

Pobreza, fome e abandono: representações da equipe de enfermagem sobre pessoas em situação de rua

Poverty, hunger, and abandonment: representations of the nursing team about homeless persons

Pobreza, hambre y abandono: representaciones del grupo de enfermería sobre personas sin hogar

Mayara Novais Pereira Zandomingo¹

ORCID: 0000-0003-3791-6736

Jeane Freitas de Oliveira¹

ORCID: 0000-0001-8401-8432

Dejeane de Oliveira Silva¹

ORCID: 0000-0002-1798-3758

Carle Porcino¹

ORCID: 0000-0001-6392-0291

Cleuma Sueli Santos Suto¹

ORCID: 0000-0002-6427-5535

Daiane Santos Oliveira¹

ORCID: 0000-0002-0252-441X

¹Universidade Federal da Bahia. Salvador, Bahia, Brasil.

²Universidade Estadual de Santa Cruz. Ilhéus, Bahia, Brasil.

Como citar este artigo:

Zandomingo MNP, Oliveira JF, Silva DO, Porcino, Suto CS, Oliveira DS. Poverty, Hunger, and Abandonment: Representations of the Nursing Staff about Homeless Persons. Rev Bras Enferm. 2020;73(Suppl 1):e20190338. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0338>

Autor Correspondente:

Mayara Novais Pereira Zandomingo
E-mail: novais_mayara@yahoo.com.br



EDITOR CHEFE: Antonio José de Almeida Filho
EDITOR ASSOCIADO: Hugo Fernandes

Submissão: 23-04-2019 **Aprovação:** 26-09-2019

RESUMO

Objetivo: conhecer a estrutura das representações sociais da equipe de enfermagem acerca de pessoas em situação de rua. **Método:** pesquisa qualitativa, fundamentada na abordagem estrutural das representações sociais. Foram abordadas 96 profissionais da equipe de enfermagem atuantes na Rede de Atenção Psicossocial de um Distrito Sanitário de Salvador, Bahia, que responderam ao Teste de Associação Livre de Palavras e questionário com dados sociodemográficos. Os dados foram processados em *softwares* que permitiram organização do quadro de quatro casas e árvore máxima de similitude. **Resultados:** pobreza, fome, abandono e desemprego constitui possíveis elementos centrais da imagem da pessoa em situação de rua que vive em um contexto permeado por drogas, sujeira, descaso e vulnerabilidades. **Considerações finais:** a estrutura da representação social da pessoa em situação de rua está ancorada em estereótipos que podem interferir tanto na prestação do cuidado, quanto no acesso das pessoas em situação de rua aos serviços de saúde. **Descritores:** Pobreza; Fome; Pessoas em Situação de Rua; Equipe de Enfermagem; Pesquisa Qualitativa.

ABSTRACT

Objective: to know the structure of social representations of nursing team with regard to homeless persons. **Method:** a qualitative research based on the structural approach of social representations. A total of 96 professionals from the nursing team working in the Psychosocial Care Network units of a Health District of Salvador, Bahia, Brazil, who answered the test of free association of words and a questionnaire with socio-demographic data. The data obtained were processed in softwares that allowed the organization of the frame of four houses and maximum similarity tree. **Results:** poverty, hunger, abandonment and unemployment are central elements of the image of homeless persons, living in a context permeated by drugs, dirt, neglect and vulnerability. **Final considerations:** The social representation structure of homeless persons is anchored in stereotypes that can interfere both in the provision of care and in the access of the people to health services. **Descriptors:** Poverty; Hunger; Homeless Persons; Nursing, Team; Qualitative Research.

RESUMEN

Objetivo: conoce la estructura de las representaciones sociales del equipo de enfermería acerca de personas sin hogar. **Método:** investigación cualitativa con enfoque estructural de las representaciones sociales. Se abordaron 96 profesionales del equipo de enfermería, actuantes en unidades de Red de Atención Psicossocial de un Distrito Sanitario de la ciudad de Salvador, estado de Bahia, Brasil, que respondieron a la Prueba de Asociación Libre de Palabras y cuestionario con datos sociodemográficos. Los datos fueron procesados en softwares que permitieron organizar el cuadro de cuatro casas y árbol máximo de similitud. **Resultados:** pobreza, hambre, abandono y desempleo constituyen elementos centrales de la imagen de la persona sin hogar, que vive en un contexto impregnado por las drogas, suciedad, descuido y vulnerabilidades. **Consideraciones finales:** la estructura de la representación social de la persona sin hogar está anclada en estereotipos que pueden interferir en la prestación del cuidado, como en el acceso de estas personas a los servicios de salud. **Descritores:** Pobreza; Hambre; Personas sin Hogar; Grupo de Enfermería; Investigación Cualitativa.

INTRODUÇÃO

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) abarca uma gama de equipamentos da atenção básica, urgência/emergência e atenção especializada, com o intuito de atender pessoas com necessidades decorrentes do sofrimento psíquico e do uso de álcool e outras drogas. Uma de suas diretrizes é o cuidado a pessoas em situação de vulnerabilidade, que incluem Pessoas em Situação de Rua (PSR), por meio do estabelecimento de Projeto Terapêutico Singular (PTS) e suporte de equipe multiprofissional que atua sob a lógica da interdisciplinaridade⁽¹⁾. Nesses equipamentos da RAPS, os profissionais devem compartilhar o cuidado ao usuário, formando uma rede coesa com diversidade de estratégias que atendam às especificidades da pessoa.

A equipe de enfermagem, composta por enfermeiras/os, técnicas/os e auxiliares de enfermagem, é detentora de grande quantitativo de profissionais de saúde no Sistema Único de Saúde (SUS), estando presente na composição da maioria dos serviços, nos três níveis de atenção⁽²⁾. O seu trabalho está relacionado ao processo de cuidado, colocando-a em evidência nos serviços de saúde, em contato direto e frequente com as PSR. A atuação da equipe de enfermagem junto às PSR na RAPS varia de acordo com as características do serviço e suas atribuições no contexto da equipe multidisciplinar⁽³⁾.

As PSR formam um grupo heterogêneo no que tange ao gênero, raça, geração e outros marcadores sociais, porém com alguns aspectos em comum. No Brasil, PSR são definidas como um grupo que tem em comum a pobreza extrema, a fragilização ou o rompimento dos vínculos familiares e a ausência de moradia regular, fazendo uso de logradouros públicos ou locais degradados como espaço de moradia e/ou meio de sustento⁽⁴⁾. Ao habitarem os grandes centros urbanos, expõem suas vidas privadas em espaço público, as PSR desafiam o modelo de sociedade que supervaloriza a privacidade e a propriedade⁽⁵⁾.

As precárias condições de vida nas ruas deixam as PSR mais propensas a sofrerem lesões e problemas de saúde relacionados ao estilo de vida, que inclui nutrição fraca por conta da alimentação incerta, exposição aos elementos do clima e situações de violências, como assaltos e espancamentos⁽⁶⁾. O acesso à água e a sua qualidade, a privação de sono e de afeição também são elementos que afetam a saúde dessas pessoas⁽⁷⁾. Ademais, apresentam significativas demandas relacionadas a transtornos mentais e ao uso de álcool ou outras drogas, que potencializam suas vulnerabilidades e requerem cuidados em saúde⁽⁸⁻⁹⁾.

Higiene precária, mau cheiro e efeito de drogas lícitas e ilícitas pode se constituir barreira para o acolhimento de PSR em serviços de saúde. É comum também rigidez no agendamento de atendimentos, restrição nos horários disponíveis, além da exigência de documentos de identidade, comprovante de endereço e Cartão Nacional de Saúde (Cartão SUS) como condição para atendimento e realização de procedimentos⁽¹⁰⁾.

Nesse contexto, faz-se necessário lançar mão de equipamentos e estratégias específicas para atender as suas demandas e necessidades. Parte-se do pressuposto de que a oferta de cuidado no âmbito do SUS exige a plasticidade dos serviços de saúde recorrendo às tecnologias de baixa exigência, tais como flexibilidade de horários, acolhimento de usuárias/os mesmo sob

efeito de substâncias psicoativas, dispensação de insumos, com vistas à minimização de riscos, redução de danos e proteção à saúde e à vida (e.g., preservativos, alimentação, entre outros)⁽¹¹⁾.

As condições precárias de vida das PSR expõem-nas a diversas situações de risco à medida que as vulnerabilidades se sobrepõem e dificultam seu acesso aos serviços de saúde. A situação de rua é permeada por estigmas decorrente de estereótipos e representações hegemônicas compartilhadas socialmente que refletem no acesso das pessoas que vivem em tal situação aos serviços de saúde e, conseqüentemente, nas práticas de cuidados⁽¹²⁾.

A equipe de enfermagem constitui um grupo social que, ao formular, compartilhar e dissipar representações sociais, poderá influenciar e/ou ser influenciada pelas práticas de cuidado dispensadas às PSR. Assim, conhecer as representações sociais da equipe de enfermagem sobre PSR é relevante para a promoção de possíveis transformações em suas práticas de cuidado em saúde.

OBJETIVO

Conhecer a estrutura das representações sociais da equipe de enfermagem acerca de pessoas em situação de rua.

MÉTODOS

Aspectos éticos

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia (EEUFBA), observando os princípios éticos conforme disposto na Resolução 466/2012.

Referencial teórico-metodológico e Tipo de estudo

Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa. Refere-se a um dos resultados de pesquisa de Mestrado, fundamentada na Teoria das Representações Sociais (TRS), privilegiando a Teoria do Núcleo Central (TNC), também conhecida como Abordagem Estrutural. De acordo com os princípios dessa abordagem, uma representação social é constituída por "um conjunto organizado e estruturado de informações, crenças, opiniões e atitudes que se constitui num sistema sociocognitivo particular, composto de dois subsistemas: um sistema central (ou núcleo central) e um sistema periférico⁽¹³⁾".

Procedimentos metodológicos

O grupo investigado respondeu ao Teste de Associação Livre de Palavras (TALP) e informou dados sociodemográficos por meio de formulário elaborado pelas próprias pesquisadoras, com quesitos que permitiram conhecer as Representações Sociais (RS) e traçar o perfil das participantes.

Cenário de estudo

A pesquisa foi realizada em nove equipamentos da RAPS de um Distrito Sanitário do município de Salvador, BA, sendo três Unidades Básicas de Saúde (UBS), três Unidades de Saúde da Família (USF), um Consultório na Rua (CnR), um Centro de

Atenção Psicossocial (CAPS) tipo II e uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA).

Fonte de dados

Participaram do estudo 96 profissionais da equipe de enfermagem. Foram critérios de inclusão: fazer parte da equipe de saúde de uma das unidades/equipamentos da RAPS distrital e estar em atuação no desenvolvimento de atividades assistenciais e/ou gerenciais inerentes à equipe de enfermagem. O afastamento das atividades laborais foi considerado como critério de exclusão. Para assegurar o anonimato das participantes da pesquisa, optou-se pela utilização das letras PE (Profissional de Enfermagem), seguidas do número da ordem de aplicação do TALP.

Coleta e organização dos dados

A coleta de dados ocorreu entre os meses de agosto e outubro de 2018, em dia e horário disponibilizado pelos participantes, na unidade ou no contexto de atuação profissional, e em local reservado, assegurando-se o sigilo. Foram utilizadas duas técnicas: questionário com dados de caracterização; e a técnica de evocações livres com o termo indutor “pessoas em situação de rua”. Na aplicação individual do TALP, foi solicitado às participantes que registrassem em papel até cinco palavras que lhes viessem à mente ao ouvir o termo “indutor”. Em seguida, solicitou-se que atribuissem a cada evocação uma conotação positiva (+) ou negativa (-) e, escolhessem, dentre as palavras evocadas, aquela classificada como a mais importante, justificando sua escolha. Em seguida, foi aplicado o questionário composto por perguntas abertas e fechadas, o que possibilitou conhecer o perfil do grupo investigado. Esse instrumento foi apresentado após a evocação livre, para evitar possíveis influências sobre a produção dos dados.

Análise dos dados

Os dados sociodemográficos, bem como as respostas do TALP, foram transcritos para o *software Microsoft Word* e organizados de acordo com os critérios dos *softwares* de análise. As evocações foram agrupadas por conteúdo semântico e lematizadas, buscando-se homogeneidade e consistência analítica do *corpus*. Para a análise das evocações com base nos critérios de frequência e ordem média de evocação (OME), foi utilizado o *software EVOC*, versão 2005^o gerando o quadro de quatro casas. Para a construção da árvore máxima de similitude, foi utilizado o *software Iramuteq Versão 0.7 alpha 2*. Após, procedeu-se a análise e a interpretação dos dados, com base na literatura sobre o tema e ancorada na TRS.

RESULTADOS

Das 96 participantes da pesquisa, 47 (49%) eram técnicas de enfermagem, 45 (46,9%) eram enfermeiras e quatro (4,1%) eram auxiliares de enfermagem. A maioria (89,6%) era do sexo feminino. Com relação à raça/cor, 42 (43,8%) se autodeclararam pretas e 41 (42,7%) pardas, constituindo um universo de 86,5% de profissionais negras. A idade das participantes variou entre 26 e 66 anos, com predominância da faixa etária de 35 a 44 anos (36,5%). O tempo de formação variou de seis meses a 35 anos, sendo que 39 participantes (40,6%) tinham entre 11 e 20 anos de formação. Neste trabalho, optamos por tratar os/as profissionais no feminino, visto que as mulheres representam a maioria da amostra.

Tabela 1 - Quadro de quatro casas das evocações da equipe de enfermagem para o estímulo indutor “pessoas em situação de rua”, Salvador, Bahia, Brasil, 2018

OME < 2,8				OME ≥ 2,8			
Frequência média	Termo evocado Elemento do núcleo central	Frequência	OME	Termo evocado 1ª periferia	Frequência	OME	
≥ 19	Pobreza	34	2,27	Drogas	31	3,03	
	Fome	34	2,77	Doenças	20	3,50	
	Abandono	33	2,33	Família	19	3,53	
	Desemprego	26	2,77	Tristeza	19	2,95	
Frequência média	Termo evocado Elemento contraste	Frequência	OME	Termo evocado 2ª periferia	Frequência	OME	
< 19	Descaso	16	2,38	Morador de rua	15	3,13	
	Sujeira	15	2,80	Doença mental	14	2,93	
	Vulnerabilidade	14	2,21	Solidão	14	3,21	
				Humanidade	14	3,36	
				Marginalidade	14	3,57	
			Violência	14	3,71		
			Cuidado	13	3,39		

Fonte: Dados processados no software EVOC.
Nota: OME = ordem média de evocações.

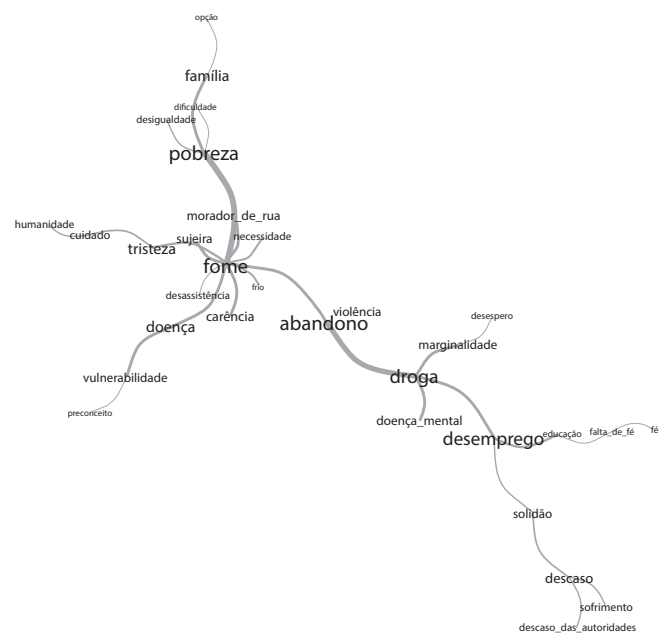


Figura 1 - Árvore máxima das evocações da equipe de enfermagem para o estímulo indutor “pessoas em situação de rua”, Salvador, Bahia, Brasil, 2018

Em resposta ao estímulo indutor “pessoas em situação de rua”, foram evocadas 467 palavras, dessas, 34 foram distintas. No processamento dos dados no software EVOC, para construção do quadro de quatro casas (Tabela 1), foi considerada a frequência mínima de 13, a frequência média de 19 e a OME de 2,8. O processamento dos dados pelo Iramuteq possibilitou a elaboração da árvore máxima de similitude, permitindo a visualização da conformação do campo representacional a partir das conexões entre as evocações e a inferência sobre a estrutura da construção dos textos e temas de relativa importância (Figura 1). A interpretação das duas imagens permitiu a identificação da estrutura das representações sociais, com elementos distintos, porém complementares, dos sistemas central e periférico.

DISCUSSÃO

No quadro de quatro casas (Tabela 1), os termos “pobreza”, “fome”, “abandono” e “desemprego”, presentes no quadrante superior esquerdo, foram os mais prontamente evocados, ou seja, obtiveram menor OME e apresentaram maior frequência, sendo considerados possíveis elementos do núcleo central. Nesse processo de análise, embora o termo “pobreza” (f= 34; OME= 2,27) tenha sido o mais evocado e que obteve a menor OME do provável núcleo central, foi apontado como o mais importante por apenas uma participante. Vale salientar que o termo “abandono” (f=33; OME=2,33) foi apontado como o mais importante por 13 participantes. O conteúdo das justificativas sugere que para o grupo investigado, as PSR vivenciam situações de desamparo e abandono conforme os excertos a seguir:

Sem amparo total da sociedade, sem recursos, jogado ao “Deus dará”, sem alimento, recursos, lazer, enfim, sem direito a nada. (PE 37)

Viver em situação de abandono, desamparado, longe do lar/família leva a várias consequências negativas afetando autoestima, saúde de modo geral e sofrimento. (PE 48)

Os termos “fome” e “desemprego” apresentaram frequência diferenciada, porém com a mesma OME (2,77) e foram apontados como o mais importante por quatro participantes. O conteúdo das justificativas sinaliza elementos que compõem a dimensão imagética da(s) PSR:

Geralmente, não tem como se alimentar. A maioria são usuários de drogas e quando tem crianças acabam passando fome, pois são desassistidos pelos pais e pela sociedade. (PE 75)

Muitas vezes, por falta de oportunidade relacionada à educação ou até mesmo falta de emprego, muitas vão ficar nas ruas. (PE 41)

No quadrante inferior esquerdo (Tabela 1), denominado Zona de Contraste, estão localizados os elementos com baixa frequência e que foram mais prontamente evocados pelas participantes. Os elementos “descaso” (f=16; OME=2,38), “sujeira” (f=15; OME=2,80) e “vulnerabilidade” (f=14; OME=2,21) reforçam a configuração do provável núcleo central das representações sociais, evidenciados pelo abandono e susceptibilidade a agravos à saúde em função das condições precárias para manter a higiene e o acesso à alimentação, transtornos mentais e violência. As justificativas a seguir coadunam com esses elementos.

Descaso dos governantes e do ser humano. (PE 65)

Acredito que pessoas em situação de rua estão mais vulneráveis a violência, adoecimento, necessidades humanas básicas, e menos ouvidas nos serviços públicos/privados e pelas outras pessoas. (PE 89)

No quadrante superior direito (Tabela 1), estão localizados os elementos que constituem a primeira periferia, considerados os mais importantes do Sistema Periférico por conferir proteção ao núcleo central e sensibilidade ao contexto imediato⁽¹³⁾. Os elementos “drogas”, “doenças”, “família” e “tristeza” apresentam frequências iguais ou superiores a 19 e maiores OME, em função de terem sido evocados mais tardiamente.

O elemento “drogas” (f=31; OME=3,03) teve a maior frequência do quadrante, sendo considerado o termo mais importante por nove participantes. Para a equipe de enfermagem, as drogas aparecem como causa para a situação de rua, sendo visto como um elemento devastador para a vida das pessoas ou ainda como refúgio e/ou fator de proteção para suportar a condição de rua:

O uso de drogas ilícitas contribui para o abandono da família, casa, emprego, e a pessoa, pelo seu vício, se entrega a uma situação em que o leva a ir morar na rua. (PE 36)

Nas ruas, o indivíduo encontra-se em situação de vulnerabilidade, estigmatizado pela sociedade e família. A partir daí buscam refúgio nas drogas na tentativa de esquecer o sofrimento. (PE 93)

O elemento “doenças” (f=20; OME=3,50) foi relacionado à susceptibilidade de PSR, à falta de cuidado e à dificuldade de acesso à saúde, que ampliam os fatores de risco para o adoecimento físico e psíquico.

Susceptível à doença física, mental e emocional. (PE 32)

Falta de acesso à informação, o que acaba resultando na falta de cuidado e o acesso à saúde devido à deficiência de orientações. (PE 38)

O elemento “família” (f=19; OME: 3,53) foi considerado o mais importante onze vezes, reforçando sua relevância para as representações sociais de PSR. As justificativas para o termo revelam que o grupo considera a família como a base do indivíduo e apontam que a ida para as ruas pode estar relacionada à forma como a família se organiza para lidar com as diversas situações, assim como as relações familiares podem constituir fatores de risco ou fatores de proteção para a situação de rua, como sinalizado pelos participantes:

A família como base de toda a organização, ficando desestruturada, desorganizada causa assim ao indivíduo/família conflitos que fazem procurar drogas, álcool, etc. (PE 04)

Estas pessoas estão em situação de rua devido à condição da família [situação social econômica], aos enfrentamentos da vida. (PE 87)

O termo “tristeza” (f=19; OME=2,95) apresentou menor OME dentre as palavras que compõem o quadrante superior direito e representa os sentimentos de compaixão que emergem entre as/os profissionais da equipe de enfermagem, ao constatarem a precariedade das condições de vida das PSR.

Os elementos presentes no quadrante inferior direito (Tabela 1) representam os termos da segunda periferia das representações sociais e apresentam as menores frequências, além de terem sido evocados mais tardiamente pelas participantes. Nesse quadrante, ficam evidentes elementos de heterogeneidade das representações, na medida em que evocam termos de conotação negativa como: “doença mental” (f=14; OME=2,93), “marginalidade” (f=14; OME=3,57), “morador de rua” (f=15; OME=3,13), “solidão” (f=14; OME=3,21) e “violência” (f=14; OME=3,71), além de elementos de conotação positiva, como “cuidado” (f=13; OME=3,39) e “humanidade” (f=14; OME=3,36). Nos excertos a seguir, as profissionais justificam a importância desses termos:

Pela falta de amor um pelo outro, principalmente entre família pode levar a pessoa a ter depressão, envolvimento com droga e levaria isso para rua de vez. (PE 59)

Pessoas em situação de rua geralmente não tem convívio familiar, isolando-se do mundo e com dificuldade de relacionamento devido ao perigo constante da rua. (PE 44)

Que a pessoa que está na rua está vulnerável a diversos tipos de violência, sejam ela sexual, banal. (PE 68)

Porque eles estão na marginalidade já é porque se envolveram com a droga, já tá doente. A pessoa acaba roubando para manter o vício. (PE 22)

A árvore máxima de similitude (Figura 1) revela a forte relação entre os termos “fome”, “pobreza” e “abandono”, apontando para indícios de centralidade, evidenciado por meio das coocorrências entre os termos. Ou seja, quanto mais espessa é a linha que liga uma palavra à outra, mais forte é a conexão estabelecida entre elas. Nas extremidades da árvore, estão os elementos que compõem o sistema periférico das representações, obtendo destaque os termos “família”, “droga” e “doença”.

O conjunto de termos evocados a partir do estímulo “pessoas em situação de rua” e sua distribuição no quadro de quatro casas e na árvore máxima de similitude revelam a imagem das PSR como sinônimo de mendigo, indigente e vagabundo. Essa imagem está ancorada à visão historicamente construída desde a antiguidade, quando já existiam relatos de pessoas que perambulavam pelas ruas. Com o fenômeno da urbanização e posteriormente industrialização, no século XIX, essa imagem se acentua, atrelada à falta de produtividade de parcelas desfavorecidas da sociedade⁽¹⁴⁾.

Os elementos presentes no provável núcleo central (Tabela 1) expressam, para o grupo estudado, as principais causas que levam as pessoas à situação de rua. Na árvore máxima de similitude, os elementos “pobreza” e “fome” se destacam por formarem os núcleos mais densos, expressos pelo maior tamanho da fonte e por originarem ramificações compostas por elementos de conotação negativa. Nesse sentido, as imagens de PSR para a equipe de enfermagem se relacionam a aspectos de sofrimento, miséria e privação. Os termos evocados com conotação positiva, como “cuidado” e “humanidade”, apresentam-se na periferia e evidenciam tratar-se de elementos advindos de um subgrupo, dentre as participantes, coadunando com os elementos periféricos da Tabela 1.

No senso comum, a moradia constitui um espaço protegido, conseguido através de uma fonte de renda, o trabalho, que também possibilita suprir as necessidades básicas, tais como alimentação, saúde, educação, lazer e moradia. Na rua, o espaço que era privado se torna público, perde-se a privacidade e o pudor, pois o corpo está entregue à rua⁽¹⁵⁾. A construção da vida, que deveria ocorrer no espaço privado, passa a ocorrer no público. Esses aspectos parecem causar estranhamento para aqueles que não se encontram na mesma situação, a exemplo do grupo investigado:

Na contemporaneidade, o aumento do número das PSR é uma das facetas dos níveis extremos de desigualdade que mantêm parcelas da população, especialmente pessoas negras, à margem da economia, vivendo abaixo da linha de pobreza⁽¹⁶⁾. As péssimas condições de vida que enfrentam no cotidiano expõem as PSR a diversas situações de vulnerabilidades. A sobreposição de vulnerabilidades termina por torná-los sujeitos vulnerados, vivenciando diariamente a violação de direitos de cidadania⁽¹⁷⁾.

A condição de abandonado remete à imagem do indivíduo que perdeu seus direitos e está excluído, vivendo fora das estruturas convencionas da sociedade. O abandono por parte da família e do Estado torna as PSR invisíveis para reivindicarem/exigirem seus direitos, culminando, assim, em apelo à condição de vitimização. A ideia de abandono vinculada às PSR termina por rotulá-las como incapazes e coitadas, desconsiderando sua resiliência e estratégias que utilizam para (sobre)viver nas e/ou pelas ruas⁽¹⁸⁾.

Diante dos termos que compõem o quadro de quatro casas e que se reafirmam na árvore máxima de similitude, pode-se inferir que a ideia de abandono atribuída às PSR se soma às condições de sujeira e do uso de drogas, que podem se constituir em barreiras ao cuidado. Tendo em vista que a enfermagem, como profissão, tem como uma de suas principais práticas promover cuidados à higiene dos pacientes, tais práticas possibilitam o risco de negar cuidado às PSR e/ou utilizar-se de práticas higienistas voltadas a esse público⁽¹⁹⁾. Não há garantias de que estar com o corpo limpo seja uma necessidade de todas as PSR, visto que formam um grupo heterogêneo, com demandas de saúde diversas. Vale ressaltar que no contexto da rua, a sujeira pode se constituir como um elemento de proteção, sobretudo para as mulheres diminuírem os riscos, como o das violências sexuais⁽²⁰⁾.

Representações divergentes sobre o uso de drogas entre PSR podem indicar que algumas profissionais tenham maior proximidade com a temática e/ou a realidade desse público. No entanto, o grupo investigado, ao destacar o termo “drogas”, sinaliza que o seu uso é reconhecido como um problema de saúde, ou uma forma de “se anestesiarem” e “fugir da realidade”, frente às dificuldades contínuas vivenciadas nas ruas que podem causar exaustão física e mental. Nesse sentido, uma pesquisa realizada em Madri, Espanha, ao comparar dois grupos de PSR, o primeiro composto por pessoas com menos de um ano vivendo nas ruas, e o segundo que viviam há mais de cinco anos na rua, revelou que o maior tempo de permanência nas ruas pode aumentar as chances de a pessoa fazer uso de álcool e outras drogas com maior frequência⁽²¹⁾.

Ainda são escassos os estudos que proponham que os espaços de formação acadêmica na enfermagem propiciem a aproximação com a realidade de grupos vulnerados, sobretudo com as PSR. Assim, as dificuldades das profissionais de enfermagem na abordagem às PSR parecem se mostrar relacionadas à

aproximação com os usuários e desses com o serviço; à falta de aporte teórico-conceitual para orientar o processo de trabalho; e ao despreparo para uma escuta qualificada e para lidar com a problemática de álcool e outras drogas⁽²²⁾. A ausência de discussões sobre a temática no âmbito da formação superior e técnica em enfermagem pode favorecer o predomínio de práticas pautadas no empirismo, atreladas às concepções prévias de cada profissional, implicando (in)visibilização das demandas de saúde das PSR.

Estudo realizado na Bahia-Brasil evidenciou que a proximidade das profissionais de enfermagem com o contexto de vida de PSR é um fator que favorece o reconhecimento do uso de drogas como uma forma de enfrentar a vida, quando a mesma é marcada por problemas familiares, como a violência doméstica, financeiros e psicológicos⁽²³⁾, embora seja uma forma de enfrentamento que acarreta situações de vulnerabilidades individuais e sociais. Nessa perspectiva, a atuação profissional tem como foco a pessoa e não a droga, com a pretensão de reduzir danos e agravos sociais e de saúde. Na presente pesquisa, observou-se que entre as/os profissionais que atuam em serviços específicos de saúde mental ou que tenham histórico de atuação com PSR, as representações contam respeito e sensibilidade.

As desavenças, situações de abuso físico ou sexual, ou abandono por parte da família estão nas histórias de muitas PSR, especialmente relacionadas com uso abusivo de drogas⁽²⁴⁾. As PSR podem sofrer com a rejeição da família ou podem optar por se afastar do seu núcleo familiar. Contudo, esse não é um padrão entre as pessoas que vivem nas ruas. A (con)formação de novos vínculos, sejam eles amorosos ou de amizade, pode ser para muitos a constituição de novos (re)arranjos familiares, suprimindo a necessidade de afeto que muitas vezes não tinham na sua família original⁽²⁵⁾. No contexto dos serviços de saúde, espera-se que a equipe de enfermagem possua competências e habilidades para lidar com esses novos arranjos familiares de forma a garantir, por exemplo, o acompanhamento das famílias no âmbito da atenção básica.

O elemento “doenças” revela aspectos do grupo de pertencimento, com reconhecimento da fragilidade de PSR e da maior suscetibilidade para adquirir doenças. Estudo multicêntrico realizado em seis capitais brasileiras com 546 usuários de crack revelou que aqueles que estiveram em situação de rua, em algum momento da vida, apresentaram os piores escores de gravidade nas áreas álcool, problemas médicos, psiquiátricos, emprego e suporte familiar⁽²⁶⁾. A constatação da precariedade nas condições de vida de PSR mobiliza a equipe de enfermagem, gerando tristeza.

A presença dos elementos: “cuidado” e “humanidade”, no quadrante inferior esquerdo (Tabela 1), permite inferir que o grupo investigado aprecia a necessidade de atenção diferenciada para PSR, devido à situação de vulnerabilidade em que se encontram. Nesse contexto, o cuidado pressupõe ações que possam lidar com suas particularidades e vulnerabilidades, de forma desafiadora e intensa⁽²⁷⁾. Contudo, a simples oferta de serviços não se constitui em processo de cuidado e nem todo cuidado, na prática, será dotado de humanização. Tais elementos representacionais destacam a importância da oferta de serviços de saúde de qualidade que contemplem as especificidades dessa população.

Profissionais que atuam junto a PSR são testemunhas dos seus relatos como vítimas da violência cotidiana. Atos que são

praticados de forma institucionalizada, com o aval do Estado, que incluem violência física, retenção e destruição de pertences e documentos. A violência pode vir por meio de atos higienistas tais como a remoção de PSR de forma compulsória para albergues^(10,28). Atos de gentrificação também podem ser considerados como violência, visto que realizam a “revitalização” de áreas nobres e centrais nas grandes cidades, dificultando ou impedindo que PSR permaneçam em determinados locais⁽²⁹⁾.

A violência institucional é praticada em serviços públicos por agentes do Estado, que deveriam garantir os direitos dos cidadãos. Esse tipo de violência ocorre na forma como são oferecidos, negados ou negligenciados os serviços públicos, criando barreiras de acesso às PSR. Os serviços que mais cometem esse tipo de violência contra PSR são os de saúde, de seguridade social e de segurança pública⁽³⁰⁾. Serviços de saúde precisam ter alta plasticidade e baixa exigência para garantir que PSR sejam acolhidas e se vinculem, permitindo a identificação de suas necessidades e o estabelecimento de ações efetivas no processo de cuidado⁽¹¹⁾. A equipe de enfermagem é parte fundamental desse processo devido ao quantitativo expressivo de seus (suas) profissionais em serviços de saúde, além do aspecto relacional do seu processo de trabalho que está voltado ao cuidado.

A marginalização de determinados grupo populacionais, é consequência da inadequação ao modo de produção capitalista moderno, onde as massas perderam as referências modernas sem adquirir as pós-modernas, com prejuízo na integração social da comunidade⁽³¹⁾. A identificação de PSR como um grupo marginalizado também alude à insegurança e ao medo, por parte da sociedade. Campanhas midiáticas têm difundido sentimentos de medo e rejeição em relação aos usuários de crack, por exemplo, que podem ser encontrados em espaço conhecidos como cracolândias, criando um movimento de “contrafissura”, termo criado por Antônio Lancetti para descrever as ações impulsivas para tentar resolver de forma simplista e rápida o complexo fenômeno do uso de álcool e outras drogas⁽³²⁾. Nessa perspectiva, PSR são vistas como pessoas à parte da sociedade, comparadas a mortos-vivos, no senso comum, recebendo a denominação de “zumbis”, termo pejorativo para designar um ser desprovido de personalidade ou vontade, que vive a perambular pelas noites.

As ideias de solidão e doença mental entre PSR estão relacionados, para a equipe de enfermagem, ao rompimento de vínculos familiares ou fragilização dos mesmos. Estudo realizado em Sidney, na Austrália, com 16 PSR, evidenciou que as mesmas sofriam estigma, o que prejudicava a forma como se relacionavam com outras pessoas, gerando solidão⁽³³⁾. Embora as redes se desenvolvam entre PSR, estas podem ser muito pequenas ou frágeis, marcadas pela convivência forçada, podendo não ter a profundidade suficiente para promover o pertencimento. O sentimento de desconfiança, além do contexto de vulnerabilidade e violência frequentes, cria terreno pouco propício para relações fortes e estáveis⁽³³⁾. Essa fragilidade das relações sociais pode ocasionar o sentimento de solidão.

O isolamento social, associado a outros fatores intrínsecos e extrínsecos, pode ocasionar o adoecimento psíquico das PSR. Sofrer com um transtorno mental é um agravante para a saúde e demanda ações de articulação em rede por parte dos serviços de saúde e da rede intersectorial⁽²⁶⁾. Uma revisão sistemática realizada

na Alemanha revelou que a prevalência de transtornos mentais entre as PSR pode chegar a 77%. Dentre os principais problemas, elencam-se em ordem decrescente os transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas, transtornos de ansiedade, transtornos de humor e transtornos psicóticos⁽⁹⁾.

Limitações do estudo

A realização deste estudo ocorreu em apenas um dos distritos sanitários de Salvador e não permitiu contemplar as especificidades de cada território. Ainda assim, os resultados permitiram acessar elementos que podem contribuir com o (re)pensar e o fazer da enfermagem. O estudo também não realizou a análise das representações por sexo/gênero e por categoria profissional.

Contribuições para a enfermagem e política pública

Acredita-se que o desenvolvimento dessa pesquisa aponta elementos para melhorar a qualidade da assistência de PSR e, de algum modo, reduzir as dificuldades de acesso dessa população aos serviços de saúde. O processo de pesquisa permitiu integração entre discentes da graduação e pós-graduação. Despertou para questões de cidadania, respeito e para os aspectos éticos que envolvem o cuidado em saúde. Aflorou sentidos e significados latentes acerca da temática investigada, favorecendo mudanças nas representações sociais sobre esse grupo. Ademais, os resultados encontrados fornecem elementos para a criação de

possíveis estratégias de formação e educação permanente para profissionais da equipe de enfermagem, ampliando a capacidade de intervenção desse grupo profissional com as PSR.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os dados analisados trazem à tona elementos de desigualdades que permeiam as diversas sociedades, estabelecem diferenças e implicam vulnerabilidades para pessoas e/ou grupos sociais. Nesse contexto, a imagem das PSR está ancorada em representações hegemônicas e estereótipos que podem interferir tanto na prestação do cuidado, quanto no acesso dessas pessoas aos serviços de saúde.

Diante de evidências do crescimento de PSR no Brasil e no mundo e das características da prática profissional da equipe de enfermagem, torna-se necessário implantar e/ou ampliar a discussão sobre as demandas de saúde e especificidades de PSR na formação. No âmbito do SUS, a equipe de enfermagem representa o maior quantitativo de profissionais e tem suas práticas voltadas para o cuidado. As representações sociais das profissionais de enfermagem, evidenciadas neste estudo, indicam ser relevante a inserção dessa temática nos diversos espaços de formação. É importante a aproximação entre os estudantes/profissionais e as PSR, com possibilidade de diálogos para que o processo de cuidado seja efetivo e vise garantir os direitos constitucionais, dentre eles, o direito à saúde pautada nos princípios da universalidade, equidade, integralidade e humanização.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Portaria 3088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de saúde (SUS) [Internet]. 2011 [cited 2019 Feb 26]. Available from: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html.
2. Machado MH, Oliveira E, Lemos W, Lacerda WF, Aguiar-Filho W, Wermelinger M, et al. Mercado de trabalho da enfermagem: aspectos gerais. *Enferm Foco* [Internet]. 2016 [cited 2017 Nov 25];7(esp): 35-62. Available from: <http://revista.portalcofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/691/30>
3. Van Wijk LB, Mângia EF. O cuidado a Pessoas em Situação de Rua pela Rede de Atenção Psicossocial da Sé. *Saúde Debate*. 2017 [cited 2019 Apr 16]; 41(115): 1130-1142. doi: 10.1590/0103-1104201711511.
4. Palácio do Planalto (BR). Decreto 7053 de 23 de dezembro de 2009. Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersectorial de Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências. 2009 [cited 2018 Jan 29]. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d7053.htm.
5. Andrade LP, Costa SL, Marquetti FC. A rua tem um íma, acho que é a liberdade: potência, sofrimento e estratégias de vida entre moradores de rua na cidade de Santos, no litoral do Estado de São Paulo. *Saúde Soc*. São Paulo. 2014;23(4):1248-61. doi: 10.1590/S0104-12902014000400011
6. Wise C, Philips K. Hearing the silent voices: narratives of health care and homelessness. *Iss Mental Health Nurs*. 2013; 34: 359–367. doi:10.3109/01612840.2012.757402
7. Ministério da Saúde (BR). Manual sobre o cuidado à saúde junto à população em situação de rua [Internet]. Brasília, DF. 2012 [cited 2018 Feb 06]. Available from: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_cuidado_populacao_rua.pdf
8. Keogh C, O'brien KK, Hoban A, O'carroll A, Fahey T. Health and use of health services of people who are homeless and at risk of homelessness who receive free primary health care in Dublin. *BMC Health Serv Res*. 2015 [cited 2019 Mar 30];15(58):1-8. doi: 10.1186/s12913-015-0716-4.
9. Schreiter S, Bempohl F, Krausz M, Leucht S, Rössler W, Schouler-Ocak M, Gutwinski S. The prevalence of mental illness in homeless people in Germany: a systematic review and meta-analysis. *Deutsches Arzteblatt International*. 2017 [cited 2019 Mar 28];117: 665–72. doi: 10.3238/arztebl.2017.0665
10. Hallais J, Barros NF. Consultório na Rua: visibilidades, invisibilidades e hipervisibilidade. *Cad Saúde Pública*. 2015 [cited 2019 Feb 18];31(7):1497-1504. doi: 10.1590/0102-311X00143114

11. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Guia estratégico para o cuidado de pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas: Guia AD [Internet]. 2015 [cited 2019 Feb 26]. Available from: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2015/dezembro/15/Guia-Estrat-gico-para-o-Cuidado-de-Pessoas-com-Necessidades-Relacionadas-ao-Consumo-de----lcool-e-Outras-Drogas-Guia-AD-.pdf>.
12. Woith WM, Kerber C, Astroth KS, Jenkins SH. Lessons from the Homeless: civil and uncivil interactions with nurses, self-care behaviors, and barriers to care. *Nurs Forum* Vol. 2017;52(3): 211-220. doi: 10.1111/nuf.12191
13. Abric JC. Abordagem Estrutural das Representações Sociais: desenvolvimentos recentes. In Campos PHF, Loureiro MCS. *Representações Sociais e Práticas Educativas*. Goiânia: Editora UCG, 2003.
14. Presidência da República (BR). Diálogos sobre a população em situação de rua no Brasil e na Europa: experiências do Distrito Federal, Paris e Londres. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República. Brasília: SDH, 2013.
15. Souza MRR, Oliveira JF, Chagas MCG, Carvalho ESS. Gender, violence and being homeless: the experience of women and high-risk drug use. *Rev Gaúcha Enferm*. 2016;37(3):e59876. doi: 10.1590/1983-1447.2016.03.59876
16. Georges R. A Distância que nos une: um retrato das desigualdades brasileiras. Relatório da Oxfam Brasil [Internet]. 2017 [cited 2019 Mar 31]. Available from: https://www.oxfam.org.br/sites/default/files/arquivos/Relatorio_A_distancia_que_nos_une.pdf
17. Resende V. A violação de direitos da população em situação de rua e a violência simbólica: representação discursiva no jornalismo on-line. *Rev ALED*. 2015 [cited 2019 Mar 31];15(1):71-91. Available from: <https://raled.comunidadealed.org/index.php/raled/article/view/24>
18. Paul S, Corneau S, Boozary T, Stergiopoulos V. Coping and resilience among ethnoracial individuals experiencing homelessness and mental illness. *Int J Soc Psychiatry*. 2018;64(2):189-97. doi: 10.1177/0020764017748986
19. 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
20. Aguiar MM, Iriart JAB. Significados e práticas de saúde e doença entre a população em situação de rua em Salvador, Bahia, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2012;28(1):115-124. doi: 10.1590/S0102-311X2012000100012
21. Panadero-Herrero S, Muñoz-López M. Salud, calidad de vida y consumo de sustancias em función del tempo em situación sin hogar. *Anal Psicol*. 2014;30(1):70-7. doi: 10.6018/analesps.30.1.137911
22. Varela DSS, Silva MDF, Monteiro CFS. Dificuldades de enfermeiros no trabalho com usuários de álcool e outras drogas: revisão integrativa. *Rev Enferm UFPE*. 2015;9(10):9576-83. doi: 10.5205/reuol.7944-69460-1-SM.091020152
23. Oliveira JF, Paiva MS, Valente CLM. Representações sociais de profissionais de saúde sobre o consumo de drogas: um olhar numa perspectiva de gênero. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2006;11(2):473-81. doi: 10.1590/S1413-81232006000200024
24. Neale J, Stevenson C. Social and recovery capital amongst homeless hostel residents who use drugs and alcohol. *Int J Drug Pol*. 2015;26:475-483. doi: 10.1016/j.drugpo.2014.09.012
25. Cunha JG, Garcia A, Silva TH, Pinho RC. Novos arranjos: lançando um olhar sobre os relacionamentos interpessoais de pessoas em situação de rua. *Gerai*, *Rev Interinst Psicol*[Internet]. 2017 Jun [cited 2019 Mar 31];10(1):95-108. Available from: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/gerais/v10n1/10.pdf>
26. 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
27. Londero MFP, Ceccim RB, Bilibio LFS. Consultation office of/in the street: challenge for a healthcare in verse. *Interface*. 2014;18(49):251-60. doi: 10.1590/1807-57622013.0738
28. Borysov IC, Furtado JP. Access, equity and social cohesion: evaluation of intersectoral strategies for people experiencing homelessness. *Rev Esc Enferm USP*. 2014;48(6):1069-76. doi: 10.1590/S0080-623420140000700015
29. Frangella S, Rui T. Corpos Precários: apontamentos para a relação entre corpo e cidade. *Política & Trabalho*. *Rev Ciênc Soc*. 2017;47:23-38. doi: 10.22478/ufpb.1517-5901.2017v1n47.36734
30. Antoni C, Munhós AAR. As violências institucional e estrutural vivenciadas por moradoras de rua. *Psicol Estud*. 2016;21(4):641-51. doi: 10.4025/psicoestud.v21i4.31840
31. Totaro P. Novos caminhos para a saída da marginalidade social no Brasil. *Anál Soc*. 2016;219(LI):310-35. Available from: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/aso/n219/n219a03.pdf>
32. Branco NMMC, Silva DV, Soldatelli S. Desconstruindo mitos e preconceitos sobre "loucos" e "drogados": uma proposta de ação educativa para familiares de usuários de álcool e outras drogas na perspectiva da educação popular. *Pesqui Prát Psicossoc*. 2016;11(3):602-12. Available from: http://seer.ufsj.edu.br/index.php/revista_ppp/article/view/1952
33. Bower M, Conroy E, Perz J. Australian homeless persons' experiences of social connectedness, isolation and loneliness. *Health Soc Care Community*. 2018;26(2):e241-e248. doi: 10.1111/hsc.12505