

Representações sociais de pessoas em situação de rua sobre “cuidar de si”

Homeless people's social representations about self-care

Representaciones sociales de personas en situación de calle acerca del “cuidar de sí”

Dejeane de Oliveira Silva^I

ORCID: 0000-0002-1798-3758

Jeane Freitas de Oliveira^{II}

ORCID: 0000-0001-8401-8432

Carle Porcino^{III}

ORCID: 0000-0001-6392-0291

Antônio Marcos Tosoli Gomes^{III}

ORCID: 0000-0003-4235-9647

Cleuma Sueli Santos Suto^{IV}

ORCID: 0000-0002-6427-5535

Evanilda Souza de Santana Carvalho^V

ORCID: 0000-0003-4564-0768

^IUniversidade Estadual de Santa Cruz. Ilhéus, Bahia, Brasil.

^{II}Universidade Federal da Bahia. Salvador, Bahia, Brasil.

^{III}Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.

^{IV}Universidade do Estado da Bahia. Senhor do Bonfim, Bahia, Brasil.

^VUniversidade Estadual de Feira de Santana. Feira de Santana, Bahia, Brasil.

Como citar este artigo:

Silva DO, Oliveira JF, Porcino C, Gomes AMT, Suto CSS, Carvalho ESS. Homeless people's social representations about self-care. Rev Bras Enferm. 2020;73(1):e20180956. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0956>

Autor Correspondente:

Dejeane de Oliveira Silva
E-mail: dejeanebarros@yahoo.com.br



EDITOR CHEFE: Antonio José de Almeida Filho
EDITOR ASSOCIADO: Dulce Aparecida Barbosa

Submissão: 12-12-2018 **Aprovação:** 11-06-2019

RESUMO

Objetivos: apreender e analisar a estrutura das representações sociais de pessoas em situação de rua sobre o cuidado de si. **Métodos:** pesquisa fundamentada na teoria das representações sociais, com 122 pessoas em situação de rua. Aplicou-se questionário semiestruturado e técnica de evocações livres com o termo indutor “cuidar de mim é”. As evocações foram processadas pelos softwares Evoc e Iramuteq, permitindo identificar elementos centrais, periféricos e a conexão entre eles. **Resultados:** para o grupo pesquisado, “se alimentar, ter higiene pessoal, se prevenir e ir ao médico” são ações e atitudes que representam o cuidado de si. Nas ruas, “se alimentar” é uma ação essencial para (sobre)vivência que sustenta as demais. **Considerações finais:** apesar de comportamentos pautados no modelo biomédico, o cuidado de si foi representado por ações ampliadas para satisfazer as necessidades humanas básicas. Esse estudo oferece elementos de reflexão para repensar práticas de cuidado desenvolvidas por profissionais de saúde.

Descritores: Pessoas em Situação de Rua; Associação Livre; Enfermagem; Autocuidado; Populações Vulneráveis.

ABSTRACT

Objectives: To capture and analyze the structure of homeless people's social representations about self-care. **Methods:** Research based on the theory of social representations, with 122 people in street situation. A semistructured questionnaire and free evocation technique were applied with the inducing words “caring for myself is”. The evocations were processed by the software Evoc and Iramuteq, allowing to identify central and peripheral elements and the connection between them. **Results:** For the group studied, “feeding oneself, personal hygiene, protecting oneself and visiting the doctor” are actions and attitudes that represent caring for themselves. In the streets, “feeding oneself” is an essential action for living/surviving that underpins the others. **Final considerations:** Despite behaviors based on the biomedical model, self-care was represented by extended actions to meet basic human needs. This study offers elements of reflection to rethink care practices developed by health professionals.

Descriptors: Homelessness; Word Association Tests; Nurses; Self-Management; Vulnerable Populations.

RESUMEN

Objetivos: comprender y evaluar la estructura de las representaciones sociales de personas en situación de calle acerca del cuidado de sí. **Métodos:** investigación con base en la teoría de las representaciones sociales, en la cual participaron 122 personas en situación de calle. Se aplicaron un cuestionario semiestruturado y la técnica de evocaciones libres con el término indutor “cuidar de mí es”. Se procesaron las evocaciones en los softwares Evoc e Iramuteq, lo que permitió identificar los elementos centrales, periféricos y la conexión entre ellos. **Resultados:** para el grupo investigado, “alimentarse, tener higiene personal, prevenirse e ir al médico” son acciones y actitudes que representan el cuidado de uno mismo. En las calles, “alimentarse” es una acción esencial para la (super)vivencia que abarca las demás. **Consideraciones finales:** a pesar de comportamientos con base en el modelo biomédico, el cuidado de sí fue representado por acciones ampliadas para satisfacer las necesidades humanas básicas. Este estudio aporta elementos reflexivos para repensar las prácticas de cuidado desarrolladas por profesionales de la salud.

Descriptores: Personas sin Hogar; Asociación Libre; Enfermería; Autocuidado; Poblaciones Vulnerables.

INTRODUÇÃO

O fenômeno “pessoas que vivem em situação de rua” é complexo e cada vez mais comum, requerendo ações intra e intersetoriais com políticas mais efetivas e eficazes. Viver e estar nas ruas gera processos diversos de preconceito, discriminação, medo, violência em todas as suas dimensões e perdas de direitos humanos básicos, como acesso a saúde, educação, moradia, emprego, renda e lazer⁽¹⁻²⁾. Os contextos nos quais as pessoas em situação de rua (PSR) se inserem, os modos como vivem e estão no mundo, revelam práticas diversas de cuidado de si. Abordar o cuidado de si para quem (sobre)vive nas ruas implica trazer à tona elementos de uma ação ontológica do ser humano (o cuidado) e de um fenômeno social, histórico, global, multifacetado, com implicações sociais, políticas e econômicas (pessoas em situação de rua).

O conceito de cuidado é polissêmico, envolve aspectos individuais, sociais, (intra)subjetivos e culturais, uma vez que faz parte da existência humana. O cuidado de si abrange modos de ser e de viver singulares, que perpassam por conhecimentos diversos. Assim, torna-se relevante atentar para uma ecologia de saberes presente nas relações sociais⁽³⁾. Diante disso, o saber do senso comum, aquele baseado nas experiências e vivências de PSR, trazem em si subjetividades reveladas no cotidiano das inter-relações com a rua e com o outro, expressas nos modos de cuidar de si e de (sobre)viver. O saber do senso comum é legítimo e importante na vida social, pois elucida e possibilita os processos cognitivos e as interações sociais, e faculta mudanças de atitude e/ou tomadas de posição tanto individual quanto coletivamente⁽⁴⁾.

Viver na rua expõe mulheres e homens a riscos e vulnerabilidades que podem influenciar e/ou determinar sua condição de vida. É importante atentar que, para a produção do cuidado, a coparticipação é fator imprescindível nos processos e tomadas de decisões, na medida em que as pessoas se implicam com a sua própria existência. Para compreender o cuidado de si aqui discutido, não se deve considerar simplesmente as ações para tratar doenças, uma vez que o cuidar-se na dimensão da saúde não se resume apenas às condições de adoecimento⁽⁵⁾.

Para as pessoas que têm a rua como local de moradia permanente e/ou circunstancial, (man)ter saúde em uma conotação com amplitude tão vasta requer estratégias que considerem as formas como as PSR se constituem nesses locais⁽⁶⁾. Esse segmento populacional possui particularidades, as quais identificam modos de vida peculiares, sendo necessário serem consideradas nas intervenções de enfermagem, seja na atenção primária à saúde ou em serviços de alta complexidade, assim como na formulação de políticas. Esse grupo é formado majoritariamente por homens, jovens, solteiros, sem renda e moradia fixa, com pouca ou nenhuma (con)vivência com familiares. De modo geral, as mulheres em situação de rua, quando engravidam, vivem a ameaça de serem separadas de seu recém-nascido pelo Poder Judiciário, gerando sofrimentos⁽⁷⁻⁸⁾. As PSR tendem a usar o corpo como moeda de troca para aquisição de drogas e/ou dinheiro⁽⁹⁾.

Esse grupo populacional, por falta de endereço fixo e documentos de identificação civil, não integra o Censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas e tem dificuldades de acesso aos serviços de saúde e aos programas sociais do governo⁽¹⁰⁻¹¹⁾. Esses aspectos dificultam o planejamento de ações e políticas de atenção e mantêm a invisibilidade social do grupo. As PSR possuem expressões únicas,

mas é preciso considerar tanto a individualidade quanto a coletividade das relações, buscando reconhecer as demandas e necessidades do grupo. Faz-se necessário olhar e compreender a saúde em perspectiva ampla, considerando a pessoa, o seu contexto e o sentido atribuído ao que é representado, para haver a(s) possibilidade(s) de entender/ explicar comportamentos e simbolizações⁽¹²⁾.

As modificações provenientes dos novos conceitos e olhares sobre a saúde, especialmente no que tange à tentativa de superação do paradigma biomédico, suscitou transformações de imagem no campo da saúde⁽¹³⁾. Essas transformações levaram a (re)significações na expressão do que é saúde e nas formas de cuidado de si e do outro⁽¹²⁾. A prática do cuidado de si perpassa por representações sociais (RS) do que são a saúde e o cuidado. Isso requer a compreensão de saberes complexos, articulados em uma dimensão social, que associem e mobilizem repertórios ancorados em valores, crenças, ideologias, modos de interpretar a vida, a saúde e a dinâmica das relações com os outros⁽¹⁴⁾, com o cuidado e com a rua. A vida e as maneiras como as PSR se relacionam podem impactar em seus modos de andar e viver a vida nessa condição e em como vivenciam a saúde e o autocuidado. O cuidado de si, no que tange às PSR, tem diferentes interpretações e significados, com ideias que são compartilhadas no contexto social de relações, seja com familiares, companheiros(as) de rua, amigos(as), profissionais, equipamentos sociais, a rua e suas duras regras para sobrevivência.

OBJETIVOS

Apreender e analisar a estrutura das representações sociais de pessoas em situação de rua sobre o cuidado de si.

MÉTODOS

Aspectos éticos

O projeto foi cadastrado na Plataforma Brasil, analisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, respeitando-se todos os preceitos éticos⁽¹⁵⁾.

Referencial teórico-metodológico

Trata-se de pesquisa fundamentada na teoria das representações sociais (TRS), cujo foco se direciona à abordagem estrutural, denominada teoria do núcleo central. Essa abordagem tem como princípio que uma representação social se organiza em torno de um núcleo central, constituído de um ou mais elementos que dão significado à representação, fornecendo a ela um sentido fundamental e inflexível⁽¹⁶⁾.

Tipo de estudo

Estudo descritivo e exploratório de cunho qualitativo.

Cenário do estudo

A pesquisa foi realizada no Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua (Centro POP), localizado no município de Ilhéus, Bahia, Brasil.

Fonte de dados

Participaram 122 PSR. O total de participantes buscou atender a recomendação de estudos fundamentados na TRS de perfazer número superior a 100 participantes, para gerar uma análise prototípica mais estável⁽¹⁷⁻¹⁸⁾. Foram considerados como critérios de inclusão: pessoas de ambos os sexos; de qualquer identidade de gênero; com idade igual ou superior a 18 anos; e que se encontravam cadastradas no Centro POP. E, como critérios de exclusão: pessoas que não tivessem condições de interagir com a pesquisadora; e que apresentassem comportamento de recusa no momento da aproximação.

Coleta e organização dos dados

A produção dos dados empíricos ocorreu nos meses de fevereiro a dezembro de 2017, sendo realizada pela própria pesquisadora. Foram utilizadas duas técnicas: o questionário com dados de caracterização; e a técnica de evocações livres com o termo indutor “cuidar de mim é”. Individualmente foi aplicada a técnica de evocações livres, sendo solicitado aos(as) participantes que falassem as cinco primeiras palavras e/ou expressões que lhes viessem imediatamente a cabeça ao ouvir o termo indutor. Em seguida, que enumerassem por ordem de importância as respostas dadas e que justificassem a mais importante⁽¹⁹⁾. Posteriormente foi aplicado o questionário, com perguntas abertas e fechadas, para que fosse possível conhecer o perfil do grupo social. Esse instrumento foi apresentado após a evocação livre, evitando-se possíveis influências sobre a produção dos dados. Os instrumentos foram aplicados em sala reservada, no Centro POP, em horário combinado com cada participante.

Análise dos dados

As evocações foram submetidas a duas técnicas de análise, a saber: análise prototípica, com processamento no software Evoc versão 2005⁽²⁰⁾, permitindo a construção do quadro de quatro casas composto por elementos centrais e periféricos. O Evoc calcula e informa a frequência simples (F) e a média de ocorrência para cada palavra evocada, assim como a média das ordens médias ponderadas do conjunto dos termos evocados (*rang*)⁽²¹⁻²²⁾. O corpus processado no software Evoc foi composto por 610 evocações, das quais 30

eram diferentes e 25 foram sinalizadas como mais importantes, revelando uma frequência de palavras diferentes correspondente a 4,91%. Para processar os dados, considerou-se a frequência mínima de 10 e a frequência média de 27. Para a média das ordens média de evocações (OME), foi considerada 2,9 em uma escala de 1 a 5. O quadro de quatro casas foi organizado com base nesses dados. A segunda técnica foi a análise de similitude, visando alcançar a estrutura geral do campo representacional. O conteúdo das evocações foi processado no software Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires (Iramuteq), que permitiu visualizar os laços ou conexões existentes entre os diversos elementos do campo representacional e a identificação de coocorrências estabelecidas entre as palavras⁽²³⁾. Foi realizado o cálculo do índice de similitude, o qual pode ser visualizado na árvore máxima construída com base nos maiores índices ou conexões mais fortes entre os diversos termos⁽²⁴⁾. Essa técnica não permite confirmar a centralidade dos termos, mas indica os elementos que são considerados centrais pelo grupo. O cálculo se baseia no número de coocorrências entre duas evocações, divididas pelo número de participantes, simultaneamente, e o resultado do referido cálculo é o índice de similitude⁽²⁵⁾.

RESULTADOS

Das 122 PSR entrevistadas: 36% eram da religião cristã protestante; 69% tinham entre 18 e 39 anos; 57% de Ilhéus; 83% da raça/cor parda/preta; 64% solteiros; e 66% com ensino fundamental incompleto. Ademais, 81% vivem em situação de rua há 9 anos; nenhum deles possuía emprego formal, 88% exerciam atividade remunerada na rua, com destaque à reciclagem, guarda e lavagem de veículos; 61% tinham entre um e três filhos; 71% renda mensal de até 200 reais; 70% mantinham contato com familiares; 74% faziam uso de substâncias psicoativas, destacando-se o álcool 74% e maconha 64%; 82% buscavam o serviço de saúde; 42% já tiveram infecção sexualmente transmissível (IST), destacando-se a gonorreia 69% e sífilis 35%; 57% usavam preservativos; e 78% já sofreram violência.

Em relação às RS do grupo investigado, o quadro de quatro casas (Tabela 1) mostra os elementos centrais (quadrante superior esquerdo) e periféricos (demais quadrantes) relacionados ao termo indutor “cuidar de mim é” de acordo com critérios de análise estabelecidos.

Tabela 1 – Quadro de quatro casas ao termo indutor “cuidar de mim é” em ordem de importância para as pessoas em situação de rua (N = 122), Ilhéus, Bahia, Brasil, 2018

Elementos do núcleo central (freq.* ≥ 27; OME** < 2,9)			Elementos da primeira periferia (freq. ≥ 27; OME = 2,9)		
	Freq.	OME		Freq.	OME
Se alimentar	72	2,736	Dormir bem	51	3,353
Ter higiene pessoal	58	2,310	Estar limpo (sem drogas)	44	2,932
Prevenir-se	35	2,657	Trabalhar	36	3,583
Ir ao médico	27	2,074	Fazer exercícios	27	3,222
Elementos de contraste (freq. < 27; OME < 2,9)			Elementos da segunda periferia (freq. ≥ 27; OME ≥ 2,9)		
	Freq.	OME		Freq.	OME
Fazer acompanhamento de saúde	26	2,615	Ter um lar	21	4,048
Não beber	25	2,840	Tomar remédio	17	3,118
Ter boa convivência	18	2,611	Cuidar de mim	15	3,533
Escovar os dentes	13	2,769	Lavar roupas	14	3,571
Importante	10	1,300	Distrair a mente	14	3,929
			Usar camisinha	13	3,154
			Não fumar	10	3,200

Nota: *Freq. = frequência; **OME = ordem média de evocações.

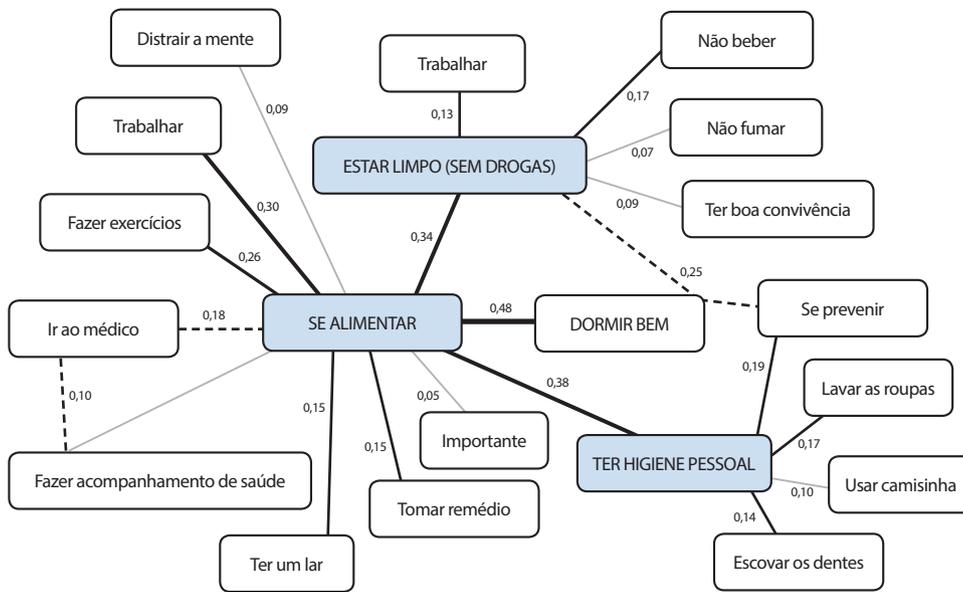


Figura 1 – Árvore máxima de similitude das evocações livres das pessoas em situação de rua (N = 122), para o termo indutor “cuidar de mim é”, Ilhéus, Bahia, Brasil, 2018

A Figura 1 mostra a representação gráfica da árvore máxima de similitude, nela é possível visualizar as coocorrências, com base na análise frequencial, resultado da conexão entre os termos⁽²³⁻²⁵⁾. Para o termo indutor “cuidar de mim é”, dos 122 participantes, 76 evocaram simultaneamente duas ou mais palavras dentre as que conformaram o Tabela 1.

DISCUSSÃO

Os termos que compõem o provável núcleo central e estruturam a representação social sobre o cuidado de si (Tabela 1) são: “se alimentar” (F = 72; OME = 2,736); “ter higiene pessoal” (F = 58; OME = 2,310); “se prevenir” (F = 35; OME = 2,657); e “ir ao médico” (F = 27; OME = 2,074). As evocações “se alimentar” – conforme a sua hierarquia, sendo a mais importante para o grupo, em função do notável valor simbólico para o objeto representado – e “ir ao médico” – termo mais prontamente evocado, que teve menor OME (2,074) – mostraram-se relevantes para o cuidar de si. Essas evocações apresentam-se como elementos consensuais do núcleo central, pois configuraram-se como organizadores da representação, uma vez que determinam a natureza das ligações entre os diversos termos⁽²⁶⁾. Com base nos termos evocados e sua localização (Tabela 1), pode-se inferir que “se alimentar” constitui uma *ação essencial para o cuidado de si*. Entretanto, para quem (sobre)vive nas ruas, ter acesso ao alimento é um desafio cotidiano. Os movimentos e relações tecidos na rua buscarão, a priori, a satisfação dessa necessidade, evidenciada pela atitude de pedir, produzir serviços ou relações de troca pelo alimento. Os(as) participantes, quando acessavam o Centro POP, tinham a garantia de três refeições por dia: café da manhã, almoço e lanche; entretanto, muitas vezes, o alimento ofertado não atendia ao paladar, desejo ou necessidades das pessoas acolhidas. Nesse contexto, a ingestão dos alimentos ocorria como uma forma de atender a demanda de cuidar de si.

Mesmo vinculadas ao Centro POP, as PSR não tinham a garantia de alimentação em dias não úteis. Nesses dias, para “se alimentar”, ficavam na dependência das informações compartilhadas sobre locais e horários onde o alimento era oferecido, e faziam o “correr”, atividades para ter dinheiro, como faxinas, guarda de carros e reciclagem. No contexto da rua, coexistem fome, adoecimentos, tristeza, dor, desnutrição e rebaixamento da estima, resultantes da falta de acesso aos alimentos adequados para garantir as necessidades diárias⁽²⁷⁾. Isso revela que a equipe multiprofissional tem papel fundamental no cuidado integral às PSR, seja na atenção primária à saúde ou nos serviços especializados.

Estudo realizado nos campos de atuação dos Consultórios na Rua, na cidade de Maceió, evidenciou que uma das potencialidades apontadas por usuários(as) foi a singularidade no atendimento recebido⁽⁵⁾. Essa também foi a realidade dos(as) participantes desse estudo, ao salientarem que, muitas vezes, ao buscarem atendimento, não tiveram suas necessidades atendidas, pela falta de documentação, moradia fixa, podendo colaborar para o afastamento das unidades e o agravamento dos problemas.

A expressão “ir ao médico” foi a mais prontamente evocada, justificando sua localização no núcleo central. Essa característica denota que circula no grupo de pertença representações do cuidado de si ainda em uma lógica biologicista com cunho medicalizador. Pode-se inferir que o modelo biomédico tem força nas relações sociais estabelecidas e que essa lógica é reforçada tanto pelos serviços de saúde, cujo planejamento das ações é centrado no modelo multicausal, quanto pela sociedade^(6,28). Assim, a expressão “ir ao médico” revela um desafio para as PSR devido às dificuldades de acesso aos serviços de saúde pelos preconceitos e estereótipos enfrentados, dificuldades em apresentar-se higienizado, ausência de endereço fixo, falta de documentação. Uma estratégia utilizada pelo Governo Federal foi a instituição da Lei nº 13.714/2018, que tornou obrigatório o atendimento de pessoas em situação de vulnerabilidade, sem necessidade de comprovação de domicílio⁽²⁹⁾. Estudo realizado com PSR na cidade de Salvador, Bahia, comprovou que um dos problemas enfrentados pelo grupo social investigado foi a dificuldade de acesso aos serviços, denunciando a vivência do cidadão de papel^(10,30), que potencializa os processos de exclusão social, vulnerabilidades e invisibilidades. Para o cuidado de si, é importante que cada ser humano se ocupe e se preocupe com ele mesmo para que não venha a esquecer de quem é, podendo cuidar-se adequadamente⁽³¹⁾.

Os termos “ter higiene pessoal” (F = 58; OME = 2,310) e “se prevenir” (F = 35; OME = 2,657) aparecem com alta frequência

(Tabela 1), ocupando o quadrante que corresponde ao núcleo central. Essas evocações simbolizam uma dimensão atitudinal, dirigida ao corpo físico/biológico, com comportamentos e ações socialmente estabelecidos tais como: escovar dentes, tomar banho, usar camisinha, dentre outros. Tais condutas podem representar melhoria da qualidade de vida e saúde das PSR, pois seus índices de morbimortalidade são maiores quando comparados à população em geral⁽³²⁾. As PSR estão suscetíveis a desenvolverem ou potencializarem o desencadeamento de transtornos mentais, uso de substâncias psicoativas, IST, tuberculose, violência(s), e outras vulnerabilidades sociais e de saúde⁽³²⁻³⁴⁾. Atitudes de prevenção, segurança e higiene evidenciam o consenso do grupo investigado, bem como a incorporação do objeto representado nas práticas sociais, quer sejam elas consensuais ou não consensuais.

De acordo com os(as) participantes, a prevenção está pautada em práticas como: usar preservativos, fazer exames, escovar os dentes, tomar banho, vacinação, não usar drogas, dentre outras. Tais achados coadunam com pesquisa realizada com PSR na cidade de Salvador, Bahia, sobre cuidado em saúde e prevenção de IST⁽¹⁰⁾. Apesar da noção de prevenção exposta pelas PSR, sua condição de vulnerabilidade os expõe a riscos, bem como a violação de direitos. O cuidado de si manifestado pelas PSR exhibe uma autopreocupação como importante exercício social, sendo possível inferir que o sentido atribuído ao objeto representado expõe ações ampliadas de um cuidado que transcende as barreiras impostas na(s)/pela(s) vivência(s) em situação de rua. O conjunto de palavras que compõem o núcleo central evidencia que, para o grupo investigado, o cuidado de si tem forte relação com a satisfação de necessidades humanas básicas e de saúde, não se limitando à ausência de doenças. Embora haja evocações que revelem a perspectiva biomédica, associando o cuidado a tratar/curar doenças, expresso pelo termo “ir ao médico”, as demais evocações vinculam o cuidado de si a práticas cotidianas, relacionadas ao contexto no qual estão inseridos, considerando questões de ordem social e cultural conforme suas necessidades individuais. O conjunto de evocações que compõem o Tabela 1 esboça uma lógica do cuidado de si que conecta as PSR ao seu entorno social e ao seu contexto de vida. Tais evocações apontam que o cuidado de si se revela por meio da adoção de práticas, comportamentos, atitudes e modos de vida simbolizados em ações incorporadas ao cotidiano desse grupo.

De acordo com os fundamentos da abordagem estrutural, o sistema periférico é mais sensível ao contexto imediato, sendo composto por elementos mais acessíveis, vivos e concretos^(16,26). Destacam-se na sua zona de contraste (quadrante inferior esquerdo da Tabela 1) as evocações “fazer acompanhamento de saúde” (F = 26; OME = 2,615), “não beber” (F = 25; OME = 2,840), “ter boa convivência” (F = 18; OME = 2,611), “escovar os dentes” (F = 13; OME = 2,769) e “importante” (F = 10; OME = 1,300). Os elementos que integram esse quadrante são enunciados por um menor número de sujeitos, porém referidos como muito importantes⁽¹⁶⁾. A expressão “fazer acompanhamento de saúde”, em uma dimensão imagética, pode ratificar o núcleo central por meio dos termos “se prevenir” e “ir ao médico” e se relacionar à dimensão atitudinal das PSR em relação ao cuidado. A evocação “não beber” foi a segunda mais frequente entre os termos evocados. Para os(as) participantes, a não ingestão de álcool contribui para atitudes positivas no

cuidado de si, como se alimentar, tomar banho, dormir, trabalhar, prevenir-se. Estudos realizados com PSR sobre o uso de álcool e outras drogas sinalizam que essa conduta se configura em uma alternativa para a sobrevivência nas ruas^(7,35-37). O termo “boa convivência” foi o terceiro mais evocado, revelando a necessidade de evitar confusão, não brigar, saber o que ver e o que falar nas ruas, bem como definir com quem andar, protegendo-se, assim, de situações de violência e/ou complicações.

O termo “escovar os dentes” também reforça o núcleo central com forte ligação à expressão “ter higiene pessoal”. Na rua, as pessoas enfrentam inúmeras dificuldades para atender as suas necessidades, sobretudo no que se refere ao banho, aos cuidados bucais, levando-as muitas vezes a não praticar esse autocuidado, tornando-as sujas, com mau odor, expostas a preconceitos e afastamentos. Essa realidade foi evidenciada em estudos com PSR nas cidades de São Paulo e Salvador⁽¹⁰⁻¹¹⁾. Apesar disso, o grupo social reconhece essas práticas como importantes e buscam realizá-las. Os processos de subjetivação pelos quais se constrói e se transforma a consciência dos(as) participantes vai orientar as suas ações ou induzir a condutas de destruição⁽⁴⁾. Percebe-se que, apesar das barreiras encontradas pelas PSR, essas praticam o cuidado de si, revelado nas representações aqui apreendidas sem, no entanto, conformarem-se com a sua realidade. Dentre os 20 termos que integram o Tabela 1, a cognição “importante” foi a mais prontamente evocada, com a menor OME (1,300), sendo o cuidar de si algo muito “importante”, em uma dimensão valorativa. O termo expressa um enraizamento nos modos de vida das PSR, visibilizado através de atitudes e comportamentos que permeiam a prática do cuidado de si. A análise da zona de contraste sugere a inexistência de um subgrupo, visto que os termos se complementam, aproximam-se e reforçam aqueles alocados no núcleo central.

A primeira periferia (quadrante superior direito da Tabela 1) é composta por elementos que, embora apresentem alta frequência, não foram prontamente evocados. Nesta pesquisa, as evocações que compõem essa primeira periferia apresentam uma dimensão atitudinal/comportamental, expressa pelos termos “dormir bem”, “fazer exercícios” e “estar limpo (sem drogas)”, enquanto a expressão “trabalhar” sinaliza uma dimensão atitudinal e de finalidade. Os termos revelam que, na memória coletiva do grupo, o cuidado de si demanda a necessidade de dormir bem (F = 38; OME = 3,711). Dormir na rua é uma prática que gera dúvidas, angústias, medos e busca por locais adequados por aqueles que usam esse espaço como moradia. Neste estudo, mulheres e homens relataram que buscam ter um lugar considerado “seguro” e escondido onde possam passar a noite. Nessa conjuntura, cuidar-se na rua passa por: poder dormir, ainda que nas ruas não existam portas e janelas que garantam a segurança e privacidade^(1,28), e a não utilização de drogas, podendo, assim, acordar “limpo”, trabalhar e fazer exercícios. Tais condutas permitem o encontro com o cuidado ampliado, simbolizado pelos(as) participantes desse estudo.

O termo “estar limpo (sem drogas)” (F = 44; OME = 2,932), segundo mais frequente entre os termos, traz a dimensão normativa da RS do grupo sendo fundamental para o cuidado. Neste estudo, o uso de drogas foi a terceira maior causa de ida e vivência(s) nas ruas, porém, para o grupo social investigado, a não utilização se revela como prática de cuidado. Apesar de evocarem esse termo,

a maioria faz uso de drogas, com destaque ao álcool (74%). Nesse sentido, há o cuidado de si que se baseia na não utilização da droga como estratégia positiva e há o cuidado de si que se ancora na utilização da droga como ferramenta para enfrentar a rua, suas dificuldades e facilitar a socialização^(7,36). O termo “trabalhar” (F = 36; OME = 3,583) é importante, e os dados de caracterização assinalam que 88% das 122 PSR que compuseram esse estudo exerciam atividade remunerada. Apesar de não possuírem trabalhos formais, as atividades informais fazem parte de suas rotinas, são essenciais para a subsistências e sinalizadas como primordiais para aqueles(as) que objetivam sair das ruas. Dados similares foram encontrados em estudo realizado com idosos do oeste paraense, quando o trabalho estava entre as principais práticas para se ter saúde como forma de manutenção do cuidado⁽¹⁴⁾. A evocação “fazer exercícios” (F = 27; OME = 3,222) se relaciona à qualidade de vida e à possibilidade de não ter problemas agravados nas ruas, uma vez que o tratamento de doenças foi relatado pelos(as) participantes como muito difícil. Essa concepção de prevenção de doenças surge como elemento motivador para as práticas de caminhadas na praia, exercícios em aparelhos públicos e o “baba” (jogar futebol) com os amigos. A realização de atividades físicas pela população em geral tem sido constantemente enfatizada pela mídia e também em resultados de pesquisa, que a associam à saúde⁽³⁸⁾. Assim, essas informações circulam entre os grupos e passam a integrar a rotina de vida de quem também vive nas ruas.

Na segunda periferia – quadrante inferior direito – estão elementos com baixa frequência e evocados tardiamente, sendo menos importantes para o grupo⁽²⁶⁾. Nesse quadrante, encontram-se “ter um lar” (F = 21; OME = 4,048), “tomar remédio” (F = 17; OME = 3,118), “cuidar de mim” (F = 15; OME = 3,533), “lavar as roupas” (F = 14; OME = 3,571); “distrair a mente” (F = 14; OME = 3,929), “usar camisinha” (F = 13; OME = 3,154) e “não fumar” (F = 10; OME = 3,200). Esses termos apresentam consonância com o provável núcleo central da representação, bem como com os demais termos (Tabela 1), e com árvore máxima de similitude, observando-se as conexões estabelecidas entre eles. A árvore de similitude (Figura 1) está estruturada por três conjuntos de temas que geram sentido e organizam os demais elementos da representação do cuidado de si: “se alimentar”, “ter higiene pessoal” e “estar limpo (sem drogas)”. O termo “se alimentar” apresenta a maior centralidade e comportou 11 conexões, reafirmando a sua importância na organização interna da representação. Essas características sinalizam a notável ligação entre objeto e sua representação⁽²⁶⁾. Seus maiores índices de similitude e forte conexão foram com “ter higiene pessoal” (0,38), evocação também presente no núcleo central (Tabela 1), “dormir bem” (0,48), “estar limpo (sem drogas)” (0,34), “trabalhar” (0,30) e “fazer exercícios” (0,26), presentes na primeira periferia.

O segundo termo com mais conexões foi “estar limpo (sem drogas)”, com um total de seis, tendo alto índice de similitude com “se alimentar” (0,34), “dormir bem” (0,25) e “não beber” (0,17). O termo “ter higiene pessoal”, presente no núcleo central, foi o terceiro com maior número de conexões, em um total de cinco, destacando-se os índices entre “se alimentar” (0,38), “se prevenir” (0,19) e “lavar roupas” (0,17). Os termos “dormir bem” e “estar limpo (sem drogas)” apresentam intensa conexão com outros termos e, por se encontrarem na primeira periferia da Tabela 1, têm forte

evidência de que poderão vir a fazer parte do núcleo central ou já o compuseram em algum momento. Entretanto, outros testes de centralidade, a partir do retorno a campo, precisam ser feitos para a sua confirmação. Todos esses elementos expressam o cuidado de si, revelado na ocupação que as PSR têm com elas mesmas e que se concretiza em movimentos de resistência e (sobre)vivência.

As experiências, cultura, crenças, conhecimentos e valores individuais compartilhados são simbolizados em representações e práticas que refletem novos arranjos nos modos de cuidar de si e de outro. Isso é experienciado de maneira singular por cada pessoa que vive nas ruas e requer dos serviços encontros assistenciais que potencializem os sujeitos, por meio da construção de diálogos que favoreçam o seu poder de agente, autonomia e autodeterminação. Cuidar-se nas ruas traz uma realidade difícil que evidencia a emergência de um saber e agir compartilhados, com atitudes concretas dos diversos setores da saúde, segurança, educação, promoção social e dos direitos humanos. Para que a (in)visibilidade dessas pessoas não seja enfrentada com ações higienistas, é preciso garantir formas de autocuidado, (re)inserção social, restabelecimento de vínculos, promoção de emprego, renda e cidadania, se a compreendermos como sendo a plena participação da pessoa na sociedade.

No contexto geral da estrutura das RS, entende-se, mediante as conexões constituídas, que o cuidado de si é importante, ancora-se na necessidade de ter acesso ao alimento como força motriz que impulsiona a trabalhar, lutar para ter um lar (para aqueles(as) que assim desejam), em que é possível dormir bem e manter a higiene pessoal. No âmbito da higiene pessoal ampliada, é necessário se prevenir com ações básicas, como lavar as roupas, escovar os dentes e se proteger de uma IST/gravidez indesejada. Para que o alimento impulsiona, é necessária não só a limpeza do corpo, mas uma limpeza química no tocante a estar limpo (sem drogas), não beber e não fumar, com possibilidades de ter boa convivência estando em situação de rua. Nas ruas, a busca pela sobrevivência reforça mecanismos e formas sociais que coadunem com práticas de reorganização social e econômica plausíveis com as necessidades e possibilidades singulares de cada pessoa^(6,39). As representações sobre o cuidado de si exibem modos peculiares de se cuidar e de (sobre)viver nas ruas.

Limitação do estudo

Os dados aqui não podem ser generalizados a todas as PSR, tendo em vista as suas pluralidades e singularidades, mas podem ser generalizados ao grupo social investigado considerando os aspectos geográficos de ser a cidade de Ilhéus portuária e turística do sul da Bahia. Apesar de o estudo ter sido realizado em um único município, contemplou um número expressivo de PSR. Um dos fatores que limitou a sua realização foi o fato de terem sido cadastradas, no Centro POP, uma média de 500 pessoas, no entanto, só se pôde acessar 122, tendo em vista o caráter flutuante e migratório desse segmento populacional.

Contribuições para a área da enfermagem, saúde ou política pública

O cuidado de saúde perpassa pelo cuidado de si, como uma ação de autonomia. Os dados aqui produzidos refletem informações

relevantes para a proposta de políticas e ações mais efetivas para o cuidado à PSR. A vida em situação de rua constitui um problema social, com demandas para saúde pública e para os profissionais que atuam nos distintos níveis dos serviços de saúde, em especial na atenção primária à saúde. A inserção do(a) enfermeiro(a) no Centro POP mostra-se como fundamental para a integralidade das ações. Apesar de a portaria de estruturação do serviço não contemplar claramente essa especialidade, esta pesquisa indica tal necessidade. Nesse sentido, abordar a temática do cuidado de si com fundamentação teórica da abordagem estrutural da TRS possibilitou compreender especificidades das práticas de cuidados de si adotadas pelo grupo, em consonância com o contexto no qual estão inseridos. Isso permite direcionar o olhar da equipe de saúde, especialmente da equipe de enfermagem, para o cuidado como uma construção cotidiana, com vistas a minimizar riscos e agravos à saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta investigação possibilitou apreender elementos que compõem a representação social de pessoas em situação de

rua acerca do cuidado de si. Os dados apresentados evidenciam especificidades do grupo investigado, ao mesmo tempo em que oferecem elementos de reflexão para prática de cuidados em saúde desenvolvida por profissionais de saúde para o grupo populacional em foco. O cuidado de si, para o grupo investigado, é representado por atitudes que privilegiam o atendimento às necessidades humanas básicas (alimentar, dormir, ter um lar, trabalho) e a higiene, sobretudo corporal (tomar banho, escovar os dentes, lavar roupa). Ademais, medidas de prevenção para agravos à saúde (não beber, não fumar, ficar limpo (sem drogas), usar camisinha, fazer exercícios físicos) e o acesso aos serviços de saúde, com foco no profissional médico (ir ao médico, fazer acompanhamento de saúde), têm grande relevância. Trata-se de atitudes amplamente divulgadas pelos profissionais de saúde e meios de comunicação, cujo contexto de vida revela o cuidado de si como uma construção cotidiana. Vale salientar o destaque do grupo para a ação de alimentar-se, revelando ser essa uma necessidade básica das pessoas em situação de rua, para a qual os(as) profissionais de saúde devem se atentar e buscar estratégias para aproximação e fortalecimento de vínculos.

REFERÊNCIAS

1. Oliveira DM, Expedito AC, Aleixo MT, Carneiro NS, Jesus MCP, Merighi MAB. Needs, expectations and care production of people in street situation. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2018;71(Suppl 6):2689-97. [Thematic Issue: Good practices in the care process as the centrality of the Nursing] doi: 10.1590/0034-7167-2017-0612
2. Borysov IC, Furtado JP. Access, equity and social cohesion: evaluation of intersectoral strategies for people experiencing homelessness. *Rev Esc Enferm USP*. 2014;48(6):1066-76. doi: 10.1590/S0080-623420140000700015
3. Santos BS. A gramática do tempo: para uma nova cultura política. 3rd ed. São Paulo: Cortez; 2010.
4. Jodelet D. Representações sociais: um domínio em expansão. In: Jodelet D, editor. *As representações sociais*. Rio de Janeiro: EdUERJ; 2001. p. 17-44.
5. Ferreira CPS, Rozendo CA, Melo GB. A Street Clinic in a state capital in Northeast Brazil from the perspective of homeless people. *Cad Saúde Pública*. 2016;32(8):e00070515. doi: 10.1590/0102-311X00070515
6. Paiva IKS, Lira CDG, Justino JMR, Miranda MGO, Saraiva AKM. Homeless people's right to health: reflections on the problems and components. *Ciênc Saúde Colet*. 2016;21(8):2595-606. doi: 10.1590/1413-81232015218.06892015
7. Biscotto PR, Jesus MCP, Silva MH, Oliveira DM, Merighi MAB. Understanding of the life experience of homeless women. *Rev Esc Enferm USP*. 2016;50(5):749-55. doi: 10.1590/s0080-623420160000600006
8. Dotson HM. Homeless women, parents, and children: a triangulation approach analyzing factors influencing homelessness and child separation. *J Poverty*. 2011;15(3):241-58. doi: 10.1080/10875549.2011.588489
9. Bastos FI, Bertoni N. Pesquisa nacional sobre o uso de crack: quem são os usuários de crack e/ou similares do Brasil? Quantos são nas capitais brasileiras? Rio de Janeiro: Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde; 2014.
10. Silva ICN, Santos MVS, Campos LCM, Silva DO, Porcino CA, Oliveira JF. Social representations of health care by homeless people. *Rev Esc Enferm USP*. 2018;52:e03314. doi: 10.1590/s1980-220x2017023703314
11. Hino P, Santos JO, Rosa AS. People living on the street from the health point of view. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2018;71(Suppl 1):684-92. [Thematic Issue: Contributions and challenges of nursing practices in collective health] doi: 10.1590/0034-7167-2017-054712
12. Arruda A. Novos significados da saúde e as representações sociais. In: Sousa CP, Ens RT, Villas Bôas L, Novaes AO, Stanich KAB, editores. *Angela Arruda e as representações sociais: estudos selecionados*. Curitiba: Champagnat; 2014. p. 315-26.
13. Moscovici S. *Representações sociais: investigações em psicologia social*. 10th ed. Petrópolis: Vozes; 2013.
14. Tura LFR, Bursztyn I, Carvalho DM, Arruda A, Silva AO. Social representations on health built by the elderly of western Pará state, Brazil. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2011;14(4):743-52. doi: 10.1590/S1809-98232011000400013
15. Ministério da Saúde (BR).. Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012. Aprova normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2012 [cited 2018 Dec 01]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html

16. Abric JC. L'approche structurale des représentations sociales: développements récents. *Psychol Soc.* 2001;4(12):81-103.
17. Wachelke J, Wolter R. Critérios de construção e relato da análise prototípica para representações sociais. *Psic Teor Pesq.* 2011;27(4):521-6. doi: 10.1590/S0102-37722011000400017
18. Gomes AMT, Oliveira DC, Sá CP. Social representations of the Brazilian national health care system in the city of Rio de Janeiro, Brazil, according to the structural approach. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2008;16(1):122-9. doi: 10.1590/S0104-11692008000100019
19. Nóbrega SM, Coutinho MPL. A técnica de associação livre de palavras. In: Coutinho MPL, Saraiva ERA, editores. *Métodos de pesquisa em psicologia social: perspectivas qualitativas e quantitativas.* João Pessoa: Editora UFPB; 2011. p. 95-106.
20. Vergès P. Ensemble de programmes permettant l'analyse des évocations: manuel d'utilisateur. Aix en Provence: Université Aix en Provence; 2003.
21. Wolter RP, Wachelke J, Naiff D. A abordagem estrutural das representações sociais e o modelo dos esquemas cognitivos de base: perspectivas teóricas e utilização empírica. *Temas Psicol.* 2016;24(3):1139-52. doi: 10.9788/TP2016.3-18
22. Costa TL, Oliveira DC, Formozo GA. Quality of life and AIDS from the perspective of persons living with HIV: a preliminary contribution by the structural approach to social representations. *Cad Saúde Pública.* 2015;31(2):365-76. doi: 10.1590/0102-311X00180613
23. Camargo BV, Justo AM. Iramuteq: a free software for analysis of textual data. *Temas Psicol.* 2013;21(2):513-8. doi: 10.9788/TP2013.2-16
24. Rouquette ML, Rateau P. Introduction à l'étude des représentations sociales. Grenoble: Presses Universitaires de Grenoble; 1998.
25. Santos EI, Gomes AMT, Marques SC, Ramos RS, Silva ACSS, Oliveira FT. Comparative study of representations of professional autonomy produced by first and last-period undergraduate nursing students. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2017;25:e2927. doi: 10.1590/1518-8345.1919.2927
26. Sá CP. Teoria e pesquisa do núcleo central das representações sociais. In: *Estudos de psicologia social: história, comportamento, representações e memória.* Rio de Janeiro: EdUERJ; 2015. p. 209-226.
27. Almeida JA, Santos AS, Nascimento MAO, Oliveira JVC, Silva DG, Mendes-Netto RS. Factors associated with food insecurity risk and nutrition in rural settlements of families. *Ciênc Saúde Colet.* 2017;22(2):479-88. doi: 10.1590/1413-81232017222.27102015
28. Silva FP, Frazão IS, Linhares FMP. Práticas de saúde das equipes dos Consultórios de Rua. *Cad Saúde Pública.* 2014;30(4):805-14. doi: 10.1590/0102-311X00100513
29. Casa Civil (BR). Lei nº 13.714, de 24 de agosto de 2018. Altera a Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, para dispor sobre a responsabilidade de normatizar e padronizar a identidade visual do Sistema Único de Assistência Social (Suas) e para assegurar o acesso das famílias e indivíduos em situações de vulnerabilidade ou risco social e pessoal à atenção integral à saúde [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 1993 [cited 2018 Dec 01]. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2018/Lei/L13714.htm
30. Dimenstein GO. Cidadão de papel: a infância, a adolescência e os direitos humanos no Brasil. 23ª ed. São Paulo: Ática; 2011.
31. Foucault M. A hermenêutica do sujeito. 3ª ed. São Paulo: Martins Fontes; 2011.
32. Fazel S, Geddes JR, Kushel M. The health of homeless people in high-income countries: descriptive epidemiology, health consequences, and clinical and policy recommendations. *Lancet.* 2014;384(9953):1529-40. doi: 10.1016/S0140-6736(14)61132-6
33. Argintaru N, Chambers C, Gogosis E, Farrell S, Palepu A, Klodawsky F, et al. A cross-sectional observational study of unmet health needs among homeless and vulnerably housed adults in three Canadian cities. *BMC Public Health.* 2013;13:577. doi: 10.1186/1471-2458-13-577
34. Halpern SC, Scherer JN, Roglio V, Faller S, Sordi A, Ornell F, et al. Vulnerabilidades clínicas e sociais em usuários de crack de acordo com a situação de moradia: um estudo multicêntrico de seis capitais brasileiras. *Cad Saúde Pública.* 2017;33(6):e00037517. doi: 10.1590/0102-311x00037517
35. Spadoni L, Machado Júnior CO, Barroso LHM, Boni AL, Faria MRGV, Souza SMB. Addiction profile and social practices among homeless people. *Psicol Saber Soc.* 2017;6(1):113-28. doi: 10.12957/psi.saber.soc.2017.30670
36. Rosa AS, Brêtas ACP. Violence in the lives of homeless women in the city of São Paulo. *Interface (Botucatu).* 2015;19(53):275-85. doi: 10.1590/1807-57622014.0221
37. Donoso MTV, Bastos MAR, Faria CR, Costa AA. Ethnographic study on homeless people in a big urban center. *Rev Min Enferm.* 2013;17(4):894-901. doi: 10.5935/1415-2762.20130065
38. Nascimento ARA, Trindade ZA, Gianordoli-Nascimento IF. Homens brasileiros jovens e representações sociais de saúde e doença. *Psico-USF.* 2011;16(2):203-13. doi: 10.1590/S1413-82712011000200009
39. Aguiar MM, Iriart JAB. Meanings and practices associated with health and illness among the homeless in Salvador, Bahia State, Brazil. *Cad Saúde Pública.* 2012;28(1):115-24. doi: 10.1590/S0102-311X2012000100012