

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
FACULDADE DE ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM**

Denicy de Nazaré Pereira Chagas

A VIDA NAS RUAS: CONTRIBUIÇÕES PARA O CUIDADO DE ENFERMAGEM

Juiz de Fora

2015

Denicy de Nazaré Pereira Chagas

A VIDA NAS RUAS: CONTRIBUIÇÕES PARA O CUIDADO DE ENFERMAGEM

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação *Stricto Sensu* em Enfermagem, da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora como requisito para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Edna Aparecida Barbosa de Castro

Juiz de Fora

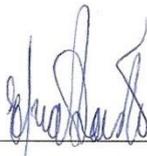
2015

Denicy de Nazaré Pereira Chagas

A VIDA NAS RUAS: CONTRIBUIÇÕES PARA O CUIDADO DE ENFERMAGEM

Em 27 de Agosto de 2015.

BANCA EXAMINADORA



Prof. ^a Dr^a. Edna Aparecida Barbosa de Castro - Presidente
Universidade Federal de Juiz de Fora/UFJF



Prof. Dr. Anderson da Silva Rosa - 1.º Examinador
Escola Paulista de Enfermagem da UNIFESP



Prof. ^a Dr^a. Cristina Dias da Silva - 2ª Examinadora
Universidade Federal de Juiz de Fora/UFJF

Ficha catalográfica elaborada através do programa de geração automática da Biblioteca Universitária da UFJF, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

de Nazaré Pereira Chagas, Denicy.
A VIDA NAS RUAS : CONTRIBUIÇÕES PARA O CUIDADO DE
ENFERMAGEM / Denicy de Nazaré Pereira Chagas. -- 2015.
146 p.

Orientadora: Edna Aparecida Barbosa de Castro
Dissertação (mestrado acadêmico) - Universidade Federal de
Juiz de Fora, Faculdade de Enfermagem. Programa de Pós-
Graduação em Enfermagem, 2015.

1. Enfermagem. 2. Cuidado. 3. População em situação de rua.
I. Aparecida Barbosa de Castro, Edna, orient. II. Título.

Dedico esta pesquisa às pessoas em situação de rua! Obrigada a vocês, por me deixarem adentrar, mesmo em passos lentos, nesse “outro mundo”, que também é o meu mundo, o que o torna “nosso mundo”, tão cheio de mistérios, tristezas, mazelas, indiferenças e, ao mesmo tempo, rico em carinho, sorrisos e sonhos. Vocês contribuíram para que eu me tornasse uma pessoa melhor e uma profissional mais sensível. Com certeza não sou mais a mesma.

AGRADECIMENTOS

A Deus, em quem deposito a minha fé particular; autor da vida e da sabedoria; luz para os caminhos e fonte de força para superar todos os obstáculos.

À minha mãe, pelo apoio, educação, amor e por ser a responsável pela minha formação enquanto pessoa e profissional. Deixo, também, meu agradecimento a meus irmãos Deisy, Denys e Debryos, a minha cunhada e ao meu sobrinho, pela compreensão e paciência.

À professora Dr.^a Edna Aparecida Barbosa de Castro, por ter me acolhido com carinho em sua vida, e pela confiança, paciência, dedicação e sabedoria dispensadas a mim ao longo desses anos. Será sempre exemplo de pessoa e profissional.

Ao professor Dr. Anderson e às professoras Dr.^a Cristina, Dr.^a Deíse e Dr.^a Estela, membros da minha banca examinadora que, apesar da distância e de seus muitos compromissos, puderam estar presentes e compartilhar os seus saberes.

Estendo a minha gratidão à coordenadora do Mestrado em Enfermagem da UFJF, Prof.^a Dr.^a Anna Maria de Oliveira Salimena, pelos ensinamentos, pela amizade e presença constante, e aos professores do programa que fizeram parte deste grande aprendizado.

À secretária do Mestrado em Enfermagem da UFJF, Elizângela, sempre acolhedora e dedicada.

Agradeço de coração à equipe do Consultório na Rua, Tatiana, Paula, Hamilton, Aline, Júlio César e Humberto, por me acolherem com todo carinho e possibilitarem meios para que esta pesquisa acontecesse. Gratidão e respeito imenso cresceram dentro de mim por vocês!

Aos colegas e amigos que conquistei ao longo desses dois anos e aos “velhos” e grandes amigos que não desistiram de mim, permanecendo presentes e me incentivando.

Agradeço ao Guilherme Landim e ao Igor Rodrigues, pela parceria e por me proporcionarem ricas discussões, e ao Rogério, sempre incentivador, ajudando-me a ver além dos “olhos de enfermeira”.

Deixo, com carinho, a minha gratidão ao amigo José Adilson, por me ajudar a percorrer o mundo dos pensamentos críticos e reflexivos, ouvinte assíduo das minhas angústias e companheiro nas horas boas.

À CAPES, pela concessão de bolsa e auxílio à pesquisa.

Enfim, obrigada a todos, pelo cuidado, pelo apoio, pelo incentivo, pela amizade, pela torcida e pela presença em minha vida!

E a vida,
E a vida o que é?
Diga lá meu irmão
Ela é a batida de um coração
Ela é uma doce ilusão.
Mas e a vida?
Ela é maravilha ou é sofrimento
Ela é alegria ou lamento?
O que é? O que é meu irmão?
Há quem fale que a vida da gente é um nada no mundo,
É uma gota, é um tempo
Que nem dá um segundo.
Há quem fale que é um divino mistério profundo,
É o sopro do criador, numa atitude repleta de amor.
Você diz que é luta e prazer,
Ele diz que a vida é viver,
Ela diz que melhor é morrer
Pois amada não é, e o verbo é sofrer.
Eu só sei que confio na moça
E na moça eu ponho a força da fé,
Somos nós que fazemos a vida
Como der, ou puder, ou quiser
Sempre desejada
Por mais que esteja errada,
Ninguém quer a morte,
Só saúde e sorte,
E a pergunta roda.
E a cabeça agita.
Eu fico com a pureza das respostas das crianças:
É a vida! É bonita e é bonita!
Viver e não ter a vergonha de ser feliz,
Cantar e cantar e cantar
A beleza de ser um eterno aprendiz.
Eu sei que a vida devia ser bem melhor e será,
Mas isso não impede que eu repita:
É bonita, é bonita e é bonita!
Viver e não ter a vergonha de ser feliz,
Cantar e cantar e cantar
A beleza de ser um eterno aprendiz.
Eu sei que a vida devia ser bem melhor e será,
Mas isso não impede que eu repita:
É bonita, é bonita e é bonita!
É bonita, é bonita e é bonita!
É bonita, é bonita e é bonita!
É bonita!

Gonzaguinha

RESUMO

A pesquisa tem como objeto o processo saúde-adoecimento-cuidados de adultos em situação de rua. Buscou-se compreender, na ótica desses, como concebem o processo saúde-adoecimento-cuidados e motivos, que os levam a procurar atendimento à saúde, apresentando uma análise teórica substantiva que contribua para o cuidado de saúde e enfermagem. Realizou-se uma pesquisa qualitativa, por meio do método da *Grounded Theory*, tendo como aporte metodológico e de análise o Interacionismo Simbólico. O estudo ocorreu no período de março de 2014 a fevereiro de 2015 e o cenário foram as ruas de um município da região da Zona da Mata Mineira. O trabalho de campo começou com uma abordagem inicial, por meio do acompanhamento das atividades do Consultório na Rua. Os dados foram colhidos por meio de observação, exploração e registro de notas em diário de campo e entrevista semiestruturada. Identificou-se e caracterizou-se os participantes da investigação, que foram 16 adultos em situação de rua, seguindo a abordagem de amostragem e saturação teórica, pela qual nenhum dado novo surge e as categorias apresentam-se saturadas. Para edição textual dos dados empíricos, utilizou-se o programa OpenLogos®, permitindo-se a codificação e interpretação das informações. A análise dos dados aconteceu mediante três tipos de codificação: aberta, axial e seletiva, para posterior elaboração da categoria central. A partir da conjunção dos fenômenos relacionados ao objeto de estudo: causa, contexto, fatores intervenientes, estratégias de ação/interação e consequências, foi possível distinguir a categoria central: vivenciando o processo saúde-adoecimento-cuidados em situação de rua, a partir do movimento de adaptação interativa do próprio universo simbólico. Quanto ao grupo pesquisado, os dados apontaram que a minoria é do sexo feminino; possuem laços familiares ativos; não souberam relatar a renda e exercem funções informais; dependem das instituições para realizar as suas necessidades básicas e da mendicância; o dia a dia é marcado por pressões psicológicas, violência; não têm acesso ao lazer; os principais motivos de ida para as ruas são as rupturas ou fragilidades dos vínculos familiares, o desemprego e a dependência química; e o tempo de rua variou de dois meses a vinte anos. Em relação ao processo saúde-adoecimento-cuidados, associam o termo “saúde” às ideias de boa alimentação, bons relacionamentos, bem-estar físico e mental, ser feliz, cuidar do outro, cuidado com o corpo, conseguir trabalhar e ter educação; desconhecem a sua história pregressa; procuram pelos serviços de saúde esporadicamente e quando surge um problema de saúde que os incomode; têm as unidades de urgência e emergência como referência para o cuidado; e, em relação ao seu autocuidado, destaca-se: a busca por pessoas próximas; o recolhimento “a um canto” para a espera da remissão espontânea dos sintomas; a automedicação ou o uso de medicamentos prescritos de forma irregular; o uso de plantas; e o uso de bebidas alcoólicas e outras drogas. Contudo, a situação de rua, mesmo que seja difícil, não elimina as esperanças, os sonhos e as expectativas por mudanças, pois eles continuam a acreditar que é possível sair dela. Sabemos que as condições não são postas igualmente para os homens singulares e, assim, faz-se necessário estabelecer parâmetros de justiça e distribuição igualitária, a fim de que o acesso à saúde seja viabilizado de acordo com as especificidades de cada sujeito.

Palavras-chave: Enfermagem. Cuidado. População em situação de rua.

ABSTRACT

Its object is the process about health-illness-care adult who lives in the streets. We sought to understand the perspective of these, how they conceive the health-illness-care and motives that lead them to look for health care, presenting a substantive theoretical analysis that contributes to the health care and nursing. Was performed a qualitative research, grounded theory method and methodological support and analysis, the Symbolic Interactionism. It took place from March 2014 to February 2015 and the scenery were the streets of a town in the region of Zona da Mata Mineira. The Fieldwork began with an initial approach by monitoring the activities of the chamber situated in Street. Data were collected through observation, exploration and registry of notes in a field diary and semi-structured interview. It has identified and characterized the participants of the research, which were 16 adults who live in the streets, following the sampling approach and theoretical saturation, where no new data emerges and the categories are presented saturated. For textual edition of empirical data, the OpenLogos® program, allowing the encoding and interpretation. The data analysis was carried through three encoding types: open, axial and selective for further elaboration of central category. Based on the conjunction of events related to the object of study: cause, context, intervening factors, strategies of action / interaction and consequences, it was possible to distinguish the central category: Experiencing the process about health-illness-care living on the streets starting from the movement of interactive adaptation of its own symbolic universe. The data showed that the minority are female; They have active family ties; They were unable to report their income and informal functions exerted; They depend on the institutions to carry out their basic needs and mendicancy; the day-to-day is marked by psychological pressures, violence and any access to leisure; the main reasons for the one-way streets are ruptures or fragilities of family ties, unemployment and chemical dependence; and the street time varied from 2 months to 20 years. In relation to the health-illness-care, they associate the term health to good nutrition ideas, good relationships, physical and mental well being, be happy, caring for others, care of the body, be able of working and having an education; However, the street situation, even though it is hard, does not eliminate the hopes, dreams and expectation on changes. They continue to believe that the way out is possible. We know that the conditions are not equally placed to the singular men and so it becomes necessary to establish justice and equal distribution parameters in order to access to health is made possible according to the specificities of each subject. Unaware about their previous history; they look for health services sporadically and when is there a health problem that bother them; It has the urgency and emergency units as a reference for care; and in relation to self-care stands out a search for nearby people, the gathering "in a corner" waiting for the spontaneous remission of symptoms, self-medication or irregular use of prescription drugs, use of plants, the use of drinks alcohol and other drugs.

Keywords: Nursing. Care. Population in the streets.

LISTA DE DIAGRAMAS

| | | |
|---------------------|--|-----|
| Diagrama 1 - | Vivendo o significado da chegada às ruas..... | 76 |
| Diagrama 2 - | Conhecendo o mundo do ser que está em situação de rua: os nexos simbólicos presentes no cotidiano..... | 85 |
| Diagrama 3 - | Estratégias para manter a vida na rua..... | 100 |
| Diagrama 4 - | Influências no curso da interação que modifica o significado da própria situação de rua..... | 109 |
| Diagrama 5 - | Os símbolos e os significados dando esperanças futuras..... | 115 |
| Diagrama 6 - | Articulando o modelo paradigmático com os significados dos fenômenos do estudo..... | 120 |
| Diagrama 7 - | Vivenciando o processo saúde-adoecimento-cuidados em situação de rua, a partir do movimento de adaptação interativa do próprio universo simbólico..... | 125 |

LISTA DE QUADROS

| | | |
|-----------------|--|----|
| Quadro 1 | Distribuição dos participantes da pesquisa por características individuais. Juiz de Fora/MG, 2015..... | 56 |
|-----------------|--|----|

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

| | |
|----------------|--|
| BVS | Biblioteca Virtual da Saúde |
| CAPS | Centro de Atenção Psicossocial |
| CREAS | Centro de Referência Especializado de Assistência Social |
| Centro Pop Rua | Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua |
| CONGEMAS | Colegiado Nacional dos Gestores Municipal de Assistência Social |
| CNS | Conselho Nacional de Saúde |
| CR | Consultório na Rua |
| ESF | Estratégia Saúde da Família |
| FMPR | Fórum Municipal da População de Rua |
| GT | Grounded Theory |
| IBGE | Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística |
| MDS | Ministério do Desenvolvimento e Combate à fome |
| MNPR | Movimento Nacional de População de Rua |
| MS | Ministério da Saúde |
| ONGs | Organizações Não-Governamentais |
| PSR | População em Situação de Rua |
| RAS | Rede de Atenção à saúde |
| SAS | Secretaria de Assistência Social |
| SNAS | Secretaria Nacional de Assistência Social |
| SISNEP | Sistema Nacional de Ética em Pesquisa |
| SUS | Sistema Único de Saúde |
| TCLE | Termo de Consentimento Livre e Esclarecido |
| UBS | Unidade Básica de Saúde |

SUMÁRIO

| | | |
|--------------|--|------------|
| | APRESENTAÇÃO..... | 13 |
| 1 | INTRODUÇÃO..... | 16 |
| 1.1 | CONTEXTUALIZAÇÃO DO TEMA..... | 16 |
| 1.2 | OBJETIVO..... | 17 |
| 2 | REFERENCIAL TEMÁTICO..... | 19 |
| 2.1 | A POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA - FUNDAMENTOS TEÓRICOS..... | 19 |
| 2.2 | POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA: saúde, adoecimento e cuidado..... | 22 |
| 2.3 | UM OLHAR SOBRE AS POLÍTICAS PÚBLICAS..... | 26 |
| 3 | APORTE TEÓRICO À COMPREENSÃO DO FENOMENO: Interacionismo Simbólico..... | 32 |
| 4 | O CAMINHAR METODOLÓGICO..... | 39 |
| 4.1 | NATUREZA DO ESTUDO E ABORDAGEM METODOLÓGICA..... | 39 |
| 4.2 | PROCEDIMENTOS PARA A COLETA DE DADOS..... | 42 |
| 4.3 | ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS..... | 44 |
| 4.4 | CUIDADOS ÉTICOS NA PESQUISA..... | 44 |
| 4.5 | LOCAL DO ESTUDO..... | 45 |
| 4.5.1 | A rua vista e sentida..... | 47 |
| 4.6 | PARTICIPANTES DA PESQUISA..... | 54 |
| 5 | APRESENTAÇÃO DA ANÁLISE..... | 71 |
| 5.1 | VIVENDO O SIGNIFICADO DE CHEGADA ÀS RUAS..... | 74 |
| 5.1.1 | Deparando-se com o surgimento de situações desencadeadoras..... | 77 |
| 5.1.2 | Assumindo a responsabilidade pela situação..... | 81 |
| 5.2 | CONHECENDO O MUNDO DO SER QUE ESTÁ EM SITUAÇÃO DE RUA: os nexos simbólicos presentes no cotidiano..... | 82 |
| 5.2.1 | O “SELF” um grande desafio..... | 86 |
| 5.2.2 | O dia a dia nas ruas..... | 88 |
| 5.2.3 | Significando o processo saúde-adoecimento na situação de rua..... | 92 |
| 5.3 | ESTRATÉGIAS PARA MANTER A VIDA NA RUA..... | 98 |
| 5.3.1 | Minimizando os aspectos negativos de estar em situação de rua..... | 101 |
| 5.3.2 | Tendo situações econômicas e sociais específicas..... | 102 |
| 5.3.3 | Desenvolvendo o cuidado espiritual e físico..... | 104 |
| 5.4 | INFLUÊNCIAS NO CURSO DA INTERAÇÃO QUE MODIFICAM O SIGNIFICADO DA PRÓPRIA SITUAÇÃO DE RUA..... | 107 |

| | | |
|--------------|---|------------|
| 5.4.1 | Tendo questões internas expressivas: o peso do “self”..... | 110 |
| 5.5 | OS SÍMBOLOS E OS SIGNIFICADOS DANDO ESPERANÇAS FUTURAS..... | 114 |
| 5.5.1 | Mantendo sonhos e almejando mudanças, mesmo em frente à situação de rua..... | 116 |
| 6 | FORMANDO A CATEGORIA CENTRAL..... | 118 |
| 6.1 | MODELO TEÓRICO SUBSTANTIVO..... | 121 |
| 7 | O DIÁLOGO COM OS AUTORES A PARTIR DO FENÔMENO CENTRAL..... | 126 |
| 8 | CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 128 |
| | REFERÊNCIAS..... | 131 |
| | APÊNDICES..... | 138 |
| | ANEXOS..... | 143 |

APRESENTAÇÃO

O ponto de partida para a realização desta investigação tem origem em observações assistemáticas, pesquisas e estudos realizados ao longo da minha formação profissional especializada em Enfermagem Saúde do Adulto, na modalidade de residência.

No ano de 2011, ao atuar como enfermeira residente no Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora, vivenciei as dificuldades de se prestar cuidados de saúde a População em Situação de Rua (PSR), em especial em dois momentos: 1) na admissão para internações, pois muitos desses usuários chegavam ao serviço sem documentação e em estágios de adoecimento que não lhes permitiam comunicar dados concretos da sua história pregressa, o que dificultava o registro do histórico de saúde e, conseqüentemente, de planejamento de um cuidado específico; 2) e na alta hospitalar, pois os profissionais não conheciam os serviços existentes na rede assistencial da cidade que pudessem prosseguir no atendimento a esses usuários que, mesmo necessitando de continuidade com os cuidados após a alta, acabavam retornando às ruas, desprovidos de um cuidado de saúde planejado.

Assim, ao tomar conhecimento da existência de um Fórum Municipal da População de Rua (FMPR), obtivemos o apoio do Programa de residência para a inserção nos encontros e ações do referido Fórum, a fim de aproximar dessa temática emergente na área da Enfermagem e de conhecer as propostas de cuidado à saúde, existentes no município, destinadas a essa população.

O FMPR foi criado em 2004 e é uma instância de discussão e de proposições de políticas públicas do município de Juiz de Fora (MG), voltado para a promoção humana de cidadãos que se encontram na rua, sem moradia fixa, ainda que migrantes de outras cidades, sendo aberto ao público. O Fórum tem como objetivos acompanhar e propor ações voltadas a essa população, promover o intercâmbio com entidades congêneres do estado e do país; promover e participar de congressos, seminários, cursos e outros eventos que tenham como finalidade a promoção do cidadão em situação de rua; fortalecer a rede de atendimento à PSR; estimular a formação de grupos de trabalho que visem à discussão e a proposição de políticas públicas; e acolher denúncias e reivindicações dessa população. Ele congrega entidades organizadas pela PSR, entidades que trabalham com essa população, conselhos de políticas públicas, Organizações Não-Governamentais – ONGs e entidades de defesa dos direitos humanos.

Minha participação no Fórum prosseguiu além da Residência e, há três anos, encontro-me inserida naquele cenário. Novas questões surgiram, somando-se aos resultados da pesquisa realizada em 2012, em conjunto com outra residente, e apresentada na forma de uma monografia, requisito para a formação de especialista, na modalidade de residência, que teve como título “Autocuidado e a trajetória dos cidadãos em situação de rua em busca de assistência à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS)”, o que me instigou a continuar pesquisas com essa população, para uma maior compreensão desse fenômeno.

Os resultados da pesquisa acima citada revelaram que esse grupo populacional apresenta um estilo de vida próprio, não desenvolve o cuidado baseado na promoção da saúde e na prevenção de doenças, pois só se submete a tratamentos de saúde quando é conduzido pelo serviço de urgência e emergência ou por meio de instituições de assistência social ou, ainda, para tratar a reincidência de doenças maltratadas, apresentadas de forma agudizadas, encontrando dificuldades para ir aos serviços de forma espontânea. Além disso, tal grupo tinha pouco acesso aos serviços de saúde das unidades de atenção básica e, quando, ao ter febre, dor ou algum acometimento que impedisse de ir e vir pelas ruas, buscava o atendimento de urgência. Com isso, mantinha-se fora do contexto da Rede de Atenção à Saúde (RAS), não sendo contemplado, de forma efetiva, pelas ações de promoção da saúde e para a prevenção de doenças (CASTRO, CHAGAS, REZENDE, 2012).

Após a reflexão dos dados acima, das lacunas identificadas na literatura científica, no que diz respeito aos modelos assistenciais para atender às demandas desse grupo populacional e sobre a estrutura necessária nos serviços de saúde, incluindo tipo e qualificação dos profissionais, ficou evidente a necessidade de realizar novos estudos para conhecer essa problemática e buscar melhores condições de assistência e qualidade do cuidado de enfermagem.

Corroboro o pensamento de Araújo (2000), que relata que pesquisar sobre população em situação de rua é desafiador, pois a vida deles não é simples nem óbvia, é cheia de diversidades e de complexas relações interpessoais e de trabalho. Apresentam, essas pessoas, várias e diferentes histórias de vida, para as quais têm sido sugeridas diversas causas, múltiplas estratégias e/ou formas de sobrevivência. No entanto, acredito que será por meio da aproximação com essa população que seremos capazes de assisti-la melhor.

Então, com a minha inserção no mestrado, optei por aprofundar tal estudo e, mais uma vez, dar voz a essa população. Ressalto que na cidade onde a pesquisa citada anteriormente aconteceu, não existia o serviço do Consultório na Rua (CR), no entanto,

nesta pesquisa, buscou-se conhecer as necessidades e o cuidado de saúde dessa população, subsidiando o processo de cuidar pelo enfermeiro, nessa modalidade de assistência.

Assim, adotamos como objeto para esta pesquisa o processo saúde-adoecimento-cuidados de adultos que vivem em situação de rua. A mesma está sendo desenvolvida junto ao Grupo de Estudos e Pesquisas em Autocuidado e Processo Educativo em Saúde e Enfermagem, na linha de pesquisa Fundamentos Teóricos, Políticos e Culturais do Cuidado em Saúde e Enfermagem, vinculada ao Programa de Pós-Graduação *Strictu Sensu* – Mestrado em Enfermagem, da Universidade Federal de Juiz de Fora.

1 INTRODUÇÃO

1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO DO TEMA

Nesta pesquisa, partimos do pressuposto de que as pessoas em situação de rua fazem parte de um segmento social que sofre com as privações, com as marcas do preconceito e (sobre)vivem em condições de precariedade e de vulnerabilidade de diversas ordens. E que essas pessoas, ao adotarem as ruas como local de moradia, passam despercebidas aos olhos da população ativa no mercado capitalista, são silenciosas e, por vezes, indiferentes aos olhos dos transeuntes das ruas e avenidas dos grandes centros urbanos.

À busca de descritores referentes a esse tema, identifica-se um conjunto de terminologias utilizadas nas publicações brasileiras, tais como: “povo de rua”, “moradores de rua”, “população em situação de rua” e, ainda, a expressão “sem teto”. No entanto, neste estudo, optou-se pela terminologia “população em situação de rua”, visando designar uma população que vivencia uma situação temporária e passageira, compreendendo que morar nas ruas, independentemente dos diversos motivos, não pode ser a forma de habitat natural e permanente do ser humano.

Essa é uma população que sofre as consequências da exclusão e, como citado por Sella (2002), caracteriza-se como “os sem-nada” e, nos documentos oficiais, vêm sendo designada de “População em Situação de Rua”, segmento social que está constituindo o cenário dos grandes centros urbanos, por não ter trabalho formal e casa, na sua grande maioria, e utilizar a rua como espaço de sobrevivência e moradia.

Considerando-se, portanto, os aspectos biopsicossociais que envolvem o cuidado humano, enfatizou-se, nesta pesquisa, o processo saúde-adoecimento-cuidados do ponto de vista de pessoas que são vítimas da exclusão social que, neste texto, são designadas como cidadãos em situação de rua, que compõem um segmento populacional referido como População em Situação de Rua (PSR).

A exclusão social, tal como concebida neste contexto, não é um problema atual, pois está presente em todo o mundo e se caracteriza por diferentes dimensões. Como foi citado por Nascimento (1994), o que ainda permanece como novo nesse processo é que:

Independentemente dessa discussão, porém, o fato é que os excluídos, aparentemente postos à margem do processo produtivo e do circuito econômico tradicional, são no momento, considerados ‘desnecessários’. Mas não apenas isso. O segundo traço, aquele que mais imprime força e sentido à própria ideia de exclusão, tem a ver com o fato de que sobre eles se abate um estigma, cuja consequência mais dramática seria a sua expulsão da própria “órbita da humanidade”, isso na medida em que os excluídos, levando muitas vezes uma vida considerada subumana em relação aos padrões normais de sociabilidade, “passam a ser percebidos como indivíduos socialmente ameaçantes e, por isso mesmo, passíveis de serem eliminados” (NASCIMENTO, 1994, p. 36).

Contudo, a fim de prosseguir na busca da compreensão acerca das experiências de saúde dessa população, com apreensão do que acontece no cotidiano vivo das pessoas que passam pelo processo de ida e de vivência nas ruas e suas relações com o sistema de saúde, as questões que se levantaram foram: como é o dia a dia dessa população? Qual é a concepção de saúde e de estar doente, na ótica desse grupo social? Como pensam e realizam o cuidado humano e de saúde? Quais motivos levam esse grupo populacional a procurar por atendimento à saúde? Como ocorre o processo de ida e vinda aos serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS)?

O texto segue organizado em sete capítulos, além desta introdução. O primeiro capítulo apresenta um referencial temático, abordando, por meio da revisão da literatura científica, o contexto da população em situação de rua; a Rede de Atenção à Saúde; as políticas públicas, destacando-se as publicações e legislações no campo da saúde; e, ainda, o cuidado de enfermagem junto essa população. O segundo capítulo explicita o referencial teórico, a luz do Interacionismo Simbólico. O terceiro descreve o caminho trilhado no trabalho de campo. Já o quarto capítulo apresenta e discute os resultados encontrados, referentes às categorias temáticas. No quinto, é apresentada a formação da categoria central. No sexto, há um diálogo com os autores do fenômeno central. E, no sétimo e último capítulo, são tecidas algumas considerações finais, baseando-se nos conteúdos discutidos no decorrer do texto.

1.2 OBJETIVO

1.2.1 Geral:

Compreender, na ótica dos adultos em situação de rua, como concebem o processo saúde-adoecimento-cuidados.

1.2.2 Específicos:

- Apresentar a caracterização de um grupo de adultos que vivem em situação de rua, abordando os aspectos socioculturais, econômicos e de saúde;
- Identificar as demandas de cuidados desses cidadãos;
- Apresentar uma análise teórica substantiva que contribua do ponto de vista teórico e prático, para o cuidado de saúde e enfermagem nas áreas da promoção da saúde, prevenção de doenças e/ou agravos e qualidade de vida.

2 REFERENCIAL TEMÁTICO

Temos o direito a ser iguais quando a nossa diferença nos inferioriza; e temos o direito a ser diferentes quando a nossa igualdade nos descaracteriza. Daí a necessidade de uma igualdade que reconheça as diferenças e de uma diferença que não produza, alimente ou reproduza as desigualdades. (Boaventura S. Santos)

2.1 A POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA – FUNDAMENTOS TEÓRICOS

O mundo, com o avanço desenfreado da globalização, impõe regras consumidoras, que fazem uma parcela da população trilhar caminhos à margem da sociedade, pois não consegue produzir e consumir conforme as necessidades do mercado capitalista. Vários indivíduos vivem uma situação excludente, o que está presente não só em países subdesenvolvidos, mas em todo mundo, requerendo atenção especial, visando oferecer-lhes melhores condições, seja na recuperação da dignidade perdida e da autoestima, seja no processo de reinserção social e ou na reestruturação de vínculos. Dentre esses grupos, temos as pessoas em situação de rua, que sofrem na pele as marcas do insano preconceito e de uma vida vivida diariamente em precárias condições, um grupo de pessoas que não vive dignamente, mas que luta para sobreviver.

Essa parcela da sociedade, considerada como parasita está à margem da própria margem e compõe a poluição visual dos grandes centros, incomodando cidadãos ativos do mercado capitalista. São seres que passam despercebidos aos olhos dos cidadãos comuns, por serem considerados descartáveis, que amedrontam e incomodam, com seus pedidos de esmolas e por constituírem a parte da sociedade criada para ser invisível perante as classes superiores e poderes públicos (SILVA, FALABELLA, 2014).

Outro aspecto levantado em relação à PSR é saber quem está inserido nessa categoria. O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) ainda se prepara para incluir essa parcela da população no censo demográfico nacional. Até o momento, a última pesquisa nacional desse grupo populacional foi feita pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS), em 2007, quando foram percorridas 71 cidades do país. Os dados mostraram que existiam, no Brasil, 31.992 pessoas com 18 anos ou mais vivendo nas ruas. Verificou-se, também, que essa população não é composta por “mendigos” e “pedintes” e, sim, que grande parte é formada por pessoas que trabalham em coleta de materiais recicláveis ou em construção civil, ou como flanelinhas ou auxiliares de limpeza (BRASIL, 2008a).

O Decreto nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009, do Ministério da Saúde (MS), adotou o conceito de PSR como sendo um grupo heterogêneo que se concentra nas grandes cidades brasileiras e nas regiões metropolitanas, que tem na rua a sua principal fonte de sustento. As pessoas que compõem esse grupo possuem em comum a pobreza, os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados e a inexistência de moradia convencional regular, fazendo dos logradouros públicos e das áreas degradadas o espaço de moradia e sustento, de forma temporária ou permanente, podendo utilizar-se, ainda, de unidades de acolhimento para pernoite, de forma temporária ou como moradia provisória (BRASIL, 2009).

Lopes (2014), para além de considerar a PSR como um grupo populacional heterogêneo, acrescenta que esse abrange vários modos de vida na cidade; vários tipos de relações com a rua: pessoas com endereço fixo que passam a maior parte do tempo nos logradouros públicos, pessoas que moram na rua em tempo integral e que há muito perderam qualquer referência domiciliar ou familiar; imigrantes; desempregados; egressos do sistema penitenciário e psiquiátrico; pessoas que transitam de uma cidade a outra; entre tantas situações que podem ou não ser definidas.

Portanto, do ponto de vista desses conceitos, a PSR tem suas singularidades, comporta pessoas com diferentes realidades que têm em comum a condição de pobreza, mas também são expostas às diversas formas de violência, preconceito e estigmas (marcas e rótulos), geralmente ligados à ausência de higiene corporal, às roupas sujas e aos pés descalços.

Ao remetermo-nos às formas de estigmas, estes vão interferir nas relações sociais, principalmente de grupos vulneráveis, como na População em Situação de Rua. Para uma compreensão do significado de estigma a que a PSR está sujeita, recorremos a Goffman (2004), sociólogo e antropólogo, considerado um dos norte-americanos mais influentes do século XX. Dentre os seus estudos, destaca-se a abordagem que fez em relação à interação social no dia a dia e às marcas vistas negativamente em relação aos aspectos corporais, raciais, ou mesmo ligados a paixões.

Para esse teórico, “estigma” deve ser compreendido como algo mal para a sociedade, que revela ameaça e, por isso deve ser evitado, pois causa uma identidade deteriorada por uma ação social. A sociedade cria categorias e rótulos que vão identificar o indivíduo e este, ao ser estigmatizado, passa a ser visto como alguém que possui uma “diferença indesejável” e, uma vez que o estigmatiza, a comunidade impõe-lhe regras e confirmações, das quais imputado pela diferença ou desvio.

Varandas (2009) menciona que a condição do cidadão é reforçada pelo processo de estigmatização, pois quando esse é enquadrado e rotulado em uma dada condição, tal processo colabora para esse cidadão busque um contato mais frequente como o grupo rejeitado desviante. Estando em situação de rua, os vínculos vão ser reforçados com o universo da rua e com os usuários de bebidas alcoólicas e outras drogas. “A rua oferece o espaço de uso ilimitado, onde a legalidade e a moralidade que geralmente atuam como mecanismos de controle dentro das estruturas sociais, são afrouxadas e ressignificadas”.

O autor acima citado ressalta que grupo desviante é formado por pessoas que apresentam comportamentos desviantes, conforme perspectiva de Becker (2008), que considera o desvio como uma manifestação da vida social que envolve uma série de situações e atores. Não é uma qualidade do ato do desviante, nem da pessoa ou da personalidade do desviante. O desvio depende da quebra da regra e da resposta que os outros dão a esse ato e é, por conseguinte, um rótulo aplicado com sucesso.

Nota-se, ao conhecer sobre o contexto da PSR, que não há uma causa específica e, sim, junções de fatores que vão facilitar o processo de ida para a rua. Nada obstante, essas pessoas, ao sofrerem rupturas familiares, sociais e afetivas, vão viver novas formas de relacionamentos sociais e se apropriar dos espaços públicos da cidade, desenvolvendo práticas, experiências e valores diferenciados, que se relacionam ao habitar a rua. Esse grupo, marcado pela desumanização e caracterizado por estigmas, violência e segregação, vai criar um novo significado a essa nova vida e buscar mecanismos psíquicos de adaptação que possibilitam conviver com a nova realidade que a ele se impõe, implementando, em si, novos recursos de mediação (BRASIL, 2012a).

A PSR, devido à convivência grupal, dá novo significado as suas relações sociais e constitui novos grupos que se caracterizam por identidades definidoras de comportamento e da necessidade da sobrevivência. Encontramos indivíduos em situação de rua acompanhados ou próximos das mesmas pessoas, dormindo nos mesmos lugares e reconstruindo vínculos afetivos que, muitas vezes, reproduzem o contexto familiar, até com denominações peculiares, tais como: família da rua, irmão da rua, mãe/pai da rua e filho da rua (BRASIL, 2012a).

Assim, é fundamental que a sociedade em geral, juntamente com o poder público, tenha um olhar para esses cidadãos sociais e de direito que, embora não fazem parte dos censos oficiais, vêm tendo destaque no cenário de Juiz de Fora e de outras cidades brasileiras, por meio de um grito silencioso, das marcas da pobreza, da precariedade e do imprevisto, mas, também, da criatividade e da inventividade na apropriação do espaço

público, da reinvenção dos espaços domésticos e de convivência social (JUIZ DE FORA, 2007).

2.2 POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA: Saúde, Adoecimento e Cuidado.

Para analisar o processo saúde-adoecimento-cuidados junto aos cidadãos em situação de rua, considera-se relevante apresentara compreensão que se tem acerca desse. Enfatiza-se que significar saúde, adoecimento e cuidados deve ir além da presença ou ausência de sintomas, agentes que causam doenças e do discurso médico hegemônico. Os sintomas e os agentes etiológicos relacionam-se ideologicamente ao contexto histórico, cultural, político, e não apenas baseiam-se em fórmulas numéricas ou dados estatísticos (MINAYO, 1996),

Ao nos referenciarmos às questões que perpassam o campo da saúde, tomamos, inicialmente, a concepção de saúde da Organização Mundial de Saúde que, em 1948, definiu-a como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doenças”. Desde então, essa definição de saúde foi alvo de diversas críticas, uma vez que tal conceito torna a saúde algo impossível de ser atingido (SAGRE; FERRAZ, 1997).

O Artigo XXV da Declaração Universal dos Direitos Humanos registrou, em 1948 que:

Toda pessoa tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar a si e a sua família saúde e bem estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis, e direito à segurança em caso de desemprego, doença, invalidez, viuvez, velhice ou outros casos de perda dos meios de subsistência fora de seu controle (DECLARAÇÃO UNIVERSAL DOS DIREITOS HUMANOS, 1948).

E essa ideia subjaz à atual concepção de direito à saúde, também difundida pela marcante ideologia do movimento brasileiro da sociedade civil organizada, de reforma sanitária, que se consolidou na década de 1970, estendendo-se à segunda metade dos anos oitenta do século passado, culminando com a 8ª Conferência Nacional de Saúde, que forneceu as bases para a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), conforme consta na Carta Constitucional de 1988. Esta, no artigo 196, apresenta:

...a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL, 1988).

Ambos os artigos supracitados, remetem-nos à reflexão sobre a situação de precariedade do acesso aos serviços, tendo em vista as barreiras, de diversas ordens, notadas, tanto na gestão, quanto na organização da atenção à saúde, o que afeta, não só os cidadãos em situação de rua, mas todo cidadão que busca usufruir dos serviços de saúde.

Em relação à PSR, nota-se que raramente procura o serviço de saúde, recorrendo à rede ambulatorial somente em último caso. Muitos ainda só se submetem a tratamentos de saúde quando são conduzidos pelo serviço de resgate ou por meio de instituições de assistência. Ainda se percebe que essa população dá maior importância para as doenças que podem comprometer o aparelho locomotor, prejudicando, assim, a vida na rua, fato que a leva a buscar os serviços de saúde de forma esporádica, e não sistematizada, preferindo os prontos-socorros, onde, na maioria das vezes, dispõem de atendimentos resolutivos (BRÊTAS, ROSA, CAVICCHIOLI, 2006).

Buscando atender as demandas da população, compreende-se que o conceito de saúde se dá por meio de uma concepção ampla e multidimensional, em que é preciso considerar as singularidades e os diferentes cenários que integram o viver saudável dos indivíduos em seu contexto real e concreto (PORTO, *et al* 2012).

Esses autores consideram que a falta de ações acerca da subjetividade e da singularidade do modelo de saúde vigente, contribui, efetivamente, para a pouca apreensão dos significados que cada indivíduo ou comunidade atribui ao seu processo de viver, estar vivo, estar com saúde ou estar sem doença e viver saudável, mesmo que em condições desfavorecidas. No entanto, a capacidade de superar estados ou condições de morbidade precisa ser levada em conta quando se apreende o processo de viver saudável como um fenômeno complexo.

Quando nos referimos ao termo adoecimento, remetemo-nos à ausência de saúde. Saúde, no sentido de manutenção do equilíbrio funcional, físico e psíquico; e, quando esse equilíbrio nos falta, por diversos motivos, temos o desenvolvimento do adoecimento, que acarretará a doença.

Lançamos mão de dois modos de entender o processo de adoecimento e a própria doença. Primeiro, há que se reconhecer as diversas representações com que perpassamos significados que se estabelecem na relação do indivíduo com o sistema de saúde e a forma como esse se percebe estando doente, o que implicará na forma como ele relata a sua doença ao profissional da saúde.

Para o indivíduo existem quatro dimensões do fenômeno. Um é estar doente, isto é, apresentar alterações por causa de doença, no corpo e nas funções; a outra é sentir-se doente, isto é, perceber tais modificações no próprio organismo; a terceira é identificar a doença, como base nos conhecimentos adquiridos na época e conhecidos dos indivíduos; a última é poder estar doente (BERLINGUER, 1984, p.44)

Outro modo é buscar distinguir o que é normal de “estado patológico”. Segundo Canguilhem (2009), um indivíduo é normal considerando as respostas morfológicas e funcionais apresentadas ao meio em que vive. Nessa concepção, uma função do organismo pode ser considerada normal quando ele independe do resultado que ela produz. Já o estado patológico é uma nova dimensão da vida, não uma variação da dimensão da saúde. O autor considera que há várias possibilidades fisiológicas e contextuais no processo de vida, então, para chegar a um tipo ideal, acabou-se estabelecendo uma norma que afirma a existência de saúde ou doença.

Ainda para o autor, saúde é um sentimento de segurança na vida e para a qual o ser não estabelece limite. Assim, saúde significa mais do que ser normal, é estar o indivíduo adaptado às exigências do meio e ser capaz de criar e seguir novas normas de vida, já que "o normal é viver num meio onde flutuações e novos acontecimentos são possíveis" (p.188). Além disso, o estado patológico não é ausência de uma norma, pois não existe vida sem normas, assim ele, também, uma forma de se viver. O que é patológico, então, é uma "norma que não tolera nenhum desvio das condições na qual é válida, pois é incapaz de se tornar outra norma" (p.145).

A busca em conhecer os significados de saúde e adoecimento tem estimulado pesquisas, medidas sociais e maior consciência coletiva, que podem interferir; afetar e modificar o cuidado de saúde ofertado ao ser humano. Cuidado esse, não voltado somente para a cura, tratamento de alguma doença e reabilitação, mas um cuidado que, concebido de modo ampliado, busca promover a saúde em seu sentido amplo, bem como estimular o desenvolvimento de ações educativas, de prevenção de doenças, visando à reinserção social, participação, corresponsabilização, elevação da autoestima e igualdade de acesso.

O cuidado surge na interface do processo saúde-adoecimento e, para a abordagem sobre este termo, de um ponto de vista conceitual, adotamos como referência os pressupostos de Boff (1999) e Leininger (1985). Esta, uma teórica do campo da enfermagem conceituou o cuidado “como aqueles fenômenos relacionados ao comportamento de prestação de auxílio, apoio ou capacitação para um indivíduo ou por outro indivíduo ou (grupo), com necessidades evidentes ou antecipadas de melhorar ou aperfeiçoar uma

condição ou vida humana”. A sua teoria da diversidade e universalidade cultural do cuidado inclui, em seus pressupostos, que:

O cuidar e o cuidado são essenciais à sobrevivência dos homens, bem como para o seu desenvolvimento e habilidades para lidar com acontecimentos graves e frequentes da vida, inclusive as doenças, as deficiências e a morte. As expressões, padrões e estilos de cuidado possuem sentidos diferentes, em diferentes contextos culturais. O fenômeno do cuidado pode ser descoberto ou identificado através do exame da visão de mundo, estrutura social e expressões do grupo cultural (LEININGER, In: GEORGE e Cols, 1993, p.288).

Leininger (1985), ao desenvolver uma teoria de cuidado de um ponto de vista antropológico, destacou o cuidado de enfermagem, enfatizando que há diferenças no cuidado humano, e que, portanto, há necessidade de se ajustar as crenças, valores e modos das culturas do indivíduo, para que um cuidado favorável e significativo possa ser oferecido. Desse ponto de vista, o cuidado cultural é expressivo, unificador e dominante para se conhecer, compreender e prever o cuidado terapêutico popular.

No campo da Enfermagem, o estudo de Rosa, Cavicchioli e Brêtas (2005) destaca-se como uma referência que tem estimulado o pensar e o fazer, no que se refere ao cuidado de saúde com cidadãos em situação de rua. Esses autores apóiam no pensamento de Boff, na perspectiva da filogênese, a qual observa que “o indivíduo cuida para manter a espécie viva, o que torna a ação do cuidar essencial para sobrevivência humana no planeta”. No entanto, na perspectiva profissional, o cuidado vem acrescido de conhecimento empírico, técnico e científico.

O cuidado, na concepção teórico-filosófica de Boff (1999), pode ser compreendido segundo uma dimensão ontológica, em que o ser humano cuida do outro por zelo, desvelo e prazer – cuida por que é humano. Ele é mais do que um ato singular ou uma virtude ao lado das outras; é a forma como a pessoa se estrutura e se realiza no mundo com os outros. É a construção do *ser-no-mundo*, mediante as relações que se estabelecem com todas as coisas, as quais se fazem em atitudes de ocupação, preocupação, responsabilização e envolvimento afetivo com o outro. E esse cuidado só vai existir quando o outro passar a ter importância, buscando, o ser que cuida, participar do destino, dos sofrimentos e sucessos do ser que é cuidado.

No entanto, ao se falar de cuidado, em especial à População em Situação de Rua, é fundamental levarmos em conta como ela se constitui, as formas de sobrevivência que desenvolve e o modo de vida de cada indivíduo ou grupo, para que ações efetivas de intervenções sejam tomadas.

O Estado, por meio das Instituições, tem responsabilidades no contexto do cuidado de saúde. Como explicitado por Nogueira e Bellini (2006), os profissionais que dão materialidade a essas responsabilidades, necessitam compreender a distância social dessa população da política econômica, social e cultural e entender como são elaborados os valores sociais desse grupo excluído, para com eles estabelecer programas educacionais.

Entretanto, ressalta-se que, no Brasil, mesmo com os avanços atuais, como a criação de políticas e serviços específicos, por exemplo, a Política Nacional e o Consultório na Rua, ainda se faz necessário buscar pela efetividade dos serviços de referência e contrarreferência, por um trabalho multi e interdisciplinar, junto às políticas intersetoriais, bem como estimular autonomia, participação e corresponsabilidade do indivíduo em situação de rua, em seu processo de saúde-adoecimento-cuidados.

2.3 UM OLHAR SOBRE AS POLÍTICAS PÚBLICAS

O Sistema Único de Saúde (SUS), criado em 1988 pela Constituição Federal Brasileira, fundamentado no conceito amplo de saúde, mesmo sujeito a aprimoramentos, tornou-se um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo. Baseado nos preceitos constitucionais, ele é norteado pelos seguintes princípios doutrinários: universalidade, pois permite que todo indivíduo tenha direito de acesso a todos os serviços públicos de saúde, assim como àqueles contratados pelo poder público; equidade, que veio assegurar ações e serviços de todos os níveis, de acordo com a complexidade que cada caso requeira, more o cidadão onde morar, sem privilégios e sem barreiras; integralidade, propondo o reconhecimento, na prática dos serviços, de que cada ser humano é único, indivisível e integra uma comunidade, deste modo as ações não devem ser compartimentalizadas, ou seja, todo o sistema de saúde também deve ser integral, para atender a esse indivíduo de forma global; e igualdade, já que, perante a legislação que rege o SUS, todo cidadão é igual e deve ser atendido conforme as suas necessidades, até o limite do que o sistema puder oferecer (BRASIL, 1990).

O SUS, por meio da Rede de Atenção a Saúde (RAS), definida por uma Portaria Ministerial, busca promover a integração das ações e serviços de saúde, visando a uma atenção contínua, integral e humanizada, com garantia de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária e eficiência econômica. E, para atingir os seus objetivos, adotam-se três áreas de aplicação, que são: cuidados primários, atenção especializada (ambulatorial e hospitalar) e cuidados de urgência e emergência (BRASIL, 2011).

Embora sejam inegáveis e representativos os avanços alcançados pelo SUS nos últimos anos, torna-se cada vez mais evidente no contexto atual a dificuldade em superar a intensa fragmentação das ações e serviços de saúde e qualificar a gestão do cuidado. Acredita-se que a solução esteja em inovar o processo de organização do sistema de saúde, usando da equidade e redirecionando suas ações e serviços no desenvolvimento das RAS para produzir impacto positivo nos indicadores de saúde da população (CHAGAS *et al*, 2014, p 380).

Ao se implantar o SUS, as práticas de saúde não incorporaram de modo rápido todo o seu ideário e as propostas de promoção da saúde e prevenção de doenças. Mantêm-se, ainda nos dias atuais, práticas orientadoras do modelo assistencial e de gestão que, historicamente, privilegiam as intervenções curativas e assistencialistas (BACKES, 2008). Mesmo que tenha ocorrido uma ruptura dessas intervenções, necessita-se dar maior ênfase nas ações e políticas que potencializam o viver saudável de cada ser humano, protagonista de sua própria história, especialmente do que vive à margem da sociedade, exposto às contínuas desordens e contradições do meio.

Vemos que o SUS, ao garantir acesso aos serviços de saúde de maneira igualitária, integral e com equidade e pela forma como está organizado, sob a responsabilidade dos municípios, ainda não contempla, na prática, esses direitos a PSR. Embora o acesso aos serviços de saúde seja difícil para qualquer cidadão, no caso dessa população, é ainda pior, uma vez que as próprias normas e regras impostas pelas estruturas não estão preparadas para atender as demandas desse grupo (ARISTIDES, LIMA, 2009). Um exemplo evidente dessa situação é a necessidade de comprovação ou de referência de residência, ainda presente, quando o indivíduo recorre de modo espontâneo aos serviços de saúde, pois esses ainda limitam o atendimento a essa população, por trabalharem a partir de bases territoriais. Ora, quem vive na rua, em princípio, não pertence a nenhuma área de abrangência específica, portanto, torna-se “invisível” para a rede de serviços de saúde.

Ressalta-se, ainda, que a assistência à saúde desses cidadãos esbarra em dificuldades, tais como: falta de profissionais especializados e albergues adequados para administrar medicamentos controlados; locais apropriados para higiene corporal; dificuldades no acesso aos recursos terapêuticos; e inabilidade dos profissionais de saúde no cuidado com este tipo de população (CASTRO, CHAGAS, REZENDE, 2012).

Após a criação do SUS, políticas, manuais e serviços específicos para a PSR também foram criados, e destaca-se aqui a Política Nacional e o Consultório na Rua. A Política Nacional para a Inclusão Social da População em Situação de Rua foi elaborada, em 2008, pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS), buscando dar

visibilidade a essa população. Após o levantamento de desafios, estratégias e recomendações advindas do I Encontro Nacional sobre População em Situação de Rua, realizado em 2005, pela Secretaria Nacional de Assistência Social (SNAS), e dos resultados da pesquisa nacional realizada com esse segmento populacional, em 2008, em que foram identificadas as vulnerabilidades que compõem a realidade deste, foi possível delinear-la, para buscar o enfrentamento dessa questão social.

Os princípios e diretrizes que orientaram a construção e execução da política foram levantados mediante reflexões e debates do Grupo de Trabalho Interministerial, instituído pelo Decreto s/nº, de 25 de outubro de 2006, e composto pelos seguintes Ministérios: do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, das Cidades, da Educação, da Cultura, da Saúde, do Trabalho e Emprego, da Justiça; e da Secretaria Especial de Direitos Humanos e Defensoria Pública da União. Também tiveram participação os representantes do Movimento Nacional de População de Rua (MNPR), da Pastoral do Povo da Rua e do Colegiado Nacional dos Gestores Municipais da Assistência Social (Congemas), representando a sociedade civil organizada, (ARGILES, SILVA, 2011).

A presente política busca estabelecer diretrizes e rumos que possibilitem a (re)integração dessas pessoas as suas redes familiares e comunitárias; bem como o acesso pleno aos direitos garantidos aos cidadãos brasileiros; e a oportunidade de desenvolvimento social pleno, considerando as relações e significados próprios produzidos pela vivência do espaço público da rua (BRASIL, 2008b). Para oferecer concretude aos seus princípios e diretrizes, foram formuladas ações concretas, dentre as quais são mencionadas abaixo as que se referem às políticas de saúde.

A política de saúde direcionada a essa população visa: garantir a atenção integral à saúde das pessoas em situação de rua e adequar as ações e serviços existentes, assegurando a equidade e o acesso universal, no âmbito do SUS; fortalecer ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças com alta incidência junto a essa população; aprimoramentos de atenção à saúde mental desse grupo populacional, em especial àquelas pessoas com transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas; oferecer atendimento à saúde dessa população, nas três esferas do SUS; incluir essa população no processo de educação permanente em saúde dos gestores e trabalhadores de saúde; divulgar e implementar o canal de escuta do usuário: Sistema Nacional de Ouvidoria, junto à PSR, bem como das demais instâncias de participação social; apoiar as iniciativas de ações intersetoriais que viabilizem a instituição e a manutenção de Casas de Apoio ou similares, voltadas para pessoas em situação de rua, em caso de alta hospitalar, para assegurar a

continuidade do tratamento; incentivar a produção de conhecimento sobre a temática da saúde desta população e de mecanismos de informação e comunicação; oferecer apoio à participação nas instâncias de controle social do SUS e ao processo de mobilização junto aos movimentos sociais representantes dessa população; e incluir a participação de moradores de rua e ex-moradores na seleção de agentes comunitários de saúde (BRASIL, 2008b).

Após a publicação da referida política pelo Ministério da Saúde (MS) brasileiro, além de serviços, pesquisas também passaram a ser estimuladas e uma delas destaca a ineficiência dos serviços de saúde para o atendimento dessa população, o que demanda não somente atendimento na área da saúde mental, mas também de serviços de outras áreas da saúde adequados à realidade e necessidades desses adultos em situação de rua, recomendando que sejam necessárias respostas técnicas, gerenciais e de políticas setoriais e, principalmente, políticas de natureza intersetorial (BOTTIL *et al*, 2009).

Questiona-se, no entanto, que, mesmo existindo uma política específica, voltada a esse grupo, o indivíduo, ao morar nas ruas, em casas de acolhidas ou frequentando espaços de convivência, está constantemente em estado de alta vulnerabilidade social. Apresentam dificuldade de se reestruturar na sociedade e não se preocupam com o seu bem-estar, muito menos, refletem sobre o impacto que o meio ambiente exerce sobre a saúde (BRASIL, 2012a).

Outro questionamento em relação à política é que ela considera o cidadão em situação de rua como próprio responsável pela sua situação, desvinculando-o do resto da realidade da localidade e do momento histórico. De acordo com Menezes e Pinto (2014), não basta discutir a problemática que envolve a PSR apenas visando à própria população, como faz a política. Os problemas que levam diversas pessoas a viverem em condições subumanas são fracassos de outras políticas públicas, como as de desenvolvimento econômico, de saúde, de geração de trabalho e renda e de planejamento familiar. Portanto, uma Política Nacional para a População em Situação de Rua não pode se restringir apenas a oferecer diretrizes aos Municípios, mas deve ir além: coordenar o funcionamento e a avaliação de todo o conjunto de políticas públicas existentes no Brasil, contribuindo para o desenvolvimento social do país.

Junto à elaboração da política, buscando suprir demandas e aproximar-se da realidade da PSR, o Ministério da Saúde instituiu e apoiou o Consultório *de* Rua (CR), que foi proposto, em 2009, pelo Ministério da Saúde (MS/BRASIL), como uma das estratégias do Plano Emergencial de Ampliação de Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no SUS, sendo incluído, também, em 2010, o Plano Integrado de

Enfrentamento ao crack, com o objetivo de ampliar o acesso aos serviços de saúde, melhorar e qualificar o atendimento oferecido pelo SUS às pessoas que usam álcool e outras drogas, por meio de ações na rua (BRASIL, 2010). A experiência do CR aliada à ideia dos atendimentos realizados pelas equipes de saúde da família (ESF) fez com que a proposta se ampliasse e passasse à denominação de Consultório *na Rua*, a partir de 2012, trazendo grandes melhorias para o atendimento à saúde dessa população.

Ele visa romper com o modelo assistencial biomédico, saindo da lógica da demanda espontânea e da abordagem única de abstinência; tem como princípios norteadores o respeito às diferenças, à promoção dos direitos humanos, a inclusão social, o enfrentamento do estigma, as ações de redução de danos e a intersetorialidade. Sua característica mais importante é oferecer cuidados no próprio espaço de rua, preservando o respeito ao contexto sociocultural da população (BRASIL, 2010).

Os CR são formados por equipes multiprofissionais, que prestam atenção integral à saúde *in loco*. As atividades são realizadas de forma itinerante, desenvolvendo ações compartilhadas e integradas às Unidades Básicas de Saúde (UBS). Eles lidam com os diferentes problemas e necessidades de saúde da PSR, desenvolvendo ações compartilhadas e integradas também com as equipes dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), dos serviços de Urgência e Emergência e de outros pontos de atenção, de acordo com a necessidade do usuário (BRASIL, 2010).

Com essa nova proposta, as portas de entrada aos serviços de saúde passaram a ser as UBS e à pessoa em situação de rua é assegurado o direito de ter o seu cuidado em saúde ampliado, não se focalizando tão somente o tratamento relacionado ao uso de álcool e outras drogas como eixo central.

Esse dispositivo, em fase de adaptação e ressignificação do cuidado, está ajudando a resgatar os direitos da PSR e a incluí-la na sociedade, como dito pelos autores abaixo:

O CR, ao acolher, em exercício de alteridade, as pessoas em situação de rua e ao levar tais casos à rede de cuidados, produz, cotidianamente, estranhamentos na própria rede. Com o estranhamento, emergem situações observadas e sentidas, para as quais não se têm respostas prontas e pelas quais somos significativamente arrastados para fora de nossa zona de conforto do diagnóstico e recomendações ao autocuidado no domicílio. A rede é tensionada por uma demanda, por ora invisível, de uma população até então inexistente. O CR mostra uma nova cara, um novo ponto de conexão de rede ou de redes, recoloca desafios e interroga a construção de que participamos para um SUS que diga respeito a todos (LONDERO, CECCIM, BILIBIO, 2014, p.4)

No município de Juiz de Fora\MG, o projeto é executado pela ONG Associação CasaViva, fundada em 1996, e o trabalho enquanto Consultório de Rua começou em fevereiro de 2012, após uma chamada pública realizada pela Prefeitura da cidade, passando, posteriormente, pelo processo de migração para Consultório na Rua conforme a nova proposta do Ministério da Saúde, já descrita acima, e está vinculado à UBS de Vila Ideal, conforme exigência das Portarias 122 e 123, de 25 de janeiro de 2012 e Nota Técnica Conjunta/2012.

Ao falar de elaboração e aderência das políticas públicas ou políticas governamentais, é válido discutir esse contexto sob uma breve reflexão filosófica foucaultiana. É necessário olhar, de forma crítica, a importância das políticas voltadas à população e que elas, de fato, sirvam para dar igualdade de direitos e deveres, libertar da opressão, assegurar o bem-estar social e o direito à cidadania, e não como algo que acarreta controle populacional e poder que domina, oprime, separa e causa desigualdade.

Foucault (2008) entendia que a realidade não é percebida de maneira natural, em razão das suas constituições históricas, trazendo reflexões sobre a luta e o combate a uma ordem discursiva imposta pela trama relacional de poder. Ele analisou a gênese de um saber político voltado para o controle populacional por mecanismos de regulação matizados no biopoder. Biopoder, segundo Foucault (2008, p. 3), é “(...) o conjunto dos mecanismos pelos quais aquilo que, na espécie humana, constitui suas características biológicas fundamentais vai poder entrar numa política, numa estratégia política, numa estratégia geral de poder”.

O biopoder, então, configura-se na governamentalidade como algo que torna a vida em objeto de poder. Esse poder, segundo Foucault (2008), quando representado na mão de um soberano, é exercido sobre um território e, quando presente na sociedade disciplinar, como nas instituições, dirige-se, fundamentalmente, aos espaços disciplinares, individualizados-individualizantes, na sociedade biopolítica ou de segurança. E a relação poder-espço vai exercer o controle dos fluxos, da circulação, não do homem enquanto indivíduo ou corpo, mas do homem enquanto espécie, visando, assim, o controle da “população”, em suas múltiplas modalidades, o que inclui o próprio discurso do eugenismo e do racismo.

Contudo, ao falarmos de ações políticas, é fundamental que a sociedade entenda o seu papel e participe, efetivamente, dessas ações. Ao tomarmos como exemplo o profissional, em especial aquele da equipe de saúde, é necessário que tenhamos uma conduta social e política, para que, ao cuidarmos, proporcionemos também autonomia e corresponsabilidade para aquele que é cuidado.

3 APORTE TEÓRICO À COMPREENSÃO DO FENÔMENO: Interacionismo Simbólico

“A experiência é percepção compreendida”. (I. Kant)

Este capítulo apresenta o Interacionismo Simbólico, por ter se constituído o enfoque teórico que possibilitou o aporte à metodologia e à análise, destacando-se os seus principais conceitos. A escolha dessa abordagem tomou por base o conjunto de questões que se conjugam no fenômeno pesquisado e o tipo de investimento metodológico empreendido para a busca de compreensão, cujo cerne são os significados implícitos à condição de se viver nas ruas.

A utilização do Interacionismo Simbólico neste estudo possibilitou ilustrar as significações que os próprios cidadãos em situação de rua põem em prática para construir seu mundo social e, conseqüentemente, o seu processo saúde-adoecimento-cuidados. Sabe-se que o conhecimento sociológico está apoiado na prática dos indivíduos e que é preciso conservar a integridade do mundo social para poder entendê-lo, levando em consideração a visão que os agentes sociais atribuem aos objetos, aos indivíduos e aos símbolos que os rodeiam (BLUMER, 1969).

Para a concepção do cuidado de saúde que se pretendeu alcançar com adultos que vivem em situação de rua, o Interacionismo Simbólico mostrou-se adequado, pois valoriza o significado que o ser humano atribui as suas experiências, considerando o sujeito imerso em um mundo onde as relações sociais se estabelecem a partir das múltiplas representações (DUPAS *et al*, 1997). Ainda na visão do autor, a Teoria Interacionista possibilita ver o indivíduo como um organismo atuante, em constante processo de mudança e não algo já acabado, considerando o sujeito como um ser ativo no processo das suas próprias ações.

O termo “Interacionismo” origina-se da palavra “interagir”, que significa “agir reciprocamente”, e o termo “Simbólico” advém do grego *symbolikós* e do latim *symbolicu*, denotando aquilo “que tem caráter de símbolo” (FERREIRA, 1999). Ela é considerada uma perspectiva teórica e metodológica inacabada, proveniente de uma corrente de estudos americanos da década de 1920, sendo um de seus fundadores George Herbert Mead. No entanto, teve maior repercussão na década de 1930, com um dos seguidores de Mead, o sociólogo Herbert Blumer. Foi em um contexto de extrema transformação dos conceitos e reformulação dos currículos que surgiu o Interacionismo Simbólico. Como o próprio nome indica, ele realçou a natureza simbólica da vida social (DUPAS *et al*, 1997).

Blumer era integrante da Escola Sociológica de Chicago, Universidade criada em 1880, e desenvolveu as suas primeiras formulações teóricas a partir de conceitos e princípios básicos extraídos da teoria da psicologia social e as empregou no estudo do comportamento coletivo (das massas, das multidões e do público em geral). A Universidade apresentou significativo desenvolvimento e incentivo à política de ensino e pesquisa, atraindo muitos profissionais e fazendo com que, em 1910, os Departamentos de Sociologia e Antropologia se tornassem os principais centros de estudos e investigação sociológica dos Estados Unidos e o berço da sociologia moderna, com forte referência mundial (COULON, 1995).

A Teoria Interacionista apoia-se nos processos de interação social que ocorrem entre indivíduos ou grupos. Ela vê a sociedade humana como pessoas envolvidas na vida e busca o significado que o mundo tem para cada indivíduo, considerando as influências que esses significados de interpretação particular têm sobre as relações humanas e nas tomadas de decisão. Além disso, tem como perspectiva geral o processo de atividade contínua, no qual os participantes estão desenvolvendo linhas de ação nas numerosas situações em que se encontram (BLUMER, 1969).

De acordo com o pensamento dessa teoria, os significados devem ser considerados produtos das atividades interativas dos sujeitos, assim, ela menciona que o pesquisador, para compreender e analisar as significações do processo interativo, precisa participar como agente do universo que se propõe estudar. O Interacionismo Simbólico reforça a ideia de que a concepção dos agentes a respeito do mundo social é, em essência, o objeto da investigação sociológica (BLUMER, 1969).

A Teoria Interacionista fundamenta-se em três premissas, a saber:

- 1- O modo como um indivíduo interpreta os fatos e age perante outros indivíduos ou coisas dependem do significado que ele atribui a esses outros indivíduos e coisas. O significado que tudo isso tem para o indivíduo influencia a formação do comportamento, e conhecê-lo é o que pode levar à compreensão da ação humana;
- 2- O significado é resultado ou construído, a partir dos processos de interação social;
- 3- Os significados sofrem mudanças ou são manipulados por meio de um processo interpretativo usado pelo indivíduo quando lida com as coisas que ele encontra (BLUMER, 1969, p 2).

Destaca-se que o pensamento e a linguagem interagem, reciprocamente, com as três premissas mencionadas. O pensamento altera ou modifica as interpretações, enquanto que a linguagem (verbal ou gestual) é um recurso constantemente empregado pelos indivíduos no processo de interação social (BLUMER, 1969).

Na perspectiva do Interacionismo Simbólico, há uma enorme variedade de interações sociais que ocorrem de modo a formar coletividades separadas e levam à constituição de determinados grupos sociais, cada qual com suas regras e normas de conduta, validadas e aceitas pelos indivíduos que os compõem. Essas interações são processos dialéticos, pois os indivíduos constroem os grupos e as coletividades sociais dos quais fazem parte, mas, ao mesmo tempo, essa construção vai interferir na conduta do indivíduo (BLUMER, 1969).

Segundo Charon (1989), é preciso conhecer os conceitos centrais do Interacionismo Simbólico para compreender suas idéias medianas. Os conceitos centrais são: símbolo; self; mente; interação social; e sociedade, que são esclarecidos a seguir:

a) Símbolo: é o ponto central da Teoria, pois é por meio dele que a interação ocorre. Símbolos são objetos sociais usados pelo ator para representação e comunicação (CASSIANI, 1994). É por seu intermédio que as pessoas se socializam, compartilham da cultura e entendem qual é o seu papel social. Utiliza-se o símbolo para pensar, comunicar e representar. Ressalta-se que ele é simbólico quando expressa uma representação ou uma intencionalidade. Considerando, então, essa linha de pensamento, os símbolos, enquanto objetos sociais são definidos na interação social, caracterizando-se como significativos e significantes, quando houver um entendimento, tanto para os atores quanto para os indivíduos a quem se dirigem às ações (BLUMER, 1969).

Ainda segundo esse autor, à medida que os indivíduos interagem, eles interpretam ou definem as ações uns dos outros e não apenas reagem às ações, isto é, as respostas se baseiam nos significados que se atribuem às ações. Com isso, a interação humana é mediada pelo uso de símbolos, por interpretação ou pela determinação de significados às ações dos outros. O mundo das pessoas consiste em objetos que têm representatividade somente com a interação simbólica, podendo ser de três tipos: físicos(coisas), sociais(pessoas) e abstratos(ideias).

b) Self: expressa o ego/a da própria pessoa. Segundo Blumer (1969), baseando-se no pensamento de Mead, self significa que a pessoa pode ser objeto da sua própria ação, dentro da sociedade, age socialmente com relação a outras pessoas e interage socialmente consigo mesmo e em relação a si próprio. Assim, a pessoa torna-se objeto de suas próprias ações dentro da sociedade, o que, de acordo com Mead (1962), precede a existência do self. E o fato de tê-lo faz com que o ser humano vire ator especial, que transforma sua relação no mundo e dá a sua ação um caráter único. Destaca-se que, para os interacionistas, o self advém da interação, sendo definido, redefinido e constantemente mudado.

Contudo, o self representa um processo social no interior do indivíduo, que envolve duas fases analíticas distintas, pois nele identifica-se o diálogo interno existente entre o ego (eu) e alterego (mim). O Eu, aspecto inicial, espontâneo e desorganizado da experiência humana é a parte impulsiva do indivíduo; e o Mim representa o outro presente no indivíduo, envolvendo o conjunto organizado de atitudes, definições, compreensões, expectativas e sentidos comuns ao grupo. Assim o desenvolvimento do self depende do aprendizado e de assumir o papel do outro. Ele vai diferir-se do organismo fisiológico de um indivíduo e surgir por meio do processo de atividades sociais, da relação e comunicação com outros indivíduos, o que implica dizer que não há self fora da sociedade, tampouco consciência do self (BLUMER, 1969).

c) *Mente*: de acordo com Mead (1962), ela surge da interação com os outros e dependente do self e dos símbolos. É a concepção a respeito do processo social de comunicação que se revela quando o indivíduo interage consigo próprio, usando símbolos significantes. Para o seu desenvolvimento, é fundamental a questão fisiológica, pois por meio dela é que a formação da mente torna-se possível, tendo em vista os processos sociais de experiência e comportamentos, a partir de interações e relações sociais. O organismo escolhe os estímulos que lhe são relevantes para suprir as suas necessidades.

Ainda segundo Mead (1972), *mente* é a capacidade de atuar em relação ao eu, criando uma situação não encontrada nos animais irracionais. Os símbolos significativos que criamos nos apresentam possibilidades de experiências interiores e de pensamentos que podem ou não ser consumados na conduta manifesta, sendo essa conduta que constitui a mente. Assim, ela é definida como um processo de interação da pessoa com o seu próprio eu, crucial para a vida humana e parte importante de todo e qualquer ato.

Pensar envolve hesitação, interpretação consciente e atribui significado aos estímulos. Esse pensar reflexivo ocorre em torno de situações problemáticas, em que o indivíduo deve ponderar o futuro, por meio da concepção de resultados, escolhas e análise de possíveis alternativas. A reflexão é tão importante para Mead (1972) por fornecer o fundamento lógico para a pessoa agir como ator e não como um reator passivo. Enquanto humanos, construímos, imaginamos, pensamos e refletimos o ato, antes de consumá-lo, construindo nossos objetos a partir de estímulos. E o objeto é definido pelo indivíduo em termos das espécies de atos que uma pessoa pode executar em relação a ele, assim como é, por meio do processo de reflexão simbólica do indivíduo, que esse objeto pode ou não ser transformado para ele.

d) Interação social: todos os conceitos do Interacionismo Simbólico apresentados anteriormente são frutos da interação social. Nessa perspectiva, a interação ocorre entre atores e será ela a responsável por formar o comportamento humano, não apenas ser um veículo para tal. Há uma enorme variedade de interações sociais que ocorrem de modo a formar coletividades separadas, cada qual com suas regras e normas de conduta, validadas e aceitas pelos indivíduos que as compõem e que vão interferir na conduta do indivíduo. No entanto, a ação é derivada da significação, a qual deriva ou surge das interações sociais. E as significações são utilizadas pelos atores sociais nas interações sociais grupais, que, por sua vez, modificam as próprias significações (BLUMER, 1969).

e) Sociedade: contexto dentro do qual o self surge e se desenvolve. É uma rede de relacionamentos e toda atividade grupal, que forma um sistema semiaberto, no qual o comportamento humano envolve uma resposta às intenções dos outros, sendo essas transmitidas por meio de gestos, que se tornam simbólicos, passíveis de serem interpretados (HAGUETTE, 1990).

Conforme análise mediana, a sociedade, ou vida em grupo, é um aglomerado de comportamentos cooperativos mostrados por seus membros. Essa cooperação busca entender, de modo reflexivo, as ações e intenções da outra pessoa, respondendo-as de um modo apropriado, o que a torna a essência da comunicação interpessoal. Essa resposta mútua, com uso da linguagem, faz do Interacionismo Simbólico uma teoria de comunicação (MEAD, 1972).

A sociedade também desenvolve estrutura social, que padroniza as relações, quando há interação entre as pessoas. Ela é usada para descrever papéis, classe social, estratificação na sociedade e relações ordenadas de grupo. Assim, partindo-se das premissas de Mead, cabe mencionar o que representa sociedade para Simmel (1971):

[...] a sociedade existe onde um número de indivíduos entra em interação. Essa interação sempre emerge sobre a base de impulsos ou tendo em vista certas finalidades. Impulsos eróticos, religiosos, ou meramente associativos; e propósitos de defesa, ataque, jogo, ganho, ajuda, ou instrução (SIMMEL, 1971, p. 23).

Os conceitos de interação social e sociedade estão interligados, consistindo, a sociedade de indivíduos engajados, num processo de interação social. No entanto, dois conceitos são dominantes no seio da sociedade: o de cultura e o de estrutura social. O primeiro, compreendido como costume, tradição, norma, valor, regra, claramente derivada da ação das pessoas. E o segundo refere-se à posição da pessoa ou de grupos dentro desse sistema, ou seja, o agrupamento de indivíduos, de acordo com as posições que resultam dos

padrões essenciais de relações de obrigação, constitui a 'estrutura social' de uma sociedade. É a realidade social que vai revelar padrões ou estruturas, que dão, a cada um de nós, um sentido para o lugar ao qual pertencemos, o que se espera que façamos e como nós devemos pensar e agir (CHARON, 1989).

Com base nessas reflexões, é importante apontar que os estudos orientados pelo Interacionismo mostram que não existe uma visão exclusiva dessa abordagem, pois há uma multiplicidade de elementos originados nos seus conceitos ou conjecturas. Essa teoria tem ampla aplicação, porém falta unificar os métodos e os achados. Sua abordagem visa originar novas teorias, cuja exigência é a manutenção das conjecturas abordadas, proporcionando uma visão do homem com sua interação no processo de definir, responder, interagir e raciocinar (LUIZ, 1991).

O mesmo autor reitera que todos esses elementos apontados se coadunam para criar a interação. E esta, para ser entendida, precisa reconhecer a existência de todas as possibilidades. Dessa forma, tornamo-nos objetos sociais uns para os outros e será a partir da ação mental que serão tomadas decisões e compartilhadas perspectivas que constituem o guia para a realidade.

A visão Interacionista tem sido usada com sucesso nas pesquisas de enfermagem, buscando respeitar a natureza da vida humana e defender que ela está presente na vida grupal à condição essencial para a consciência, mundo de objetos e construção de atitudes (LOPES, JORGE 2005). Contudo, ao utilizar o Interacionismo Simbólico como referencial norteador de uma pesquisa na área da enfermagem, ele se mostra como um diferencial, pois se preocupa com os aspectos internos experimentais do comportamento humano, isto é, a forma como as pessoas definem eventos ou realidade e como agem em relação as suas crenças.

Ainda segundo as autoras acima citadas, Teoristas de Enfermagem estão ampliando os significados do cuidar/cuidado para uma perspectiva humanística e interacionista, entendendo que é necessário superar o cuidado praticado sob uma visão de ordem mecanicista e reducionista, pautado no modelo médico, que foca a doença, vista como processo biológico, e não o ser humano.

A Enfermagem, enquanto profissão do cuidado da vida, atuando com outros profissionais e em uma contínua interação transpessoal, por meio da fundamentação da Teoria do Interacionismo Simbólico, oferece reflexão e possibilidades de um cuidado interativo (LOPES, JORGE 2005). Assim, o uso do Interacionismo possibilita entender o processo de interação entre todos os indivíduos e a sociedade, em especial neste estudo dos

cidadãos em situação de rua, uma vez que o modo de vida de todo ser humano é marcado por ambivalência entre discurso e prática.

4 O CAMINHAR METODOLÓGICO

“Um passo à frente e você não está mais no mesmo lugar.”
(Chico Science)

4.1 NATUREZA DO ESTUDO E ABORDAGEM METODOLÓGICA

Para a compreensão das questões propostas, realizou-se uma pesquisa qualitativa, por essa abordagem oferecer bases para se investigar as nuances que perpassam o conhecimento sobre o cuidado de saúde da população em situação de rua. As pesquisas qualitativas em que se incluem as de saúde, lançam mão de teorias e metodologias diversas, especialmente as oriundas das ciências sociais (DESLANDES,1995). Assim, a Teoria Interacionista permite que esses métodos cumpram o seu objetivo de interpretar as percepções das pessoas, investigar o significado que dão aos objetos, pessoas e símbolos com os quais constroem o seu mundo social; e relacionar isso com as experiências vivenciadas (COULON, 1995).

Como método, optou-se pela Grounded Theory (GT), traduzida para o português como Teoria Fundamentada nos Dados. Esta abordagem metodológica permite a coleta de dados em cenários, onde coletar, analisar e teorizar mantém uma relação de proximidade (STRAUSS; CORBIN, 2008). A GT foi fundada pelos sociólogos Barney Glaser e Anselm Strauss, em 1967. É uma teoria indutiva, baseada na análise sistemática dos dados, que tem o produto e o método de investigação articulados com a corrente Interacionista, justificando a utilização dessa metodologia, em harmonia com a proposta de reflexão construída no capítulo anterior.

Esses pesquisadores observaram que raramente os profissionais, nos Estados Unidos, na década de 60, falavam sobre o processo de morrer dos pacientes gravemente enfermos. Assim, começaram a analisar como e quando os profissionais e pacientes tomavam conhecimento de tal fato e a forma como lidavam com isso. Após a coleta de dados, por meio de conversas e observações feitas em campo e do tratamento analítico dos mesmos, foi possível produzir uma análise teórica sobre a organização social e a disposição temporal da morte. Junto à análise, desenvolveram estratégias metodológicas sistemáticas, que puderam ser adotadas por cientistas sociais para o estudo de muitos outros temas. Em um primeiro momento, eles defenderam que os resultados obtidos dessa teoria advêm do método da descoberta, sendo independentes do investigador, defendendo uma perspectiva epistemológica, que foi considerada por alguns pesquisadores com positivista. No entanto,

na década de 90, eles passaram a defender que a teorização, na perspectiva dos dados, permite ser flexível, pois é ato em construção (STRAUSS, CORBIN, 2008).

Posteriormente, os próprios fundadores começaram a divergir nas ideias, porém, mesmo com a diferença de pensamentos, mantiveram elementos comuns que caracterizaram a GT como: a lógica indutiva; a análise sistemática dos dados, por meio do método de comparação constante; e o desenvolvimento da teoria a partir dos mesmos.

A GT visa conhecer o fenômeno social no cenário em que esse ocorre, levando em consideração a interação entre os significados e a ação, que vão levar à construção do modelo teórico (STRAUSS, CORBIN, 2008). Vale ressaltar que a coleta e a análise dos dados fazem parte desse processo e ocorrem de maneira dinâmica e concomitante.

Essa teoria, por ser substantiva, tem a essência derivada da análise sistemática dos dados e deve apresentar as seguintes características: coerência entre os dados e os resultados; compreensão pelos envolvidos; generalização suficiente para que variações da ocorrência do fenômeno sejam consideradas; e controle na previsão das ações dos envolvidos. Assim, ela tem que ser coerente com a realidade da área especificada para o estudo e, posteriormente, fornecer sentido para que seja compreendida pelos sujeitos envolvidos e por outros pesquisadores (BANDEIRA-DE-MELL, CUNHA, 2003).

Na GT, a análise dos dados é a fase central da teoria, pois essa surge dos dados. Strauss e Corbin (2008) atentam que o pesquisador, perante a análise, deve elaborar questionamentos sobre os possíveis significados e fazer comparações, as quais se organizam em dois tipos: as teóricas e a incidente–incidente. As teóricas são realizadas no início das análises ou quando o pesquisador depara-se com um dado novo, e contribuem para identificar categorias conceituais, propriedades e dimensões. É nesse momento que o pesquisador precisa ter sensibilidade teórica e utilizar o seu conhecimento para interpretar, da forma mais isenta possível, o significado dos dados. Já a comparação incidente–incidente somente acontecerá frente às categorias já definidas. Ela vai verificar se um dado novo ou citação tem as mesmas propriedades de alguma categoria já identificada e, caso tenha, o dado novo será associado a essa categoria, aumentando a sua fundamentação empírica (STRAUSS, CORBIN, 2008).

A Grounded Theory considera que todos os dados obtidos são passíveis de análise, sendo possível construir teoria substantiva tanto sobre dados qualitativos como quantitativos, desde que sejam relevantes para o fenômeno, e não admitidos como verdade simplesmente por terem sido coletados por um instrumento de coleta fundamentado na literatura existente. O que se deseja é que as múltiplas fontes ou dados levantados aumentem

a confiabilidade dos resultados. Neste contexto, as técnicas de coleta de dados das entrevistas semi e não-estruturadas, juntamente com o conjunto das observações descritas nas notas de campo, documentos, gravações de áudio e vídeo e dados quantitativos, vão conseguir captar a versão dos envolvidos (CHARMAZ, 2009).

Assim, a análise é um processo complexo e estruturado, que acontece ao redor de três momentos de codificação, progressivos e integrados as categorias que vão desencadear reflexões para a construção da teoria. O primeiro é a codificação aberta ou inicial, que explora de forma analítica os dados, abrindo-os em todas as direções possíveis. Nessa fase o pesquisador fica aberto aos dados, explorando todas as possibilidades teóricas advindas dos mesmos. Quanto mais fidedigno for, em relação às falas dos participantes, melhor será a codificação inicial. É nesta fase que se devem extrair alguns conceitos expressos por categorias que não alcançaram a saturação ou que ainda não foram bem desenvolvidas. Para que ocorra de forma correta, é preciso ler e reler todos os textos (entrevistas) e escutá-los mais de uma vez, para que não se perca o contexto linguístico e ambiental em que foram gerados. Também é importante que a codificação aconteça palavra por palavra, linha por linha e compare acontecimento por acontecimento, a fim de captar, realmente, o que as falas expressam, sem que ocorra interpretação arbitrária por parte do pesquisador. Essa fase vai se concluir com a evidenciação de conceitos ainda não saturados, o que permite a ampliação dos sujeitos da pesquisa e a coleta de dados mais focalizados (TAROZZI, 2011).

A segunda fase, codificação focalizada ou axial, realiza a análise conceitual dos elementos, organizando e sintetizando os conceitos, que vão formar as categorias. Pode-se, nessa fase, identificar-se as macrocategorias, que vão surgir a partir de conceitos mais amplos, mais frequentes e com significados mais densos, interligando as categorias entre si e essas com subcategorias e definindo as suas propriedades. Essa fase foi chamada, por Strauss e Corbin, em 2008, de codificação axial, pois ela define os procedimentos formais, sugere estratégias e técnicas, porém as mantêm rígidas. Ainda nessa fase faz-se a interpelação dos dados, a fim de perceber se houve saturação das categorias ou se ainda há necessidade de se buscar novas informações (TAROZZI, 2011).

E na terceira fase, conhecida como codificação teórica, desenvolve-se, em grau máximo a abstração conceitual, ou seja, constrói-se a teoria coerente e unitária. Uma vez que os conceitos já estão solidificados e densos, há pontuação e interligação das categorias, há identificação da categoria central e consegue-se explicar, de forma clara e concisa, o fenômeno pesquisado. É válido mencionar que, sendo a codificação um conjunto de

procedimentos e técnicas, ela é que irá conceituar os dados, por meio da interpretação ancorada e enraizada nos próprios dados (TAROZZI, 2011).

Na área da enfermagem, essa teoria começou a ter um papel significativo, a partir dos anos 60, trazendo contribuições para os conhecimentos nas áreas da adaptação para a doença, infertilidade, adaptação e intervenções de enfermagem e no estudo de pessoas e de grupos vulneráveis (STREUBERT, CARPENTER, 1999), como é o caso deste estudo, que envolve a população em situação de rua, grupo que demanda cuidados e conhecimentos específicos de enfermagem.

Contudo, visando conhecer a natureza das práticas de cuidados realizadas pelos adultos em situação de rua, optou-se por essa metodologia por acreditar-se que a análise sistemática e sintética possibilita interpretar conscientemente os elementos que perpassam o contexto estudado.

4.2 PROCEDIMENTOS PARA A COLETA DE DADOS

A pesquisa foi desenvolvida em duas etapas. Na primeira, aconteceu a inserção da pesquisadora no cenário da pesquisa, com exploração e descrição, buscando a aproximação, identificação e caracterização dos adultos em situação de rua, participantes da investigação. Na segunda, empreenderam-se esforços orientados pelo método de investigação, para analisar o processo saúde-adoecimento-cuidados, que se estabelece no campo de vivência da População em Situação de Rua (PSR). Assim, este estudo baseou-se no princípio de que o cuidado de enfermagem a essa parcela da população passa, necessariamente, pela compreensão da vida na rua, da qual se deve considerar alguns fatores, como: quem são essas pessoas? Como vivem? Como conseguem sobreviver física, psicológica e socialmente? Quais sentidos atribuem as suas vidas? Quais cuidados demandam?

Buscou-se, então, analisar a caracterização sociocultural, econômica e de saúde dos sujeitos em situação de rua, valendo-se, inicialmente, da observação, refletindo e analisando sobre o ambiente, os comportamentos e a linguagem não verbal, que dá uma visão geral da realidade e de um diário de campo. Como apresentado por Víctora, Knauth, Hassen (2000), na realização de pesquisa, devido a riquezas de informações, é necessária a utilização de pequenas notas em um diário de campo, para que, de fato, consiga-se captar as informações para a pesquisa que, posteriormente, deverão ser expandidas.

Durante a identificação e a caracterização desses adultos, seguindo a orientação metodológica, não se delimitou uma amostra, incluindo-se como participante cada cidadão,

conforme a sequência de contatos feitos, até o décimo contato. Nesse primeiro momento, ocorria a identificação, a explicação detalhada da pesquisa e dos seus objetivos, assegurando-se a possibilidade de novos encontros posteriores para entrevistas. Vale ressaltar que, na segunda etapa, o número de participantes seguiu a abordagem de amostragem e saturação teórica, conforme orientação de Strauss e Corbin (2008), ampliando-se para 16 o número de participantes.

Na segunda etapa, identificou-se o conhecimento que o adulto em situação de rua possui acerca da saúde e do adoecimento; a sua história pregressa; os cuidados de promoção da saúde e prevenção de complicações; e as dificuldades inerentes ao dia a dia.

Em todos os momentos da entrevista, procurou-se oferecer e garantir privacidade entre pesquisador e participante da pesquisa, a fim de proporcionar um ambiente acolhedor para a captação dos dados. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas (APÊNDICE A), que aconteceram de acordo com a disponibilidade dos entrevistados, garantindo-lhes o direito de se retirarem do estudo em qualquer época ou estágio. Não foi possível agendar nenhum encontro, pois o momento dessa população é o presente e ela não possui local fixo de moradia.

Foi possível observar, durante as entrevistas, que os adultos não se sentiram apreensivos e receosos, mantendo-se calmos e dispostos a responder e participar das entrevistas, o que facilitou a captação dos dados. Notou-se que essa população é carente de escuta e, por vezes, eles agradeciam por eu estar ali conversando e dando-lhes atenção. Os entrevistados disseram que dificilmente vivenciam esse momento de escuta, pois a população em geral não lhes dá atenção.

Vale ressaltar que as expressões não verbais, as pausas, o tom de voz e até mesmo as emoções expressas pelos participantes durante a pesquisa, sejam por meio de sorrisos soltos, lágrimas derramadas, desconfianças mostradas no olhar e tristezas reveladas nas falas, tornaram mais rica a coleta e contribuíram para a interpretação dos dados.

Antes de proceder à coleta dos depoimentos, explicou-se a cada um dos participantes a pretensão da pesquisa, oferecendo a plena liberdade de participação ou recusa. Também foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (ANEXO A), em duas vias (uma para o pesquisador e a outra para o sujeito), e solicitada a assinatura, bem como explicado o seu conteúdo. As entrevistas duraram em média de 15 a 50 minutos e foram gravadas em mídia digital (MP3), transcritas posteriormente pela própria pesquisadora e copiadas em CD, sendo que ficarão arquivados durante cinco anos, assim como os demais registros realizados.

Destaca-se que os dados coletados foram submetidos à análise concomitante, visando à saturação teórica, a qual possibilitou a imersão de grupos amostrais. Esse procedimento, na GT, denomina-se comparação constante. Ao ser identificada a saturação dos dados, por meio do não acréscimo e da não modificação de informação, foi iniciada uma análise mais aprofundada e sistematizada de todas as informações dos grupos amostrais (STRAUSS, CORBIN, 2008).

4.3 ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

A obtenção da codificação foi possível pela transcrição das entrevistas, que foram lidas e interpretadas, juntamente com o aporte e a análise das notas de campo, sendo possível identificar os principais temas que atendessem aos objetivos deste estudo. Após a compreensão das unidades temáticas, surgiram as categorias, que foram organizadas de maneira sistematizada e analisadas a partir do referencial teórico do estudo.

Conforme referencial, na segunda etapa, foi permitido analisar os dados, mediante três tipos de codificação: codificação aberta, axial e seletiva. Para que alcançassem as metas da codificação aberta, as entrevistas foram examinadas minuciosamente e analisadas linha por linha, parágrafo por parágrafo, para que os primeiros códigos fossem extraídos, sendo que cada trecho que representava um fenômeno foi selecionado e codificado com um termo que o simbolizasse. E, ao utilizar o processo de comparação, os códigos identificados foram agrupados por similaridades e diferenças, formando as subcategorias. Com o avanço da análise, as categorias foram construídas, recodificadas, combinadas e comparadas entre si. A última fase buscou identificar a categoria central, determinando e validando sua relação com as outras categorias e destas entre si. Nesse sentido a categoria central representa o elo com as demais (STRAUSS, CORBIN, 2008).

Para a edição textual dos dados empíricos, utilizou-se o *software* OpenLogos®, o qual contribuiu com a codificação, interpretação e geração dos conceitos e a triangulação dos dados. O *software* é um gerenciador de dados textuais, elaborado com a função de armazenar e organizar os dados para análise em uma base de dados (CAMARGO JUNIOR, 2003).

4.4 CUIDADOS ÉTICOS NA PESQUISA

Antes de iniciar o trabalho de campo, foram requeridas e obtidas as autorizações da Direção da Faculdade de Enfermagem da UFJF/MG (ANEXO B) e da coordenadora do Consultório na Rua (CR) (ANEXO C), sendo que a solicitação abrangia a realização da pesquisa e a citação do cenário na divulgação dos resultados exclusivamente em eventos e/ou periódicos de natureza científica.

Posteriormente, o projeto de pesquisa foi cadastrado na Plataforma Brasil e submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora, para análise do atendimento às Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo seres humanos. Depois que esse Comitê aprovou e emitiu parecer favorável, de número 691.118, o qual foi incluído à composição deste projeto de estudo (ANEXO D), iniciaram-se os procedimentos de trabalho de campo.

Assim, buscou-se e foram cumpridas todas as disposições regulamentadoras da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Vale ressaltar que essa resolução incorpora, sob a ótica do indivíduo e das coletividades, os quatros referenciais básicos da bioética: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça, e visa assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e ao Estado (BRASIL, 2012b).

Os participantes, durante todo o processo de coleta de dados, foram tratados com dignidade, respeitados em sua autonomia e defendidos em sua vulnerabilidade, garantindo-se, assim, os valores culturais, sociais, morais, religiosos e éticos dos participantes da pesquisa.

Considerando que toda pesquisa desenvolvida com seres humanos envolve riscos, estes foram ponderados, bem como os benefícios, tanto atuais como potenciais. Dessa forma, assumiu-se o compromisso com o máximo de benefícios e o mínimo de danos e riscos, sabendo-se que os danos previsíveis foram evitados e as vantagens para os sujeitos da pesquisa foram significativas. Observou-se o sigilo e foi resguardado o anonimato dos entrevistados, de acordo com os preceitos da legislação que regulamenta este estudo. Caso houvesse quaisquer danos cometidos pela pesquisadora, foi esclarecido que haveria ressarcimento, mesmo o estudo tendo sido considerado de risco mínimo para os sujeitos, por tratar-se somente de colher depoimentos acerca das percepções dos entrevistados.

4.5 LOCAL DE ESTUDO

A pesquisa foi realizada, no período entre março de 2014 a fevereiro de 2015, nas ruas da cidade de Juiz de Fora – MG/Brasil. O município está localizado na região da Zona da Mata do estado de Minas Gerais e é pólo industrial, cultural e de serviços do sudeste mineiro, referência em serviços de educação e saúde desta região; apresenta uma extensão territorial de 1.437.000 km², com uma população estimada pelo IBGE (2010) de 516.247 habitantes; é tida como uma cidade que apresenta condições para uma boa qualidade de vida.

Toma-se como referência prévia o levantamento e diagnóstico da população de rua desenvolvido pela Secretaria da Assistência Social (SAS) e publicado na forma de um relatório, em 2007, nessa cidade. O documento mostrou que faziam parte da população em situação de rua as pessoas, famílias e grupos que ocupam e se apropriam de espaços públicos da cidade e que apresentavam práticas, experiências e valores diferenciados que se relacionam ao habitar a rua. Desenvolveu-se o entendimento de que a heterogeneidade dessa população pode ser apreendida por meio de visões e percepções de mundo particulares e próprias a cada tipo de relação e experiência estabelecida nos espaços públicos, em que são introduzidas novas formas de viver e sobreviver, revelando valores específicos do “mundo de rua”.

O relatório concluiu que qualquer política que objetivasse a superação deste processo de exclusão deveria basear-se nessa heterogeneidade, procurando ter como proposição a construção cidadã efetiva e o resgate da identidade perdida por esses cidadãos (JUIZ DE FORA, 2007). O último levantamento realizado pela SAS/JF, em 2010, registrou que havia, na cidade, 708 pessoas nessa situação (VALENTE, 2010).

No município, existem, também, diversos serviços que atendem essa população, como a Casa da Cidadania, o Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), o Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua (Centro POP Rua), o Núcleo Cidadão de Rua e instituições filantrópicas, além de o município ter sido a primeira cidade não capital a aderir à Política Nacional voltada a esse segmento populacional.

A temeridade em sair pelas ruas ao encontro dos cidadãos que nelas vivem, considerando-se os riscos decorrentes da violência urbana, sobretudo à noite, motivou a decisão de iniciar a aproximação com os participantes mediante o apoio da equipe do Consultório na Rua. O acompanhamento desse dispositivo por uma das pesquisadoras

possibilitou a aproximação, identificação e os primeiros contatos com os cidadãos em situação de rua que se tornaram participantes da pesquisa.

4.5.1 A rua: vista e sentida

Este item visa apresentar elementos captados no cenário das ruas durante o trabalho de campo, considerados essenciais à análise a que esta dissertação se propôs, o cuidado de saúde de adultos em situação de rua.

A ida regular às ruas da cidade, com a observação do contexto de moradia dos participantes, foi fundamental, por se tratar de um cenário “desconhecido” quando se propõe uma apreciação sistemática. Considerou-se necessária a aproximação, para o entendimento da dinâmica da vida na rua e a definição da abordagem sobre o fenômeno.

Assim, passo a relatar a experiência que desenvolvi em um período de um ano de observação das ruas da cidade, identificando e ouvindo os participantes da pesquisa. As visitas às ruas ocorreram de forma constante e em dias alternados nas semanas, permitindo-me conhecer e acompanhar as atividades do Consultório na Rua. Tive a oportunidade de desenvolver grandes reflexões, momentos de questionamentos, sentimentos de indignação e tristeza, ao me deparar com homens e mulheres que, apesar de todos os problemas, fracassos e perdas enfrentados em suas vidas diárias, demonstravam capacidade de luta, resistência, persistindo em ideais de obtenção de uma vida mais digna ou, ao menos, melhor reconhecida na sociedade.

Pude captar que, a partir do labor com as ruas, “faça chuva ou faça sol”, como alguns cidadãos diziam, constroem e reconstroem histórias, sobrevivendo nas ruas e se reproduzindo enquanto seres socioeconômicos, culturais e biológicos. Enquanto pesquisadora, procurei apreender, como falado por Varandas (2009) que:

Cada um deles apresenta uma identidade social criteriosamente construída e se reservam ao direito de ocultar traços de personalidade e histórias de vida que não lhes convém divulgar. Portanto, cabe ao pesquisador juntar fragmentos e buscar na interação com os indivíduos as informações necessárias para o atendimento das questões investigadas em toda a sua complexidade (VARANDAS, 2009, p.15).

No mês de fevereiro de 2014, fiz contato com a coordenadora do Consultório na Rua e foi marcada uma reunião com todos os integrantes da equipe, para que eu pudesse esclarecer os motivos de estar presente nos atendimentos realizados por eles. Durante o encontro, expliquei os objetivos e a pretensão da pesquisa, de colaborar para entender o

fenômeno pesquisado e contribuir para o atendimento a essa população, em especial ajudar no processo de cuidar pelo enfermeiro. Após boa receptividade, aceitação e interação com os a equipe, comecei a participar da rotina de atividades do serviço, conhecer os seus objetivos e a entender por que é considerado um “dispositivo”, no contexto da organização da atenção à saúde no SUS, ou seja, é “posto a funcionar nas práticas de produção de saúde, envolvendo coletivos e visando promover mudanças nos modelos de atenção e de gestão” (BRASIL, 2010).

O CR na rua, conforme citado antes, foi implantado em Juiz de Fora (MG) e a equipe de implantação foi composta por uma assistente social, dois psicólogos, um técnico de enfermagem, um agente social e um motorista. A equipe dispunha de um carro para levá-la até os locais de abordagem. Até o momento de coleta de dados desta pesquisa, observou-se que a equipe trabalhava segundo conceito ampliado de saúde, buscando atender os diferentes problemas e demandas de cuidado da População em Situação de Rua, apoiar-se em políticas intersetoriais e fazer interlocução constante com as mesmas.

Durante as reuniões da equipe, tive acesso ao protocolo de criação do projeto, o qual se mostrava pautado na lógica da “redução de danos”, no que concerne ao uso de drogas, e da saúde mental, em parceria com a Secretaria de Saúde do Município. Além disso, o CR também oferece possibilidades de retirada de documentação e de requerimento de benefícios assistenciais. Na implantação desse serviço, destacou-se como proposta a criação de vínculo com os cidadãos em situação de rua e respeito ao momento de cada cidadão, com o intuito de oferecer autonomia e fazer com que ele se sentisse corresponsável pelo seu plano de cuidado. Ressalto que, durante o período de acompanhamento, a equipe não dispunha de um profissional enfermeiro e que este passou a fazer parte da equipe em maio de 2015.

As atividades acontecem de segunda a quinta, sendo que um dia da semana a equipe reserva para as reuniões, nas quais analisam e discutem sobre as situações encontradas, as formas de abordagem, a avaliação do trabalho, assim como preenche e revê os registros realizados em prontuários de cada usuário, que são abertos na primeira abordagem.

Nos outros dias, a equipe vai às ruas abordar a população alvo do atendimento que são, prioritariamente, as pessoas em situações de rua. O turno de trabalho se alterna em manhãs e tardes e a equipe tem como ponto de saída a Associação CasaViva, que se localiza no centro da cidade. Antes de sair, a equipe decide uma rota, percorrendo a parte central e os arredores da cidade, passando por praças, ferros-velhos e viadutos. Ao identificar um potencial usuário para o serviço, eles param e iniciam uma abordagem, cujo foco é o da escuta terapêutica. A Equipe oferece e realiza atendimentos específicos como: curativos,

marcação de consultas médicas, encaminhamentos e acompanhamento para retirada de documentos, contato com as famílias quando há solicitação pelo usuário e encaminhamento ao atendimento de Urgência e Emergência ou aos Capes, quando necessário.

Às terças-feiras à tarde, em média quatro usuários são levados e acompanhados para o atendimento médico, que é oferecido em uma das UBS, localizada em um bairro situado a, aproximadamente, 20 minutos do centro, conveniada com a prefeitura, para suprir, em parte, a falta de atendimento primário a esse grupo populacional, uma vez que, por não terem residência fixa e documentos pessoais, na prática, não acessam, de forma efetiva, essa esfera de cuidado. É válido mencionar que a inserção da PSR na Atenção Básica vem criando novas possibilidades de pertencimento.

Em uma das visitas, foi permitida, por um usuário com quem eu já possuía um contato prévio, a minha presença na consulta médica. Pude perceber que houve timidez e constrangimento, por parte do cidadão em situação de rua, quando indagado em relação as suas necessidades de saúde e cuidados, como, por exemplo, o que sente, uso de bebida e outras drogas, doenças sexualmente transmissíveis, uso de medicamentos e cuidados nas relações sexuais. Ao término do atendimento, pude concluir que a relação entre o profissional de saúde e esse usuário exige do profissional um olhar cuidadoso e interessado em sua história de vida, livre de preconceitos e que mostra uma preocupação com o ser que está sendo cuidado.

Tomei conhecimento que a equipe daquela UBS passa por constantes atividades de atualização e educação continuada e, ainda, acumulava experiência na lida com esses cidadãos, uma vez que está em contato direto com os profissionais do CR, e estes estão conseguindo, por meio de uma atuação receptiva, atenciosa e despojada, favorecer o acolhimento a ser prestado.

Após uma consulta médica, que resulta em solicitação de exames, a equipe do CR providencia o agendamento dos mesmos, os quais, novamente, são acompanhados. Nesse contexto, um fato que precisa ser reforçado, apoiado e supervisionado pelos profissionais é o horário correto da medicação, quando prescrita, e sua aderência, pois muitas são as dificuldades inerentes à condição de se viver nas ruas, nesse caso, associadas ao vício (álcool/drogas) e à falta de local adequado para armazenar os medicamentos, fato que faz parte do dia a dia do atendimento da Equipe a esses usuários.

Ao longo desse período, visitei com a equipe as principais praças da cidade e ruas que circunvizinham o Centro POP, albergue e ferros-velhos. Ressalto que o Centro POP, previsto no Decreto nº 7.053/2009 e na Tipificação Nacional de Serviços Sócioassistenciais,

é uma unidade de referência da Proteção Social Especial de Média Complexidade, de natureza pública e estatal. É voltado, especificamente, para o atendimento especializado à PSR, devendo ofertar, obrigatoriamente, o Serviço Especializado para essas pessoas e promover o convívio grupal, social e o desenvolvimento de relações de solidariedade, afetividade e respeito (BRASIL, 2011). O albergue é uma casa de abrigo que oferece pernoite para os cidadãos em situação de rua e serve como espaço para higienização, jantar, café da manhã e atendimentos psicossociais. Já ferros-velhos são terrenos ou galpões que se destinam a receber e armazenar objetos de ferro, sendo utilizados por muitos moradores em situação de rua, para dormirem, porém vivendo em condições precárias.

Observei que eram elevadas as expectativas dos usuários quando a equipe se aproximava, pois, por meio de suas falas e atitudes de aproximação, demonstravam que aguardavam e desejavam a abordagem. Suas principais demandas eram para as ações de caráter assistencial, como retirada de documentos e recebimento de bolsa família, e reivindicações quanto à melhoria na estrutura do albergue, de segurança pública e aumento de CAPs estruturados.

Em um dos locais, que são ruas centrais que ficam próximas a bares, o público presente é de jovens, com média de 18 a 24 anos, que trabalham como flanelinhas, que é um trabalho informal, prestado nas ruas e estacionamentos, realizando limpeza e proteção dos carros. Eles relataram que, por serem usuários de drogas, o convívio familiar ficou prejudicado, preferindo, por isso, viverem nas ruas. Têm como queixas principais a necessidade de se ter vínculos empregatícios e a de se retirar documentos, entretanto, observei, também, que, ao conseguirem os encaminhamentos por meio da Assistente Social da equipe, não comparecem, mencionando que “por trabalharem a noite, suas atividades durante o dia ficam prejudicadas”. Ressalta-se que esse trabalho à noite, refere-se à função exercida por flanelinhas.

Apreendi sobre a existência de uma dura realidade, constituída por adultos, com prevalência do sexo masculino, que vivem, diariamente, em lugares sem as mínimas condições de higiene, em meio a outros bichos (galinhas, gatos, cachorros), com compartilhamento de colchões, utensílios e roupas, de forma precária. No momento da abordagem pela equipe, é perceptível que fazem uso contínuo de álcool e outras drogas e alguns não interrompem quando os profissionais de saúde se aproximam. Quando questionados em relação ao cuidado de saúde, mostram-se resistentes, relatando “não terem necessidades”, que “estão bem” e que só procuram atendimento em situações agudizadas, como em casos de “dores fortes e acidentes”.

Outra atividade desenvolvida pelo CR é o acompanhamento dos usuários a um órgão da prefeitura para a retirada de documentos. Nesse momento, é possível notar a expressão e, pelas falas, que eles ficam cheios de felicidade, ansiedade e esperança, pois acreditam que estão dando um importante passo para conseguirem ingressar no mercado de trabalho e terem sua “identidade resgatada”. Porém, após meses, esses sentimentos são substituídos por novos anseios, tristezas e decepções, pois presenciamos muitos usuários permanecerem na mesma situação. É provável que essa busca pela inserção na sociedade e no mercado de trabalho, e pelo resgate da cidadania, esbarra ainda em tantos outros desafios, tornando esse processo difícil, lento e desanimador.

Em algumas ocasiões em que percorríamos as praças, pudemos notar a ocorrência de brigas entre eles, quase sempre relacionadas a furtos de bebida alcoólica e roupas entre si. Em pontos específicos, nos arredores das praças eleitas para a moradia, notamos uma população diversificada, no que se refere ao sexo e à idade. Coabitavam um mesmo espaço: jovens, homens e mulheres, adultos e idosos. Notei que, em alguns dias, a abordagem pela equipe se mostrava difícil, sobretudo pelo uso exagerado de bebidas e outras drogas. Vemos que é fácil o acesso e o compartilhamento das drogas, inclusive há pessoas entre eles que traficam para se manterem nas ruas. Em alguns momentos essas pessoas se mostram muito emotivas, dispersas e pouco colaborativas. Nesse ambiente, ainda utilizam a água da fonte para beber, banhar-se e lavar suas roupas, ou dos banheiros de supermercados e postos de gasolinas. Alguns relatam que usam também a água do rio que fica a margem da avenida da região central, para banhar-se.

Percorrer os diferentes lugares de vivência dos cidadãos em situação de rua possibilitou-me aproximar-me da rotina desse grupo populacional e conhecê-lo. Percebi que há certa cumplicidade e respeito entre eles, porém se subdividem em grupos e espaços. Uns preferem ficar sozinhos e outros em grupos maiores, pois sentem maior segurança e aumentam o vínculo afetivo na rua. Suas falas remetem à dificuldade de fazerem amigos e manterem a confiança uns nos outros.

É perceptível que o ambiente em que os encontramos apresenta condições de higiene precárias, odor fétido e notável presença de restos de alimentos espalhados pelo chão, junto a pedaços de papelão, roupas sujas e, às vezes, presença de colchões. Vemos que alguns usuários subdividem seus espaços, por meio de jornais, como se fosse um lar, demarcam nas calçadas o espaço da cozinha, da sala e do quarto. Fazem dos locais públicos lugar para realizar suas necessidades básicas, como tomar banho, realizar suas funções fisiológicas e ter

relação sexual. Buscam os diversos serviços especializados para se alimentar e complementam esse ato por meio de pedidos e doações.

Notei que, na rotina diária desses cidadãos, dificilmente constavam os momentos de lazer. Um fator que considero significativo é a presença acentuada de fé, seja ela vinculada ou não a uma religião ou prática religiosa. Está sempre presente em suas falas alguma menção de natureza espiritual e dizem que a fé lhes serve como força diária para viverem as dificuldades da vida na rua, assim como para alimentar as esperanças de novas mudanças.

Passo a relatar um acontecimento que considero um dos mais marcantes em toda a minha trajetória de observação das ruas, no que se refere ao cuidado de saúde dessa população e sua relação com o SUS. Ocorreu durante uma abordagem realizada a uma mulher de 55 anos que, pelos sinais de envelhecimento precoce, parecia ter 65 anos. Ela apresentava pele ressecada e desidratada, olhar entristecido, e se mostrava emotiva, tímida, com sinais e relato de fraqueza muscular, pois caminhava vagarosamente e com dificuldades. A usuária foi abordada por volta das 16h, quando se assentou no banco de uma praça. Ao iniciarmos a conversação, ela nos disse que havia recebido alta hospitalar naquele mesmo dia, pela manhã, por volta das 10h, de um Hospital de Emergência da cidade. Tinha em mãos, o sumário de alta com diagnóstico médico de bronquiectasia, que causa dificuldades para respirar e, na sua “sacola”, alguns comprimidos de medicamento que deveriam durar até o final do tratamento, apesar de não serem suficientes, e alguns biscoitos. À observação, foi possível notar o cansaço, a presença de tosse expectorante, edema de membros e uma leve “falta de ar”. Disse que estava ali esperando o albergue abrir, às 19h, onde dormiriam. Frisou que, apesar de não gostar de frequentar o albergue, naquele dia ela sabia que era necessária a sua estadia lá, onde teria uma refeição, pois, até aquele momento, não tinha se alimentado satisfatoriamente. Após ser atendida pela equipe do CR, foram providenciados os medicamentos necessários e ela foi acompanhada até o albergue.

Essa situação causou-me comoção, por um lado, fazendo-me refletir sobre a fragilidade das políticas públicas; a ineficiência do setor de saúde em atender aos princípios de equidade e integralidade; a falta do serviço de referência e contra-referência; e o despreparo dos profissionais ao atender essa parcela excluída da população: o quanto ainda as instituições de saúde da Rede não se preocupam com o usuário após a alta. Aquela mulher representou, para mim, o retrato de uma população que ainda se mantém sem condições de dar continuidade ao cuidado e ao tratamento, após a liberação das unidades de saúde. Por outro lado, pude refletir sobre a importância do trabalho empreendido pelo CR, ao captar

situações como essa, que escapam aos olhos das instituições hospitalares, orientando, acompanhando e buscando uma resolutividade.

À incursão nas ruas para realizar as entrevistas, apresentava-me aos participantes como enfermeira, esclarecendo que, naquele momento, exercia o papel de pesquisadora. Devo destacar, porém, que, mesmo explicando quem eu era e o que pretendia junto a eles, estes ainda mostravam dúvidas do que eu fazia ali naquele momento: “é jornalista?”, “oh é policial, da Federal”, exclamaram alguns. Esse aspecto não influenciou nos discursos dos cidadãos e, de acordo com as falas que se seguiram, durante a minha recepção por eles, foi possível perceber que alguns deles externavam os discursos dos profissionais, como: *“olha, o que eu estou tentando fazer é redução de danos”* e *“sabe, tenho que me cuidar, pois a gente que fica na rua fica muito mais vulnerável, já fica com a saúde prejudicada”*. Também captei, nesses primeiros contatos, que eles se percebiam como protagonistas, ao externar a crença de que seus relatos seriam muito importantes para que novas discussões e reflexões ocorressem, como: *“se a senhorita pudesse refletir e achasse que eu tava certo, debatesse, discutisse não, debatesse esse assunto, por favor, pois a melhora, mas a melhora só vai haver, é que eu to tentando te explicar, a melhora só vai haver, quando nós souber os dois lados da moeda, não adianta eu só saber um lado só da moeda.”*

Além dos acontecimentos observados, ao acompanhar a equipe do CR, continuei participando dos encontros do Fórum da População de rua. Durante um período, colaborei com a criação do estatuto do Fórum e do Comitê Intersetorial, o que antecedeu a implementação da Política Nacional no município. A cidade aderiu à Política Nacional para Cidadãos em Situação de Rua, conforme Decreto Federal 7.053, de 23 de dezembro de 2009, no dia 4 de junho de 2014. O evento aconteceu no Auditório da Prefeitura e contou com a presença de representantes do setor público, coordenadores de entidades governamentais e não governamentais e integrantes da sociedade civil. Em meio ao público presente, observaram-se boas expectativas em relação à melhoria do atendimento a essa população.

Com a adesão, Juiz de Fora tem hoje um Comitê Intersetorial, que acompanha o repasse de recursos financeiros e o desenvolvimento de ações pelas secretarias especializadas que tratam da assistência a essa parcela da população. Somente esse ato não é suficiente para atender esses usuários, contudo espera-se que não seja apenas mais uma política compensatória de governo, mas que essa ação venha colaborar para a diminuição dos estigmas e preconceitos ainda presentes na sociedade, aumentando as possibilidades de inserção social dessa população. E que o município seja capaz de dar suporte aos princípios

da Política, assim como, de desenvolver novas políticas de intersectorialidade para contemplar as demandas dessa população.

Após ter andado pelas ruas e observado a rotina de vivência dos cidadãos em situação de rua, novas questões surgiram em torno dos significados de se viver nas ruas. Embora eu tenha, de modo sintético, buscado apresentar a minha percepção do cenário da pesquisa, acredito que só quem vive, de fato, na situação de rua é capaz de explicá-la com mais clareza. Assim, finalizo o relato da experiência que desenvolvi sobre o meu “passar” pelas ruas, como pesquisadora e como transeunte, com as palavras de um ex-morador de rua, hoje membro da coordenação do movimento nacional de população de rua, Samuel Rodrigues, que diz:

“lugar inóspito, muitas vezes violento; lugar onde não se pode fraquejar, até porque não há como expressar fraqueza; lugar de ser forte, resiliente e combativo; pois lá você só tem você e Deus para enfrentar uma série de inimigos que se manifestam das mais diversas formas, quer pelas questões climáticas, pelas arbitrariedades e pelos desmandos das autoridades, quer seja pelas relações estabelecidas nesse ambiente sombrio onde a noite revela tristeza e solidão, sob uma marquise ou no fundo de um equipamento de abrigo, os famosos albergues” (RODRIGUES, 2014, p. 21-22).

4.6 PARTICIPANTES DA PESQUISA

Os sujeitos participantes da pesquisa foram adultos que vivem nas ruas da cidade de Juiz de Fora/MG, sede da pesquisa, e que, por algum motivo, eram atendidos pelo Consultório na Rua. Foram critérios de inclusão: independentemente de gênero, etnia ou raça, religião, convicção política, condição econômica, serem maiores de 18 e menores de 60 anos de idade; lúcidos; orientados e conscientes; e aceitarem, livre e espontaneamente, fazer parte desta investigação, assinando o TCLE. Os critérios de não inclusão compreenderam a negação em participar da pesquisa ou não preencher algum dos critérios de inclusão.

Após a identificação desses adultos, utilizou-se da estratégia da amostra de conveniência, a fim de selecionar os sujeitos para a segunda etapa da pesquisa, cujo número de participantes seguiu a abordagem de amostragem e saturação teórica. Na saturação teórica, nenhum dado novo ou relevante surgiu em relação a uma categoria, as quais se encontram bem desenvolvidas em termos de propriedades e dimensões e suas relações, bem estabelecidas e validadas. Assim, o pesquisador precisa coletar dados até que todas as

categorias apresentem-se saturada, caso isso não ocorra, a teoria será construída de forma irregular e não terá densidade teórica (STRAUSS, CORBIN, 2008).

Diante disso, foram entrevistados 16 adultos em situação de rua, sendo que cinco se declararam do sexo feminino e 11 do sexo masculino. Ao se observar a repetição nas respostas, reações e comportamentos, caracterizou-se a saturação, já que não houve mais nenhum dado novo ou relevante que justificasse ampliar o número de participantes. Os dados apresentados nos resultados da pesquisa respeitaram o anonimato dos participantes, garantindo, assim, a segurança dos indivíduos, por meio da utilização de nomes que eles mesmos escolheram para serem identificados no relatório da pesquisa.

No **Quadro1**, a seguir, apresenta-se uma breve caracterização dos 16 participantes que foram selecionados para a fase qualitativa desta investigação.

Quadro 1 – Distribuição dos participantes da pesquisa por características individuais. Juiz de Fora – MG, 2015

| Identificação do adulto | Sexo | Idade atual | Cor da pele | Tipo de união | Naturalidade | Escolaridade | Trabalho informal | Vínculo | Motivo e tempo de rua |
|-------------------------|-----------|-------------|-------------|---------------|----------------|-------------------------|--|------------------------------------|---|
| Bianca | Feminino | 32 | Branca | Solteira | Valença | Primário incompleto | Catador de papel/prostituição | Irmã em situação de rua | Drogas - 7 anos |
| Irmandade | Masculino | 33 | Branca | Solteiro | Juiz de Fora | Fundamental completo | Pedinte, chapa | Pais e filhas e companheira na rua | Drogas - 2 meses |
| Flor | Feminino | 18 | Amarela | Solteira | Juiz de Fora | Primário incompleto | Pedinte | União estável na rua | Drogas - 3 meses |
| Topázio | Masculino | 60 | Branca | Solteiro | Matias Barbosa | Analfabeto | Catador de papel | Filhos e uma companheira | Desemprego/adoecimento - 10 anos |
| Valéria | Feminino | 44 | Branca | Solteira | Juiz de Fora | Primário incompleto | Auxílio da família | Pai | Drogas/Prostituição- 2 anos |
| Carioca | Masculino | 23 | Negra | Solteiro | Três rios | Primário incompleto | Catador de papel | Companheira na rua | Drogas e ruptura familiar – 3 meses |
| Bel | Feminino | 22 | Parda | Solteira | Juiz de Fora | Fundamental completo | Catador de papel, pedinte e prostituição | Pais | Ruptura familiar - 8 anos |
| Jô | Masculino | 40 | Negra | Divorciado | Juiz de Fora | Primário incompleto | Catador de papel | Filhas e união estável na rua | Drogas e ruptura familiar – 11 anos |
| Anônimo | Masculino | 30 | Parda | Solteiro | Juiz de Fora | Fundamental completo | Catador de papel, chapa e traficante | Mãe e união estável na rua | Drogas e ruptura familiar – 12 anos |
| Maria | Feminino | 26 | Negra | Solteira | Juiz de Fora | Fundamental completo | Pedinte | Pai e irmã | Ruptura familiar - 8 meses (Grávida) |
| Jesus | Masculino | 57 | Branca | Casado | Juiz de Fora | Fundamental completo | Aposentado | Mulher, filhos e irmãos | Abuso de drogas- 1 ano |
| Moreno | Masculino | 21 | Parda | Solteiro | Rio de Janeiro | Fundamental incompleto | Pedinte/ trabalho informal | Irmão e filhos | Abuso de drogas - 1 ano e 6 meses. |
| Fernandinho | Masculino | 29 | Negra | Divorciado | Juiz de Fora | Segundo grau completo | Trabalho informal | Ex-mulher e filhos, irmãos | Desemprego- 1 ano |
| Ayrton Senna | Masculino | 24 | Parda | Solteiro | Juiz de Fora | Fundamental completo | Bolsa Família/ Pedinte | Pais e irmãos | Abuso de drogas - 2 anos |
| Alegre | Masculino | 57 | Branca | Solteiro | Juiz de Fora | Fundamental completo | Trabalho informal | Irmãos | Abuso de álcool e desemprego- 2 anos |
| Pensador | Masculino | 47 | Parda | Solteiro | Tocantins-MG | Segundo grau incompleto | Trabalho informal | Irmãos | Abuso de álcool e rupturas familiares - 20 anos |

Fonte: a autora

Em breve análise descritiva, observa-se, pelo quadro acima, que a idade dos participantes variou entre 18 a 60 anos, sendo a idade média 35,18 anos. Em relação ao tipo de união dos homens, um está casado, dois estão divorciados e nove, solteiros, sendo seis mantendo relacionamento afetivo nas ruas; seis homens têm filhos e mantêm contato esporádico com os mesmos. Em relação às mulheres, uma das entrevistadas relatou que teve um relacionamento conjugal estável há quatro anos com outra mulher e, que no momento da pesquisa, estava grávida de cinco meses de um homem, não em situação de rua; outras duas mulheres mantêm relacionamento afetivo na rua. Os dados revelam, também, que a maioria das pessoas entrevistadas tiveram, em algum período da vida, um(a) companheiro(a), ainda que, atualmente, estejam sozinhas.

Em relação ao vínculo familiar, o grupo participante relatou possuir parentes residindo na cidade e que ainda existem laços familiares ativos, uma vez que mais da metade dos entrevistados mantém contato com familiares. No entanto, procurou-se destacar esse aspecto neste estudo, pois a compreensão de família e de saúde da família é considerada importante para o processo de trabalho do enfermeiro e a organização da atenção à saúde no SUS. Ela é vista como uma parceira no processo de reabilitação psicossocial e reinserção social do usuário e na promoção da saúde do núcleo familiar, considerando as dimensões pessoais, biológicas, sociais e políticas que envolvem o cotidiano da vida (MIELKE *et al*, 2010). Por isso, é imprescindível que a família seja acolhida, compreendida e participe ativamente da elaboração dos planos de cuidados inerentes ao processo de cuidar pelo enfermeiro.

Sobre a procedência, 11 são da cidade em que foi realizada a coleta de dados, inclusive têm familiares, parentes e filhos residindo no mesmo município; dois advêm de cidades vizinhas; e três são do estado no Rio de Janeiro. No que diz respeito à escolaridade, um se autodeclarou analfabeto; um não concluiu o ensino fundamental; sete terminaram o ensino fundamental; um não concluiu o ensino médio; e um concluiu o ensino médio.

Ao serem questionados quanto à renda, não souberam informar ao certo quanto ganham por mês, porém todos relataram que exercem funções informais, como “catadores de papel e latinhas”, descarregam caminhões, são “chapas” e distribuem panfletos. Ressalta-se que duas pessoas entrevistadas falaram que, também, se prostituem para aumentar a renda. Porém, é essa renda a responsável por sanar algumas das suas necessidades (comer e vestir) e manter o vício do álcool e outras drogas.

Quanto ao credo religioso, dois se professaram evangélicos; seis são católicos; e oito disseram que creem em Deus, porém sem vínculo religioso. Por fim, é válido mencionar que, durante o momento das entrevistas, todos os participantes relataram vivenciar perdas ou

fragilidade de vínculos familiares, uso de drogas lícitas e ilícitas em grande quantidade, e que mantinham o sonho de saírem da rua e de terem mudanças na vida atual, almejando o resgate dos vínculos familiares, o acesso à moradia e a possibilidade de ingressar no mercado de trabalho.

A seguir, será apresentada uma descrição sucinta de cada participante. Lembra-se, aqui, que os participantes definiram os codinomes com os quais gostariam de ser reportados na pesquisa.

Ressalto que todas as entrevistas realizadas para esta pesquisa, foram feitas nas ruas, em meio a grande fluxo de pessoas, automóveis, ônibus e ao som de um trem de ferro que passa pela cidade. Para melhor comodidade e para preservar os participantes da pesquisa, depois da identificação, dirigia-me com eles para um local onde se podia sentar e, com algum conforto, conversar, dada as condições da rua. E, assim, sentados em meio-fio das calçadas, em degraus de escadas, em bancos de praças, em meio a barulhos e aos diversos olhares, foi possível coletar os dados e conhecer um pouco mais sobre as histórias desses seres humanos.

4.6.1 Bianca: “o que falta é o amor da família, é a família”.

A primeira entrevista foi com Bianca que, biologicamente, tem genitália masculina, mas assumiu como identidade o gênero feminino. A entrevista aconteceu próxima a uma praça central da cidade, denominada Praça da Estação, por volta das 17h, onde sentamos à beira da calçada. Durante a conversa, percebi os olhares dos transeuntes, de forma curiosa e espantosa, por ser um lugar de grande trânsito de pessoas, ônibus urbanos e intermunicipais e, por ali ficar um grupo de pessoas em situação de rua. Bianca tem 32 anos, é comunicativa e receptiva, natural de Valença/RJ, solteira e se encontra em situação de rua há sete anos. Ela é alta, magra e tem cabelos cacheados, na altura do ombro e pintados de loiro. A entrevistada apresentava-se com higiene corporal precária, sandálias sujas nos pés, vestido curto e aderido ao corpo, unhas grandes, com esmalte, sendo visível a dentição prejudicada. No momento da entrevista, ela portava uma garrafa de cachaça e estava com um leve sinal de embriaguez, mas mantinha um diálogo claro. Bianca fica na rua sempre na companhia da sua irmã, a quem ela identifica como a sua principal força e alegria, pois, em suas próprias palavras, “a vida na rua é muito complicada e difícil”. Durante a entrevista, ela falou sobre a sua infância, em especial do momento em que descobriu a sua orientação sexual, tendo apoio somente do seu avô, e que foi muito difícil essa situação, devido às várias críticas recebidas dos demais membros da família. Posteriormente, Bianca falou dos momentos que teve com a família e demonstrou

sentir falta da mesma, dizendo querer voltar à convivência com eles, porém acha “muito difícil, pelo caminho que seguiu”. Contou-me do seu relacionamento intrafamiliar, vivido há anos, do qual sente muito rancor, e de ter sofrido graves agressões físicas; relatou, ainda, ser usuária de drogas (todos os tipos) e que, para ter renda, recolhe e vende papelão e se prostitui. Ela disse ter diagnóstico de sífilis, porém não faz acompanhamento constante, somente procura atendimento quando a doença se apresenta de forma agudizada; demonstrou não se preocupar muito com os cuidados básicos na hora da relação sexual, ao dizer que não usava preservativo em todas as relações sexuais e que isso não importava para ela. Por fim, falou que teve algumas internações hospitalares e que seu maior desejo é de ser feliz e voltar para a sua casa.

4.6.2 Irmandade: “o problema todo foi um negócio de drogas”.

A segunda entrevista foi realizada com um adulto jovem, 33 anos, moreno claro, média estatura, cabelos lisos e castanhos, olhos pretos, magro, dentição preservada, com dentes amarelados e em situação de rua há dois meses; porém, já havia vivenciado essa situação em outros momentos da sua vida. Ao abordá-lo, ele se mostrou lúcido, atencioso e curioso, e dispunha de uma Bíblia que, segundo ele, tem o costume de ler. A entrevista com Irmandade foi realizada por volta das 19h, perto de uma das praças centrais da cidade, onde sentamos à porta de uma loja, que já se encontrava fechada. Suas vestes estavam limpas, os cabelos cortados e ele calçava um tênis. Começou dizendo que, por ser usuário de drogas, inclusive traficar, acabou tendo desentendimento com os seus familiares e vizinhos e isso o levou a optar pela vida nas ruas. Ele disse ter tido um relacionamento estável e que teve duas filhas, com as quais mantém contato, sendo que, inclusive, elas vão visitá-lo na rua. Irmandade conta que também mantém contato com os seus pais e que eles querem que volte para casa, mas o entrevistado acredita que, nesse momento, o melhor é ficar na rua, pois, segundo ele, “a família... é muito complicado”. Ele afirmou que, na rua, a maneira como as pessoas olham-nos e interpretam-nos é o que mais o incomoda. Sua renda advém, nesse momento, de doações e de alguns serviços que realiza, como “de chapa” e “vender papelão e latinha”. Atualmente, ele está com uma companheira, também em situação de rua e tem planos de que consiga arrumar um barraco e sair da rua para viverem juntos. No final, ele relatou que não tem nenhuma doença e não utiliza medicamentos, “só um furúnculo que não melhora” e “problemas dentais” que o incomodam muito; e que se cuida nas relações sexuais.

4.6.3 Flor: “eu penso andar como as pessoas andam, fazendo compras, rindo, comendo o que você quer”.

A terceira entrevista foi realizada com uma mulher, menina de apenas 18 anos que, apesar da pouca idade, traz na fala histórias de perdas e tristezas em sua vida. Ela é magra, morena, tem baixa estatura e olhos cor de mel, entristecidos e desconfiados. No momento, estava séria, um pouco tímida, sem sinais de uso de drogas, sendo clara e rápida em suas respostas. Apresentava-se com chinelo aos pés, *short jeans* curto e blusa fina; tinha cabelos bem curtos e com sinais de queda significativa que, segundo ela, aconteceu devido ao uso errado de um produto químico. Flor está há três meses em situação de rua e tem um companheiro há quatro meses que, no momento da entrevista, encontra-se ao seu lado. Ela relata não ter contato com familiares e nem pretende resgatar vínculos, e que, após a perda da sua avó e do seu pai, a vida dela mudou muito; traz, na história de sua vida até o momento, a experiência de um estupro aos nove anos, de um homem que havia emprestado a casa para que sua família morasse, em uma ocasião em que teve a sua casa derrubada pelas chuvas. Aos 13 anos, ela engravidou do seu primo, porém, devido ao uso abusivo de drogas, acabou sofrendo um aborto. A entrevistada diz que, às vezes, usa muita droga, o que a faz vagar pelas ruas, distanciando-se do grupo e perdendo o sentido, mas que não ficaria internada para tratamento, pois não suporta ficar presa, o que a faz lembrar o período em que esteve no orfanato. Em relação às necessidades básicas da vida diária, ela diz que “para alimentar é fácil, pois sempre tem doação de marmitas” e, também, “têm os serviços disponíveis na cidade”, e que, quando ganha algum alimento, cozinha no fogão de lenha feito na beira do rio. Por fim, ela relatou que não tem nenhuma doença, não faz nenhum tratamento e que, às vezes, previne-se nas relações sexuais.

4.6.4 Padeiro: “eu tenho vergonha de pedir as coisas os outros, eu tenho vergonha”.

A quarta entrevista aconteceu com um senhor de 60 anos, cor parda, estatura baixa, com sinais de emagrecimento, em uso de prótese dentária, sinais de envelhecimento com presença de rugas e manchas na pele. O encontro aconteceu, às 14h, em frente a um depósito de ferro velho, que fica próximo a um Albergue Municipal. Ele vestia calça *jeans* com cinto marrom, blusa branca social e calçava sapatos, em bom estado geral; tem uma história de 10 anos de rua e contou-me que sobreviveu, até hoje, na rua, porque foi “catar e vender papel” e “ajudar no ferro velho”, ressaltando, diversas vezes durante a entrevista, que sente vergonha

de “pedir as coisas às pessoas”. Também fala que não faz e nunca fez uso de drogas pesadas, apenas cigarro e bebida em pequena quantidade. Diz que hoje não consegue trabalhar muito, assim, seu ganho se restringe, praticamente, a um auxílio que recebe do governo, não sabendo especificar qual; ele já morou em diversas cidades e veio para esta após se separar de sua companheira. Conseguiu emprego de padeiro, mas, devido à fragilidade da sua saúde, acabou indo morar nas ruas. Nunca foi casado, porém teve cinco filhos, mantendo contado com dois, que residem na mesma cidade. Atualmente, Padeiro tem uma companheira, mas prefere não morar com ela, pois tem dificuldades de se relacionar com os filhos dela; falou que dorme na rua, pois o que ganha não é o suficiente para pagar aluguel, e que a vida de rua “requer coragem”. Em relação à alimentação e roupas, disse que ganha e que, às vezes, consegue comprar. Já, sobre o seu estado de saúde, eles diz que não está conseguindo enxergar direito e, há cinco meses, aguarda por uma consulta médica; falou, ainda, que tem artrose, porém só toma remédio quando a dor já não é mais suportável.

4.6.5 Valéria: “vou misturar remédio com bebida? Não tem nem como”.

A quinta entrevista foi com uma senhora de 44 anos, que se encontra em situação de rua há dois anos. Estatura média, cabelos castanhos com algumas mexas brancas, dentição prejudicada, unhas pintadas de vermelho e anéis nos dedos. Vestia uma calça *jeans*, blusa branca de malha e um agasalho de moletom, em bom estado. Uma pessoa séria, de poucas palavras, pouco receptiva, respondendo somente o que lhe era perguntado, mostrando-se desconfiada durante todo o tempo da entrevista. Ela falou que foi “garota de programa” por alguns anos, porém não pormenorizou sua história, e contou que fuma esporadicamente, que começou a beber aos 12 anos, sendo a bebida o motivo de sua ida para as ruas. Durante anos, não precisou quantos, teve um relacionamento sério, tendo filhos e netos e mantém, ainda hoje, contato com eles. Apesar de dormir na rua, por causa do seu companheiro que também vive em situação de rua, vai à casa do seu pai, já idoso, para cuidar dele. Isso a está fazendo pensar na possibilidade de voltar para casa. Ao mesmo tempo, justifica que está na rua por opção, que se não se sentisse bem, não viveria nessa situação. Em relação à saúde, diz que tem hipertensão arterial, porém não faz tratamento, devido ao uso de bebida, preferindo esta, ao remédio.

4.6.6 Carioca: “a melhora só vai haver quando nós ‘souber’ os dois lados da moeda”.

A sexta entrevista aconteceu ao entardecer, quando a equipe do Consultório na Rua passava por uma das praças, considerada uma das principais da cidade. Normalmente, nela ficam, durante o dia, 15 pessoas em situação de rua que, ao anoitecer, adormecem debaixo das marquises, pois é uma área de grande concentração de lojas. Em um dos locais, sentado em uma escada, ao lado de um carrinho cheio de papel, estava um rapaz, de 23 anos, advindo de outro estado. Ele estava na presença da sua companheira, a qual não quis participar da pesquisa. Carioca, porém, prontificou-se, dizendo que participaria da pesquisa, pois acredita que devemos discutir com a sociedade e outros meios a situação deles, pois nós ainda não compreendemos o porquê de eles estarem nas ruas. O entrevistado começou falando que foi parar nas ruas da cidade, após perda da sua companheira anterior. É um rapaz negro, de olhos pretos, estatura média, dentição preservada, boa dicção, atencioso, lúcido e que está em situação de rua há três meses, com vivência anterior dessa situação. Vestia bermuda colorida, chinelo nos pés e blusa branca, em bom estado de conservação. O entrevistado começou falando que ele e sua ex-companheira estavam indo para uma cidade do interior e, ao passar por esta cidade, ela adoeceu, vindo a falecer dias depois. Assim, ele não quis retornar a sua cidade natal, preferindo ficar nas ruas; tem um irmão nesta cidade, porém não tem contato com ele. Carioca relata fazer uso de várias drogas e que, aos 10 anos, começou a consumir bebida alcoólica; já esteve internado duas vezes para tratamento, porém teve uma recaída após frustrações. Em relação à alimentação, ele disse que sempre pede comida em restaurantes ou, então, pega doações. Quanto a tomar banho, o entrevistado disse realizá-lo na bica que fica perto da linha do trem, conseguindo tomar todos os dias; e as roupas ele ganha. Sua renda é advinda da venda de material reciclado e de biscates. No final, ele disse que não tem problema de saúde, apesar de que há anos não procura por atendimento médico e nem realiza exames, e que faz o possível para sempre se cuidar nas relações sexuais.

4.6.7 Bel: “Quando eu cheguei na rua eu chorava, pois não sabia pedir, então eu passei fome, mexia no lixo, comia comida do lixo, então eu penso em ser feliz”.

A sétima entrevista foi realizada com uma “menina” de 22 anos. Menina, pois trazia na pele marcas da tenra juventude. Sorridente, atenciosa e muito comunicativa, ela tinha os cabelos lisos, claros e curtos e vestia saia *jeans* e camiseta azul, com sandália rasteira aos pés, em bom estado; com dentição preservada, estatura baixa, olhos castanhos e pele clara. Ela

estava sentada à beira da calçada, em frente ao albergue, onde costuma tomar banho e jantar. Começou dizendo que dorme sempre em uma das praças de um bairro central da cidade e que está em situação de rua há oito anos, e que o início da vida na rua foi muito difícil, pois não sabia pedir, assim teve que suportar muita coisa; disse, ainda, fazer uso de drogas como crack e maconha, desde os 14 anos, e não beber. Ela trouxe em seu relato uma história de vínculo familiar interrompido desde a infância, contando ter sido adotada por uma família que, anos depois, abandonou-a. Atualmente, ela não tem contato com nenhum familiar. Em relação ao banho e à alimentação, ela realiza nas instituições que atendem essa população, e disse que as roupas ela ganha de vários lugares: “eu ganho nos pequeninos, no centro pop, no núcleo, de vários lugares”. Sua renda advém da prostituição e de doações. Ela relatou que frequenta, aos domingos, uma igreja evangélica, e que isso está sendo motivo de mudança. Em relação a doenças, mencionou que é “a menina dos namorados”, mas que nunca teve doenças sexualmente transmissíveis, somente pneumonia e tuberculose, e que só procura atendimento nas emergências. Ela revelou que tem muito medo, pois “são muito vulneráveis”, não só da gravidez, mas também das doenças, por isso ela sempre se previne. Por fim, falou que tem sonhos e expectativas de mudança de situação, para reconstruir sua vida.

4.6.8 Jô: “a vida de rua, não só pra mim, mas pro meus amigos também, não traz nada”.

A oitava entrevista aconteceu em uma segunda-feira, dia de muito movimento em frente ao albergue. O entrevistado foi um homem de 40 anos, negro, alto, magro, de olhos castanhos. Ele trajava calça *jeans* escura, blusa verde-escura, tênis envelhecido e escuro, e boné; e apresentava dentição prejudicada e unhas grandes e escuras. Ele encontrava-se lúcido, calmo e, em alguns momentos, desconfiado, e com leves sinais de ter ingerido bebida alcoólica antes da entrevista. Ele disse estar em situação de rua há 12 anos e ter perdido seus pais aos 11 anos, ficando aos cuidados dos familiares e tendo morado nas ruas em alguns momentos, chegando a casar e ter duas filhas, com as quais ainda mantém contato, porém, após se separar, voltou a ficar nas ruas. Há três anos, tem uma companheira vivendo com ele; diz fazer uso somente de bebida alcoólica e que o vício começou na infância. Em relação ao banho, mesmo que gelado, consegue tomar todos os dias, assim como alimentar-se fazendo, para tal, uso das instituições (albergues), bares e posto de gasolina; prefere dormir nas praças. As roupas são ganhas e sua renda procede da venda de latinhas, papel e distribuição de panfletos; não traz história de hospitalização e desconhece ter doenças. Disse que, caso precise de algum cuidado de saúde, vai procurar o serviço de urgência e emergência. Por fim,

ele disse que seu cuidado é na prevenção de doença, pois procura usar preservativos nas relações sexuais.

4.6.9 Anônimo: “agora vou fazer de tudo pra não perder [filho] (...),pois eles acham que a capacidade deles é diferente, que quem mora na rua não tem capacidade de cuidar”.

A nona entrevista foi com um rapaz de 30 anos, que estava junto a sua companheira, perto do albergue público. Era por volta das 19h e eles aguardavam para se banharem e se alimentarem. Ele começou a entrevista, contando que sua companheira estava grávida de três meses e que este seria seu primeiro filho, porém ela já tinha mais quatro filhos. No início da entrevista, ele estava tímido, mas depois, descontraíu-se, demonstrando sentir-se mais à vontade para relatar os fatos da sua vida e da vivência nas ruas. O entrevistado apresentava estatura baixa, sendo magro, com pele clara, cabelos castanho-claros e olhos claros; vestia uma calça *jeans* e camisa cinza-claro, limpas e em bom estado de conservação. Ele relatou ter tido bons empregos, mas, por causa do envolvimento com drogas, tanto consumindo quanto traficando, e somado ao fato de roubar sua mãe, acabou indo morar nas ruas, onde está há 12 anos. Não tem irmãos e ainda mantém contato com a sua mãe; disse ter sido criado por um padrasto, com quem não tinha bom relacionamento. O entrevistado sobrevive nas ruas por meio da troca de mercadorias, vendendo latinhas e papelão, e já cometeu alguns furtos. Também, por vender drogas, já esteve preso algumas vezes. Atualmente, ele faz uso de crack e maconha e, às vezes, usa mais a maconha, para diminuir o uso de outras drogas mais pesadas, mas não faz uso frequente de bebidas alcoólicas. Para alimentar-se e tomar banho, ele frequenta as instituições, e as suas roupas são ganhas, porém, quando tem condições financeiras, gosta de comprar. Ele relatou que, há alguns meses, envolveu-se em uma briga, levando um corte na cabeça, e buscou atendimento em uma das Unidades de Emergência da cidade, mas acabou voltando e assumindo seu autocuidado, por meio de chás de plantas e medicamento. Ele diz não ter história de doença e que seu objetivo hoje é sair das ruas para ter condições de cuidar do seu filho.

4.6.10 Maria: “Nossa Senhora! Com a espera de uma menina, acho que vou mudar muito, eu acho que eu preciso ver ela no mundo pra mim mudar, enquanto ela não tá aqui, só eu sozinha, é uma coisa”.

A décima entrevista aconteceu, por volta das 20h, em frente a um dos shoppings da cidade. Foi com uma mulher de 26 anos, sorridente, atenciosa, negra, alta, cabelos crespos, pretos e curtos. Ela estava sentada à beira da calçada, aguardando para se alimentar e tomar banho no albergue; vestia uma calça de moletom e uma blusa preta, larga no corpo. Maria começou seu relato dizendo que a sua vida sempre foi boa e que há oito meses está em situação de rua. Anteriormente, ela teve um relacionamento estável, que durou quatro anos, com uma mulher, mãe de quatro filhos, dos quais diz sentir muito falta, porém, após desentendimentos, acabou indo morar nas ruas. A entrevistada tem familiares na cidade, um pai e dois irmãos, com os quais mantém contato; ela disse que após três meses em situação de rua, teve um envolvimento afetivo e acabou engravidando e, hoje, está com cinco meses de gestação; ela vê que é preciso mudar e tomar novas atitudes. Relatou que, apesar das dificuldades da rua, está fazendo pré-natal e acompanhamento sempre que necessário e está se preparando para voltar para a casa do seu pai, mesmo que não queira. Mencionou que o pai da criança dá apoio e a acompanha, às vezes, nas consultas, mas eles não estão mais juntos, disse que “namorar na rua é muito difícil e complicado” e que “a situação da mulher é muito sofredora”. Em relação a sua rotina diária, diz que “a maior parte do dia passo dormindo” e que, para se alimentar, fazer suas necessidades fisiológicas e tomar banho, procura as diversas instituições que oferecem serviços e apoio a essa população. Disse que ganhou as roupas que possui e que não tem uma renda, pois não consegue pedir e nem fazer qualquer trabalho informal. Em relação às drogas, diz que usa cigarro e crack há oito anos, mas, devido à gravidez, está tentando diminuir o consumo.

4.6.11 Jesus: “vim viver nas ruas por causa das drogas e tenho vergonha disso”.

A décima primeira entrevista foi com Jesus, um homem claro, com cabelos lisos, estatura média, que se mostrou receptivo, apesar de ser de pouca conversa. Ele tem 57 anos, é natural de Juiz de Fora/MG, casado, pai de três filhos, aposentado e em situação de rua há um ano. Apresentava-se com boa higiene, barba feita, blusa azul, calça *jeans* e sapatos nospés. Durante a entrevista, que ocorreu às 15h, ele estava lúcido, sem sinais de embriaguez, sentado em frente a um dos shoppings da cidade. Ao falar da sua vida na rua, disse “não ter nada de

bom para contar” e da vida sua anterior, contou que foi caminhoneiro, viajava para diversos lugares do Brasil. No entanto, com o uso abusivo de arrebite, um energético natural, acabou chegando ao uso de drogas compulsivamente, como o crack e maconha, o que o fez ir morar nas ruas. Está aposentado, porém o dinheiro, equivalente a um salário e meio, fica sob o controle da esposa, pois, conforme disse, caso ficasse com ele, acabaria usando-o apenas para comprar drogas. Ele mantém contato periódico com a família, mas menciona ter vergonha da sua situação e não ser digno de conviver com os seus filhos e netos; diz não ter nenhuma doença e que já teve internado para tratamento contra o uso de drogas, inclusive, no momento, está à espera de vaga em uma clínica perto da cidade e com esperanças de que o tratamento seja eficaz e o ajude a resgatar o convívio familiar. Jesus terminou dizendo que frequenta os centros especializados, destinados aos que moram na rua, para se alimentar e banhar-se e que a fé o ajuda a viver nessa situação.

4.6.12 Moreno: “quando ainda estava no abrigo, [de] lá eu fui saindo, matava aula, coisa de criança, aí fui conhecendo a maconha, fui conhecendo alguns amigos que me foram dando exemplos, mas não fui forçado, fui por vontade própria”.

A décima segunda entrevista aconteceu ao anoitecer, quando a equipe do Consultório na Rua estava em frente a um albergue, o Núcleo Cidadão de Rua (NCR), em um dos seus atendimentos. Diariamente, ficam nas proximidades do NCR dezenas de pessoas em situação de rua, de todas as idades, em especial jovens que aguardam a abertura do espaço para jantarem, tomarem banho e, também, porque o local é favorável para o acesso às drogas. Eles utilizam da proteção das marquises desse local para adormecerem, por ser uma área de grande concentração de lojas. Entre os 40 cidadãos em situação de rua, estava um rapaz de 20 anos de idade, natural do Rio de Janeiro, que usava bermuda, blusa de malha branca, chinelo nos pés e brinco em uma das orelhas; aparentemente, com boa higiene pessoal. Sentei ao seu lado, começamos a conversar e ele se mostrou muito entusiasmado e cooperativo. Disse que está em situação de rua há um ano e seis meses e traz uma história de abrigamento dos cinco aos 18 anos, e que, ao deixar esse abrigo, foi para as ruas. Solteiro, disse ser pai de dois filhos, sendo que a maior parte do dinheiro que ganha com seus biscates ele paga pensão à mãe das crianças para o sustento dos mesmos. Em relação a sua família consanguínea, disse ter um irmão, com quem não tem contato e o que sabe dos seus pais é que eles saíram da cidade do Rio de Janeiro, vieram morar em Juiz de Fora, porém sua mãe era alcoólatra e sofria maus tratos de seu pai. Após a separação dos mesmos, ele e seu irmão foram para o abrigo, quando

tinham cinco e sete anos, perdendo todo o contato com os familiares. Moreno relata que, apesar de a sua vida nunca ter sido boa e fácil, acredita estar nessa situação por sua vontade e por ter se envolvido com drogas. Na rua, ele se alimenta e faz a sua higiene nos principais serviços da cidade, como CREAS, Pop Rua, Sopa dos Pobres e Pequeninos de Jesus. Sua rotina se restringe a andar pela cidade e jogar bola. Atualmente, ele tem uma namorada, porém ela não sabe que ele vive em situação de rua. Em relação ao cuidado com a saúde, ressaltou que se previne, usando preservativo; tem história de internação em clínica de reabilitação, porém sem sucesso. Terminou a entrevista dizendo que “na rua, tudo pode acontecer, sei lá, só Deus, não temos segurança nenhuma”. E que “ainda terei uma vida muito boa”.

4.6.13 Fernandinho: “Não era para eu tá aqui. Isso é um castigo que eu mesmo to fazendo comigo. Ta difícil, mas vou tentar, deixei a casa, pois não quero mal para meus filhos”.

Nascido em Juiz de Fora, Fernandinho, tem 29 anos e está em situação de rua há três meses. Foi o décimo terceiro cidadão em situação de rua a ser entrevistado e, ao iniciarmos a conversa, disse ter cursado até o segundo período de matemática em uma faculdade particular da cidade. Usava calça jeans, blusa verde e tênis aos pés, em bom estado geral. É divorciado, pai de sete filhos, sendo três com sua ex-esposa e quatro filhos com outras mulheres, em suas palavras, “fora do casamento”, preferindo ser sucinto sobre esse assunto, já que não quis entrar em detalhes sobre a sua separação. Relatou que tinha casa própria e, por causa do uso das drogas e do tráfico, escolheu abandonar a casa para não prejudicar seus filhos. Ele mantém contato com a família e ainda é o responsável pelo sustento da mesma; sua renda advém do seu emprego de pedreiro que, apesar das dificuldades, está conseguindo manter. Já a sua alimentação e higiene são realizadas nos serviços específicos da cidade voltados a PSR. Ao ser questionado quanto ao cuidado de saúde, diz ser doador de sangue no Hemocentro em Juiz de Fora (Hemominas) e, quando tem relação sexual, disse usar preservativo. Em relação às drogas, disse fazer uso diário e que usa todos os tipos que conhece e a que tem fácil acesso; em alguns momentos, disse que chega a usar *ecstasy*. Após esse relato, Fernandinho ficou em silêncio e, ao retomar o assunto, disse que “antes estava dando para controlar, hoje não”. Acrescentou que “tem muita vontade de parar de usar”, porém tem muitas dificuldades; já ficou internado durante 6 meses, porém teve uma recaída e justifica que tal fato ocorreu por

não ter apoio, da sua família e nem de nenhum serviço de saúde, na forma de acompanhamento após a alta. No final, disse que “é humilhante estar nessa situação”.

4.6.14 Ayrton Senna: “voltar para casa, depois que eu arrumar um emprego fixo voltar pra casa de mão abanando é chato”.

A décima quarta entrevista foi com Ayrton, um rapaz de 24 anos, solteiro, natural de Juiz de Fora, em bom estado geral de higiene e com roupas em bom estado geral, usava uma bermuda azul claro, camiseta branca e chinelo aos pés. Alegre e comunicativo, ele estava com um grupo de jovens em uma das praças da cidade. Há dois anos em situação de rua, ele tem família na cidade, com quem mantém contato, porém escolheu as ruas, a partir do momento que começou a usar drogas. O entrevistado disse ter vergonha da sua situação e que tem muita vontade de parar de usar, pois, assim, terá motivos para arrumar um emprego e voltar para casa. Durante o dia, ele anda pelas ruas, mas evita pedir, sobrevivendo do dinheiro do Programa Bolsa Família, de biscates que faz e utilizando os serviços da cidade. Ele mencionou que não entende o motivo de ter começado a usar drogas, pois era cristão e frequentava a igreja, mas, mesmo com todo apoio, acabou entrando nesse mundo. Ele disse que não procura por cuidado de saúde, pois não sente mal algum e que não consegue ter um relacionamento afetivo estando na situação em que se encontra.

4.6.15 Alegre: “Se eu precisar de atendimento não sei aonde ir, isso a gente descobre. Quando você precisa de algo, você procura e acha. O recurso é o momento”.

A penúltima entrevista foi com um homem de 57 anos, natural de Juiz de Fora. Alto, com cabelos brancos, enrolados e curtos, ele vestia uma calça *jeans*, camisa social xadrez, sapatos nos pés e uma barba grande, apresentando bom estado geral. Ele passou-me a impressão de ser uma pessoa tranquila e espirituosa. Começou dizendo que morava sozinho em um bairro na cidade e, um dia, resolveu ir pra rua, e já faz dois anos que ele vive nessa situação. “Às vezes durmo no albergue, até que é bom”, disse. Relatou não ser usuário de drogas e que, há 12 anos, “teve a consciência” e deixou de consumir bebida alcoólica. Disse que a sua rotina é levantar e andar por alguns lugares, ficando a maior parte do dia em uma oficina de eletrodomésticos, onde faz biscates, o que garante a sua renda. Aos domingos gosta de frequentar o centro espírita, ouvir as palestras e o evangelho. Em relação a sua situação, mencionou que “estar na rua é uma situação que ninguém deseja”, mas que, no seu caso, está

sendo necessária, porém acrescentou que não tem pretensão de ficar por “anos” vivendo assim. Alegre faz a sua higiene corporal e alimentação no albergue e, algumas vezes, almoça onde trabalha. Por fim, ao falarmos sobre saúde, disse que acredita ter saúde apesar de todas as dificuldades que passou e que não sabe onde buscar por atendimento, pois nunca precisou. Terminou, entre risos dizendo: “não me preocupo, o recurso é o momento”.

4.6.16 Pensador: “Boa saúde é você ter informação, porque é a educação que vai trazer uma boa saúde pra você”.

A décima sexta e última entrevista foi após reunião do Fórum Pop. de Rua, que acontece no município todas as primeiras segundas-feiras do mês. O participante foi um homem de 46 anos de idade e 25 anos de rua, sendo estes intercalados em vivência no albergue, em casa alugada e na rua. Atualmente, ele está em situação de rua e é representante da PSR no Fórum. Pensador mostrou-se um homem politizado, questionador e cooperativo, porém, em alguns momentos, apresentava dificuldades para se concentrar. Magro, calvo, com estatura média, ele vestia roupas em bom estado e tinha sapatos nos pés. Começou dizendo que “a sociedade é muito complexa”; disse que a sua situação de rua começou ainda na juventude, discordando das afirmações de que a droga é a principal causa, pois, para ele, a causa principal foi a conjuntura familiar que, em suas palavras, era desestruturada; outro fator apontado por ele que corrobora para a situação de rua são as crises do Governo. O entrevistado disse que a “maioria da população de rua tem contato com as drogas porque vive uma situação de direitos violados e a droga, no entanto, se torna um campo de fuga”. Seu motivo principal foi o alcoolismo, mas quis deixar claro que ainda luta contra o vício, que sofreu influências do seu pai, que era alcoólatra, e da cultura da região onde nasceu (Tocantins-MG), “lugar de grandes produtores de cachaça”. Posteriormente, Pensador mencionou que chegou a sair da rua e pagar aluguel, porém sua renda não foi suficiente para mantê-lo por muito tempo, vivendo, assim, ora na rua, ora em casa. Em relação à higiene, diz se preocupar e realizá-la todos os dias, inclusive ressaltou que gosta, ele mesmo, de lavar as suas roupas. Suas dificuldades são em relação ao sono, que fica prejudicado, estando nessa situação, e à alimentação, pois gosta de variar; contudo, como sua renda advém de biscates, em especial com marcenaria, ele não tem o suficiente para pagar um restaurante todos os dias. Em relação ao cuidado de saúde, disse que sua necessidade, no momento, é em relação à perda da acuidade visual, mas afirmou que já está procurando os serviços de saúde, sem especificar qual; frisou, ainda, que tem boa saúde, pois tem e procura muita informação,

sendo que, para ele, ter boa saúde é ter em primeiro lugar boa educação. O Pensador termina fazendo uma reflexão: “na rua você tem muitas experiências; viver na rua é superar-se, é estar informado de tudo que acontece”. Disse, também, sobre os projetos sociais e profissionais que lidam com a população em situação de rua, que “eles precisam estar preparados para lidar com dependente químico e reincidente, porque estarão sempre se confrontando com isso”. “Então acontece de um chegar alcoolizado, já estar com a roupa toda suja. Aí ele vai se revoltar, ao invés de você incluir o sujeito na sociedade, você inclui ele no submundo do crime”.

5 APRESENTAÇÃO DA ANÁLISE DOS DADOS

“E é tão bonito quando a gente entende que a gente é tanta gente onde quer que a gente vá.” (Gonzaguinha)

Neste item, será apresentada a análise dos achados decorrentes da exploração do campo de pesquisa, com a compreensão do processo saúde-adoecimento-cuidados pelos adultos em situação de rua.

A análise, em fase de defesa, fundamenta-se, sobretudo, nos dados empíricos, originados da observação da pesquisadora, e das fontes primárias, obtidas pela transcrição original das falas dos cidadãos em situação de rua, segundo o referencial teórico apresentado.

Sem a intenção de testar ou aplicar teorias, frisa-se a importância dos símbolos, que estão presentes continuamente na vida dos participantes do estudo, da interação inerente ao processo de coleta de dados, mas, sobretudo, a concepção de que é da interação entre os sujeitos e dos sujeitos com os artefatos e instituições que o fenômeno em questão poderá ser compreendido. Entende-se que o que ocorre no contexto social desse grupo populacional é produto, principalmente, das experiências subjetivas e intersubjetivas desses cidadãos, que vivem em situação de rua.

Assim, buscou-se conhecer e compreender como se processa o cuidado vivendo em situação de rua, assim, a interação simbólica está presente na vida dos indivíduos e tais representações foram fundamentais para a constituição das reflexões que se seguem.

Em consonância com o exposto, depreende-se que os símbolos refletem a interpretação de uma dada realidade presente na trajetória desses cidadãos, a partir da busca pela apreensão do mundo onde estão inseridos e para proporcionar uma relação com os demais. E esse símbolo torna-se particular, pois seu significado vem cercado de valores, sentimentos, trajetória de vida e percepções próprias de cada cidadão. Dessa forma, os fenômenos emergiram das vinculações e interpretações de uma análise atenta e sistemática de uma dada realidade, na qual estão presentes diversas manifestações simbólicas.

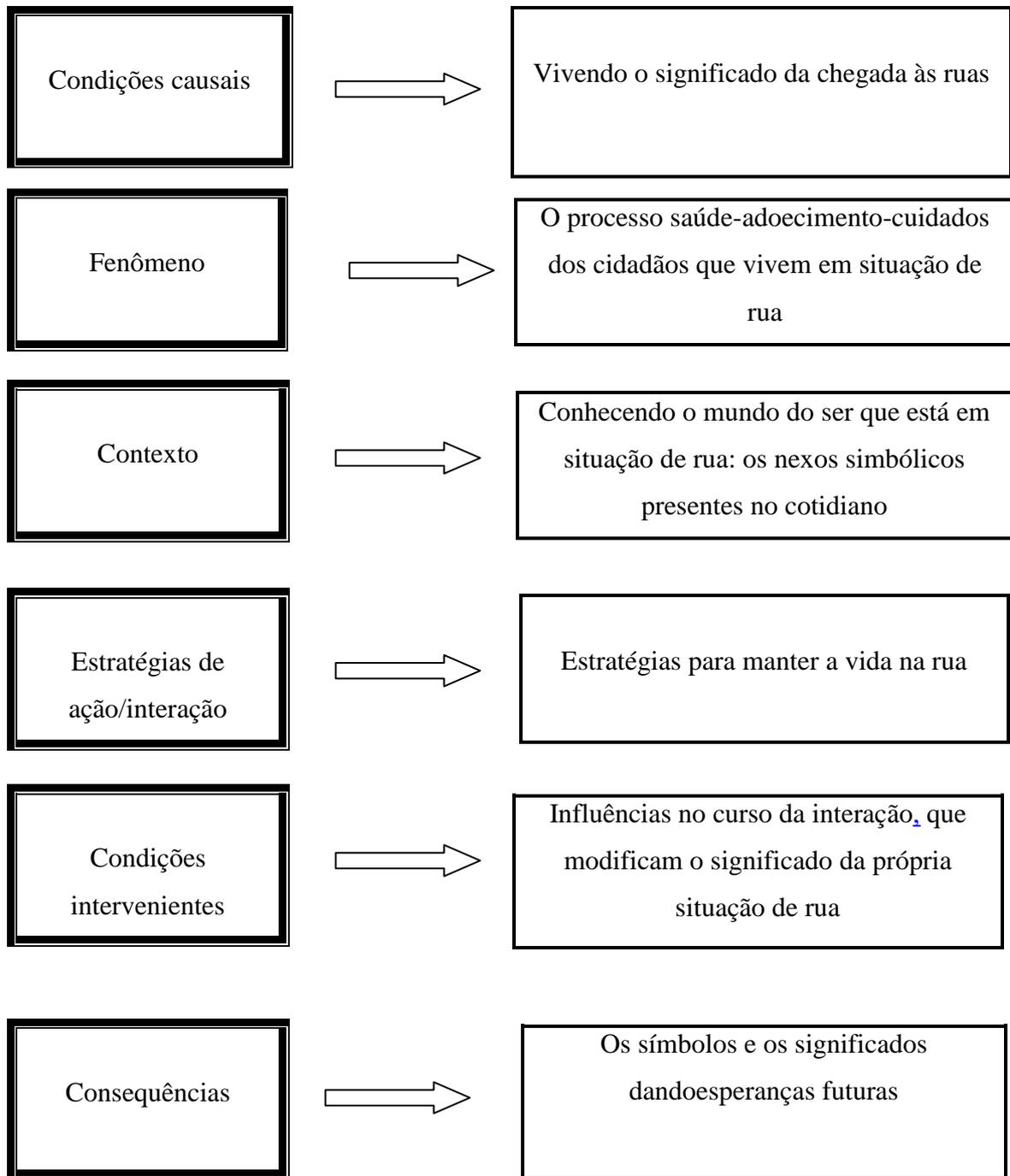
A fim de possibilitar uma melhor compreensão, foi empregado o modelo de paradigma proposto por Strauss e Corbin (2008), o qual se baseia nos seguintes tópicos: condições causais, que são as que influenciam os fenômenos; contexto, o conjunto específico de condições que se entrelaçam em um mesmo momento e local para criar um conjunto de circunstâncias ou problemas aos quais as pessoas respondem por meio de ações/interações; e condições intervenientes, que alteram a incidência das condições casuais e ajudam a explicar

porque os mesmos fenômenos têm sentidos diferentes para as pessoas (STRAUSS, CORBIN, 2008, p. 127).

Ainda para esses autores, o paradigma é constituído mediante os dados em questão e de um ponto de vista analítico, com o objetivo de reunir as informações de forma sistemática, integrando estrutura e processo (fato e continuidade). Sendo assim, como forma de resposta estratégica ou rotineira às condições, temos um grupo de ações/interações, que terão respostas que podem ser direcionadas a pessoas ou grupos, problemas, acontecimentos ou fatos e, como consequências, ter-se-ão os resultados dessas ações. Portanto, cada elemento do paradigma constitui-se em um fenômeno, que possibilita compreender o que, de fato, acontece em determinada situação.

O modelo apresentado a seguir é a síntese das reflexões acerca do fenômeno estudado e serve como ponto de partida para compreendê-lo:

Modelo Paradigmático do estudo, com base no instituído por Strauss e Corbin (2008, p. 127):



Fonte: a autora

Destaca-se que, ao abordar o processo saúde-adoecimento-cuidados da População em Situação de Rua (PSR), em um primeiro momento, busca-se conhecer quem são essas pessoas; de onde vieram; como viviam anteriormente; e qual é o contexto que perpassa a situação de rua no momento atual. Parte-se da premissa de que a importância e os significados dados a esse processo se relacionam às experiências e vivências de cada ser.

Por um lado, ao se buscar compreender os aspectos relacionados ao processo saúde-adoecimento-cuidados, nota-se que esse vem seguido da interação entre indivíduo, família e profissional da saúde. Do mesmo modo, ao se entender o conceito de saúde, de doença e das práticas de cuidado, será perceptível a variação de tais significados para cada indivíduo.

Por outro lado, esse processo vai ter limites, em especial na esfera da subjetividade humana, como a compreensão particular da saúde, da doença e da vivência do processo de cuidar. Esse processo é bastante complexo e envolve diferentes dimensões, como a psicológica, a social, a cultural e a transcendental. Compreendê-lo tomando a perspectiva da visão biomédica é apenas um dentre tantos outros modos de explicar o adoecer, o tratar, o curar e o cuidar, enfatizando-se que ele não contempla a integralidade do ser humano.

Assim, a partir do modelo paradigmático exposto anteriormente, apresentam-se, a seguir, as categorias que se estabeleceram e as subcategorias relacionadas, bem como a análise das mesmas.

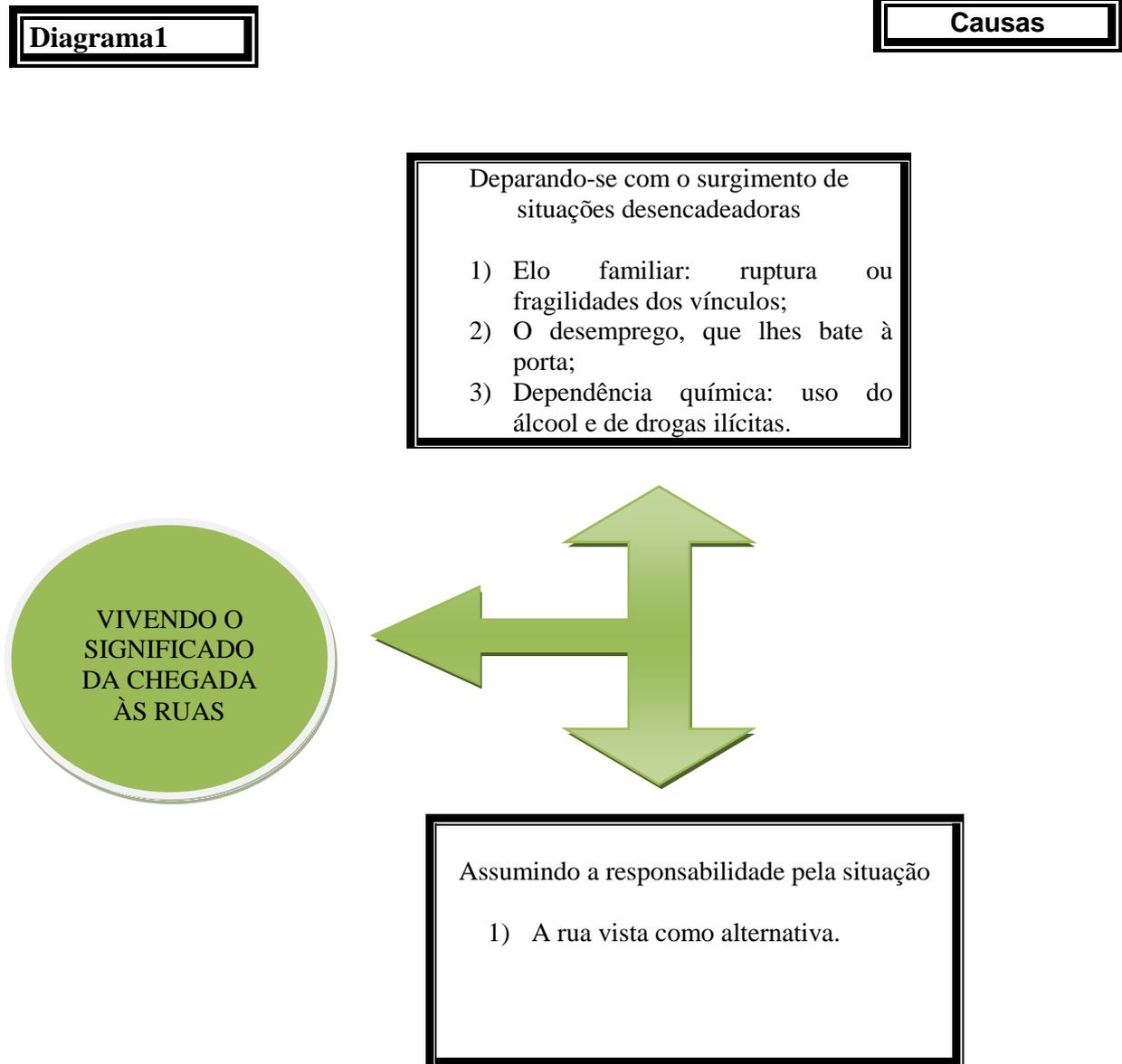
5.1 VIVENDO O SIGNIFICADO DA CHEGADA ÀS RUAS

A identificação do acontecimento motivador à ida para as ruas permite-nos compreender como o processo vem se estabelecendo, enquanto um fenômeno presente na sociedade brasileira nos grandes centros urbanos.

Toma-se por base, para o entendimento da “chegada às ruas”, a visão antropológica, que compreende que o “existir”, nos diferentes contextos da vida humana, é resultante de diferentes percepções sobre a vida, da sociedade e das práticas/cuidados de saúde. Assim, ao olhar para esse fenômeno, estando no campo da enfermagem, a rua, o domicílio, o cotidiano familiar e os diferentes sistemas de cuidado mostram-se como contextos que precisam ser compreendidos pelos profissionais de saúde. Sobretudo, como possibilidade de considerarem, no processo terapêutico, os significados implícitos às práticas de cuidados dessas pessoas com relação ao seu corpo, ao fenômeno da doença, do cuidado e da cura.

Esse fenômeno pode ser compreendido a partir do enfrentamento dessa nova situação, considerando a imersão nas categorias que o compõem: deparando-se com o surgimento de situações desencadeadora se assumindo a responsabilidade pela situação.

Ressalta-se, nesse momento, que as categorias estão dissociadas nesse processo de reflexão, para melhor compreender os eventos que se sucedem. No entanto, a realidade se mostra dinâmica, e nota-se que as condições desencadeadoras da ida para as ruas ocorrem de modo simultâneo, com forte interligação entre si e, por vezes, indissociável, como visto no **Diagrama 1:**

Diagrama 1 - Vivendo o significado da chegada às ruas

Fonte: a autora

5.1.1 Deparando-se com o surgimento de situações desencadeadoras

Esta categoria surge a partir da associação de três subcategorias – o elo familiar: ruptura ou fragilidades dos vínculos; o desemprego, que lhes bate à porta; e a dependência química: uso do álcool e de drogas ilícitas.

Aborda-se, aqui, a vivência que antecede a ida para as ruas dos participantes da pesquisa, ou seja, as situações da vida que levam os indivíduos a abandonarem sua casa ou família e irem viver em situação de rua. A tomada de consciência sobre as situações desencadeadoras da ida para rua gera, por vezes, uma desestruturação e/ou instabilidade psicoemocional, afetiva e econômica, as quais podem provocar confusões, conflitos e acusações familiares, sobrecarga, apreensão, medos, angústias, desesperança e desespero, o que confluí para fazer a situação ser considerada por eles como muito pior do que realmente ela é.

Da tomada de decisão à ida para as ruas mostrou-se como um processo lento e doloroso, marcado por inquietações e por diferentes significados para cada um. Os percursos da vida pessoal, social e familiar, com seus aspectos subjetivos implícitos, assim como o momento prévio vivido por cada um dos sujeitos, contribui para como será sentida e enfrentada a nova condição. Observou-se que o caminho dessas pessoas para a rua fez-se por rupturas cumulativas, tanto no âmbito familiar e social, como nas relações de trabalho, que as distanciaram de uma estrutura social formal, reforçando situações de vulnerabilidade, riscos e estigmas.

Destaca-se, primeiramente, o ‘elo familiar: ruptura ou fragilidades dos vínculos’, pois em sociedades ocidentais e, em especial, na brasileira, os vínculos existentes entre um indivíduo e a sociedade se instituem a partir da família. As rupturas das relações familiares tornam frágeis as bases de apoio financeiro e, também, as referências de identidade primária, juntamente com as do posicionamento na sociedade. Não obstante, causam lacunas afetivas e interrupções de vínculos trabalhistas que abalam a sustentação econômica do indivíduo, distanciando-o da estrutura social (MOREIRA, 2007). E mais: os rompimentos de vínculos significativos, em relação às principais referências familiares, como a morte do pai, da mãe ou dos filhos, pode desestabilizar o indivíduo, o que é capaz de favorecer a ida para as ruas (VARANDA, 2009).

Embora tenham ocorrido recorrências sobre o tema em todas as entrevistas, selecionaram-se, do conjunto, fragmentos do que disseram, em sua própria linguagem, três dos cidadãos de rua:

“Ah, eu e minha mãe não dava muito certo dentro de casa, minha mãe bebia, entendeu? Aí nós começava a discutir, aí peguei e saí de casa.”(Flor)

“Morava no abrigo Mariinha, que fica no bairro Santa Catarina. Entrei com cinco anos e sai com 20 anos. Depois eu vim pra cá.” (Moreno)

“Minha esposa faleceu e eu fiquei parado aqui.” (Carioca)

O que expressam, e como se expressam, permite-nos entender que os problemas familiares mostram-se agravantes nesse notado processo de exclusão social que se estabelece, gerando a situação na qual se encontram. Nas trajetórias de vulnerabilidades e carências, a existência ou não de uma família, enquanto instituição social, faz a diferença, sendo ela a principal referência moral, de suporte afetivo e material (SCOREL, 2002 *apud* QUEIROZ, 2005).

A vulnerabilidade é maior nas famílias de baixo poder aquisitivo, uma vez que estão mais sujeitas a todo tipo de pressão e constrangimento, sejam eles de natureza violenta, econômica, habitacional, consumista ou afetiva. Os problemas de ordem familiar, apontados pelos participantes como causas para a permanência nas ruas podem ser subdivididos em duas categorias: conflitos entre pais e filhos; e separação do(s) cônjuge(s).

A situação de Flor inclui-sena primeira categoria. Ela relatou que a sua mãe era alcoólatra e essa condição fez com que a relação entre elas se tornasse insustentável, pois, em suas palavras, “o vício [a]deixa agressiva, gerando sempre discussões”. Reforçou, ainda, que o relacionamento entre elas era muito difícil e, como não nota melhora da situação, prefere manter-se na rua e não ver mais a sua mãe.

Sobre esse aspecto, abstrai-se que a “família” acaba sendo o motivo de fragilização e limitação da convivência, mudando o sentido que lhe é imputado pela sociedade e que, nesse contexto, seria o de produzir e manter relações afetivas e protetoras, seja em momentos de adoecimento psicológico seja pelo adoecimento físico, incluindo o uso de álcool e outras drogas. A imposição da mudança do contexto de vida e de relações, algumas vezes urgente, acaba fazendo com que o ser humano trilhe caminhos mais dolorosos e mais difíceis.

Os relatos de Moreno e Carioca enfatizam as consequências da separação dos cônjuges. No primeiro, tem-se a separação de um casal e, conseqüentemente dos filhos que, por não terem onde morar, ficarão em um abrigo para menores até a maioridade. Porém, após a mesma, sem restabelecimento de vínculos e sem uma referência familiar, veem na rua uma opção possível. Para Carioca, a morte da sua esposa foi motivo para a manifestação de um sentimento de baixa autoestima, que o fez perder as esperanças, fazendo-o ficar nas ruas.

A família torna-se central no âmbito dessa análise, mostrando-se uma instituição complexa, cujas transformações e relações com este fenômeno requerem estudos pormenorizados. Segundo Nitschke (1999, p.41 *apud* CECAGNO, SOUZA, JARDIM, 2004), o termo “família” traz diferentes e variados significados para as pessoas, dependendo do local onde vivem, da sua cultura e, também, da sua orientação religiosa e filosófica, entre outros.

Quanto aos fatores de ordem econômica que contribuem para determinar a vida na rua, destaca-se a inexistência de trabalho regular e a ausência ou insuficiência de renda. Os trechos das falas de dois dos participantes colocam-nos diante da premissa de que não ter um emprego, torna-se uma causa importante para o abandono do lar:

“Porque nós perdemos tudo, a minha irmã entendeu, minha irmã me bancava (...). Só que as coisas acabou, terminou, acabou, o dinheiro acabou... Aí emprego, tudo isso.” (Bianca)

“Eu parei de trabalhar. Como eu ia trabalhar sentindo dor. Aí não arrumei outro emprego e fui catar papel aí na rua, pra sobreviver e pra não pedir ninguém.” (Topázio)

A notada trajetória de desemprego dos participantes mostrou-se relacionada com a falta de oferta de postos de trabalho, com a precarização do trabalho, com a instabilidade ocupacional e, sobretudo, com as dificuldades de inserção da mão de obra não qualificada. O desemprego entre os cidadãos em situação de rua, decorrente da crescente exigência de qualificação, ocasiona prejuízos financeiros àqueles com pouca capacitação, restringindo competições no mercado de trabalho, estigmatizando, excluindo e marginalizando os indivíduos desprovidos de uma ocupação.

Assim, as transformações sociais, políticas e econômicas favorecem a desterritorialização dos indivíduos, a impulsão e a permanência da vida nas ruas. Segundo Borin (2004), muitos indivíduos que se encontram em situação de desemprego, pobreza, “exclusão social”, desigualdade, subemprego ou trabalho precário, por falta de instrução e qualificação profissional, acabam sem recursos financeiros, o que ocasiona depressão e sentimentos de fracasso e de baixa autoestima. Em alguns casos, tais pessoas chegam a abandonar a família, os amigos e todos os compromissos que a sociedade “formal” lhes impõe e vão morar nas ruas.

Percebemos que os cidadãos em situação de rua desistem de se inserir no mercado de trabalho, logo após os primeiros empecilhos, como a ausência de qualificação, levando-os à condição de pedintes. Ou acabam trabalhando com ocupações consideradas “bicos” como: catadores de papéis, flanelinhas, descarregadores de cargas, e até se prostituindo. Essa situação agrava-se à medida que a permanência nas ruas se prolonga por anos e anos.

Dessa forma, são considerados, segundo a terminologia proposta por Castel (1998), como “sobrantes” e “inadaptados sociais”, por não conseguirem acompanhar a dinâmica da sociedade capitalista, vivendo na condição de excluídos, à beira de um abismo social, o que causa um impacto psicológico severo e intenso. Assim, é possível pensar que as pessoas que vivem em situação de rua são frutos de um colapso econômico, juntamente ao fato social que se configura na perda familiar, abrindo margem para que o ser humano perca o sentido da sua existência.

Outro aspecto vivenciado por esse grupo populacional foi ‘dependência química: uso do álcool e de drogas ilícitas’, conforme constatado nas falas seguintes. Ressalta-se que, no caso dessa população, ao se referir à droga, seja no uso abusivo ou no tráfico, é preciso confrontar-se com a situação em que o indivíduo viveu, pois esse envolvimento vem acompanhado de uma fragilização dos vínculos familiares e sociais.

“Assim, depois que eu saí lá de casa, pra não ver minha mãe sofrer, eu morrer assim, ela ver eu acabado pela droga e ela se acabar junto, então preferi sair entendeu?” (Anônimo).

“Eu vim viver nas ruas por causa das drogas e tenho vergonha disso.” (Jesus).

“Porque se tô morando aqui, tipo assim, comecei a usar uns negócio aí, deu uma desandada, entendeu?” (Ayrton Senna)

“Foi o alcoolismo, entendeu? Foram dois fatores, um foi o alcoolismo, porque esse é meu ponto fraco.” (Pensador)

O consumo de drogas faz parte da história da humanidade, estando relacionado a diversas situações, tendo, cada uma delas, a sua relevância social, política, econômica e religiosa, em diferentes contextos e épocas. Esse é um dos graves problemas da atualidade e tem reflexos importantes na saúde pública. Cerca de 10% das populações urbanas fazem uso abusivo de substâncias psicoativas, em variação de gênero, classe e etnia (OMS, 2001). No contexto da PSR, o uso de drogas é facilitado, pois entre eles há pessoas que traficam, sendo que as principais drogas consumidas, em grande quantidade, são o álcool, a maconha e o crack.

A fissura gerada pela urgência em usar droga causa efeitos físicos e biológicos e esgota rapidamente os recursos financeiros, levando o usuário, muitas vezes, a ir para as ruas, comprometendo a sua integridade física e a sua liberdade. Mediante a falta de recursos, a prostituição, o roubo, o sequestro, a venda de pertences (próprios/familiares) e outros golpes para extorquir dinheiro passam a ser usados para comprar as drogas (OLIVEIRA, NAPPO 2008).

Destaca-se, nesse contexto, a existência de vulnerabilidade da saúde mental dessa população. E, vulnerável, a PSR também requer uma prioridade de atendimento, em especial ao tratamento de dependência química de álcool e de outras drogas, juntamente com a capacitação dos profissionais que estão à frente dos serviços, bem como a articulação intersetorial, para o acolhimento e cuidados integrais dessa população. É importante que esses usuários do SUS sejam acolhidos, junto a suas famílias, quando possível, para que recebam o cuidado antes de “optarem” pela situação de rua.

5.1.2 Assumindo a responsabilidade pela situação

Essa categoria surgiu a partir da subcategoria: a rua vista como alternativa, sendo essa transformada em escolha, opção. Ela retrata a visão que o próprio cidadão em situação de rua tem a respeito da sua situação, pois ele mesmo se considera alguém que escolhe, pelos seus próprios ensejos, e define a partir da sua pretensão, um destino doloroso, perverso, cheio de fracassos e frustrações e, em meio a tantas dúvidas, a rua torna-se uma opção.

Ao relatar o cotidiano de vida durante as entrevistas, pode-se perceber que o indivíduo, frente a sua situação, apresenta um processo de aceitação e que a ida para as ruas, de forma imediata, em alguns momentos, surge como um elemento que ganha força, ou seja, a rua é vista como alternativa, uma opção de moradia, torna-se uma escolha. Os entrevistados descrevem, também, a situação como de merecimento ou castigo pelos erros cometidos ou ações tomadas anteriormente.

“(…) não é que eu preciso dormir na rua, eu tenho minha casa para morar, eu tenho minha casa, na hora que eu quiser eu chego lá e entro. Tô aqui porque eu quero.” (Valéria).

“Sabe saí de safadeza minha, é foda.” (Ayrton Senna).

“Aprontei muito, muito mesmo. Não dava mais, tinha que vir para as ruas.” (Fernandinho)

Mediante as falas e observações acerca das dificuldades do cidadão em deixar as ruas, questiona-se: porque os cidadãos dizem que escolhem e gostam de viver nas ruas, mesmo que ela represente o grau máximo de miséria e de degradação física, moral e social? (ZALUAR, 1995)

Por um lado, o que fica subentendido é que o cidadão em situação de rua transforma a necessidade e o sofrimento em escolha, algo ligado à vontade e ao esforço do indivíduo, no qual a miséria não aparece como adereço das indigências fabricadas por estruturas societárias.

A rua passa a ser uma fuga dos problemas, uma oportunidade de reestruturar-se, para permanecer vivo e para tecer novas interações.

Por outro, como dito por a por Rodrigues e Fernandes (2014), a sociedade culpabiliza o cidadão por sua própria situação e essas pessoas, ao morarem nas ruas, passam a se entender como os produtores do próprio fracasso, passando, de vítimas, para os principais responsáveis pelo seu fracasso. Assim, esses cidadãos não se veem vítimas das estruturas da sociedade, o que reforça a pressão sofrida pelos estigmas. Contudo, seja a rua escolha ou consequências de uma falta de estrutura social que inclui, eles não podem ser esquecidos à margem da sociedade e ter seus direitos corrompidos.

No entanto, mesmo com esses entraves, os sujeitos seguem adiante, ainda que em meio a muitos conflitos e incertezas. Diante desse cenário, nota-se a busca por incorporar as transformações diárias necessárias à nova situação, o que vem cercado por fragilidades e apreensão e, ao mesmo tempo, por forças interiores e outras estratégias, sempre a favor de uma melhor sobrevivência.

Nesse momento e a partir dele, a assistência de saúde a esses indivíduos ou as suas famílias deve ter uma abordagem para além do “fazer”, incluindo perspectivas humanamente mais amplas e de acolhimento. É importante conhecer os motivos que ajudam no deslocamento e/ou permanência nas ruas, para atender às necessidades dessa população, atuar de forma preventiva e realizar a reinserção social, evitando, assim, a naturalização do fenômeno. Destaca-se que os sujeitos apresentam habilidades diversas para lidar com essa situação, podendo assumir uma postura de resistência, de silêncio e reflexão, ou uma atitude de desespero e revolta.

5.2 CONHECENDO O MUNDO DO SER QUE ESTÁ EM SITUAÇÃO DE RUA: os nexos simbólicos presentes no cotidiano

Após uma investigação e análise sobre a vida que o indivíduo tinha antes de assumir a rua como moradia, é essencial que se busque compreender o meio que o cerca no momento atual em que se encontra em situação de rua. Na perspectiva interacionista, a relação desse cidadão com o mundo ao seu redor faz toda a diferença na forma como ele vai lidar com a situação e, do mesmo modo, essa situação poderá, também, influenciar a forma como ele lidará com o contexto no qual encontra-se.

Cabe destacar que o contexto do indivíduo em situação de rua não se restringe apenas a morar nas ruas. Seu universo vai abranger, certamente, a alta vulnerabilidade ao qual se

expõe, considerando-se a violência urbana, a violação de direitos, a modalidade de relações próprias do mercado capitalista e os efeitos da exclusão. De acordo com os pressupostos do Interacionismo Simbólico, o próprio cidadão é elemento de interação com ele mesmo e, nesse sentido, entram em cena suas crenças, suas culturas e seus valores.

As ruas configuram-se, para essas pessoas, como um novo espaço que lhes torna possível a vida e os percalços que lhes surgem no horizonte, levando-as a reinventar novos modos de viver, segundo uma nova cultura. Elas reconfiguram e redefinem uma nova maneira de ser e isso se dá, sobretudo, na própria concepção dos participantes, por terem que se adaptar às novas mudanças que precisam ser feitas para que continuem vivendo.

O contexto do cidadão em situação de rua é marcado por interações com pessoas próximas e vivendo nas mesmas condições. A influência dessas no grupo estudado mostrou-se bem clara a partir dos dados. Por vezes de forma positiva, servindo como apoio, em outras, nem tanto, considerando a dependência, que pode pesar de forma negativa, prejudicando a aproximação com familiares e outras pessoas, como percebido pelas falas.

“Estando do lado da minha irmã eu sinto bem.” (Bianca).

“Tem três anos que tô com minha mulher. Conheci ela nos bar da vida aí. É ela que me ajuda a viver aqui.” (Jô)

“Sabe, tô na rua porque, assim meu companheiro é da rua e nem sai. Já pensei em sair, mais tem sabe, é complicado. Não quero ficar sem ele. E ele não gosta de aproximar da minha família.” (Valéria)

Dessa forma, o ambiente é o palco da interação social, abrangendo as dimensões existenciais do indivíduo em suas necessidades humanas de relacionamento. Entram em cena, nesse momento, aspectos físicos, psicológicos, éticos, sociais, dentre outros, que se postam entre o cidadão de rua e os outros com os quais convive em cada uma das esferas pela qual circula. Logo, a forma como consideramos, enquanto profissionais de saúde, a vida em situação de rua, como olhamos e concebemos os sujeitos que se encontram nessa condição, influenciará sobre o cuidado que produzimos e que nos propomos a lhes ofertar; por conseguinte, o desconhecimento das especificidades que revestem essa situação influenciará na forma de convivemos, tanto social quanto profissionalmente, com a nova realidade instituída nas sociedades urbanas.

A aproximação com os profissionais dos diversos serviços voltados a essa população também tem um grande peso para a adaptação a essa nova vivência. Muitos usuários reconhecem esses profissionais como amigos próximos, pessoas de confiança e, ainda, como responsáveis pela mudança de suas vidas. Nesse sentido, o profissional é representado,

simbolicamente, como um parceiro no enfrentamento e na vivência da nova situação, como observado nas falas abaixo:

“Pessoas maravilhosas, Nossa Senhora. Quem não se trata, não se cuida, é porque não quer. Eles (equipe do consultório) têm carinho pela gente, vêm até a gente, isso ajuda muito a vida da gente aqui.” (Bianca)

“Eu to com esse pessoal (consultório na rua), que tá arrumando pra mim uma vaga pra mim operar a vista, ainda bem, posso contar com eles.” (Padeiro)

“Esse pessoal dos direitos humanos é bacana, se não fosse eles, sei lá o que seria.” (Anônimo)

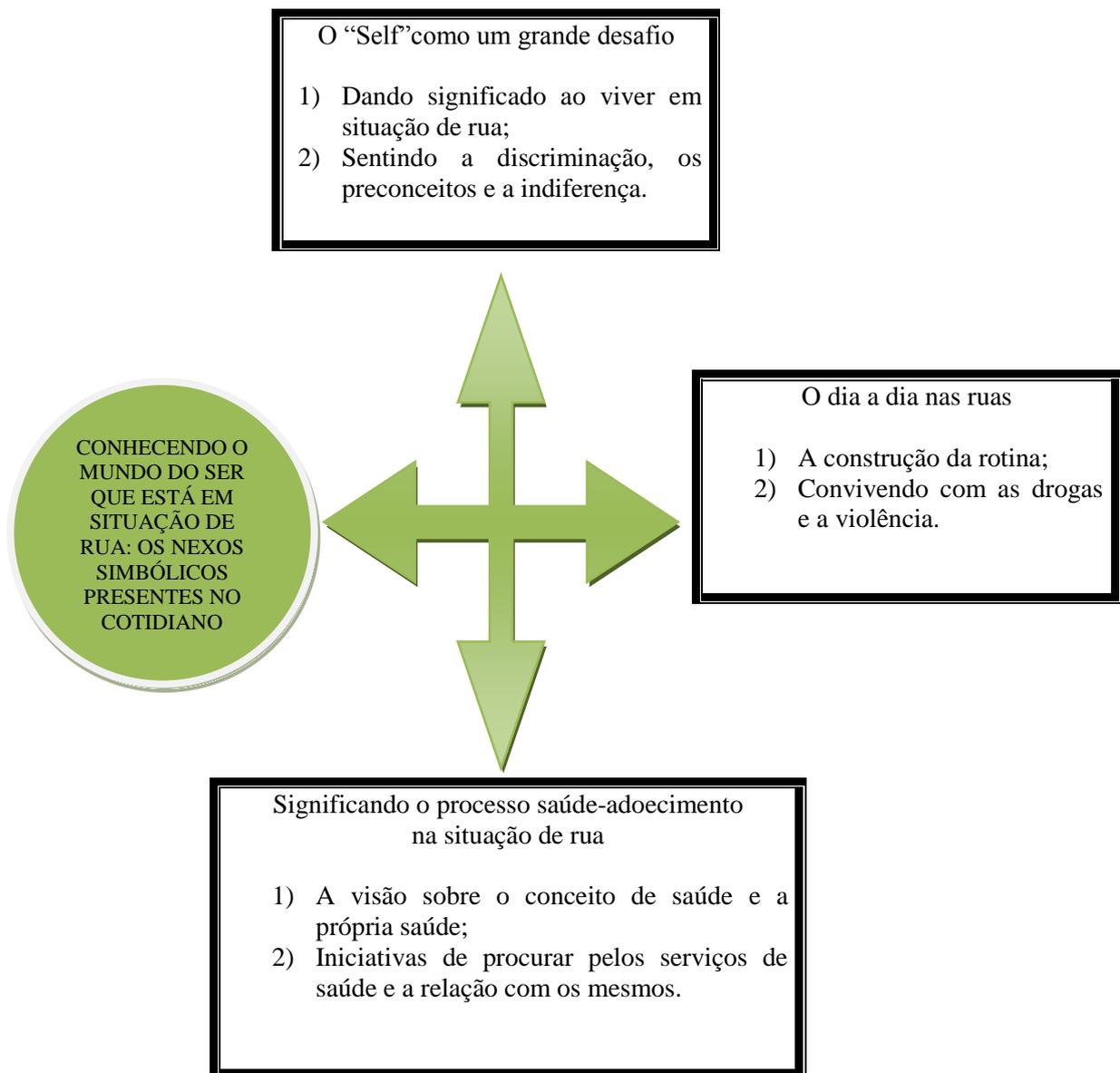
Os cidadãos em situação de rua também apresentam uma série de manifestações emocionais marcantes e próprias, fruto da interação aprofundada com ele mesmo, o que realmente é bastante interessante, haja vista o olhar pesquisador, possível a partir do Interacionismo Simbólico. Dessa forma, o fenômeno ‘conhecendo o mundo do ser que está em situação de rua: os nexos simbólicos presentes no cotidiano’ será mais bem compreendido a partir das conexões entre as seguintes categorias: o “self” um grande desafio; o dia a dia nas ruas; e significando o processo saúde-adoecimento na situação de rua, como explicitado no

Diagrama 2:

Diagrama 2 - Conhecendo o mundo do ser que está em situação de rua: os nexos simbólicos presentes no cotidiano

Diagrama2

Contexto



Fonte: a autora

5.2.1 O “SELF” um grande desafio

A categoria o “SELF” um grande desafio é composta pelas seguintes subcategorias: “dando significado ao viver em situação de rua” e “sentindo a discriminação, os preconceitos e a indiferença”.

Por meio dessa categoria, analisamos as manifestações do indivíduo referentes à relação com ele mesmo, ou seja, os sentimentos mais acentuados durante a permanência na rua. Os dados mostram que várias manifestações se fazem presentes, marcando e definindo o significado de estar em situação de rua e que a ‘convivência consigo mesmo’ é um dos maiores desafios de quem vive essa situação.

A primeira questão que se apresenta relaciona-se ao sentimento de estar em situação de rua, o que isso significa para os participantes. As representações na rua apresentam-se a partir de elementos contraditórios: de um lado levantam aspectos negativos, como a mendicância, a falta de casa, família, comida, emprego e apoio, e, de outro, convivem com a possibilidade de bem-estar e de superação, como analisamos a partir de suas próprias falas:

“Estando do lado da minha irmã, eu sinto bem, mas eu vou te falar uma coisa de todo o meu coração, eu sinto muita falta da minha família.” (Bianca)

“É ruim, é ruim, é ruim. Que você não faz na rua pra pagar um aluguel.” (Topázio).

“Nada a reclamar, se eu não gostasse eu não tava aqui.” (Valéria)

“É a maior experiência que eu posso ter. Então aqui eu vivo coisas boas e coisas ruins.” (Carioca)

“Quando eu cheguei na rua eu chorava, pois não sabia pedir, então eu passei fome, mexia no lixo, comia comida do lixo.” (Bel)

“Viver na rua é você se auto superar, é você ser auto capacitado. Sabe por quê? Porque você ta informado de tudo que se passa a sua volta.” (Pensador)

Vê-se que, com a adaptação nas ruas, esse viver vai ganhando novo significado e encontrando novas maneiras de se relacionar. Como observado por Ghirardiet *al* (2005), a vida na rua não significa, necessariamente, estar sem dinheiro, mas, sobretudo, significa adquirir o essencial para a sobrevivência, sem passar pelo mercado. Não significa a eliminação do trabalho, mas o abandono do compromisso constante e do cotidiano do emprego, substituído por outras formas de trabalho. Também não significa viver sozinho, mas estabelecer novos vínculos com diferentes pares. Assim, viver na rua é também transitar pela possibilidade de gerar renda como estratégia para agregar valor à própria existência.

Um dado importante acerca da percepção da situação de rua, vivida e contada por alguns, é que ela não necessariamente se faz somente por sofrimento e dor. Pode ser um momento de aprendizado e reflexão, sobre si mesmo, sobre o outro e sobre o mundo. No entanto, é preciso ter respeito com a história individual de cada ser, para que, de fato, aproxime-se da realidade da situação.

Outra questão que se relaciona a esse contexto é sobre o que sentem quando sofrem discriminação, preconceito e a indiferença. Blumer (1969) desenvolveu um pressuposto de que “nós vemos a nós mesmos através da forma como os outros nos veem ou nos definem”. No entanto, a percepção negativa que a população local tem dos cidadãos em situação de rua, aparentemente, não coincide com a percepção que eles têm de si próprios. Em seus depoimentos, eles percebem e sentem os preconceitos advindos da população, porém, pelas falas, expressam uma autorrepresentação que contraria a imagem que os outros têm deles, como pode ser evidenciado abaixo:

“Ah, eu acho assim, o jeito que o outro fica olhando, entendeu, reparando, olhando com uma cara de nojo. Tem gente que sai até de perto, tem uns pessoal que nem atende.”
(Flor)

“Porque, às vezes a gente chega perto da pessoa e a pessoa pode puxar uma bolsa achando que é ladrão e nem todo mundo é ladrão. Tem ladrão que não mora na rua.”
(Irmandade)

“Não gosto de briga, eu não sou valente, não sou traficante, não sou maconheiro, não sou ‘drogueiro’ (...) e é por isso que eu ainda tô aqui”. (Padeiro)

“Não sou ladrão, graças a Deus, não roubei de ninguém, nunca fiz mal a ninguém, nunca tirei a vida de ninguém.” (Jô)

Então às vezes eu acho muita discriminação, como muita gente discrimina homossexual, entendeu, discrimina negro, então a gente tem que ver a pessoa pelo que ela é. Não pelo que ela faz ou deixa de fazer. Então acho que as pessoas tem que ver a gente assim, o morador de rua, como se fosse uma pessoa, um ser humano como eles, isso que eu acho. (Carioca)

Vale ressaltar que, mesmo quando as pessoas não chegam a se comunicar verbalmente ou por outras atitudes, os cidadãos em situação de rua percebem o olhar inquieto e de medo. Esse olhar parece ter um efeito distintivo e faz esse cidadão se sentir incomodado. Ainda, a visão da sociedade acarreta grande influência na própria aceitação da condição. O receio do estranhamento e até mesmo da rejeição faz o indivíduo, estando nessa situação, esconder-se, evitar contatos e até mesmo procurar por outras opções de vida. Vemos tal fato na fala dos participantes:

“É, tipo assim, eu tento não mostrar pra sociedade o que eles querem ver. Se tiver que usar alguma coisa eu uso escondido, longe de criança, longe de idoso, longe de qualquer pessoa normal.” (Maria)

“Eu tenho vergonha, eu tenho vergonha de pedir, então não peço. É ruim, heim?” (Topázio)

“Já pensei em voltar pra minha casa, mas de mãos vazias eu não volto, tenho vergonha.” (Ayrton Senna)

Contudo, a convivência com esse grupo populacional permite perceber que, mesmo apresentando um discurso de defesa e uma forma diferente de se referirem a si mesmos, alguns internalizam essa representação negativa que os outros fazem deles. É comum, no contato rotineiro com eles, ouvi-los se denominando como fracassados, pessoas que não deram sorte na vida e pessoas que não têm mais “conserto”. Consideram-se, portanto, indignos e se responsabilizam por sua situação, julgando-a humilhante.

5.2.2 O dia a dia nas ruas

Essa categoria surgiu das seguintes subcategorias: “a construção da rotina” e “convivendo com as drogas e a violência”, e retrata a vida do cidadão em situação de rua, vida essa construída e ressignificada a cada fato, a cada momento e a cada dia. A PSR tem sua situação agravada pela contínua permanência em condições insalubres, sujeitas à violência ou, ainda, sob a ação contínua do álcool e de outras drogas (VARANDA, 2009).

Percebe-se que a rotina desses cidadãos faz-se por meio da adaptação aos espaços das ruas e por várias dificuldades encontradas na rua; constitui-se em um movimento que vai do transitório ao permanente na relação com o espaço público. Ao iniciar o processo de vivência na rua, eles ainda mantêm contatos com alguns colegas e parentes, no entanto, com o passar do tempo, começa a haver uma maior identificação com outros sujeitos, cujas rotinas são semelhantes, favorecendo uma rede de relações.

A familiaridade que, aos poucos, vai acontecendo com o novo ambiente ajuda a vencer o sentimento inicial de ameaça e vulnerabilidade, à medida que o cotidiano e as alternativas de sobrevivência do espaço urbano vão compondo o dia a dia do sujeito. A rua e seus moradores tornam-se, progressivamente, referência para o sujeito e, dessa forma, um novo cotidiano se estrutura. E a perda de vínculos, que ocorre gradativamente, das redes sociais de suporte e a adesão aos códigos das ruas permitem uma articulação do cotidiano em torno

dessa nova realidade. Assim, o espaço das ruas vai se constituindo um local de moradia e de trabalho e o sujeito passa a ser da rua (GHIARDINI *et al* 2005).

Ainda de acordo com os autores acima citados, o cotidiano dessa população foca na busca por meios de sobrevivência (“bocas de rango” para alimentação; associações para cuidados com a higiene pessoal; albergues para descanso e segurança noturnos; entre outros) e por trabalhos temporários. Nesse sentido, ter a rua como um espaço de moradia e trabalho leva os sujeitos a ficarem em lugares com mais possibilidades de acesso aos recursos que favoreçam a própria sobrevivência.

O dia a dia dessas pessoas está sujeito a mudanças contínuas, que vão promover um estado de equilíbrio ou desequilíbrio, dependendo da compreensão ou entendimento das pessoas em relação à situação que estão vivenciando, e dos meios de ajuda e auxílio disponíveis a cada pessoa envolvida (MELO *et al*, 2005)

A seguir, destacamos trechos das falas que colocam em evidência o dia a dia de cidadãos em situação de rua:

“Eu não faço nada: como e durmo. Eu levanto e vou atrás de comida, eu peço nas padarias, nos restaurantes.” (Bel)

Eu venho pra cá[perto do albergue], troco uma ideia; agora entro, tomo meu banho, depois eu vou lá pro meu barracinho dormir. Barraco maneira de falar, na ‘marquis’ lá, onde fica meus colegas. Um tomando conta do outro a gente dorme né. E durante o dia, como e durmo, eu durmo muito. (Maria)

Eu fico sentado num canto, eu deito num canto, espero passar a hora, às vezes eu fico andando. Quando chega a hora do almoço, vou almoçar. Depois do almoço eu vou dormir na rua. Depois venho para o Albergue às 5 [cinco horas] e aí eu fico aqui esperando para tomar banho e jantar. Fim de semana é mais ruim ainda. É pior. (Jesus)

Ali de manha, quando é 8h, vou no CREAS, tomo café de manha, às 9h, de lá eu saio, paro na praça, em frente o cemitério um pouco. Quando parece uma pessoa para sentar perto de mim pra conversar, a gente conversa um pouquinho ali, depois eu saio vem cá pra cima, dou uma volta ali no centro, depois às 11h eu volto pra cá de novo, eu vou almoçar. O meu negocio é lá é aqui, lá e aqui. Costumo passar no Parque Halfeld, só passo lá de passagem, não gosto de ficar no meio de tumulto não. (Ayrton Senna)

Defende-se que todos são iguais, quer sejam presidentes, prefeitos, reis e rainhas, chefes, escriturários, moradores em situação de rua ou qualquer um de nós. Podemos, no jogo dos sentidos, valorizar o cotidiano de alguém como sendo mais importante no sentido institucional; mas essa é uma questão diferente. Ao contrário, propomos que todos nós, independentemente de onde estamos e quem somos, acordemos pela manhã e entremos no dia

que temos pela frente; o qual nada mais é do que um fluxo de fragmentos corriqueiros e de acontecimentos em microlugares (SPINK, 2008).

Frente a esse contexto, é válido mencionar que o cidadão, ao permanecer habitando nas ruas, luta para sobreviver, depende das instituições, da mendicância, sofre pressões psicológicas, passa o dia a procura de algo para fazer, não dispõe de lazer e ainda apresenta vários problemas para realizar as suas necessidades básicas. Junto a esse contexto, podemos, também, destacar outras dificuldades, como observado nas falas abaixo:

“Na rua tudo pode acontecer, tudo é difícil.” (Ayrton Senna)

“Amigos, você não tem amigo nenhum. Também é tentar ter suas coisas, as pessoas tentam tomar as suas coisas na brava, achando que têm, assim, direito de chegar e pegar (...).” (Anônimo)

“Na rua tem muita covardia. Eu tenho medo da covardia. A gente não tem segurança.” (Bel)

“A gente sofre muito no período da chuva e do frio, não tem abrigo.” (Pensador)

“É muita dificuldade, de conseguir as coisas, entendeu, porque os outros breca, entendeu.” (Irmandade)

“Sexo a gente faz na rua mesmo, na linha de trem, nos carros velhos, oh não tem outro lugar.” (Jô)

Vemos que as dificuldades abrangem o relacionamento interpessoal e afetivo; a falta de segurança; da confiança entre eles e da sociedade; e de ter um lugar para que possam se proteger do frio e da chuva. Mediante essas dificuldades, duas nos chamam a atenção, de acordo com o relato dos participantes: uma se revela por meio da convivência com as drogas e a outra nas diversas violências sofridas.

Em relação ao alcoolismo e ao uso de drogas, a literatura científica mostra que são os problemas de saúde os mais citados por essa população. O álcool, segundo Varanda e Adorno (2004), culturalmente, diminui a influência do moralismo e estimula a libido, ajudando, de um lado, a pessoa que está em situação de rua a ignorar o desconforto, a sujeira, a se aproximar de outras pessoas, mas, por outro, oferece maior possibilidade de se contrair doenças.

Já nos estudos de Aristides e Lima (2009), foi possível observar que o uso dessas drogas faz parte da vida de muitos moradores em situação de rua, porém sem afirmar se esses hábitos foram adquiridos na rua ou se já existiam. No entanto, nota-se que a interação social possibilita a aquisição de novos hábitos, sendo intensificada por esses cidadãos que vivem em um ambiente cheio de estresse, violência, hostilidade e de fácil de acesso a drogas. Também a

fim de esquecerem as amarguras do passado, as dificuldades da vida e até mesmo a dor física do presente, procuram as drogas lícitas e ilícitas, como visto nas falas abaixo:

“(...) as drogas, é problema com família e com, pelo amor de Deus, é muito problema, então. Eu não vou falar o que, às vezes as pessoas se drogam, cai na bebida, cai em tudo, é muito problema minha filha, entendeu? Você acha que é fácil viver nas ruas?” (Bianca)

“Maconha foi com nove anos de idade, com dez cheirava pó, com quinze anos fumava crack. Só que antes tava dando pra controlar, hoje não, né?” (Fernandinho)

“Bebo para esquecer o passado.” (Jô)

“Não tem jeito, quando você não quer, aparece uma pessoa, uma tentação e tira, tenta pra você usar, aí [a gente] acaba usando.” (Flor)

“E não tem jeito, a cada esquina você tem o acesso à droga.” (Irmandade)

Junto à vivência intensa com álcool e outras drogas, essa população também convive com as marcas da violência. Apesar de viverem diversos tipos de violência, esse grupo relata, em especial, a violência policial, abrangendo a violência física, verbal e psicológica, como pode ser visto pelos relatos abaixo:

“Eles são ruim. Eles pegam e dá chute.” (Jô)

O que acontece, os policiais num libera mesmo, chega e mete o pau, se eles não for com a cara, eles leva pra outro lugar e mete o pau. (...) Já me deram choque, tapa na cara, só dá tapa na cara mesmo, e falou comigo, se eu continuar aqui na rua, eles vão sumir comigo, não tem jeito. (Anônimo)

Porque aqui os policia batem na gente. Os policia da noite, o fulano, o ciclano, eles batem na gente. Igual ontem a noite, acordaram um menino ali com chutes, sem ter feito nada, porque os policia proibiu o pessoal de dormir aqui, nas porta do restaurante e na porta da loja, mesmo tando chovendo, tá todo mundo dormindo na beira rio. (Bel)

Essas falas deixam, de forma clara, transparecer o medo e as mudanças de comportamento por parte da PSR. Fundamentando-nos nas mesmas, nota-se que, de forma severa e às vezes imperceptível por ela mesma, essa população encontra-se, constantemente, ameaçada e privada, até mesmo do direito às necessidades básicas inerentes à vida. O próprio Estado, por meio de uma política higienista, e a sociedade, com sua indiferença e preconceito, reafirmam essa condição e essa realidade reflete a resposta desses cidadãos para a população.

A violência que se deflagra mostra-se, ao mesmo tempo, disfarçada, reafirmando as práticas de uma cultura dominante da nossa sociedade e a culpabilização, por descaso e abandono, do indivíduo, por estar em situação de rua. Essa violência, do poder invisível entre

o dominado e o dominante, constitui-se de forma simbólica e estrutural, como definida por Bourdieu:

A violência simbólica se institui por intermédio da adesão que o dominado não pode deixar de conceder ao dominante (e, portanto, à dominação) quando ele não dispõe, para pensá-la e para se pensar, ou melhor, para pensar sua relação com ele, mais que de instrumentos de conhecimento que ambos têm em comum e que, não sendo mais que a forma incorporada da relação de dominação, fazem esta relação ser vista como natural; ou, em outros termos, quando os esquemas que ele põe em ação para se ver e se avaliar, ou para ver e avaliar os dominantes (elevado/ baixo, masculino/ feminino, branco/ negro etc.), resultam da incorporação de classificações, assim, naturalizadas, de que seu ser social é produto (Bourdieu, 1999, p. 47).

E, como discutido por Hanks (2008, p. 55), ao refletir sobre os estudos de Bourdieu, a violência simbólica é estrutural, pois não depende dos atos violentos e nem de intenções que possam gerá-los. A PSR, por exemplo, sendo classificada, estigmatizada, estereotipada ou descrita a partir das relações estabelecidas na relação dominado-dominante, torna-se objeto da violência simbólica.

Nas falas, a violência policial, referenciada anteriormente, demonstra também a constante violação de direitos humanos, numa espécie de “contradição ontológica” de duas formas de o Estado lidar com esse problema, notando-se quase um ringue entre *welfare* x penal, ou seja, o Estado, visto como agente que protege e que garante igualdade de direitos básicos, passa a ser, também, agente que pune e a exclui minorias, causando contenção social. Vemos, de um lado, algumas entidades, inclusive governamentais, encaminharem e apoiarem os cidadãos em situação de rua para obterem documentação e serem atendidos pelos serviços de saúde; de outro, policiais são compelidos pela ideologia dominante a serem “carrascos” do controle, rasgando documentos e espancando-os. É como se o Estado desse com um pé e retirasse com a outra (RODRIGUES, FERNANDES, 2015).

5.2.3 Significando o processo saúde-adoecimento na situação de rua

Da categoria “significando o processo saúde-adoecimento na situação de rua” advém de duas subcategorias: “a visão sobre o conceito de saúde e a própria saúde”; e “iniciativas de procurar pelos serviços de saúde e a relação com estes”.

Nessa abordagem, considera-se que a ação de saúde inicia-se no encontro de subjetividades, objetivadas em ações concretas, em palavras que concordam ou discordam, manifestadas pelo silêncio ou por orientações, que podem ser seguidas ou não e, às vezes, transformadas. O olhar sobre o processo saúde-adoecimento e as escolhas no processo de

cuidar, ocorrem em diferentes contextos determinados socialmente e sob a influência de dimensões subjetivas e culturais.

Ao se perguntar para alguém sobre o que é saúde, espera-se ouvir respostas clássicas, como sendo essa a ausência de doença, o não precisar de medicamentos ou de não precisar ir aos serviços de saúde. Porém, ao mencionar isso, é preciso que se reflita de forma abrangente, entendendo que saúde também é quando se tem capacidade de enfrentar os adoecimentos, de buscar ajuda e entender o que está ocorrendo e, ainda, a capacidade de pensar, sentir e assumir os próprios atos e decisões. Compreende-se, então, que o termo “saúde” ganha um significado que sofre influência do meio em que o ser humano está inserido e como o mesmo se relaciona com o mundo.

Ao abordar esse assunto com o grupo estudado, o que mais se percebe é a associação do termo “saúde” com a ideia de bem-estar, boa alimentação, boas relações sociais e bem-estar físico e mental; ser feliz; cuidar do outro e do corpo; conseguir trabalhar; e ter educação. Vale ressaltar que os trechos apresentados abaixo, assemelham-se à concepção de saúde empregada pela Organização Mundial de Saúde, em 1948, que traduz saúde: “como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doenças”:

“Saúde, ah, eu penso um pouco em mim e nas pessoas que está ao meu redor, porque é igual a usar droga, eu posso pegar uma herpes, qualquer coisa se eu pegar o cachimbo da pessoa que tá no meu lado. Então eu não posso pensar só em mim.” (Bel)

“Ah, saúde é você viver bem, e você não ter nenhuma doença, você ser feliz, isso que é saúde.” (Flor)

“Ter saúde significa trabalhar, se sentir bem, ser feliz, não usar drogas.” (Jesus).

“Saúde é estar bem, sempre cuidando de seu corpo, se alimentando bem, bebendo bastante água, estar bem.” (Moreno)

Saúde, pra mim, é a pessoa está bem equilibrada, é está equilibrada, material e espiritual, é ter boas amizades, amizade também é saúde, você sabe que é, né? É ter bons pensamentos, fazer caridade, querer o bem dos outros, pra mim, saúde é tudo isso. Boa alimentação, tudo. (Alegre)

“Ter saúde, é ter educação, é ter informação.” (Pensador)

Historicamente, o modelo de saúde que predomina privilegia as intervenções curativistas e assistencialistas, com pouca ênfase nas ações e políticas que potencializam o viver saudável de cada ser humano, sujeito e protagonista da sua própria história, especialmente dos indivíduos que vivem à margem da sociedade, expostos às contínuas desordens e contradições do meio (BACKES, 2008). Assim, por meio das expressões, mesmo que haja uma variedade de significados de saúde, essa visão vem colaborar para a intervenção

no processo de viver e cuidar, ajudando a reconhecer que o significado de algo tem relevância para essas pessoas pelo momento que estão vivendo.

Ao abordar sobre seu próprio estado de saúde, percebeu-se certa dificuldade por parte de alguns entrevistados, para falar sobre o assunto. Essa dificuldade, por vezes, deve ser entendida como a falta de conhecimento sobre a questão, ou o desinteresse pelo assunto e a despreocupação com a própria saúde. Destacam-se, adiante, algumas falas que possibilitam essa análise:

“Não sei, não sei, eu acho que eu tenho.” (Bianca)

“Ah, ah, achar eu acho, eu tenho saúde, porque eu não tenho nenhuma doença.” (Flor)

“Eu não vou te falar nem que eu tenho nem que não tenho. Que tem algum tempo que eu não faço uns exames, mas, entendeu, eu creio, que eu tenho saúde, pois sempre fui um cara prudente.” (Carioca)

“Eu não tenho muita psicologia na cabeça. Eu não penso muitas coisas. Então, eu sinto que eu não tenho saúde, pode ser da droga, pode ser do remédio que eu tomava.” (Jesus)

“Eu acho que não tenho saúde, nessa parte aqui, do pulmão, porque fumo muito.” (Fernandinho)

Fundamentando-se nesses dados, nota-se que, entre os participantes, houve uma divergência em relação ao conceito de saúde, uma vez que, ao serem questionados quanto ao seu próprio estado de saúde, disseram não saber a respeito e, quando souberam expressar, falaram sobre a ausência de doenças ou do desconhecimento das mesmas, fazendo prevalecer a visão biomédica, circulante na mídia e nos modelos assistenciais dominantes.

Em relação ao reconhecimento da história pregressa, pode-se observar que alguns desconhecem e outros fazem ligação com histórico de internação anterior, tratamento de algumas doenças e o uso de drogas, como se pode compreender pelas falas que se seguem:

“Já tive pneumonia, principio de tuberculose, só não tenho DST, graças a Deus.” (Bel)

“Só tive internado para tratamento de drogas, estava viciado em crack, que não tava me aguentando.” (Moreno)

“Sinceramente, eu não tenho, se tenho alguma coisa eu não sei.” (Alegre)

“De saúde não. O problema que eu tenho agora é só mesmo o da visão, entendeu? Mas isso aí é o fator da idade, é o fator da má alimentação.” (Pensador)

“(…) se for é inflamação. Eu tenho furúnculo, eu também tenho caco de dente que eles viram e falam que é uma das coisas que provoca o câncer de boca.” (Irmandade)

“Eu tenho a sífilis, sífilis, tá acabando comigo. É a única doença que eu tenho.” (Bianca)

“Sofro de artrose no osso, não tem cura.” (Topázio)

A atitude de negação, não reconhecimento da história pregressa, nos faz pensar que os cidadãos em situação de rua adiam a possibilidade de tratamento, a procura pelos serviços de saúde e, conseqüentemente, podem sofrer agravos da sua situação de saúde. Queixas sobre fragilidades físicas, dores e até mesmo o acometimento por doenças não tem lugar de destaque, uma vez que eles precisam se mostrar fortes para manter a vida nas ruas.

Com o intuito de aumentar a discussão e apreender melhor esse processo de saúde-adoecimento, foi indagado, também, aos entrevistados sobre os motivos que os levam a procurar pelos serviços de saúde e a relação com os mesmos.

Ao se buscar compreender os motivos que os levam a procurar pelos serviços de saúde e qual serviço eles procuram, remetemo-nos, primeiramente, à reflexão de dois importantes princípios do SUS: equidade e universalidade. Ao se falar em equidade na saúde, no âmbito do SUS, torna-se imprescindível que os serviços de saúde considerem que em cada população existem grupos com problemas específicos e diferenças no modo de viver, de adoecer e de ter oportunidades de satisfazer as suas necessidades de vida. Isso implica, em primeiro lugar, na realização de estudos epidemiológicos da população de rua e definições de estratégias e meios específicos que viabilizem o acesso dessa população aos recursos de saúde disponíveis. Nessa direção, a universalização da saúde apresenta o desafio de intervir na realidade tal como ela está constituída.

Assim, com as falas abaixo, dois aspectos se destacam. Um é que esses cidadãos só procuram pelos serviços de saúde, quando julgam necessário, segundo as suas concepções de necessidade, ou quando surge, repentinamente, um problema de saúde que os incomoda, como dor e mal súbito. Outro aspecto é que os serviços de saúde de referência para esse grupo populacional ainda são as unidades de urgência e emergência mais próximas do local onde se encontram vivendo no momento.

“Assim, uai, eu só vou no médico quando preciso, passo muito mal, e não tem jeito, aí vou na Regional leste. Igual há pouco tempo, eu tava com um furúnculo, doía muito, aí tive que ir.” (Irmandade)

“O que me faz procurar pelo serviço de saúde, é eu ficar ruim, passar mal. Ah, eu ia direto lá na maternidade mesmo. Lá que eu tive internada uma vez.” (Flor)

“Assim, quando a minha artrose ta muito atacada ou preciso de receita para pegar remédio, aí eu vou. E vou aqui mesmo na Regional Leste, é perto.” (Padeiro)

De acordo com Aristides e Silva (2009), apesar de o SUS garantir de forma legal o acesso igualitário e integral aos serviços de saúde, vê-se que, em termos práticos, não há

extensão desses direitos à população em situação de rua. Além de viverem à margem da sociedade e sofrerem pela alta vulnerabilidade e pelas dificuldades no acesso aos bens e serviços, são privados, também, de necessidades básicas, como habitação, transporte, alimentação, trabalho, lazer, entre outras. Essas condições modificam o curso do processo saúde–adoecimento–cuidados, conformando-se um contexto sociocultural que requer uma modalidade de atenção à saúde diferenciada daquela disponível para o restante da população. Nesse sentido, instituiu-se, desde 2012, uma política pública com diretrizes específicas, que propõe, dentre outras ações, a implantação dos Consultórios de Rua. Todavia, o dispositivo móvel de saúde é um recurso recente e, pode-se dizer, em fase de implantação, do qual ainda não se nota a esperada efetividade, o que pôde ser percebido ao longo do trabalho de campo: a população em situação de rua segue desprovida dos seus direitos básicos.

São dois os aspectos que nos chamam atenção em relação ao acesso aos serviços de saúde tradicionais. O primeiro é em relação aos serviços que oferecem tratamento contra uso de álcool e outras drogas, tão presente no cotidiano dessa população. Tanto os cidadãos que já fizeram algum tratamento nos Caps quanto aqueles que nunca chegaram a utilizar esse serviço relatam: “faltam vagas para nós”. Mesmo sabendo da necessidade de se tratarem, apresentando vontade para tal, acrescentam que a internação oferecida por estes serviços não resolve o problema deles, pois o serviço de saúde não lhes disponibiliza um plano de cuidado após a alta (de continuidade do tratamento). Assim, ao voltarem para as ruas, inserem-se novamente nos vícios.

O segundo elemento é que a PSR não se preocupa com o amanhã, dando, assim, importância ao momento em que estão vivendo, ou seja, ao presente, não se envolvendo com as ações de promoção da saúde. As falas abaixo corroboram tal argumento:

Tenho vontade de novo de fazer tratamento, você não sabe como tenho. Nossa Senhora, mas a vontade passa, na hora você vê. Eu fiquei seis meses internado, mas não adianta. Eu tive que sair, pois é só seis meses. Mas aí, você não tem acompanhamento, nada. Aí na hora que você volta para realidade, volta pra rua, é outra coisa. (Fernandinho)

Graças a Deus eu to satisfeito, 57anos, sem ir no médico, sem precisar, né?. E se eu precisar de atendimento, não sei onde ir, isso a gente descobre, não me preocupo. Quando você precisa de algo, você procura e acha. O recurso é o momento. (Alegre)

Destaca-se que essa população requer uma prioridade de atendimento, em especial ao tratamento da dependência química de álcool e outras drogas, juntamente com a capacitação dos profissionais que estão à frente dos serviços de saúde ou de outros serviços que trabalham

com o acolhimento a essa população (CASTRO, CHAGAS, REZENDE, 2012). Observa-se que não há um diálogo franco entre o profissional da saúde e esse cidadão e que tais profissionais ainda apresentam dificuldades de reconhecer que essa população possui um conhecimento sobre a sua saúde, mesmo que seja restrito, e que desenvolvem práticas de cuidados que nem sempre são reconhecidas, pois fogem ao modelo biomédico vigente. Há, portanto, necessidade de valorizar os diferentes saberes e fazeres de cada um.

Em relação ao atendimento recebido nos serviços de saúde, mesmo alguns participantes tendo dito sentir satisfação com o atendimento recebido, em geral, os entrevistados relataram sofrer discriminação, preconceito e indiferença por parte de alguns profissionais, relação essa que interfere no processo de cuidar do cidadão em situação de rua, uma vez que esse, em meio a tantas dificuldades, busca por ajuda apenas em último caso. Também podemos inferir que, em alguns momentos, eles escondem a sua própria situação para evitar constrangimentos e que reconhecem que há despreparo profissional para atendê-los, como pode ser analisado pelos trechos de falas abaixo:

“Tenho facilidade, trata bem, é normal, só que eles não sabe que to nessa situação, entendeu? Não sabe. Ele me trata assim como pessoa normal, como você assim.” (Maria)

“As dificuldades que a gente encontra são muitas, porque, igual, eu te falo assim, o despreparo profissional.” (Carioca)

Não sei(...)Tenho uns médicos que é preconceituoso né? Lá na maternidade, eu gostei de ganhar nenê lá, eles trata bem, mas tem uns, enfermeira lá que elas trata mal, tem nojo de colocar a mão em você, entendeu? (Flor)

Não pode ter uma preferência, então que seja os direitos todos iguais, todos iguais, mas sabendo respeitar cada momento da pessoa, porque eu chego no hospital, é porque eu vou chegar no hospital, a pessoa me conhece e vai colocar eu na frente, porquê? (Irmandade)

Da minha parte pessoal, eu sou bem atendido. Não sei se é pela minha facilidade de comunicação, entendeu? Mas, no geral, então, o que acontece, quando é morador de rua fica no descaso da assistência da área de saúde, porque, às vezes, o sujeito ta alcoolizado, o sujeito ta drogado, é o momento que o sujeito mais precisa de ajuda, de socorro é aquilo ali. (Pensador)

Acessar de forma igualitária os serviços de saúde é uma maneira de o cidadão em situação de rua se perceber como sujeito que também têm direitos. Quando ele se sente incluído, passa a ter mais autoestima para enxergar possibilidades de saída das ruas, ou de procurar trabalho, rever a família, procurar formas saudáveis e menos destrutivas para viver (ARISTIDES, LIMA, 2009).

Portanto, vemos que o processo doença-saúde da PSR perpassa, além das dificuldades acima relatadas, por dificuldades para internação hospitalar, uma vez que não há parente ou amigo que se responsabilize pela internação; pelo preconceito e estigmatização, que ainda existe na área da saúde, principalmente quando eles procuram só por atendimento, nota-se que muitos perdem a oportunidade de usufruir de um cuidado adequado por serem vítimas de tais atos; pela burocratização das instituições de saúde, que mostram não estarem preparadas para atender essa população, ao pedir documentação e comprovante de residência; pela falta de locais apropriados para guardar medicamentos e até mesmo para o repouso adequado, quando ainda precisam de cuidado após alta hospitalar; e pela falta de políticas públicas que, de fato, se adéqua mã realidade dessa população. Ressalta-se que, na cidade de Juiz de Fora, esse acesso tem ocorrido de forma um pouco mais facilitada, pela existência do Consultório na Rua, que faz o atendimento desses indivíduos por meio da abordagem nas ruas, atuando como mecanismo de porta de entrada para os serviços de saúde.

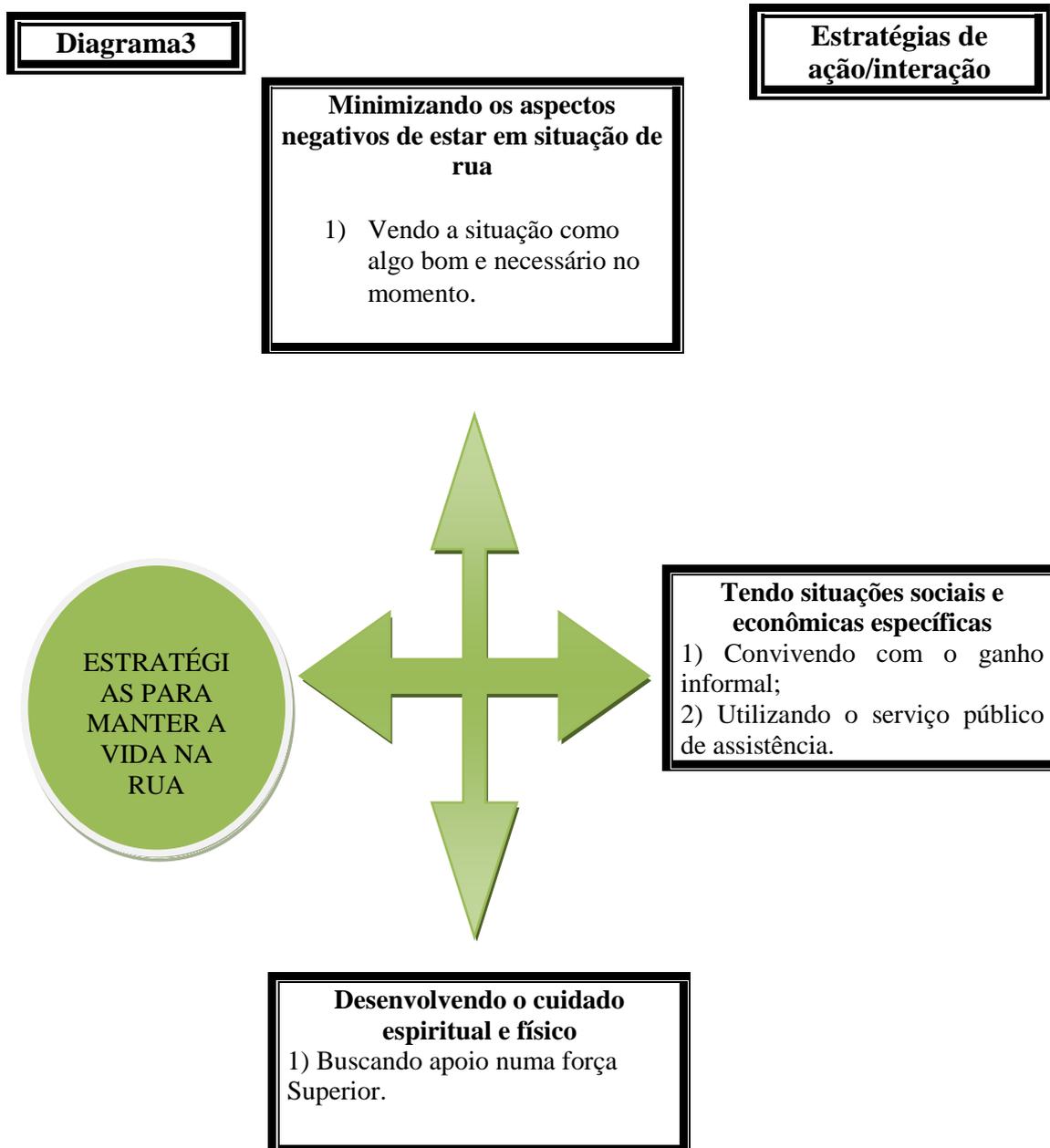
5.3 ESTRATÉGIAS PARA MANTER A VIDA NA RUA

A experiência adquirida permite à população em situação de rua desenvolver algumas estratégias de sobrevivência, de ação e interação, voltadas para a busca de recursos frente às transformações advindas da vivência na rua. O indivíduo começa a buscar por recursos financeiros, emocionais, espirituais, físicos e biológicos para lidar com a situação, e a desenvolver habilidades e ações que favorecem a adaptação a essa nova condição de vida. É interessante observar que algumas dentre as estratégias que eles desenvolvem, podem se tornar orientações a serem recomendadas por profissionais de saúde, como por exemplo: buscam ficar em grupos para se protegerem; escolhem lugares que julgam mais seguros para pernoitar; e procuram conhecer todos os serviços dos quais podem usufruir, permanecendo mais próximos deles durante o dia, a fim de buscarem atendimento para as necessidades humanas básicas.

Um dos mecanismos utilizados por eles para conseguirem uma melhor interação social é o investimento em passar uma boa imagem, principalmente de honestidade. Eles buscam reafirmá-las sempre que são abordados ou quando procuram por ajuda. Relatos de que não roubam, mesmo que já tenham cometido pequenos furtos, de que pedir não é vergonha e de que buscam nunca mentir, foram ouvidos antes do início das entrevistas. Contudo, falar sobre as estratégias de ação e de interação desenvolvidas pelos cidadãos em situação de rua

significa pensar, também, sobre os recursos criados por eles para conseguirem vivenciar esse novo contexto de vida.

Sendo assim, o fenômeno ‘estratégias de ação para manter a vida na rua’ pode ser apreendido, tendo como base as seguintes categorias: “minimizando os aspectos negativos de estar em situação de rua”; “tendo situações sociais e econômicas específicas”; “desenvolvendo o cuidado espiritual e físico”. E essas estão correlacionadas pelo **Diagrama 3**, a seguir, explicando o fenômeno em foco:

Diagrama 3 - Estratégias para manter a vida na rua

Fonte: a autora

5.3.1 Minimizando os aspectos negativos de estar em situação de rua

A categoria ‘minimizando os aspectos negativos de estar em situação de rua’ é composta pela categoria: ‘vendo a situação como algo bom e necessário no momento’. Ela faz referência à capacidade que nós, humanos, temos de reduzir as complicações de certa situação ou de associá-la a outras realidades já vivenciadas, para que se possa, de maneira melhor, aceitá-la ou vivenciá-la, ou seja, é maneira de facilitar o processo para melhor aceitação.

Uma estratégia utilizada pelos indivíduos em situação de rua é enxergar a situação como algo que é importante no momento, que os ajuda a crescer e que será passageiro. Ora, quem consegue superar um acontecimento de maior importância, terá maior chance de transpor as barreiras e limitações do momento. Assim, temos, a partir do que falaram os participantes:

“Se eu vou reclamar, porque eu to na rua, eu não reclamo, eu poderia estar bem pior”.
(Irmandade)

“Já passei e passo por tanta coisa ruim, já tive coisas boas também. Mas, ué, graças a Deus, estou viva até hoje, entendeu?” (Bianca)

“Mas, de momento, ta sendo necessário, né? Não pretendo ficar aqui cinco, dez anos, não tenho essa pretensão nenhuma. Mas, de acordo que vai passando o tempo, eu vou ver o tempo que der pra ficar aqui.” (Alegre)

Em um universo já ocupado por uma série de conflitos e cobranças, a incorporação de recursos psicológicos para lidar com a situação também ajuda a ver a situação como algo favorável para superar outros problemas:

“Eu tive que vir para o palco da metodologia cristã para superar o alcoolismo, entendeu? Porque eu sou daquela seguinte forma: você vence seu inimigo é no seu próprio campo de batalha. Então aqui está o foco maior do alcoolismo.” (Pensador)

“Ah, assim não é a melhor, mas eu tiro de boa, porque sou muito quieta, não fico no meio do ‘bôlôlô’, então não me acontece nada. Passo o dia tranquila, como e durmo muito.”
(Maria)

Nota-se que nesse grupo social, alguns cidadãos lançam mão da racionalização, colocando os sentimentos em segundo plano, mostrando-se objetivos ao significar a própria situação de vivência na rua. Esta, uma situação de vida humana julgada como complexa, difícil por outros membros do grupo, por intelectuais e pela sociedade em geral, passa a ser encarada de forma reduzida e, na explicação deles, eles assumem essa concepção para uma melhor aceitação e manutenção da condição que a rua lhes permite.

Ao darmos visibilidade à fala, às práticas sociais e às estratégias de enfrentamento da população em situação de rua, identificamos que alguns de seus membros, ao vivenciarem adversidades, como o desemprego, as separações de familiares, as situações de adoecimentos e os diversos tipos de violências, conseguem reagir, de maneiras distintas, destacando-se o enfrentamento positivo, demonstrando fortalecimento e potencial para superação.

O notado movimento de enfrentamento pode ser compreendido segundo o conceito de resiliência de Luthar, Cicchetti, Becker (2000), os quais a definem como “um processo dinâmico que tem como resultado a adaptação positiva em contextos de grande adversidade” (p. 543).

Ao ter como base a visão relacional acerca dos fatores que perpassam o conceito de resiliência, entende-se que ela é produto de uma construção advinda da interação social e não um traço de personalidade, ou seja, o caráter construtivo da resiliência não nasce com o sujeito e não é uma aquisição exclusiva de fora para dentro, mas, sim, um processo interativo entre a pessoa e seu meio, o qual capacita e fortalece o indivíduo para lidar, positivamente, com a adversidade (ASSIS; PESCE; AVANCI *et al.*, 2006, p 20). Assim, a situação de rua, com seus significados e recursos disponíveis, permite ao cidadão superar a diversidade e ressignificar o evento traumático ou adverso em que se encontra.

5.3.2 Tendo situações econômicas e sociais específicas

A categoria ‘tendo situações sociais e econômicas específicas’ é formada pelas seguintes subcategorias: ‘convivendo com o ganho informal’ e ‘utilizando o serviço público de assistência’. Ela retrata estratégias de sobrevivência desenvolvidas nas ruas, como o trabalho informal, que proporciona renda normalmente gasta para manter os vícios e ou ter momentos de lazer, e o apoio institucional, que acabam tornando-os dependentes para realizar as suas necessidades básicas diárias.

Essa categoria instiga-nos a analisar a modalidade de trabalho informal. Como abordado por Rodrigues e Fernandes (2015), a PSR não pode ser considerada economicamente desnecessária para a reprodução do sistema capitalista, pois o que temos, nos dias atuais, é que ela faz parte de diversos setores, como o da reciclagem, que tem à frente grandes empresas multinacionais; e do etanol, em que, sem qualquer legalização da mão de obra e das condições de trabalho, as pessoas em situação de rua acabam exercendo tarefas de tração animal, o que prejudica, ainda mais, a sua vida nas ruas.

Dentre as falas referentes ao sustento nas ruas, nota-se a importância dessa exploração para a manutenção da vida desses moradores, exploração essa não percebida por eles. Os entrevistados relatam que a renda é obtida por meio de atividades informais, sendo as mais comuns: coleta de material reciclável; serviços de carga e descarga; “barganha”; biscates; prostituição e venda de drogas. Eles ressaltam que o dinheiro ganho é gasto para a compra de comida, cigarro, bebidas e outras drogas e, algumas vezes, compra de roupas. Vemos que o trabalho informal está deixando de ser uma prática temporária e se tornando permanente para a PSR que, independentemente da capacidade laboral e produtiva precisa se inserir no mercado de consumo:

“O que é que eu fiz, eu catando papel, dá pra mim comprar um biscoito, sem depender de você. Cato o dia inteiro.” (Padeiro)

“Que é um trabalho como eu to fazendo que é catador de papel, reciclagem, entendeu?.” (Carioca)

“Ah, cato papelão, latinha, faço barganha, assim, e vendo drogas.” (Anônimo)

“Ah, eu cato papelão e às vezes, fim de semana sabe, faço programa.” (Bel)

“Passo até ajudo um colega, entendeu, passo na oficina, ajudo arrumar uns biscates de geladeira, às vezes vou no outro lá da televisão. Às vezes faço alguma coisinha, o que aparece pra mim, eu faço.” (Alegre)

“Com meu dinheiro compro droga. Aí quando eu tenho dinheiro compro roupas.” (Ayrton Senna)

Para os autores supracitados, não basta dizer que o cidadão em situação de rua sofre contínuo processo de exclusão ou de estigma; segundo eles, quando se fala em exclusão da PSR, refere-se à ruptura de vínculos sociais. Claramente, com os avanços tecnológicos e científicos, houve reformulações profundas, em que a força muscular dos miseráveis acabou sendo levada ainda mais aos empregos marginais ou ao trabalho informal. E, em meio a esse contexto, a PSR, sendo indisciplinada, sem disposição para aprender e perigosa demais para as relações formais, acabou tendo seu trabalho explorado de forma acentuada.

Quanto à utilização dos serviços públicos de assistência, o que se pôde apreender foi a existência de ‘certa dependência’ dos mesmos por parte dessa população. Esses serviços são responsáveis por sanar as necessidades vitais como: alimentar-se; fazer a higiene corporal e oral; adquirir e realizar a limpeza das vestimentas; e realizar as eliminações fisiológicas.

“Café tomo no Creas, almoço nos ‘Pequeninos’, ‘Sopa dos Pobres’, e ando pelas ruas, às vezes. Depois costumo pedir um café na padaria. À noite vou pro albergue [NCR], janto e tomo banho”. (Maria)

“É...Roupa a gente ganha, às vezes até compra. Tem lugar de lavar, lá ‘Nos Pequeninos’. Mas eu costumo jogar a minha fora. E *xixi*, eu faço na rua mesmo, no poste.”
(Fernandinho)

Dentre os serviços utilizados, destacam-se as instituições prestadoras de serviços voltadas a essa parcela da população, mantidas, exclusivamente, por recursos públicos, e as filantrópicas, em especial as religiosas, custeadas por recursos próprios e subsídios estatais, que oferecem, também: corte de cabelo, kits contendo materiais de higiene e roupas limpas e tratamento contra o consumo de álcool e outras drogas.

Instituições dessa natureza, como dito por Bulla, Mendes e Prata (2004), representam importante papel integrador na vida dos sujeitos que estão nas ruas, visto que o espaço da rua nunca é um espaço privado de alguém, nem mesmo de quem quer e precisa conviver coletivamente. Além disso, tais organizações colocam-se como responsáveis pela condução aos serviços de saúde e para retirada de documentos e atendimento de outras deficiências. Elas buscam recodificar o cotidiano dos indivíduos considerados em situação de risco por meio da chamada reinserção social, procurando colocar em ordem a vida dos mesmos, de acordo com as normas de uma sociedade capitalista-produtivista (ROZENDO S., ROZENDO A. 2011).

5.3.3 Desenvolvendo o cuidado espiritual e físico

A categoria ‘desenvolvendo o cuidado espiritual, físico e biológico’ é composta pela seguinte categoria: ‘desenvolvendo práticas de cuidado’.

Em primeiro lugar, observamos que, no momento de uma situação inesperada, difícil e conflituosa, toda estratégia empregada pelo ser humano, no sentido de vencer as barreiras e transpor as dificuldades, alcançando, assim, a saída da situação, torna-se válida. Lutar pela sobrevivência, sanar as necessidades básicas e todas as aflições compõem um trabalho penoso, então fazê-lo apoiado somente baseado na lógica pode parecer não ser suficiente.

Nesse aspecto, o ser em situação de rua começa a realizar práticas de cuidados que, aos olhos do cuidado biomédico, pautado no tratamento cirúrgico ou medicamentoso, parece não trazer melhores resultados, como visto nas falas abaixo:

Eu me cuido, assim, procuro não sentir frio, troco sempre meus papelões, não gosto deles sujos. E sabe, quando a minha sífilis está muito brava, doendo muito, fico deitada e procuro o serviço de saúde pra tomar injeção. Tem vez que só com ela resolve. (Bianca)

É de vez em quando eu cuido diferente, né?(rs). Pra cuidar da mente, eu caí numa ‘doidera’ aí, bebo umas cachaça a mais, aí, chega todo mundo ali, chega um ali, oh, pega duas pedras lá, aí eu acabo fumando pedra também. Tirando isso, aí é o tempo todo sorrindo, o tempo todo querendo ajudar alguém, olhando pra um, dando atenção o outro (...) (Irmandade)

“Ah! Essa artrose... Se ela começa a doer, eu tomo dois comprimidos e ela para em cinco minutos. Ela para, aí eu também não tomo, aí eu só tomo quando dói.” (Padeiro)

“Eu tenho pressão alta, quando bebo, sabe como fica o remédio? Não fica, fica guardado, não tomo. Como vou misturar remédio com bebida? Não tem nem como, né?” (Valéria)

“Falando da droga, sabe, quando estou com muita vontade, pra evitar, eu bebo, fumo maconha, aí, assim evito de usar tanto crack, pois ele acaba com a gente. E sabe como isso chama? Redução de danos.” (Carioca)

Quando não dá pra ir ao médico, tipo assim, machuca, briga. Igual outro dia, levei uma paulada, cortou mesmo. Aí eu peguei e fui me tratar, passei Merthiolate® e aquela planta ‘assapeixe’, cura também, cicatriza, mas todo dia eu limpava direitinho com água, aí deu pra... Era pra ter tomado uns seis a oito pontos. Aí ficou isso aqui, agora que tá melhorando. (Anônimo)

Observa-se que o cidadão em situação de rua cria formas de lidar com os problemas de saúde que surgem ao longo da permanência na rua. Incluímos, dentre as ações, a busca por pessoas próximas; o recolhimento “a um canto” para espera da remissão espontânea dos sintomas; a automedicação ou o uso de medicamentos prescritos, mas de forma irregular; o uso de plantas; a ingestão de bebidas alcoólicas e uso de outras drogas para esquecer os problemas ou para diminuir o consumo de drogas mais fortes.

Nesse cenário, de acordo com Silva, Frazão, Linhares (2014), não é fácil (re)significar o outro ofertando cuidado, sobretudo quando esse outro é usuário de drogas e/ou cidadão em situação de rua. Contudo, os desafios apontados pelos profissionais expõem a necessidade de se construir uma nova abordagem, baseada em modelos assistenciais inclusivos, sócio-humanísticos, que envolvam esse indivíduo, colocando-o em ênfase, enquanto sujeito de si e de suas escolhas. As situações que surgem nas ruas são singulares, dentro de um universo de demandas inesperadas e pessoais, o que reforça a busca pela compreensão de um cuidado em que o profissional seja capaz de distinguir entre multi, inter e transdisciplinaridade, e receba dos gestores o suporte necessário para o desenvolvimento de ações transdisciplinares, em que se fazem necessárias as trocas de olhares repletos de especificidades.

Ainda nesse contexto, algo que merece destaque foi a demonstrada preocupação com as doenças venéreas, quando indagados sobre quais cuidados têm com a saúde. De modo

imediatamente, como apreendemos pelas falas que se seguem, reportaram-se ao uso de preservativos nas relações sexuais.

“Como eu cuido? Ah, preservativo só uso com outras garotas. Com minha namorada, uso às vezes.” (Moreno)

“A gente já é vulnerável, então só com camisinha, não faço anal, e só com camisinha.” (Bel)

Uai, como é que eu me cuido? Não vou falar com a senhora não, que é falta de respeito né? Se eu não me prevenir eu, quem vai prevenir, eu sei disso. Mas o que é prevenir? Prevenir, uai, na transa, usar camisinha. E tem outra coisa, não acompanho qualquer um, eu sou sozinho. (Jô)

“Claro que me cuido, sempre, senhorita! Uso camisinha. Camisinha não! Vamos falar mais bonito! A senhorita é mais ‘pá’ do que eu: eu uso o meu preservativo, entendeu?” (Carioca)

Esses dados ratificam que a vida sexual e o risco de exposição à DST/HIV deve sempre fazer parte da abordagem dos profissionais de saúde e que, em geral, a PSR não tem a mesma dificuldade ou constrangimento que esses para abordar a temática, sendo a mesma, muito viva nesse grupo (BRASIL, 2012a).

Em segundo lugar, notamos a existência de um processo, pelo cidadão em situação de rua, na busca, no seu dia a dia, por uma força Superior. Como eles próprios citam, acreditam que sua vida pode ser modificada e que ‘Essa Força’ é capaz de amenizar a situação, tornando-os mais fortes e capazes de superar os momentos difíceis:

Domingo é diferente, eu acordo cedo, saio daqui, vou lá na feira, depois no Bezerra de Menezes [centro espírita], que eu gosto muito, na doutrina espírita, entendeu? Vou lá ouvir o Evangelho, vou lá ouvir as palestras, me faz um bem muito grande. (Alegre)

“Não tenho religião, mas tenho Deus, acredito em Deus, muito. Nossa Senhora! Ele é o meu pai, Ele que me dá força todos os dias.” (Bianca)

“Tô acostumado a dizer que a religião é Deus. Eu tenho uma bíblia, eu tava ali lendo quando você chegou. A palavra de Dele me dá muito ânimo, sabe? Força!” (Irmandade)

“Sabe, pra se viver na rua tem que ter duas coisas: primeiro Deus. Deus mesmo! Segundo, coragem, se não, não se vive.” (Padeiro)

Em meio ao contexto explicitado, nota-se que as práticas religiosas aproximam-nos da espiritualidade, bem como da compreensão sobre o sentido da existência, o que, na concepção deles, vai ajudar na busca por estratégias particulares para efetivar o seu objetivo de vida. A religião ou as crenças religiosas ajudam à pessoa a aceitar, ter segurança e se adaptar a

situações difíceis, gerando paz, autoconfiança e perdão. Assim, vão causar influências na maneira de lidar com situações de estresse, sofrimento e problemas vitais, bem como corroborar para a construção de uma imagem positiva de si mesmo (SANTOS *et al*, 2012).

5.4 INFLUÊNCIAS NO CURSO DA INTERAÇÃO, QUE MODIFICAM O SIGNIFICADO DA PRÓPRIA SITUAÇÃO DE RUA.

As bases do Interacionismo Simbólico asseguram que o ser humano age em relação a alguém ou a alguma coisa, com base no significado desses para ele, e que essa significância é adquirida por meio da interação e, por vezes, modificada constantemente nesse processo. Isso pode se aplicar aos cidadãos em situação de rua, uma vez que o significado dessa vivência sofre diversas alterações, em decorrência dos acontecimentos e dos eventos interativos associados a essa situação. Alterações essas que modificam o olhar do próprio cidadão sobre a sua situação.

A partir da imersão nos dados coletados, o fenômeno destaca que essa população sofre ‘influências no curso da interação, que modificam o significado da própria situação de rua’. É interessante ressaltar que os mesmos fatores que influenciam o significado da situação são os que a ressignificam, como a violência, a estrutura familiar, a dependência, dentre outros.

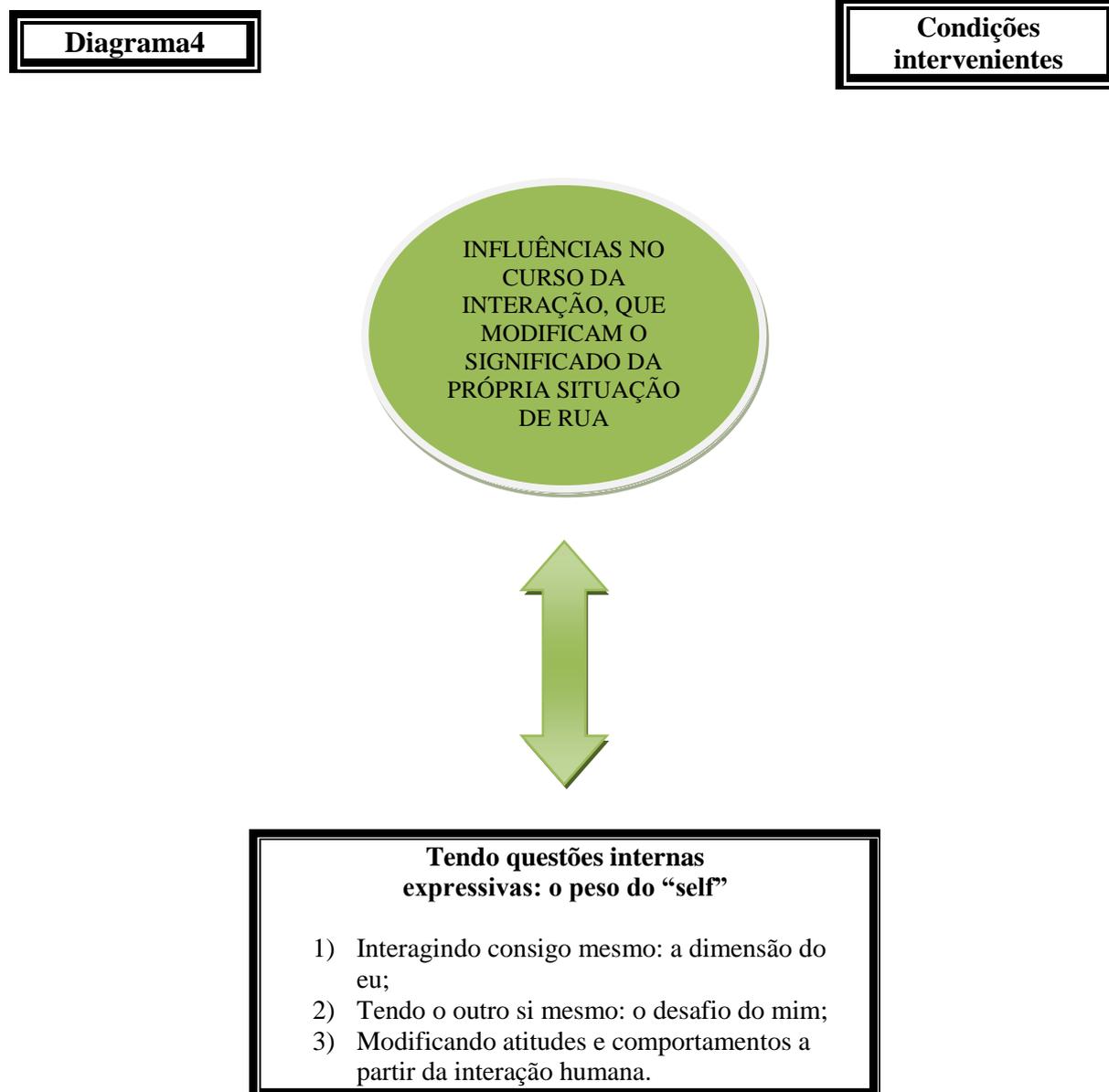
O próprio sujeito é capaz de influenciar a sua forma de considerar sua situação e logo torna-se sujeito ativo e passivo de um mesmo evento, capaz de modificar símbolos e ser modificado pela ação dos próprios significados. O que se teme é a ação negativa dos símbolos/significantes na vida desse indivíduo, o que o torna impotente, fracassado e desanimado frente à mudança de vida.

Juntamente ao processo de interação, outras ações são fundamentais para formar o significado da situação vivenciada no momento, ou seja, a situação de rua. Dentre elas temos: os comportamentos, as atitudes, as práticas e os sentimentos manifestados durante a interação. Se o outro é capaz de exercer influência sobre a forma de considerar a situação, a própria situação também o será. E isso acontece frente às transformações na vida do indivíduo pela situação, repercutindo no significado, nas especificidades, na duração e até mesmo nos afazeres do dia a dia.

Esse contexto está apresentado pela seguinte categoria: ‘tendo questões internas expressivas: o peso do ‘self’, como pode ser visto no **Diagrama 4**. É preciso enfatizar que esses elementos se baseiam em uma análise ampla e voltada para a singularidade. Sabe-se que todos os fatores interagem, mutuamente, e não determinam sozinhos os significados, fazendo

com que uma dada situação seja considerada e reconsiderada de diversas formas, por um mesmo indivíduo.

Diagrama 4-Influências no curso da interação, que modificam o significado da própria situação de rua



Fonte: a autora

5.4.1 Tendo questões internas expressivas: o peso do “self”

Analisa-se essa categoria a partir das subcategorias: ‘interagindo consigo mesmo: a dimensão do eu’; ‘tendo o outro si mesmo: o desafio do mim’; e ‘modificando atitudes e comportamentos a partir da interação humana’.

Auxiliado pelas premissas do Interacionismo Simbólico, já ditas antes, compreende-se a existência de dois componentes, complementares e ao mesmo tempo indissociáveis, que são o “self”, surgido a partir da interação do cidadão consigo mesmo (o eu e o mim) e o mundo ao seu redor, destacado a partir da interação social presente em todos os âmbitos por onde o cidadão de rua circula.

Em relação ao “self”, cabe repetir que, sendo o eu a interface particular do “self”, espontânea e, por vezes, oculta, sua interação fica mais restrita ao indivíduo. O eu é a essência emocional e afetiva do ser, são seus pensamentos mais íntimos e sentimentos não expostos e, por vezes, escondidos pelo cidadão (dos outros e dele mesmo), por isso, o movimento interativo do eu não obedece, necessariamente, regras, ou mesmo, preceitos. Nesse sentido, o autoconhecimento se torna o seu grande desafio.

Em interface com o “self” está também presente, na vida do ‘ser’, o ‘mim’, determinando as formas de interação com o mundo que o cerca. Então, sendo o ‘mim’ o outro representado em si próprio, concretiza-se o desafio de ser, ao mesmo tempo, o que lhe é próprio, íntimo e particular e o que socialmente se espera; situação essa que, por vezes, é contraditória.

Ao considerar os depoimentos dos participantes, nota-se a influência exercida pelo “self”, no processo de enfrentamento da situação de rua. No entanto, discutir a respeito do “self”, sobretudo na esfera do “eu”, é algo desafiador, pelo fato de ser muito particular. No enfrentamento da situação de rua, o cidadão convive com ele mesmo e precisa lidar consigo para não dificultar a situação.

Assim, tendo por base a ‘interação consigo mesmo: a dimensão do eu’, é possível destacar as manifestações mais íntimas presentes nas falas dos participantes desse estudo, estabelecendo, também, um elo entre a comunicação verbal e a não verbal. Sendo o eu a parcela mais ofuscada do “self”, destacam-se alguns trechos nos quais fica evidente a influência de algumas manifestações impactantes que se relacionam com a situação vivenciada. Captar tais manifestações não é tarefa fácil; por vezes isso se deve à observação de que o indivíduo nem sempre se expressa de forma clara.

“Oh, falar assim, esse negócio de sentimentos, se me incomoda ou coisa assim, em relação ao que eu vivo. A vida já foi complicada, a parte que eu pulo, é constrangedora pra mim falar.” (Irmandade)

“Não lembro de nada, nada nada. Ah! Nem lembro, não lembro. Tô velha também, né? Tem 44 anos. Não gosto de lembrar e nem de falar nada”. (Valéria)

“Eu não gosto de demonstrar meus sentimentos, meu amor, porque minha mãe sempre falava comigo: ‘nunca demonstre o seu amor, o teu amor ainda pode te matar.’ Aí...” (Carioca)

Na interação com o ‘eu’, essencialmente questionador e inconformado, surge um movimento de negação, que faz calar sobre os fatos e que faz aceitar melhor a situação. Os sentimentos de angústia em assumir o que está acontecendo, fazem o “eu” tentar omitir sensações, guardando os sentimentos dentro de si, em uma dita defensiva, por vezes bastante dolorosa.

Pode-se notar que não é algo comum ao cidadão de rua reclamar de forma objetiva sobre o seu incômodo com a sua situação e nem suavizar as suas dificuldades diárias. Ele parece ter, portanto, a intenção de desviar as evidências da situação, escondendo dos outros e de si a verdadeira realidade. Assim, ao se relacionar com o “eu”, percebe-se apenas o que ele deixa transparecer e, em algumas vezes, esse processo de interação acontece de forma sutil e imperceptível, por eles mesmos e pela sociedade.

Ainda sobre as manifestações do “eu”, temos o cidadão buscando viver a espontaneidade do “eu”. Nesse ponto detectam-se as dificuldades de enfrentar a situação, isso é, a atitude mais intempestiva de acreditar que pode viver a mesma vida de antes, sem realizar mudanças. Nota-se que não há busca por conhecer rotinas, muito menos em adaptá-las e, em alguns momentos, o eu recusa possibilidades de ajuda.

“Dependendo dos outros sem pedir os outros, eu tenho raiva de comer as coisas dos outros, tenho nojo.” (Padeiro)

“Perdi meus pais eu tinha 11 anos, não me revoltei não, fiquei tranquilo igual estou até hoje.” (Jô)

“A minha vida sempre foi legal, fui casada quatro anos com uma mulher, aí eu briguei e vim pra rua. E continua legal, sem problema. Ah! eu tiro de boa, porque sou muito quieta. E, as coisas, eu não peço não, sempre aparece aí.” (Maria)

Reiterando a discussão sobre interações, o “mim” se manifesta como parte do “self”, ou seja, do comportamento desejável, em contraponto ao “eu”, voluntarioso e espontâneo. De tal modo, tem-se o cidadão vivendo as alterações do ser “eu” e do ser “mim”, expressos em

uma mesma pessoa. Todavia, o “mim” é mais disposto a tornar-se socialmente aceitável, buscando a compreensão pragmática do processo, mesmo que envolva uma situação dolorosa e complexa com a situação de rua. Logo, tendo o outro si mesmo: o desafio do mim.

“Eu não queria estar aqui, mas não quero levar isso para meus filhos, então preferi sair de casa e minha esposa concordou na hora.” (Fernandinho)

“Eu tenho tudo, casa, pai, filhos. Eu vim por livre espontânea vontade.” (Valéria)

Fernandinho, ao tomar consciência de sua condição, optou por sair de casa, embora deixe transparecer que não era bem o que queria. Relata que, embora tenha escolhido romper com a família, mantém, continuamente, preocupação com os filhos, porém, ao relatar o seu histórico familiar, ele esclarece que, ao ir para as ruas, já não morava com a sua família e o motivo foram as brigas recorrentes entre ele e a esposa. No entanto, o que seria socialmente desejável, o “mim” precisaria encontrar justificativa aceitável para demonstrar, a quem não o conhece, a sua “escolha”, como sendo verdadeira. E, ao remeter essa fala na compreensão do “eu”, mostra que ele é uma pessoa sensível aos acontecimentos e que sente de forma significativa a situação.

Já Valéria, em sua fala, parece agir em que pese o “mim”, como se a situação fosse algo tranquilo, por pensar que esse comportamento seja socialmente mais aceitável do que o outro. O outro em questão, é que ela foi para as ruas ainda na juventude, pois, na época, prostituía-se, o que a fez romper os laços familiares. Retornou anos depois à convivência de familiares, para cuidar do seu pai, que adoeceu. Atualmente, está em situação de rua, devido a envolvimento afetivo com um homem, também em situação de rua, porém esconde tal situação. Durante a entrevista, ela falou com tranquilidade, porém, com frases curtas, o que pareceu que queria esconder ou omitir os acontecimentos de sua situação.

Em alguns momentos, ao longo dos contatos com os cidadãos em situação de rua, foi possível perceber um diálogo instituído entre o “eu” e o “mim”, pois, ao responder às perguntas durante a entrevista, alguns deles falavam para si próprios, não apenas para a pesquisadora, como uma reflexão ou mesmo uma tentativa de autoconvencimento. Também foi possível notar que as repetições buscam expressar certezas, desmentidas pelo olhar ou ainda pelo movimento do corpo. Isso retrata a busca pelo equilíbrio do “eu”, que se apresenta de forma mais rigorosa com a vida, com o “mim”, mais permissivo às possibilidades da situação.

Nessa busca pelo equilíbrio do “eu” e “mim”, fica claro que quem não vive a situação de rua não experimenta os sentimentos apresentados durante a mesma. É importante salientar que, nesse contexto, pela observação, nota-se que a vivência na rua permanece em uma esfera

racional, concreta, seguindo uma lógica, na qual a situação que se institui é um processo lento, doloroso e complexo.

Por fim, há de considerar a relevância da colaboração como fator interveniente no enfrentamento da situação de rua, por essa ser uma destacada forma de fortalecer o sociável. Desse modo, os cidadãos que vivem na rua investem em processos colaborativos entre si, o que ocasionam as modificações de atitudes e de comportamentos a partir da interação humana.

“Estando do lado da minha irmã eu sinto bem.” (Bianca)

“Essa minha mulher tá querendo me largar também. Não pode, a gente tem que ficar junto. Porque mulher é força um para o outro, e a pessoa que tem uma mulher, pra ser mulher dele, tem que tá do lado dele.” (Irmandade)

Minha esposa tá ali, ela tá grávida de três meses, é meu primeiro, o dela não. Já tô tomando atitude. Agora vou fazer de tudo pra não perder, pra não dar pro outros, que criança a gente não fica dando pro outros não, uai, oh, pois eles acham que a capacidade deles é diferente, que quem mora na rua não tem capacidade de cuidar. (Anônimo)

Nesse aspecto, pesa sobre o “self” a interação familiar e afetiva, como meio de encontrar forças para seguir. Estar sozinho aumenta os sentimentos de medo e de angústias, assim é preciso refletir sobre a importância de fortalecer esses vínculos, para que essa população manifeste atitudes, comportamentos e práticas que favoreçam a transposição dessa problemática. Nesse momento, é notória a importância da interação social como base para o fortalecimento do “self”, pois o mesmo pode, a partir disso, construir o significado do mundo que o cerca ou, ainda, ressignificar seus símbolos, considerando e reconsiderando, continuamente, o cotidiano, o qual se mostra diferente com a situação de rua, porém, não impossível.

Da mesma forma, a relação com a equipe multiprofissional também exerce influência sobre o cidadão em situação de rua, pois, quando aquela oferece uma atenção e um cuidado sensível e humanizado, esse se sente valorizado e melhora a sua autoestima.

“Você sabe que a assistente social vai me ajudar a arrumar um emprego? Hoje já me levaram para tirar a identidade.” (Fernandinho)

“Estou contando as horas. Me disseram, já lá no Centro Pop, que minha vaga lá na clinica vai sair. Tenho esperado muito e vou fazer, tenho fé.” (Jesus)

“Tô esperando agora marcar a minha cirurgia da vista. Aquela moça do consultório [de rua] já falou que vai marcar pra mim.” (Padeiro)

Cabe ressaltar, portanto, a inegável importância da interação social no advento da situação de rua, pois, por meio dela, há modificação do comportamento, promovendo uma melhora da situação em questão, tendo em vista a superação de dificuldades e aflições.

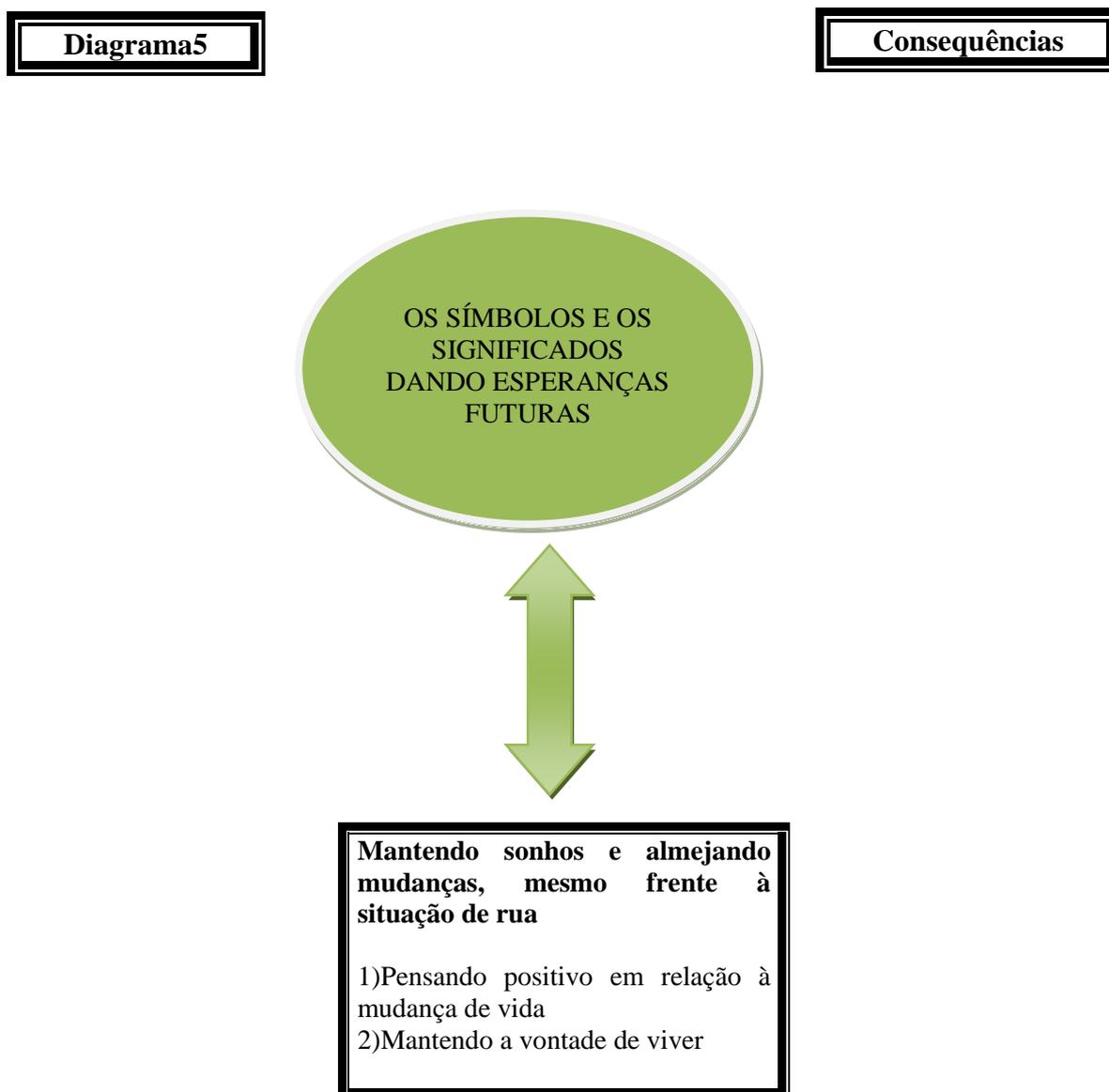
5.5 OS SÍMBOLOS E OS SIGNIFICADOS DANDO ESPERANÇAS FUTURAS

O quinto e último elemento do paradigma finaliza a explicitação do fenômeno em foco. Tem-se, portanto, o resultado do enfrentamento da situação de rua pelos cidadãos incluídos no estudo, que é o processo de subjetivação em relação às esperanças futuras, uma decisão pessoal e um posicionamento frente à situação familiar, aos desejos e às possibilidades.

Não obstante, é fundamental considerar todos os elementos já apresentados até o momento, pois as consequências são fruto da união de todos eles, de modo a ser impossível refletirem sobre aquelas, sem considerar os demais fenômenos.

Como já esperado na visão Interacionista, um mesmo fenômeno, a situação de rua, pode ter significados diferentes para cada cidadão. O **Diagrama 5** é representado pela categoria 'mantendo sonhos e almejando mudanças, mesmo frente à situação de rua'.

Diagrama 5 - Os símbolos e os significados dando esperanças futuras



Fonte: a autora

5.5.1 Mantendo sonhos e almejando mudanças, mesmo frente à situação de rua

Esta categoria é formada pelas seguintes subcategorias: ‘pensando positivo em relação à mudança de vida’; e ‘mantendo a vontade de viver’.

Apreende-se, pelos relatos que se seguem, que o ambiente emocional do cidadão em situação de rua se torna mais ameno quando ele começa a ter pensamentos positivos, reflexões e anseios de uma nova vida. A situação de rua, tida como desfavorável, começa a sofrer transformação e a ansiedade preexistente dá lugar ao planejamento, para que a mudança aconteça de forma segura e sem recaídas. A dúvida dá lugar à confiança, em virtude das possibilidades que começam a ser oferecidas, fazendo com que o cidadão perceba a mudança como algo concreto, mesmo que distante e difícil na realidade.

“Tenho meu sonho, e eu vou conquistar ele, é ruim de não conquistar. Que é voltar pra casa e ter minha família de novo, eu e minha irmã, claro né.” (Bianca)

“Ah, eu penso andar como as pessoas anda, fazendo compras entendeu? Rindo, comendo o que você quer.” (Flor)

“Eu penso no melhor futuro pra mim senhorita, cê acha que eu penso em viver aí ó, morrer na rua por uma cirrose ou por uma pneumonia, não. Eu penso no melhor pra mim. Quero ter uma casa, uma família...” (Carioca)

Eu tenho um sonho, é no futuro mostrar pras pessoas que me humilharam no passado, que eu não dependo delas pra sobreviver, dependo sim, mas eu sei sobreviver sozinha, tem oito anos que estou na rua, sofrendo. Então eu penso em ser feliz. Tô procurando uma igreja, a igreja que me levou pra clínica uma vez, pra fazer tratamento de novo. (Bel)

“Eu penso em arrumar um emprego e largar as drogas mano, aí sim voltar pra casa.” (Ayrton Senna)

Percebe-se que ter um emprego, construir uma nova família (ou resgatar os vínculos familiares), ter uma religião, uma casa, tratar os vícios, ser feliz e reconhecido com cidadão são desejos e possibilidades que passam a ser almejados e pensados, proporcionando esperanças de uma nova vida. A situação de rua, mesmo que seja uma situação difícil, sem meios favoráveis para que a pessoa possa sair, por si só, não apaga, não elimina as esperanças, os sonhos e as expectativas de mudanças. Eles continuam a acreditar que é possível a saída dessa vida, mesmo que isso seja apenas um sonho, e que o simples fato de viver já é muito para continuarem a sonhar.

No entanto, essa categoria precisa de abordagem aprofundada para se compreender as expectativas dessa população. Indaga-se que esses cidadãos em situação de rua, ao falarem do futuro e dos sonhos mantidos, podem estar reproduzindo um pensamento da sociedade, usando de recursos psicológicos que amenizam o presente, possibilitando vislumbrar um futuro melhor ou que ainda não souberam criar ou encontrar meios sólidos para que, de fato, esses sonhos sejam alcançados.

6 FORMANDO A CATEGORIA CENTRAL

“A vida é a arte dos encontros, embora haja tantos desencontros pela vida”.
(Vinicius de Moraes)

Ao organizar o modelo teórico substantivo para o enfrentamento do usuário frente à situação de rua, foram utilizados códigos, categorias e subcategorias, a fim de nortear as reflexões apresentadas até o momento e o seguinte eixo paradigmático: ‘condições causais, condições intervenientes, contexto, estratégias de ação interação e consequências’, como no **Diagrama 6**, apresentado adiante.

Houve questionamentos e surgiram outras questões, ao longo do processo investigativo, os quais permearam o processo de construção da presente discussão, tais como: que situações destacam-se no processo de ida para as ruas? De que recursos o indivíduo se serve para vivenciar esse momento de crise em sua trajetória existencial? Como é o percurso do indivíduo estando nessa situação? Como se cuida espiritual e fisicamente? É possível acomodar e superar tantas transformações no estilo de vida após o início desta situação? Assim, para a construção de uma teoria substantiva, foi realizada a interligação dos fenômenos apresentados anteriormente, mediante a análise dos dados, as construções e as reflexões dela originadas, que apontaram para um fenômeno central: vivenciando o processo saúde-adoecimento-cuidados em situação de rua, a partir do movimento de adaptação interativa do próprio universo simbólico.

A sociedade ao se organizar para construir a vida em comum, com a interação do biológico e social, determina o processo saúde-adoecimento. Dessa forma, esse processo está ligado a condições negativas (riscos de adoecer ou morrer) ou positivas (possibilidades de sobrevivência), consequentes às formas historicamente adotadas pela sociedade para conduzir a sua vida social (trabalho, relacionamento interpessoal, escola, lazer) e, em função do padrão de desgaste ou potencialidades, do consumo e gasto de energia pelos indivíduos no processo de reprodução social. Esse processo também é fruto condicional da estrutura político-econômica, das carências e da desigualdade social, dos fatores culturais, da percepção do indivíduo sobre saúde e doença e do imaginário coletivo (ARISTIDES, LIMA 2009).

Ainda de acordo com os autores supracitados, é primordial reconhecer que ter saúde ou estar doente não é fenômeno isolado e de causa aleatória, pois não se está com saúde ou doente por acaso; temos um determinante desse processo, que se identifica com o modo de organização da sociedade. Daí se dizer que há uma “produção social da saúde e/ou da doença”

e que, junto a esse pensamento, é importante considerar a visão do indivíduo sobre o que é ser/estar doente e o que é ser/estar saudável.

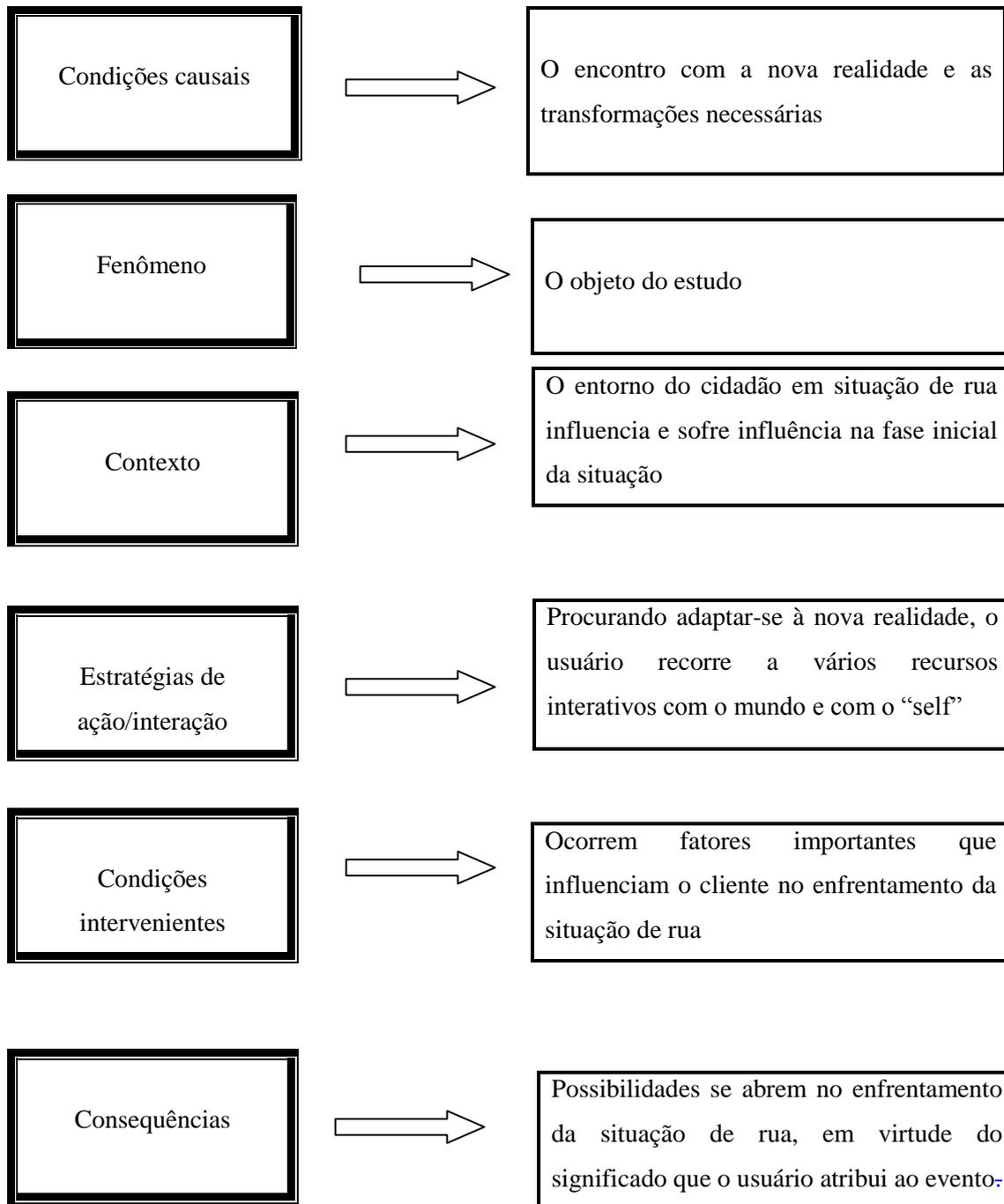
Ao nos remeter ao processo saúde-adoecimento-cuidados de pessoas em situação de rua, a partir do movimento de adaptação interativa do próprio universo simbólico, nota-se que esse processo é ressignificado. Ele sofre modificações, a partir da maneira de ser das pessoas, construídas dia a dia, e recebe influência direta do local em que elas vivem e da relação que mantêm com a sociedade, com as instituições, profissionais e com seu próprio ser. A adaptação que ocorre com a permanência prolongada nas ruas, os entraves, as perdas e ganhos, as novas informações, possibilidades e expectativas fazem a população construir suas práticas de cuidado.

Vemos que o contexto e a vivência social da população em situação de rua têm influência sobre o significado do processo de cuidar, o que torna válido mencionar Leininger (1995), que retrata que as práticas do cuidado cultural, dos valores e das crenças sofrem influências da visão do mundo, da linguagem, da religião e do contexto social, político, educacional, econômico, tecnológico e ambiental de cada cultura em particular. A teórica, ao abordar o assunto, apresenta três formas que favorecem a atuação do profissional enfermeiro:

- 1- Preservação cultural do cuidado: faz referência ao fenômeno culturalmente embasado de assistir, facilitar ou capacitar o indivíduo que o auxilia a preservar ou manter hábitos favoráveis de cuidado e de saúde;
- 2- Acomodação cultural do cuidado: retrata o ato culturalmente embasado de assistir, facilitar ou capacitar, mostrando formas de adaptação, negociação ou ajustamento dos hábitos de saúde e de vida dos indivíduos ou clientes;
- 3- Repadronização cultural do cuidado: são os modelos reconstruídos ou alterados, que podem ser utilizados para auxiliar o usuário a mudar padrões de saúde ou de vida, tornando-os significativos ou congruentes para ele próprio.

Assim, ao cuidar da população em situação de rua, tendo como base esse processo, é necessário conhecer e compreender a cultura dessa população, pois esta ajudará a revelar a força modeladora fundamental para a atuação do profissional.

Diagrama 6 – Articulando o modelo paradigmático com os significados dos fenômenos do estudo.



Fonte: a autora

6.1 MODELO TEÓRICO-SUBSTANTIVO

A Grondend Teory permite gerar explicações a partir dos dados organizados de maneira sistemática, de forma a propiciar a reflexão para uma determinada abstração. É um processo interpretativo que, para ser apreendido precisa de envolvimento e imersão na realidade sobre a qual se pretende teorizar. Para a instituição final da teoria, é apresentada a seguir a conjunção dos fenômenos que integram o modelo paradigmático em sua essência explicativa.

O fenômeno **vivendo o significado da chegada às ruas** representa a condição causal do evento, ou seja, aquilo que gera a ocorrência da situação de rua. O início dele se manifesta quando o indivíduo, devido a problemas conflituosos, fica fragilizado e desestabilizado, fazendo-o traçar caminhos diferenciados e difíceis. Uma vez em situação de rua, destaca-se a forma como esse cidadão se apresenta e chega a essa situação. Diante das primeiras informações, notam-se dúvidas, estranhamentos, desilusões e medos; em contrapartida, anseio por liberdade, desapego e uma opção, que são tidos como aspectos importantes e determinantes nesse primeiro instante. As emoções, escondidas pela ação do “mim”, de um autocontrole socialmente esperado, de não se expressar para a família, para os amigos e para a sociedade, fazem mitos e ideias infundadas tomarem um vulto ainda maior.

Esse primeiro momento vai dando lugar a um incipiente despertar com o amadurecimento das primeiras informações, com o acolhimento de outros cidadãos em situação de rua e da rede de assistência social, ajudando-a a continuar a caminhada. O acolhimento é descrito como um elemento fundamental no momento da chegada às ruas, repercutindo de forma positiva, ainda que o caminho a ser trilhado seja desconhecido, pois sentir-se abandonado aumenta o sofrimento e o medo de perder a própria vida.

Em **conhecendo o mundo do ser que está em situação de rua: os nexos simbólicos presentes no cotidiano**, é possível adentrar a sua rotina e conhecer a sua vivência – um aspecto relevante, pois toda a sua dimensão existencial será fortemente exercida. O universo da população em situação de rua abrange a rua com tudo o que está em torno: praças, viadutos, bares, lojas, supermercados, residências, instituições diversas e todos os demais ambientes com os quais o indivíduo realiza interação. Sendo assim, as estratégias de ação e interação são tomadas e os fatores intervenientes atuam para determinar a conotação do enfrentamento dessa situação.

O “self” torna-se um grande desafio, a partir do momento em que o indivíduo necessita lidar com as faces do “eu” e do “mim”, no sentido de acomodar o que ele sente no

seu interior, domando seus instintos mais essenciais. Os principais sentimentos que surgem são o medo, a revolta, a sensação de abandono, a introspecção e o sentimento de dependência. Interagir com as pessoas na mesma situação e ser aceito pelo grupo, assim como manter contato com alguém externo a essa situação, seja um familiar, amigo, vizinho ou conhecido, vai exercer influência e, portanto, ter grande importância para se vivenciar esse novo contexto de vida. Ressalta que o suporte emocional, espiritual e social é elemento de interação, utilizado para comunicar ao cidadão a opinião a respeito do que está se passando; e essa comunicação, por sua vez, exerce importante influência na sua vida.

Em relação ao processo de adoecer e cuidar, vê-se que ele fica plenamente afetado. Esse grupo populacional, ao habitar em lugares inóspitos, com pouca higiene, sofrer pressão psicológica e outros diversos fatores, tem elevadas a vulnerabilidade e as possibilidades de um adoecimento biológico, físico e psíquico. O fato de haver uma referência, seja de um profissional da assistência ou da saúde, seja de um serviço de saúde, surge como um elemento importante de interação, que é favorável ao cuidado.

Em **estratégias para manter a vida na rua**, o indivíduo usa de meios de ação/interação para melhor adaptar-se a sua nova necessidade de vida. Muitos são os fatores que o influenciam para a permanência dessa nova fase, com destaque para: a busca de informações sobre o que se passa na rua; a interação com a rede de apoio; e a utilização de estratégias mentais com vistas à redução dos aspectos negativos da situação de rua. Enfatiza-se que a busca pelo conhecimento a respeito do que perpassa estar em situação de rua, transforma uma situação de medo em uma situação de maior tranquilidade. Estratégias simples que facilitam a sobrevivência, relacionadas à redução do uso de álcool e à substituição das drogas, dormir em locais seguros e em grupos e permanecer, durante o dia, perto das principais instituições de apoio, apresentam as condições intervenientes que surgem no curso da interação que modificam o significado da própria situação de rua e, conseqüentemente, interfere no processo de enfrentamento da situação.

Os recursos econômicos também fazem parte desse contexto, haja vista serem necessários para a sobrevivência. Ao chegarem às ruas, em geral a mendicância se faz como algo inicial. Conforme o cidadão vai conhecendo a realidade, vão surgindo novos ganhos e novas possibilidades de serviço que, muitas vezes, servem de esperança para novas mudanças.

Nesse processo, apresentamos as condições intervenientes, como o indivíduo sofrer **influências no curso da interação que modificam o significado da própria situação de rua**. Assim, compreendem-se os fatores capazes de interferir no processo de enfrentamento.

Tomando por base todo o contexto e as estratégias de ação/interação apresentadas até o momento e as premissas do Interacionismo Simbólico, é possível constatar que a interação desse sujeito com tudo o que está a sua volta influencia-o de maneira ímpar. No entanto, a interação com o “self” e com o mundo é determinante no enfrentamento dessa nova situação.

Por um lado, ao pensar na interação com o “self”, destacam-se o “eu” e o “mim”; sendo o eu a essência particular do “self”, ofuscada, porém de intenso poder sobre os sentimentos do indivíduo, de tal modo que o impulso espontâneo de desesperança é instituído a partir do “eu”, em uma atitude de preservação, só desarticulada a partir dos elementos que conferem segurança ao cidadão. Por outro lado, a interação com o “mim” exige do indivíduo um comportamento diferente do que ele mesmo gostaria, haja vista essa face do “self” estar relacionada àquilo que é socialmente esperado.

Esse pensamento vai ser um desafio para o ser que vivencia a situação de rua, pois ele precisa representar o outro em si mesmo. Nota-se que, frente à situação de rua, a interação social modifica atitudes e comportamentos desse cidadão.

Em **os símbolos e os significados dando esperanças futuras**, apresentam-se as consequências e os desfechos gerados a partir das estratégias de ação/interação utilizadas pelo indivíduo frente a sua situação. É necessário dizer que os desfechos são diferentes, uma vez que, mesmo que duas pessoas passem pela mesma situação, a reação apresentada será individual.

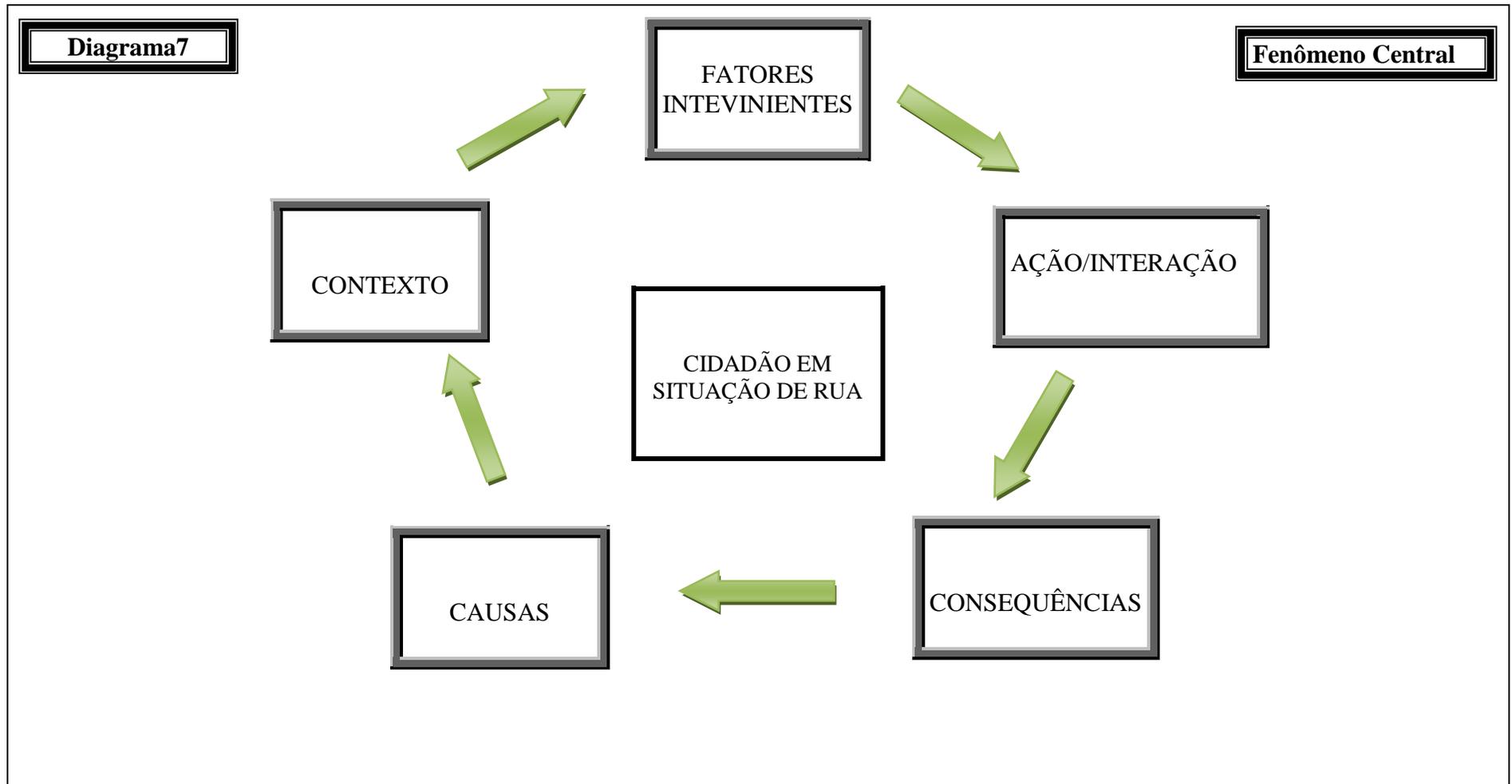
No primeiro momento, quando o enfrentamento resulta na superação da situação, percebe-se que o indivíduo começa a adaptar-se e livrar-se das angústias, o que vai favorecer a sua vida na rua. Mantendo a vontade de viver, ele começa a criar expectativas de mudança de vida e a se cuidar. Em sentido oposto, quando ele não vê outra saída, acaba aceitando a situação de rua, mesmo que isso não seja expresso claramente. Nesse caso, esse pensamento negativo acaba fazendo-o desistir de buscar por melhores situações. As dificuldades, em especial de ingressar no mercado de trabalho, vencer o vício das drogas, assim como resgatar os vínculos familiares, tornam-se inimigos, intensificando o processo de permanência na rua e diminuindo as perspectivas de saída da mesma.

Como desfecho do exposto até o momento, a partir do modelo teórico-substantivo construído neste estudo, tem-se o eixo **vivenciando o processo saúde-adoecimento-cuidados em situação de rua, a partir do movimento de adaptação interativa do próprio universo simbólico**. Apresenta-se, então, a vivência do adulto em situação de rua como um movimento que busca adaptar-se dia a dia à nova situação de vida, em um esforço para adequar-se ao seu universo próprio em prol da sobrevivência.

Teorizo, desse modo, que o ponto de partida em busca da adaptação é a dúvida, o medo da morte, a incerteza, o sentimento de humilhação e o abandono. Recorrendo às estratégias das quais dispõe, o cidadão se esforça para transformar esses sentimentos em força para continuar a viver.

O **Diagrama 7**, a seguir, buscou unir todos os elementos paradigmáticos, preenchendo o universo existencial do cidadão em situação de rua. Nele foram utilizados os elementos simbólicos empregados nos diagramas anteriores e no centro desse universo e, daí, é possível compreender que o indivíduo está em constante movimento de adaptação e convívio com a situação. E vai ser essa adaptação que ajudará esse ser a encontrar um lugar nesse universo, onde ele próprio, o cidadão, transita livremente, buscando alcançar a sua própria satisfação, mesmo que em condições inadequadas. Por fim, em meio a tantas possibilidades, em que terão constantes transformações, ainda permanecerá seu desejo de sobreviver, que é tão grande quanto lhe é permitido pelas proporções de sua natureza humana.

Diagrama 7 - Vivenciando o processo saúde-adoecimento-cuidados em situação de rua, a partir do movimento de adaptação interativa do próprio universo simbólico.



Fonte: a autora

7 O DIÁLOGO COM OS AUTORES A PARTIR DO FENÔMENO CENTRAL

Este capítulo aborda a aproximação do fenômeno central deste trabalho com as considerações teóricas dos pensadores do Interacionismo Simbólico. Parte-se do pensamento de Silva e Carvalho (2005), que dizem que a prática da enfermagem, por ser também uma prática social, abrange uma estrutura inesgotável de interações sociais ligadas ao seu agir profissional, junto aos seus clientes e à sociedade em geral.

O pensamento Interacionista reitera a fluidez do fenômeno em estudo, ao instituir que um dado fenômeno pode ser constantemente ressignificado por um mesmo sujeito, em função do mundo e das interações que o cercam, reforçando que, para compreender um fenômeno na trajetória existencial de um indivíduo, é preciso entendê-lo em sua inserção social e em sua perspectiva de mundo.

Falar de um cidadão em situação de rua é pressupor uma vida cheia de mudanças, tensões, dúvidas, adaptações e desapegos. É preciso considerar, também, que estar nessa situação é um movimento dinâmico, que inclui o inesperado e a incerteza, repleto de complexidade, em vista das relações humanas processadas ali, para muito além dos componentes teóricos, técnicos e operacionais. Todavia, como dito por Bazilli *et al* (1998), na visão Interacionista, os símbolos significantes são produto da forma como as pessoas reagem aos símbolos e vão ajudar a organizar o comportamento, permitindo que atos se completem no curso da interação, num contexto social específico.

Ao se referir ao cuidar, este pode ser ampliado para uma perspectiva humanística, deslocando o cuidado praticado de uma posição de ordem mecanicista e reducionista, mediante a nova compreensão da possibilidade interativa (LOPES, JORGE, 2005). Ainda na visão dessas autoras, mesmo que a enfermagem compreenda o cuidado como o cerne de sua existência profissional, esse ainda se encontra distante de uma concepção holística. Essa realidade, percebida pela População em Situação de Rua, é apontada e discutida, algumas vezes, ao longo desta dissertação. Os depoimentos apontam para a necessidade de um cuidado que considere, não apenas os aspectos biológicos, mas também os aspectos sociais, emocionais e até mesmo culturais.

Para o cuidado a essas pessoas, à luz do Interacionismo Simbólico, é preciso compreender esse fenômeno na trajetória existencial de um indivíduo, em sua inserção social e em sua perspectiva de mundo. Cabe à equipe de enfermagem atentar-se para o fato de que esses cidadãos recebem, processam e podem ter informações de maneira diferente, de acordo com seus estilos próprios de aprendizagem, seus símbolos e seus significados.

É primordial valorizar cada indivíduo, com vistas ao fortalecimento da sua própria personalidade. É válido pontuar que, mesmo estando em situação de rua, esse indivíduo precisa ser corresponsável e coparticipativo pelo seu próprio cuidado e pela construção do seu conhecimento. O profissional deve atuar baseado na ideia de que o conhecimento é construído mediante a atuação do próprio indivíduo sobre o que deve ser conhecido.

Para Dupas, Oliveira, Costa (1997), a interação é um elemento em constante transformação e deve estar constantemente em foco quando pensamos no cuidado. Nesse sentido, ressaltam que toda interação vai ter ação-reação e que essa interação social, construída a partir da ação social, é social quando levamos os outros em consideração, ou seja, nossas ações são guiadas pelo que os outros fazem na situação, porque os outros com os quais interagimos são considerados objetos sociais. Assim, como ação social, significa que toda ação envolve outra(a) pessoa(s) e, para que ela seja simbólica, deve haver comunicação, podendo esta ser manifestada em forma de palavras ou atos, que expressam quem nós somos e o que pensamos.

Frente à percepção de que o adulto em situação de rua busca adaptar seu próprio universo, em contraponto ao mundo de significados ao seu redor, é importante compreender que o Interacionismo constitui-se uma importante ferramenta, não apenas relacionada à produção científica, mas, também, que seus pressupostos são aplicados na realização do cuidado, tornando-o ainda mais vivo, transformador e rico.

Ao associar a perspectiva Interacionista ao objeto deste estudo, enfatizam-se as seguintes reflexões, articulando o diálogo dos achados com autores interacionistas:

1- O cidadão em situação de rua realiza suas práticas de cuidados vivendo uma situação limite e antagônica, tendo como premissa o significado dessa situação para ele;

2- O significado dado ao processo saúde-adoecimento-cuidados é consequência da interação com os elementos significativos presentes no entorno social, que atribui nexos simbólicos à experiência fenomênica na situação vivenciada;

3- Para interpretar as suas ações e as ações das outras pessoas, o cidadão em situação de rua busca estratégias, bem como sofre a ação de fatores intervenientes, os quais dão o tom e o formato simbólico do enfrentamento à vida na rua.

Por fim, o indivíduo em situação de rua carrega consigo, expressões, valores, crenças e sentimentos que influenciam a trajetória dos significados das interações para todos os envolvidos, considerando o processo de adoecimento e cuidado. Assim sendo, os atributos relacionados a esse processo são simbólicos, interferindo na forma de posicionamento frente à realidade.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Toma-se como uma premissa corrente no campo da saúde que a prática profissional se encontra focada na cura de doenças, em sua prevenção ou tratamento. O ideário do Sistema Único de Saúde (SUS) subsidia e recomenda uma reorientação dessa atuação, em especial do processo de trabalho do profissional enfermeiro, com vistas à promoção da saúde. Reconhece-se que o modo de cuidar pelo enfermeiro, no Brasil, apresenta potencial para a criação de estratégias de intervenção sistematizadas específicas e em equipe multiprofissional junto à população em situação de rua.

Nessa perspectiva, procurou-se conhecer os sujeitos, as causas da ida para as ruas, como é o dia a dia dessa população, a concepção de saúde e de estar doente, como realizam o cuidado humano e a relação com os serviços de saúde do SUS. Alguns aspectos destacaram-se como relevante ao longo da análise. Inicialmente, ao concluir essa pesquisa, um elemento a ser destacado é o fato de que os cidadãos em situação de rua participantes eram, na maioria, do sexo masculino.

Outro relaciona-se às causas da ida para as ruas que, como vimos e reforçamos, são multifatoriais. Embora identifique-se que os relatos explicativos sobre a ida para rua estejam focados em uma única motivação, por exemplo, o uso de drogas, esta subjaz situações que são as motivações de outros, como o desemprego e a desagregação familiar. Assim, nota-se uma relação de interdependência entre os fatores causais, possibilitando-nos captar uma tríade nas junções de fatores que tornam o ser humano vulnerável a ir morar nas ruas: ruptura e/ou fragilidade de vínculos familiares, uso de drogas e desemprego.

De modo mais intrínseco à questão pesquisada, pode-se considerar que o dia a dia nas ruas faz-se com a adaptação ao meio onde se está vivendo, lugar que não proporciona momentos de lazer; que apresenta, diariamente, situações de violência física, psicológica e verbal; e que propicia uso abusivo e em grande quantidade de drogas diversas, as quais são de fácil acesso. A realidade desse grupo também se constrói pela interação constante com os serviços específicos voltados a essa população, onde realizam suas necessidades básicas, como alimentação e banho. Disso faz parte, ainda, o aprendizado e o desenvolvimento de estratégias de sobrevivência, como a busca por recursos financeiros, destacando-se a mendicância e o trabalho informal e pela busca por lugares mais seguros para pernoitar, assim como manter-se em grupo, para que se sintam mais seguros.

E, ao se falar do processo saúde-adoecimento-cuidados dos cidadãos em situação de rua, pode-se observar uma dicotomia. Por um lado, ao se remeterem ao conceito de saúde, os

entrevistados trouxeram uma visão de saúde ampliada, como ter bem-estar físico e mental, boa alimentação e educação, além de manter boas relações sociais e cuidados gerais com o corpo. No entanto, ao serem perguntados sobre o próprio estado de saúde, observou-se dificuldade para falar sobre o assunto e, quando se expressaram, remeteram-se à ausência de doenças, prevalecendo a visão biomédica. Esse ponto de vista faz-nos enxergar um distanciamento do cuidado com suas reais demandas, pois, de acordo com os resultados, vemos que essa população adia a possibilidade de tratamento, procurando pelo atendimento de emergência nas situações de mal súbito e forte dor, pois, na maior parte dos casos, desenvolvem o autocuidado na própria rua, com a automedicação e o uso de chás caseiros. Outros sim, a relação com os serviços de saúde é marcada por discriminação, preconceito e indiferença por parte de alguns profissionais, o que vai dificultar a interação e, conseqüentemente, a procura pelo serviço e por tratamento.

Embora o acesso aos serviços de saúde pela população em situação de rua tenha sofrido grandes avanços, principalmente pela existência do Consultório na Rua, não podemos esquecer que o preconceito ainda se faz presente quando esse grupo procura, espontaneamente, o atendimento em saúde. Sabemos que as condições não são postas igualmente para os homens singulares e, assim, faz-se necessário estabelecer parâmetros de justiça e de distribuição igualitária, a fim de que o acesso à saúde seja viabilizado de acordo com as especificidades de cada sujeito.

Entende-se que o tema deve fazer parte dos currículos formadores, especialmente daqueles que abordam a interface entre saúde e sociedade, uma vez que, na equipe de saúde, o enfermeiro ultrapassa as fronteiras do cuidado puramente biomédico, pautando-se nos ideias de promoção da saúde e defesa da vida, segundo determinantes sociais, demandas e necessidades de cuidados de indivíduos, grupos, famílias e comunidade.

Espera-se que os resultados originados desta pesquisa possam contribuir para a reflexão, compreensão dos fatos, criação de modelos específicos e ações adequadas de atenção à saúde da população em situação de rua, assim como promover a reintegração social, diminuindo os índices de exclusão na sociedade. Ainda, que sirva de base para um aprofundamento de estudos posteriores e favoreça a ocorrência de debate de ações por parte do poder público, visando discutir os problemas estruturais e as condições insalubres aos quais a população em situação de rua continua sujeita.

Nesse contexto, o Consultório na Rua apresenta-se como a materialização do princípio da equidade, tornando, portanto, o acesso equânime. A aposta faz-se em um modo de relação que não busca eliminar a experiência da rua, atendendo às exigências da sociedade de

higienização urbana, mas compor com a rua possibilidades de outros modos de vida e ações de cuidado que se baseiam nos princípios do respeito à “liberdade de escolha” e corresponsabilização. A essa via chamamos de cuidado, o qual constrói pontes, ligações e diálogos entre as distâncias.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, C. H. Migrações e vida nas ruas. In: BURSZTYN, Marcel (Org.). No meio da rua. Nômades, excluídos e viradores. Rio de Janeiro: Garamond, 2000.

ARGILES, M. S.; SILVA, V. R. Jornada eixo 2011/impasses e desafios das políticas da seguridade social/assistência social e população em situação de rua. Disponível em: <<http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2011/CdVjornada/>> Acesso em 10 de Fev. 2014.

ARISTIDES, J. L.; LIMA, J. V. C. de. **Processo saúde-adoecimento da população em situação de rua da cidade de Londrina**: aspectos do viver e do adoecer. Revista Espaço para a Saúde, Londrina, v. 10, n. 2, p. 43-52, jun. 2009. Disponível em: <www.ccs.uel.br/espacoparasaude> Acesso em: 23 jan. 2014.

ASSIS, S.; PESCE, R.; AVANCI, J. Resiliência:Enfatizando a proteção de adolescentes, Porto Alegre: Artmed, 2006.

BACKES, D. S. **Vislumbrando o cuidado de enfermagem como prática social empreendedora**. 2008. 245 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2008. Disponível em: <http://www.tede.ufsc.br/tesesimplificado//tde_busca/arquivo.php?codArquivo=619>. Acesso em: 04 nov. 2012.

BLUMER, H. Symbolic Interactionism: perspective e method. Berkeley: University of Califórnia; 1969.

BOFF, L. Saber cuidar: ética do humano compaixão pela terra. 8ª edição. São Paulo. Vozes, 2002.

BOTTIL ET AL. Condições de saúde da população de rua da cidade de Belo Horizonte. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental** - Vol.1 N.2 - Out/Dez de 2009 ISSN 1984-2147. Disponível em: <<http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/viewFile/1141/1383>>. Acesso em 15 de fev.2014.

BRASIL. Decreto Presidencial nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009. Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Seção 1, 24 dez. 2009.

_____. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Brasília, DF: [s.n], 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm>. Acesso em: 14 dez. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Mental. **Consultórios de Rua do SUS**. Material de trabalho para a II Oficina Nacional de Consultórios de Rua do SUS. Ministério da Saúde/EPJN-FIOCRUZ : Brasília, setembro 2010, 48 p.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 466/2012**. Dispõe sobre pesquisa envolvendo humanos. Brasília; 2012b.

_____. Ministério da Saúde. **Manual sobre o cuidado de saúde junto a População em Situação de Rua**. Séria A. Normas e manuais técnicos. Brasília, 2012a.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Rua: Aprendendo a contar: Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua**. Brasília: Meta/MDS, 2008a.

_____. **Política Nacional para Inclusão Social da População em Situação de Rua**. Brasília: 2008b. Instituída pelo Decreto s/nº de 25 de outubro de 2006.

_____. Secretaria Nacional de Renda e Cidadania e Secretaria Nacional de Assistência Social. **Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome – MDS. Orientações Técnicas: Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua – Centro Pop SUAS e População em Situação de Rua. Volume 3**. Brasília, 2011. Gráfica e Editora Brasil LTDA.

BANDEIRA-DE-MELLO, R.; CUNHA, C. J. C. A. Operacionalizando o método da Grounded Theory nas Pesquisas em Estratégia: técnicas e procedimentos de análise com apoio do software ATLAS/TI. **Encontro de Estudos em Estratégia**, v. 1, 2003.

BAZILLI, C. et al. Interacionismo Simbólico e a Teoria dos Papéis – uma aproximação para a Psicologia Social. São Paulo: EDUC, 1998. 230 p.

BERLINGUER, G. A doença. São Paulo: Cebes-Hucitec, 1984.

BRÊTAS, A. C. P.; ROSA, A. S.; SECCO M. G. O cuidado em situação de rua: revendo o significado do processo saúde-adoecimento. *REBEn Ver. Bras. Enfermagem* 2006 maio-jun; 59(3): 331-6.

BORIN, M. E. S. Os moradores de rua de São Paulo e suas relações com o mundo de trabalho. *Caderno Métrópole*, N. 12, pp. 49-64, 2º sem. 2004. Disponível em: <http://www.cadernosmetropole.net/download/cm_artigos/cm12_58.pdf>. Acesso em: 03 nov. 2014.

BOURDIEU, P. (Coord.) *A miséria do mundo*. Petrópolis: Vozes, 1997.

BULLA, L. C.; MENDES, J. R.; PRATES, J.C. (Orgs.). **As múltiplas formas de exclusão social**. Porto Alegre: Federação Internacional de Universidades Católicas: EDIPUCRS, 2004. Disponível em: <<http://books.google.com.br>>. Acesso em: 30 out. 2014.

CAMARGO JUNIOR, K.R.de. *Apresentando Logos: um gerenciador de dados textuais*. Instituto de Medicina Social – UERJ, Rio de Janeiro, 2003. 30 p.

CANGUILHEM, G. (1943,1995) *O normal e o patológico*, trad. Maria Thereza Redig de Carvalho Barrocas e Luiz Octavio Ferreira Barreto Leite. – 6ª. Ed.- Rio de Janeiro, Forense Universitária, 2009.

CASSIANI; S.H.B. Buscando significado para o trabalho: o aperfeiçoamento profissional sob a perspectiva de enfermeiras. [Tese]. São Paulo(SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP; 1994;

CASTEL, R. As metamorfoses da questão social: uma crônica do salário. Petrópolis: Vozes, 1998.

CASTRO, E. A. B.; CHAGAS, D. N. P.; REZENDE, E. S. **O autocuidado e a trajetória dos cidadãos em situação de rua em busca de assistência à saúde no SUS**. 2012. Monografia (Políticas e Pesquisas em Saúde Coletiva). Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora. Juiz de Fora, 2012.

CECAGNO, S.; SOUZA, M. D. de; JARDIM, V. M. da R. Compreendendo o contexto familiar no processo saúde-doença. Acta Scientiarum. Health Sciences. Maringá, v. 26, n. 1, p. 107-112, 2004. Disponível em: <http://eduojs.uem.br/ojs/index.php/ActaSciHealthSci/article/view/1622/1063>. Acesso em: 15 set. 2014.

CHAGAS, D.N.P. et al. Direito à saúde das pessoas em situação de rua. In: GRINOVER, et Al., Direitos Fundamentais das Pessoas em Situação de Rua. Belo Horizonte: D' Plácido, 2014, cap.18, p.380.

CHARMAZ, K. A construção da teoria fundamentada: Guia Prático para análise Qualitativa. Porto Alegre: Artmed, 2009.

CHARON, JM. Symbolic interactionism: an introduction, an interpretation, an integration. New Jersey: Prentice-Hall; 1989.

COULON, A. Escola de Chicago. Campinas: Papirus, 1995. 133p.

DESLANDES, S. F. Concepções em pesquisa social: articulações com o campo da avaliação em serviços de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 103-107, Jan. 1997. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1997000100020&lng=en&nrm=iso>.access on 07 Aug. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X1997000100020>.

DUPAS; G. Buscando superar o sofrimento impulsionado pela esperança: a experiência da criança com câncer. [Tese]. São Paulo(SP): Escola de Enfermagem/USP; 1997.

DUPAS, G.; OLIVEIRA, I.; COSTA, T. N. A. A Importância do Interacionismo Simbólico na prática da enfermagem. Rev. Esc. Enf. USP, v. 31, n. 2, p. 219-26, ago. 1997. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000148&pid=S1414-8145201100010000600003&lng=en. Acesso em 20 de maio de 2015.

FERREIRA; A.B.H. Dicionário Aurélio Eletrônico – século XXI, versão 3.0: MGB Informática, 1999;

FOUCAULT, M. Segurança, Território, População. Curso no Collège de France (1977-1978). São Paulo: Martins Fontes, 2008.

GEORGE, Julia B. Madeleine Leininger. In: GEORGE, Julia B. e Colaboradores. Teorias de Enfermagem: os fundamentos para a prática profissional. Trad. Regina Machado Garces. Artes Médicas, Porto Alegre, 1993, Cap. 20, p. 286-299.

GHIRARDI, M.I.G. et al. Vida na rua e cooperativismo: transitando pela produção de valores. Interface - Comunic, Saúde, Educ, v.9, n.18, p.601-10, set/dez 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/%0D/icse/v9n18/a14v9n18.pdf>. Acesso em: 26 maio 2014.

GOFFMAN, E. (1891). *Estigma – notas sobre a manipulação da identidade Deteriorada*. Trad. Mathias Lambert– 4ª. Edição, 2004.

HAGUETTE, T.M.F. Metodologias qualitativas na sociologia. Petrópolis (RJ): Vozes; 1990;

HANKS, W. F. Língua como prática social: das relações entre língua e sociedade a partir de Bourdieu e Bakhtin. São Paulo: cortez, 2008.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Prefeitura de Juiz de Fora / MG, 2010**. Disponível em: <<http://www.pjf.mg.gov.br/cidade/populacao.php>>. Acesso em: 13 set. 2013.

JUIZ DE FORA. Associação Municipal de Apoio Comunitário. Coordenadoria de Atendimento á População de Rua. Diagnóstico da População de Rua de Juiz de Fora, 2007;

LEININGER, M. M. (1995). Transcultural nursing: Concepts, theories, research, and practice (2nd ed.). New York: McGraw-Hill.

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), 2014, p.4. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832014000200251&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 09 de agosto de 2015.

LOPES, C.H.A. F; JORGE; M.S.B. Interacionismo Simbólico e a possibilidade para cuidar interativo em enfermagem. Rev. Esc. Enfermagem (USP) 2005; 39(1):103-8;

LOPES, L. E. (Org.) Caderno de atividades: curso atenção integral à saúde de pessoas em situação de rua com ênfase nas equipes de consultórios na rua. / organizado por Lucília Elias Lopes. – Rio de Janeiro: EAD/ENSP, 2014.

LUIS, M. A. V. Uma situação de trabalho conturbada ou enfermeiro: a identidade negada. [Tese]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP; 1991.

LUTHAR, S.; CICCETTI, D.; BECKER, B. (2000): “The Construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work”, Child Development, 71 (3), p. 543.

MEAD, G. H. Mind, self, and society. Chicago: University of Chicago Press, 1962. 401 p.

MEAD, George H. (1972). Espiritu, Persona y Sociedad. Buenos Aires: Editorial Paidós.

MENEZES, D. F. N.; PINTO, F.C.S. Superação da divergência entre competências federativas e formulação de políticas públicas: o caso de moradores de rua. Cap. 19. Pag. 397/408;

MILLKE, F.B.; KOHLRUCH, E.; OLSCHOWSKY, A. SCHNEIDER .JF. A inclusão da família na atenção psicossocial: uma reflexão. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2010 out/dez;12(4):761-5. Disponível em <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v12i4.6812>. Acesso em: 10 mai. de 2015.

MINAYO M.C.S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. Hucitec-Abrasco, São Paulo, Rio de Janeiro, 1996.

MOREIRA, M.Â. Ruptura Familiar e Pobreza: a gramática da experiência no discurso de adolescentes. 2007. 211f. Dissertação (Linguagem e Sociedade) – Departamento de Linguística, Língua Portuguesa e Línguas Clássicas, Instituto de Letras, Universidade de Brasília, Brasília - DF, 2007.

NASCIMENTO, E. Hipóteses sobre a nova exclusão social. Salvador. Cadernos CHR, 21, 1994.

NOGUEIRA, L. A.; BELLINI, L. M. Sexualidade e violência, o que é isso para jovens que vivem na rua?. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis , v. 15, n. 4, Dez. 2006 . Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072006000400009&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 12 fev.2014.

OLIVEIRA, L. G.; NAPPO, S. A. Caracterização da cultura de crack na cidade de São Paulo: padrão de uso controlado. 2008. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-9102008000400012&lang=pt. Acesso em 01 de agosto de 2015.

Organização Mundial da Saúde (OMS). Organização Panamericana da saúde (opas). Relatório sobre a saúde no mundo. Saúde Mental: nova concepção, nova esperança. Genebra; 2001.

PORTO et al. Viver saudável: significado para os moradores de rua do município de Santa Maria. RevEnferm UFSM 2012 Jan/Abr;2(1):59-66. Disponível em: <http://cascavel.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/reufsm/article/viewFile/4413/3127>. Acesso em: 20 de mai. de 2015.

QUEIROZ, V. M. Exclusão social no contexto sócio-econômico de barra do garças: Populações itinerantes no meio urbano. Barra do Garças – MT, 2005. Disponível em: www.sbsociologia.com.br/portal/index.php?option=com. Acesso em: 20 de mai. 2015.

RODRIGUES, I. S.; FERNADES, D. C.A construção social do morador de rua: o controle simbólico da identidade, 2014. Dissertação. Programa de Pós-graduação em Ciências Sociais, a Universidade Federal de Juiz de Fora, 2014.

RODRIGUES, S. Voz da Rua. . In: GRINOVER, et al. Direitos Fundamentais das Pessoas em Situação de Rua. Belo Horizonte: D' Plácido, 2014, p. 21-22.

ROZENDO, S.S.; ROZENDO, A. S. Vida de rua: experiências, caminhos e desvios. Revista de Psicologia da UNESP 10(2), 2011. Universidade Estadual Paulista. Disponível em: <http://www2.assis.unesp.br/revpsico/index.php/revista/article/viewFile/232/274>. Acesso em 20 de mai. 2015.

SAGRE, M; FERRAZ, F. C. O conceito de saúde. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.31, n. 5, p.538-542, 1997. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489101997000600016&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 26 mar. 2015.

SANTOS, S. R. M. et al. Espiritualidade na avaliação da qualidade de vida dos catadores de materiais recicláveis: estudo transversal. Universidade Federal do Fluminense. Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa. 2012. Disponível em: http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/viewFile/3661/pdf_2. Acesso em: 12 de jun. de 2015.

SELLA, A. Globalização Neoliberal e Exclusão Social: Alternativas...? São Possíveis! São Paulo, SP. Editora Paullus, 2002.

SENADO FEDERAL. Constituição da República Federativa do Brasil. Secretaria especial de editoração e publicações subsecretaria de edições técnicas. Texto consolidado até a Emenda Constitucional nº 68 de 21 de dezembro de 2010. Brasília, 2010. Disponível em: http://www.senado.gov.br/legislacao/const/con1988/CON1988_21.12.2011/CON1988.pdf. Acesso em: 26 jan.2015.

SILVA, F.P. FRAZÃO, I.S, LINHARES, F.M.P. Práticas de saúde das equipes dos Consultórios de Rua. **Cad Saúde Pública** 2014; 30:805-14

SILVA, M. L. L.; BOSCHETTI, I. Mudanças no mundo do trabalho e o fenômeno população em situação de rua no Brasil, 1995/2005. 2006. [Dissertação]. Universidade de Brasília, Departamento de Serviço Social, Programa de pós-graduação em Política Social.

SILVA, S. L.; CARVALHO, V. O Interacionismo Simbólico e a pesquisa em enfermagem. In: ESCOLA ANNANERY REVISTA DE ENFERMAGEM. Volume 9 . Número 3, 2005. P. 441-450. Disponível em: www.eean.ufrrj.br/revista_enf/2005.../2005_vol09n03DEZEMBRO.pdf. Acesso em: 20 de mai. de 2015.

SILVA, P.H.; FALABELLA, M. C.V. **Estação dos Passageiros Invisíveis: Das margens sociais ao centro da cena**. 2014. Monografia. Faculdade de Comunicação Social da Universidade Federal de Juiz de Fora. Juiz de Fora, 2014.

SIMMEL, G. Subjective culture, em Donald Levive (Org.)On individuality and Social Forms. Chicago, University of Chicago Press. 1971.

SPINK, P. K. “O pesquisador conversador no cotidiano”. Fundação Getulio Vargas, São Paulo, Brasil. **Psicologia & Sociedade**; 20, Edição Especial: 70-77 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/psoc/v20nspe/v20nspe10.pdf>. Acesso em 20 de jun. de 2015.

STRAUSS, A.; CORBIN, J. **Pesquisa Qualitativa**: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2008. p. 17-27; 103-60.

STREUBERT, H. J. ; CARPENTER, Dona Rinaldi. *Qualitative research in nursing: advancing the humanistic imperative*. 2 ed. Philadelphia: Lippincott, 1999.

TAROZZI, M. (2011). *O que é a Grounded Theory: metodologia de pesquisa e de teoria fundamentada nos dados*. Petrópolis: Vozes.

VALENTE, E. 708 pessoas vivem nas ruas da cidade. **Tribuna de Minas**, Juiz de Fora, 06 jul. 2011. Disponível em: <<http://www.tribunademinas.com.br/cidade/708-pessoas-vivem-nas-ruas-da-cidade-1.495511>>. Acesso em: 03 nov. 2012.

VARANDA, W. *Liminaridade, bebidas alcoólicas e outras drogas: funções e significados entre os moradores de rua*. 2209, 196f. Tese (Saúde Materno-Infantil) – Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.

VÍCTORA, C. G.; KNAUTH, D. R.; HASSEN, M. N. A. *Pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema*. Porto Alegre: Tomo Editorial, p. 62-4, 2000.

ZALUAR, A. “Comentário” e “Comentários dos assessores sobre o perfil da população de rua” In: ROSA, Cleisa M.M. (org.). *População de Rua: Brasil e Canadá*. São Paulo: Hucitec, 1995.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Declaração de Infraestrutura



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
 MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO - HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
 RUA CATULO BREVIGLIERI S/Nº
 CEP: 36036-110 - JUIZ DE FORA - MG - BRASIL

DECLARAÇÃO DE INFRAESTRUTURA

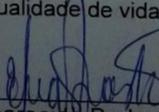
Declaro para os devidos fins, que a pesquisa intitulada: "Necessidades de cuidados de enfermagem com adultos ou idosos em situação de rua", a ser realizada pela mestrandia em enfermagem Denicy Nazaré Pereira Chagas, sob minha orientação, será realizada nas ruas da cidade de Juiz de Fora/MG, que no momento da coleta de dados, na modalidade de entrevista semi-estruturada, mostrarem a presença de adultos ou idosos vivendo em situação de rua.

A abordagem a estes cidadãos, potenciais participantes da pesquisa, será realizada no espaço da rua, ambiente em que vivem, com respeito à forma de vida, ao comportamento e aos costumes que os mesmos adotam em seu cotidiano. A aproximação será pautada em concepção dialógica, no estabelecimento de confiança e obedecerá aos preceitos éticos da pesquisa com seres humanos preconizados pela Resolução n. 466/2012.

A escuta será etapa prévia para que se estabeleça o diálogo necessário ao esclarecimento sobre a pesquisa, pautando-nos no entendimento que a fragilidade da pessoa em situação de rua favorece a necessidade de falar e de ser ouvida, por vezes acompanhada de sentimentos como a falta de pertencimento social e a baixa de autoestima.

De comum acordo com o participante, um local que ofereça comodidade para a entrevista poderá ser localizado nas proximidades de vivência deste, como por exemplo, um banco em uma praça. O dia, horário e o local da entrevista poderá modificar-se em relação à primeira abordagem, considerando-se a imprevisibilidade do viver nas ruas. Assim, a privacidade, o conforto e a disponibilidade dos participantes serão respeitados, com a garantia do sigilo e do anonimato dos mesmos.

Desta forma, declaramos que as ruas da cidade, por ser o principal cenário de coleta de dados nesta pesquisa, apresentam a infraestrutura necessária à sua plena realização, de forma a atingirmos os objetivos propostos, com o posterior retorno e devolução dos resultados que, espera-se, subsidiem propostas e políticas intervencionistas para a melhora da qualidade de vida dessa parcela da população.


 Profª Drª Edna Aparecida Barbosa de Castro
 Orientadora da Pesquisa

Dra. Edna A. B. de Castro
 PROF.ª FAC. ENFERMAGEM/UFJF
 DEPT.º E AP.º ENFERMAGEM
 SAÚDE DO ADULTO
 COREN-MG 39851

APÊNDICE B – Entrevista semiestruturada

A vida nas ruas: contribuições para o cuidado de enfermagem

Questionário estruturado a ser aplicado à adultos em situação de rua

1. Identificação: _____ DN ____/____/____
 2. Procedência (Último Endereço antes de Residir na Rua) _____
 3. Gênero: (1) Masculino (2) Feminino Naturalidade: _____
 4. Idade (anos): _____ Escolaridade: _____
 5. Etnia: _____ Estado civil : _____
 6. Ocupação/profissão: _____ Renda Mensal _____
 7. Trabalho/Fonte de Renda atual: () Formal () Informal _____
 8. Instituição Familiar: _____
 9. Tempo de permanência na rua: _____
 10. Motivo(s) do deslocamento e permanência na rua: _____
 11. Como realiza as necessidades de vida diária: _____
 12. Estado de Saúde atual
 - 12.1 Patologia(s): _____
 - 12.2 Faz uso de medicamento(s)? () Sim Qual(is) _____ () Não
-
13. Cuidados Preventivos:
 - 14 Dependência Química:
 - 15 . O que sente que o (a) leva a buscar um Serviço de Saúde?
 - 16 Quando necessita, onde busca cuidados de Saúde?
 - 17 Internações Hospitalares: () Sim Quando: _____ Motivo: _____
 _____ () Não

A vida nas ruas: contribuições para o cuidado de enfermagem

Roteiro para Entrevista aberta aplicada a adultos em situação de rua

1 Motivações para o viver nas ruas

- a) Conte para nós: como o Sr(a) passou a viver nas ruas?
- b) Quais as experiências do Sr(a) sobre o viver nas ruas?

2 Rotinas/Cotidiano do Adulto em Situação de Rua

- a) Fale para mim como é seu dia-a-dia nas ruas.

3 Conceito de saúde na ótica do Adulto em Situação de Rua.

- a) Qual a concepção de saúde?
- b) O que o Sr(a) pode dizer da sua própria saúde?
- c) Explique para nós o que é necessário para se dizer que uma pessoa tem “boa saúde”?
- d) Apresenta necessidades? Alguma em especial?
- e) Como realizam o cuidado de saúde?

4 Recursos e estratégias de cuidados de Saúde quando se vive nas ruas

- a) Conte para nós o que o Sr (a) faz quando precisa de atendimento de saúde?
- b) Quais motivos levam esse grupo populacional a procurar por atendimento à saúde?
- c) Aonde vai? A quem recorre?
- d) Como é o atendimento que recebe?
- e) Quais as facilidades que encontra?
- f) E as dificuldades?

**APÊNDICE C - Declaração de concordância da diretora da Faculdade de
Enfermagem-UFJF**



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
FACULDADE DE ENFERMAGEM
CAMPUS UNIVERSITÁRIO
36036-110 - JUIZ DE FORA - MG - BRASIL

DECLARAÇÃO

Eu, Profª Dra Gírlene Alves da Silva, diretora da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora, autorizo a mestranda em enfermagem Denicy de Nazaré Pereira Chagas, a realizar sua pesquisa intitulada: "NECESSIDADES DE CUIDADO DE ENFERMAGEM COM ADULTOS/IDOSOS EM SITUAÇÃO DE RUA" sob orientação da Profª. Drª. Edna Aparecida Barbosa de Castro. Trata-se de um trabalho de conclusão de curso do mestrado em enfermagem pela Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora, que tem por objetivo geral investigar o cuidado de saúde na ótica da população em situação de rua, que estão vivendo nas ruas da cidade de Juiz de Fora/MG, enfocando o cuidado de enfermagem para a promoção da saúde, prevenção de doenças e/ou agravos e ampliação da qualidade de vida dessa população.

A pesquisadora responsável pela pesquisa se compromete a resguardar a confidencialidade, o sigilo, a privacidade, a proteção de imagem, a não estigmatização dos adultos/idosos em situação de rua, garantindo a não utilização das informações em prejuízo da instituição e nem das pessoas, inclusive em termos de autoestima de prestígio econômico ou financeiro.

Juiz de Fora, 17 de Fevereiro de 2014.

Prof. Dra. Gírlene Alves da Silva

Diretora da Faculdade de Enfermagem

DIRETORA DA FACULDADE
DE ENFERMAGEM/UFJF

APÊNDICE D - Declaração da coordenadora do Consultório na Rua**DECLARAÇÃO**

A Coordenadora do Consultório na Rua, Tatiana Tavares, autoriza a pesquisadora Denicy de Nazaré Pereira Chagas a acompanhar as atividades desenvolvidas pelos profissionais do Consultório na Rua, a fim de contribuir para o desenvolvimento da pesquisa intitulada: "NECESSIDADES DE CUIDADO DE ENFERMAGEM COM ADULTOS/IDOSOS EM SITUAÇÃO DE RUA". Trata-se de um trabalho de conclusão de curso do mestrado em enfermagem pela Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora, que tem por objetivo geral investigar o cuidado de saúde na ótica da população em situação de rua, que estão vivendo nas ruas da cidade de Juiz de Fora/MG, enfocando o cuidado de enfermagem para a promoção da saúde, prevenção de doenças e/ou agravos e ampliação da qualidade de vida dessa população.

A pesquisadora responsável pela pesquisa se compromete a resguardar a confidencialidade, o sigilo, a privacidade, a proteção de imagem, a não estigmatização dos adultos/idosos em situação de rua garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas, inclusive em termos de autoestima de prestígio econômico ou financeiro.

Juiz de Fora, 24 de Fevereiro de 2014

Coordenadora do Consultório na Rua

Tatiana Oliveira P. Tavares
PSICÓLOGA
CAP 04/31537

ANEXOS

ANEXO A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP HU/UFJF
JUIZ DE FORA – MG – BRASIL

Nome do serviço do pesquisador: Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora -
Pesquisador Responsável: Denicy de Nazaré Pereira Chagas
Endereço: Rua Doutor Kalil Abrahão Hallack, nº 14 – Santa Cruz CEP: 36088-335 – Juiz de Fora – MG
FONE: (32) 323221-8444 E-MAIL: dchagas.enf@gmail.com

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O Sr (a) está sendo convidado (a) como voluntário a participar da pesquisa “Necessidades de cuidado de enfermagem com adultos/idosos em situação de rua”. Esta pesquisa tem por objetivo geral compreender como adultos/idosos em situação de rua concebem o processo saúde-doença-cuidado no contexto da Rede de Atenção à Saúde. Com este estudo espera-se compreender o cuidado de saúde na ótica da população em situação de rua, enfocando o cuidado de enfermagem para a promoção da saúde, prevenção de doenças e/ou agravos e ampliação da qualidade de vida dessa população. A pesquisadora utilizará um questionário estruturado. As entrevistas serão gravadas e transcritas posteriormente pela própria pesquisadora. Os registros feitos durante a entrevista não serão divulgados aos demais profissionais que trabalham nesta instituição, mas o relatório final, contendo citações anônimas, estará disponível para todos, quando estiver concluído o estudo. Cabe destacar que nesta pesquisa não serão realizados procedimentos de enfermagem junto ao corpo, oferecendo risco mínimo à pessoa e se por ventura houver, será ressarcido pelo pesquisador responsável. Esta pesquisa não possui financiamento e para participar o (a) Sr (a) não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Será esclarecido (a) sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendido (a) pelo pesquisador. O pesquisador irá tratar a identidade do (a) Sr (a) com padrões profissionais de sigilo. Assim, o nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem sua permissão. Os dados coletados nesta pesquisa serão utilizados unicamente para fins acadêmicos, sendo arquivados por um período de cinco anos, sendo destruídos após este período. Os resultados da pesquisa estarão à disposição do (a) Sr (a) quando finalizada. O (A) Sr (a) não será identificado (a) em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo. Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pela pesquisadora responsável, na Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora e a outra será fornecida ao (a) Sr (a), respeitando a resolução 466/2012 sobre pesquisa envolvendo seres humanos.

Eu, _____, portador (a) do documento de Identidade _____ fui informado (a) dos objetivos do estudo “Necessidades de cuidado de enfermagem com adultos/idosos em situação de rua” de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar. Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Juiz de Fora, _____ de _____ de 2014.

_____ Nome Assinatura

pesquisador Data

_____ Nome Assinatura

pesquisador Data

_____ Nome Assinatura

pesquisador Data

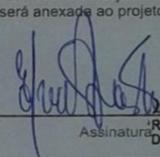
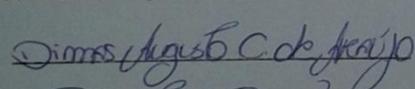
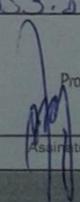
Em caso de dúvidas, com respeito aos aspectos éticos desta pesquisa, você poderá consultar:

CEP HU - COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA HU/UFJF HOSPITAL UNIVERSITÁRIO – UNIDADE SANTA CATARINA- PRÉDIO DA ADMINISTRAÇÃO SALA 27, CEP 36036-110 FONE: (32) 4009 5205. E-MAIL: CEP.HU@UFJF.EDU.BR

ANEXO B – Parecer consubstanciado do CEP

| HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA-MG | |
|---|--|
|  | |
| PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP | |
| DADOS DO PROJETO DE PESQUISA | |
| Título da Pesquisa: <i>Necessidades de Cuidados de Enfermagem com Adultos/Idosos em Situação de Rua</i> | |
| Pesquisador: <i>Edna Aparecida Barbosa de Castro</i> | |
| Área Temática: | |
| Versão: | |
| CAAE: <i>30864114.4.0000.5133</i> | |
| Instituição Proponente: <i>Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora-MG</i> | |
| Patrocinador Principal: <i>Financiamento Próprio</i> | |
| DADOS DO PARECER | |
| Número do Parecer: <i>691.118</i> | |
| Data da Realização: <i>25/05/2014</i> | |
| Apresentação do Projeto: | |
| <p>O projeto de pesquisa intitulado: "Necessidades de Cuidados de Enfermagem com Adultos/Idosos em Situação de Rua" se propõe a investigar o cuidado de saúde na ótica da população em situação de rua, enfocando o cuidado de enfermagem para a promoção da saúde, prevenção de doenças e/ou agravos e ampliação da qualidade de vida dessa população. Ela origina de estudos prévios sobre a vida após a alta hospitalar e de observação assistemática no projeto de extensão "Consulta de enfermagem para o autocuidado após a alta hospitalar" realizado no Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora.</p> | |
| Objetivo da Pesquisa: | |
| <p>Objetivo primário: <i>Compreender como adultos/idosos em situação de rua concebem o processo saúde-doença-cuidado no contexto da Rede de Atenção à Saúde.</i></p> <p>Objetivos secundários: <i>Identificar as necessidades de cuidados de enfermagem desses cidadãos; Apresentar uma discussão teórica acerca do cuidado de enfermagem no contexto da promoção da saúde, prevenção de doenças e/ou agravos à saúde de adultos e idosos em situação de rua.</i></p> | |
| Avaliação dos Riscos e Benefícios: | |
| <p>Por se tratar de uma pesquisa qualitativa, os riscos mínimos inerentes ao estudo, foram apresentados no projeto de pesquisa e estão de acordo com as exigências do CEP.</p> | |
| <p>Endereço: <i>Rua Carlos Drummond de Andrade - Centro de Ética</i> Bairro: <i>Centro Santa - Velho</i> CEP: <i>36.036-110</i> UF: <i>MG</i> Município: <i>JUIZ DE FORA</i> Telefone: <i>(35)4006-1200</i> Fax: <i>(35)4006-1160</i> E-mail: <i>cep@ufjf.edu.br</i></p> | |
| Página 1 de 10 | |

ANEXO C - Declaração de aprovação do diretor geral do Hospital Universitário

| Plataforma Brasil | | MINISTÉRIO DA SAÚDE - Conselho Nacional de Saúde - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP | |
|---|--|---|---------------------|
| FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS | | | |
| 1. Projeto de Pesquisa: Necessidades de Cuidados de Enfermagem com Adultos/Idosos em Situação de Rua | | 2. Número de Participantes da Pesquisa: 30 | |
| 3. Área Temática: | | | |
| 4. Área do Conhecimento: Grande Área 4, Ciências da Saúde | | | |
| PESQUISADOR RESPONSÁVEL | | | |
| 5. Nome: Edna Aparecida Barbosa de Castro | | | |
| 6. CPF: 455.026.176-53 | | 7. Endereço (Rua, n.º): HEITOR VILLA LOBOS SAO PEDRO Casa 11 JUIZ DE FORA MINAS GERAIS 36036635 | |
| 8. Nacionalidade: BRASILEIRO | | 9. Telefone: (32) 3231-1391 | 10. Outro Telefone: |
| | | 11. Email: edna.castro@ufff.edu.br | |
| 12. Cargo: | | | |
| Termo de Compromisso: Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e a publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não. Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima. Tenho ciência que essa folha será anexada ao projeto devidamente assinada por todos os responsáveis e fará parte integrante da documentação do mesmo. | | | |
| Data: <u>23</u> / <u>04</u> / <u>14</u> | | Assinatura:  Dra. Edna A. B. de Castro PROF. FAC. ENFERMAGEM/UFJF DEPT. E AP/ENFERMAGEM SAÚDE DO ADULTO COREN-MG 39851 | |
| INSTITUIÇÃO PROPONENTE | | | |
| 13. Nome: Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora-MG | | 14. CNPJ: | 15. Unidade/Orgão: |
| 16. Telefone: (32) 4009-5187 | | 17. Outro Telefone: | |
| Termo de Compromisso (do responsável pela instituição): Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas Complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução. | | | |
| Responsável:  | | CPF: <u>545.953.186-87</u> | |
| Cargo/Função: <u>Diretor Geral</u> | | Assinatura:  Prof. Dr. Dimas Augusto C. de A. Diretor Geral do HU/UFJF | |
| Data: <u>25</u> / <u>04</u> / <u>14</u> | | | |
| PATROCINADOR PRINCIPAL | | | |
| Não se aplica. | | | |

