas nessa Classe são: posto, roupa, banho, médico, dente, posto de saúde, centro pop, atender, AIDS, banheiro e exame. O contexto indica que o cuidado de si é representado em uma dimensão atitudinal, com práticas voltadas para a higiene, sendo facilitada por instituições variadas. Porém, circula no grupo social, uma perspectiva reducionista que orienta práticas tecnicistas e biologicistas.

Nota-se que a evocação AIDS teve destaque nas falas das participantes, isso pode representar que para as pessoas, o modelo de atenção à saúde vigente, não tem dado conta de forma universal de todas/os aquelas/es que necessitam, demonstrando a sua falência. Infere-se que, possivelmente, as ações de promoção e prevenção não

têm alcançado grupos específicos e vulnerabilizados, como as PSR que tentam, em meio às adversidades, proteger-se de doenças como a AIDS, sendo mais uma estratégia de sobrevivência. Ter doença crônica e viver nas ruas sugere a impossibilidade de estar vivo pois, a manutenção do tratamento contínuo, requer equipes implicadas com o cuidado, e uma rede de atenção efetiva e atuante para além dos muros dos serviços de saúde.

As práticas que são empreendidas revelam que há entre as PSR a preocupação com a limpeza corporal, o cuidado com os pertences, bem como a necessidade de buscar profissionais e instituições que contribuam com esse cuidado. A crença de que é preciso tomar banho, andar com roupas limpas, forjam atitudes que, na concepção das PSR, as protegem de preconceitos, discriminações e oferece oportunidade de transitar nos mais diversos locais. As práticas de limpeza do corpo foram se modificando ao longo da história e a higiene assumiu uma imagem produzida pela sociedade sobre ela mesma, sobre as pessoas e sobre o cuidado de si (VIGARELLO, 1996).

Durante as observações eram comuns diálogos que associavam a limpeza do corpo a uma prática de cuidado necessária para que as PSR não fossem ‘mal vistas’, nem rotuladas como usuárias de droga ou desmazeladas. A Classe 3 expressa, ainda, o cuidado de si que se ancora em ações de cunho mecânico, em que é necessário ir aos serviços de saúde para a promoção do cuidado. Essa cultura se afasta das políticas de humanização que valorizam a autonomia e protagonismo das pessoas. Percebe-se na esfera da trans-subjetividade, interações que correspondem à cultura, normas que são transmitidas socialmente e definidos por pressões que são impostas pelas estruturas sociais (JODELET, 2007).

A Classe 3 engloba pessoas que estão na rua há menos de 4 anos, com menos experiência de rua em relação aos demais grupos. Isso pode representar maior ligação com representações hegemônicas que privilegiam o modelo tecnicista como forma de promover o cuidado de si. Segue-se o trecho de uma UCE a partir das expressões que se referem à Classe 3:

“[...] O que vejo na rua é muita aids, homem que faz sexo com qualquer uma e não se cuida. Pra se cuidar tem de ir no médico, no posto de saúde, fazer exame, tomar remédio, tomar banho todo dia pra não ficar ‘bichado’ como tem muitos por aí” (P 101, homem, branca, na rua há 6 anos).

A partir da percepção das PSR, o cuidado perpassa pela relação entre uma prática individualizada, que depende de cada pessoa, como a decisão de tomar banho; e

a busca por outrem (médico, enfermeira, nutricionista) que possam colaborar com esse cuidado. A Classe 3 expõe apenas o vocábulo médico, o que indica a centralidade desse profissional na produção do cuidado em saúde. Durante as observações as PSR verbalizavam outros profissionais como importantes para o cuidado, mas quando questionados sobre essa prática, o médico teve destaque. Vale destacar que, no senso comum, o vocábulo médico, para além do profissional de saúde, expressa-se como sendo sinônimo de consulta ou pode significar a instituição.

A RS sobre determinado objeto é constituída pela forma como percebemos o mundo, pelas ideias, imagens, opiniões que atravessam as pessoas e sua existência em constante relação social (MOSCOVICI, 2013). Ao perceberem o médico como representante da equipe de saúde e aquele que pode diagnosticar e tratar, as PSR trazem à lembrança a sua figura como sendo necessário ao cuidado de si.

Nota-se na Classe 3 que os vocábulos apontam para o cuidado que privilegia atitudes biologicistas em articulação com vinculação ao Centro POP. Infere-se que o sentido atribuído ao cuidado perpassa pelo entendimento de que na rua, não é fácil tomar banho ou usar o banheiro; resolver problemas que se relacionam com doenças e manter tratamentos contínuos. As PSR a partir das RS que elaboram sobre o cuidado de si, desempenham práticas para a redução de suas vulnerabilidades e riscos.

É necessário destacar que, durante as observações, era comum as PSR utilizarem práticas tradicionais de cuidado de si. Os diálogos eram permeados por discussões que traziam à memória, lembranças do uso de ‘banhos de folhas’; uso de chás como forma de cura de sintomas; uso da água do mar para a cura de feridas; relaxamento em frente ao mar para se conectar com a energia positiva do local; massagens com infusões feitas com folhagens diversas. Essas práticas eram ensinadas durante as conversas, e para as PSR funcionava como excelente alternativa para se manter bem, física e mentalmente.

Campos (2012) explica que as situações sociais implicam em um grau de complexidade de interação entre os atores sociais, e isso exige um sistema de representações que vai explicar a realidade, e levar as pessoas a agirem sobre ela. Assim, diante da realidade que se apresenta às PSR, com seus obstáculos e dificuldades, dentre estas a violência, a falta de documentos de identificação, a (in)visibilidade, a dificuldade de acesso aos serviços de saúde, o desemprego, o preconceito e discriminação, elas buscam estratégias factíveis de (sobre)vivência e de autocuidado. As RS vão ser utilizadas para justificar os comportamentos diversos, de modo a levar a interpretação da realidade tornando o mundo acessível (VALA, 2006).

As RS sobre o cuidado de si para PSR apreendidas por meio da análise prototípica e da observação revelaram práticas que perpassam pela dimensão biológica, social e contra-hegemônica. As PSR ancoram as suas práticas na necessidade de se manter vivo e as objetiva em comportamentos que permitam viver e preservar a vida. Essas representações vão circular nas falas, ser veiculadas, tanto pelos grupos por meios das mensagens, quanto pela mídia, e se cristalizar em condutas (JODELET, 2001).

Os dados da análise prototípica que permitiram o alcance da estrutura das RS sobre o cuidado de si estão em consonância com os dados provenientes das justificativas, observação e entrevistas. Isso porque, na estrutura central das RS, o sentido do cuidado de si volta-se para hábitos de vida, necessidades humanas básicas e proteção à saúde, expressos em práticas como alimentação, cuidados higiênicos, prevenção, presença do médico, dormir, estar limpo sem drogas e trabalhar.

O NC, que confere significado, organização interna e estabilidade à representação (ABRIC, 2000) foi estruturado em torno do termo se alimentar. Esse elemento apresentou maior frequência na análise prototípica, maior número de conexões na árvore máxima de similitude, e maior χ^2 na Classe que mais contribuiu para as práticas do cuidado de si, verificado no *corpus* das entrevistas. As RS são reveladas em práticas que são expressas a partir de imagens mentais das PSR. Essa representação transborda a vida mental do sujeito isolado, formando uma realidade própria, orientando e justificando essas práticas sociais (GUARESCHI; ROSO, 2014).

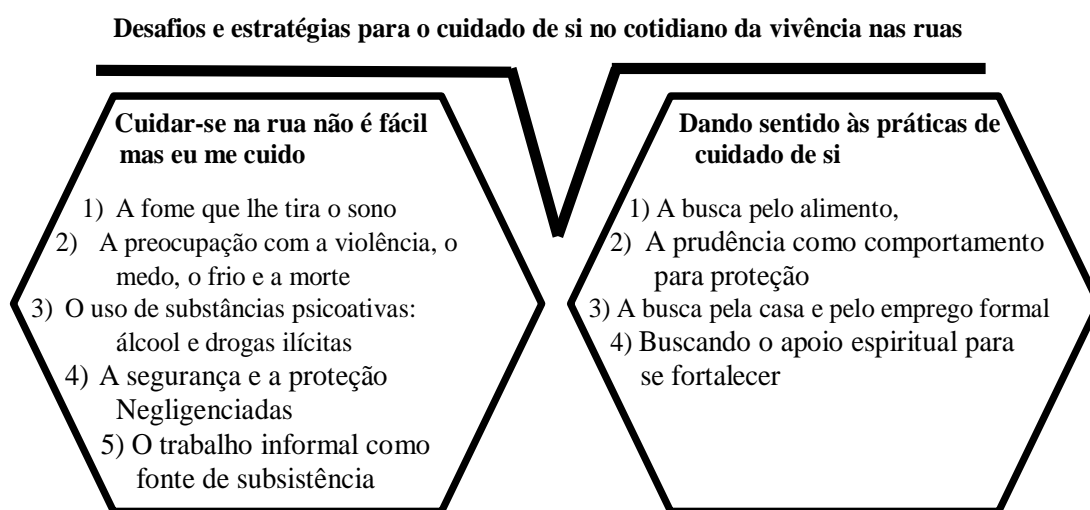
A partir da análise da relação existente entre as Classes (Figura 7) que, em triangulação com as demais técnicas desse estudo, permitiu melhor alcance do fenômeno estudado, foi possível a organização de duas categorias, a saber: 1) **“Vocês me enxergam como um Zé ninguém, mas sou gente que se cuida: aqui eu faço o ‘corre’, luto pela minha comida, tento meu emprego e não vivo como uma ‘estauta’ esperando alguém me estender a mão”** (Classe 1 e 2); e 2) **“O bom da vida é viver”**: **preciso tomar meu banho, ir no médico e me prevenir**” (Classe 3). Tais categorias exploram o sentido das RS e as práticas de cuidado empreendidas pelas PSR.

5.3.1 **“Vocês me enxergam como um Zé ninguém, mas sou gente que se cuida: aqui eu faço o ‘corre’, luto pela minha comida, tento meu emprego e não vivo como uma ‘estauta’ esperando alguém me estender a mão”.**

Essa categoria mostrou que para o cuidado de si, em situação de rua, é preciso o interesse individual, que o grupo de pertencimento se organize individualmente e de

forma coletiva, para assim, diante das circunstâncias que se apresentem ser possível empreender o cuidado. As simbologias aqui retratadas tornam evidentes formas singulares de se cuidar, de um grupo que associa crenças, valores, experiências, normas e modelos que se entrecruzam e são materializados em práticas diversas e originais. Assim, essa categoria se organiza conforme a Figura 11

FIGURA 11 – Desafios e estratégias para o cuidado de si no cotidiano da vivências nas ruas



FONTE: Elaboração da pesquisadora, 2018.

Nessa categoria estão agrupados elementos das Classes 1 e 2 (Figura 10) que expõem práticas de cuidado de si com ações mais ampliadas, ancoradas na manutenção da vida, na segurança, na articulação em redes, no resgate de vínculos, na espiritualidade e no desejo de ser/saber/fazer. A compreensão que a PSR tem sobre si mesma, sobre a rua e sobre o cuidado de si, torna-se particular, com significados e simbolizações que estão impregnados por valores, crenças, sentimentos, normas, experiências e trajetórias de vida que são singulares para cada cidadã/o. A partir desses elementos, da vinculação que essas pessoas têm com seu grupo social e como elas interpretam a sua realidade, as práticas são conduzidas e empreendidas no mundo da rua. Apesar do conhecimento da representação ser elaborado de forma coletiva, cada membro de um grupo vai lidar de forma diferenciada, refletindo-se na maneira como se comporta e age (CAMARGO; BOUSFIELD, 2014).

A análise das classes 1 e 2 elucidada a estreita relação entre si e sua complementaridade. Porém, há elementos entre as mesmas que se opõem, como por

exemplo, a Classe 1 não traz conteúdos da rede social das PSR presentes na Classe 2. Ambas demonstram que o cuidado de si perpassa pelos desafios e estratégias para o cuidado de si realizadas na rua, corroborando com os dados das demais técnicas. Essa categoria expõe práticas voltadas à satisfação de necessidades primárias de cuidados em saúde, com ênfase nos termos (fome, dormir e deitar); associada a sentimento/sensação comuns na rua (medo, frio, sentir e tranquilo); a presença de agentes públicos que podem proteger, mas podem ser violentos (polícia); o fortalecimento espiritual que sustenta e mantém a vida na rua (deus) e a prudência como comportamento para proteção (droga, mulher, usar, proteger, violência, matar e evitar). As palavras: fome, droga, dormir, mulher, usar, rua e medo apontam o conteúdo relevante para as práticas do cuidado. Os trechos provenientes das diferentes técnicas desvelam práticas que se associam a esse conteúdo:

“Eu vim aqui no POP procurar comida porque eu tava com tanta fome que o estômago doeu. É bom quando alguém me dá um prato de comida, porque a fome adoce. Corro atrás pra não ficar com fome. Peço, compro e vou nos lugares que doam alimento, assim me sinto forte e com saúde” (P 14, mulher, negra, na rua há 5 anos).

“Se uso droga, me misturo com quem não presta e além de não comer nem dormir direito, ainda fico na mira dos traficante [...]. Tento não usar droga porque isso pra mim é estar se cuidando” (P 1, homem, parda, na rua há 1 ano).

“[...] A pessoa viver na rua, ver anoitecer e ter de dormir ali, sem porta e sem janela, os bicho passando por cima de você, formiga, barata e até rato [...] os riscos são grandes. O jeito é dormir em casa abandonada pra se proteger do frio, da chuva e da violência” (P 13, mulher, negra, na rua há 2 anos).

“Me cuido de verdade, não me envolvo com a mulher de ninguém. Aqui tem muita disputa de mulher e o resultado só acaba em morte. Procuro me precaver (P 101, homem, branca, na rua há 6 anos).

“Preciso me proteger da droga, da violência e da morte” (P 3, homem, parda, na rua há 3 anos).

“Sem beber eu sou tudo, sou gente, bem cuidada e com saúde” (P 11, mulher, negra, na rua há 12 anos).

“Na rua Deus sempre foi muito generoso comigo, me protegeu nesses anos que estou na rua. Nunca fui violentada, agredida [...]. Tenho medo de andar com outro morador de rua porque eu não conheço os atos dele e ele pode ser do tráfico, ter dívidas e sobrar para mim. A proteção é tudo na rua” (P 14, mulher, negra, na rua há 5 anos).

As falas supracitadas e as observações durante a produção dos dados mostraram que, a formulação do conhecimento acerca do objeto, suscitou diferentes enfoques relacionados às práticas, que são fundamentais para a manutenção da vida na rua. As alternativas encontradas para matar a fome, evitar o uso da droga, a tentativa de se ter um sono reparador, foram ações frequentes na vida das PSR e, também, reveladas na estrutura das RS. Destacam-se ainda, a prudência e segurança em se proteger da violência, do frio e combater o medo, o que retrata a aproximação entre o conhecimento que as PSR têm sobre o cuidado de si, e como essa representação é expressa em suas práticas.

A fala de uma mulher em uma roda de conversa *in locus* evidenciou essas práticas²⁹: “A vida é feita de frustrações, de arrependimentos e meu objetivo na vida é viver, viver um dia após o outro [...] só em estar viva, está tudo bem. Eu penso em fazer o meu malabarismo, viver do malabarismo, tirar dele o meu sustento. Quando quero dinheiro, vou no sinal, ganho meu trocado, compro minha comida, minha roupa e me cuido. A relação entre as RS de um grupo e a adoção de comportamento ou práticas tem relevante relação com as atitudes do grupo frente ao objeto (CAMARGO; BOUSFIELD, 2014; WACHELKE; CAMARGO, 2007). É possível observar a aproximação simbólica existente entre o que as PSR pensam sobre o que é se cuidar estando na rua, e as ações que empregam para esse cuidado.

Os processos utilizados para a prática do cuidado de si estão intimamente ligados às formas como as pessoas reconhecem os contornos e a dimensão das demandas para o cuidado (OLIVEIRA, 2014). A partir da realidade vivenciada, as PSR identificam o que precisam para sentirem-se cuidadas, regulam as suas condutas e se posicionam diante das mesmas. Assim, as/os profissionais de Enfermagem, sobretudo as/os que atuam na AB, precisam se implicar nessa realidade, atuar de forma a reduzir situações de vulnerabilidades e proporcionar o acolhimento. Necessário é o trabalho coletivo e cooperativo da equipe interdisciplinar, alinhando o saber científico e o saber do senso comum, para potencializar as PSR nesse processo de produção do cuidado de si.

Os elementos destacam informações que dialogam com um cuidado que é reconhecido como essencial para o desenvolvimento físico, mental e psicológico das PSR, corroborando com os resultados das justificativas aos termos mais importantes que

²⁹ Nota do diário de campo

foram evocados na estrutura da RS. Algumas pessoas optam por andar sozinhas, o que representa estratégia de proteção; organizam-se para conseguir o alimento que é partilhado com os demais (trabalhos informais, ida aos locais de distribuição/doação de alimento, pedir, roubar); dormem em grupos para que haja vigilância contínua durante o sono (uns dormem e outros vigiam); escolhem locais ‘seguros’ para dormir (casas abandonadas, portas de delegacias, barcos atracados no Porto e portas de hospitais).

A possibilidade de ter um local mais seguro para dormir foi constantemente relatado pelas PSR como de grande importância para elas. Há um consenso na estrutura da RS sobre o elemento dormir - maior frequência na primeira periferia do Quadro de Quatro casas – como uma prática que reforça a organização central sobre o cuidado de si. Tal necessidade se associava a segurança; a maior tranquilidade, por ter um sono mais contínuo para ter forças e continuar vivendo nas ruas. Dados semelhantes foram encontrados em pesquisa realizada no Canadá com 140 pessoas que faziam uso de albergues nas cidades de Toronto, Ottawa, Montreal e Vancouver. Essas pessoas relataram que era muito importante ter um local para dormir devido a maior segurança que sentiam (PALEPU; HUBLEY; RUSSELL; GADERMANN; CHINNI, 2012). Observemos os trechos extraídos das diversas técnicas utilizadas:

“Na rua cada um se cuida como pode porque senão se cuidar, como é que vai ter vida? Eu falei que tem que dar os seus ‘pulo’ pra se cuidar [...].Eu durmo com outras pessoas porque é mais seguro, durmo em barco no meio do mar, longe da Costa, durmo de dia e fico acordado de noite ou durmo só com um olho. [...] Não uso droga, não bebo, fumo maconha pra ficar mais tranquilo [...], descarrego caminhão e compro minha comida e assim vou levando até conseguir quando der ou eu mudar de vida [...] (P 3, homem, parda, na rua há 3 anos).

“Aqui ficamos à mercê de problemas, malfazejo, e podemos receber uma pedrada na cabeça ou jogarem álcool na gente e tocar fogo. Desse jeito não conseguimos ter uma boa noite de sono e não estamos nos cuidando. Uma noite de sono tranquila revigora a alma, o corpo e nos faz bem, pra isso procuro dormir no breu pra ninguém me enxergar” (P 29, mulher, parda, na rua há 4 anos).

“ Quem não dorme bem, não se cuida porque não tem força no corpo nem no pensamento” (P 60, homem, parda, na rua há 6 anos).

Os discursos acima evidenciam o cuidado que preza pela vida para assim, buscar novas alternativas e mudanças na realidade atual. O trecho a seguir foi proveniente de conversa durante as observações³⁰: “Temos que dormir pra poder ter força e coragem

³⁰ Nota do diário de campo

pra correr atrás [...] na rua, quem é que dorme bem? A não ser que encontre uma casa abandonada, um lugar qualquer porque, se você dorme na rua, você está em risco de ser queimado, tomar um banho de água fria. Na rua é assim, a gente tenta se cuidar, mas a situação não permite”. Há grande preocupação com a violência, haja vista ser algo constante nas ruas e essa violência, gera agravos à saúde física e psicológica, o que requer estratégias para o seu enfrentamento. Outros estudos com PSR também identificaram a preocupação com a violência (HINO; SANTOS; ROSA, 2018; AGUIAR; IRIART, 2012).

O termo droga foi objetivado como sendo destrutivo e com vida própria, mas por vezes era simbolizado pelas PSR como estratégia de socialização. Eram comuns durante as observações, as conversas que se relacionavam a importância de usar o crack, o álcool, a maconha, como forma de ser aceito pelos grupos; como uma maneira de encarar a rua e enfrentar o medo, o frio, a insônia. A estrutura da RS evidenciada nesse estudo demonstrou que o cuidado de si perpassa pela necessidade de estar limpo sem drogas. É possível apreender que, com base nas informações produzidas pelas PSR, seja nas ruas, no centro POP, nas instituições que frequentavam ou com a família, havia a adoção de comportamentos frente à difusão de saberes que associavam a droga a condutas negativas. Moscovici (2013) nos aponta que a RS de um grupo vai prescrever o seu comportamento diante de um objeto representado.

Frente a essas questões, é possível inferir que, com base nas experiências das PSR, nos contextos nos quais elas se inserem, em sua cultura, crenças, seus costumes, esse grupo social vai traduzir a imagem do cuidado de si de forma a percebê-lo e agir sobre este. Desse modo, a droga que por vezes era ancorada na imagem da destruição, passa a se ancorar em uma imagem de libertação e convivência, conforme os trechos:

“A vida na rua é uma luta e a gente sobrevive não sei nem como [...]. Olhar pra o escuro da rua sozinha e não ter medo, só se você recorrer a alguma coisa, a uma droga, a um ‘pó’ porque se não minha senhora, o camarada endoida” [...] (P 14, mulher, negra, na rua há 5 anos).

“A droga me faz sentir livre, mais calmo, com coragem e me ajuda a ter amizade com os ‘brother’ da rua” (P 7, homem, negra, na rua há 8 anos).

A análise das entrevistas, da observação e da estrutura da RS permitiu elucidar a presença de alguns elementos que norteavam a prática do cuidado de si, como a figura da polícia na RS das PSR. A violência, conforme exposto anteriormente, foi relatada

pela maioria das PSR e a presença da polícia se associava à proteção/segurança, mas refletia desconfiança, ameaça e medo pelas frequentes abordagens e ações violentas por parte destes, conforme os excertos: “Nunca durmo no mesmo lugar porque a polícia marca a gente e já chega batendo, tenho medo” (P 13, mulher, negra, na rua há 2 anos); “Durmo perto da delegacia porque onde tem polícia ‘vagabundo’ não chega e fico protegido” (P 4, homem, negra, na rua há 1 ano). A depender da interação entre a polícia e as PSR, o campo representacional e as práticas serão distintos.

Para Moscovici (2012, p. 26), a “RS é organizada de imagens e linguagem, pois recorta e simboliza ações e situações que são ou se tornam comuns” ao grupo. As PSR vão operar práticas para o cuidado de si, baseadas na importância que atribuem a sua segurança, com ações que consideram prudentes para a sua vida. Importante destacar a necessidade de formação continuada junto aos agentes públicos, com ações intersetoriais de combate a violência a esse segmento populacional (ROSA, BRÊTAS, 2015).

Diante dos desafios enfrentados na rua, o cuidado de si para as PSR se ancora em uma imagem espiritual, simbolizada por um ser Superior que tudo pode e que as sustentam na rua. Durante a observação de campo, participantes do grupo expressavam a fé como um apoio espiritual necessário para o fortalecimento e encorajamento. Eram comuns as leituras bíblicas no centro POP, discussão sobre a importância de buscar a Deus e por vezes, era solicitada a presença de um pastor para pregar a palavra as/aos assistidas/os. Não havia na unidade a imposição sobre religiões e todos tinham a liberdade para fazer as suas escolhas, leituras e rituais religiosos. Os fragmentos provenientes das justificativas e entrevistas exibem essa afirmativa:

“Sem fé é impossível se cuidar e vencer a rua. Apego-me a Deus porque sem ele não posso deitar e me levantar com vida, com a mente limpa [...] só ele pra nos proteger” (P 11, mulher, negra, na rua há 12 anos).

“Na rua, minha companheira, precisa confiar e acreditar em um ser Superior, em Deus. Pra mim, primeiro ter fé em Deus pra Ele mudar a sua trajetória de vida e você poder vencer. Sem Deus, não sou nada (P 15, homem, branca, na rua há 9 anos).

“A gente tem que estar na companhia do Pai, estando com Deus, tenho alegria, paz e fé de que as coisas vão melhorar. Assim, posso ficar longe das drogas, das más companhias, ser feliz e me cuidar de forma melhor, buscando um alimento, tomando um banho, ficando bonito e asseado” (P 62, homem, negra, na rua há 3 anos).

As práticas religiosas e voltadas a espiritualidade conferem às pessoas, segurança, conforto e esperança diante de enfrentamentos, como situações graves de saúde, perdas ou condições consideradas difíceis, como quem vive nas ruas. A fé não apareceu na estrutura das RS, uma vez que foi um termo evocado muito tardiamente pelos participantes, mas durante as entrevistas, por terem um tempo maior de escuta e de elaboração das respostas, foi frequentemente trazido pelas PSR. Estudo realizado na cidade de Salvador, Bahia com PSR, evidenciou que uma das práticas utilizadas pelos participantes, frente à saúde e a doença, foi a busca pela religiosidade, como ter fé em Deus. Tal aspecto elucida o valor da espiritualidade como prática positiva ao cuidado de si.

Essa categoria comporta ainda elementos que se relacionam com práticas voltadas a satisfação de necessidades primárias de cuidado, com o termo (morar); associada a sentimento/sensação comuns na rua (alegria e liberdade); que se associa a necessidade do ambiente, como forma de mudança de vida (casa, centro de recuperação); a valorização dos vínculos, como motivadores do cuidado (família, mãe, filho e pai). Há ainda associação com o desejo de cada pessoa (começar, voltar, mudar, querer, novo) e a importância da formação profissional (estudar, oportunidade e trabalhar). Os termos morar, filho, família, mãe, casa e os segmentos extraídos das diversas técnicas, trazem práticas que se associam a esse conteúdo:

“[...] Hoje eu fui sorteada no Minha Casa Minha Vida e tô muito feliz. Quero morar lá com meu marido e chamar meu filho pra morar com a gente, vou poder sair da rua. Na minha casa vai ser mais fácil me cuidar como gosto. Meu marido cuida muito bem de mim e me tirou das ‘Malvinas’³¹” (P 11, mulher, negra, na rua há 12 anos).

“Como dizem por aí, a família é a base, quando a gente tem família se sente mais forte e disposto. Se hoje eu procuro trabalho, evito usar ‘porcaria’, me alimento, é porque penso em resgatar minha família e voltar a morar com meu filho” (P 14, mulher, negra, na rua há 5 anos).

“Se cuidar é poder trabalhar e comprar o que eu preciso. Quero viver dignamente em minha casa” (P 32, mulher, parda, na rua há 6 anos).

“Porque não investe o dinheiro dos impostos nos condomínios do Minha Casa Minha Vida? [...]. É importante investir nos jovens, na

³¹Espaço existente em um Centro de Abastecimento da cidade, no qual o consumo de drogas lícitas e ilícitas, sobretudo o crack, tem predominância. Para manter o consumo, adotam a prática da prostituição e roubos. Os conflitos entre os presentes são constantes. As condições são sub-humanas, com odor forte de fezes e urina, fumaça de drogas. Torna-se um local sombrio, frio e sem vida.

educação, pra oferecer mais oportunidade de empregos a nós que estamos na rua. Precisamos de cursos profissionalizantes e até curso superior porque assim a gente tem emprego, mais oportunidade e pode viver melhor, se cuidar de verdade” [...]. (P 5, homem, negra, na rua há 1 ano).

“Pra mim me cuidar hoje preciso ir pra um centro de recuperação porque deixei o crack me dominar e preciso me tratar. A rua não é lugar pra ninguém. Quero sair fora daqui e poder estudar e ter um emprego. Quero resgatar a minha dignidade, minha mãe e minha família” (P 8, homem, negra, na rua há 3 anos e meio).

Os fragmentos acima certificam que, diante de todas as circunstâncias enfrentadas na rua, seja pelo desemprego, afastamento de familiares, violências, envolvimento com drogas, as práticas sociais empreendidas pelas PSR são positivas. Não foi observado nas práticas *in locus* nenhum comportamento que sugerisse desistência, comodidade ou apatia diante da realidade vivenciada. Havia um sentimento de resiliência no grupo social investigado, sendo esta considerada a capacidade que a pessoa tem em lidar com a adversidade e reagir a ela (JUNQUEIRA; DESLANDES, 2003).

O desejo de ter uma casa, resgatar a família, sobretudo filhos e mudar de vida, sempre foi uma constante nas palavras e atos das PSR. Moscovici (2013) vai nos informar que as RS têm a capacidade de influenciar os comportamentos de uma pessoa que integra uma coletividade. A partir do momento em que, as PSR representam o cuidado de si como sendo importante para sua vida, os desdobramentos dessa representação serão práticas que simbolizam esse cuidado.

O grupo social valoriza ter a documentação para facilitar o acesso ao emprego formal; mantém o elo com o Centro POP para auxiliar no restabelecimento de vínculos familiares; encontram nos centros de recuperação uma alternativa para o enfrentamento ao uso de drogas. À sua maneira, as PSR, como um grupo social, vão conformando o mundo de forma diferente e imprimem sobre as suas vidas, novos saberes e práticas sociais, contrapondo o que está posto no modelo hegemônico.

As PSR constroem suas representações e na concepção de Jodelet (2001) essas representações são construídas para que as pessoas saibam como agir em seu cotidiano. Para Arruda (2002), as RS não se referem apenas a alguma coisa, mas faz referência àqueles que as elaboram, e a relação existente entre o grupo e a maneira como compartilham e comunicam saberes, são suas próprias construções sociais. As PSR se cuidam nas ruas baseadas em saberes que se relacionam, não apenas com o

conhecimento que têm, mas com suas emoções e afetos que são concebidos no mundo vivido.

O cuidado é associado à importância do fortalecimento das redes de apoio, como a manutenção do vínculo familiar; e a formalidade no emprego, como oportunidade e motivação para suportar os enfrentamentos na rua e gerar mudanças em seu cotidiano. Tais resultados validam os que foram encontrados na análise prototípica da RS do cuidado de si. Apesar dos conflitos familiares serem um dos principais motivos de ida e permanência nas ruas, para as/os participantes desse estudo, ao adentrar esse novo mundo, a família foi compreendida como suporte e força para aquelas/es que queriam sair ou permanecer das ruas. Os fragmentos provenientes das diferentes técnicas mostram essa realidade:

“Viver na rua é muito triste e eu quero ter alegria, eu quero ser um homem livre, não na rua, mas dentro da minha casa. [...] Fiz o curso de eletrônica, quero ter meu emprego e minha família de volta” (P 19, homem, branca, na rua há 2 anos).

“Sai da minha casa porque não aguentava mais conviver com minha mãe, muitas brigas e desentendimentos [...] Hoje depois de um ano na rua, o pensamento em meu filho me encoraja a mudar e buscar cuidar de mim e ter força pra continuar viva. [...] Quero voltar pra casa, rever meu filho, retomar minha vida e buscar um futuro melhor” (P 21, mulher, branca, na rua há 2 anos).

“Com uma casa eu posso me cuidar, ser feliz, ter endereço, tirar documento, ter filho e viver com minha família. Na rua eu posso morrer a qualquer momento, em casa me sinto segura porque sei que não vão me pegar a qualquer custo, me violentar ou me matar” (P 10, homem, parda, na rua há 9 anos).

Os depoimentos supracitados elucidam que nas trajetórias de vida das PSR que (con)vivem diariamente com situações de vulnerabilidades, perdas, desafios e carências, a presença de familiares como um aporte social pode representar a diferença, sendo estes uma referência moral, de proteção, suporte afetivo-emocional e material (ESCOREL, 2006). O processo de cuidado de si é tecido nas relações sociais e envolve recursos individuais e experiências que vão se conformando em práticas individuais e coletivas. Com base no entendimento da relação entre o pensamento e a ação do grupo social, pode-se intervir (CAMPOS, 2012), de forma mais positiva não só com políticas públicas e envolvimento da sociedade, mas com ações de enfermagem mais próximas das suas necessidades.

Em uma conversa entre dois usuários no Centro POP, foi observada a fala a seguir³²: “Você precisa voltar pra sua casa, você tá dormindo em uma casa que não tem porta, nem janela, nem nada. Você tem que ficar com a sua família, você sabe [...] você sabe que um filho precisa do carinho de um pai, não podemos virar as costas pra o nosso filho, porque um dia ele não vai reconhecer a gente. Volte pra casa, família é tudo, volte”. Nota-se na relação estabelecida entre os usuários, o afeto recíproco e a solidariedade existente na valorização dos vínculos, também, como uma estratégia de cuidado de si e do outro.

As PSR buscam se qualificar e se capacitar através de cursos profissionalizantes, tornando-se mais competitivas ao mercado de trabalho; visualizam o vínculo com a família como alvo que encoraja o cuidado de si; buscam a casa própria através, de programas sociais, como fundamental para suas vidas. Apesar de muitas pessoas sentirem-se livres, essa liberdade é vigiada e ameaçada pelos riscos que são inerentes a quem está nas ruas. Tais dados foram constatados na conformação do NC da RS do grupo investigado.

Ter casa própria está na representação da sociedade como necessário a cada pessoa, e essa necessidade é reforçada diariamente pela mídia, o que leva o indivíduo a desejar ter acesso à sua moradia. Em virtude das questões sociais e econômicas (FERREIRA; ROSENDO; MELO, 2016), como o desemprego indicado como um dos fatores responsáveis pela vivência nas ruas (SANTOS et al., 2018; BISCOTTO, et al., 2016), o acesso a habitação nem sempre é possível. As PSR investigadas revelaram que ter moradia fixa era essencial, não apenas para restabelecer os vínculos, mas seria o local onde poderiam tomar banho, realizar os cuidados higiênicos diários, dormir com mais segurança e ter acesso a objetos como televisores, cama, pratos e copos. Estudo realizado em algumas cidades do Canadá revelou dados equivalentes sobre a questão da casa própria entre PSR (PALEPU, et al., 2012).

No momento das observações, as práticas das PSR indicavam tais aspectos. Em diálogo observado na varanda, notei a seguinte situação³³: Uma mulher falava que o sonho dela era voltar a assistir televisão, ter o prato e o garfo dela para almoçar. “Não vejo a hora de conseguir minha casa. A psicóloga me inscreveu no Minha Casa Minha Vida e tô esperando ser sorteada. Vou mudar de vida, chega de rua [...], quero usar o banheiro quando tiver vontade, pentear meu cabelo e ter a privacidade de tomar banho,

³² Nota do diário de campo

³³ Nota do diário de campo

fazer ‘xixi’ e usar um absorvente sem ninguém tá olhando”. Ter lar foi um dos elementos levantados nas evocações sobre o cuidado de si, associada a termos como se alimentar, higiene pessoal, dormir bem, presentes no NC e na periferia próxima do Quadro de Quatro Casas. Infere-se que ter um lar, tem uma dimensão ampliada de pertencimento que transcende a estrutura física de uma casa e alcança uma dimensão relacional no que tange a representação. O trecho revela essa assertiva:

“Ah!, um lar é tudo, é felicidade, é família, é endereço fixo. Lá eu não sou roubada, eu posso cuidar da minha cachorra, dos meus filhos, do meu marido e viver de verdade” (P 32, mulher, parda, na rua há 6 anos).

O cuidado representado pelas PSR e as ações que provém dessa representação, torna público o desejo e a esperança de se (re)fazer na rua ou fora dela. Ainda que experimentem momentos de dificuldades, situações adversas e complexas, mantém em suas relações sociais, perspectivas de mudanças e sonhos que não são eliminados pelo tempo de vivência em situação de rua. As PSR não se enxergam como estando sozinhas no mundo, mas estão em estreita relação com pessoas, e diante de suas particularidades produzem vida e cuidado de si e de outrem.

Esse cuidado do outro perpassa pelo fato de que estabelecemos relações de responsabilidade com o eu e com o outro. Para Levinas (2008) o homem tem sentido e valor para a outra pessoa, ainda que ele cause estranheza. As PSR mesmo que causem estranhamentos em muitas pessoas da sociedade, é importante o entendimento de que temos implicações uns com os outros e, assim, devemos estabelecer interações éticas. A esse respeito Levinas (2007, p.93) diz: “Somos todos culpados de tudo e de todos perante todos, e eu mais do que os outros”, de maneira que sou responsável até pela responsabilidade de outrem.

Os termos começar, mudar, querer e novo ambos se inter-relacionam e exprimem a representação de um cuidado de si que mostra o desejo de querer fazer, sendo que esse sentimento vai além de si mesmo e alcança o outro. Destacam-se os trechos que demonstram o cuidado que se ancora na confiança em si:

“Tenho objetivos, tenho planos e sei que sou capaz de mudar, sou capaz de ter uma vida diferente, eu e todo mundo que tá na rua, basta querer e acreditar [...]. Na rua posso ser feliz, ter alegria, mas se você tem seus ideais e quer mudar, você pode, deve mudar e ser um novo eu” (P 11, mulher, negra, na rua há 12 anos).

“Quero mudar de vida, tentar viver em um lugar diferente da rua, pra recomeçar minha vida, ter minha casinha, minha família de volta e fazer tudo novo” (P 19, homem, branca, na rua há 2 anos).

É possível observar que o (re)começo é considerado importante na prática do cuidado de si, e que a presença do outro tem papel marcante em todo esse processo. A formação profissional é relevante para o cuidado estando em situação de rua, e estudar é definido como oportunidade de trabalho e conseqüentemente, acesso a outros bens e serviços como casa, alimento e família. A precarização do trabalho é um dos problemas enfrentados pelas PSR. Nesse estudo, a maioria possuía vínculos informais como a única fonte de renda, trabalhando com reciclagens, artesanatos e guarda de carros. O ganho real era insignificante, o que contribuía com a fome, angústias e revolta.

As PSR não tinham acesso a direitos legais e, por vezes, eram força de trabalho explorada. Essa situação culmina com adoecimentos, prostituição, prática de delitos, sobrecargas, estresse, depressão e muitas vezes com o envolvimento com SPA. Estudo realizado com PSR, na cidade de São Paulo, também identificou as dificuldades com a renda como fator de vulnerabilidade para esse grupo social (BARATA et al., 2015). Cumpre-se destacar que, apesar das perdas e dificuldades advindas da falta de vínculos formais, o grupo investigado mostrava orgulho em ter sua própria renda. Durante as observações³⁴, 90% das pessoas que frequentavam o Centro POP não permaneciam no local após a alimentação, justificando a ausência pela busca por emprego, ou alguma estratégia para conseguir o dinheiro de forma honesta.

O pensamento social das PSR sobre o cuidado rompe com a ideia de que a rua representa o não cuidado, ou a presença de desocupados. Há um consenso de que, para se cuidar, é preciso querer e se dispor a essa ação, com a possibilidade de vislumbrar mudanças em seu cotidiano e isso perpassa por imagens, valores e crenças do indivíduo e da coletividade, conforme os extratos:

“Na rua digo a meu companheiro, vamos lutar, vamos lutar pra a gente sair dessa vida [...] vamos trabalhar e arrumar qualquer barracinho. Eu sempre fui guerreira, penso no futuro, no amanhã e sei que a gente tem que trabalhar” (P 21, mulher, branca, na rua há 2 anos).

“Hoje eu sou um homem, vivo na rua, mas não esmoreço. [...] fiz o curso de vigilante e corro atrás, continuo estudando pra ter como arrumar um emprego. Aqui não tem vagabundo não moça, aqui nós corre atrás” (P 19, homem, branca, na rua há 2 anos).

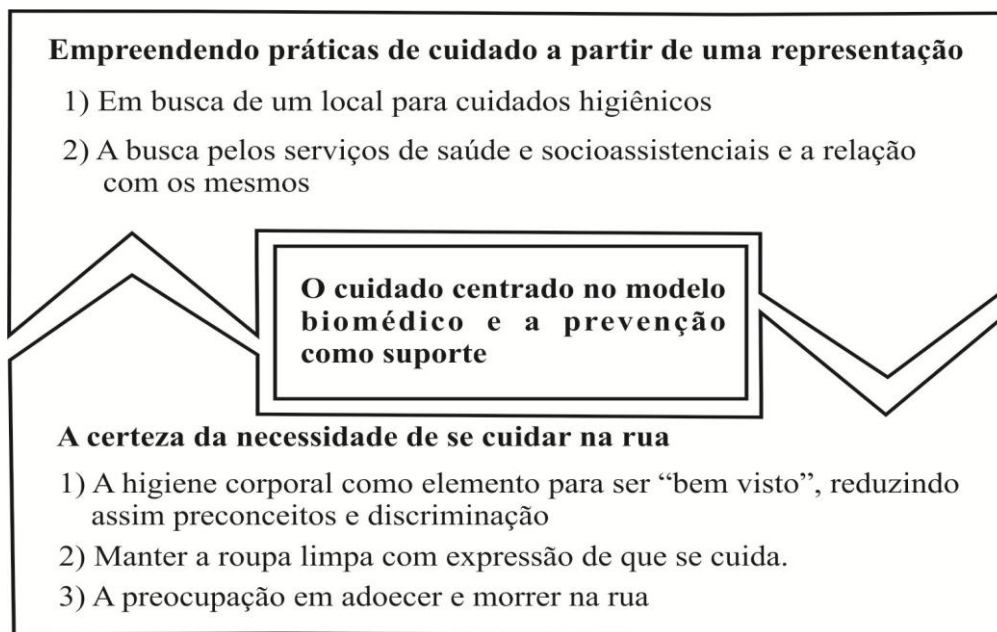
³⁴ Nota do diário de campo

Inferese que esses processos podem regular a vida das PSR na relação delas com elas mesmas, com o mundo e com a rua. As RS têm a capacidade de influenciar o comportamento de um indivíduo que participa de uma coletividade, e assim orientar as suas práticas (Moscovici, 2013).

Essa categoria reuniu elementos que afirmaram ser o cuidado de si um tema relevante para as PSR e fazer parte de seu cotidiano. O cuidado de si revelou aspectos em sua estrutura que coadunaram com as demais técnicas e que precisam ser considerados e reforçados, tanto nas práticas das/os profissionais, quanto pelas políticas de atenção a essa população. O cuidado retratado pelo grupo social investigado está para além do cuidado emsaúde, ele se amplia e perpassa por questões de ordem afetivas, que requer novos significados e olhares para o cuidado às PSR.

5.3.2 “O bom da vida é viver”: preciso tomar meu banho, ir no médico e me prevenir”

Nessa categoria ficou evidente que a vida tem fundamental importância para as PSR e para isso, o cuidado de si não pode ser negligenciado. O grupo investigado vê em si uma pessoa que tem direitos, que precisa mudar de vida e que para isso encontra alternativas de se sentir e viver bem. Ainda que o modelo hegemônico circule nas relações estabelecidas pelo grupo de pertença, outros repertórios, como ações preventivas, ocupam lugar de destaque em suas práticas cotidianas. Nesse sentido, essa categoria traz elementos do cuidado de si que são expressos na Figura 12.

FIGURA 12 – O cuidado centrado no modelo biomédico e a prevenção como suporte

FONTE: Elaboração da Pesquisadora, 2018

Essa categoria reúne elementos da Classe 3 (Figura 10) e se relaciona com práticas cotidianas que demonstram como as PSR se (pre)ocupam com elas mesmas e buscam, em meio à sua realidade, (re)fazer-se e se cuidar nas ruas. A partir das RS elaboradas nos processos de interações e comunicações sociais sobre o cuidado de si, as PSR assumem comportamentos e ações legítimas, com atitudes diversas diante da necessidade de se cuidar. Para Sá (2015), as práticas sociais são um conjunto de comportamentos e ações determinados pelas RS.

Em um contexto geral as PSR percebem o cuidado de si centrado na preocupação com a higiene e a aparência física (posto, roupa, banho, lavar, tomar, dente, banheiro, praia, sujo); e na preocupação em não ter problemas de saúde sérios que representaria mais um enfrentamento na rua. Observa-se na análise da figura 7 que as PSR valorizam práticas higiênicas, com destaque aos termos (roupa, banho, tomar, lavar, dente); associado ao sentimento/sensação de quais impressões causará nas pessoas (sujo); a necessidade do produto utilizado (água) e ambiente/local para essa prática (posto, banheiro, centro pop, praia). Tais resultados reforçam os dados que compõem a análise prototípica das RS bem como a organização da árvore máxima desimilitude. Os segmentos advindos das diversas técnicas indicam essas práticas:

“O banho é tudo, a pessoa precisa ter higiene e andar limpa” (P 1, homem, parda, na rua há 1 ano).

“Uma coisa boa é quando chove porque pego água ‘doce’ da chuva, bebo e tomo banho” (P 21, mulher, branca, na rua há 2 anos).

“Pra tomar banho faço qualquer coisa, vou num posto de gasolina, procuro uma torneira [...] sem banho não fico”(P 2, mulher, na rua há 3 anos).

“Suja eu não fico, não gosto de andar fedendo, tenho meus macetes e tomo banho no pop [...] se for final de semana, tomo no posto de gasolina”(P 13, mulher, negra, na rua há 2 anos).

“Se não tiver água doce, vai de água salgada mesmo [...] vou na praia e limpo meu corpo”(P 9, mulher).

“Pra escovar os dentes é fácil porque qualquer pouco de água dá, o duro é ficar sem banho, não aguento de jeito nenhum”(P 1, homem, parda, na rua há 1 ano)³⁵.

“As pessoas não aguentam ninguém sujo, fedorento[...] Quem não se asseia, não se higieniza, anda sujo, sofre preconceito e discriminação” (P 12, homem, parda, na rua há 2 anos).

“Andar limpo e com roupa limpa é se cuidar” (P 13, mulher, negra, na rua há 2 anos).

“Tenho que dormir em local limpo, tomar banho, cuidar da roupa. Considero a prevenção fundamental, principalmente, pra mim que moro na rua” (P 25, mulher).

Os fragmentos acima exibem situações em que as PSR valorizam a higiene corporal e o andar limpo. Essas práticas tomaram novos rumos a partir de meados do século XIX, quando a relação dos seres humanos com a água e com a higiene foram se modificando (VIGARELLO, 2006). O banho diário, com o uso de produtos como sabão, cremes é comum em nossa sociedade e isso está relacionado à importância dada em ocultar odores que sejam agradáveis às pessoas (RODRIGUES, 2006).

Durante as observações, as conversas com profissionais e entre os/as acolhidos/as valorizavam a prática do banho como simbólico na manutenção do cuidado e da saúde. “O banho revigora, tira as impurezas da noite e a gente se sente disposto [...]. Banho é vida, banho é saúde e bem-estar. [...] Vejo muita gente ‘fedida’, que não se cuida e isso não é bom pra quem tá em suas casas imagine pra o morador de rua. A pessoa suja é vista como ‘mendingo’, ‘vagabundo’ [...]”³⁶. O banho para as PSR aumenta a autoestima e contribui com a visibilidade social e com a qualidade de vida.

³⁵ Nota do diário de campo

³⁶ Nota do diário de campo

O corpo passa a ter uma conotação social que leva as pessoas a buscarem a limpeza como forma de prevenção, bem-estar e saúde (VIGARELLO, 1996). Para Jodelet (2001) sendo as RS um sistema de interpretações que gere a relação das pessoas com o mundo, e como outrem, vai orientar e organizar as condutas. Diante disso, a partir do objeto representado, as PSR tanto têm condutas que se relacionam às práticas higiênicas quanto a ações de cunho mais biologicista. Isso é evidenciado com os elementos (médico, posto de saúde, atender, AIDS, exame e consulta).

É observado nas práticas das PSR atitudes que na percepção delas pode evitar doenças o que tem estreita relação com suas vivências de que tratar algo na rua não é fácil. Salienta-se que em muitas situações as PSR buscam os serviços de saúde como última possibilidade pelas dificuldades de acesso bem pela relação de preconceitos enfrentada com alguns profissionais (SILVA; 2017; SANTOS, 2017). O cuidado de si é representado pela possibilidade de poder viver na rua de forma digna e para isso, o grupo social revela que ações de cunho biomédico fazem parte do seu cotidiano.

Para a prática do cuidado de si, as PSR destacam a figura de um profissional da equipe (médico); que está associado ao ambiente para a produção/promoção desse cuidado (posto de saúde, centro pop); a preocupação com a doença (aids) e a valorização das tecnologias de cuidado (atender, exame, consulta). Os excertos trazem essa realidade:

“[...] Eu vou no médico e levo meu companheiro pra fazer exame [...] Nós dois tem de se cuidar porque a aids ta aí” (P, mulher).

“Preciso ir no médico pra me cuidar, mas muitas vezes evito de ir porque pra o morador de rua as portas se fecham [...] As pessoas têm nojo e medo de nós” (P 2, homem).

“Os pessoal aqui do centro pop marca minha consulta, vou no posto de saúde e sou atendida pra ficar bem” (P 14, mulher, negra, na rua há 5 anos).

“O pessoal do Centro POP me ajuda a tirar meus documentos porque a pessoa que não tem documento,ela é inexistente, se ela morrer, morreu mas enquanto estiver viva tem que existir pra a sociedade e pra isso tenho que tirar meu documento. [...] Com ele vou poder me identificar pra qualquer pessoa, até pra polícia” (P 21, mulher, branca, na rua há 2 anos).

Os elementos dessa categoria apoiados na abordagem estrutural, em excertos das demais técnicas demonstram que as práticas empregadas pelas PSR são essenciais à vida em situação de rua. É possível perceber que mesmo na precariedade, essas pessoas

produzem vida e, conseqüentemente, empreendem formas variadas de se cuidar. Para Butler (2018) a precariedade pressupõe viver socialmente, ou seja, a vida de alguém está, de alguma forma, nas mãos do outro. Isso resulta em estar exposto e dependente daqueles a quem se conhece e a quem não se conhece. Tanto os discursos e as evocações, quanto as observações *in locu* deram conta dessa afirmativa: “Quando o POP não abre é mais complicado ainda, tomar banho, conseguir se consultar [...] Sábado e domingo é mais fácil ir no hospital, lá eles atende a gente e resolve, se o POP tá aberto, facilita porque dão o encaminhamento [...] bom mesmo era não tá dependendo de ninguém, mas na rua sempre precisamos dos conhecidos e dos desconhecidos³⁷”.

Outra situação muito frequente no cotidiano dessas pessoas era a preocupação com a aquisição de documentos, sendo mediado e facilitado pela/os profissionais que atuavam na unidade. A falta de documentação potencializava a invisibilidade das PSR e se configura em entrave ao acesso efetivo às políticas públicas, como os programas sociais, atendimento nos serviços de saúde, jurídicos e inserção no mercado de trabalho formal. É importante que a Enfermagem, atuando nos serviços de saúde, seja na gestão ou na assistência esteja sensível às realidades e histórias de vida de cada uma/m delas/es para minimizar as dificuldades e proporcionar o acolhimento.

A fala exhibe a necessidade de documentação como umas das estratégias para o cuidado de si:

“A Assistente Social já me ajudou a tirar meus documentos porque sem documento não sou atendido no posto de saúde, não posso me fichar numa empresa e sem dinheiro, como posso me cuidar? Como compro o alimento, uma roupa, uma merenda? [...] Pra se cuidar envolve muitas coisas, não é só a gente querer, tem que ter outras condições” [...] (P 16, homem, parda, na rua há 1 ano).

Percebe-se entre as PSR uma condição dita precária que para Butler (2015, p.46) “Designa a condição politicamente induzida na qual certas populações sofrem com redes sociais econômicas de apoio deficientes e ficam expostas de forma diferenciada às violações, à violência e à morte”. Como conseqüências, para a autora, as pessoas ficam mais susceptíveis a fome, pobreza, doenças e deslocamentos. Isso gera riscos e vulnerabilidades que podem dificultar as práticas de cuidado de si utilizadas pelas PSR. Os equipamentos de saúde e sociais, como as UBS, as ESF, Hospitais, Serviços de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), os CAPS, os Centros POP e demais centros de abrigamentos, nem sempre suprem as suas demandas e por vezes são

³⁷ Nota do diário de campo

responsáveis por afastamentos sucessivos e contínuos. A Enfermagem que é mais próxima das/os usuárias/os nas unidades de saúde, em sua busca ativa contempla ações para o resgate das PSR com estabelecimento de vínculo entre a equipe.

Tais afastamentos são provenientes das formas de inserção e acolhimento das PSR nos serviços. A relação que é estabelecida entre o/a usuário/a e os serviços, desde a sua recepção aos atendimentos pela equipe especializada, pode representar resultados positivos e/ou negativos em suas vidas. Desde a implantação da política do SUS na década de 1980, é discutida e fomentada a importância do direito ao acesso a serviços de qualidade para todas as pessoas, porém, por vezes essas ações são negligenciadas com impactos bastante negativos sobre a vida e saúde da população, sobretudo as mais carentes (BRASIL 2010; 2012; 2015).

Ainda que as PSR tenham compreensão sobre o cuidado e utilizem práticas que perpassam pela prevenção, é preciso que as/os profissionais de Enfermagem e de outras especialidades e categorias entendam as especificidades entre os grupos sociais e busquem atuar de forma mais adequada. O diálogo intersectorial em consonância com as políticas vigentes é essencial para o cuidado, minimizando, dessa forma, as dificuldades enfrentadas na rua. O estímulo a autonomia e corresponsabilização dos/as atores sociais surge como uma estratégia importante em todo esse processo.

Essa categoria associou tanto práticas vinculadas ao modelo biomédico em vigência, que ainda tem força nas relações sociais e nas representações dos diversos grupos, quanto nas práticas de cunho mais preventivo, relacionado à higiene. A realidade das ruas imprime nas pessoas modos diversos de (sobre)vivência e por esse aspecto cumpre destacar que é preciso valorizar os mais variados modos de saber-fazer. Vislumbra-se que as ações voltadas para as PSR sejam mais próximas de suas necessidades e expectativas com respeito à sua essência como seres plurais e dotados de saberes que os impulsionam à prática do cuidado de si.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Essa pesquisa revelou que a utilização do espaço público como local de moradia permanente expõe um cenário de perdas e de inúmeras vulnerabilidades. As pessoas que vivem em situação de rua denunciam situações extremas de desigualdades sociais que reverberam políticas pouco efetivas e algumas inadequadas. Apesar dessa realidade, as conquistas sociais desse grupo, ao longo dos anos, evidenciaram o poder de mudanças que as minorias têm quando se organizam e acreditam em sua capacidade. Os esforços dos movimentos sociais, pesquisadoras/es, organizações não governamentais e das pessoas que vivem nas ruas, têm contribuído para reflexões e diálogos multifacetados sobre os direitos que são negados a esse grupo, direito de viver e não apenas sobreviver.

Os dados aqui produzidos possibilitaram a compreensão da relação do fenômeno estudado com os diversos elementos que o compõem. A estrutura da representação social do grupo investigado evidenciou que o cuidado na rua é exercitado diariamente como uma forma de expressão de pessoas que se ocupam com elas mesmas e que veem no cuidado de si o símbolo da vida. O alimento foi representado como o ‘combustível’ sem o qual o corpo desfalece. As equipes multiprofissionais que atuam junto a esse segmento têm, nesse aspecto, uma alternativa viável para aproximação dessas pessoas que, apesar de serem vistas pelos olhos físicos, são (in)visíveis aos olhos da alma.

As/os participantes valorizam a sua existência e reivindicam, não só dos gestores, mas da sociedade, o olhar atento e sensível às suas demandas de cuidado e de saúde. Não se pode negar ou maquiagem a existência de pessoas vivendo nas ruas, esse fenômeno é real e requer profissionais implicados com o enfrentamento da situação. O planejamento das ações em saúde precisa ser transversal, incorporado ao cotidiano do trabalho da Enfermagem e de outras especialidades e, da realidade de quem vive nas ruas. A equipe de Enfermagem juntamente com os demais profissionais, ao acolher essas pessoas precisa refletir sobre o agir e o pensar em saúde. Conhecer os aspectos subjetivos e simbólicos desse grupo social sobre o cuidado de si foi fundamental para (re)pensar o emprego de políticas de saúde e sociais que estejam mais alinhadas às suas necessidades.

As construções teóricas são importantes no processo de trabalho, mas as ações humanizadas são potencializadoras e fundamentais no exercício do direito à cidadania de usuárias e usuários. As ações coletivas, intersetoriais e com envolvimento das pessoas em situação de rua no fazer em saúde, podem contribuir com a sua reinserção social e com a reorganização dos serviços. A imersão no universo das/os participantes

permitiu compreender o quão importante é a relação com o outro. Esse outro que é tão desigual, mas que reflete a imagem do eu de forma tão reveladora. Viver a rua foi necessário para que práticas utilizadas no cotidiano de vida daquelas pessoas não fossem interpretadas como um (des)cuidado e levasse a conclusões inadequadas. As representações sociais de um grupo nem sempre podem ser apreendidas em sua totalidade ouvindo as narrativas das/os participantes. É preciso se aproximar e enxergar além do que é dito, o não dito nesse momento é essencial.

Os desafios foram muitos, mas o empenho e interesse, não só em fazer a pesquisa, mas em atuar com ações políticas que gerassem empoderamento e autonomia das PSR em suas práticas cotidianas, foram significativas e motivadoras para a execução das ações. A busca por parcerias em Salvador e em Ilhéus para compor estratégias factíveis e que gerassem novos olhares e movimentos tanto nas PSR, quanto nos profissionais, inscreveu-se como uma alternativa ao cuidado adequado e próximo da realidade daqueles que se encontram em situação de rua.

Vislumbra-se a realização de pesquisas com a temática com alunas de graduação em Enfermagem da UESC e alunas de iniciação científica, visando a interdisciplinaridade com outros grupos de pesquisa, fortalecimento de estratégias de pesquisa na Enfermagem e a promoção de um cuidado integral não só às PSR, mas àquelas em situação de vulnerabilidades. Foi possível a aproximação com profissionais de diferentes áreas, com reflexões importantes e relevantes marcando um momento de parcerias necessárias para, no futuro, além das ações já descritas, compor um projeto multicêntrico voltado às temáticas abordadas pelo grupo.

A parceria ensino-serviço-comunidade desenvolvida suscitou reflexões e contribuiu com a qualidade das atividades realizadas, com resultados positivos para a vida e saúde das pessoas da unidade. Tais práticas geraram inúmeras e diversas aproximações com as pessoas que participaram dessa pesquisa. O estudo poderá levar a avanços teóricos no que tange às representações sociais e ao cuidado de si de PSR com a possibilidade de implementação de ações para as intervenções adequadas. Os saberes e conhecimento aqui produzidos, alinhados com uma ecologia de saberes, poderão contribuir para reflexões e ressignificações do cotidiano do cuidado de si proposto por PSR.

O estudo permitiu aproximações significativas com o grupo investigado, com o Movimento Nacional População e Rua, estreitando distância, fortalecendo vínculos e contribuindo com o (re)pensar do viver desse grupo. Os dados produzidos têm sido

divulgados em eventos nacionais e internacionais com participação ampla de profissionais de todas as áreas temáticas, discentes e pessoas que vivem na rua. Isso tem permitido a divulgação de conhecimentos sobre o autocuidado na rua de forma a contribuir com a formação continuada, discussões e aprendizados.

Objetiva-se ainda, novos aprofundamentos na temática, com publicações em periódicos, bem como a produção de livro para a publicização de temática tão relevante e original.

REFERÊNCIAS

ABRIC, J. C. **Coopération, compétition et représentations sociales**. Coussel: DelVal, 1987.

_____. A abordagem estrutural das representações sociais. *In*: MOREIRA, Antonia Silva Paredes; OLIVEIRA, Denize Cristina. (org.). **Estudos interdisciplinares em representação social**. Goiânia: AB Editora, 2000. p. 27-38.

_____. *Méthodologie de recueil des représentations sociales*. *In*: ABRIC, Jean-Claude. **Pratiques sociales et représentations**. 2. ed. Paris: PUF, 1994.

_____. Abordagem estrutural das representações sociais: desenvolvimentos recentes. *In*: CAMPOS, Pedro Humberto Faria; LOUREIRO, Marcos Corrêa da Silva. (org.). **Representações sociais e práticas educativas**. Goiânia: Ed. da UCG, 2003. p. 37-57.

_____. A zona muda das representações sociais. *In*: OLIVEIRA, Denize Cristina; CAMPOS, Pedro Humberto Faria. (org.). **Representações sociais: uma teoria sem fronteiras**. Rio de Janeiro: Museu da República, 2005. p. 23-34.

_____. O estudo experimental das representações sociais. *In*: JODELET, Denise (org.). **As representações sociais**. Rio de Janeiro; Eduerj, 2001. p. 155-171,.

AGUIAR, M. M; IRIART, J. A. B. 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, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012000100012&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 10 jan. 2016.

ALMEIDA, D. A. C; Morador de rua: Da questão social para a questão midiática. **Puçá: Revista de Comunicação e Cultura na Amazônia**. Belém, v. 1, n. 1. p. 77- 102, jan./jun. 2011. Disponível em: <http://revistaadmmade.estacio.br/index.php/puca/article/view/95/92>. Acesso em: 11 jun. 2016.

ALMEIDA, J. A. et al. Factors associated with food insecurity risk and nutrition in rural settlements of families. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 22, n. 2, p. 479-488, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017000200479&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 10 mar. 2018.

ALVAREZ, A. M. S; ALVARENGA, A. T; RINA, S. C. S. A. D. Histórias de vida de moradores de rua, situações de exclusão social e encontros transformadores. **Saude soc.**, v. 18, n. 2, p. 259-272, jun. 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902009000200009&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 10 jul. 2016.

ALVES-MAZZOTTI, A. J. Impacto da pesquisa educacional sobre as práticas escolares. *In*: ZAGO, N; CARVALHO, M. P; VILELA, R. A. T. V. (org.). **Itinerários de pesquisa perspectivas qualitativas sociologia da educação**. Rio de Janeiro: Lamparina, 2011. p. 33-47.

_____. Representações sociais de meninos de rua. **Educação & Realidade**, v. 22, n. 1, p. 183-207, 1997. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/educacaoerealidade/article/view/71471/40547>. Acesso em: 22 out. 2016.

ANÉAS, T. V; AYRES, J. R. C. M. Significados e sentidos das práticas de saúde: a ontologia fundamental e a reconstrução do cuidado em saúde. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 15, n. 38, p. 651-662, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832011000300003&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 10 set. 2016.

ANDRADE, L. P; COSTA, S. L; MARQUETTI, F. C. A rua tem um ímã, acho que é a liberdade: potência, sofrimento e estratégias de vida entre moradores de rua na cidade de Santos, no litoral do Estado de São Paulo. **Saude soc.**, São Paulo, v. 23, n. 4, p.1248-1261, dez. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902014000401248&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 17 ago. 2016.

ARGINTARU, N. et al. A cross-sectional observational study of unmet health needs among homeless and vulnerably housed adults in three Canadian cities. **BMC Public Health**, London, v. 13, n. 577, p. 1-9, 2013. Disponível em: <https://bmcpublihealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-13-577>. Acesso em: 10 ago. 2016.

ARISTIDES, J. L; LIMA, J. V. C. Processo saúde-doença da população em situação de rua da Cidade de Londrina: aspectos do viver e do adoecer. **Espaço para a Saúde**, Londrina, v. 10, n. 2, p. 43-52, jun. 2009. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&base=LILACS&nextAction=Ink&lang=p&indexSearch=ID&exprSearch=528445&label=Processo%20sa%20FAdo%20doen%20da%20popula%20em%20situa%20de%20rua%20da%20cidade%20de%20londrina:%20aspectos%20do%20viver%20e%20do%20adoecer>. Acesso em: 10 nov. 2015.

ARRUDA, A. Feminismo, gênero e representações sociais. **Textos de História**, Brasília, vol. 8, n. 1/2, p. 113-138, 2000. Disponível em: <http://periodicos.unb.br/index.php/textos/article/view/5906/4883>. Acesso em: 15 set. 2016.

_____. O estudo das Representações sociais: uma contribuição à psicologia social no nordeste. **Revista de Psicologia**, Fortaleza, v. 1, n. 1, p.5-14, jan./dez.1983. Disponível em: http://www.repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/10599/1/1983_art_amsarruda.pdf. Acesso em: 16 set. 2017.

_____. Teoria das representações sociais e teorias de gênero. **Cad. Pesqui.**, São Paulo, n. 117, nov. p. 127-47, 2002. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-15742002000300007&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 14 set. 2016.

_____. Meandros da teoria: a dimensão afetiva das representações sociais. In: ALMEIDA, Angela Maria de Oliveira; JODELET, Denise (org.). **Representações**

sociais: interdisciplinaridade e diversidade de paradigmas. Brasília: Thesaurus, 2009.p. 83-102

_____. Novos significados da saúde e as representações sociais. *In:* SOUSA Clarilza Prado; ENS, Romilda Teodora; VILLAS-BÓAS, Lúcia; NOVAES, Adelina de Oliveira; STANICH, Karina A. Biasoli. (org.). **Angela Arruda e as representações sociais:** estudos selecionados. Curitiba: Champagnat; São Paulo: Fundação Carlos Chagas; 2014. p. 315-326.

AYRES, J. R. C. M. Organizações das ações de atenção à saúde: modelos e práticas. **Saude soc.**, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 11-23, jun. 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902009000600003&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 18 jun. 2016.

_____. Cuidado e humanização das práticas de saúde. *In:* DESLANDES, Suely Ferreira (org.). **Humanização dos cuidados em saúde:** conceitos, dilemas e práticas. Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 2006. P. 49-83.

BARATA, R. B; JUNIOR, N. C; RIBEIRO, M. C. S. A. Desigualdade social em saúde na população em situação de rua na cidade de São Paulo. **Saude 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: 6 dez. 2016.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo.** São Paulo: Edições 70, 2011.

BARROS, R. S; BOTAZZO, C. Subjetividade e clínica na atenção básica: narrativas, histórias de vida e realidade social. **Ciênc Saúde Coletiva**, n.16, p. 4337-48, 2011. Acesso de 10 de novembro de 2018. Disponível: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232011001200006&script=sci_abstract.

BISCOTTO, P. R. et al. Understanding of the life experience of homeless women. **Rev. esc. enferm. USP**, v. 50, n. 5, p. 749-755, Oct. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342016000500749&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 9 fev. 2017.

BOFF, L. **Saber cuidar:** ética do humano- compaixão pela terra. 20.ed. Petrópolis, Vozes, 2014.

_____. **O cuidado necessário.** 2 ed. Petrópolis, Vozes, 2013

BORYSOW, I. C; FURTADO, J. P. Access, equity and social cohesion: evaluation of intersectoral strategies for people experiencing homelessness. **Rev. esc. enferm. USP**, v. 48, n. 6, p. 1069-1076, Dec. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342014000601069&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 16 set. 2017.

BOTTI, N. et al. Prevalência de depressão entre homens adultos em situação de rua em Belo Horizonte. **J. bras. psiquiatr.**, Rio de Janeiro, v. 59, n. 1, p. 10-16, 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852010000100002&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 18 set. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Participativa, Departamentos de Apoio à Gestão Participativa. **Saúde da população em situação de rua: um direito humano**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_populacao_situacao_rua.pdf. Acesso em: 15 set. 2016.

_____. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República. **Diálogos sobre a população em situação de rua no Brasil e na Europa: experiências do Distrito Federal, Paris e Londres**. Brasília: SDH, 2013. Disponível em: http://sectordialogues.org/sites/default/files/acoes/documentos/publicacao_dialogos_sobre_a_populacao_em_situacao_de_rua_no_brasil_e_na_europa.pdf. Acesso em: 11 jan. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual sobre o cuidado à saúde junto à população em situação de rua**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_cuidado_populacaorua.pdf. Acesso em: 10 de set. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual sobre o cuidado à saúde junto à população em situação de rua**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012c. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_cuidado_populacaorua.pdf. Acesso em: 10 de set. 2015.

_____. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, p. 59-62, 13 jun. 2013b. Disponível em: <http://sintse.tse.jus.br/documentos/2013/Jun/13/para-conhecimento/cns-resolucao-no-466-de-12-de-dezembro-de-2012>. Acesso: 10 de set. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem**. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2014/maio/21/CNSH-DOC-PNAISH---Principios-e-Diretrizes.pdf>. Acesso em: 26 out. 2016.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação Departamento de Avaliação e Monitoramento. **Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua**. Brasília: Ministério da Saúde; 16p, 2008a. 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 em: 07/10/2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Saúde da população em situação de rua: um direito humano**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_populacao_situacao_rua.pdf. Acesso em: 10 nov. 2016.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social. **Pesquisa nacional sobre a População em situação de rua**. 2008. 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: 12 nov. 2015.

_____. **8a Conferência Nacional de Saúde**. Relatório final. Brasília. Ministério da Saúde. 1986. Disponível em:
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8_conferencia_nacional_saude_relatorio_final.pdf. Acesso em: 10 abr. 2016.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. 28. ed. São Paulo: Saraiva, 2001.

_____. **Lei nº. 8080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: DF, Presidência da República, [1990]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm. Acesso em: 10 jul. 2018.

_____. CIAMPRUA. Comitê Intersectorial de Acompanhamento e Monitoramento da Política Nacional para População em Situação de Rua. **Relatório preliminar do Seminário Internacional de Metodologia para pesquisas sobre população em situação de rua**. Brasília, 2010.

_____. **Decreto nº 7.053 de 23 de dezembro de 2009**. Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersectorial de Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências. Brasília, DF, Presidência da República, [2009]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d7053.htm. Acesso em: 10 de nov. 2015.

_____. **Censo SUAS 2016 – Resultados Nacionais, Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua, CentroPOP**. Brasília: Coordenação-Geral de Vigilância Socioassistencial. Secretaria Nacional de Assistência Social; Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, 2017.

_____. **Censo SUAS 2015 – Resultados Nacionais, Centros de Referência Especializado para População em Situação de Rua, Centro POP**. Brasília: Coordenação Geral de Vigilância Socioassistencial. Secretaria Nacional de Assistência Social; Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, 2016. Disponível em: http://aplicacoes.mds.gov.br/sagi/dicivip_datain/ckfinder/userfiles/files/Censo_SUAS_2015/Censo%20SUAS%202015_CRAS_Tabelas.pdf. Acesso em: 21 jan. 2017.

BRÊTAS, A. C. P. et al. Quem mandou ficar velho e morar na rua? **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 44, n. 2, p. 476-481, jun. 2010. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342010000200033&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 21 jan. 2016.
 BUARQUE, C. Apresentação: olhar a(da) rua. In: BURSZTYN, Marcel. (org.). **No meio da rua: nômades, excluídos e viradores**. Rio de Janeiro: Garamond, 2000. p. 7-10.

BURT, M; ARON, L; Lee, E. **Helping America's homeless: emergency shelter or affordable housing?**. Washington: The Urban Institute Press, 2001.

BUSTAMANTE, V; MCCALLUM, C. Cuidado e construção social da pessoa: contribuições para uma teoria geral. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 673-692, set. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312014000300673&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 21 set. 2016.

BUTLER, J. **Quadros de guerra: quando a vida é passível de luto?**. 4. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2018.

CAMARGO, B.V. O que o caminho interdisciplinar brasileiro da teoria das representações sociais não favorece?. *In*: MOREIRA, A. S. P; CAMARGO, B.V. (org.). **Contribuições para a teoria e o método de estudos das representações sociais**. João Pessoa: Editora Universitária da UFPB, 2007. p. 93-112.

_____; JUSTO, A. M. IRAMUTEQ: um software gratuito para análise de dados textuais. **Temas psicol.**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 2, p. 513-518, dez. 2013. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2013000200016&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 10 abr. 2017.

_____; CAMPOS, P. H. F; TORRES, T. L; STUHLER, G. D; MATÃO, M. E. L. Representações sociais de saúde e cuidado: um estudo multicêntrico sobre vulnerabilidade masculina. **Temas psicol.**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 1, p. 179-192, jun. 2011. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2011000100014&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 25 set. 2017.

_____; BOUSFIELD, A. B. S. Em direção a um modelo explicativo da relação entre representações sociais e práticas relativas à saúde: uma ideia de adesão representacional. *In*: CHAMON, Edna Maria Querido de Oliveira; GUARESCHI, Pedrinho Arcides; CAMPOS, Pedro Humberto Faria. (org.). **Textos e debates em representação social**. Porto Alegre: Abrapso, 2014. p. 261-284.

CAÇADOR, B. S; BRITO, M. J. M; MOREIRA, D. A; REZENDE, L. C; VILELA, G. S. Being a nurse in the Family Health Strategy Programme: challenges and possibilities. **Rev Min Enferm.** v.19, n. 3, p. 620-626. jul/set; 2015. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/1027>. Acesso em: 20 out. 2018.

CAMPOS, P. H. F. As representações como forma de resistência ao conhecimento científico. *In*: OLIVEIRA, D. C; CAMPOS, P. H. F. (org.). **Representações sociais, uma teoria sem fronteiras**. Rio de Janeiro: Museu da República, 2005. p.85-98.

_____. Representações sociais, risco e vulnerabilidade. **Revista Tempus Actas de Saúde Coletiva**, 2012, p. 13-34. Disponível em: <http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/1153/1052>. Acesso em: 21 jul. 2016.

CAMPOS, G. W. S; FIGUEIREDO, M. D; JÚNIOR, N. P; CASTRO, C. P. A aplicação da metodologia Paideia no apoio institucional, no apoio matricial e na clínica ampliada. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v.18, supl.1, p. 983-995, 2014. Disponível em:<http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622013.0324>. Acesso em: 6 mar. 2017.

CANCLINI, N. G. **Culturas híbridas**: estratégias para entrar e sair da modernidade. São Paulo: EDUSP, 1997. p.283-350.

CARMO, M. E; GUIZARDI, F. L. O conceito de vulnerabilidade e seus sentidos para as políticas públicas de saúde e assistência social. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 3, e00101417, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2018000303001&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 14 jun. 2018.

CARAVACA-MORERA, J. A; PADILHA, M. I. A dinâmica das relações familiares de moradores de rua usuários de crack. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 106, p. 748-759, set. 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042015000300748&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 10 jan. 2016.

CARVALHO, E. S. S. **Viver a sexualidade com o corpo ferido**: representações sociais de mulheres e homens. 2010. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, Bahia, 2010. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/ri/handle/ri/12921>. Acesso em: 21 jul. 2017.

CERVO, A. L; BERVIAN, P. A; SILVA, R. **Metodologia científica**. 6. ed. São Paulo: Pearson, 2007.

CHENG, J. M; HISCOE, L; POLLOCK, S. L; HASSELBACK, P; GENDY, J. L; PARKER, R. A clonal outbreak of tuberculosis in homeless population the interior of British Columbia, Canada, 2008-2015. **Epidemiol Infect.**, Cambridge, v. 143, n. 15, p. 3220-3226, Nov. 2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26018109>. Acesso em: 21 jul. 2016.

CITELI, M. T. Fazendo diferenças: teorias sobre gênero, corpo e comportamento. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 9, n. 1, p. 131-145, jan. 2001. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/ref/article/view/S0104-026X2001000100007>. Acesso em: 21 set 2016.

COLLIÈRE, M. F. **Cuidar...A primeira arte da vida**. 2. ed. Loures: LUSOCIÊNCIA, 2003.

COLLINS, S. E; MALONE, D. K; CLIFASEFI, S. L. Housing retention in single-site housing first for chronically homeless individuals with severe alcohol problems. **Am J Public Health**, Maryland, v. 103, supl.2, Dec. 2013. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3969126/>. Acesso em: 21 set. 2016.

COSTA, A. P. M. População em situação de rua: contextualização e caracterização. **Revista Virtual Textos & Contextos**, nº 4, dez. 2005. Disponível em:

<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/view/993/773>. Acesso em: 9 nov. 2015.

COSTA, J. M; ELIANE, M; PATRÍCIA, D; LUIZ, H. Á. Território e qualidade de vida: complexidades sócio espacial do morador de rua em Porto Alegre, RS, **Brasil.Rev.Hologramática**, Buenos Aires, ano VI, n. 7, p. 23-47, 2007.. Disponível em <http://www.cienciared.com.ar/ra/doc.php?n=687>. Acesso em 10 de dez 2015.

COSTA, S. L. et al. Gestantes em situação de rua no município de Santos, SP: reflexões e desafios para as políticas públicas. **Saude soc.**, São Paulo, v. 24, n. 3, p. 1089-1102, set. 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902015000301089&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 25 set. 2016.

COUTINHO, M. P. L. **Depressão infantil**: uma abordagem psicossocial. João Pessoa: Editora Universitária, 2001.

_____; SERAFIM; R. C. N. S; ARAÚJO, L. S. A aplicabilidade do Desenho-Estória com Tema no campo da pesquisa. *In*: COUTINHO, M. P. L; SARAIVA, E.R. A (org.). **Métodos de pesquisa em psicologia social**: perspectivas qualitativas e quantitativas. João Pessoa: Editora Universitária, 2011. p. 205-250.

COUTO, M. T. *et al.* O homem na atenção primária à saúde: discutindo a (in)visibilidade a partir da perspectiva de gênero **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 14, n. 33, p. 257-270, jun. 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832010000200003&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 21 set. 2016.

CRESWELL, J. W. **Projeto de pesquisa**: métodos qualitativo, quantitativo e misto. Porto Alegre: Artmed, 2007.

CRIVARO, E. T; ALMEIDA, I. S; SOUZA, I. E. O.O cuidar humano: articulando a produção acadêmica de enfermagem ao cuidado e ao cuidador. **R Enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 248-54, abr/jun. 2007. Disponível em: <http://https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/10786/2/O%20Cuidar%20Humano%20articulando%20a%20produ%C3%A7%C3%A3o%20acad%C3%AAmica%20de%20enfermagem%20ao%20cuidado%20e%20ao%20cuidador..pdf>. Acesso em: 10 de set. 2017.

DAURE, I; REYVERAND-COULON, O; FORZAN, S. Relações familiares e migração: um modelo teórico-clínico em psicologia. **Psicol. clin.**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 1, p. 91-108, jun. 2014. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-56652014000100007&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 21 set. 2016.

DELBONI, M. C. C; AREOSA, S. V. C; REMOALDO, P. C. C; OLIVEIRA, M. C. C. Envelhecimento e representações sociais sobre a participação política em Portugal e no Brasil. **Psicologia e Saber Social**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 101-112, out. 2017. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/psi-sabersocial/article/view/30669>. Acesso em: 29 jan. 2018.

DIMENSTEIN, G. **O cidadão de papel**: a infância, a adolescência e os direitos humanos no Brasil. São Paulo: Ática, 23.ed. 2011.

DONOSO, M. T. V; BASTOS, M. A. R; FARIA, C. R; COSTA, A. A. Estudo etnográfico sobre pessoas em situação de rua em um grande centro urbano. **REME Rev Min Enferm.**, Belo Horizonte, v. 17, n. 4, p. 894-901, out./dez. 2013. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/894>. Acesso em: 21 jun. 2016.

DURÁN, M. Á. **La ciudad compartida**: conocimiento, afecto y uso. Santiago de Chile: EdicionesSUR, 2008.

ESCOREL, S. **Vidas ao leu**: trajetórias de exclusão social. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

ESTIVALET, A. G. **Os jovens e a rua**: trajetórias dos sem-lugar. Curitiba: Appris, 2014.

FARIAS, F. L. R. FUREGATO, A. R. F. O dito e o não dito pelos usuários de drogas, obtidos mediante as vivências e da técnica projetiva **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 5, p. 700-707, out. 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692005000500014&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 10 nov. 2015.

FAZEL, S; GEDDES, J. R; KUSHEL, M. The health of homeless people in high-income countries: descriptive epidemiology, health consequences, and clinical and policy recommendations. **The Lancet**, v. 384, e9953, p. 1529-1540, 2014. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(14\)61132-6/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(14)61132-6/fulltext). Acesso em: 21 set. 2016.

FERNANDES, F. S. L; RAIZER, M. V; BRÊTAS, A. C. P. Pobre, Idoso e na Rua: Uma Trajetória de Exclusão. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n. spe, p. 755-761, out. 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692007000700007&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 22 jan. 2016.

FERREIRA, C. P. S; ROZENDO, C. A; MELO, G. B. Consultório na Rua em uma capital do Nordeste brasileiro: o olhar de pessoas em situação de vulnerabilidade social. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 8, e00070515, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2016000805003&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 21 jul. 2017.

FIORATI, R. C; CARRETTA, R. Y. D; PANÚNCIO-PINTO, M. P; LOBATO, B. C; KEBBE, L. M. População em vulnerabilidade, intersetorialidade e cidadania: articulando saberes e ações. **Saude soc.**, São Paulo, v. 23, n. 4, p. 1458-1470, dez. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902014000401458&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 12 jul. 2016.

FOUCAULT, M. **A hermenêutica do sujeito**. 3. Ed. São Paulo: Martins Fontes, 2011.

FRANKEN, I; COUTINHO, M. P. L; RAMOS, N. Migração e qualidade de vida: um estudo psicossocial com brasileiros migrantes. **Estud. psicol. (Campinas)**, Campinas, v. 26, n. 4, p. 419-427, dez. 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2009000400002&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 21 jul. 2016.

FUNDAÇÃO INSTITUTO de PESQUISAS ECONÔMICAS (FIPE). Prefeitura Municipal de São Paulo, Secretaria de Assistência e Desenvolvimento Social - SMADS. São Paulo, 2015

GASKELL, G. Entrevistas individuais e grupais. In: **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. 13.ed. Petrópolis: Vozes, 2018. p. 64-89.

GEERTZ, C. **A interpretação das culturas**. Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos, 1989.

GEREMEK, B. **Os filhos de Caim: vagabundos e miseráveis na literatura europeia, 1400-1700**. São Paulo: Cia. das Letras, 1995.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GOLDEMBERG, M. **A arte de pesquisar: como fazer pesquisa qualitativa em Ciências Sociais**. 8.ed. Rio de Janeiro: Record, 2004.

GUARESCHI, N. M. F; REIS, C. D; HUNING, S. M; BERTUZZI, L. D. Intervenção na condição de vulnerabilidade social: um estudo sobre a produção de sentidos com adolescentes do programa do trabalho educativo. **Estud. psicol. (Campinas)**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, jun. 2007. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812007000100003&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 20 set. 2016.

GUARESCHI, P; ROSO, A. Teoria das Representações Sociais: sua história e seu potencial crítico e transformador. In: CHAMON, E. M. Q. O; GUARESCHI, P. A; CAMPOS, P. H. F. **Textos e debates em representação social**. Porto Alegre: Abrapso, 2014. p. 17-40.

GUARESCHI, P. A. A ideologia: um terreno minado. **Psicologia e Sociedade**, São Paulo, vol. 8, n. 2, p. 82-94, 1996.

_____. Ideologia. In: JACQUES, Maria da Graça Corrêa; STREY, Marlene Neves; BERNARDES, Maria Guazzelli; GUARESCHI, Pedrinho Arcides; FONSECA, Tânia Mara Galli. (org.). **Psicologia social contemporânea**. Petrópolis: Vozes, 2002. p. 89-103.

HALLAIS, J. A. S; BARROS, N. F. 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.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2015000701497&lng=en&nrm=iso. Acesso em 12 fev. 2018.

HALPERN, S. C. et al. Vulnerabilidades clínicas e sociais em usuários de *crack* de acordo com a situação de moradia: um estudo multicêntrico em seis capitais brasileiras. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 6, e00037517, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017000605002&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 29 jan. 2017.

HARDT, M; NEGRI, A. **Multidão**: guerra e democracia na era do Império. Rio de Janeiro: Record, 2005.

HERZLICH, C. Saúde e doença no início do séculoXXI: entre a experiência privada e a esfera pública. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 383-394, jul. 2004. Disponível em:http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312004000200011&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 29 de nov. 2016.

HOLSTON, J. **Cidadania insurgente**: disjunções da democracia e da modernidade no Brasil. São Paulo: Companhia das Letras, 2013.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA). **Estimativa da população em situação de rua no Brasil**. Brasília: IPEA, 2016. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/TDs/26102016td_2246.pdf. Acesso em 21 jul. 2017.

JODELET, D. Representações sociais: um domínio em expansão. *In*: JODELET, Denise (org.). **As representações sociais**. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2001.p.17-44.

_____. **Loucura e representações sociais**. 2.ed. Petrópolis: Vozes, 2015.

_____. Os marcadores da subjetividade na análise das representações sociais ou o jogo das subjetividades na experiência educativa. *In*: ORNELLAS, M. L. S (org.). **Representações sociais e educação**: letras imagéticas IV. Salvador. EDUFBA, 2017. p. 23-38.

_____. O encontro dos saberes. *In*: JESUINO, J. C; MENDES, F. R. P.; LOPES, M. J (org.). **As representações sociais nas sociedades em mudança**. Petrópolis: Vozes, 2015. p.59-79.

_____. Imbricações entre representações sociais e intervenção. *In*: MOREIRA, Antonia Silva Paredes; CAMARGO, Brígido Vizeu. (org.). **Contribuições para a teoria e o método de estudos das representações sociais**. João Pessoa: Editora Universitária, 2007. p. 45-74.

JOVCHELOVITCH, S. Vivendo a vida com os outros: intersubjetividade, espaço público e representações sociais. *In*: GUARESCHI, P; JOVCHELOVITCH, S (org.). **Textos em representações sociais**. 14. ed. Petrópolis: Vozes, 2013. p. 53-72.

JUNQUEIRA, M. F. P.S; DESLANDES, S. F. Resiliência e maus-tratos à criança. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 19, n. 1, 2003. Disponível em:<https://www.scielo.br>. Acesso em: 10 de Nov. 2018.

KHANDOR, E; MASON, K; CHAMBERS, C; ROSSITER, K; COWAN, L; HWANG, S. W. Access to primary health care among homeless adults in Toronto, Canada: results from the Street Health survey. **Open Medicine**, Maryland, v. 5, n. 2, 2011. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3148004/pdf/OpenMed-05-e94.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2015.

LAURENTI, R; MELLO-JORGE, M. H. P; GOTLIEB, S. L. D. Perfil epidemiológico da morbimortalidade masculina. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 35-46, mar. 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000100010&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 29 nov. 2018.

LEVILLE, C; DIONNE, J. **A construção do saber: manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas**. Porto Alegre: Artmed; Belo Horizonte, Editora UFMG, 2008.

LEVINAS, E. **Ética e infinito**. Tradução de João Gama. Lisboa: Edições 70, 2007.

_____. **Totalidade e infinito**. Tradução de José Pinto Ribeiro. Lisboa: Edições 70, 2008.

LONDERO, M. F. P; CECCIM, R. B; BILIBIO, L. F. S. Consultório de/na rua: desafio para um cuidado em verso na saúde. **Interface (Botucatu), Botucatu**, v. 18, n. 49, p. 251-260, jun. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832014000200251&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 21 abr. 2016.

LOUBACK, C. T. S. **A conjugalidade intercultural de brasileiras: uma análise sistêmica de posts em blogs**. 2012. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2012. Disponível em: <https://tede2.pucsp.br/handle/handle/15206>. Acesso em: 21 abr. 2016.

LOVISI, G. M. **Avaliação de distúrbios mentais em moradores de albergues públicos das cidades do Rio de Janeiro e de Niterói**. 2000. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2000. Disponível em: <https://portaldeseres.icict.fiocruz.br/pdf/FIOCRUZ/2000/lovisigmd/capa.pdf>. Acesso em: 17 set. 2016.

MADEIRA, M. C. Representações sociais e educação: importância teórico-metodológica de uma relação. *In*: MOREIRA, A. S. P (org.). **Representações sociais, teoria e prática**. João Pessoa. Editora Universitária, 2001. p. 123-144.

_____. Um aprender do viver: educação e representação social. *In*: MOREIRA, Antonia Silva Paredes; OLIVEIRA, D. C (org.). **Estudos interdisciplinares de representação social**. Goiânia: AB, 2000. p. 239-250.

MALHOTRA, N.K. **Pesquisa de marketing**. 3. ed. Porto Alegre: Bookman, 2001.

MARTINS, J. S. **O massacre dos inocentes: a criança sem infância no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1991.

- MARX, K. **O capital**. 12.ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1988. Livro 1.v. 2.
- MATOS, M. Y. C; SILVA, L. M; COSTA, R. S. D. Ser idoso em situação de rua: representações sociais de idosos. *In*: TURA, L. F. R; SILVA, A. O. (org.). **Envelhecimento e representações sociais**.Rio de Janeiro: Faperj, 2012. p. 169-199.
- MEIRELLES, M. M. Reflexão sobre políticas de drogas no Brasil. *In*: GARCIA, M. R. V; FRANCO, Y. O (Org.). **Usuários de drogas: da invisibilidade ao acolhimento**. Sorocaba: Eduniso, 2013.p. 41-48.
- MELO, T. H. A. G. **A rua e a sociedade**: articulações políticas, socialidade e a luta por reconhecimento da população em situação de rua. 2011. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) –Universidade Federal da Paraná, Curitiba, 2011. Disponível em: <http://www.humanas.ufpr.br/portal/ppga/files/2012/04/A-Rua-e-a-Sociedade-Melo-Completa2.pdf>. Acesso em: 21 jul. 2016.
- MERHY, E. E. Multidão: esfinge da saúde pública, lugar de inflexão, ideias do bem comum. **Saude soc.**, São Paulo, v. 24, supl. 1, p. 44-54, jun. 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902015000500044&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 17 jul. 2016.
- MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.
- _____. **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes, 2016.
- _____; ASSIS, S. G; SOUZA, E. R (org.). **Avaliação por triangulação de métodos**: abordagem de programas sociais. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.
- MISSIAS-MOREIRA, R; SALES, Z. N. A teoria das representações e suas valiosas contribuições para as pesquisas científicas. *In*: MISSIAS-MOREIRA, R; SALES, Z. N; COLARES-DA-ROCHA, J. C. C; FREITAS, V. L. C (org.). **Representações sociais, educação e saúde: um enfoque multidisciplinar**. Curitiba: CRV, 2017.p. 15-28. v. 2.
- MOLINA, S.C.”Todos são iguais perante a lei”: reflexões sobre as políticas de igualdade racial à luz do art. 5º da Constituição Federal. **Rev. SJRJ**, Rio de Janeiro, v. 20, n.36, p.205-218, abr. 2013. Disponível em: <https://www.jfrj.jus.br/sites/default/files/revista-sjrrj/arquivo/379-1723-1-pb.pdf>. Acesso em: 29 set. 2017.
- MORALES-MORENO, I; GIMÉNEZ-FERNÁNDEZ, M; ECHEVARRÍA-PÉREZ, P.The cultural dialogue on the domestic dimension of care to immigrant caregivers in Spain. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 23, n. 5, p. 821-828, Oct. 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692015000500821&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 29 set. 2016.
- MOREIRA, V. S. **Impactos do envolvimento de mulheres presidiárias com o fenômeno das drogas**. 2012. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Escola de

Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, Bahia, 2012. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/ri/handle/ri/11765>. Acesso em: 20 set. 2017.

MOSCOVICI, S. **Representações sociais**: investigações em psicologia social. 10.ed. Petrópolis: Vozes, 2013.

_____. **A representação social da psicanálise**. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

_____. **A psicanálise, sua imagem e seu público**. Petrópolis: Vozes, 2012.

_____. Prefácio. *In*: JODELET, Denise. **Loucura e Representações sociais**. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2015. p. 11-31.

NEVES-SILVA, P; MARTINS, G. I; HELLER, L. “We only have access as a favor, don’t we?” The perception of homeless population on the human rights to water and sanitation. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 3, e00024017, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2018000305019&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 15 jun. 2018.

NÓBREGA, S. M; COUTINHO, M. P.L. A Técnica de Associação Livre de Palavras. *In*: COUTINHO, M. P L; SARAIVA, E.R. A (org.). **Métodos de pesquisa em psicologia social**: perspectivas qualitativas e quantitativas. João Pessoa: Editora Universitária, 2011. p. 95-106.

_____; S. M, COUTINHO, M. P. L. O teste de associação livre de palavras. *In*: COUTINHO, M. P. L; LIMA, A; OLIVEIRA, F. B; FORTUNATO, M. L (org.). **Representações sociais**: abordagem interdisciplinar. João Pessoa: Editora Universitária, 2003. p.67-77.

_____; LUCENA, T. A. O “menino de rua” entre o sombrio e a aberrância da exclusão social. **Estud. psicol. (Campinas)**, Campinas, v. 21, n. 3, p. 161-172, dez. 2004. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2004000300002&lng=en&nrm=iso>

NOGUEIRA-MARTINS, M. C. F; BOGUS, C. M. Considerações sobre a metodologia qualitativa como recurso para o estudo das ações de humanização em saúde. **Saude soc.**, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 44-57, dez. 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902004000300006&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 13 set. 2016.

OKAMURA, T et al. Characteristics of individuals with mental illness in Tokyo homeless shelters. **Psychiatric Services**, Washington, DC, v. 66, n. 12, Dec. 2015. Disponível em: <https://ps.psychiatryonline.org/doi/pdf/10.1176/appi.ps.201400517>. Acesso em: 11 set 2016.

OKIN, S. M; Gênero, o público e o privado. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 16, n. 2, p. 305-332, maio. 2008. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/ref/article/view/S0104-026X2008000200002>. Acesso em: 29 nov. 2017.

OLIVEIRA, A; AMÂNCIO, L. A análise factorial de correspondências no estudo das representações sociais – as representações sociais do suicídio na adolescência. *In*: MOREIRA, A. S. P (org.). **Perspectivas teórico-metodológicas em representações sociais**. João Pessoa: Editora Universitária, 2005. p. 323-362.

OLIVEIRA, D. C. O conceito de necessidades humanas e de saúde e sua articulação ao campo das representações sociais. *In*: OLIVEIRA, D. C; CAMPOS, P. H. F (org.). **Representações sociais, uma teoria sem fronteiras**. Rio de Janeiro: Museu da República, 2005. p. 119-139.

_____. A teoria de Representações Sociais como grade de leitura da saúde e da doença: a constituição de um campo interdisciplinar. *In*: ALMEIDA, A. M. O; SANTOS, M. F. S; TRINDADE, Z. A (org.). **Teoria das Representações Sociais: 50 anos**, Brasília, Technopolitik, 2014. p.773-828.

_____. A teoria das representações sociais e suas contribuições para o cuidado em saúde. *In*: MISSIAS-MOREIRA, R; SALES, Z. N; COLARES-DA-ROCHA, J. C. C; FREITAS, V. L. C (org.). **Representações sociais, educação e saúde: um enfoque multidisciplinar**. Curitiba: CRV, 2017. p.113-126. v. 2.

OLIVEIRA, J. F. **(In)visibilidade do consumo de drogas como problema de saúde num contexto assistencial**: uma abordagem de gênero. 2008. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, Bahia, 2008. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/ri/handle/ri/10387>. Acesso em: 21 jul. 2017.

Organização Mundial da Saúde. Constituição da Organização Mundial da Saúde. Documentos básicos, suplemento da 45ª edição, outubro de 2006. Disponível em espanhol em: http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf. Acesso em: 20 de ago. de 2018.

PAIVA, I. K. S; LIRA, C. D. G; JUSTINO, J. M. R; MIRANDA, M. G. O; SARAIVA, A. K. M. Homeless people's right to health: reflections on the problems and components. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 8, p. 2595-2606, ago. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000802595&lng=en&nrm=iso. Acesso em 29 nov. 2017.

PAIVA, M. S. **Vivenciando a gravidez e experienciando a soropositividade para o HIV**. 2000. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2000. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7136/tde-14012002-170148/en.php>. Acesso em: 20 jul. 2015.

PAIVA, M. S; AMÂNCIO, L. Implicações das representações sociais na vulnerabilidade de gênero para Sida/Aids entre jovens universitários: estudo comparativo Brasil Portugal. *In*: CONGRESSO VIRTUAL HIV/AIDS, 5, 2004, Coimbra. **Anais[...]** Coimbra, CES, UC, 2004. Disponível em: <https://www.ces.uc.pt/lab2004/pdfs/MirianSantosPaiva.pdf>. Acesso em: 10 set. 2016.

PELBART, P. P. **Vida capital**: ensaios de biopolítica. São Paulo: Iluminuras, 2003.

PALEPU, A;HUBLEY, A. M;RUSSELL, L.B;GADERMANN, A. M;CHINNI, M. Quality of life themes in Canadian adults and street youth who are homeless or hard-to-house: a multi-site focus group study. *Health Qual Life Outcomes*. v. 15, n. 10, p. 93, Aug. 2012. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22894551>. Acesso em: 10 set. 2016.

PEREIRA, V. S. 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: <https://libertas.ufjf.emnuvens.com.br/libertas/article/view/1859/1308>. Acesso em: 21 set. 2016.

PERLMAN, J.E. Marginality: from myth to reality in the favelas of Rio de Janeiro, 1969-2002; *In*: ROY, A; ALSAYYAD, N (ed.). **Urban informality**: transnational perspectives from the Middle East, Latin America, and South Asia. New York: Lexington Books, 2004. p. 1-16.

PORTO, L *et al.* Viver saudável: significado para os moradores de rua do município de Santa Maria. **Revista de Enfermagem da UFSM**, Santa Maria, v. 2, n. 1, p. 59-66, abr. 2012. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/4413>. Acesso em: 29 nov. 2016.

RAIMUNDO, M. M. Interculturalidade e a conjunção de saberes que congregam a atenção em saúde. **Rev. bioét.**, Brasília, v. 21, n. 2, p. 218-225, 2013. Disponível em: http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/811/899. Acesso em: 20 set. 2016.

RAMOS, M. N. Migração, maternidade e saúde. **Repertório**, Salvador, n. 18, p.84-93, 2012. Disponível em: <https://portalseer.ufba.br/index.php/revteatro/article/view/6406/4428>. Acesso em: 11 abr. 2016.

_____. Migrações, interculturalidade e conflitos. *In*: SERAFIM, J. F; SANTANA, S. R. L. **Narrativas e conflitos**: cultura, mídia, cinema. Salvador: EDUFBA, 2014. p. 155-179.

REIS, A. O et. al. Algumas considerações sobre pesquisa de natureza qualitativa. *In*: REIS; A. O. A; JUNIOR; V. S; BERTOLINO NETO, M. M; ROLIM NETO, M. L. **Tecnologias computacionais para o auxílio em pesquisa qualitativa – Software EVOG**. São Paulo: Schoba, 2013.

RIVEMALES, M. C. C; RODRIGUES, G. R. S; PAIVA, M. S. Técnicas projetivas gráficas: aplicabilidade na pesquisa em representações sociais – revisão sistemática. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v. 19, n. 2, 2010. Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/rt/printerFriendly/j.1676-4285.2010.3153/704>. Acesso em: 27 set. 2016.

ROBAINA, I. M. M. **Entre mobilidades e permanências**: uma análise das espacialidades cotidianas da população em situação de rua na área central da cidade do Rio de Janeiro. Tese (Doutorado em Geografia) – Universidade Federal do Rio de

Janeiro, Rio de Janeiro, 2015. Disponível em: <http://objdig.ufrj.br/16/teses/830370.pdf>. Acesso em: 20 set. 2016.

ROCHA, C. M; EUZÉBIO, C. A. Relatos e memórias dos moradores de rua: estudos sobre qualidade de vida, políticas públicas e lazer para a população em situação de rua da cidade de Criciúma/SC. **Motrivivência**, Florianópolis, n. 41, p. 258-268, nov. 2013. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/motrivivencia/article/view/2175-8042.2013v25n41p258>. Acesso em: 29 nov. 2017.

RODRIGUES, J. C. **Tabu do corpo**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

ROSA, A. S; BRÊTAS, A. C.P. Violence in the lives of homeless women in the city of São Paulo, **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 19, n. 53, p. 275-285, June 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832015000200275&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 20 jan. 2016.

ROSELLÓ, F.T. **Antropologia do cuidar**. Petrópolis: Vozes, 2009.

ROUQUETTE, M.L; RATEAU, P. **Introduction à l'étude des représentations sociales**. Saint-Martin-d'Hères: PUG, 1998.

ROUQUETTE, M. L. Representações e práticas sociais: alguns elementos teóricos. *In*: MOREIRA Antonia Silva Paredes; OLIVEIRA, Denize Cristina de. (org.). **Estudos interdisciplinares de representação social**. 2. ed. Goiânia: AB, 2000. p. 39-46.

SÁ, C. P. **Núcleo central das representações sociais**. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2002.

_____. Representações sociais: o fenômeno, o conceito e a teoria geral. *In*: SÁ, Celso Pereira. **Estudos de psicologia social: história, comportamento, representações e memória**. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2015. p. 183-208.

_____. Teoria e pesquisa do núcleo central das representações sociais. *In*: SÁ, Celso Pereira. **Estudos de psicologia social: história, comportamento, representações e memória**. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2015. p. 209-226.

SALGADO, F. M. M. **Os sentidos do sofrimento ético-político na população LGBT em situação de rua em um centro de acolhida da cidade de São Paulo**. 2011. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, São Paulo, 2011. Disponível em: <http://www4.pucsp.br/nexin/dissertacoes/downloads/fernanda-maria-munhoz-salgado.pdf>. Acesso em: 10 set. 2016.

SANTOS, B.S. **A gramática do tempo: uma nova cultura política**. 3.ed. São Paulo: Cortez, 2010.

_____. **Um discurso sobre as ciências**. 9. ed. São Paulo: Cortez, 2003.

SANTOS, É. I; GOMES, A. M. T; MARQUES, S. C; RAMOS, R. S; SILVA, A. C. S. S; OLIVEIRA, F. T. Estudo comparativo sobre representações da autonomia profissional elaboradas por estudantes de enfermagem iniciantes e concluintes. **Rev.**

Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 25, e2927, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692017000100370&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 20 jan. 2018.

SANTOS, M. V. S. **Representações sociais de pessoas em situação de rua sobre cuidados para infecções sexualmente transmissíveis**. 2016. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, Bahia, 2016. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/ri/handle/ri/24382>. Acesso em: 20 set. 2017.

SARAIVA, E.R. A; COUTINHO, M. P. L; MIRANDA, R. S. O emprego do *software* Alceste e o desvendar do mundo lexical em pesquisa documental. *In*: COUTINHO, M. P. L; SARAIVA, E.R. A (org.). **Métodos de pesquisa em psicologia social: perspectivas qualitativas e quantitativas**. João Pessoa: Editora Universitária, 2011. p. 67-94.

SAWAIA, B. Introdução: Exclusão ou inclusão perversa?. *In*: SAWAIA, B (org.). **As artimanhas da exclusão: análise psicossocial e ética da desigualdade social**. 11. ed. Petrópolis: Vozes, 2011. p. 7-13.

SCOTT, J. W. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. **Educação & Realidade**, Porto Alegre, vol. 16, no 2, p. 71-99, jul./dez. 1990. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/educacaoerealidade/article/view/71721/40667>. Acesso em: 27 jul. 2015.

SEN, A. **Desigualdade reexaminada**. Rio de Janeiro: Record, 2001.

SILVA, A. M. N; MANDÚ, E. N. T. Abordagem de necessidades de saúde no encontro assistencial de trabalhadores e usuários na saúde da família. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 21, n. 4, p. 739-747, dez. 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072012000400003&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 12 set. 2016.

SILVA, F. P; FRAZÃO, I. S; LINHARES, F. M. P. 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/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014000400805&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 20 set. 2015.

SILVA, I. C. N. **Práticas de cuidado em saúde de pessoas em situação de rua: um estudo de representações sociais** 2017. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, Bahia, 2017. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/26002/1/DISSERTA%C3%87%C3%83O%20-%20ITANA%20CARVALHO%20NUNES%20SILVA.pdf>. Acesso em: 20 set. 2017.

SILVA, M. L. L. **Trabalho e população em situação de rua no Brasil**. São Paulo: Cortez, 2009.

_____; SANTOS; M. V. S; CAMPOS, L. C. M; SILVA, D. O; PORCINO, C. A; OLIVEIRA, J. F. Social representationsofhealthcareby homeless people. **Rev. esc.**

enferm. USP, São Paulo, v. 52, e03314, May, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342018000100409&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 15 jun. 2018.

SILVA, R. Set al. Práticas populares em saúde: autocuidado com feridas de usuários de plantas medicinais. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. 389-395, nov. 2014. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/5077>. Acesso em: 20 out. 2016.

SILVA, S. É. D; CAMARGO, B. V; PADILHA, M. I. 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, jun. 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072011000200011&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 16 jul. 2016.

SILVA, S. P. C; MENANDRO, M. C. S. As representações sociais da saúde e de seus cuidados para homens e mulheres idosos. **Saude soc.**, São Paulo, v. 23, n. 2, p. 626-640, jun. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902014000200626&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 20 jul. 2016.

SIQUEIRA, B. P Jet al. Homens e cuidado à saúde nas representações sociais de profissionais de saúde. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 690-696, dez. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452014000400690&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 10 set. 2016.

SOUZA, A. L. M et al. O agir leigo e a produção dos mapas de cuidado. *In*: CECÍLIO, L. C. O; CARAPINHEIRO, G; ANDREAZZA, R (org.). **Os mapas do cuidado: o agir leigo na saúde**. São Paulo: Hucitec, 2014. p. 114-159.

SPADONI, Let al. Perfil de drogadição e práticas sociais entre moradores de rua. **Psicologia e Saber Social**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 113-128, 2017. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/psi-sabersocial/article/view/30670>. Acesso em: 15 jan. 2018.

SPINK, M. J. Desvendando as teorias implícitas: uma metodologia de análise das representações sociais. *In*: GUARESCHI, P; JOVCHELOVITCH, S. **Textos em representações sociais**. 14. ed. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2013. p. 95-118.

_____. **Psicologia social e saúde: práticas, saberes e sentidos**. 9. ed. Petrópolis: Vozes, 2013.

SUTO, C. S. S. **Representações sociais de profissionais de saúde sobre a aids e práticas de cuidado em HIV/aids**. 2015. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, Bahia, 2015. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/ri/handle/ri/18920>. Acesso em: 10 set. 2016.

TIENE, I. **Mulher moradora na rua: entre vivências e políticas sociais**. Campinas: Alínea, 2004.

TSAI, J; ROSENHECK, R. A. Obesity among chronically homeless adults: is it a problem? **Public Health Reports**, Maryland, v. 128, n. 1, p. 29-36, 2013. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3514718/>. Acesso em: 10 set. 2017.

TURA, L. F. et al. Representações Sociais de saúde construídas por idosos do oeste paraense. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 743-752, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232011000400013&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 10 mar. 2017.

YAJAHUANCA, R. A; DINIZ, C. S. G; CABRAL, C. S. É preciso “ikarar os kutipados”: interculturalidade e assistência à saúde na Amazônia Peruana. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 20, n. 9, p.2837-2846, set. 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000902837&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 10 jul. 2017.

VALA, J. Representações sociais e psicologia social do conhecimento cotidiano. *In*: VALA, J; MONTEIRO, B (org). **Psicologia social**. 7. ed. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2006. p. 457-502.

VALLADARES, L. Uma gênese da favela carioca. Uma produção anterior às ciências sociais. **Rev. bras. Ci. Soc.** São Paulo, v. 15, n. 44, p. 05-34, out. 2000. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-6909200000300001&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 10 ago. 2017.

VARANDA, W; ADORNO, R. C. F. Descartáveis urbanos: discutindo a complexidade da população de rua e o desafio para políticas de saúde. **Saude soc.**, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 56-69, abr. 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902004000100007&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 10 set. 2016.

VERAS, M. P. B. Exclusão social- um problema brasileiro de 500 anos. *In*: SAWAIA, B (org.). **As artimanhas da exclusão: análise psicossocial e ética da desigualdade social**. 11.ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2011. p. 29-51.

VERAS, R. M; SOUZA, G. B; MACEDO, B. T. F; GUERRA, D. K. As condições de vida e de trabalho da população em situação de rua do centro histórico de Salvador, Bahia. **Cadernos de Pesquisa Interdisciplinar em Ciências Humanas**, Florianópolis, v. 15, n. 106, p. 161-178, jul. 2014. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/cadernosdepesquisa/article/view/1984-8951.2014v15n106p161>. Acesso em: 10 nov. 2015.

VERGÈS, P. **Ensemble de programmes permettant l'analyse des évocations**. Manuel d'utilisateur. Aix em Provence: Université Aix em Provence, 2003.

VERNAGLIA, T. V. C; VIEIRA, R. A. M. S; CRUZ, M. S. Usuários de crack em situação de rua – características de gênero. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1851-1859, jun. 2015. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000601851&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 28 out. 2017.

VIGARELLO, G. **O limpo e o sujo, uma história da higiene corporal**. São Paulo: Martins Fontes, 1996.

_____. **Historia da beleza**. Rio de Janeiro: Ediouro, 2006.

WANDERLEY, M.B. Refletindo sobre a noção de exclusão. *In*: SAWAIA, B. (org.). **As artimanhas da exclusão: análise psicossocial e ética da desigualdade social**. 11. ed. Petrópolis: Vozes, 2011. p. 17-27

WACHELKE, J. F. R; WOLTER, R. Critérios de construção e relato da análise prototípica para representações sociais. **Psic.: Teor. e Pesq.**, Brasília, v. 27, n. 4, p. 521-526, dez. 2011. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722011000400017&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 28 nov. 2017.

_____; CAMARGO, B. V. Representações sociais, representações individuais e comportamento. **Revista Interamericana de Psicologia**, v. 41, n. 3, p. 379-390, 2007. Disponível em:http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S0034-96902007000300013&script=sci_abstract. Acesso em: 28 nov. 2017.

ANEXOS**ANEXO 1 PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM
PESQUISA COM SERES HUMANOS**

UFBA - ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PRÁTICAS E REPRESENTAÇÕES DO CUIDADO EM SAÚDE DE PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA NO SUL DA BAHIA

Pesquisador: DEJEANE DE OLIVEIRA SILVA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 61745616.8.0000.5531

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.813.598

Apresentação do Projeto:

A vida em situação de rua é permeada por preconceitos, discriminação, medo e violências, com perdas de direitos básicos como o acesso ao trabalho, à dignidade, saúde, educação, moradia e lazer. A ida e a permanência de pessoas para o convívio nas ruas tem se intensificado, e essa vivência perpassa por construções sociais e culturais diversas que se refletem nas práticas do cuidado em saúde. Parte-se do pressuposto de que o cuidado em saúde se dá de forma distinta para pessoas em situação de rua e está associado às experiências vividas em seus cotidianos, permeado por suas representações sociais acerca da saúde e do cuidado em saúde. Trata-se de uma pesquisa com abordagem multimétodos e enfoque etnográfico que articula conceitos teóricos da Teoria das Representações Sociais, Cultura, Gênero e Cuidado de si. As participantes serão pessoas em situação de rua, vinculadas ao Centro de Referência Especializado para Pessoas em Situação de Rua, de Ilhéus-BA, com idade igual ou superior a 18 anos, de ambos os sexos. Para produção dos dados empíricos serão utilizadas as técnicas: observação, evocação livre de palavras, desenho-estória com Tema, entrevista semiestruturada, grupo focal e análise documental.

As técnicas terão como instrumentos norteadores: a observação terá um roteiro específico e registro em diário de campo; Teste de Associação Livre de Palavras composto pelos estímulos: "Saúde pra mim é" e "Cuidar da minha saúde é" cujos dados serão organizados e processados pelo software EVOC- versão 2004 e Tri-deux-Mots versão 2.2. O Desenho-Estória com Tema será norteado pelo tema: "como cuida da minha saúde". A entrevista também será guiada por roteiro específico com questões acerca das práticas de cuidados em saúde. A análise do conteúdo das entrevistas e do Desenho-Estória com Tema será feita com base nas etapas propostas por Coutinho (2001, 2003, 2005). O grupo focal terá um guia de temas e os dados serão processados no software Iramuteq, transversalizando com as demais técnicas. As normas da Resolução 466/12 serão atendidas em todas as etapas da pesquisa. Acredita-se que

Endereço: Rua Augusto Viana, S/N 3º Andar

Bairro: Canela **CEP:** 41.110-060

UF: BA

Telefone: (71) 3283-7615

Fax: (71) 3283-7615

E-mail: cepee.ufba@ufba.br

UFBA - ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA



Continuação do Parecer: 1.813.598

o conhecimento produzido poderá contribuir para subsidiar o planejamento e implementação de ações de enfermagem e de toda a equipe multidisciplinar, no tocante ao cuidado a população em situação de rua, nos diversos espaços de atuação, pesquisa e ensino, visando proporcionar cuidado humanizado e integral.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar a influência das representações sociais nos cuidados em saúde de pessoas em situação de rua a partir de práticas adotadas em diferentes contextos numa perspectiva de gênero.

Objetivo Secundário:

- 1) Apreender as representações sociais de pessoas em situação de rua sobre o cuidado em saúde numa perspectiva de gênero;
- 2) Caracterizar as práticas de cuidado em saúde adotadas por pessoas em situação de rua em diferentes contextos numa perspectiva de gênero
- 3) Caracterizar as pessoas em situação de rua que são cadastradas no Centro POP de Ilhéus-Bahia.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Constrangimento, timidez, desconforto e sensibilidade a ponto de expressar sinais de tristeza e choro.

Benefícios:

Contribuição com reflexões e conhecimentos importantes para a prática de cuidado em saúde, estando em situação de rua, bem como com a produção de conhecimentos relevantes para o cuidado em saúde de PSR, para toda a equipe multidisciplinar.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O estudo será realizado no Centro de Referência Especializado para Pessoas em Situação de Rua (Centro POP), localizado na Avenida Brasil, bairro Conquista, no município de Ilhéus-BA. Tem funcionamento diurno e atua no acolhimento de PSR. A unidade possui um atendimento médio diário de 70 pessoas, tendo cerca de 350 cadastradas. Conta com uma equipe multiprofissional, composta por equipe de abordagem nas ruas, responsável pelo primeiro contato e pela escuta qualificada com a pessoa que está em situação de rua, avaliando o seu encaminhamento para o centro POP. Há também, enfermeira, psicóloga, motorista, assistente social, cozinheira, recepcionista e porteiro. As participantes do estudo serão pessoas adultas em situação de rua, que frequentam o Centro POP. As pessoas selecionadas integram o universo de investigação, pois interferem diretamente na qualidade das informações, a partir das quais será possível construir a análise e chegar à compreensão mais ampla do objeto delineado.

Endereço: Rua Augusto Viana, S/N 3º Andar

Bairro: Canela **CEP:** 41.110-060

UF: BA

Telefone: (71) 3283-7615

Fax: (71) 3283-7615

E-mail: cepee.ufba@ufba.br

UFBA - ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA



Continuação do Parecer: 1.813.598

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos foram devidamente apresentados.

Recomendações:

Prever o que será feito quando os participantes expressarem sinais de tristeza e choro.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Satisfeito os princípios bioéticos, sugiro a Aprovação.

Considerações Finais a critério do CEP:

O colegiado acata o parecer de APROVAÇÃO emitido pelo relator.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Endereço: Rua Augusto Viana, S/N 3º Andar

Bairro: Canela **CEP:** 41.110-060

UF: BA

Telefone: (71) 3283-7615

Fax: (71) 3283-7615

E-mail: cepee.ufba@ufba.br

UFBA - ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA



Continuação do Parecer: 1.813.598

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_818966.pdf	04/11/2016 23:22:11	DEJEANE DE OLIVEIRA SILVA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	TERMO_DE_COMPROMISSO_DA_PESQUISADORA.pdf	04/11/2016 23:20:59	DEJEANE DE OLIVEIRA SILVA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	DECLARACAO_DE_RESPONSABILIDADE_DA_PESQUISADORA.pdf	04/11/2016 23:20:22	DEJEANE DE OLIVEIRA SILVA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	CURRICULO_JEANE_FREITAS.pdf	04/11/2016 22:49:26	DEJEANE DE OLIVEIRA SILVA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	CURRICULO_DEJEANE.pdf	04/11/2016 22:48:07	DEJEANE DE OLIVEIRA SILVA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_DE_TESE.pdf	04/11/2016 22:41:47	DEJEANE DE OLIVEIRA SILVA	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	04/11/2016 22:39:51	DEJEANE DE OLIVEIRA SILVA	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA_DE_EXECUCAO.pdf	04/11/2016 22:38:23	DEJEANE DE OLIVEIRA SILVA	Aceito
Outros	TERMO_DE_CONCESSAO.pdf	04/11/2016 22:36:38	DEJEANE DE OLIVEIRA SILVA	Aceito
Outros	TERMO_DE_AUTORIZACAO_INSTITUCIONAL.jpg	04/11/2016 22:35:38	DEJEANE DE OLIVEIRA SILVA	Aceito
Outros	DECLARACAO_DE_CONCORDANCIA.pdf	04/11/2016 22:31:48	DEJEANE DE OLIVEIRA SILVA	Aceito
Outros	TERMO_DE_ANUENCIA.pdf	04/11/2016 22:28:08	DEJEANE DE OLIVEIRA SILVA	Aceito
TCLE/Termosde Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	04/11/2016 22:19:45	DEJEANE DE OLIVEIRA SILVA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	TERMO_DE_CONFIDENCIALIDADE1.pdf	04/11/2016 22:19:12	DEJEANE DE OLIVEIRA SILVA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	TERMO_DE_CONFIDENCIALIDADE.pdf	04/11/2016 22:18:41	DEJEANE DE OLIVEIRA SILVA	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_DE_ROSTO.pdf	04/11/2016 22:16:04	DEJEANE DE OLIVEIRA SILVA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SALVADOR, 09 de Novembro de 2016

Assinado por: CAROLINA DE SOUZA MACHADO
(Coordenador)

Endereço: Rua Augusto Viana, S/N 3º Andar

Bairro: Canela CEP 41.110-060

UF: BA

Telefone: (71) 3283-7615

Fax: (71) 3283-7615

E-mail: cepee.ufba@ufba.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM

APÊNDICES

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

Prezada(o) participante, nós pesquisadoras, Dejeane de Oliveira Silva e Prof^a Jeane Freitas de Oliveira, vimos por meio deste termo, convida-lá(o) a participar, como voluntária(o), em uma pesquisa intitulada: “**Representações e Práticas de Cuidados de si de Pessoas em Situação de Rua**”. Leia cuidadosamente o que se segue e pergunte-me qualquer dúvida que você tiver. Após esclarecimentos, caso aceite fazer parte do estudo, assine este documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é da pesquisadora. A você será garantido o direito de desistir ou anular este consentimento em qualquer fase da pesquisa, 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. Esta pesquisa tem por **objetivos** 1) Descrever as características do grupo investigado em consonância com o contexto no qual está inserido; 2) Apreender as representações sociais de pessoas em situação de rua sobre cuidado de si e saúde; 3) Descrever as práticas do cuidado de si adotadas por pessoas em situação de rua, com foco na saúde; 4) Discutir a interação entre as representações sociais e as práticas de cuidado adotadas pelas pessoas em situação de rua, no que concerne a saúde. Solicitaremos que as(os) participantes forneçam informações que possibilite sua caracterização; pediremos que cite palavras e as escreva em um papel, e em seguida escolha a palavras mais importante, justifique e fale sobre o que quis dizer com ela. Será feito também um Desenho-Estória com tema e uma entrevista com perguntas relacionadas a temática desse estudo. Todo material será gravado (voz), digitalizado e posteriormente armazenado no grupo de pesquisa. Embora este estudo não lhe ofereça riscos físicos, nem complicações legais, ele poderá causar-lhe constrangimento, timidez ou desconforto ao relatar fatos da sua vida pessoal. Pode deixá-las(os) sensíveis, a ponto, de expressar sinais de tristeza ou choro. Ao perceber a pesquisadora irá imediatamente interromper a aplicação das técnicas e oferecer suporte (escuta, água). Para 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 serão confidenciais. Somente as pesquisadoras 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 para o desenvolvimento de ações estratégicas de saúde para essa 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 apresentados em congresso e espaços da rede de atenção à saúde e publicados na forma de tese e artigos científicos em revistas indexadas. Qualquer dúvida ou problema que venha a ocorrer durante este estudo, você poderá entrar em contato comigo através do E-mail: dejeanebarros@yahoo.com.br ou telefone: (73) 99987-7770 e através do Programa de Pós-graduação da EEUFBA pelo telefone (71) 3283-7631. Após estes esclarecimentos, solicitamos o seu consentimento de forma livre para participar desta pesquisa.



Ilhéus, ____/____/____

Ou _____

Assinatura digital da(o) Participante
Participante

Dejeane de Oliveira Silva
(Pesquisadora Responsável)

Assinatura da(o)

Jeane Freitas de Oliveira
(Professora Responsável pela Pesquisa)



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM

APÊNDICE B – ROTEIRO DA OBSERVAÇÃO DE CAMPO

1. Funcionamento da unidade:

- Ações realizadas;
- Serviços/Atendimentos oferecidos
- Recursos humanos
- Encaminhamentos
- Rotatividade da clientela

2. Descrição de atividades realizadas/Conduas e comportamentos da clientela

- Conduta na chegada à unidade
- Demandas trazidas pelas PSR
- Comportamentos e atitudes na unidade frente às regras estabelecidas
- Participação em atividades oferecidas pela instituição/ Comportamentos e atitudes
- Relação com outras pessoas da unidade
- Relação com os profissionais
- Conduas frente a atendimentos individualizados/encaminhamentos: interesse, autonomia, participação
- Estado geral: higiene, humor, vestimenta, lucidez, orientação no tempo e espaço, capacidade de integração com pessoas e grupos
- Conduas relacionadas a religiosidade/espiritualidade

3. Notas reflexivas da pesquisadora sobre as situações observadas

4. Notas Teóricas da pesquisadora

5. Notas metodológicas da pesquisadora



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM

APÊNDICE C – TESTE DE ASSOCIAÇÃO LIVRE DE PALAVRAS (TALP)

IDENTIFICAÇÃO

Data: ___/___/_____

Hora de início: __:___ Hora de término: __:___

Iniciais: _____ N° de ordem _____

- Idade: |_|_| DN: |_|_|
- Sexo: ()Homem ()Mulher
- Situação conjugal: ()solteiro/a () casado/a () união estável ()viúvo/a () divorciado/a
- Raça/cor autodeclarada _____
- Escolaridade: () Nunca foi à escola () Ensino fundamental incompleto () Ensino fundamental () Ensino Médio incompleto () 2º grau completo () Ensino superior incompleto () Ensino superior incompleto
- Atividade remunerada () Sim () Não.
Se sim, qual? _____
- Renda semanal R\$ _____
- Religião adotada _____
- Naturalidade _____
- Procedência _____
Motivo do deslocamento _____
- Tempo de vivência nas ruas _____
- Motivos que levaram a vivência nas ruas

- Contato com a família() Sim () Não
- Pessoas com quem mantém contato _____
- Número de filhas(os) _____
- Pessoa/instituição com quem moram os filhos _____
- Uso de algum tipo de droga() Sim () Não.
- Drogas em uso ou já utilizadas

- Já sofreu violência? () Sim () Não Qual
tipo _____

1. O que vêm à sua cabeça quando você ouve: “Saúde pra mim é

2. O que vêm à sua cabeça quando você ouve: “Cuidar de mim é”



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM

APÊNDICE D – ROTEIRO DE ENTREVISTA

IDENTIFICAÇÃO

Data: ___/___/_____

Hora de início: __:___ Hora de término: __:___

Iniciais: _____ Nº de ordem _____

- Idade: |_|_| DN: |_|_|
- Sexo: ()Homem ()Mulher
- Situação conjugal: ()solteiro/a () casado/a () união estável ()viúvo/a () divorciado/a
- Raça/cor autodeclarada _____
- Escolaridade: () Nunca foi à escola () 1º grau incompleto () 1º grau completo () 2º grau incompleto () 2º grau completo () Ensino superior incompleto () Ensino superior completo
- Atividade remunerada () Sim () Não.
Se sim, qual? _____
- Renda semanal R\$ _____
- Religião adotada _____
- Naturalidade _____
- Procedência _____
Motivo do deslocamento _____
- Tempo de vivência nas ruas _____
- Motivos que levaram a vivência nas ruas

- Contato com a família () Sim () Não
- Pessoas com quem mantém contato _____
- Número de filhas(os) _____
- Pessoa/instituição com quem moram os filhos _____
- Uso de algum tipo de droga () Sim () Não.
Drogas em uso ou já utilizadas _____
- Já sofreu algum tipo de violência? () Sim () Não
Qual? _____

Questões norteadoras

1. Fale-me sobre a sua vida
2. Fale-me o que você pensa sobre a saúde e os cuidados com a saúde

3. Comente sobre como você pensa que as pessoas se cuidam na rua
4. Fale como você se cuida vivendo nas ruas

APÊNDICE E – CORDEL: UM OLHAR SOBRE AS PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA

Um olhar sobre as
pessoas
em situação de rua



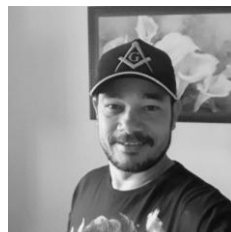
A pedido de um amigo
Irei agora relatar
Como vive a população de Rua
Para uma banca analisar
Como tese de Doutorado
Espero que possam aprovar.

Invoco a sabedoria
Para sempre auxiliar
Dejeane de Oliveira
Que se pôs a estudar
Através da Escola de Enfermagem
Doutora se consagrará.

Para a musa da poesia
Rogo agora inspiração
Para narrar como vivem
Uma certa população
Que vive solta no Brasil
Sem residir em habitação.

O assunto é muito sério

Que chega corta o coração
Ver gente abandonada
Abraçada com um cão
Jogadas pelas calçadas
E cobertas por papelão.



Hamurabe Flores, tem 30 anos,
é natural de Almadina-BA,
onde
lá reside, exercendo a função
de
Secretário de Governo.

(73) 98210-8814

Este cordel foi inspirado na tese de
Doutorado
da discente Dejeane de Oliveira

A população de rua
É crescente no mundo inteiro
Um grupo heterogêneo
Vivendo sem dinheiro
Dormindo ao relento
Fazendo das calçadas cama e
banheiro.

Muitos optaram por esta condição
Quando os vínculos familiares
Se romperam por alguma razão
Fazendo-os deixarem os lares
E seguirem sem direção.

As vivencias deste grupo
 Nestas urbes verticais
 Sendo olhados de cima para baixo
 Como reles mortais
 Nos revela o imperialismo
 Para com estes pobres mortais.

O Ministério do Desenvolvimento
 Social
 Pesquisas já realizou
 Buscando quantificar
 qualificando
 os fatores
 Que norteiam o que levaram
 Estes pobres moradores
 A viverem como ratos neste circo
 de horrores.

Mas o que leva um cidadão
 Residir de tal forma?
 Seria algum conflito
 Vivido em outrora?
 Ou mesmo familiares
 Que os colocaram pra fora?

Cada caso é um caso
 Me dita a prudência agora
 Elucidar cada fato
 Estudando cada história
 Levaria muitos anos
 Mas não tenho esse tempo agora.

Pois pasmem meus senhores
 Com o que vou revelar
 Segundo estatísticas
 Aplicadas para averiguar
 O Brasil tem mais de 100 mil
 moradores de rua
 Em situação de penar.

Minha pena poética
 Teve que pesquisar
 Pois ela só discorre
 Quando pode afirmar
 A veracidade dos fatos
 Para então apresentar

Pois o preconceito é visível
 Com estes cidadãos
 Brasileiros que decidiram
 A não morar em habitação
 Por escolha própria
 Ou por falta de condição.

Vou findar o meu relato
 Pois o assunto é penoso
 Coloquei minhas verdades
 Pois não sou um medroso
 Saúdo a população de rua
 Como um vulto majestoso.

Irmãos menos favorecidos
 Em vulnerabilidade social
 Massa de manobra
 De políticos maus
 Que fecham os olhos
 Achando que é surreal.

Aqueles que contribuem
 Com sopas e agasalhos,
 Com cortes de cabelos
 E também com calçados
 Deus do céu lhes bendiga
 Fortalecendo-lhes os braços
 Vivem esses brasileiros
 Espalhados por esta nação
 Um verdadeiro exército
 De espectro para a visão
 Dos que transitam sendo alheios
 A esta condição.

De norte a sul deste país
 Podemos detectar
 Crianças, jovens e idosos
 Sem terem onde morar
 E o governo propagando
 Que tem casas para doar.

Mas o que leva um cidadão
 Optar por tal estilo

De dormir pelas calçadas
 Buscando o alimento no lixo
 Aparição fantasmagórica
 De um verdadeiro bicho.

Meu parco conhecimento
 Deste assunto em voga
 Perpassa por condições
 Que talvez não se aprova
 A falta de políticas públicas
 Que visem uma melhora.

Pois como disse antes
 O público é crescente
 O sexo masculino
 É o mais presente
 Sendo o público feminino
 O menor atualmente.

Espero ter contribuído
 De uma forma educacional
 Revelando em poucas linhas
 Essa história social
 Dos habitantes das ruas
 Das metrópoles e quintal.

Cidadãos reconhecidos
 Pelo poder público
 Que contam em suas pesquisas
 Em cor, sexo e números
 Um verdadeiro rebanho
 Pastando entre os muros.

Há um cerca social
 Limitando este convívio
 Vaqueiros policiais
 Tangendo quando preciso
 Chamados por moradores
 De luxuosos condomínios

O alcoolismo aparece
 Dominando a posição
 Seguido do uso de drogas
 Outro grande vilão
 Companheiros inseparáveis
 De parte desta população.

A perda do emprego
 Também contribuiu
 E o nosso velho Brasil
 Com esta matéria expandiu
 Pois a recessão forçou as
 empresas
 Na ação do demitiu.

Dessa forma é comprometida
 À saúde desta população
 Será que tomam vacinas
 Cuidam dos dentes e pulmão
 Vivendo com vírus e bactérias
 Inquilinos do mesmo chão.

A rua da liberdade
 Quanto à isso não discuto
 Mas viver a margem da sociedade
 É coisa pra insulto
 Busquemos dignidade
 Para este público