



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM

MILENA VAZ SAMPAIO SANTOS

REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA
SOBRE CUIDADOS PARA INFECÇÕES SEXUALMENTE
TRANSMISSÍVEIS

SALVADOR
2017

MILENA VAZ SAMPAIO SANTOS

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA
SOBRE CUIDADOS PARA INFECÇÕES SEXUALMENTE
TRANSMISSÍVEIS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia como requisito para obtenção do grau de Mestra, Área de concentração: Gênero, Cuidado e Administração em Saúde, Linha de pesquisa: Mulher, Gênero e Saúde.

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

SALVADOR
2017

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

Santos, Milena Vaz Sampaio
Representações sociais de pessoas em situação de rua sobre cuidados para Infecções Sexualmente Transmissíveis / Milena Vaz Sampaio Santos. -- Salvador, 2017.
87 f. : il

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

1. Pessoas em situação de rua. 2. Práticas de Cuidado. 3. Representações Sociais. I. Oliveira, Jeane Freitas de. II. Título.

MILENA VAZ SAMPAIO SANTOS

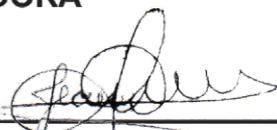
REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA SOBRE
CUIDADOS PARA INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS.

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

Salvador, Bahia, Aprovada em 31 de março de 2017

BANCA EXAMINADORA

Jeane Freitas de Oliveira (Orientadora)



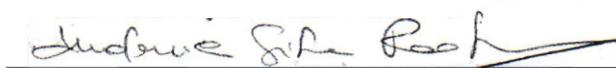
Doutora em Enfermagem e Professora da Universidade Federal da Bahia

Gilmara Ribeiro Santos Rodrigues (1ª examinadora)



Doutora em Enfermagem. Professora da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública

Andreia Silva Rodrigues (2ª examinadora)



Doutora em Enfermagem. Professora do Centro Universitário Estácio/FIB

Mirian Santos Paiva (Suplente)

Pós-Doutora em Enfermagem. Professora da Universidade Federal da Bahia

AGRADECIMENTOS

A Deus, amor da minha vida, por me proporcionar absolutamente tudo, a vida, a renovação diária e pelas incontáveis e claras demonstrações de cuidado e atenção. Por mais uma vez me surpreender com a aprovação no mestrado e permitir que, em meio a tantos desafios e conquistas, este sonho se tornasse possível. Por cada detalhe que só nós sabemos e que eu serei eternamente grata! Até aqui me ajudou o Senhor, e sei que estará lá por mim e eu estarei aqui para Ti, eis-me aqui! “Porque dEle, por Ele e para Ele são todas as coisas”!

A minha mãe Fátima por me amar, ajudar, incentivar, aconselhar e cuidar de mim em cada detalhe. A meu pai Renato pelo amor, respeito, amizade, companhia em todas as caronas e incentivo nas viagens de casa/faculdade, faculdade/casa. A minha irmã pelo amor, conversas, risadas, orientações, apoio, companheirismo! Enfim, a minha família, pelo apoio incondicional, amor, estímulo a educação, ao crescimento pessoal e profissional, amo vocês!

A Nathália, o biscoito mais lindo da galáxia, pedaço de ser humano que trouxe alegria, cor e vida para nossa família. Obrigada por despertar o amor mais puro do meu ser. Desculpe pelos momentos ausentes durante esse período, é por você também minha picurruca!

A Ricardo, meu companheiro, amigo, porto seguro, onde sei que posso me aconchegar. Obrigada pelo amor, parceria, torcida, paciência, incentivo ao doutorado e a todos os meus sonhos. Amo você!

A minha madrinha Maria Helena (*in memoriam*) e meu padrinho Edison pelo apoio, exemplo e orações dedicadas a mim;

A Professora Mirian Paiva pela amizade, apoio, companhia, orientação, e contribuições neste trabalho, na qualificação, durante a pós-graduação e em toda minha formação profissional, amor de pessoa!

A Professora Jeane Freitas, pelo acolhimento, amizade, conselhos, orientação para construção desta dissertação e, principalmente, por me permitir acreditar que posso ser muito melhor e extrair o melhor do meu potencial. Sei que acreditou neste sonho comigo. Conhecer-te é maravilhoso!

A Carlos Porcino, Dejeane de Oliveira e Milca Ramaiane, minhas companheiras de grupo, parceiras de orientação, exemplo de dedicação e conhecimento. Obrigada pelas orientações e pelo incentivo durante o curso e, principalmente, nos momentos finais, muito, muito obrigada mesmo!

As colegas do mestrado, em especial Raiane Moreira, Mariana Matias e Millani Souza, pelos momentos juntas, incentivo mútuo e incansáveis momentos de incentivo durando o curso, sem vocês tudo seria mais difícil.

As pessoas da Escola de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação da UFBA pela formação e contribuição na trajetória;

As componentes do grupo SVDG pelos momentos de lazer, reuniões, contribuições na pesquisa, incentivos e discussões que enriqueceram este trabalho;

As funcionárias das Unidades de Acolhimento pela confiança e disponibilidade em abrir as portas para a realização dessa pesquisa. Obrigada por todo apoio!

A população em situação de rua, pela inspiração da pesquisa, pela oportunidade da sua concretização, pelas longas horas de conversa, por ter me acolhido de braços abertos, estamos juntos(as)!

“Se, na verdade, não estou no mundo para simplesmente a ele me adaptar, mas para transformá-lo; se não é possível mudá-lo sem um certo sonho ou projeto de mundo, devo usar toda possibilidade que tenha para não apenas falar de minha utopia, mas participar de práticas com ela coerentes”.

Paulo Freire

RESUMO

SANTOS, Milena Vaz Sampaio Santos. **Representações Sociais de pessoas em situação de rua sobre cuidados para Infecções Sexualmente Transmissíveis**. 89f. 2017. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2017.

Embora as Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) apareçam como o 7º agravo de saúde dentre as pessoas em situação de rua, se constitui num problema de saúde pública que requer ações de cuidados individual e coletiva. No senso comum a população em situação de rua (PSR) está vulnerável a contaminação e transmissão de IST pelas condições adversas de sobrevivência. O crescimento contínuo de pessoas em situação de rua, o aumento do número de casos de IST na população em geral, a ausência de pesquisas sobre esta temática com a população em situação de rua e, a indicação de implantar e/ou implementar cuidados direcionados a este grupo populacional visando atender os princípios de integralidade, equidade e universalização constituem elementos para o desenvolvimento da presente pesquisa, cujo objetivo é: analisar as representações sociais de pessoas em situação de rua sobre o cuidado para IST. Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa fundamentada nos princípios da Teoria das Representações Sociais, que envolveu 72 pessoas em situação de rua assistidas em duas Unidades de Acolhimento Institucional, no município de Salvador/BA. Do total de participantes, 28 fizeram a técnica projetiva de Desenho-Estória (D-E) com tema e 10 responderam a entrevista semiestruturada. Os dados provenientes do D-E foram analisados em consonância com a proposta de análise de Coutinho, resultando em 5 eixos temáticos. O conteúdo das entrevistas foi organizado para processamento pelo software IRAMUTEQ resultando na elaboração da Classificação Hierárquica Descendente, composta por 6 classes. A análise conjunta dos dados das duas técnicas resultou em duas categorias empíricas: “Mulher, triste, abandonada e traída: Imagem da pessoa com IST” e “Cuidados em saúde para IST”. Para o grupo investigado, a imagem da pessoa com IST está centrada na figura feminina, que se mostra triste por ter sido traída e abandonada, primeiramente pelo parceiro, e pela sociedade. Para o grupo investigado, os cuidados em saúde para IST estão ancorados em conhecimentos socialmente divulgados que direcionam para ações preventivas direcionadas pelo uso de preservativo, higiene, parceria fixa associada a busca pelo diagnóstico e tratamento nos serviços de saúde. Sinaliza o sexo abrigado como uma modalidade de sexo seguro e como uma especificidade vinculada às condições de vida do grupo investigado. O uso de técnicas distintas foi essencial para revelar elementos das representações sociais sobre o objeto investigado e especificidades do grupo investigado. Ainda que limitada pelo número de participantes, as representações sociais apreendidas revelam a tendência do grupo em manter os cuidados de saúde socialmente divulgados no contexto de rua. A presente pesquisa traz contribuições e reflexões para prática e formação de Enfermagem e de outros profissionais da saúde que se destinam ao cuidado de pessoas em situação de rua.

Palavras-chave – Pessoas em Situação de Rua; Práticas de Cuidado; Representações Sociais; Enfermagem; Doenças Sexualmente Transmissíveis;

ABSTRACT

SANTOS, Milena Vaz Sampaio Santos. **Social Representations of homeless on care for Sexually Transmitted Infections**. 89f. 2017. Dissertation (Master of Nursing). Federal University of Bahia, College of Nursing, 2017.

While Sexually Transmitted Infections (IST) have emerged as the 7th health problem among people living on the streets, they are a public health problem that requires individual and collective care actions. In common sense, the homeless is vulnerable to the contamination and transmission of IST to adverse conditions of survival. The continued growth of homeless, the increase in the number of cases of IST in the general population, a lack of research on this subject with a population in a street situation, an indication to implant and / or implement care directed to this Population group aiming to meet the principles of integrality, equity and universalization are elements for the development of the present research, its objective is: to analyze how social representations of people in a street situation about the care for IST. This is a qualitative research based on the principles of Theory of Social Representations, which involved 72 homeless assisted in two Institutional Reception Units, in the city of Salvador / BA. To make the total of participants, 28 to do a projective technique of Drawing-Story (D-E) with theme and 10 answered the semistructured interview. The results were obtained in agreement with a proposal of analysis of Coutinho, resulting in 5 thematic axes. The content of the interviews was organized for the IRAMUTEQ software, resulting in the elaboration of the Hierarchical Descending classification, composed of 6 classes. The joint analysis of the data of the two techniques resulted in two empirical categories: "Woman, sad, abandoned and drawn: Image of the person with IST" and "Health Care for IST". For the investigated group, an image of the person with IST is centered on the female figure, which shows sadness at being betrayed and abandoned, primarily by the partner, and by society. For the group investigated, health care for IST is related to health care, health care and health care. It signals the sheltered sex as a mode of safe sex and as a specificity linked to the living conditions of the group investigated. The use of techniques is essential to reveal elements of the social representations about the investigated object and the specificities of the investigated group. Although limited by the number of participants, such as social representations seized reveal a tendency for the group to maintain socially publicized health care in the street context. The present research brings contributions and reflections to the practice and training of nursing and other health professionals who are intended to care for people in the street.

Keywords - Homeless; Care Practices; Social Representations; Nursing; Sexually Transmitted Diseases;

RESUMEN

SANTOS, Milena Vaz Sampaio Santos. **Representaciones sociales de la gente de la calle sobre situación de la atención para las infecciones de transmisión sexual**. 89f. 2017. Tesis (Maestría en Enfermería). Universidad Federal de Bahia, Escuela de Enfermería, 2017.

Mientras que las infecciones de transmisión sexual (IST) surgieron como 7 quejas de salud entre esas personas en las calles, que constituyen un problema de salud pública que requiere acciones de atención individual y colectiva. En el sentido común de las personas en la calle (PSR) es vulnerable a la contaminación y la transmisión de IST a las condiciones de vida adversas. El crecimiento continuo de gente en las calles, lo que aumenta el número de casos de IST en la población general, la falta de investigación sobre este tema con una población que vive en la calle, una indicación de implementar y / o aplique una atención específica para este grupo de población para cumplir con los principios de integridad, equidad y universalidad son elementos para el desarrollo de esta investigación, su propósito es: analizar cómo las representaciones sociales de las personas en las calles de atención para las IST. Se trata de una investigación cualitativa basada en los principios de la Teoría de las Representaciones Sociales, que involucró a 72 personas en la calle asistido en dos unidades Institucional Inicio en la ciudad de Salvador / BA. Haciendo que los participantes en total, 28 a una técnica proyectiva Dibujo Historia (D-E) con el tema y el 10 respondió a una entrevista semiestructurada. Los resultados se obtuvieron de acuerdo con una propuesta de análisis de Coutinho, lo que resulta en 5 temas. El contenido de las entrevistas se organizó para el software IRAMUTEQ dando como resultado el desarrollo de la clasificación jerárquica descendente, que consta de 6 clases. El análisis de los datos de ambas técnicas se tradujo en dos categorías empíricas: "Mujer, triste, abandonado y dibuja: la imagen de la persona con IST" y "atención médica para enfermedades de transmisión sexual." Para el grupo estudió una imagen de la persona con IST se centra en la figura femenina, que muestra descontento con ser traicionado y abandonado, por primera vez por el socio y la sociedad. Para el grupo investigado, atención médica para enfermedades de transmisión sexual están relacionados con el cuidado de la salud, cuidado para el cuidado de la salud y la atención sanitaria. Las señales del sexo alojado como un modo de sexo seguro y como especificidad vinculada a las condiciones de vida del grupo investigado. El uso de técnicas es esencial para revelar elementos de las representaciones sociales del objeto investigado y los detalles específicos del grupo investigado. Aunque limitada por el número de participantes, como representaciones sociales incautados revelan la tendencia de un grupo para mantener la atención de salud social descrito en el contexto de la calle. Esta investigación aporta contribuciones y reflexiones para la práctica de enfermería y la educación y otros profesionales de la salud que son para la atención de la gente en las calles.

Palabras clave - la gente en situación de calle; Cuidado prácticas; Las representaciones sociales; enfermería; Enfermedades sexualmente transmisibles;

LISTA DE SIGLAS

AIDS - Síndrome da Imunodeficiência Humana
CAPS - Centro de Atenção Psicossocial
Centro POP - Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua
CEO - Centro de Especialidades Odontológicas
CEP - Comitê de Ética em Pesquisa
CRAS - Centro de Referência da Assistência Social
CREAS - Centro de Referência Especializado de Assistência Social
CS - Centros de Saúde
D-E - Desenho Estória com tema
DIP - Doença Inflamatória Pélvica
IST - Doenças Sexualmente Transmissíveis
ESF - Estratégia Saúde da Família
GTI - Grupo de Trabalho Interministerial
HIV - Vírus da Imunodeficiência Humana
HPV - Papiloma Vírus Humano
HSH - Homens que fazem Sexo com Homens
IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IST - Infecções Sexualmente Transmissíveis
LOAS - Lei Orgânica da Assistência Social
OMS - Organização Mundial de Saúde
PACS - Programa de Agentes Comunitário da Saúde
PAISM - Programa de Atenção Integral a Saúde da Mulher
PNAISH - Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Homem
PNAISM - Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher
PNAS - Política Nacional da Assistência Social
PSR - Pessoas em Situação de Rua
RAPS - Rede de Atenção Psicossocial
SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SEMPS - Secretaria Municipal de Promoção Social e Combate à Pobreza
SINAN - Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SPM - Secretaria de Políticas para as Mulheres
SUS - Sistema Único de Saúde

SVDG - Sexualidades, Vulnerabilidades, Drogas e Gênero

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TRS - Teoria das Representações Sociais

UA - Unidade de Acolhimento

UPA - Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 ASPECTOS TEÓRICOS DO OBJETO DE ESTUDO	15
2.1 Práticas de cuidados em saúde	15
2.2 Panorama nacional e local das Infecções Sexualmente Transmissíveis	17
2.3 Características e Políticas de Atenção para População em Situação de Rua	20
3 REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO	27
4 ASPECTOS METODOLÓGICOS	31
4.1 Tipo de pesquisa	31
4.2 Cenário da pesquisa	31
4.3 Participantes da pesquisa	34
4.4 Técnicas de coleta de dados	35
4.5 Processo de produção dos dados	36
4.6 Procedimentos de análise dos dados	37
4.7 Procedimentos éticos	41
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	43
5.1 Caracterização das participantes	43
5.2 Mulher, triste, abandonada e traída: imagem da pessoa com IST	45
5.3 Cuidados em saúde para IST	50
5.3.1 Faço o que mandam: preservativo, parceria fixa, abstinência sexual e higiene	50
5.3.2 Sexo abrigado	60
5.3.3 Busca por serviços de saúde para diagnósticos, tratamentos e orientações	65
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	72
REFERÊNCIAS	74
APÊNDICE A – Roteiro do Desenho-Estória com Tema	84
APÊNDICE B – Roteiro da Entrevista	85
APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	86

1 INTRODUÇÃO

O cuidado faz parte da existência humana, coexistindo de forma a garantir a vida e adiar a morte. As práticas de cuidado revelam as ações de saúde na história, a evolução da ciência e do conhecimento, bem como os papéis sociais de mulheres e homens. Elas ocorrem por meio de ações individuais e coletivas que são realizadas de forma independente, porém interligadas. Logo, as práticas de cuidados são dinâmicas e heterogêneas. A dinamicidade do cuidado está relacionada com experiências pessoais, aspectos biológicos, sociais, culturais, acesso a informações e serviços de saúde, dentre outros fatores.

Nos serviços de saúde, a institucionalização e normatização do cuidado atende interesses político-ideológicos da sociedade capitalista e, por tal, limita-se à cura de doenças e preconiza técnicas e práticas que nem sempre contemplam especificidades da pessoa cuidada por, muitas vezes, não respeitar o contexto social, cultural e econômico no qual o indivíduo está inserido. Destaca-se ainda que, os que não atendem os padrões socioculturais estabelecidos, seja de ordem econômica, sexual, física ou biológica, nem sempre são contemplados pelas práticas de cuidados em saúde institucionalizadas e normatizadas.

Visando contemplar as especificidades dessas pessoas e/ou grupos específicos, o Ministério da Saúde (MS) tem elaborado programas e políticas destinadas a grupos populacionais específicos, a exemplo de crianças e adolescentes, mulheres, homossexuais, idosos, pessoas em situação de rua, dentre outros. Outras estratégias são a elaboração de manuais destinados a problemas de saúde predominantes na população em geral, com destaque para hipertensão, diabetes, tuberculose, hepatites, doenças sexualmente transmissíveis (IST), entre outros. Para esta pesquisa será contemplada a população em situação de rua e as práticas de cuidados em IST.

Dados do relatório da Pesquisa Nacional de sobre a população em situação de rua (BRASIL, 2008a) apontam que entre os problemas de saúde mais recorrentes estão: hipertensão (10,1%), problema psiquiátrico/mental (6,1%), HIV/Aids (5,1%) e problemas de visão/cegueira (4,6%). Além do HIV/Aids, outras ISTs comumente encontrada neste público são blenorragia, cancro mole, clamídia, sífilis, condiloma, chato e herpes, existindo uma forte recomendação do Ministério da Saúde de que cabe ao profissional de saúde construir estratégias para acessar a vida sexual e o risco de exposição a IST/HIV desta população.

De forma geral, as IST já são consideradas um problema de saúde pública, uma vez que se estima ocorrência em mais de 340 milhões de novos casos no mundo, por ano, acometendo, principalmente, homens e mulheres entre 15 e 49 anos de idade (BRASIL,

2011a). Essa incidência está relacionada a fatores individuais, sociais e de saúde, portanto, sendo mais vulnerável indivíduos que apresentem fragilidades nestas dimensões, por exemplo, as pessoas em situação de rua.

No município de Salvador, as IST se configuram como o 7º problema de saúde relatado pela população em situação de rua (BRASIL, 2008a). Este resultado também é identificado em outros municípios, por exemplo, pesquisa realizada com 1.405 moradores de uma Unidade de Acolhimento (UA) do município de São Paulo alcançou que 39,6% dos entrevistados relataram IST prévia (GRANJEIRO et al 2012). No mesmo município, pesquisa anterior com 330 moradores de um albergue identificou percentual ainda superior, 51% (BRITO et al, 2007). Resultados semelhantes são encontrados em pesquisas internacionais, a exemplo da cidade de São Francisco nos Estados Unidos da América, na qual foi identificado que 30% da população tinha hepatites B e C e 6,2% infecção pelo HIV (KLINKENBERG, et al. 2003).

Para a população em situação de rua, em 2012, o MS divulgou um manual visando ampliar o acesso e a qualidade da atenção integral à saúde, destacando cuidados referentes a infestações, doenças crônicas, consumo de álcool e drogas, tuberculose, saúde bucal, problemas nos pés, gravidez de alto risco e IST/HIV/AIDS. (BRASIL, 2012a). As orientações foram elaboradas considerando que a vida na rua pode precipitar problemas de saúde secundários ao aumento da exposição a riscos de doença, como vulnerabilidade às violências, ingestão de alimentos e água contaminados, variações climáticas extremas, entre outros.

As práticas de promoção, prevenção, tratamento e controle das IST é um tema bastante divulgado na sociedade em geral. Podem ser consideradas como práticas de cuidado em saúde, que, inicialmente, está relacionada a experiência do adoecimento físico, mas que são construídas e orientadas através de diversas influências institucionais, familiares e referentes ao grupo social de que fazem parte. Estas práticas associam elementos das ciências biomédicas e do senso comum, também chamadas de práticas populares de saúde ou medicina popular (TEIXEIRA, OLIVEIRA, 2014).

Em pesquisa realizada com enfermeiras (os) sobre o cuidado às mulheres com HIV/AIDS, foram apreendidas ideias vinculadas a preconceito, promiscuidade, homossexualismo e morte interferindo no cuidado prestado (SANTOS, 2014). A aptidão pela temática e a referida pesquisa proporcionou aproximação com a Teoria das Representações sociais (TRS), assim como reflexões sobre a prática de enfermagem no tocante as IST.

Destaca-se na literatura científica a escassa produção científica acerca das pessoas que vivem em situação de rua. Revisão sistemática sobre IST, em periódicos nacionais classificados na Área de Enfermagem pelo Qualis/CAPES, revelou a insuficiente publicação de artigos acerca das IST nessa população nos últimos cinco anos.

Portanto, o crescimento contínuo da PSR, o aumento da incidência de IST na população em geral atreladas a dificuldade de acessar serviços de saúde, geraram reflexões acerca dessa temática. A partir das ações desenvolvidas no grupo de pesquisa Sexualidades, Vulnerabilidades, Drogas e Gênero (SVDG) e a aproximação com pessoas em situação de rua suscitaram questionamentos sobre a dinamicidade das práticas de cuidados em saúde e, mais especificamente, sobre as práticas de cuidados em IST adotados por pessoas em situação de rua. Neste contexto, surgiu o seguinte questionamento: Quais as práticas de cuidado em IST adotadas por pessoas em situação de rua?

Diante desse questionamento foi delimitado como objeto de pesquisa: práticas de cuidado em IST adotadas por pessoas em situação de rua. A delimitação do objeto de investigação se deu não apenas pela aproximação previa com a temática das IST, mas também pela compreensão da dinamicidade das representações sociais e do cuidado como elemento inerente ao ser humano. Certamente que os achados trarão contribuições para a formação e prática da enfermagem.

Visando responder à questão norteadora foi definido o seguinte objetivo: analisar as representações sociais de pessoas em situação de rua sobre o cuidado com as IST. Responder tal objetivo se constitui um desafio, uma vez que o mesmo conduz a reflexão sobre conhecimentos técnicos e científicos adquiridos e a preconceitos acerca da população a ser investigada. Neste contexto, o desenvolvimento da pesquisa trará contribuições para o crescimento pessoal e profissional.

2 ASPECTOS TEÓRICOS DO OBJETO DE ESTUDO

2.1 Práticas de cuidado em saúde

O cuidar é inerente aos seres humanos. O aparecimento do ser humano propiciou a observação de ações de cuidado instintivas com o objetivo primordial de garantir a vida e adiar a morte. Ao longo dos anos, o cuidado passou de instintivo para adquirir características sociais e históricas de acordo com determinadas épocas. Foram desenvolvidas técnicas, como embalsamento e mumificação, crenças como o misticismo, que aderiram a práticas de magia e plantas medicinais, até o cuidado de um corpo com impurezas, pregado pela igreja católica (BRITO, 2010).

A partir do século XIV, a Europa esteve devastada por doenças infectocontagiosas, somada a condições precárias de higiene. Dessa forma, a influência religiosa (teocentrismo) teve seu declínio para o crescimento do antropocentrismo. Mesmo após a revolução francesa e revolução industrial, as condições sanitárias continuavam precárias, porém foi nessa última, com o advento das fábricas e de uma era contemporânea, o cuidar e as práticas de cuidados passaram a ser norteados pelo mercado econômico, onde o desenvolvimento de técnicas foi supervalorizado e o corpo passou a ser objeto de lucro (WALDOW, 2001; COLLIERE, 2003).

Nessa perspectiva, o cuidado em saúde evoluiu de técnicas estritamente curativas e individualizantes com o modelo biomédico e hegemônico, para práticas integrais e coletivas de atenção à saúde. Neste novo modelo passou-se a considerar a importância dos aspectos biológicos, psicológicos e sociais das pessoas e a valorizar as relações pessoais entre cliente, família e profissionais de saúde tornando, assim, a prática de cuidado em saúde mais complexa (ACIOLI, et al, 2014).

As práticas de cuidado revelam as ações de saúde na história bem como a evolução da ciência e do conhecimento e os papéis sociais de mulheres e homens. Segundo Teixeira e Oliveira (2014), as mulheres exercem papel de destaque no universo das práticas de cuidado em saúde. São elas as principais responsáveis pela passagem dos conhecimentos pertinentes às práticas populares de saúde, geração após geração, desempenhando também os papéis de cuidadoras e provedoras do bem-estar das famílias. Segundo Brito (2010) e Waldow (2001), o comportamento diferenciado entre homens e mulheres, no tocante ao cuidado em saúde, se deu a partir de aspectos históricos e culturais associado a importância que o cuidar e as práticas de cuidado recebem na sociedade.

Na atualidade, com a experiência do adoecimento físico ou mental, tem-se pensado no cuidado como práticas de promoção, proteção e recuperação da saúde (AYRES, 2004). Nessa perspectiva, o cuidado em saúde deve ser planejado considerando as necessidades da população e, os profissionais dos serviços de saúde devem estar preparados para lidar com elas, de modo a buscar promover a autonomia dos sujeitos no que diz respeito à prevenção, tratamento e controle de doenças, buscando as melhores ações para as práticas de auto (cuidado) das pessoas (MORAES; BERTOLOZZI; HINO, 2011).

O autocuidado está diretamente relacionado com a capacidade do indivíduo para definir suas próprias condutas e acontece por meio da interação humana e esse comportamento também é resultado da relação entre o profissional de saúde e o indivíduo, assim como entre o indivíduo e sua família e os diversos determinantes socioculturais (OLIVEIRA, 2011).

Dentre as práticas de cuidado em saúde, estão aquelas relacionadas às IST/HIV/AIDS, tais como relações sexuais sem camisinha e uso compartilhado de seringas e agulhas, levou à definição de estratégias pedagógicas, sociais, médicas e psicológicas, com a finalidade de influenciar mudanças de atitudes da população a respeito da vida sexual, conduzindo à redução da vulnerabilidade (PINHEIRO; MEDEIROS, 2013).

No tocante aos cuidados em saúde para as doenças sexualmente transmissíveis, o surgimento da AIDS no final da década de 80 do século passado, deu início a discussões e sistematização dos cuidados a partir, inicialmente, da concepção de grupos de riscos e em seguida de comportamentos de risco, priorizando a ação individual sem contextualizar aspectos sociais, culturais e programáticos. Contudo, a disseminação da aids na população em geral levou a adoção do conceito de vulnerabilidade, proposto por Jonathan Mann e colaboradores. No Brasil, o conceito foi desenvolvido por Ayres (1999) na perspectiva de distanciar a culpa individual e ampliar o olhar sobre as questões relativas ao adoecimento, sejam elas de dimensão individual, social e programática.

No plano pessoal, a vulnerabilidade depende do grau e da qualidade da informação de que os indivíduos dispõem sobre o problema, de interpretar e incorporar essas informações, transformando suas práticas diárias. A vulnerabilidade social se refere ao bem-estar social como moradia, acesso a bens de consumo, entre outros, e a vulnerabilidade institucional pode ser avaliada como a formulação das políticas e suas respectivas ações efetivamente concretas e passíveis de serem realizadas para o enfrentamento da epidemia, do financiamento ao acesso nos serviços de saúde (AYRES et al. 1999).

Os comportamentos e atitudes podem ser divididos em práticas de prevenção, tratamento e controle. As práticas de prevenção, como o próprio nome revela, são atitudes e comportamentos já definidos pela ciência e/ou pelo senso comum para evitar a contaminação de doenças ou infecções. O mais popularmente conhecido é o preservativo, no entanto, práticas como banhos de asseio, higiene, restrição na quantidade de parceiros, entre outras, também estão relacionadas à prevenção das IST.

As práticas de tratamento são aquelas executadas por pessoas que já possuem alguma IST, cujo objetivo é a cura a partir de comportamentos básicos, principalmente relacionados ao uso de medicações ou de tecnologias duras para resolução da patologia. Por fim, as de controle são aquelas cujas patologias não possuem cura, mas as práticas objetivam controlar os sintomas ou a piora da própria patologia, a exemplo do herpes e do HIV/aids, esta última, por exemplo, necessita de medicações diárias para controle de infecções oportunistas e/ou o desenvolvimento da aids enquanto doença propriamente dita.

Há de se considerar a dinamicidade do cuidado, que está relacionado com questões de ordem individual, social, cultural e programática. Experiências vivenciadas consigo mesmo, com familiares, com vizinhos e amigos podem interferir no autocuidado. Logo, fica claro a pertinência da Teoria das Representações Sociais para fundamentar a presente pesquisa. Os princípios da TRS podem assinalar a dinamicidade dos cuidados para as IST adotados por pessoas em situação de rua, considerando sua diversidade e complexidade.

2.2 Panorama nacional e local das Infecções Sexualmente Transmissíveis

Dentre os 340 milhões de novos casos de IST por ano no mundo, o Brasil tem uma incidência anual entre 10 e 12 milhões de casos sendo que uma proporção significativa é de casos não curáveis como a herpes genital, o papiloma vírus humano (HPV), a hepatite B e o HIV. Os custos do manejo das IST e suas complicações são relevantes e elas aparecem entre as 10 principais causas de procura por serviços de saúde na maioria dos países em desenvolvimento, respondendo por 17% das perdas econômicas com o binômio saúde-doença (BRASIL, 2011a, p.31).

As IST são consideradas como um dos problemas de saúde pública mais comuns em todo o mundo. Acometem ambos os sexos e tornam o organismo mais vulnerável a outras doenças, inclusive a AIDS, além de terem relação com a mortalidade materna e infantil. No

Brasil, são várias as infecções de transmissão sexual na população sexualmente ativa e as estimativas da OMS para cada ano, destacam a sífilis com 937.000 casos; a gonorreia, com 1.541.800; a clamídia, 1.967.200; o herpes genital, com 640.900 e o HPV, com 685.400, segundo dados divulgados pelo Ministério da Saúde (PORTAL BRASIL, 2011).

Com o objetivo de acompanhar com mais fidedignidade a incidência e prevalência dessas doenças/infecções, o Ministério da Saúde tornou obrigatória para profissionais e estabelecimentos de saúde, a notificação de casos de sífilis congênita a partir de 1986, sífilis em gestantes, desde 2005, sífilis adquirida desde 2010. E para aids, a gestante HIV positiva e a criança exposta ao HIV passaram a integrar o Sistema Nacional de Vigilância em 2001. Atualmente a lista atualizada é regida por meio da Portaria nº 1.271, de 6 de junho de 2014 (BRASIL, 2014). Para as demais DSTs não existe obrigatoriedade de notificação compulsória, no entanto, essas ocorrências podem ser notificadas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), para avaliar a magnitude das IST na população.

As IST são causadas por agentes etiológicos, entre vírus, bactérias, fungos e protozoários, e são transmitidas de uma pessoa para a outra por contato íntimo ou sexual. A transmissão ainda pode acontecer de forma congênita, durante a gestação, o parto ou a amamentação. Podem se apresentar sob a forma de úlceras genitais, corrimento uretral, corrimento vaginal e Doença Inflamatória Pélvica (DIP) (BRASIL, 2015, p.3).

Segundo dados da Pesquisa de Conhecimentos, Atitudes e Práticas relacionada às IST e Aids da População Brasileira, 17% dos homens sexualmente ativos entre 15 e 64 anos referiram pelo menos um episódio anterior relacionado às IST e 12% de prevalência autodeclarada de corrimento uretral. Aproximadamente 4% declararam ter tido feridas, 3,6% referiram bolhas e 1,8% referiram verrugas, as três situações no pênis. Dentre as mulheres sexualmente ativas na mesma faixa etária, 56,5% declararam antecedentes de IST, incluindo o corrimento vaginal. Quando se exclui o corrimento vaginal, esse número cai para 9,5% das mulheres. Com relação a feridas, bolhas ou verrugas em vagina, relataram 7%, 2,2%, e 1,8%, respectivamente. (BRASIL, 2011a).

Além disso, a mesma pesquisa identificou que quase 47% dos homens e 18% das mulheres de 15 a 49 anos relataram ter múltiplas parcerias no ano anterior à pesquisa. A porcentagem de indivíduos que relatou o uso de preservativos na última relação sexual, nos últimos 12 meses, foi de 39%, no entanto, quando há parceria fixa ou casual essa porcentagem atinge 20% e 55%, respectivamente.

Como os fatores acima citados (número de parceiros, uso do preservativo) são atitudes e práticas que não afetam a população de modo uniforme, existem grupos específicos,

definidos pelo Ministério da Saúde como “populações-chave” que requerem uma atenção estrategicamente mais focada, como Homens que fazem sexo com homens - HSH, profissionais do sexo, travestis/transsexuais, pessoas que usam drogas, pessoas em situação de rua, população privada de liberdade, entre outras (BRASIL, 2015).

No que tange a vulnerabilidade da população em situação de rua para as IST/HIV/AIDS, pesquisa realizada por Jesus e Luppi (2012) que investigou os conhecimentos, atitudes e práticas em relação às IST e ao HIV da população em situação de rua em um centro de saúde de São Paulo, verificou que 31,9% dos entrevistados relataram não utilizar preservativo nos últimos seis meses. Observou-se que os indivíduos com menor escolaridade, maior idade, que relataram menor número de parceiros nos últimos seis meses e os que acreditavam que nas relações sexuais com pessoas aparentemente saudáveis não seria possível a transmissão do HIV, foram os que apresentaram as menores frequências de uso do preservativo.

Pesquisa de Grangeiro et al (2012), 61,7% das 1405 pessoas em situação de rua cadastradas em uma unidade de acolhimento em São Paulo, não utilizaram preservativo nas relações sexuais. Dado que aumenta para 78,7% na pesquisa de Brito et al (2007), com 330 usuários de um albergue, também em São Paulo. Esse dado é citado nas pesquisas uma vez que o preservativo se configura como principal método de prevenção das IST, sendo responsável pelo controle das mesmas, mesmo em situação de rua, onde aparentemente, o acesso ao serviço de saúde para aquisição de insumos é menor.

Para atender a demanda frequente dos serviços de saúde e promover o controle das IST no SUS, o Ministério da Saúde juntamente com outros órgãos tem criado e aprimorado programas e políticas, na tentativa de quebrar a cadeia de transmissão das DSTs na população do território brasileiro de um modo geral.

Para tanto, o Ministério da Saúde elaborou a Abordagem Sindrômica das IST, sendo a enfermeira da Atenção Primária à Saúde, uma das colaboradoras para o diagnóstico precoce e tratamento. A abordagem sindrômica classifica os principais agentes etiológicos, segundo as síndromes clínicas por eles causadas; utilizando fluxogramas que orientam o profissional a identificar as causas de uma determinada síndrome. Há ainda a recomendação do tratamento para os agentes etiológicos mais frequentes; abrange atenção dos parceiros, o aconselhamento e a educação sobre redução de risco, a adesão ao tratamento e o fornecimento e orientação para a utilização adequada de preservativo, além da oferta da sorologia para Sífilis, Hepatite e para o Vírus HIV/aids (BRASIL, 2006).

Para a saúde da mulher, foram criadas estratégias, a exemplo da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) que consolidou os avanços do antigo Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), e se propõe a melhorar os indicadores de saúde a partir de ações que contemplem as situações de vulnerabilidade enfrentadas pelas mulheres e garantam seus direitos sexuais e reprodutivos (COELHO et al, 2011).

Com isso, a Secretaria de Política para as Mulheres (SPM), tem identificado como prioritário que a integralidade e as questões de identidade de gênero e raça sejam incorporadas na formação dos profissionais de saúde; que as especificidades das mulheres Lésbicas e Transexuais e das mulheres em situação de rua sejam priorizadas; assim como o acesso aos insumos para proteção das IST/HIV/AIDS, aos métodos anticoncepcionais e aos exames citopatológicos para prevenção do câncer de colo de útero, além do fortalecimento da atenção básica no cuidado com a mulher, ampliação do acesso e qualificação a atenção clínico-ginecológica na rede SUS (SPM, 2014; BRASIL, 2004).

Para a saúde do homem, com relação à vulnerabilidade às DSTs e AIDS, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), conjuntamente com o Programa Nacional de IST/AIDS, explicitam que associado ao desenvolvimento de medidas que os informem de sua vulnerabilidade a essas doenças, deve ser garantido o acesso em larga escala aos métodos de prevenção e de controle das DSTs e da infecção pelo HIV, visto que a incidência tanto das DSTs/AIDS quanto a concepção não planejada vem aumentando neste grupo populacional (SEPARAVICH; CANESQUI, 2013). Para a saúde do homem, nas pesquisas realizadas pela autora até o momento, não foram encontradas referências com ações e estratégias específicas para o controle das IST para homens em situação de rua.

Considerando a incidência e prevalência de IST em pessoas que vivem e que não vivem em situação de rua, levo a acreditar que existe uma série de cuidados nesse sentido, a fim de, principalmente, prevenir as IST. Na própria Unidade de Acolhimento que estamos inseridas com atividades de educação em saúde, tem sido nítida a livre busca e o incentivo das funcionárias a distribuição do preservativo masculino.

2.3 Características e Políticas de Atenção para População em Situação de Rua

A vida na rua pode ser abordada como causa ou consequência de problemas de saúde. Há quem vá viver na rua e, por isso, adoça e há quem adoça e, por isso, vá viver na rua.

Logo, a vida na rua expõe homens, mulheres e crianças a riscos que fazem com que essa população mereça, sob diversos aspectos, abordagem específica das equipes de saúde.

A existência de pessoas em situação de rua é um fenômeno decorrente das transformações econômicas, políticas e sociais que acometem as grandes metrópoles, em nível mundial. No Brasil, a população em situação de rua tem se configurado como um fenômeno característico de regiões centrais das metrópoles. Nas últimas décadas, tem se apresentado como elemento social qualitativamente diferente, passando de grupos constituídos de migrantes para cada vez mais grupos de indivíduos originários das metrópoles urbanas, com níveis mais elevados de escolaridade e histórico de vida que inclui múltiplas atividades (JESUS; LUPPI, 2012).

A população em situação de rua sofre a marginalização provocada pelo capital, tornando-se socialmente “inútil”. Neste contexto, a competição acirrada do mercado de trabalho, a fragilização dos vínculos trabalhistas e o desemprego são alguns dos fatores desencadeantes desse processo (AGUIAR; IRIART, 2012). Os motivos para vida em situação de rua estão relacionados a um conjunto de fatores de ordem social, individual e contextual. Segundo Fernandes, Raizer e Brêtas (2007) os fatores que levam à situação de rua podem ser classificados em dois tipos: fatores macro referentes as tendências estruturais amplas do sistema político-econômico e os fatores micro que dizem respeito ao nível individual, a exemplo de vínculos familiares interrompidos.

A Constituição Federal Brasileira (Brasil, 1988), contempla uma seção para a saúde descrita no Art. 196 onde “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”. Assim, apesar de não evidenciar grupos específicos, fica ampliado o acesso de todas as pessoas à saúde. Contudo, na prática isso não ocorre de forma igualitária.

Ao longo da história algumas políticas e programas de atenção a grupos populacionais específicos, a exemplo de crianças, mulheres e idosos, foram elaborados e implantados no território nacional. De um modo geral, a implantação dessas políticas e programas não ocorreram em sua plenitude. Ademais, alguns grupos socialmente vulneráveis só foram contemplados, recentemente, a exemplo das pessoas em situação de rua.

Em 2004 foi divulgada a Política Nacional de Assistência Social (PNAS), que assegura cobertura social a população em situação de rua e outras populações. Esta política prevê ações de proteção social básica ou especial destinado a

famílias e indivíduos com perda ou fragilidade de vínculos de afetividade, pertencimento e sociabilidade; ciclos de vida; identidades estigmatizadas em termos étnico, cultural e sexual; desvantagem pessoal resultante de deficiências; exclusão pela pobreza; e, ou, no acesso às demais políticas públicas; uso de substâncias psicoativas; diferentes formas de violência advinda do núcleo familiar, grupos e indivíduos; inserção precária ou não inserção no mercado de trabalho formal e informal; estratégias e alternativas diferenciadas de sobrevivência que podem representar risco pessoal e social. (BRASIL, 2005a, p.33).

Os serviços de proteção básica serão executados nos Centros de Referência da Assistência Social (CRAS) e em outras unidades básicas e públicas de assistência social. O CRAS é uma unidade pública estatal, de base territorial, localizado em áreas de vulnerabilidade social e atende até 1000 famílias por ano, cujo objetivo como serviço de proteção é estreitar vínculos familiares, por meio de um conjunto de serviços locais que visam a convivência, a socialização e o acolhimento, em famílias cujos vínculos familiar e comunitário não foram rompidos, bem como o incentivo a integração com o mercado de trabalho (BRASIL, 2009).

Já a proteção especial é indicada para pessoas que além das vulnerabilidades citadas acima, vivenciam a violação de direitos e a exclusão social que é um processo que pode levar ao acirramento da desigualdade e da pobreza. É destinada a famílias e indivíduos que se encontram em situação de risco pessoal e social, por ocorrência de abandono, maus tratos físicos e, ou, psíquicos, abuso sexual, uso de substâncias psicoativas, cumprimento de medidas socioeducativas, situação de rua, situação de trabalho infantil, entre outras (BRASIL, 2005a).

Essa proteção especial pode ser de média e alta complexidade. As ações de média complexidade são destinadas a pessoas com direitos violados, porém com vínculos familiares e comunitários existentes. Os serviços de média complexidade incluem: serviço de orientação e apoio sociofamiliar; Plantão Social; Abordagem de Rua; Cuidado no Domicílio; Serviço de Habilitação e Reabilitação na comunidade das pessoas com deficiência e o Centro de Referência Especializado da Assistência Social (CREAS). As ações de alta complexidade são para pessoas com vínculos familiares e comunitários interrompidos, garantindo proteção integral com moradia, alimentação, higienização, entre outras. Aqui são incluídos: Atendimento Integral Institucional; Casa Lar; República; Casa de Passagem; Albergue; Família Substituta e Família Acolhedora. (SILVA; CEZAR, 2013; BRASIL, 2011b).

Em 2005 a obrigatoriedade de criação de programas de amparo no âmbito da organização dos serviços de assistência social para população em situação de rua foi instituída

pela lei nº11.258/05, incluída na Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS). A assistência a crianças e adolescentes em situação de risco pessoal e social estavam garantidos na lei anterior (BRASIL, 2005).

O Decreto de 25 de outubro de 2006 constituiu o Grupo de Trabalho Interministerial (GTI) com a finalidade de elaborar estudos e apresentar propostas de políticas públicas para a inclusão social da população em situação de rua e incluir aspectos das políticas de assistência social, saúde, educação, habitação, trabalho e renda, cultura e garantia de direitos humanos (BRASIL, 2006b).

As ações desenvolvidas pelo GTI resultaram na Pesquisa Nacional da População em Situação de Rua, realizada em 2007, envolvendo 71 municípios, sendo 23 capitais e 48 municípios com população igual ou superior a 300.000 habitantes, conforme informação do DATASUS, mediante aplicação de um questionário reduzido e uma pesquisa amostral com um número maior de questões. A pesquisa nacional, portanto, identificou 31.922 pessoas (maiores de 18 anos) em situação de rua. Somado com dados de pesquisas de outras cidades não envolvidas nessa pesquisa, foi estimado um número aproximado de 50.000 pessoas em situação de rua nas cidades estudadas (BRASIL, 2008a).

O último censo da população em situação de rua nacional (BRASIL, 2008a), realizado em 2008, evidenciou que o Brasil tem cerca de 48.836 adultos vivendo em situação de rua. Destes, 31.922 vivem nas capitais e Distrito Federal, 1.157 em Belho Horizonte (MG), 888 em Recife (PE), 1.203 em Porto Alegre (RS) e 13.666 em São Paulo (SP).

Em seu Artº 1, o Decreto 7.053 (2009), que instituiu a Política Nacional para a População em Situação, definiu pessoa em situação de rua enquanto

o grupo populacional heterogêneo que possui em comum a pobreza extrema, os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados e a inexistência de moradia convencional regular, e que utiliza os logradouros públicos e as áreas degradadas como espaço de moradia e de sustento, de forma temporária ou permanente, bem como as unidades de acolhimento para pernoite temporário ou como moradia provisória (BRASIL, 2009b, p.1).

De acordo com dados da Pesquisa Nacional (2008a), a população em situação de rua é predominantemente masculina (82%); mais da metade (53%) possuem entre 25 e 44 anos, 67% se autodeclararam pardos ou negros. A metade deles (52%) recebe entre R\$20,00 e R\$80,00 por semana, 74% dos(as) entrevistados(as) sabem ler e escrever, 17,1% não sabem escrever e 8,3% assinam o próprio nome. 70,9% da população exercem algum tipo de atividade remunerada e 15,7% pedem dinheiro como principal meio de sobrevivência.

Dentre outros aspectos da mesma pesquisa, as principais razões pelas quais essas pessoas estão em situação de rua são alcoolismo/drogas (35,5%), desemprego (29,8%), conflitos familiares (29,1%). Quanto ao tempo de permanência na rua, quase metade da população (48,4%) dorme nas ruas há mais de dois anos, 30% dorme nas ruas há mais de cinco anos, 22,1% costuma dormir em abrigos e 8,3% alternam as noites na rua ou em abrigos. Além disso, 24,8% não possuem qualquer documento de identificação e 88,5% afirmaram não receber qualquer benefício dos órgãos governamentais.

Quando o tema abordado foram as condições de saúde, 29,7% afirmaram ter algum problema de saúde, destacando: hipertensão (10,1%), problema psiquiátrico (6,1%), HIV/AIDS (5,1%), cegueira/problemas na visão (4,6%). Além disso, 18,7% fazem uso de algum medicamento desses, 48,6% conseguem os medicamentos nos centros de saúde do SUS. Quando doentes, 43,8% afirmaram procurar primeiro o hospital/emergência e em segundo lugar, o posto de saúde (27,4%) (BRASIL, 2008a).

Na Bahia, não foram encontrados pela pesquisadora, até o momento, referências ou a realização de um censo da população em situação de rua no estado.

Em Salvador, dados da Pesquisa Nacional realizada em 2007/2008 identificou 3.289 pessoas em situação de rua. Em 2009, a Pesquisa sobre a População de Rua desenvolvida especificamente no município de Salvador revelou que o número de pessoas em situação de rua era de 2076, desse total, 2010 pessoas responderam ao censo. Vale considerar que a pesquisa realizada na capital baiana, incluiu crianças de 0 a 17 anos, diferentemente da Pesquisa Nacional realizada com maiores de 18 anos (SALVADOR, 2010).

Segundo a pesquisa acima, o perfil sociodemográfico da PSR de Salvador é similar ao perfil apresentado pela Pesquisa Nacional, ou seja, a maioria é do sexo masculino (79,8%), negros, com idade entre 30 e 49 anos. Dentre os motivos que levam a pessoa a morar na rua, 50,6% declararam problemas familiares/afetivos, 34,2% alcoolismo/drogas e 21,1% desemprego. Quanto a escolaridade, 64,1% possuem o fundamental incompleto, 7,3% possuem o fundamental completo e 15,4% informaram nunca ter estudado.

Em Salvador, 80,4% das pessoas em situação de rua afirmam possuir algum tipo de atividade remunerada e 8,9 declaram receber algum benefício governamental. 80,5% dormem exclusivamente na rua e 6,4 em albergues/abrigos. 60,6% referiram não frequentar nenhum serviço de saúde hospitalar e 75,1% não frequentam nenhum serviço de saúde ambulatorial. Dos que afirmaram frequentar, 44% buscam em primeiro lugar a instituição hospitalar e 26,4% em segundo lugar buscam os postos de saúde. 77,7% referem não possuir problemas de saúde, mas dos que referiram, 27,7 possuem transtornos mentais, 9,6% problemas

cardiovasculares, 8,5% referiram tuberculose, fazendo uma ressalva para as IST/AIDS se encontram em 7º lugar com 5,3% (SALVADOR, 2010).

Com base nos dados da Pesquisa Nacional foi instituída a Política Nacional para a População em Situação de Rua e o Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento por meio do Decreto nº 7.053/09, onde define o conceito de população de rua, seus princípios, diretrizes e objetivos, bem como os representantes e as atribuições do Comitê Intersetorial (BRASIL, 2009b). Foi instituído também, o Comitê Técnico de Saúde para a População em Situação de Rua através da Portaria 3305/09 com atribuições específicas para garantir o acesso aos serviços de saúde do SUS pela população em situação de rua (BRASIL, 2009).

A partir dos dados levantados e ações das políticas implementadas, em 2011 foram implantados instrumentos de Atenção à Saúde que visam atender as necessidades da população em situação de rua, a exemplo da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) (BRASIL, 2011c), Consultórios na Rua (BRASIL, 2011), Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua (Centro POP) e as Unidades de Acolhimento (BRASIL, 2012b). O Consultório na Rua é um equipamento itinerante de saúde, constituídos por equipes multiprofissionais de saúde, que integram a Rede de Atenção Básica e desenvolve ações de atenção psicossocial, desenvolvendo ações compartilhadas e integradas às Unidades Básicas de Saúde e com os Centros de Atenção Psicossocial, priorizando que a assistência e o cuidado sejam realizados no próprio território de rua. (HALLAIS, BARROS, 2015; LONDERO, CECCIM, BILIBIO, 2014).

Já os Centro POP, são Serviços Especializados para Pessoas em Situação de Rua que compõe o Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos ofertado pelo CREAS e se configuram como espaços de referência para o convívio grupal, social e o desenvolvimento de relações sociais. Enquanto as Unidades de Acolhimento (UA), são serviços que oferecem acolhimento transitório às pessoas de ambos os sexos, com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Elas funcionam como casas temporárias e os usuários possuem apoio da Rede de Atenção na busca de emprego, estudo, benefícios sociais e outras alternativas de moradia (SILVA, CEZAR, 2013)

Então, para nortear as ações voltadas para essa população específica foi instituído o Plano Operativo para Implementação de Ações em Saúde da População em Situação de Rua 2012 -2015. Esse documento possui diretrizes e estratégias de orientação para o processo de enfrentamento das iniquidades e desigualdades no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), uma vez que os programas desenvolvidos até o momento são considerados insuficientes para

sanar as necessidades da população em situação de rua, funcionando eventualmente como abrigos (HALLAIS, BARROS, 2015; BRASIL, 2012c).

Por fim, o Estado e a sociedade tem se articulado com políticas e leis específicas para pessoas em situação de rua e a atenção à saúde dessa população. Ainda há muito a se fazer para alcançar melhores condições sociais e de saúde, visto que os locais que servem de suporte sejam para atividades diurnas ou abrigos noturnos ainda não alcançam 100% da PSR. Portanto, outras ações devem ser realizadas a fim de favorecer a autonomia desses indivíduos e o retorno a atividades diárias de vida e saúde.

3 REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO

A Teoria das Representações Sociais (TRS) teve seu início na França, na década de 50, quando o psicólogo social Serge Moscovici buscou entender como a psicanálise era compreendida pela sociedade francesa naquela época. A partir desse estudo, ele conseguiu entender como um objeto científico torna-se objeto do senso comum (SILVA, CAMARGO, PADILHA, 2011).

Para descrever a TRS, Moscovici se baseou em outros estudiosos como Durkheim, que descreveu o conceito de representações coletivas e as diferenciou das representações individuais, definindo as primeiras como substrato da sociedade em sua totalidade, e as últimas, a consciência de cada indivíduo, sendo assim, variáveis. As representações coletivas não são o denominador comum das representações individuais, mas sim, se vividas por todos os membros de um grupo, perdurando por gerações e preservando o conceito e o vínculo entre eles, preparando-os para pensar e agir de modo equânime, repercutindo em suas representações (MOSCOVICI, 2001).

A teoria refere-se a um modelo teórico, um conhecimento científico, que visa compreender e explicar a construção do conhecimento produzido no senso comum (teorias do senso comum). A TRS parte da premissa de que existem formas diversificadas de se conhecer e de se comunicar, guiadas por objetos diferentes, formas que não são móveis, como a consensual e a científica que se mantém com seus propósitos e particularidades.

A representação social pode ser entendida como conceitos construídos socialmente e que permite ao indivíduo ou grupo dar um sentido a suas condutas e compreender a realidade através de seu próprio sistema de referência, logo, adaptar-se e definir seu lugar nessa realidade (ABRIC, 1998). Isto significa dizer que ela é pautada na análise da formação e transformação do conhecimento social, ou seja, é fundada na produção dos saberes aí existentes. O processo de construção das representações sociais se dá à medida que os indivíduos voltam às suas memórias, suas vivências e tradições e combinam antigos componentes com novos, dando continuidade à produção do mundo de imagens e ideias a que pertencem. (PRAÇA; NOVAES, 2004, p.34).

As autoras supracitadas explicam que a TRS baseia-se na ideia de que as pessoas criam teorias próprias e buscam repostas ou esclarecimentos para uma diversidade de assuntos, como por exemplo, a escola, a política, a religião, a moral, os costumes, a saúde, a doença etc. Porém estes esclarecimentos possuem uma lógica, não são simples opiniões,

baseiam-se em experiências individuais e grupais, são carregados de valores e informações que chegam de diferentes fontes.

Duarte, Mamede e Andrade, (2009 p. 622), a partir das contribuições de Durkheim e Moscovici, definem representações sociais como:

um conjunto de conceitos, proposições e explicações originado na vida cotidiana no curso de comunicações interpessoais. Elas são o equivalente, em nossa sociedade, dos mitos e sistemas de crenças das sociedades tradicionais; podem também ser vistas como a versão contemporânea do senso comum.

Ao contrário das representações coletivas de Durkheim, as representações sociais envolvem um processo criativo, de elaboração cognitiva e simbólica, que se dá no âmbito da interação social. Nas representações sociais o individual e o coletivo estão presentes e têm como objetivo identificar como indivíduos e grupos constroem um mundo estável e previsível: “são fenômenos específicos que estão relacionados com um modo particular de compreender e comunicar – um modo que cria tanto a realidade como o senso comum. É para enfatizar essa distinção que uso o termo social em vez de coletivo” (MOSCOVICI, 2003 p.49).

A partir dos trabalhos de Moscovici sobre as representações sociais, outras perspectivas de estudo foram desenvolvidas em função da importância relativa que concebem à questão social ou à psicológica (cognitiva) na construção destas representações. Segundo Jodelet (2001), existem vários enfoques das representações sociais, dentre esses se destacam três grupos: abordagem processual ou dimensional, de Moscovici e Jodelet; a abordagem estrutural, de Abric e Flament e a abordagem societal da Escola de Genebra, de Doise.

A abordagem processual se preocupa, principalmente, com a maneira como ocorrem a construção, a gênese e os processos de elaboração das representações sociais, através dos processos de objetivação e ancoragem e da identificação de seus organizadores socioculturais, atitudes, modelos normativos ou esquemas cognitivos. Nesse enfoque, o social e o cognitivo são igualmente considerados.

Na perspectiva da abordagem processual, a objetivação é o processo pelo qual o que era desconhecido torna-se familiar. A ancoragem caracteriza-se pela inserção do objeto num sistema de pensamentos preexistentes, estabelecendo uma rede de significações em torno do mesmo, através de comparações com categorias e classificações previamente conhecidas (MOSCOVICI, 2001). Essas categorias de comparações emergem da vida social e cultural do indivíduo, cuja própria experiência está centrada nas tradições de uma coletividade.

A perspectiva estrutural ou do Núcleo Central de Abric e Flament dá maior ênfase aos processos cognitivos e à maneira como se organizam as representações sociais. Segundo Abric (2000), uma representação é constituída de um conjunto de informações, crenças, opiniões e atitudes em relação a um dado objeto social, organizado e estruturado em um sistema sócio cognitivo específico – núcleo central e elementos periféricos.

A mais clássica representação do núcleo central e elementos periféricos é o quadro de quatro casas, desenvolvida por Vergès, onde no quadrante superior direito estão localizados os prováveis elementos do núcleo central, ou seja, aqueles elementos mais rígidos, difíceis de serem modificados. Os quadrantes superior esquerdo e inferior esquerdo se encontram os elementos periféricos, que são aqueles mais maleáveis, mais fáceis de serem modificados. Já o quadrante inferior direito, encontra-se a zona de transição, onde encontram-se aqueles elementos que já compuseram o núcleo central e, atualmente, estão mais afastados ou são novas representações surgindo a partir desse momento e que podem um dia constituir o núcleo central da representação (ABRIC, 2000).

A teoria defendida por Doise chamada societal tem uma perspectiva mais socializante, pois considera que os determinantes sociais têm maior peso na organização das representações sociais. Estes enfoques não se constituem em teorias antagônicas, antes representam esforços de aplicação e aprofundamento do arcabouço teórico da grande teoria proposta por Moscovici, cujas características se tornam mais adequadas ou mais interessantes de acordo com o objeto e o objetivo que se deseja pesquisar (ARRUDA, 2002).

Um exemplo claro de elaboração de uma representação social pode ser observado na história da AIDS. Inicialmente a mídia passou a fornecer informações sobre o agravo denominando-o de “câncer ou peste gay” já que os casos registrados se concentravam entre homens que faziam sexo com homens (HSH). Pode-se reafirmar esse pensamento com as representações da AIDS constituídas no início da epidemia, onde estavam associadas ao vírus HIV, sexualidades desviantes, doença e morte (GIAMI, 2007).

Concomitantemente, também, foram divulgadas informações acerca da possibilidade da doença levar a óbito em pouco tempo. Há de se considerar que nos primeiros anos havia desconhecimento acerca das formas de contágio. Estes fatores contribuíram para a elaboração de RS relacionadas a um câncer (mortal) e a patologia como peste contagiosa (SANTOS; ALMEIDA, 2005). No entanto, atualmente, nas pesquisas desenvolvidas com AIDS, já se observam modificações significativas nas representações sociais, uma vez que o perfil das pessoas infectadas pelo vírus HIV se modificou, com aumento da qualidade de vida e diminuição da mortalidade.

Da mesma forma, as demais IST, que também formam objeto de representação social possuem representações sociais que devem ser analisadas, uma vez que o desenvolvimento de práticas de cuidado influencia na sua transmissibilidade. Portanto, apreender suas representações sociais é necessário para orientar condutas e, se necessário, modificar as práticas.

4 ASPECTOS METODOLÓGICOS

Neste capítulo está descrito o percurso metodológico da presente pesquisa, considerando os seguintes itens: tipo de pesquisa, cenário, participantes, técnica e procedimentos de coleta de dados, análise dos dados empíricos e, por fim, aspectos éticos.

4.1 TIPO DE PESQUISA

Diante da complexidade e relevância do objeto de investigação, da oportunidade de aproximação de um grupo populacional em ascensão no território brasileiro, confirmadamente com acesso restrito aos serviços de saúde, mas com demandas de saúde que merecem atenção, foi elaborado um projeto de pesquisa abrangente, envolvendo discentes de graduação e pós-graduação. Nessa perspectiva, optou-se pela abordagem qualitativa pela possibilidade que a mesma oferece de demonstrar diferentes perspectivas de um mesmo fenômeno, como um meio para explorar e entender o significado das pessoas para uma mesma questão (CRESWELL, 2010). Esta abordagem adequa-se a ao referencial teórico metodológico adotado.

Pelas características do objeto e objetivos foi adotado o caráter descritivo e exploratório. O caráter descritivo e exploratório permite aproximação entre pesquisadora, participantes e a temática estudada (POLIT, BECK, HUNGLER, 2011). Essa aproximação permite observar, descrever e explorar os aspectos de determinado fenômeno num grupo social, num determinado momento. Esta definição metodológica permitiu compreender os fenômenos, de acordo com a perspectiva das pessoas em situação de rua e, então, fazer inferências e/ou interpretações do fenômeno em estudo.

4.2 CENÁRIO DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada em duas UA para Pessoas em Situação de Rua, localizadas na cidade de Salvador, capital do estado da Bahia, Brasil. De acordo com dados do IBGE (2010) o referido município tem população estimada em 2.675.656 habitantes, sendo o mais populoso do Nordeste e o terceiro mais populoso do Brasil.

Em Salvador, embora a Pesquisa Nacional (BRASIL, 2008), realizadas em 2007 e 2008 com pessoas maiores de 18 anos, tenha identificado 3.289 pessoas em situação de rua, a

pesquisa do município realizada em 2009 com todas as pessoas sem limitação de idade, identificou 2.076 pessoas em situação de rua.

A UA, criada a partir da Política Nacional para a população em situação de rua, é uma instituição que oferece acolhimento voluntário e cuidados contínuos para pessoas em situação de vulnerabilidade social e familiar e que demandem acompanhamento terapêutico e protetivo, garantindo direitos de moradia, educação e convivência familiar e social (BRASIL, 2012b). As UAs se configuram como Centros de Reintegração Social, administrado pela Secretaria Municipal de Promoção Social e Combate à Pobreza (SEMPS) (BRASIL, 2009b). Segundo dados do Ministério da Saúde existem 34 unidades de acolhimento adulto no Brasil e, dessas, sete se encontram em Salvador.

Nas UA as atividades são desenvolvidas por uma equipe multiprofissional, com composição que varia de unidade para unidade. Esse perfil visa garantir a promoção da reinserção social, comunitária e familiar das pessoas atendidas. Os serviços contam com programações semanais de artesanato, educação física, alfabetização, ponto de leitura, rodas de conversa, reuniões com a equipe e residentes, além de oferta de documentação, dentre outras.

Funciona em tempo integral e oferta atendimento a mulheres e famílias, garantindo condições de estadia, convívio e endereço de referência, para acolher com privacidade pessoas em situação de rua e desabrigo por abandono, situações de negligência, violência e ruptura de vínculos, migração, ausência de residência ou pessoas em trânsito e sem condições de auto sustento (BAHIA ECONÔMICA, 2015).

As duas Unidades de Acolhimento, atualmente, funcionam nas instalações de hotéis desativados, que juntas, formam um quantitativo de 32 quartos com banheiros. A maioria dos quartos possui estrutura com cama de casal, situação presente até mesmo quando acolhem duas ou mais mulheres que não possuem união afetiva. As áreas direcionadas para atividades de vida diária são pequenas para o quantitativo de pessoas, mas a equipe e os (as) acolhidos se organizam em forma de revezamento para alimentação e demais atividades. As Unidades possuem regras de comportamento, convivência e horários determinados para as refeições, bem como para saídas e retornos.

O período de permanência na unidade é de três meses, podendo variar de acordo com a demanda da pessoa assistida. Nesse período busca-se reinserção familiar, aquisição de um dos auxílios disponibilizados pelo governo (auxílio aluguel, programa “Minha Casa, Minha Vida”, bolsa família, por exemplo) na tentativa de ajudar a pessoa a se manter fora do

contexto da rua. A assistência profissional se mantém por algum período depois da saída da pessoa da instituição visando assegurar a continuidade da pessoa no convívio familiar.

Em setembro de 2015, a unidade de Itapuã contava com 38 mulheres cadastradas e a de Amaralina que acolhe famílias, 30 pessoas, dentre homens e mulheres. No entanto, se destaca que como se trata de uma instituição temporária, onde as pessoas permanecem por uma média de três meses, o quantitativo dessas populações é flutuante. A capacidade máxima de atendimento das unidades é de 68 pessoas, no entanto, pela possibilidade de mais de uma pessoa pode ser acomodada em um mesmo dormitório, pode existir um discreto aumento no número de pessoas acolhidas.

No que se refere a composição da equipe, a UA de Itapuã é integrada por uma assistente social, uma pedagoga, uma administradora e seis educadores sociais. A UA de Amaralina é composta por uma assistente social, uma enfermeira, uma psicóloga e quatro educadores sociais. Apesar do conceito de equipe multiprofissional não definir quantidade específica de pessoas, no contato com a administração das duas UAs, fica evidente que a equipe pode ser considerada reduzida, mediante as múltiplas necessidades percebidas da população atendida, sobretudo no que diz respeito a demandas relacionadas a saúde.

A escolha desses cenários se deu a partir de inúmeras buscas por uma instituição que possibilitasse troca de oportunidades e aprendizados e não apenas a realização da pesquisa. Ademais, considera-se o processo de aproximação de extrema relevância para reformulação de representações sociais acerca do grupo investigado, formação de vínculos entre pesquisadora e atores sociais visando participação na pesquisa livre de preconceitos e receios.

A inserção nas unidades teve início em setembro de 2015, mediante contato prévio com a coordenadora da instituição de Itapuã. Na primeira visita á referida unidade houve a apresentação para equipe de trabalho da proposta de pesquisa e de atividades de intervenção a ser desenvolvida com as pessoas assistidas. As atividades de aproximação foram iniciadas após aquiescência da direção e da equipe. Durante 13 meses foram realizadas atividades referentes a saúde, a exemplo de câncer de mama, câncer de colo de útero, câncer de próstata, alimentação saudável, tuberculose, hanseníase, dentre outros temas de promoção e prevenção à saúde. Esta ação teve o objetivo de construção do vínculo com as pessoas cadastradas e efetivação de diálogos sobre diversos assuntos de interesse do grupo, com enfoque principal em temáticas relacionadas a saúde.

As atividades educativas e lúdicas desenvolvidas na UA de Itapuã tiveram repercussão a ponto de despertar o interesse de outra unidade. Nesta perspectiva, numa devolutiva para SEMPS, foi repassada a solicitação para atuação na UA de Amaralina. A solicitação atendeu

a expectativa de ampliar o número de participantes e contribuir para o público investigado. Nesta perspectiva as atividades na UA de Amaralina tiveram início em março de 2016.

4.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA

A pesquisa ampliada foi desenvolvida com 72 pessoas cadastradas nas UAs. Desse total, 28 participantes responderam aos instrumentos específicos para o objetivo proposto nesta pesquisa.

A seleção dos (as) participantes foi realizada mediante atendimento aos seguintes critérios de inclusão: ter idade igual ou superior a 18 anos e possuir, no momento da coleta de dados, aparentes condições físicas e psíquicas para participar da pesquisa. Considerou-se critério de exclusão, apresentar estado alterado de consciência por uso de substâncias psicoativas e/ou por qualquer outro motivo, inclusive por enfermidade diagnosticada.

O número de participantes foi delimitado pelas especificidades do público-alvo e da temática a ser abordada, assim como pelas características das técnicas de produção dos dados adotadas e da fundamentação teórica.

No levantamento bibliográfico de pesquisas embasadas na Teoria das Representações Sociais, cuja técnica de coleta de dados foi o D-E, a quantidade de participantes variou entre 5 e 30 pessoas, mantendo uma média de 15 pessoas. Dentre os estudos avaliados, a técnica de D-E com tema foi aplicada por Fonseca (2014) com 30 idosos. Pesquisa de Rodrigues (2013), envolveu 25 mulheres pós cirurgia cardíaca acerca da sexualidade. Ribeiro (2011), aplicou a técnica com 22 profissionais de saúde acerca do aleitamento materno. Outra pesquisa abordou cinco crianças hospitalizadas (RIBEIRO, PINTO JÚNIOR, 2009). Outra ainda, envolveu dez com pessoas usuárias de psicoativas (FARIAS; FUREGATO, 2005). Portanto, a quantidade de pessoas que participaram do D-E na presente pesquisa, é representativa para uma pesquisa de Representações Sociais.

Após aplicação da técnica projetiva, foi realizada a entrevista, seguindo os mesmos critérios de inclusão e exclusão. Essa técnica foi realizada até o momento de saturação dos dados, o que ocorreu na 10ª entrevista. O conceito de saturação é utilizado quando se realiza uma pesquisa qualitativa, e entende-se como a suspensão da coleta quando os dados obtidos passam a apresentar, na avaliação da pesquisadora, redundância ou repetição, não sendo considerado relevante persistir na coleta de dados. Ou seja, a continuação das entrevistas pouco acrescentaria para o aperfeiçoamento da reflexão teórica fundamentada nos dados que estão sendo coletados (FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008, p.1).

4.4 TÉCNICAS DE COLETA DE DADOS

No estudo da TRS que discute a dinâmica do conhecimento entre os universos reificados e consensuais, ressalta-se a importância da adoção multitécnicas visando captar a multiplicidade de elementos que formam as representações sociais. O uso de multitécnicas permite uma aproximação do objeto sob perspectivas diferentes, consentindo penetrar em sua complexidade e dinâmica, envolta em processos psicológicos, sociais e culturais.

Nesta perspectiva, foram escolhidas duas técnicas de coleta de dados adequadas a pesquisas fundamentadas na TRS, quais sejam: Desenho-Estória (D-E) com Tema e entrevistas semiestruturadas. Acredita-se que essas duas técnicas forneçam suporte apropriado para conhecer as práticas de cuidado em IST realizadas por pessoas em situação de rua.

O D-E com tema é uma técnica projetiva que objetiva apreender elementos latentes que aprofundam o conhecimento sobre a personalidade através da utilização de informações oriundas de técnicas temáticas e gráficas. É constituída pela associação de processos expressivo-motores (desenho livre) e processos perceptivos-dinâmicos (verbalizações temáticas). Seu uso na pesquisa em representações sociais possibilita uma aproximação do inconsciente intelectual e simbólico dos sujeitos envolvidos e representa uma ferramenta valiosa que permite acessar os níveis subjetivos e revelação dos conteúdos latentes das representações (MEDINA, 2007). Nesse sentido, a apreensão das representações sociais, a partir do recurso gráfico, figura ou desenho, adquire importante significado, pois é um meio de expressão e comunicação na área intermediária entre realidade interna e externa.

O D-E consiste na elaboração de unidades de produção. Cada unidade é composta por um desenho livre, uma história, um inquérito e um título, ou seja, o (a) participante realiza primeiro o desenho com o qual verbaliza uma história e, em seguida, responde as questões do(a) pesquisador(a) por meio de esclarecimentos e novas associações, dando um título a essa unidade de produção. Essa ordem sequencial não pode se modificar ao longo da aplicação (TRINCA, 2013). Assim, o uso desses procedimentos faz emergir a construção conceitual e a figurativa, revelando que toda figura comporta um sentido e todo sentido pode ser representado por uma figura. (MIRANDA, 2007).

O D-E pode ser utilizado para pessoas de ambos os sexos, de qualquer idade em que seja possível sua aplicação, podendo pertencer a todos os níveis socioeconômicos e culturais (CARVALHO, 2010). Como exemplos, podemos citar pesquisas com crianças, como os de Prudenciatti, Tavano, Neme (2013) que estudaram 10 crianças em situação pré-cirúrgica no Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais HRAC-USP, Bauru, São Paulo, Brasil.

Farias e Furegato (2005) objetivou conhecer alguns significados manifestos e latentes da vivência de jovens usuários de drogas. A mesma técnica foi também aplicada a idosos em contexto de asilo em pesquisa realizada por Miranda et al (2007), que objetivou compreender as manifestações da sexualidade neste público.

Além desses, outros estudos com crianças, adolescentes, gestantes, parturientes, puérperas e idosos tem sido realizados, no entanto, não foram encontrados estudos com PSR utilizando a técnica de D-E. Portanto, o uso do D-E com tema no presente estudo contribuiu para conhecer e evidenciar aspectos latentes do imaginário das PSR no que se refere às práticas de cuidado relativas às ISTs.

Das 28 pessoas que fizeram o D-E com tema 10 aceitaram responder a entrevista semiestruturada, objetivando aprofundar informações acerca do objeto de estudo conforme a especificidade dos (as) participantes. Segundo Minayo (2014), a entrevista é uma técnica que tem como objetivo levantar informações pertinentes para um objeto de pesquisa e serve como um guia para aprofundamento de questões relacionadas ao objeto de investigação.

A entrevista semiestruturada permite apreender o ponto de vista da (o) entrevistada (o), de acordo com os objetivos da pesquisa, mediante roteiros com poucos questionamentos, de forma que promove a ampliação e o aprofundamento da comunicação (MINAYO e GOMES, 2011). É uma técnica comumente utilizada em pesquisas qualitativas, sobretudo aquelas norteadas pela Teoria das Representações Sociais, favorece profundidade de questões de interesse do (a) pesquisador (a) e, se utilizada combinada com técnicas projetivas, podem ser úteis para confrontar as informações do consensual e do projetivo, também chamada de triangulação dos dados.

4.5 PROCESSO DE PRODUÇÃO DOS DADOS

A produção dos dados ocorreu no período de junho a outubro de 2016, após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP). Inicialmente foi apresentada a pesquisa e seus objetivos para os (as) participantes. Nessa apresentação buscou-se esclarecer as dúvidas que surgiram. Nesta oportunidade foi apresentada e orientada a técnica de Desenho Estória com tema e ofertado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), o qual foi assinado por todos os participantes.

Visando a identificação dos participantes, antes da aplicação da técnica foram anotadas informações de identificação que servirão para caracterizar as pessoas investigadas, com idade, sexo, raça/cor, escolaridade, renda, religião, tempo de vivência na rua, filhos,

família, uso de drogas, contaminação com IST, formas de prevenção para IST, entre outras (Apêndice A).

Para aplicação da técnica do D-E, foi oferecido papel ofício em branco, lápis grafite, lápis de cor e canetas esferográficas para realização dos desenhos. Em seguida, foi solicitado que a elaboração de desenho com o tema “Cuidados para doenças transmitidas pela relação sexual”. Posteriormente, foi solicitado aos participantes escrever uma estória sobre o desenho e, por fim, intitular sua produção. Nos casos de dificuldade na elaboração da estória, foi solicitado que a contassem verbalmente, procedimento este que foi gravado e, posteriormente, transcrito pela pesquisadora. A aplicação do D-E, foi realizada individualmente, visto que há pessoas não alfabetizadas na UA, evitando, assim, constrangimento para os (as) participantes ou perda de informações úteis para a pesquisa.

As pessoas que aceitaram participar da entrevista foram levadas para um local mais reservado na UA a fim de evitar intercorrências e manter a privacidade da/do participante, sobretudo diante do tema abordado. As entrevistas foram guiadas por um roteiro previamente elaborado (Apêndice B) composto por duas partes: dados de identificação dos participantes e questões norteadoras acerca da vida na rua e do cuidado em saúde e em IST. As questões foram desdobradas respeitando e articulando com a linha de pensamento e experiência dos (as) entrevistados (as), articulando-as com questões que envolvam as práticas de cuidado em IST.

A aplicação da entrevista gravada se deu numa sala reservada, sem ruídos ou outras interferências, para preservar o sigilo. Inicialmente, foi retomado o desenho-estória da pessoa a fim de que a mesma adicionasse algo não referido anteriormente ou que a fez refletir a partir da primeira técnica. A partir das inferências dos sujeitos, novas perguntas foram elaboradas a partir de hipóteses derivadas das respostas anteriores. Ao final de cada entrevista, foi disponibilizado um tempo livre para o (a) entrevistado (a) explorar ideias ou contar experiências que não tenham sido contempladas na entrevista geral. Posteriormente, o conteúdo das gravações foi transcrito na íntegra.

4.6 PROCEDIMENTO DE ANÁLISE DOS DADOS

Os dados oriundos do Desenho Estória e entrevista foram analisados, no primeiro momento, individualmente. Essa análise favoreceu aprendizado para a técnica específica e compreender etapas do processo de análise com base nos princípios da TRS. Nesta etapa os DE foram analisados segundo técnica proposta por Coutinho (2001), conforme descrito a

seguir. posteriormente, articulados para melhor compreensão das ideias que compõem as representações sociais das pessoas em situação de rua acerca dos cuidados em saúde para IST. O uso de multitécnicas para análise dos dados está embasado nos princípios da TRS.

Os dados coletados a partir do D-E com tema foram analisados à luz dos cinco procedimentos propostos por Coutinho (2001), quais sejam:

- 1. Observação sistemática dos desenhos:** foram verificadas, a partir da expressão gráfica, os desenhos realizados e o sentido de cada um;
- 2. Leitura flutuante dos conteúdos das histórias:** foram realizadas leituras exaustivas do conjunto dos temas e histórias dos desenhos e, junto com a associação da expressão gráfica, foi realizado o recorte e categorização das unidades temáticas das histórias.
- 3. Recorte e categorização das unidades temáticas das histórias:** foi realizado o agrupamento dos D-E em categorias temáticas que podem emitir o mesmo sentido/significado para o conteúdo gráfico das ilustrações associado com as respectivas histórias de cada D-E;
- 4. Análise e interpretação dos conteúdos temáticos:** foi realizada a análise e interpretação do conteúdo das histórias narradas nos D-E.
- 5. Análise e interpretação dos desenhos através do grafismo:** foi realizada com base no conteúdo e descrição da expressão gráfica de cada D-E.

No processo de análise dos grafismos foram identificados cinco grupos temáticos, mostrados no quadro a seguir:

Quadro 01 - Grupos temáticos oriundos do Desenho-Estória com Tema

Grupos temáticos	Denominação
1	Cuidados com a saúde: <i>“o conhecimento e a prevenção são a chave para a harmonia da saúde sexual”</i> .
2	Preservativo: <i>“é desconfortável, mas tem que usar”</i> .
3	Acesso ao serviço de saúde: <i>“há sim, maneiras e meios de prevenir ou tratar as doenças”</i> .
4	Sexo abrigado: <i>“porque ter relação na rua não é seguro”</i> .
5	Pessoa com IST: <i>“porque qualquer pessoa pode ter uma IST”</i> .

No processo de análise individual dos dados oriundos das duas técnicas de produção de dados, o conteúdo das entrevistas foi organizado para processamento pelo software *Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires (IRAMUTEQ)*. Este software vem sendo amplamente utilizado na análise de dados de pesquisas, pois possibilita cinco tipos de análises: estatísticas textuais clássicas; pesquisa de

especificidades de grupos; classificação hierárquica descendente; análises de similitude e nuvem de palavras (CAMARGO e JUSTO, 2013). Além da multiplicidade de análise, permite interface simples e compreensível, disponível em língua portuguesa e de acesso gratuito, trazendo variadas contribuições às pesquisas.

Vale ressaltar que o uso do software não é um método de análise de dados, mas uma ferramenta que permite processá-los, e a partir disso, possibilitar a interpretação e análise pelos (as) pesquisadores (as).

Nesta pesquisa, para o processamento de dados utilizou-se a Classificação Hierárquica Descendente (CHD). O método da CHD, segundo Camargo e Justo (2013), fornece uma forma de apresentação dos resultados, por meio de uma análise fatorial de correspondência que representa num plano cartesiano as diferentes palavras e variáveis associadas a cada uma de suas classes. A interface ainda possibilita recuperar, no *corpus* original, os segmentos de texto associados a cada classe, possibilitando uma análise mais qualitativa dos dados.

O conteúdo de cada entrevista foi delimitado através da inserção de uma linha de comando, onde foram digitadas algumas variáveis de interesse de forma codificada, separadas entre si por asteriscos, as variáveis foram captadas através do questionário de caracterização dos sujeitos. Esta linha de comando delimita, também, o início de cada unidade a ser analisada e denomina-se: unidade de contexto inicial (UCI).

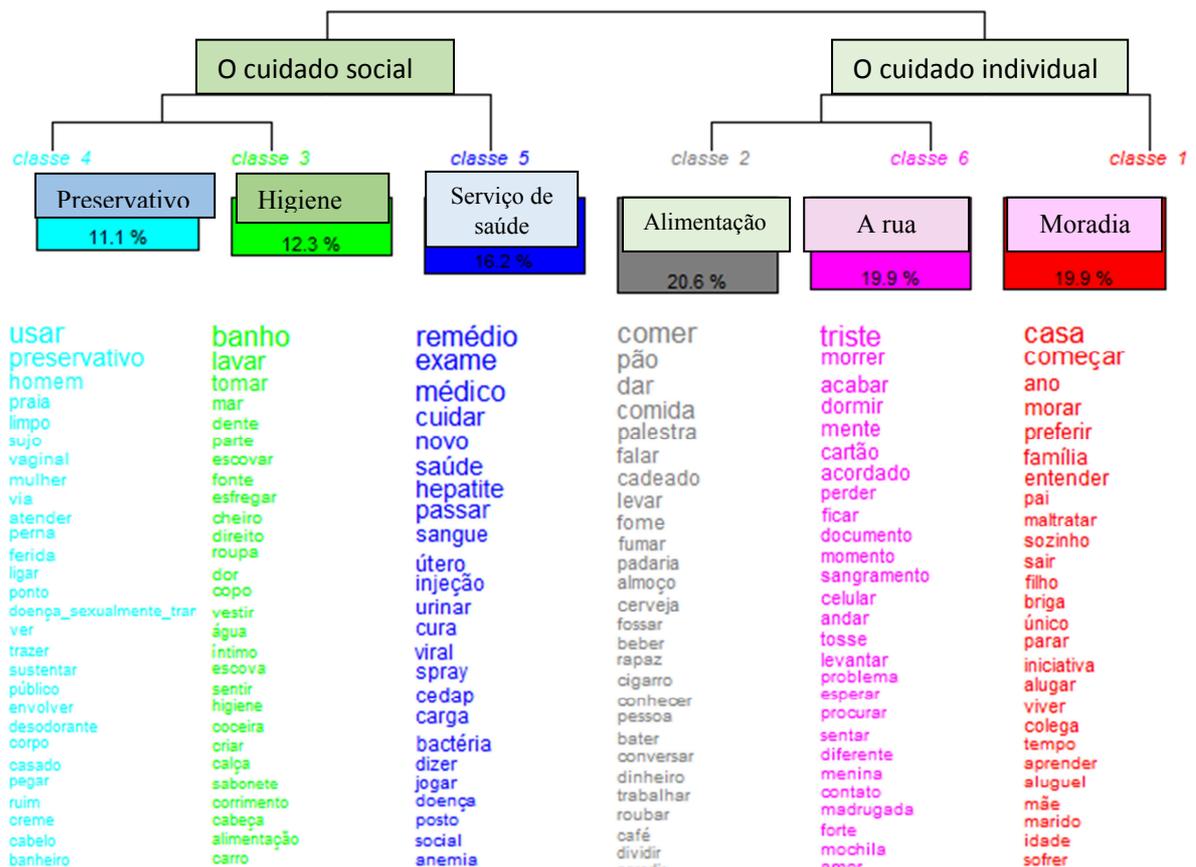
O processamento do conteúdo das entrevistas revelou um corpus constituído por 445 segmentos. Desses 413 foram analisados, representando 92,81% do total do corpus processado. A forma gráfica da CHD gerada pelo processamento dos dados pode ser visualizada na Figura 01. Observam-se, inicialmente, duas grandes divisões do material analisado, em seguida, inicia a sua segunda segmentação, que posteriormente, sofreu outras subdivisões, gerando classes cada vez mais específicas e homogêneas, que totalizaram seis classes.

A primeira ramificação reúne os aspectos relativos ao indivíduo, sendo denominada de “O Cuidado individual”. As classes que compõem essa ramificação têm em seu conteúdo questões relativas à moradia (classe 1), o contexto da rua (classe 2) e alimentação (classe 6). A segunda, agrupa questões relativas ao social, logo foi intitulada de “O cuidado social”, formada por 3 classes que abordam aspectos relacionados ao preservativo (classe 4), higiene (classe 3) e serviços de saúde (classe 5).

As divisões do conteúdo analisado indicam a existência de diferenças e oposições que impossibilitam a permanência do conteúdo em um só bloco de significação. As classes constituídas a partir de uma mesma origem, apesar de comportarem um significado de

oposição, possuem semelhanças que fazem jus a serem analisadas conjuntamente (OLIVEIRA; GOMES; MARQUES, 2005).

Figura 1: Classificação Hierárquica Descendente (CHD) das entrevistas



Fonte: Dados da pesquisa

Mediante os resultados de análise individual das técnicas foi realizada a triangulação dos dados objetivando o alcance dos objetivos propostos. Nesse processo, foi feita identificação de similaridade entre os grupos temáticos e as classes da classificação hierárquica descendente. As representações sobre o cuidado para IST emergentes no D-E convergiram com os achados da entrevista, além de ter enriquecido a análise dos dados empíricos, o que proporcionou compreender melhor o fenômeno estudado.

Diante das similaridades encontradas nas duas técnicas, foram organizadas duas categorias (Quadro 2). A primeira envolve as questões relacionadas a imagem da pessoa com

IST, revelando a dimensão imagética das Representações Sociais do grupo investigado. Já na segunda categoria são descritas as práticas de cuidado adotadas pelo grupo investigado para cuidados com uma IST. Essa categoria é dividida em três subcategorias que tratam acerca das formas de prevenção e proteção das IST, a exemplo do uso preservativo, a adoção de parceria fixa e abstinência sexual, a prática da higiene pessoal, a busca por diagnóstico, tratamentos e orientações nos serviços de saúde e o sexo abrigado, como a busca por um local protegido para a prática da relação sexual.

Quadro 2: Categorias resultantes da triangulação das técnicas

Categorias	Denominação	Subcategorias
1	Imagem da pessoa com IST	-----
2	Cuidados de saúde para IST	Subcategoria 1: Faço o que mandam: preservativo, parceria fixa, abstinência sexual e higiene
		Subcategoria 2: Sexo abrigado
		Subcategoria 3: Busca pelos serviços de saúde: diagnóstico, tratamento e orientações

4.7 PROCEDIMENTOS ÉTICOS

Por se tratar de uma pesquisa que envolve seres humanos, este estudo atende aos princípios da Resolução 466 (2012d), sendo apreciada pelo Comitê de Ética da Escola de Enfermagem da UFBA via Plataforma Brasil, aprovada por meio do parecer: 1.477.800 em 30 de março de 2016. A pesquisa atendeu os princípios éticos relacionados a autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade. No que se refere a autonomia da (o) s usuários da unidade em participar ou não da pesquisa, foi explicada a possibilidade de ter acesso aos resultados da mesma, bem como de desistir de participar a qualquer momento. O princípio da beneficência foi respeitado uma vez que, comprometeu-se com a busca de benefícios e o mínimo de danos e riscos possíveis, bem como o princípio da não maleficência garantindo que os danos previsíveis foram evitados.

Na pesquisa, todos (as) os (as) participantes foram informados sobre a natureza voluntária e confidencial da participação na pesquisa. Foi esclarecido previamente o risco oferecido pelo estudo, considerando o desconforto que o (a) entrevistado (a) poderá sentir ao

compartilhar sua vivência/experiência com um assunto íntimo como as IST. Também foram apontados os benefícios da sua participação no que se refere à contribuição para o conhecimento das práticas de cuidado em IST que as pessoas em situação de rua vivenciam e assim buscar estratégias para o seu controle. Durante as fases da coleta de dados, não foram necessários encaminhamentos para os serviços de apoio vinculados à Unidade de Acolhimento.

Foi garantido ainda aos sujeitos o direito de desistirem da pesquisa, em qualquer fase, sem que isso lhe traga prejuízo dentro da unidade de acolhimento ou sob qualquer benefício/auxílio que receba ou venha a receber, além da confidencialidade das informações, de modo que as publicações não permitirão a identificação dos mesmos. Foi informado também que o material será utilizado para divulgação do conhecimento científico por meio de artigos e apresentações em eventos, bem como, poderá ser utilizado por outros (as) pesquisadores (as), desde que consentido pelo CEP.

Este estudo, também, garantiu o anonimato dos dados e informações das participantes a partir da realização das etapas da coleta de dados em um ambiente seguro onde as pessoas possam expressar suas ideias e impressões. Neste sentido, os (as) participantes também serão identificadas pelos números sequenciais da coleta de dados.

Por fim, foi solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice C) a todos (as) os (as) participantes. Este documento foi construído pelas integrantes da pesquisa em linguagem compreensível contendo informações referentes aos objetivos, à justificativa, aos procedimentos de coleta e as mesmas encontram-se disponíveis para maiores esclarecimentos a qualquer tempo da pesquisa.

Todo o material coletado encontra-se arquivado por cinco anos no Grupo de Pesquisa “Sexualidade, Vulnerabilidade, Drogas e Gênero” e, após esse período será incinerado.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste capítulo são apresentadas, inicialmente, informações sobre o grupo investigado, possibilitando fornecer elementos de identificação do mesmo que possam ajudar na compreensão das suas representações para o objeto de pesquisa. Em seguida, mostro os resultados oriundos do Desenho Estória com tema e depois da entrevista. Os dados apresentados buscam responder aos objetivos propostos.

5.1 CARACTERIZAÇÃO DAS (OS) PARTICIPANTES

O princípio de dinamicidade da representação social está atrelado ao grupo investigado. Neste sentido, torna-se imperativo mostrar, mesmo de forma sucinta, elementos que possam identificar o grupo de pertencimento. No Quadro 1 são apresentadas as principais características sociodemográficas dos/das participantes, tais como: sexo, idade, escolaridade, raça/cor, conjugalidade, religião, tempo de moradia da rua, infecção, tratamento e prevenção de IST's. No referido quadro foi marcado também as/os participantes que responderam as técnicas de Desenho-Estória e Entrevista.

Quadro 1 – Caracterização das participantes

N	ID.	SEXO	SIT. CONJUGAL	RAÇA/COR	ESCOLARIDADE	RENDA	RELIGIÃO	TEMPO NA RUA	IST	PREVENÇÃO IST	D-E	ENTREVISTA
1	28	F	SOLTEIRA	PARDA	1º COMPLETO	000	CANDOMBLÉ	10 ANOS	NÃO	NÃO	X	X
2	56	F	DIVORCIADA	PARDA	1º INCOMPLETO	000	CATÓLICA	8 MESES	NÃO	ABSTINÊNCIA	X	X
3	38	F	SOLTEIRA	PARDA	1º INCOMPLETO	000	CATÓLICA	2 MESES	NÃO	PRESERVATIVO	X	
4	29	F	DIVORCIADA	PARDA	2º COMPLETO	000	NÃO	5 MESES	NÃO	NÃO	X	
5	24	M	SOLTEIRO	PARDA	1º INCOMPLETO	000	NÃO	12 ANOS	NÃO	PRESERVATIVO	X	
6	41	F	SOLTEIRA	PRETA	2º INCOMPLETO	00,00	NÃO	1 ANO	NÃO	PRESERVATIVO	X	X
7	28	F	SOLTEIRA	PRETA	1º INCOMPLETO	00,00	CATÓLICA	2 MESES	NÃO	PRESERVATIVO	X	X
8	41	M	SOLTEIRO	PRETA	1º INCOMPLETO	30,00	NÃO	20 ANOS	SIM	PRESERVATIVO	X	
9	41	F	SOLTEIRO	PARDA	2º COMPLETO	77,00	EVANGÉLICA	2 MESES	NÃO	PRESERVATIVO	X	
10	32	F	SOLTEIRA	PRETA	2º COMPLETO	00,00	CANDOMBLÉ	13 ANOS	NÃO	PRESERVATIVO	X	X
11	29	F	UNIÃO ESTÁVEL	PRETA	2º COMPLETO	00,00	NÃO	1ANO	NÃO	PRESERVATIVO	X	
12	23	M	SOLTEIRO	PRETA	1º INCOMPLETO	20,00	CATÓLICA	7 ANOS	NÃO	PRESERVATIVO	X	
13	28	M	CASADO	PRETA	1º INCOMPLETO	00,00	EVANGELICO	8 MESES	NÃO	NÃO	X	
14	40	F	UNIÃO ESTÁVEL	BRANCA	3º INCOMPLETO	80,00	UMBANDA	1 ANO	NÃO	PARCERIA FIXA	X	X
15	36	F	SOLTEIRA	PRETA	1º INCOMPLETO	50,00	CATOLICA	2 MESES	NÃO	PRESERVATIVO	X	
16	45	F	SOLTEIRA	PRETA	2º COMPLETO	00,00	NÃO	10 ANOS	NÃO	PRESERVATIVO	X	X
17	22	F	SOLTEIRA	PRETA	1º INCOMPLETO	30,00	CATOLICA	6 ANOS	SIM	NÃO GOSTA	X	
18	21	F	UNIÃO ESTÁVEL	BRANCA	1º INCOMPLETO	30,00	NÃO	9 ANOS	SIM	PRESERVATIVO	X	X
19	40	F	SOLTEIRA	PRETA	SEM ESCOLAR.	30,00	NÃO	23 ANOS	NÃO	PRESERVATIVO	X	
20	40	F	SOLTEIRA	PARDA	1º INCOMPLETO	00,00	NÃO	13 ANOS	HIV	PRESERVATIVO	X	
21	21	F	UNIÃO ESTÁVEL	BRANCA	2º COMPLETO	180,00	EVANGELICA	1 ANO	NÃO	PARCERIA FIXA	X	
22	43	F	SOLTEIRA	PRETA	1º INCOMPLETO	00,00	EVANGELICA	1 MÊS	NÃO	PRESERVATIVO	X	
23	27	M	UNIÃO ESTÁVEL	PRETA	1º COMPLETO	80,00	EVANGELICA	1 ANO	NÃO	PARCERIA FIXA	X	
24	25	F	UNIÃO ESTÁVEL	PRETA	1º INCOMPLETO	00,00	NÃO	12 ANOS	NÃO	PARCERIA FIXA	X	
25	32	F	UNIÃO ESTÁVEL	PARDA	1º INCOMPLETO	00,00	EVANGELICA	4 ANOS	NÃO	NÃO	X	
26	36	F	SOLTEIRA	PARDA	1º INCOMPLETO	00,00	NÃO	1 ANO	NÃO	PARCERIA FIXA	X	
27	33	M	SOLTEIRO	PRETA	2º COMPLETO	00	NÃO	3 ANOS	SIM	PRESERVATIVO	X	X
28	42	M	SOLTEIRO	PRETA	1º INCOMPLETO	00	CATOLICO	30 ANOS	SIM	PRESERVATIVO	X	X

Embora a pesquisa nacional (BRASIL, 2008) e a soteropolitana (SALVADOR, 2010) revelem que 80% da população que vive em situação de rua seja composta por pessoas do sexo masculino, na presente pesquisa a predominância foi de mulheres. Tal achado justifica-se pela escolha do lócus de pesquisa. Uma das unidades era específica para acolhimento de mulheres e a outra para acolhimento de famílias, na qual nem sempre existe a presença do homem compondo o núcleo familiar.

Vale ressaltar que em Salvador, das sete Unidades de Acolhimento para Pessoas em Situação de Rua, cinco abrigam mulheres e/ou famílias. Esse modelo parece atender a uma construção social da mulher como sexo frágil e que requer proteção, logo as unidades são direcionadas para as mesmas, na tentativa de reinserção social e protegê-las de agravos sociais e de saúde. Observa-se que de um modo geral as instituições são organizadas com base em construções sociais e culturais, pois os centros de recuperação para usuários de drogas e o sistema prisional em sua maioria são organizados para o público masculino, pois acredita-se que essas condutas não são concebidas para mulheres.

Considerando a idade dos (as) participantes, houve uma variação entre 21 e 56 anos, sendo mais frequente a faixa etária de 20-30 anos, seguido da faixa-etária de 40 a 50 anos. Com base na pesquisa nacional sobre pessoas em situação de rua (BRASIL, 2008) mais da metade (53%) possuía entre 25 e 44 anos. Trata-se, portanto, de uma população jovem, economicamente ativa e em idade fértil, que influencia diretamente no aspecto socioeconômico da cidade e do país.

No que se refere a escolaridade, observa-se pelos dados apresentados no Quadro 1 que a maioria tem baixo nível de escolaridade. Esses dados coadunam com as pesquisas já realizadas sobre população de rua, onde a maioria possui escolaridade igual ou menor que 1º completo. Essa informação demonstra a limitação desses sujeitos quanto acesso à informação e pouca possibilidade de melhoria da condição financeira. Segundo Fonseca et al (2012), o nível educacional é determinante no que se refere ao acesso à informação e perspectivas e possibilidades de benefícios em desfechos em saúde.

Outro elemento de identificação para os participantes diz respeito a raça/cor. Das 28 pessoas que participaram da pesquisa 27 se autodeclararam negros (09 pardas e 18 pretas). Esse achado pode ser justificado pela região geográfica na qual estamos inseridos, cuja origem é predominantemente afrodescendente. De acordo com dados publicados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010) a maior parte da população do estado da Bahia é composta negros, afrodescendentes, com concentração na cidade de Salvador. A predominância de raça negra entre PSR é confirmada em dados da Pesquisa Nacional de

Pessoas em Situação de Rua (BRASIL, 2010). Este dado confirma que a cor é um fator de desigualdade social.

A maioria das participantes afirmaram estar solteira e/ou não ter companhia fixa, contudo no espaço da rua buscam manter -se em companhia de alguém, preferencialmente com aparência do sexo oposto, como uma forma de autoproteção, uma vez que a rua oferece muitos riscos de violência e discriminação. Segundo Tiene (2005) as mulheres têm assumido a conjugalidade, sobretudo com pessoas do gênero oposto, em busca de proteção para as situações de violência vivenciadas na rua, sejam elas físicas ou sexuais. ROSA e BRETAS (2015) salientam que as mulheres apesar de relatarem temor e dificuldade para romper com uma relação violenta, tem optado em garantir sua própria segurança além de estarem menos tolerantes às agressões praticadas pelos companheiros, escolhendo-os por questões de ordem afetiva e/ou por semelhanças nos modos de vida.

No grupo investigado houve registro de várias religiões, contudo a maioria afirmou não ser adepto de uma religião. Não foram investigados os motivos para tal situação, assim como não se buscou informações de como se dava a adesão à religião da qual disseram ser adepto.

O tempo de vivência na rua variou entre 1 mês e 30 anos. Vale ressaltar que sete das pessoas entrevistadas afirmaram estar na rua há menos de um ano. A variação do tempo de vivência em situação de rua revela que tal conduta tem origem remota e que se mantém nos dias atuais. Sua manutenção está vinculada a questões de ordem econômica, social, cultural, política e de gênero.

A IST é apontada como o sétimo problema de saúde entre pessoas em situação de rua. No grupo investigado 24 pessoas referiram não ter adquirido nenhuma IST's e 6 pessoas referiram ter apresentado sífilis, HIV e/ou herpes. Vale ressaltar que todas as pessoas que referiram alguma IST, afirmaram ter realizado tratamento. Acredita-se que esse número possa ainda ser maior, contudo por se tratar de um assunto de fórum íntimo e difícil de ser prontamente revelado, algumas pessoas podem ter ocultado essa resposta.

Pesquisa realizada por Brito et al (2007), na cidade de São Paulo, dos 330 moradores de um albergue, 51% referiram IST anterior. Na pesquisa de Grangeiro et al (2012), também realizada em São Paulo, em uma unidade de acolhimento, dos 1405 moradores investigados 39,6% relataram já ter contraído uma IST. Resultados semelhantes são encontrados em pesquisas internacionais a exemplo da cidade de São Francisco nos Estados Unidos da América, na qual foi identificado que 30% da população tinha hepatites B e C e 6,2% infecção pelo HIV (KLINKENBERG, et al. 2003).

O uso do preservativo foi referido por 18 das pessoas entrevistadas. Dentre as 11 pessoas que afirmaram não utilizar métodos de prevenção, 6 justificaram manter parceria fixa e 5 asseguraram não gostar. Jesus e Luppi (2012) que investigou os conhecimentos, atitudes e práticas em relação às IST e ao HIV da população em situação de rua em um centro de saúde de São Paulo, verificou que 69,1% dos entrevistados relataram utilizar preservativo nos últimos seis meses. Além disso, na mesma pesquisa, os sujeitos consideraram a parceria fixa como forma de prevenção para IST's.

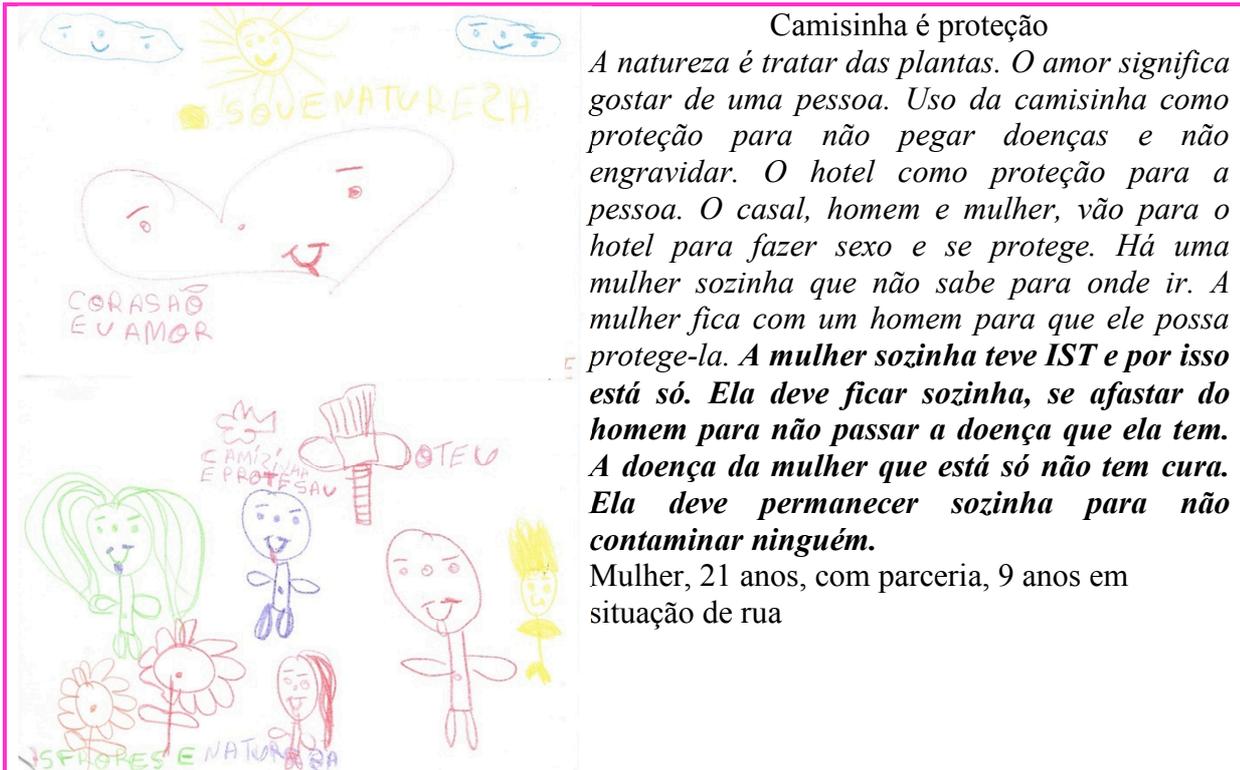
5.2 Categoria 1 – Mulher, triste, abandonada e traída: imagem da pessoa com IST

Os dados que compõem essa categoria remetem a função imagética da Teoria das Representações Sociais. Para o grupo investigado, as representações sociais da pessoa com IST estão ancoradas na imagem de alguém do sexo feminino, triste, que foi contaminada pelo parceiro e que está condenada ao abandono.

Dentre os desenhos estórias com tema, cinco evidenciaram elementos acerca da imagem da pessoa com IST. Na classificação hierárquica descendente, a Classe 6 (Figura 1), denominada “**A rua**”, composta por termos que expressam a imagem da PSR e as situações de dificuldades enfrentadas no dia-a-dia. Esta imagem se confunde em alguns aspectos com a imagem da pessoa com IST, representada prioritariamente como uma pessoa triste, que está à margem da sociedade e sofre situações de violência e de morte. Essa imagem foi representada prioritariamente no DE com tema. Essa distinção mostra a importância do uso de multitécnicas, sobretudo quando se aborda um tema complexo e com questões íntimas.

Quando convidados (as) a pensar e desenhar sobre IST em situação de rua, o grupo de pertencimento evidenciou aspectos relacionados a omissão da infecção para o(a)s parceiros(as) e a referência da mulher infectada com desenhos disformes, expressões de tristeza, cuja estória perpassa por situações de abandono, conforme observado nos D-E com tema nº 2, 14, 17, 22 e 25, discutidos a seguir.

Figura 2 - Desenho-estória 2: Camisinha é proteção

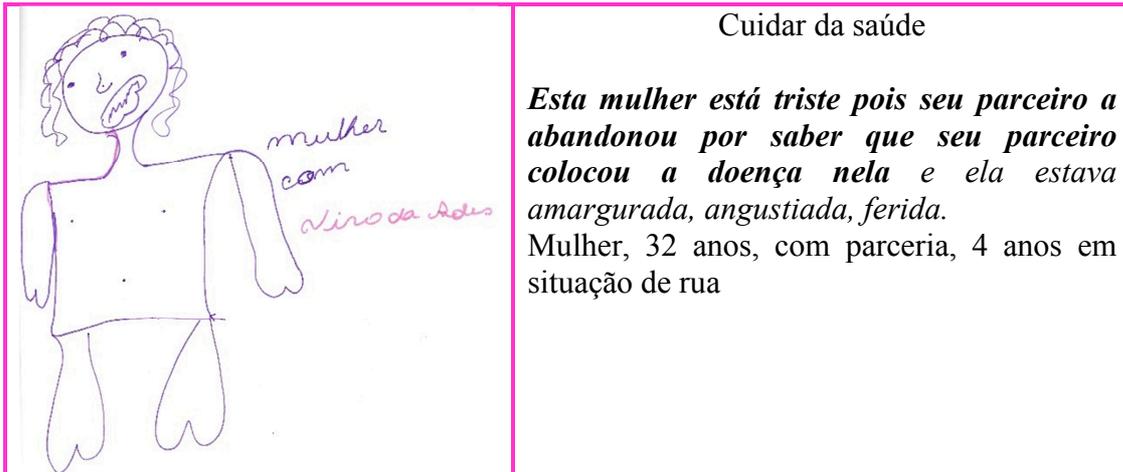


Fonte: Dados da pesquisa

Os elementos gráficos e textuais presentes no D-E 2 representa dois casais heterossexuais juntos e uma mulher sozinha. As mulheres que estão acompanhadas por homens não possuem IST e, portanto, são passíveis de ter um relacionamento e isso se configurar segurança. No entanto, a mulher que está sozinha contraiu uma IST e, por conta disso, ela tanto não consegue uma parceria como está condenada a ficar sozinha para evitar a transmissão.

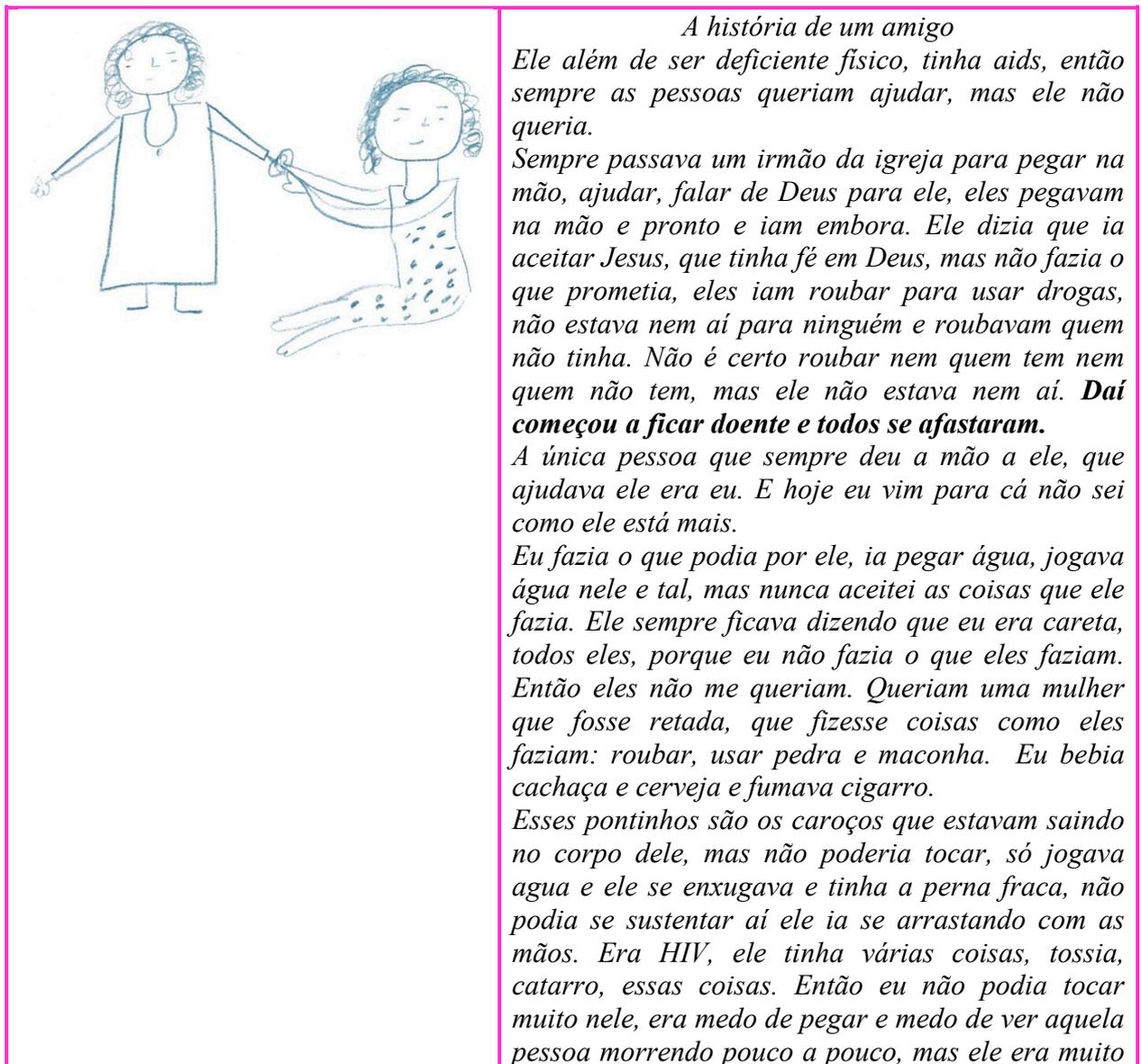
Da mesma forma, os D-E 22 e 17 evidenciam aspectos relacionados a tristeza e o abandono do parceiro após a contaminação por IST na estória, bem como retrata a imagem de uma mulher triste e disforme com o vírus da aids.

Figura 3 - Desenho-estória 22: Cuidar da saúde



Fonte: Dados da pesquisa

Figura 4 - Desenho-estória 17: *A história de um amigo*



	<i>legal.</i> Mulher, 36 anos, com parceria, 1 ano em situação de rua
--	--

Fonte: Dados da pesquisa

A experiência da tristeza e do abandono, principalmente do parceiro após a descoberta da infecção é evidenciada por esse grupo como uma situação de vulnerabilidade da mulher. Esse fato coaduna com a pesquisa de Araújo e Silveira (2007) que entrevistou 14 mulheres em tratamento para IST revelam que as mulheres sofrem situações de abandono em decorrência da revelação do diagnóstico. Esse diagnóstico, portanto, traz à tona, situações de infidelidade dentro de um relacionamento considerado seguro.

Para além das situações de tristeza e abandono, a contaminação por uma IST, para esse grupo, está associada a outras sensações de cunho negativo, principalmente a referência com a morte rápida, conforme evidenciado no D-E 25, onde é observada uma pessoa do sexo feminino, disforme, triste, doente e que, segundo a estória, teve uma morte rápida.

Figura 5 - Desenho-estória 25: Final muito triste

	<p>Final muito triste</p> <p><i>A pessoa que eu conheci pegou aids na rua e isso era muito triste. Tem que usar preservativo para não ter isso e entre a vida há esperança. Quem se cuida tem esperança de dar tudo certo na vida. Eu pensei em uma mulher que conheci, era bonita, mas ela ficou doente e morreu, isso foi muito rápido.</i></p> <p>Homem, 43 anos, com parceria, 13 anos em situação de rua</p>
---	--

Fonte: Dados da pesquisa

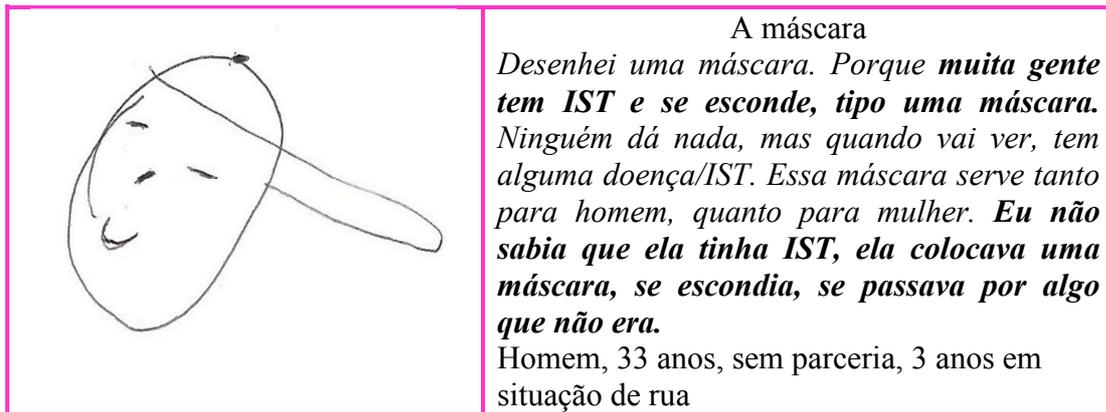
Essa representação parece estar ancorada na perspectiva inicial da aids, onde as pessoas que a contraíam tinham adoecimento agudo acompanhado de uma morte triste e rápida. Pesquisas revelaram que a perspectiva de adoecimento e morte se encontravam no núcleo central das representações (MARQUES, OLIVEIRA, GOMES, 2004; CASTANHA, ARAÚJO, 2006).

No entanto, pesquisas mais recentes, principalmente as relacionadas ao HIV/aids, já demonstram que esses termos se encontram mais presentes no núcleo periférico ou em transição (DANTAS, ABRÃO, FREITAS, OLIVEIRA, 2014; COSTA, OLIVEIRA, FORMOZO, 2012; COSTA, OLIVEIRA, FORMOZO, GOMES, 2012; NATIVIDADE,

CAMARGO, 2012). Isso se deve ao fato, da ciência desenvolver métodos diagnósticos aliados a tratamentos eficazes que prolongam e promovem qualidade de vida, além das campanhas que há décadas incentivam o uso de métodos de prevenção e proteção para as IST.

O D-E 14 evidenciou situações em que a(o) companheira(o) ocultou a informação da infecção durante o relacionamento.

Figura 6 - Desenho-estória 14: A máscara



Fonte: Dados da pesquisa

Segundo as participantes, o sentimento de traição pela supressão da informação da infecção, deve-se ao fato das participantes se considerarem protegidas das IST com a monogamia.

Essa representação está ancorada na ideia de proteção da parceria única, propagada como uma forma de proteção para contaminação do HIV/AIDS. Entretanto, a monogamia não se configura como forma de proteção para IST, visto que há décadas já se constata a contaminação de mulheres e homens que tiveram uma única parceria sexual (RODRIGUES, et al, 2012). Evidências epidemiológicas revelam que todas as pessoas estão vulneráveis a contaminação por IST/aids.

No conteúdo das histórias, quando há infecção por IST, as pessoas enfrentam o abandono social e da(o) companheira(o), conforme evidenciado nos D-E 17 e 22. Em decorrência desse abandono, causa nas pessoas, sentimento de tristeza, amargura, aflição, dentre outros.

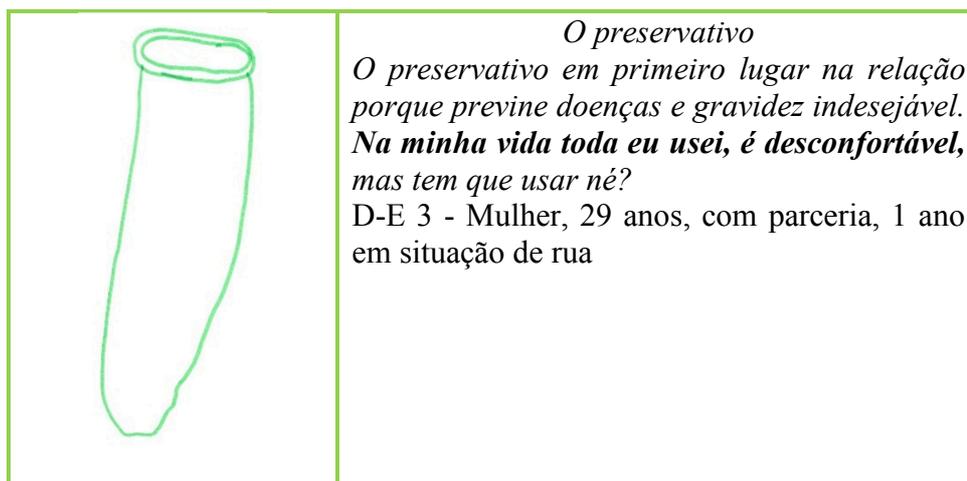
5.3 Categoria 2 – Cuidados de saúde para IST

Essa categoria é composta por elementos gráficos e textuais dos DE e entrevistas que representam cuidados de saúde para IST no contexto de rua. Os dados remetem a medidas preventivas divulgadas pela mídia, por educadoras (es) e profissionais de saúde, entre outros. Aborda, também, ações direcionadas para o diagnóstico e tratamento de IST relacionadas primordialmente com o sistema formal de saúde. E, revela o sexo abrigado como um cuidado específico relacionado ao contexto no qual estão inseridos.

5.3.1 Faço o que mandam: preservativo, parceria fixa, abstinência sexual e higiene

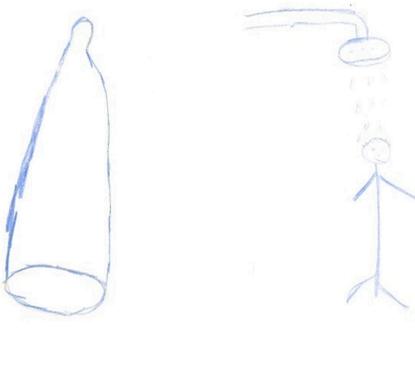
No que tange aos cuidados com IST, as medidas preventivas foram ressaltadas como algo que está amplamente propagado. Dentre as referidas medidas, tanto nas entrevistas, quanto nos D-E com tema, o grupo destacou o uso do preservativo. Alguns mencionam desconforto na sua utilização, mas ressaltam a importância do mesmo como elemento de prevenção (D-E 3 – Figura 7), e evidenciam a facilidade de acesso (D-E 24 – Figura 8), seja gratuitamente ou não, conforme salientado na Classe 4 da CHD, denominada “**Preservativo**”, que, como o próprio nome da classe diz, envolvem aspectos relacionados ao uso do preservativo, de acordo com trechos das entrevistas:

Figura 7 - D-E 3 : O preservativo



Fonte: Dados da pesquisa

Figura 8 - Desenho-estória 24: Como se cuidar para as doenças

	<p>Como se cuidar para as doenças <i>Aqui é uma camisinha, evita as doenças, então com a camisinha a gente não pega essas doenças e dá no posto de saúde. Se não usar pode pegar AIDS, sífilis, gonorreia. Eu tive sífilis e me cuidei no posto, tomei umas injeções daquela branquinha e fiquei bom. E aqui é chuveiro para tomar banho todos os dias e também depois de ter relação (sexual).</i> Homem, 41 anos, sem parceria, 20 anos em situação de rua.</p>
---	---

Fonte: Dados da pesquisa

“Tem que se cuidar. Tem que usar camisinha, mesmo que a pessoa não tenha, vai ao posto de saúde e pede. Vai à farmácia e compra como eu faço mesmo, mas sem camisinha eu não vou com ninguém não” (E2 Homem, 42 anos, solteiro sem parceria, 30 anos de moradia na rua);

“Eu uso camisinha, acho que é a melhor forma de evitar doenças”.
(E3 Mulher, 41 anos, solteira sem parceria, 1 ano de moradia na rua);

“É fácil conseguir camisinha na rua. Às vezes o povo usa, às vezes não”. **(E4 Homem, 33 anos, solteiro sem parceria, 3 anos de moradia na rua);**

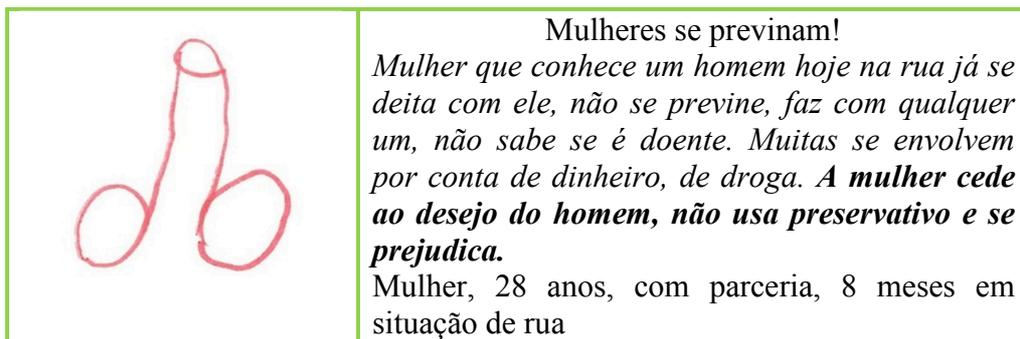
A criação do preservativo remota período antes de Cristo. Eram utilizados desde partes anatômicas de animais até alimentos e materiais vegetais. Na Idade Média, quando ocorreu disseminação de doenças venéreas, houve necessidade de aprimoramento sobre o referido método no sentido de torna-lo mais eficaz, surgindo assim o preservativo de látex. No final do século XX, com o surgimento e disseminação rápida do HIV e aumento da incidência de outras IST, o preservativo passou a ser difundido como a principal forma de proteção e prevenção para essas infecções e, também, eficaz contra gravidez (DOURADO et al, 2015).

Essa prática preventiva de cuidado foi e ainda é amplamente divulgada pela mídia, pelas campanhas do Ministério da Saúde, pelos serviços de saúde, por grupos da sociedade, entre outros. É sabido que a mídia e a sociedade têm influência na construção das

Representações Sociais. Logo, o acesso a essas informações e ao preservativo tem se consolidado no imaginário das pessoas como um elemento de eficácia na prevenção das IST.

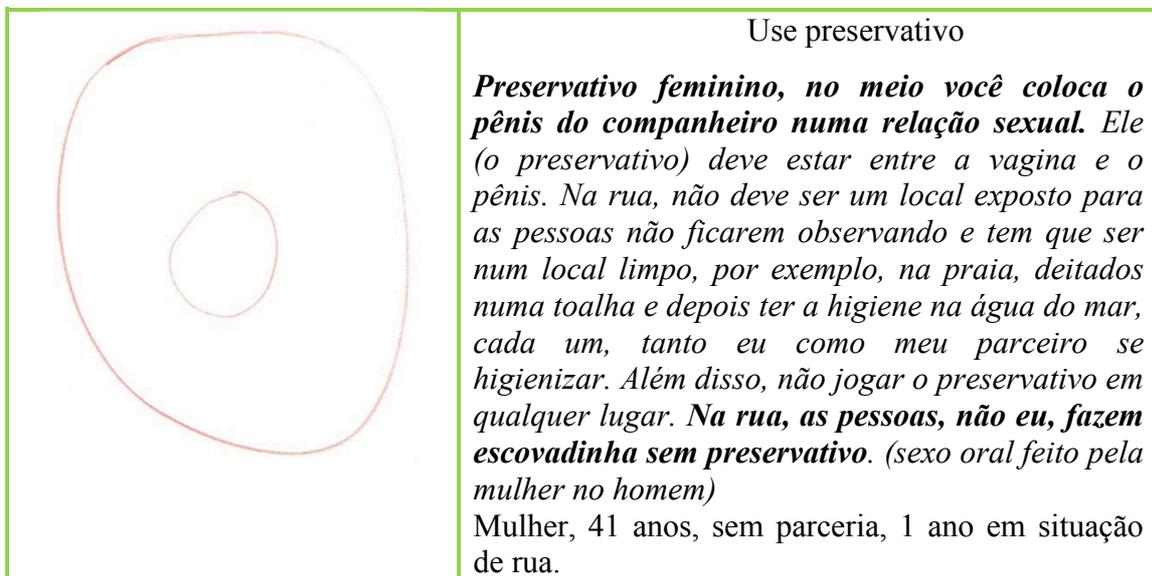
No material analisado houve referência ao não uso de preservativo por questões relacionadas ao consumo de drogas e/ou interesse em ganhar dinheiro, conforme mostrado no D-E 9 (Figura 9), assim como na prática do sexo oral, denominada no D-E 16 (Figura 10) como “escovadinha”.

Figura 9 - Desenho-estória 9: Mulheres se previnam!



Fonte: Dados da pesquisa

Figura 10 - Desenho-estória 16: Use preservativo



Fonte: Dados da pesquisa

Para o grupo investigado, a escovadinha, diz respeito a relação sexual oral, realizada pela mulher no homem e se constitui numa prática sexual de risco, na qual comumente não se faz uso do preservativo. Vale ressaltar que a via oral, dificilmente é utilizada isoladamente,

mas acompanhada por outras vias sexuais seja vaginal ou anal, o que potencializa a contaminação. Embora estejam falando sobre o preservativo masculino, há uma tendência de culpabilizar a mulher pelo não uso dessa prática preventiva

De acordo com Funari (2003), o conjunto de evidências e os atuais conhecimentos das IST/HIV/aids indicam que a transmissão de patologias pela prática do sexo oral é cientificamente comprovada. Ademais, dados epidemiológicos apontam que o risco por essa via é real, porém menor por essa forma de exposição do que pelas outras vias de sexo desprotegido.

Outro motivo apontado para o não uso do preservativo foi a relação sexual entre mulheres:

“Não tinha como usar a camisinha masculina, não tinha como, porque eu sou mulher e ela também. Então era sem mesmo. Eu nunca peguei nada, mas já vi as pessoas com feridas, dizendo que estava com coceira”. (E9 Mulher LGBT, 28 anos, solteira sem parceria, 10 anos de vivência na rua)

De modo geral, o uso do preservativo é baixo para a população. De acordo com Pascom et al (2011), 19,4% da população brasileira utilizou preservativo na última relação sexual com parceiros fixos e 45,7% utilizou com parceiros casuais. Não foi identificada pesquisa sobre o uso de preservativo com pessoas em situação de rua.

Segundo Villela e Barbosa (2015) mulheres que trocam sexo por substâncias psicoativas e dinheiro têm menor taxa de adesão para uso do preservativo. Pesquisa de Silva, Santos e Pires (2012), que investigou o conhecimento de adolescentes do sexo feminino, que vivem nas ruas em Minas Gerais, afirmou que as drogas fazem parte da vida nas ruas e que estão diretamente associadas a exploração sexual. Observou-se que mulheres, nesse caso, jovens, em situação de rua, vivendo em condições de pobreza, tendem comumente a se relacionar com pessoas ou grupos que delas se aproximam visando a exploração sexual comercial ou para o consumo ou tráfico de drogas.

Essa situação foi sinalizada também nas entrevistas:

Eu via as meninas se envolvendo com os homens por causa de droga e eu não via usar nada, preservativo nenhum. (E6 Mulher, 36 anos, solteira com parceria, 2 meses em situação de rua)

Vernaglia, Vieira e Cruz (2015) identificaram que as mulheres apresentam risco mais significativo de contrair IST, tais como as hepatites e o HIV, por conta de maior uso do corpo como moeda de troca pela droga, com grande rotatividade no número de parceiros e muitas vezes sem uso de preservativos.

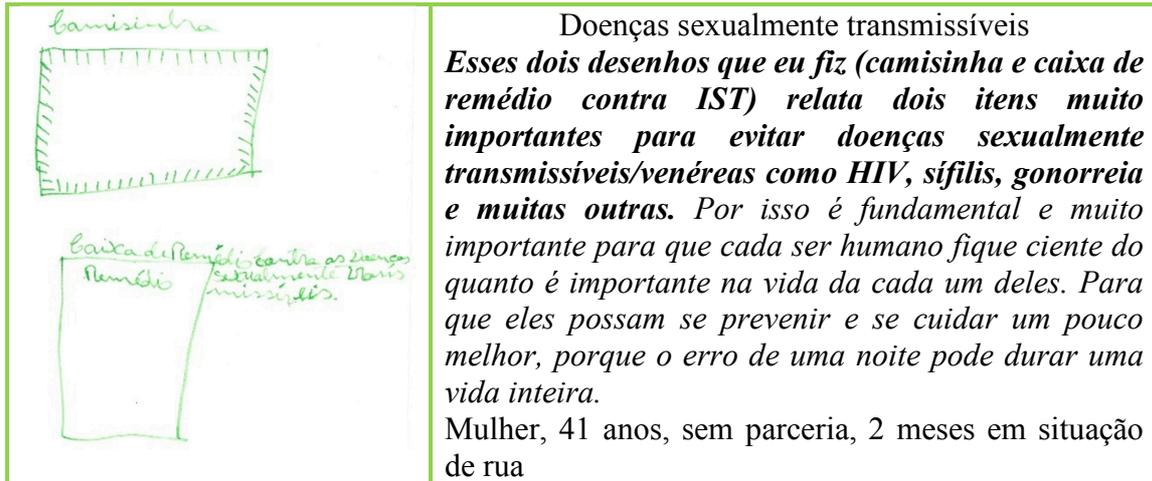
Nesse sentido, como as representações sociais podem modificar práticas e orientar condutas, é necessário maior enfoque no sentido de colocar em prática o conteúdo latente da memória, que se encontram nos núcleos centrais e periféricos dos grupos de pertencimento (MOSCOVICI, 2012).

Embora apenas o preservativo masculino seja amplamente distribuído, as pessoas investigadas tem conhecimento sobre preservativo feminino. Pesquisa realizada evidenciou que 18,7 e 1,3% das mulheres investigadas relataram uso de preservativos masculinos e femininos respectivamente em todas as relações sexuais (NICOLAU, 2012). Embora o baixo uso seja comprovado, essa denota uma importante ferramenta de utilização das mulheres como prevenção e proteção contra IST e, principalmente, de empoderamento da mulher, no sentido de possuir o preservativo e utilizá-lo quando for preciso, independente do posicionamento do parceiro.

Esse fato tem superado as questões de gênero influenciadas pela sociedade machista e patriarcal, onde dá (va) ao homem, o poder de decisão em muitos aspectos na vida do casal e da família. Hoje, a decisão pelo uso do preservativo tem sofrido influência tanto dos homens quanto das mulheres e em outras perspectivas de casais de relações não heteronormativas.

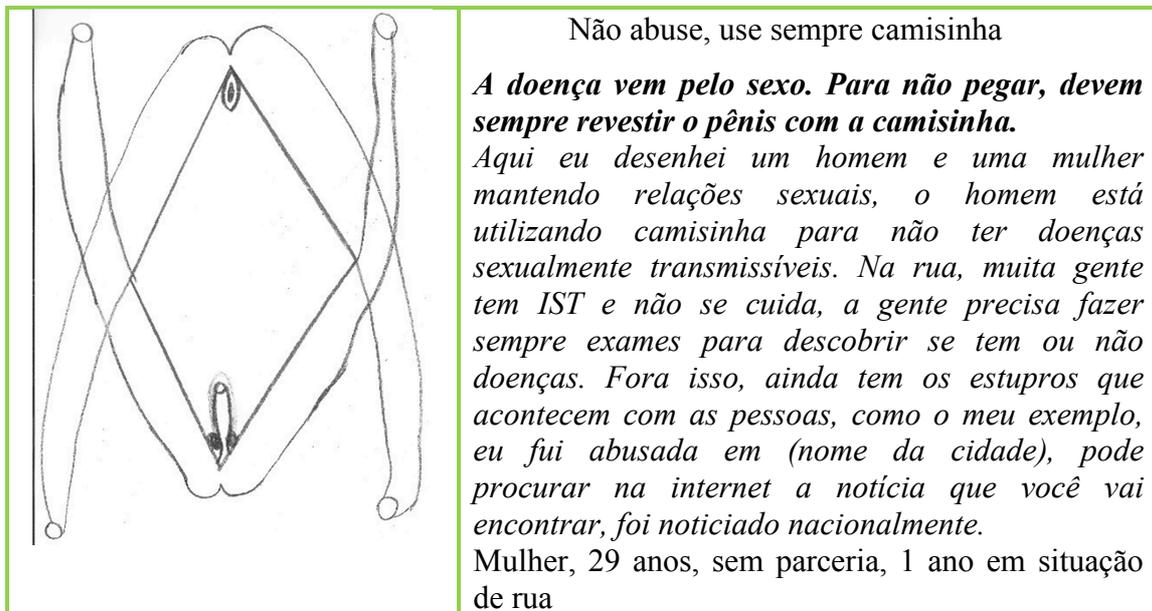
Durante observação da pesquisadora no período de imersão, foi possível observar em diálogos informais e escutas, a pequena preocupação com prevenção tanto para IST como no sentido geral e a maior preocupação em métodos de diagnóstico e tratamento. Os discursos eram voltados para realizar exames para saber a doença que tem, para a partir disso, realizar algum tratamento. Esses dados corroboram com os achados na interpretação dos desenhos e suas respectivas histórias, como é possível observar no D-E nº 5, nº 11 e nº 24.

Figura 11 - Desenho-estória 5: Doenças sexualmente transmissíveis



Fonte: Dados da pesquisa

Figura 12 - Desenho-estória 11: Não abuse, use sempre camisinha



Fonte: Dados da pesquisa

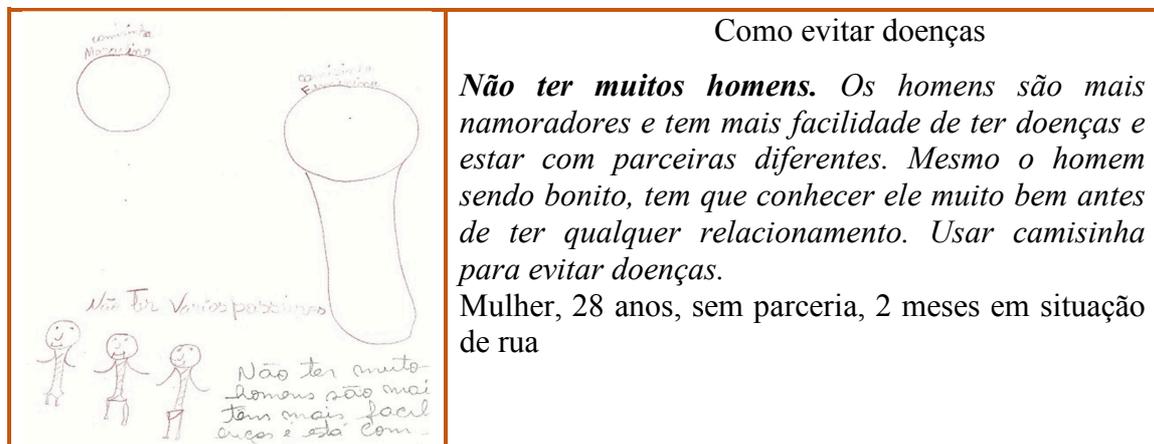
Nesse caso, os grafismos evidenciam a importância da realização de exames e tratamentos, a exemplo do desenho de ‘caixa de remédio para IST’ e as demais histórias de exames. Essa ideia parece ancorada no modelo biomédico tradicionalmente construído na sociedade, onde deposita na figura do médico o poder central e a resolução de seus problemas em métodos de tratamento. Essa ideia se aproxima do modelo curativo, que é um modelo de atenção à saúde centrado no médico e em tratamentos, vivenciado pela sociedade durante muito tempo. Apesar de novos modelos de atenção voltados para a prevenção e atenção integral terem surgido, esse ainda hoje é marcante na sociedade.

Embora o preservativo masculino seja apontado como um método eficaz na prevenção das IST e o seu uso seja feito diretamente no corpo do homem, no senso comum a negociação para o uso é atribuída à mulher. Numa sociedade patriarcal a dificuldade de negociação do sexo protegido se constitui um fator que pode influenciar na incidência e prevalência das IST. Conversas informais com pessoas atendidas nos serviços de saúde e com pessoas do ciclo social sinalizam que homens também têm dificuldades para adesão ao preservativo em todas as relações.

A dificuldade da prevenção com preservativo entre mulheres homoafetivas foi referida por E9 devido dificuldade de acesso do preservativo feminino. De modo geral, os serviços de saúde não fazem distribuição desse insumo. Portanto, faz-se necessário ampliar o olhar na perspectiva da população LGBT que vive em situação de rua, no sentido de garantir para todas as pessoas maneiras e alternativas para a prevenção de IST e outras patologias relacionadas ao ato sexual.

Os cuidados relacionados à prevenção das IST envolvem para além do uso do preservativo, a redução de parceiras(os) sexuais, conforme evidenciado no D-E 10, abaixo:

Figura 13 - Desenho-estória 10: Como evitar doenças



Fonte: Dados da pesquisa

Contudo, para o grupo investigado, a parceria fixa e única implica na dispensa o uso de preservativo.

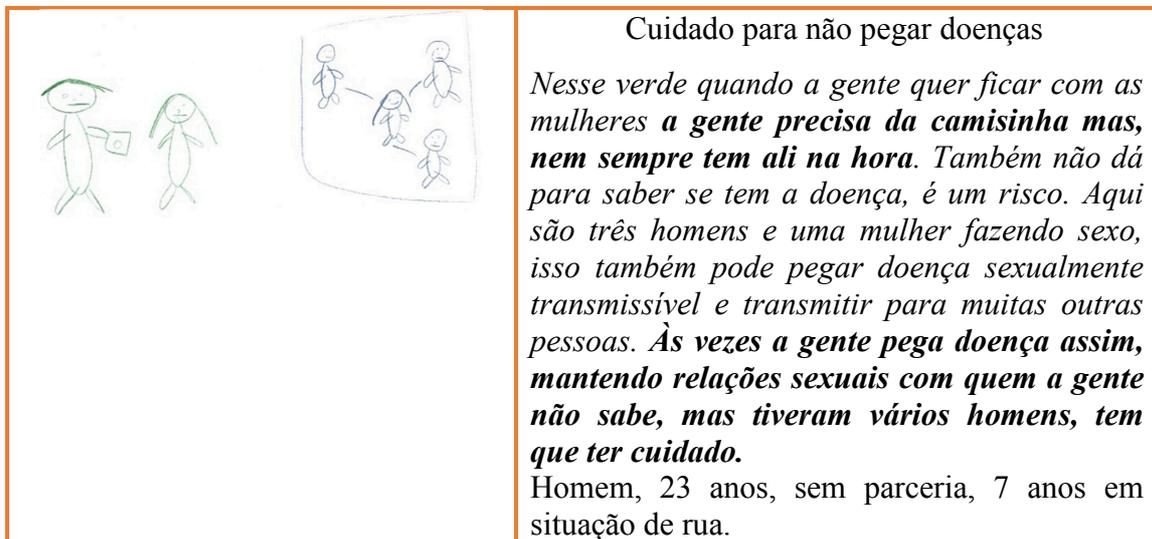
Eu mesma me cuido bem, eu nem gosto muito dessas coisas, de fazer esse tipo de coisa, porque eu mesma já tenho uma pessoa certa minha mesmo, já tem dois anos que a gente está junto. (E6 Mulher, 36 anos, solteira com parceria, 2 meses de moradia na rua)

Eu não usava camisinha porque eu só tinha um e o meu era limpo igual a mim, então nunca pegamos nada. E não fazíamos nada além, só fazia na frente (relação sexual vaginal), não fazia as besteiras que o pessoal fazia, nunca fiz. (E5 Mulher, 36 anos, solteira com parceria, 1 ano de moradia na rua)

Esses dados corroboram com os dados encontrados na literatura, a exemplo de Pinto et al (2014), que estimou a prevalência de sífilis e fatores associados a população em situação de rua de São Paulo, Brasil e identificou que dentre a PSR que referiu parceria fixa, 5,6% tiveram resultado positivo para sífilis, enquanto as pessoas que referiram parceria eventual, 15,1% apresentaram resultado positivo para sífilis. Para Brito et al (2007), que analisou comportamentos e práticas, identificou que após a situação de rua, 46% das mulheres e 19,5% dos homens adotaram apenas a parceria fixa. Portanto, para esse grupo estudado, a parceria fixa evidencia uma forma de prevenção contra as IST's.

Nessa mesma perspectiva, o D-E 23 juntamente com as entrevistas, associam a multiplicidade de parceiros(as) com o risco maior de contrair uma IST.

Figura 14 - Desenho-estória 23: Cuidado para não pegar doenças



Fonte: Dados da pesquisa

As entrevistadas também consideram a multiplicidade de parceiros como um aumento do risco de contrair uma IST, conforme destacado nos trechos abaixo:

Ultimamente eu vejo um monte de maloqueiro dormindo na rua, umas mulheres que dormem com vários homens que nem conhecem direito e ali já vai tendo relação com ele, pode pegar um monte de doenças.

(E6 Mulher, 36 anos, solteira com parceria, 2 meses de moradia na rua)

Mas aqui tem muita gente que faz com um, faz com outro e ninguém sabe se usa. Depois está aí cheia de doença. (E7 Mulher, 32 anos, solteira sem parceria, 13 anos de vivência na rua)

Eu acho que quanto mais parceiros tiver, mais você pode ter, porque aquele homem já teve muitas mulheres, então você não sabe se aquele homem tem alguma coisa. Então ficar só com o seu marido, ou só com um homem é melhor. Já evita muita coisa. (E7 Mulher, 32 anos, solteira sem parceria, 13 anos de vivência na rua)

Sabe-se que a multiplicidade de parceiros sexuais encontra-se diretamente relacionada com o risco e maior incidência de IST's. Oliveira et al (2014), evidenciou associação entre multiplicidade de parceiros e infecção pelo HPV em mulheres. Para 234 adolescentes escolares, Chaves et al (2014), também encontraram relação entre a maior liberdade sexual e parceria múltipla com a ocorrência de IST's.

No que se refere a população de rua, Grangeiro et al (2012), em sua pesquisa, identificou que quanto maior o número de parceiros sexuais, menor a utilização do preservativo em todas as relações. Em contrapartida, Jesus e Luppi (2012), encontraram resultado controverso, onde as(os) entrevistadas(os) que referiram parceiro múltipla ou eventual foram aqueles que utilizaram preservativo com maior frequência. Portanto, observa-se que embora a multiplicidade de parceiros seja um fator de risco para IST's, a frequência do uso do preservativo tem se mostrado determinante para a ocorrência das infecções.

Algumas mulheres, portanto, revelaram a opção da abstinência sexual como prevenção de IST's, considerando o risco de envolvimento sexual com homens em situação de rua.

Mas agora estou evitando, prefiro ficar sozinha, não ter relação com ninguém, porque eu não sei se esses homens estão doentes ou não. (E3 Mulher, 41 anos, solteira sem parceria, 1 ano de moradia na rua)

É difícil, eles não estão nem aí. A gente tem que se virar. Eu mesmo não deito com homem nenhum, não vou mentir. (E8 Mulher, 45 anos, solteira sem parceria, 10 anos de vivência na rua)

Esses dados coadunam com a pesquisa de Brito et al (2007) realizada com 330 pessoas em situação de rua acolhidas em um albergue, identificou que cerca de 26% mantiveram-se abstinentes desde que passaram a viver em situação de rua. A questão da abstinência sexual

também é encontrada em outras populações de estudo, a exemplo de adolescentes e mulheres. Estudo de Costa et al (2013), que investigou a vulnerabilidade de 238 adolescentes em relação às IST/HIV/AIDS, constatou que 18,6% destacaram a abstinência sexual como fator de proteção contra as infecções.

Outro aspecto voltado para a saúde sexual, é a questão da higiene trazidas pela Classe 3 da CHD, denominada “**Higiene**”, que retrata ações e práticas voltadas para a higiene do corpo e íntima, e suas estratégias para alcançá-la, evidenciou que para esse grupo de pertencimento a manutenção da higiene pessoal e íntima está associada ao cuidado em saúde e prevenção de IST’s.

Eu lavo, tem que lavar bastante a parte íntima com sabonete íntimo (E1 Mulher, 21, Solteira com parceria, 9 anos de moradia na rua.)

Tem que tomar banho, lavar direito as partes íntimas, para não ter corrimento, secreções e outras coisas que surgem. (E3 Mulher, 41 anos, solteira sem parceria, 1 ano de moradia na rua)

O mais importante é a camisinha, mas pode ter higiene, tomar banho antes e depois da relação sexual. Tem que lavar as roupas íntimas, isso ajuda a evitar doença também. (E4 Homem, 33 anos, solteiro sem parceria, 3 anos de moradia na rua)

O banho meu Deus, o banho deles não é igual ao banho da gente, eles se jogam em qualquer lugar e acham que estão tomando banho, não passava um sabonete, um desodorante, não se cuida (E5 Mulher, 36 anos, solteira com parceria, 1 ano de moradia na rua)

Na rua eu tomava banho na fonte no Pelourinho, colocava uma roupa, tomava banho, passava sabonete, não tomava aquele banho de verdade porque não é chuveiro, mas eu sempre mantinha minha higiene, me lavava direito (E6 Mulher, 36 anos, solteira com parceria, 2 meses de moradia na rua)

No cotidiano das ruas, a dificuldade na manutenção dos cuidados higiênicos como banho e lavagem de roupas são realizados geralmente de maneira precária, sem regularidade e em locais improvisados como fontes, torneiras e praias. Em geral, não são usados produtos destinados a limpeza. Esse se torna o diferencial para algumas pessoas que se encontram abrigadas nas Unidades de Acolhimento, uma vez que possuem acesso à local e insumos para esta prática de cuidado (AGUIAR e IRIART, 2012).

Segundo os mesmos autores, a precariedade da higiene pode assumir outros significados a exemplo de proteção de violência física e sexual para mulheres. Na presente pesquisa os homens confirmam este achado, recusando-se a manter relações sexuais com mulheres que apresentem odor característico.

Então se a mulher não se agacha para se lavar direito, para mim ela é porca. Se tiver com mau cheiro então, piorou, aí é que ela me perdeu na mesma hora. (E2 Homem, 42 anos, solteiro sem parceria, 30 anos de moradia na rua)

Para além da precariedade da higiene, o fato de adquirir características e comportamentos masculinizados e utilizar muitas roupas ao mesmo tempo, foram relatados pelas mulheres como outras formas de prevenção de abuso sexual e, conseqüentemente, de infecções transmitidas via sexual.

Portanto, para esse grupo de pertencimento, as representações sociais sobre as IST estão ancoradas no saber do uso do preservativo como principal forma de proteção e prevenção contra as doenças e gravidez indesejada. Existe também a dificuldade do seu uso quando há envolvimento de substâncias psicoativas e de dinheiro, bem como a maior exposição quanto maior for o número de parceiros. Em contrapartida, independente do uso do preservativo, o grupo acredita que uma forma de proteção é a realização de exames para diagnóstico e tratamento para IST, reproduzindo o modelo biomédico, se distanciando do modelo de atenção básica que visa a perspectiva de prevenção das doenças.

5.3.2 Sexo abrigado

De acordo com o material analisado, nos desenhos estórias com tema de nº 13, 15 e 20 e na classe 1 da CHD, grafismos e termos que representam casa, como local de moradia, foram identificados. A classe 1, denominada “**Moradia**”, evidencia aspectos que envolvem a casa tanto no sentido físico que traz representações positivas, como no sentido de família seja ela conflituosa ou não. A casa foi objetivada como um bem material desejado, local de moradia que pode ajudar na melhoria da autoestima e cidadania. Para o grupo investigado ter uma habitação se configura como uma forma de resgate da cidadania.

Ademais, proporciona superação de situações de vulnerabilidade enfrentadas no cotidiano da rua, como violências, roubos e furtos, exposição a variações climáticas, privação

de sono, entre outras. Essa superação garante melhor qualidade de vida e, conseqüentemente, de saúde para essa população. Nessa perspectiva, e, mais especificamente no que tange aos cuidados de saúde com IST, a casa foi apontada como um fator de proteção.

A casa foi representada também como local de conflito com familiares, sendo apontado como motivação para vida em situação de rua. Essas objetivações se misturam dando à casa uma representação conflituosa, mas com predominância de elementos positivos.

Os termos compostos na primeira classe da CHD são encontrados nas entrevistas como uma motivação gerada pela esperança de conseguir uma moradia e, a partir disso, estar incluído em sociedade.

Porque tendo uma casa, vou dizer essa casa é minha para morar e vou ter tudo que é meu de volta (E2, Homem, 42 anos, solteiro sem parceria, 30 anos em situação de rua);

Já venci, já foi uma glória, porque já saí da rua, já vou fazer meu documento, já vou ter uma casa que não tenho (E6, Mulher, 36 anos, solteira com parceria, 2 meses em situação de rua);

Vale ressaltar que durante a observação de campo e em eventos relacionados ao tema, é notória a preocupação da PSR quanto a habitação e emprego/renda. Essas são consideradas prioridades, pois a partir delas, o marco de uma mudança real de substituição da vida na rua por uma vida pertencente à sociedade. Nessa perspectiva, as Unidades de Acolhimento e órgãos da Defensoria Pública do Estado e Sociedade Civil Organizada tem se mobilizado no sentido de promover meios que proporcione o retorno à moradia e familiares.

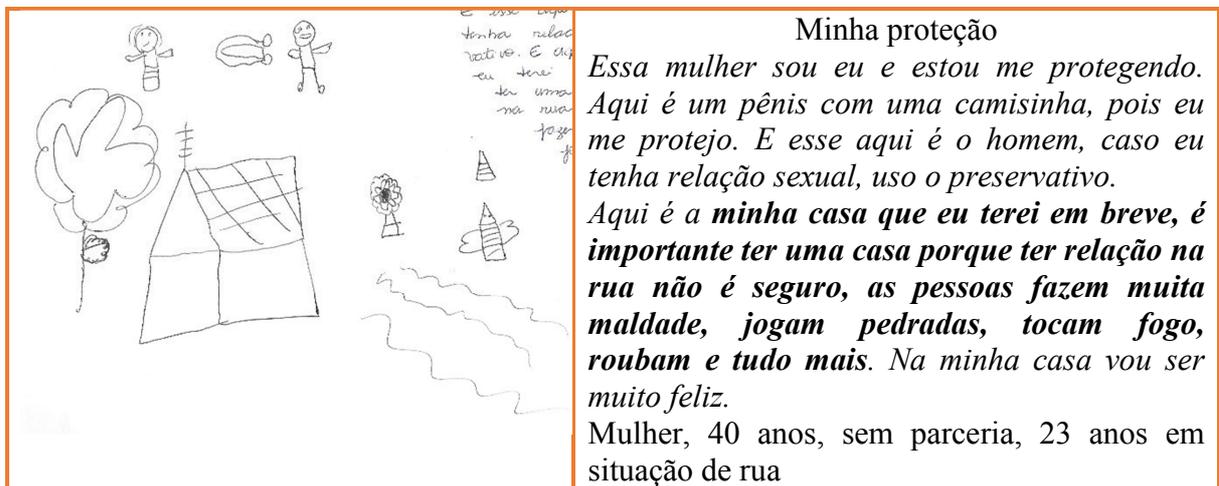
O abrigo nas Unidades de Acolhimento proporciona gradativamente a oportunidade de adquirir um imóvel seja ele próprio ou por meio de aluguel. Isso decorre dos programas governamentais voltados para a população que vive em situação de extrema pobreza, a exemplo de Bolsa-Família, Auxílio-Aluguel e Minha Casa, Minha Vida. Ao adquirir um desses dois últimos auxílios, as pessoas são desligadas da UAI, orientadas quanto a residência e incentivadas ao retorno da vida em família, atendendo a normas sociais vigentes.

Em Salvador, a Defensoria Pública do Estado tem mobilizado esforços junto a Sociedade Civil Organizada na tentativa de estreitar laços com empresários, com serviços de intermediação de mão de obra para proporcionar contato dos mesmos com a população em situação de rua que busca uma fonte de renda fora da informalidade.

A dinâmica da sociedade permeada pela lógica do mercado transforma em mercadoria os bens e serviços necessários à reprodução individual e familiar como habitação, educação, saúde, transporte, alimentação, água, energia, entre outros (BEZERRA et al, 2015). Semelhantemente acontece com a população de rua, que também vivencia essas dinâmicas sociais.

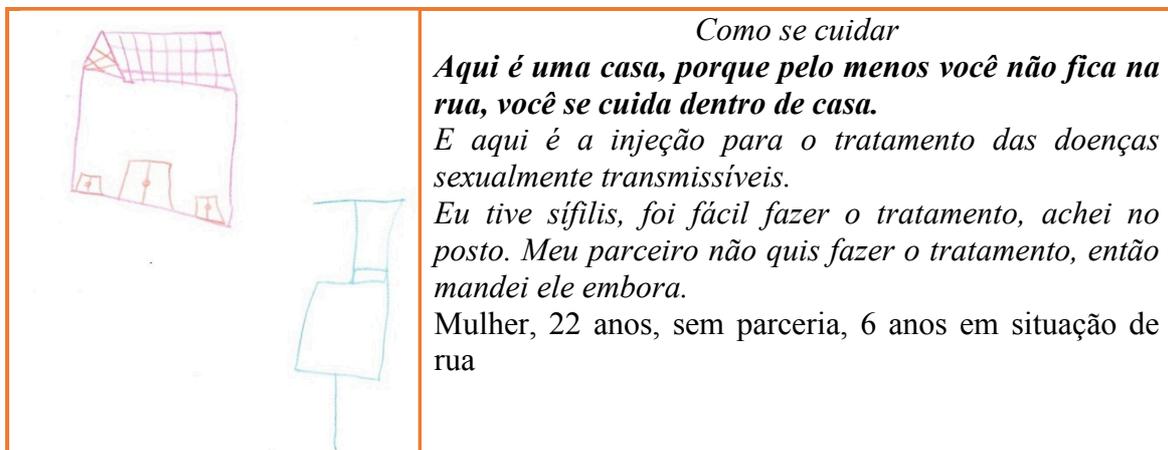
Na segunda perspectiva, esse grupo de pertencimento, entende o espaço físico como fator de proteção para as IST, conforme evidenciados nos D-E nº 13 e nº 20. O D-E 13 ressalta que as questões de segurança são minimizadas quando a relação sexual é realizada dentro de um local protegido e seguro.

Figura 15 - Desenho-estória 13: Minha proteção



Fonte: Dados da pesquisa

Figura 16 - Desenho-estória 20: Como se cuidar



Para além das questões de prevenção cientificamente estabelecidas e divulgadas pelos profissionais de saúde, educadoras e mídia, para o grupo investigado, a presença de um espaço físico, delimitado, protegido para manter relações sexuais se constitui um fator de prevenção e proteção, tanto para IST como para sua segurança física e emocional. Essa ideia foi esboçada nos grafismos representados por casa e hotel, bem como nos discursos das estórias. Vale ressaltar que este elemento de proteção foi sinalizado exclusivamente pelas participantes do sexo feminino, constituindo-se assim uma preocupação, majoritariamente da mulher sobre as suas relações.

A entrevistada 5, também revelam essa perspectiva, conforme observado a seguir:

Você tem que esperar ficar de madrugada, procurar um lugar mais deserto possível, mas é perigoso, porque pode chegar alguém e querer fazer algum mal. Ou então, pagar um hotel, procurar alguma casa abandonada, tem que arrumar algum lugar porque na rua não tem condições. (E5, Mulher, 36 anos, solteira com parceria, 1 ano de situação de rua)

Segundo Andrade, Costa e Marquetti (2014), pessoas em situação de rua da São Paulo adotam alguns cuidados no que tange á prática das relações sociais, tais como: esperar um horário de pouca movimentação nas ruas, fazer cabanas de papelão, ir a um terreno baldio ou alugar um quarto barato para manter relações sexuais. Portanto, percebe-se um cuidado quando há necessidade ou oportunidade de manter relações sexuais no contexto das ruas, incluindo o espaço físico como uma das opções que lhe dá proteção para as IST como segurança para situações de violência que por ventura vierem a acontecer.

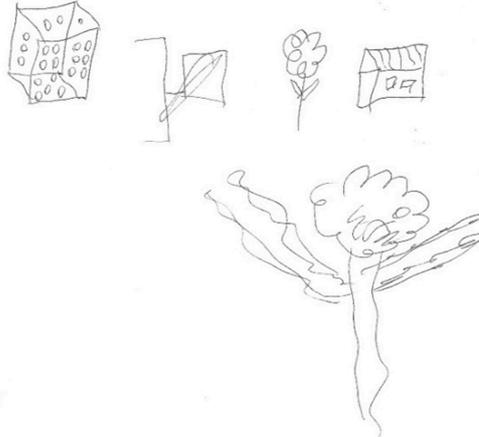
Para esse grupo, ter uma moradia influencia no fato de cuidar-se. Isso vale também para prevenção das IST, bem como para a adesão ao tratamento com poucas chances de ter seus pertences, incluindo as medicações, furtadas. Essa foi uma situação revelada durante conversas informais na observação do campo. Tal prática é corriqueira nas ruas e, as pessoas que realizam um tratamento medicamentoso prolongado, a exemplo do HIV/AIDS, relatam, muitas vezes ter que retornar ao serviço de saúde para buscar novas medicações ou abandonar o tratamento, em decorrência das situações de roubo vivenciadas.

Vale ressaltar que o surgimento do local protegido para manutenção das relações sexuais apareceu com destaque no Desenho-Estória, porém com menos enfoque nas entrevistas. Acredita-se que isso se deve ao fato do uso combinado de técnica projetiva com

técnica não projetiva, fazendo aparecer o conteúdo latente, reificado, do senso comum na primeira técnica.

A terceira perspectiva envolve a casa como local de convivência com familiares e, muitas vezes, essa convivência é permeada por conflitos e situações de violência que culminam na ruptura de vínculos familiares e na situação de rua, conforme podemos observar no D-E 15 e nos trechos das entrevistadas:

Figura 17 - Desenho-estória 15: Sorteio

	<p style="text-align: center;"><i>Sorteio</i></p> <p><i>Aqui é um dado, é tipo um jogo, você joga o dado e pode cair em qualquer lado, da doença ou não.</i></p> <p><i>Aqui é uma casa, pois dentro de casa, às vezes, não estamos protegidos. Tive um relacionamento com uma mulher durante 10 anos que tinha o vírus HIV e não sabia.</i></p> <p><i>A árvore é como as doenças. As doenças são os frutos das árvores que a gente pega, pode pegar o fruto bom ou o fruto ruim. Primeiro foi o cancro, depois sífilis e todas essas coisas aí.</i></p> <p><i>Nem todo mundo que convive no mesmo lugar é doente, é jogo de dado, como um sorteio.</i></p> <p>Homem, 42 anos, sem parceria, 30 anos em situação de rua.</p>
--	---

Fonte: Dados da pesquisa

Viver em casa, viver em família hoje em dia é muito complicado, por isso preferi ir para a rua, onde sou mais respeitada (E3, Mulher, 41 anos, solteira sem parceria, 1 ano em situação de rua)

O motivo de sair de casa foi muitas brigas com minha mãe, eu e minha mãe não nos damos muito bem (E7, Mulher, 32 anos, solteira sem parceria, 13 anos em situação de rua)

O motivo de sair de casa foi briga de família, confusão com meu padrasto. Meu padrasto e eu não estávamos nos dando bem, então o jeito foi sair. Meu padrasto, que gostava de bater, ainda mais quando bebia, queria espancar, espancava a gente que não era filho dele (E8, Mulher, 45 anos, solteira sem parceria, 10 anos em situação de rua)

A família é uma instituição complexa que congrega trajetórias individuais e que se expressa em arranjos diversificados e em espaços únicos ligados diretamente às

transformações da sociedade. Esse sistema plural se reveste de diversas definições e controvérsias, e há relevância no que se refere ao processo de crescimento e desenvolvimento de seus membros, sendo que nela acontece o primeiro processo de socialização (CARAVACA-MOREIRA e PADILHA, 2015).

Segundo a Pesquisa Nacional da População em Situação de Rua, os conflitos familiares se constituem o terceiro motivo, com 29,1%, pelos quais as pessoas passaram a viver e morar na rua. Os dois primeiros se referem aos problemas de alcoolismo e/ou drogas (35,5%) e desemprego (29,8%). Além disso, 71,3% das pessoas entrevistadas citaram pelo menos um desses três motivos (que podem estar correlacionados entre si ou um ser consequência do outro) (BRASIL, 2008). Portanto, o enfraquecimento ou rompimento dos vínculos familiares, podem partir de uma ordem primária ou secundária, nessa última quando proveniente de outros fatores como uso de drogas e doenças infectocontagiosas (BEZERRA et al, 2015).

É importante ressaltar que essa ruptura ou fragilidade dos vínculos familiares se mostra presente tanto como fator de adentrar a rua como também de se manter nela. Alguns entrevistados relataram manter contato com a família, mas o vínculo mantido não é forte o suficiente para o retorno ao domicílio, uma vez que a própria família não o quer de volta, na maioria das vezes por causa do uso abusivo de drogas. Segundo a Pesquisa Nacional, 38,9% das pessoas que vivem em situação de rua não mantêm contato com os parentes, inclusive quando eles vivem na mesma cidade. Somente 14,5% mantêm contato, mas em períodos espaçados (BRASIL, 2008).

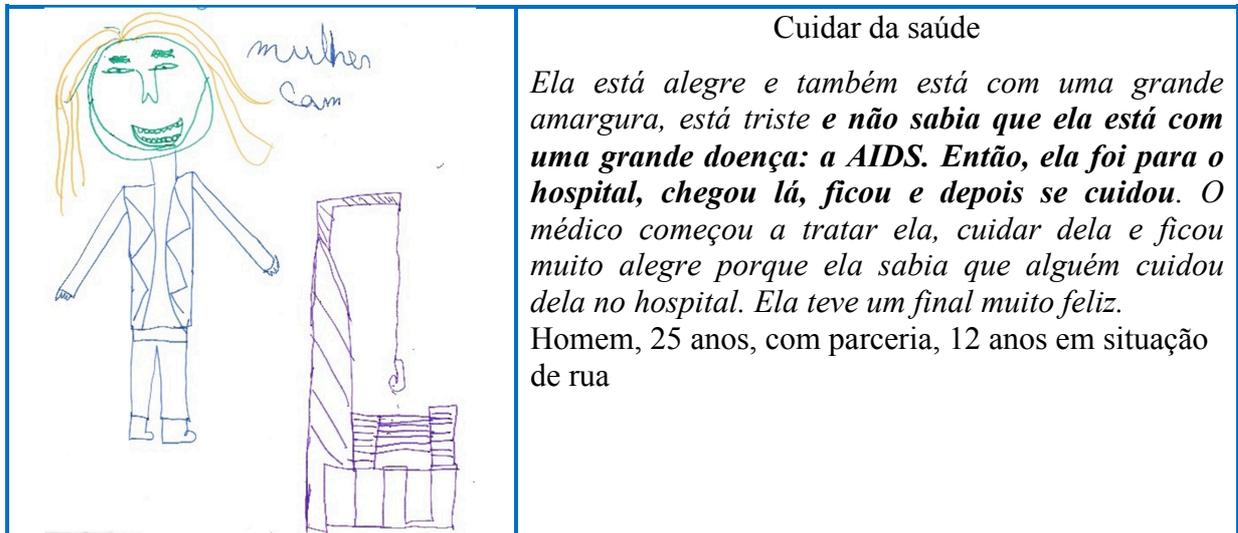
Portanto, os vínculos familiares se constituem fatores que podem contribuir para superação da vivência de rua e retorno ao lar ou manutenção da situação de rua. Para o presente grupo o maior desejo não está em reestabelecer os vínculos familiares, mas em constituir uma nova família a partir de casas conquistadas mediante inclusão em programas governamentais.

5.3.3 Busca por serviços de saúde para diagnóstico, tratamentos e orientações

O grupo também identificou cuidados que se relacionam indiretamente a IST, mas que estão pautados na situação de rua e em suas formas e especificidades de sobrevivência, composto pelos D-E nº 1, nº 6, nº 8 e nº 26. Esse grupo retrata a busca pelos serviços de saúde com o objetivo de tratar os sintomas e suas patologias, conforme D-E com tema abaixo:

O D-E 1 retrata, inicialmente, a tristeza pela contaminação do vírus HIV/AIDS, mas traz aspectos de conotação positiva com cuidados e tratamentos, culminando num final feliz.

Figura 18 - Desenho-estória 1: Cuidar da saúde



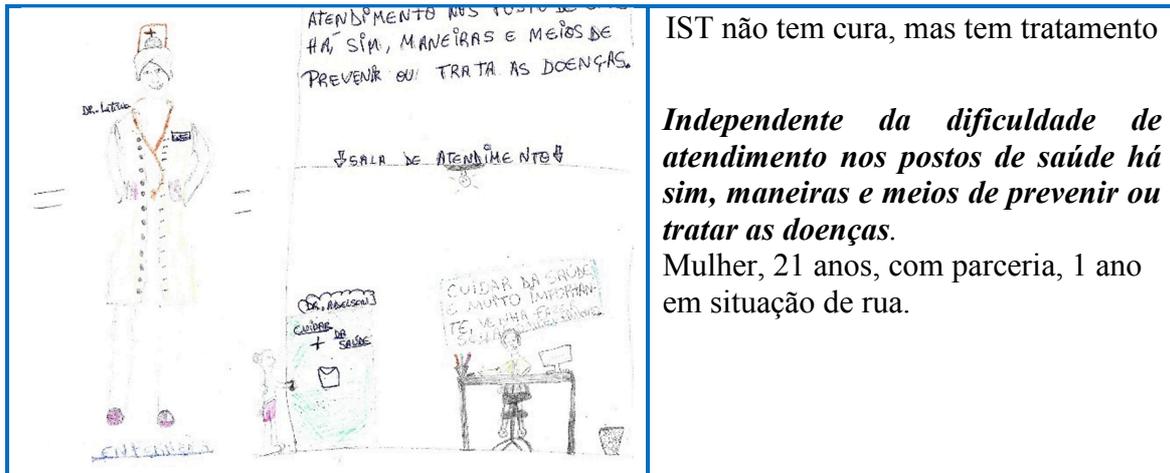
Fonte: Dados da pesquisa

Essa representação está ancorada nos estudos recentes sobre a TRS acerca do vírus HIV/AIDS, se distanciando da imagem de morte, sofrimento e tristeza, para uma pessoa que tem vida prolongada, qualidade de vida e acesso a tratamentos eficazes para a doença, a partir do advento dos antirretrovirais.

Nessa perspectiva, Gomes, Silva e Oliveira (2011), descreveram as representações sociais de 30 pessoas soropositivas para o HIV como uma comparação a doenças crônicas como diabetes e evidenciou uma tendência para transformação da representação social da AIDS, substituindo a ideia de morte, por vida. Da mesma forma, outras pesquisas evidenciam elementos como prevenção e tratamento no núcleo central das representações e migrando os termos como morte, preconceito e sofrimento para as periferias (NATIVIDADE, CAMARGO, 2011).

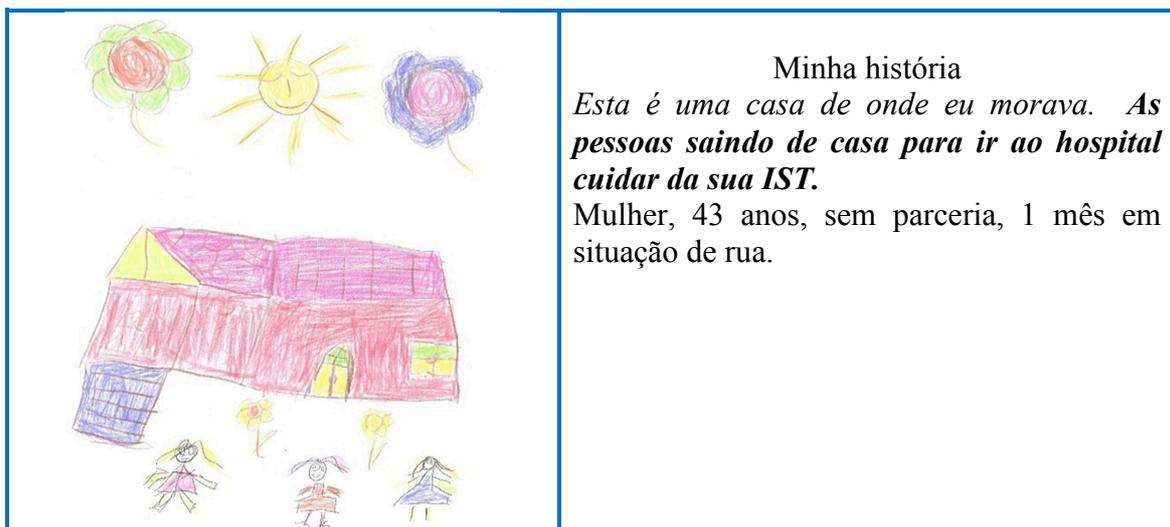
Essa representação também é evidenciada nos D-E 8 e D-E 26, onde fazem alusão ao acesso aos serviços de saúde, métodos de prevenção e tratamento. Além disso, a busca pelos serviços de saúde tem sido objetivada em tratamento e remissão dos sintomas, bem como evidências de dificuldades no acesso à rede de serviços de saúde, conforme evidenciado no D-E 6.

Figura 19 - Desenho-estória 8: IST não tem cura, mas tem tratamento



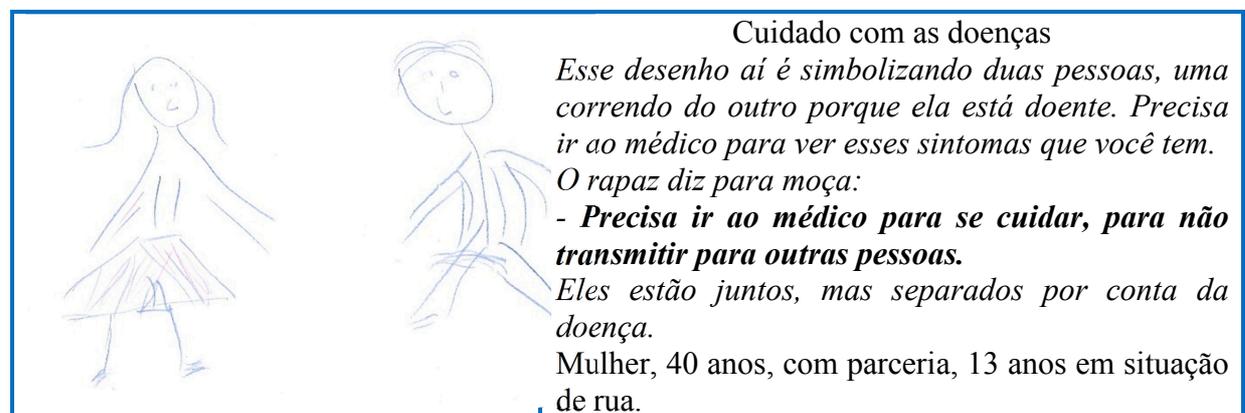
Fonte: Dados da pesquisa

Figura 20 - Desenho-estória 26: Minha história



Fonte: Dados da pesquisa

Figura 21 - Desenho-estória 6: Cuidado com as doenças



Fonte: Dados da pesquisa

Embora esse grupo considere a figura do médico e a instituição de saúde como referências em saúde, relatam também a importância do tratamento dos sintomas para evitar a transmissão de infecções para outras pessoas. Ou seja, esse grupo ancora a contaminação por uma IST à apresentação de sintomas, se configurando um risco potencial, quando há a remissão dos mesmos.

Na maioria dos casos, quando o atendimento nos serviços de saúde é alcançado, a satisfação da população em situação de rua é notória. Pelas histórias, percebe-se que há acesso, mas há também dificuldades relatadas. Nas observações de campo da pesquisadora, foi possível perceber as dificuldades relatadas quando comparecem sozinhos nas unidades e, quando aguardam a marcação pela unidade de acolhimento, o tempo esperado para o atendimento é grande. Vale ressaltar que a dificuldade no acesso aos serviços de saúde está presente em toda a população. No entanto, para a população de rua, as pesquisas já citam, além das já conhecidas, outras dificuldades para conseguir o atendimento, sendo possivelmente um dos motivos que podem levar ao distanciamento da população em situação de rua dos serviços de saúde.

A falta de documentos de identificação pessoal tem sido destacada nas pesquisas como uma das dificuldades no atendimento em serviços de uma forma geral. Esse fato foi apontado por Aguiar e Iriart (2012) e Rosa et al. (2005), onde mostraram a exigência de documentos como Registro Geral (RG), Comprovante de Residência e cartão do SUS para a realização do atendimento. Esse fato, vai de encontro com o atendimento de saúde da Estratégia Saúde da Família, por exemplo, que utiliza a base territorial como organização dos atendimentos em serviços de saúde. Logo, a população em situação de rua, que não dispõe desses requisitos, tem dificuldade para encontrar atendimento. Portanto, faz-se necessário a relativização dos casos da PSR, para atender os princípios de universalidade e equidade propostos pelo SUS. Nesse sentido, a Defensoria Pública do Estado da Bahia tem disponibilizado apoio no sentido de garantir, legalmente, o atendimento da população em situação de rua.

Diante dessas dificuldades, as Unidades de Acolhimento que foram campo de pesquisa, disponibilizam seus endereços para os acolhidos, buscando facilitar o acesso aos serviços básicos de saúde e assistência social. Para além disso, tem-se buscado articulação com outros dispositivos da rede de saúde, a exemplo do PSF, CNAR, CAPS, UPA, Hospitais, entre outros.

Esses dados coadunam com os achados da Classe 5 da CHD, denominada Serviços de Saúde, composta principalmente por termos que se relacionam com cuidados especificamente de saúde, com tratamentos, consultas médicas e exames. Para esse grupo, a concepção de

práticas de cuidado tanto em saúde como especificamente para as IST, foram diretamente associadas a consultas e exames exclusivamente médicos.

Vou no médico. Vou com minha identidade e meu cartão do SUS, chego lá e me medico, procuro um especialista para a doença, para poder me tratar. (E2 Homem, 42 anos, solteiro sem parceria, 30 anos de moradia na rua)

Eu como tinha conhecimento, as pessoas me levavam no posto, eu fazia um preventivo, porque as pessoas gostavam de mim, as vezes me davam em creme, e eu ia sobrevivendo. (E5 Mulher, 36 anos, solteira com parceria, 1 ano de moradia na rua)

Acho que se cuidar, ir no médico sempre, fazer preventivo, ver se tem alguma coisa, para se cuidar logo também, tomar os remédios e se curar, se tiver cura. Também ver se tem algum cheiro ruim, corrimento, tudo isso a gente tem que estar atenta e observar. (E7 Mulher, 32 anos, solteira sem parceria, 13 anos de vivência na rua)

Nos trechos das entrevistas, fica evidente que o porte da documentação possibilitou o acesso sem dificuldades aos serviços de saúde. No entanto, a percepção de procura pelo profissional médico tem se mostrado diferenciada para homens e mulheres. Ambos buscam assistência médica quando apresentam sintomas como pruridos, lesões, entre outras, no entanto, as mulheres buscam atendimento também para a realização, principalmente, de preventivo ginecológico.

As participantes da presente pesquisa ainda citaram algumas das dificuldades para conseguir o atendimento médico, sendo possivelmente um dos motivos que podem levar ao distanciamento da população em situação de rua aos serviços de saúde.

Ah é muito difícil, principalmente quando precisa de um ginecologista, a pessoa tem que ir depilada, a pessoa tem que ir limpa. Imagine uma pessoa de rua? Nem é atendida (E3 Mulher, 41 anos, solteira sem parceria, 1 ano de moradia na rua)

A dificuldade apontada pela entrevistada no presente estudo foi a manutenção da higiene para realização de um atendimento de saúde. Apesar de pouco referido, outras pesquisas identificaram tal ponto, ao identificar que características como mau cheiro e sujeira serviam como justificativas para comportamentos de rejeição por parte dos serviços de saúde estudado, criando resistências e dificuldade no atendimento dessa população (AGUIAR e IRIART, 2012).

Além disso, a presente pesquisa consonante com a Pesquisa Nacional revela que a pessoa que vive em situação de rua, busca inicialmente o serviço de emergência e, posteriormente, outros serviços. Possivelmente, em função dos serviços de emergência não condicionar o atendimento à apresentação de documentos (BRASIL, 2008). Outra situação evidenciada na observação de campo é a tendência do grupo de pertencimento em acessar serviços de saúde para atendimento a partir de referências que perpassam pelo senso comum da própria comunidade. Ou seja, ao encontrarem profissionais em serviços que demonstrem acolhimento e atendimento de suas demandas, esses serviços são indicados pela PSR para seus pares, tornando o serviço, referência para atendimentos.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Embora este estudo apresente limitações, os resultados apresentados foram produzidos a partir de um conjunto de técnicas e instrumentos que permitiram adequação metodológica à pesquisa qualitativa com embasamento na Teoria das Representações Sociais, possibilitando o alcance dos objetivos propostos.

Ressaltamos as dificuldades encontradas mediante escassez de estudos publicados nos últimos anos que abordassem os cuidados das PSR na perspectiva das representações sociais, e com menos enfoque ainda, quando se faz referência as IST. Portanto, essa pesquisa se mostra relevante e inédita para a comunidade científica e para o conhecimento em sociedade.

O uso de multitécnicas possibilitou identificar vários elementos que se complementam na formulação da representação social do grupo investigado acerca dos cuidados de saúde em IST. Os elementos latentes, inconscientes oriundos da técnica projetiva permitiram evidenciar a imagem da pessoa com IST centrada na figura da feminina, abandonada, traída e triste. Essa imagem, objetivada em experiências das participantes, revela aspectos de construções de gênero historicamente construídas e remete à necessidade de olhar diferenciado para mulheres, no tocante aos cuidados de saúde institucionalizado e direcionado para o público feminino. Nesta técnica também foi anunciado o sexo abrigado como uma especificidade do grupo investigado para os cuidados de saúde para IST. Esses elementos não apareceram no conteúdo das entrevistas, revelando a privacidade e complexidade do tema abordado.

A análise do conteúdo das entrevistas revelou aspectos da imagem da pessoa em situação de rua, com aspectos que se sobrepõem à imagem da pessoa com IST. Essa sobreposição se dá pelas adversidades que tanto a pessoa em situação de rua, quanto a pessoa com IST enfrentam cotidianamente. Os cuidados evidenciados pelas duas técnicas revelam a reprodução de informações divulgadas pela mídia, por profissionais de saúde e outros. Aborda, também, ações direcionadas para o diagnóstico e tratamento de IST relacionadas primordialmente com o sistema formal de saúde, enquanto ancoragem no conhecimento reificado.

As medidas preventivas foram ressaltadas como algo que está amplamente propagado e o acesso a essas informações e ao preservativo tem se consolidado no imaginário das pessoas como um elemento de eficácia na prevenção das IST. Dentre as medidas preventivas, o uso do preservativo foi destacado como o principal método de prevenção contra IST, porém a prática do sexo oral numa troca de moeda por drogas, a parceria fixa e o uso de substâncias psicoativas contribuem para dispensa do uso do preservativo. Embora coloquem em prática

essas possibilidades, reconhecem o risco de contaminação das mesmas. A manutenção da higiene pessoal e íntima também esteve associada ao cuidado e prevenção de IST. A dificuldade dessa higiene foi relatada como uma dificuldade para acesso aos serviços de saúde, bem como serviam como justificativas para comportamentos de rejeição por parte dos serviços de saúde.

A perspectiva da moradia trouxe a casa como um bem material desejado, que ajuda na melhoria da autoestima e cidadania e proporciona superação de situações de vulnerabilidade enfrentadas no cotidiano da rua. Ademais, o conteúdo latente trouxe a casa como a representação de um local protegido para manutenção das relações sexuais. Essa perspectiva, majoritariamente feminina, se configura como um objeto de prevenção e proteção contra as IST. Outro aspecto foi a busca por serviços de saúde voltadas para diagnóstico, tratamentos e orientações. Esse grupo considerou a figura do médico e a instituição de saúde como referências para o tratamento das IST. Relatam também a importância do tratamento dos sintomas para evitar a transmissão da doença para outras pessoas.

Diante da riqueza e quantidade de material coletado, este trabalho ainda encontra-se em elaboração, na perspectiva de aprofundamento e articulação da TRS, utilização de dados expostos nesta dissertação, bem como os que ainda não foram trabalhados, com o objetivo de elaborar manuscritos para submissão em revistas científicas.

Acredita-se que a presente pesquisa contribuiu para ampliação do conhecimento sobre o objeto de estudo e para as práticas de cuidado visando a melhoria da qualidade da assistência à saúde. Proporcionou articulação entre discentes de graduação e de pós-graduação, enriquecendo e qualificando a formação. Ademais, possibilitou para a pesquisadora e para o grupo de pesquisa SVDG, reflexões e ações acerca das pessoas em situação de rua e da aplicabilidade de ações de promoção da saúde e prevenção de danos e agravos à saúde, subsidiando novas articulações com outros órgãos e serviços que prestam atendimento à população em situação de rua, a exemplo da Defensoria Pública da Bahia. Pôde, também, subsidiar novas ações de intervenção e ampliar a produção de conhecimento acerca desse grupo populacional, bem como oferecer elementos para discussão dentro da academia, no tocante aos cuidados a pessoas em situação de rua.

REFERÊNCIAS

ABRIC, Jean-Claude. *A Abordagem Estrutural das Representações Sociais*. MOREIRA, Antônia S. Pereira; OLIVEIRA, Denise C. De. (Orgs.) Estudos Interdisciplinares de Representações Sociais. Goiânia: AB, 1998 (trad. de Pedro H. F. Campos).

ABRIC, Jean-Claude. *A abordagem estrutural das representações sociais*. In: MOREIRA, Antônia Silva Paredes (org.), OLIVEIRA, Denize Cristina (org). Estudos interdisciplinares de representação social. Goiânia: AB, 2000.

ACIOLI, Sônia et al. Práticas de cuidado: o papel do enfermeiro na atenção básica. *Rev enferm UERJ*, Rio de Janeiro vol. 22, n.5, p. 637-642, 2014. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v22n5/v22n5a09.pdf>> Acesso em: 08/12/2016.

AGUIAR, Maria Magalhães. IRIART, Jorge Alberto Bernstein. Significados e práticas de saúde e doença entre a população em situação de rua em Salvador, Bahia, Brasil. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, vol.28, n.1, p.115-124, 2012.

ANDRADE, Luana Padilha; COSTA, Samira Lima; MARQUETTI, Fernanda Cristina. A rua tem um ímã, acho que é a liberdade: potência, sofrimento e estratégias de vida entre moradores de rua na cidade de Santos, no litoral do Estado de São Paulo. *Saúde e sociedade* vol.23, n.4, p.1248-1261, 2014. Acesso em: 20/12/2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902014000401248

ARRUDA, Angela. Teoria das Representações Sociais e Teorias de Gênero. *Cadernos de Pesquisa*, n. 117, p. 127-147, 2002. Acesso em: 16/12/2016

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. *Vulnerabilidades prevenção em tempo de AIDS* In: PARKER, R. et al. Sexualidade pelo avesso: Direitos, Identidades e Poder. São Paulo: Editora 34, 1999.

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. *Interface* (Botucatu) vol. 8, n.14, p.73-92, 2004.

BAHIA ECONÔMICA. *Prefeitura reinaugura dois centros de reintegração social*, 2015. Disponível em: <<http://www.bahiaeconomica.com.br/noticia/86203.prefeitura-reinaugura-dois-centros-de-reintegracao-social.html>> Acesso em: 13/12/2016.

BARDIN, Laurence. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70, p 223, 2011.

BEZERRA, Waldez Cavalcante. FIRMINOA, Gabriela Cristina da Silva. JAVARROTTIB, Emanuely Santos. MELOA, Jéssica Veríssimo de Medeiros, CALHEIROSA, Priscila Ferreira Fragoso. SILVA, Rodrigo Gonçalves Lima Borges. O cotidiano de pessoas em situação de rua: rupturas, sociabilidades, desejos e possibilidades de intervenção da Terapia Ocupacional. *Caderno de Terapia Ocupacional. UFSCar*, São Carlos, vol. 23, n. 2, p. 335-346, 2015. Acesso em: 29/02/2017. Disponível em: <<http://doi.editoracubo.com.br/10.4322/0104-4931.ctoAO0541>>

BRASIL. *Constituição Federal de 1988*. Diário Oficial da União. Promulgada em 5 de outubro de 1988. Disponível em

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm> Acesso em: 08/12/2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes*. p 82. 2004. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf Acesso em: 08/12/2016.

BRASIL, Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. *Política Nacional de Assistência Social PNAS/ 2004*, Norma Operacional Básica NOB/SUAS. 178p. 2005a. Disponível em: <http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Normativas/PNAS2004.pdf> Acesso em: 08/12/2016.

BRASIL. *Lei nº 11.258, de 30 de dezembro de 2005b*. Altera a Lei no 8.742, de 7 de dezembro de 1993, que dispõe sobre a organização da Assistência Social, para acrescentar o serviço de atendimento a pessoas que vivem em situação de rua. Diário Oficial da União de 02 de janeiro de 2006. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11258.htm> Acesso em: 08/12/2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de IST e Aids. *Manual de Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis*, p.140, 2006. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_controle_das_IST.pdf> Acesso em: 08/12/2016.

BRASIL. *Decreto de 25 de outubro de 2006*. Constitui Grupo de Trabalho Interministerial - GTI, com a finalidade de elaborar estudos e apresentar propostas de políticas públicas para a inclusão social da população em situação de rua, conforme disposto na Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, e dá outras providências. Brasília, Diário Oficial da União, 26/10/2006b. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Dnn/Dnn11024.htm> Acesso em: 08/12/2016.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação Departamento de Avaliação e Monitoramento. *Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua*. 16p, 2008a. Disponível em: <<http://www.criancanaoederua.org.br/pdf/Pesquisa%20Nacional%20Sobre%20a%20Popula%C3%A7%C3%A3o%20em%20Situa%C3%A7%C3%A3o%20de%20Rua.pdf>> Acesso em: 08/12/2015.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. *Política Nacional para Inclusão Social da População em Situação de Rua*. 25p, 2008a. Disponível em: < <http://www.recife.pe.gov.br/noticias/arquivos/2297.pdf>> Acesso em: 08/12/2015.

BRASIL, Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. *Sistema Único de Assistência Social, Proteção Social Básica*. Orientações Técnicas: Centro de Referência de Assistência Social – CRAS, 72p, 2009a. Disponível em: < http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Cadernos/orientacoes_Cras.pdf> Acesso em: 08/12/2016.

BRASIL. *Decreto nº 7.053 de 23 de dezembro de 2009b*. Presidência da República Casa Civil Subchefia para Assuntos Jurídicos. Brasília, 2009. Disponível em: <http://www.planalto7.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2009/Decreto/D7053.htm>. Acesso em: 08/12/2016.

BRASIL. *Portaria nº 3305, de 24 de dezembro de 2009*. Institui o Comitê Técnico de Saúde para a População em Situação de Rua. Brasília, Diário Oficial da União, 24 de dezembro de 2009c. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt3305_24_12_2009.html> Acesso em: 08/12/2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de IST, Aids e Hepatites Virais. *Pesquisa de conhecimento, atitudes e práticas na população brasileira*. 126p, 2011a.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome – MDS. Secretaria Nacional de Assistência Social. *Orientações Técnicas: Centro de Referência Especializado de Assistência Social – CREAS*, 120p, 2011b. Disponível em: <<http://aplicacoes.mds.gov.br/snas/documentos/04-caderno-creas-final-dez..pdf>> Acesso em: 08/12/2015

BRASIL, *Portaria nº 3088, de 23 de dezembro de 2011c*. 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). Brasília, Diário Oficial da União, republicada em 21 de maio de 2013. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html> Acesso em: 08/12/2016.

BRASIL, *Portaria nº122, de 25 de janeiro de 2011*. Define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua. Brasília, Diário Oficial da União, 2011d. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0122_25_01_2012.html> Acesso em: 08/12/2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Manual sobre o cuidado à saúde junto à população em situação de rua*. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a. 98 p.

BRASIL, *Portaria nº 121, de 25 de janeiro de 2012*. Institui a Unidade de Acolhimento para pessoas com necessidades decorrentes do uso de Crack, Álcool e Outras Drogas (Unidade de Acolhimento), no componente de atenção residencial de caráter transitório da Rede de Atenção Psicossocial. Brasília, Diário Oficial da União, 25 de janeiro de 2012b. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0121_25_01_2012.html Acesso em: 08/12/2016.

BRASIL. *Resolução Nº 5, de 21 de novembro de 2012*. Estabelece diretrizes para a organização de estratégias e ações por meio de planos operativos para implementação de ações em saúde para a População em Situação de Rua no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 2012C, Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2012/res0005_21_11_2012.html

BRASIL, *Resolução nº 02, de 27 de fevereiro de 2013*. Define diretrizes e estratégias de orientação para o processo de enfrentamento das iniquidades e desigualdades em saúde com foco na População em Situação de Rua (PSR) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, Diário Oficial da União, 28 de fevereiro de 2013. Disponível em:

<<http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2015/agosto/17/plano-operativo-poprua.pdf>>

Acesso em: 08/12/2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 1.271, de 6 de junho de 2014*. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. Diário Oficial da União, 06 de junho de 2014. Disponível em: <

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1271_06_06_2014.html> Acesso em:

08/12/2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. *Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT): Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)*. Relatório de Recomendação. 121p. 2015. Disponível em:

http://conitec.gov.br/images/Consultas/Relatorios/2015/Relatorio_PCDT_IST_CP.pdf>

Acesso em: 08/12/2016.

BRITO, Valquiria; PARRA, Deolinda; FACCHINI, Regina; BUCHALLA, Cassia Maria. Infecção pelo HIV, hepatites B e C e sífilis em moradores de rua, São Paulo. *Revista Saúde Pública* vol.41, p. 47-56, 2007.

BRITO, Leila Maria Ribeiro. *Análise das práticas de cuidado da enfermeira em unidade de terapia intensiva*. 2010. 79f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2010.

CASTANHA, Alessandra Ramos; ARAÚJO, Ludgleydson Fernandes. Representações sociais de agentes comunitários de saúde acerca da Aids. *Psicologia teoria e pratica*. São Paulo vol.8 n.1, 2006. Disponível em:

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872006000100002.

Acesso em: 16/12/2016

CARVALHO. Evanilda. *Viver a sexualidade com o corpo ferido: representações de mulheres e homens*. 2010, 255 f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2010.

COELHO, E.A.C. et al. *Ocorrência de gravidez não planejada em áreas de cobertura do Programa de Saúde da Família – Salvador-BA*. 2011. Relatório técnico CNPQ. Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2011.

COLLIÈRE, M. F. *Cuidar...a primeira arte da vida*. 2ª ed. Lisboa, Lusociência, 2003, 440p.

COSTA, Ana Cristina Pereira de Jesus; LINS, Anamaria Gomes; ARAÚJO, Márcio Flávio Moura; ARAÚJO, Thiago Moura; GUBERT, Fabiane do Amaral; VIEIRA, Neiva Francenely Cunha. Vulnerabilidade de adolescentes escolares às IST/HIV, em Imperatriz – Maranhão. *Revista Gaúcha Enfermagem* v. 34, n.3, p.179-186, 2013. Acesso em: 10/01/2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rngenf/v34n3/a23v34n3.pdf>>

COSTA, Tadeu Lessa; OLIVEIRA, Denize Cristina; FORMOZO, Gláucia Alexandre. Qualidade de vida e AIDS sob a ótica de pessoas vivendo com o agravo: contribuição preliminar da abordagem estrutural das representações sociais. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, vol. 31, n. 2, p. 365-376, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v31n2/0102-311X-csp-31-02-00365>. Acesso em: 16/12/2016

COSTA, Tadeu Lessa; OLIVEIRA, Denize Cristina; FORMOZO, Gláucia Alexandre; GOMES, Antonio Marcos Tosoli. Pessoas com HIV/Aids nas representações sociais de enfermeiros: análise dos elementos centrais, contranormativos e atitudinais. *Revista Latino-Americana Enfermagem* Ribeirão Preto vol.20, n.6 , 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692012000600011&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em: 16/12/2016

COSTA, Tadeu Lessa; OLIVEIRA, Denize Cristina; FORMOZO, Gláucia Alexandre. Representações sociais sobre pessoas com HIV/AIDS entre enfermeiros: uma análise estrutural e de zona muda. *Estudo Pesquisa e psicologia*. Rio de Janeiro vol.12 n.1, abril 2012. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812012000100014. Acesso em: 16/12/2016

CRESWELL, John W. *Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto*. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

DANTAS, Mariana de Sousa; ABRÃO, Fátima Maria da Silva; FREITAS, Clara Maria Silvestre Monteiro; OLIVEIRA, Denize Cristina . Representações sociais do HIV/AIDS por profissionais de saúde em serviços de referência. *Revista Gaúcha Enfermagem*. Porto Alegre, v.35, n.4, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-14472014000400094&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em: 16/12/2016.

DOURADO, Inês; MacCarthy, Sarah; REDDY, Manasa; CALAZANS, Gabriela; GRUSKIN, Sofia. Revisitando o uso do preservativo no Brasil. *Revista Brasileira Epidemiologia* vol.18, n. 1, p.63-88, 2015. Acesso em: 10/01/2017, Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v18s1/pt_1415-790X-rbepid-18-s1-00063.pdf>

DUARTE, Sebastião Júnior Henrique; MAMEDE, Marli Villela; ANDRADE, Sônia Maria Oliveira. Opções Teórico- Metodológicas em Pesquisas Qualitativas: Representações Sociais e Discurso do Sujeito Coletivo. *Saúde Sociedade* São Paulo vol. 18, n.4, p. 620-626, 2009. Disponível em < <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v18n4/06.pdf>> Acesso em 08/12/2015.

FARIAS, Francisca Lucélia Ribeiro de. FUREGATO, Antônia Regina Ferreira. O dito e o não dito pelos usuários de drogas, obtidos mediante as vivências e da técnica projetiva.

Revista Latinoamericana de Enfermagem vol. 13, n.5, p.700-707, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n5/v13n5a14.pdf>. Acesso em: 28/12/2015.

FERNANDES, Flávia Saraiva Leão. RAIZER, Milena Veiga. BRETAS, Ana Cristina Passarella. Pobre, idoso e na rua: uma trajetória de exclusão. *Revista Latinoamericana de Enfermagem* vol.15, n.spe, p.755-761, 2007.

FONSECA, Jamile Guerra. *Representações sociais da família sobre o cuidado de idosos dependentes*. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. Jequié/BA, 95p, 2014.

FONTANELLA, Bruno José Barcelos. RICAS, Janete. TURATO, Egberto Ribeiro. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cad. Saúde Pública*, V. 24, n.1, p.17-27, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n1/02.pdf>>. Acesso em: 12/03/2017.

FUNARI, Sergio Luis. Sexo oral e HIV entre homens que fazem sexo com homens. *Caderno de Saúde Pública* vol. 19, n.6, p.1841-1844, 2003. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2003000600028. Acesso em: 19/01/2017

GIAMI, Alain. Permanência das Representações do Gênero em Sexologia: as inovações científicas e médica comprometidas pelos estereótipos de gênero. *PHISYS: Revista Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro vol.17, n.2, p. 301-320, 2007. Disponível em < <http://www.scielo.br/pdf/physis/v17n2/v17n2a06.pdf>> Acesso em 28/12/2015.

GOMES, Antonio Marcos Tosoli; SILVA, Érika Machado Pinto; OLIVEIRA, Denize Cristina. Social representations of AIDS and their quotidian interfaces for people living with HIV. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* vol.19, n.3, p.485-492, 2011. Acesso em: 10/01/2017. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692011000300006&script=sci_arttext&tlng=pt>

GRANGEIRO, Alexandre; HOLCMAN, Márcia Moreira; ONAGA, Elisabete Taeko. ALENCAR; Herculano Duarte Ramos; PLACCO, Anna Luiza Nunes; TEIXEIRA, Paulo Roberto. Prevalência e vulnerabilidade à infecção pelo HIV de moradores de rua em São Paulo, SP. *Revista Saúde Pública* vol. 46, n.4, p. 674-684, 2012. Acesso em: 01/03/2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v46n4/4111.pdf>>

HALLAIS, Janaína Alves da Silveira; BARROS, Nelson Filice. Consultório na Rua: visibilidades, invisibilidades e hipervisibilidade. *Caderno. Saúde Pública* vol.31, n.7, p. 1497-1504, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v31n7/0102-311X-csp-31-7-1497.pdf>> Acesso em: 08/12/2015.

IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICAS. *Cidades: Salvador- Ba*, 2010. Disponível em: < http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=292740&search=bahia|salvador|in_fograficos:-informacoes-completas >. Acesso em: 15/07/2015.

JESUS, Christiane Herold; LUPPI, Carla Gianna. A população adulta em situação de rua da área central do município de São Paulo e a vulnerabilidade às infecções sexualmente transmissíveis e Aids: um estudo descritivo. *BIS*. Vol.14, n.1, p.91-100, 2012.

JODELET, Denise. *Representações sociais: um domínio em expansão*. In: JODELET, Denise. (Org.). *As representações sociais*. Rio de Janeiro: EdUERJ p. 17- 44, 2001.

KLINKENBERG, W.D., et al. Prevalence of human immunodeficiency virus, hepatitis B, and hepatitis C among homeless persons with co-occurring severe mental illness and substance use disorders. *Compr Psychiatry*. vol.44, n.4, p.293-302, 2003.

LONDERO, Mário Francis Petry; CECCIM, Ricardo Burg; BILIBIO, Luiz Fernando Silva. Consultório de/na rua: desafio para um cuidado em verso na saúde. *Interface* (Botucatu), vol.18 n.49, p. 251-260, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v18n49/1807-5762-icse-1807-576220130738.pdf>> Acesso em: 08/12/2015.

MARQUES, Sergio Corrêa ; OLIVEIRA, Denize Cristina; GOMES, Antonio Marcos Tosoli. AIDS e representações sociais: uma análise comparativa entre subgrupos de trabalhadores. *Psicologia teoria e prática* São Paulo vol.6, n. spe, 2004. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872004000300007. Acesso em: 16/12/2016.

MEDINA, Ana María. Representaciones del Cáncer en Estudiantes de Medicina: Implicaciones para la Práctica y la Enseñanza. *Revista salud pública* vol.9, n.3, p. 369-379, 2007. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/rsap/v9n3/v9n3a05.pdf>> Acesso em: 28/12/2015.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; GOMES, Suely Ferreira Deslandes Romeu. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 31. ed. Petrópolis: Vozes, 2011. 21 p.

MIRANDA, Francisco Arnoldo Nunes de; FUREGATO, Antonia Regina Ferreira; SIMPSON, Clélia Albino; AZEVEDO, Dulcian Medeiros. Figuras e significados: recursos gráficos na pesquisa de representações sociais. *Revista Eletronica de Enfermagem* vol. 9, n.2, p.526-536, 2007. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n2/v9n2a19.htm>. Acesso em: 28/12/2015.

MORAES, Paulo Alexandre; BERTOLOZZI, Maria Rita; HINO, Paula. Percepções sobre necessidades de saúde na Atenção Básica segundo usuários de um serviço de saúde. *Revista escola enfermagem. USP* vol.45, n.1, p.19-25, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n1/03.pdf>> Acesso em: 13/12/2015.

MOSCOVICI, Serge. *Das representações coletivas às representações sociais: elementos de uma história*. In: *As representações sociais*. Org. Denise Jodelet; tradução LÍlian Ulup. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2001.

MOSCOVICI, Serge. *Representações sociais: investigações em psicologia social*. Rio de Janeiro, Vozes, 2003. 404 p. trad. Pedrinho Guareschi.

MOSCOVICI, Serge. *A psicanálise, sua imagem e seu público*. Petrópolis, Vozes, 2012.

NATIVIDADE, Jean Carlos; CAMARGO, Brígido Vizeu. Elementos da Representação Social da Aids Agrupados em Dimensões: Uma Técnica Estrutural. *Psicologia: Teoria e Pesquisa* vol. 28 n. 2, p. 193-195, Abr-Jun 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v28n2/07>. Acesso em: 16/12/2016

OLIVEIRA, Dora Lúcia Liedens Corrêa de. A enfermagem e suas apostas no autocuidado: investimentos emancipatórios ou práticas de sujeição? *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília vol. 64, n.1, p. 185-188, 2011. Disponível em: <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/30561/000776881.pdf?sequence=1>> Acesso em: 03/01/2015.

OLIVEIRA, Roberta Grangeiro; MAGALHÃES, Samira Rocha; LIMA, Kelcione Pinheiro; FROTA, Natasha Marques. Aspectos sociodemográficos e ginecológicos de mulheres com neoplasia intraepitelial cervical de baixo grau. *Revista enfermagem UFPE*. Recife vol. 8, n.4, p.1002-1010, 2014. Acesso em: 10/01/2017. Disponível em: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewFile/4106/pdf_4934>

PINHEIRO, Clara Virgínia de Queiroz; MEDEIROS, Nathassia Matias de. Práticas de prevenção do HIV/Aids e modos de subjetivação. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, vol.23, n.2, p. 629-646, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v23n2/v23n2a16.pdf> Acesso em: 28/12/2015.

PINTO, Valdir Monteiro; TANCREDI, Mariza Vono; ALENCAR, Herculano Duarte Ramos; CAMOLES, Elisabeth; HOLCMAN, Márcia Moreira; GRECCO, João Paulo; GRANGEIRO, Alexandre; GRECCO, Elisabete Taeko Onaga. Prevalência de Sífilis e fatores associados a população em situação de rua de São Paulo, Brasil, com utilização de Teste Rápido. *Revista brasileira de epidemiologia*. São Paulo, vol.17 no.2 p. 341-354, 2014. Acesso em: 10/02/2017. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2014000200341&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt

POLIT, Denise F; BECK, Cheryl Tatano; HUNGLER, Bernadette P. *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação e utilização*. 7ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

PORTAL BRASIL. *HIV e IST - Sintomas de IST nas mulheres podem ser confundidos com reações comuns do organismo; a atenção deve ser redobrada*, 2011. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/saude/2011/09/hiv-e-IST-em-mulheres>> Acesso em: 08/12/2015.

PRAÇA, Kátia Botelho Diamico; NOVAES, Heliane Guimarães Vieites. A representação social do trabalho do psicólogo. *Psicologia Ciência e Profissão* vol. 24, n.2, p. 32-47, 2004. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/pcp/v24n2/v24n2a05.pdf>> Acesso em: 28/12/2015.

PRUDENCIATTI, Shaday; TAVANO, Liliam D'Aquino; NEME, Carmen Maria Bueno. O Desenho: Estória na atenção psicológica a crianças na fase pré - cirúrgica. *Bol. - Acad. Paul. Psicologia* vol.33, n.85, p. 276-291, 2013. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/bapp/v33n85/a06.pdf>. Acesso em: 28/12/2015.

RIBEIRO, Carla Regina; PINTO JUNIOR, Antônio Augusto. A representação social da criança hospitalizada: um estudo por meio do procedimento de desenho-estória com tema. *Revista SBPH* vol.12, n.1, p. 31-56, 2009. Disponível em: pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582009000100004. Acesso em: 16/12/2016

RIBEIRO, Vívian Mara. *Representações sociais de enfermeiras sobre o aleitamento materno e sua influência nas práticas educativas*. Dissertação de mestrado – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. Jequié, 129p, 2011.

RODRIGUES, Gilmara Ribeiro Santos. *Representações sociais de mulheres submetidas à revascularização do miocárdio sobre seu corpo: repercussões para a sexualidade*. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 133p, 2013.

SALVADOR. Prefeitura Municipal de Salvador. *Relatório da Pesquisa sobre a população em situação de rua no município de Salvador-Ba*. Programa Salvador Cidadania, 2010. 93p. Disponível em: < <http://www.fjs.org.br/wp-content/themes/fjs/downloads/Relatorio-Pesquisa-Populacao-em-Situacao-de-Rua.pdf> > Acesso em: 08/12/2015.

SALVADOR. Secretaria Municipal de Saúde de Salvador. *Plano Municipal de Saúde, 2014-2017* Versão Preliminar. Salvador: Assessoria Técnica da Saúde, 2014. Disponível em: <http://www.saude.salvador.ba.gov.br/arquivos/astec/pms_2014_2017_versao_preliminar.pdf > Acesso em: 15 julho 2015.

SANTOS, Maria de Fátima Souza; ALMEIDA, Leda Maria de (Org.) *Diálogos com a teoria da representação social*. Recife. Ed. Universitária UFPE, 2005

SANTOS, Michele Araújo. *Entre o familiar e o estranho: representações sociais de professores sobre o autismo infantil*. Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco - Recife, 119 p, 2009.

SANTOS, Milena Vaz Sampaio Santos. *Representações Sociais de Enfermeiras sobre o cuidado a mulheres com HIV/AIDS*. Trabalho de Conclusão de Curso. Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 54p, 2014.

SEPARAVICH, Marco Antônio; CANESQUI, Ana Maria. Saúde do homem e masculinidades na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: uma revisão bibliográfica. *Saúde Sociedade São Paulo*, vol.22, n.2, p.415-428, 2013. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v22n2/v22n2a13.pdf> > Acesso em: 08/12/2015.

SILVA, Cylira Boy de Vasconcelos; SANTOS, Laryssa Silva; PIRES, Vitoria Augusta Teles Netto. Exploração sexual de adolescentes que vivem nas ruas: a vulnerabilidade ao HIV/aids. *Revista Enfermagem Integrada* – Ipatinga: Unileste-M, vol.5, n.1, p. 919-930, 2012. Disponível em: <https://www.unilestemg.br/enfermagemintegrada/artigo/v5/05-exploracao-sexual-de-adolescentes-que-vivem-nas-ruas--a-vulnerabilidade-ao-hiv.pdf>. Acesso em: 27/01/2017.

SILVA, Éder Dias da; CAMARGO, Brigido Vizeu; PADILHA, Maria Itayra. A Teoria das Representações Sociais nas pesquisas da enfermagem brasileira. *Revista Brasileira de Enfermagem* vol. 64, n.5, p. 947-951, 2011. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n5/a22v64n5.pdf>> Acesso em 08/12/2015.

SILVA, Rafael Bianchi. CEZAR, Patrícia Cristiane Nogueira. Atuação do psicólogo no CREAS em municípios de pequeno porte. *Est. Inter. Psicol.* Vol.4, n.1, p. 99-109, 2013. Disponível em: < http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S2236-64072013000100007&script=sci_arttext> Acesso em: 08/12/2015

SPM, Secretaria de Políticas para as Mulheres. *Saúde Integral da Mulher*. 2014. Disponível em: <<http://www.spm.gov.br/assuntos/saude-integral-da-mulher> > Acesso em: 08/12/2015

TEIXEIRA, Iraí Maria de Campos; OLIVEIRA, Maria Waldenez. Práticas de cuidado à saúde de mulheres camponesas. *Interface (Botucatu)* vol.18 Supl 2, p.1341-1354, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v18s2/1807-5762-icse-18-s2-1341.pdf> Acesso em: 08/12/2015.

TRINCA, Walter. *Procedimento de Desenhos-Estórias: formas derivadas, desenvolvimentos e expansões*. Walter Trinca(org), 1ª ed. - Ed. Vetor, 2013.

VERNAGLIA, Taís Veronica Cardoso; VIEIRA, Regina Amélia de Magalhães Senna; CRUZ, Marcelo Santos. Usuários de crack em situação de rua – características de gênero. *Ciência & Saúde Coletiva* vol. 20, n.6, p.1851-1859, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csc/v20n6/1413-8123-csc-20-06-1851.pdf>. Acesso em: 28/01/2017.

VILLELA, Wilza Vieira; BARBOSA, Regina Maria. Prevention of the heterosexual HIV infection among women: Is it possible to think about strategies without considering their reproductive demands? *Revista brasileira de epidemiologia* vol.18, suppl.1, p.131-142, 2015.

WALDOW, Vera Regina. *Cuidar humano: o resgate necessário*. Porto Alegre: Sagra Luzzato, 2001, 201p.



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
 ESCOLA DE ENFERMAGEM
 PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO: (0**71) 3283-7631
 E-MAIL: milnavaz90@hotmail.com / (0**71) 99288-2440

Apêndice A – DESENHO-ESTÓRIA COM TEMA

TÍTULO DA PESQUISA: Representações Sociais de pessoas em situação de rua sobre cuidados para Infecções Sexualmente Transmissíveis.

PESQUISADORA RESPONSÁVEL: Milena Vaz Sampaio Santos

ORIENTADORA: Profª Drª Jeane Freitas de Oliveira

CARACTERIZAÇÃO DOS(AS) PARTICIPANTES

1. **Identificação:** _____
2. **Idade:** _____
3. **Sexo:** _____
4. **Naturalidade/Cidade Natal:** _____
5. **Grau de escolaridade:** () Analfabeto () Fund. incompleto () Fund. Completo () médio completo () médio incompleto () superior incompleto () superior completo
6. **Ocupação:** _____
7. **Renda pessoal (reais):** _____
8. **Situação conjugal:** () solteira () casada () união estável () viúva () divorciada
9. **Filhos:** () não () sim, quantos? _____
10. **Religião:** () Católica () Evangélica () Espírita () Não tem () Outra _____
11. **Cor:** () Branca () Parda () Preta () Amarela () Indígena
12. **Tempo de vivência na rua:** _____
13. **Motivos para “situação de rua”:** _____

ROTEIRO PARA DESENHO-ESTÓRIA COM TEMA

1. Faça um desenho com o tema “Cuidados para doenças transmitidas pelo sexo”.
2. Conte uma estória sobre seu desenho.
3. Dê um título ao seu desenho.



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
 ESCOLA DE ENFERMAGEM
 PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO: (0**71) 3283-7631
 E-MAIL: milenavaz90@hotmail.com / (0**71) 99288-2440

Apêndice B – ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

TÍTULO DA PESQUISA: Representações Sociais de pessoas em situação de rua sobre cuidados para Infecções Sexualmente Transmissíveis.

PESQUISADORA RESPONSÁVEL: Milena Vaz Sampaio Santos

ORIENTADORA: Profª Drª Jeane Freitas de Oliveira

CARACTERIZAÇÃO DOS(AS) PARTICIPANTES

1. **Identificação:** _____
2. **Idade:** _____
3. **Sexo:** _____
4. **Naturalidade/Cidade Natal:** _____
5. **Grau de escolaridade:** () Analfabeto () Fund. incompleto () Fund. Completo () médio completo () médio incompleto () superior incompleto () superior completo
6. **Ocupação:** _____
7. **Renda pessoal (reais):** _____
8. **Situação conjugal:** () solteira () casada () união estável () viúva () divorciada
9. **Filhos:** () não () sim, quantos? _____
10. **Religião:** () Católica () Evangélica () Espírita () Não tem () Outra _____
11. **Cor:** () Branca () Parda () Preta () Amarela () Indígena
12. **Tempo de vivência na rua:** _____
13. **Motivos para “situação de rua”:** _____

ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

- 1) Fale-me como as pessoas, de um modo geral, devem se cuidar em relação as Doenças transmitidas por relação sexual.
- 2) Em sua opinião, como as pessoas em situação de rua se cuidam em relação às doenças transmitidas por relação sexual.
- 3) Fale-me dos cuidados que você adota em relação as doenças transmitidas por relação sexual.

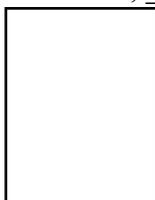


UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
 ESCOLA DE ENFERMAGEM
 PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO: (0**71) 3283-7631
 E-MAIL: [milenavaz90@hotmail.com/](mailto:milenavaz90@hotmail.com) (0**71) 99288-2440

Apêndice C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Projeto: **Representações Sociais de pessoas em situação de rua sobre cuidados para Infecções Sexualmente Transmissíveis.** Aceito participar desta pesquisa voluntariamente, cujo objetivo é compreender as práticas de cuidado para IST adotadas por pessoas em situação de rua. A pesquisadora responsável é Milena Vaz Sampaio Santos e esta pesquisa é parte da dissertação de Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal da Bahia e tem como orientadora Prof^a Dr^a Jeane Freitas de Oliveira. Fui informada sobre as questões que orientam a discussão da qual participarei como sujeito da pesquisa, cuja metodologia utilizará um Desenho-Estória com tema e uma entrevista. Fui informada (o) também que haverá gravação e transcrição das discussões e autorizo ambos, como também autorizo o uso do conteúdo da discussão, sem identificação das pessoas envolvidas. Esta pesquisa poderá ser importante para os profissionais de saúde, pois podem subsidiar as intervenções que resultem na melhoria da assistência à saúde e acarretam desafios para a prática de profissionais de saúde, além de embasar propostas que incluam o enfoque de gênero na prestação dos serviços de saúde a essas pessoas. Pela característica metodológica este estudo tem como risco o constrangimento diante da opinião fornecida e, neste caso, a pesquisadora se compromete a minimizá-lo garantindo o sigilo e o anonimato das pessoas envolvidas na pesquisa e, caso de apoio psicológico ou outro, serei encaminhado (a) para órgãos vinculados a Unidade de Acolhimento. Estou ciente de que terei: a) a garantia de receber esclarecimento a qualquer dúvida relacionada com a pesquisa; b) a liberdade de retirar meu consentimento a qualquer momento e deixar de participar isento de penalização ou ressarcimento financeiro; c) as informações sobre os resultados de estudo; d) as informações sobre a autenticidade e legitimidade da pesquisa entrando em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa. Este Termo de Consentimento Livre Esclarecido será assinado em duas vias, ficando uma com a pesquisadora responsável e outra em minha posse.

Salvador, ____ de _____ de 2016.



 Assinatura do(a) participante
 ou Impressão dactiloscópica

 Milena Vaz Sampaio Santos
 Responsável pela pesquisa