

CARLOS HENRIQUE RIBEIRO DA SILVA

**ACESSO AOS PROGRAMAS E SERVIÇOS DE SAÚDE DA POPULAÇÃO EM
SITUAÇÃO DE RUA: CRIAÇÃO DE UM PRODUTO EDUCATIVO EM SAÚDE
NO MUNICÍPIO DE DOURADOS - MS**

**Dourados
2018**

CARLOS HENRIQUE RIBEIRO DA SILVA

**ACESSO AOS PROGRAMAS E SERVIÇOS DE SAÚDE DA POPULAÇÃO EM
SITUAÇÃO DE RUA: CRIAÇÃO DE UM PRODUTO EDUCATIVO EM SAÚDE
NO MUNICÍPIO DE DOURADOS - MS**

Dissertação do Mestrado Profissional apresentada ao Programa de Pós-graduação Stricto Sensu Ensino em Saúde, Mestrado Profissional na linha de pesquisa Práticas Educativas em Saúde, da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul, Unidade Universitária de Dourados/MS como exigência parcial para obtenção do título de Mestre em Ensino em Saúde.

Orientadora: Dr^a Cássia Barbosa Reis

**Dourados
2018**

S579a Silva, Carlos Henrique Ribeiro

Acesso aos programas e serviços de saúde da população em situação de rua: criação de um produto educativo em saúde no Município de Dourados – MS / Carlos Henrique Ribeiro da Silva. Dourados, MS: UEMS, 2018.

142p. ; 30cm.

Dissertação (Mestrado) – Ensino em Saúde -
Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul, 2018.

Orientadora: Profª. Dra. Cássia Barbosa Reis.

1. População em situação de rua. 2. Acesso aos serviços de saúde 3. História em quadrinhos. I. Título .

CDD 23.ed. 614.023

CARLOS HENRIQUE RIBEIRO DA SILVA

ACESSO AOS PROGRAMAS E SERVIÇOS DE SAÚDE DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA: CRIAÇÃO DE UM PRODUTO EDUCATIVO EM SAÚDE NO MUNICÍPIO DE DOURADOS - MS

Produto Final do Curso de Mestrado Profissional apresentado ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Ensino em Saúde, da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul, como requisito final para a obtenção do Título de Mestre em Ensino em Saúde.

Aprovado em: 22 de agosto de 2018

BANCA EXAMINADORA:



Prof. Dra. Cássia Barbosa Reis- UEMS



Prof. Dra. Maria José de Jesus Alves Cordeiro- UEMS



Prof. Dr. Adeir Archanjo da Mota - UFGD

CARLOS HENRIQUE RIBEIRO DA SILVA

"ENTÃO EU TENHO DIREITO A SAÚDE DONA?"

Produção Técnica do Curso de Mestrado Profissional apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Ensino em Saúde, da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul, como requisito final para a obtenção do Título de Mestre em Ensino em Saúde.

Validação em: 22 de agosto de 2018

BANCA EXAMINADORA:



Profa. Dra. Cássia Barbosa Reis- UEMS



Profa. Dra. Maria José de Jesus Alves Cordeiro- UEMS



Prof. Dr. Adeir Archanjo da Mota - UFGD

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a todos os “loucos de rua” que sofrem tanto mais pela incompreensão e falta de reconhecimento do ser quanto por suas necessidades sociais.

A meu pai Luiz Carlos que na ausência de seu “estudo” proporcionou o melhor “estudo” possível, sempre incentivando o rompimento das barreiras e oferecendo toda a sensação de segurança que o amor paterno pode dar.

A minha mãe Maria de Lourdes que me incutiu a vontade de saber mais com sua incessante gana pela leitura e aprendizado, pelas noites acordadas ouvindo Raul Seixas discutindo sobre as questões sociais que afligem nossa sociedade e claro e por ter me dado todo amor do mundo.

Aos meus irmãos Humberto, Eder e Carla que sempre estão por mim em toda necessidade, muitas vezes me carregando no colo. Que eu me torne metade das pessoas incríveis que são.

A minha noiva Vanessa por todo apoio, motivação e compreensão, estando lado a lado como nesta caminhada, a quem dedico todo meu amor.

Aos meus sobrinhos que acima de tudo são meus amigos.

A minha orientadora Prof. Dra Cassia Barbosa Reis, por toda a contribuição não somente na construção deste trabalho, mas no abandono das sombras projetadas na caverna.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos pela contribuição direta e indireta para a construção deste trabalho, minha família e amigos, que sem eles nada seria possível;

a minha noiva pela paciência e apoio em cada passo deste processo;

às pessoas na rua que cederam suas representações que embasara este trabalho;

aos professores do Programa de Pós-Graduação de Ensino em Saúde pelos valiosos ensinamentos;

ao Centro POP de Dourados-MS nas figuras de Amarilda, Odelcina e Ivoneide, trabalhadores incansáveis em prol na atenção das pessoas em situação de rua, que permitiram o acesso a dados e a reflexões de suma importância para o trabalho;

aos meus colegas de turma, em especial a Fernando, Igor, Wilson valiosos e divertidos companheiros nessa caminhada, e a Sandra com quem pude partilhar irmandade contribuindo reciprocamente na jornada;

ao Luan, excelente desenhista que traduziu em contornos a proposta e as representações sociais das pessoas na rua;

em especial a minha orientadora Prof. Dra Cassia Barbosa Reis por toda paciência, carinho, ensinamentos, amizade e motivação, ajudando a derrubar todas as barreiras e mostrando o caminho.

“Eu não sou um deus. Eu nunca criei vida... Mas eu vivi. Isso é o suficiente. Então, eu vou lutar para preservar essa mesma oportunidade – de amar, de sonhar, de surfar pelas estrelas – para todos aqueles que ainda estão por vir”

Surfista Prateado

RESUMO

O acesso aos programas e serviços de saúde pela População em Situação de Rua (PSR) recentemente tem sido tema de debates e pesquisas devido suas características e das necessidades da própria PSR. Este trabalho objetivou a criação de uma ferramenta educativa desenvolvida a partir das representações das pessoas em situação de rua afim de contribuir para o acesso à saúde. Para tanto foi dividido em duas etapas: Pesquisa e Criação. A pesquisa realizada na cidade de Dourados-MS teve o objetivo de compreender como ocorre o acesso à saúde e qual a visão da PSR sobre ele. Desenvolvida com base na Teoria das Representações Sociais, o instrumento de coleta de dados foi roteiro de entrevista com os dados tabulados através do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC). Foram entrevistadas 13 pessoas em situação de rua maiores de 18 anos. Da pesquisa foram extraídos sete DSC denominados: motivos e condições do viver na rua, a dificuldade no atendimento recebido e mecanismos burocráticos, imediatismo, sentimento de menos valia, preconceito e acessibilidade, apresentados na forma de 3 artigos. A ferramenta educativa criada a partir das representações sociais foi uma História em Quadrinhos (HQ), escolhida por suas possibilidades educativas e características gráfico-visuais. É composta por seis tirinhas que retratam situações vividas pela PSR em relação ao acesso em saúde e apresenta esclarecimentos e bases legais para o enfrentamento destas. A HQ pode contribuir como ferramenta educativa em saúde cooperando para a superação deste espaço entre a necessidade e ausência do acesso.

Palavras-chave: População em Situação de Rua; Acesso aos serviços de saúde; História em Quadrinhos

ABSTRACT

Access to health programs and services by the Homeless has recently been the subject of debates and research due to its characteristics and the needs of the Homelessness itself. This work aimed at the creation of an educational tool developed from the representations of the Homeless people in order to contribute to the access to health. For this purpose it was divided into two stages: Research and Creation. The research carried out in the city of Dourados-MS aimed to understand how access to health occurs and what the homeless people view on it is. Based on the Theory of Social Representations, the instrument of data collection was an interview script with the data tabulated through the Discourse of the Collective Subject Method. Thirteen people older than 18 years were interviewed. From the research were extracted seven Discourses called: motives and conditions of living on the street, the difficulty in receiving care and bureaucratic mechanisms, immediacy, feeling of less value, prejudice and accessibility, presented in the form of three articles. The educational tool created from social representations was a comic book, chosen for its educational possibilities and graphic-visual characteristics. It is composed of six comic strips that portray situations experienced by homeless people about access to health care and presents clarifications and legal bases for coping with them. The comic can contribute as an educative health tool cooperating to overcome this space between the need and absence of access.

Keywords: Population in Street Situation; Access to health services; Comic

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

ILUSTRAÇÃO 1 – Demonstração de Movimento.....	37
ILUSTRAÇÃO 2 – Passagem de tempo.....	38
ILUSTRAÇÃO 3 – Perspectiva de cima para baixo.....	39
ILUSTRAÇÃO 4 – Escrita demonstrando grito e espanto.....	40
ILUSTRAÇÃO 5 – Exemplo de onomatopeia.....	41
ILUSTRAÇÃO 6 – Exemplo de balões cochicho, diálogo e pensamento.....	41
ILUSTRAÇÃO 7 – Cena demonstrando movimento.....	42
ILUSTRAÇÃO 8 – Estrutura radial representando o método MD3E.....	46
ILUSTRAÇÃO 9 – Modelo de Desdobramentos mínimos.....	46
ILUSTRAÇÃO 10 – Desdobramentos mínimos indicados.....	47
ILUSTRAÇÃO 11 – Representação Radial do Projeto.....	57
ILUSTRAÇÃO 12 – Esboço Dor de Cabeça.....	109
ILUSTRAÇÃO 13 – Dor de Cabeça.....	114
ILUSTRAÇÃO 14 – Serviço de Emergência.....	116
ILUSTRAÇÃO 15 – Sem atendimento.....	118
ILUSTRAÇÃO 16 – Serviço de Saúde.....	120
ILUSTRAÇÃO 17 – Necessidade imediata.....	122
ILUSTRAÇÃO 18 – Ao Leitor.....	124

LISTA DE SIGLAS

IAD I – Instrumento de Análise de Dados 1

IAD II – Instrumento de Análise de Dados 2

CAPSad – Centro de Atenção Psicossocial álcool e drogas

CENTRO POP – Centro de Referência Especializada para População em Situação de Rua

DSC – Discurso do Sujeito Coletivo

HQ – História em Quadrinhos

MD3E – Método de Desdobramento em 3 Etapas

PSR – População em Situação de Rua

SAE – Serviço de Atendimento Especial

SUS – Sistema Único de Saúde

SUAS – Sistema Único de Assistência Social

TRS – Teoria das Representações Sociais

UPA – Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	22
2 REFERENCIAL TEÓRICO.....	24
2.1. Acesso a Saúde	28
3 MARCO TEÓRICO	30
3.1 Referencial Filosófico-Metodológico Da Pesquisa	30
3.2 Referencial Metodológico da História em Quadrinhos	34
3.2.1 Elementos Fundamentais das Histórias em Quadrinhos.....	38
3.2.2 Construção de HQ	44
3.2.3 Metodologia de desenvolvimento da História em quadrinho.....	45
4 OBJETIVO GERAL.....	49
4.1 Objetivo Específico	49
5 METODOLOGIA.....	51
5.1. Percurso metodológico da pesquisa.....	51
5.1.1. Desenho da pesquisa.....	51
5.1.2. População e amostra	51
5.1.3 Local e período de coleta.....	51
5.1.4. Instrumento de Coleta de Dados.....	52
5.1.5. Procedimento de Coletas de Dados e Tabulação.....	52
5.1.6. Análise de Dados	53
5.1.7. Considerações Éticas	53
5.2 Percurso metodológico para construção do produto educativo	54
5.2.1. Aplicação do MD3E para história em quadrinho voltada a população em situação de rua	54
5.2.2 Responsabilidade Científica e Técnica.....	58
6 RESULTADOS DA PESQUISA	59

6.1 Artigo 1 - População em Situação de Rua: Representações sobre o Acesso Aos Serviços de Saúde.....	59
6.2 Artigo 2 - Acesso aos Programas e Serviços de Saúde da População em Situação de Rua: Discurso de Menos Valia	76
6.3 Artigo 3 - População Em Situação De Rua E Acesso Em Saúde: O Discurso De Imediatismo	94
7 RESULTADOS DO PRODUTO TÉCNICO	107
7.1 Storyboard e Roteiros	107
7.2 Primeira História	114
7.3 Segunda História	116
7.4 Terceira História.....	118
7.5 Quarta História	120
7.6 Quinta História	122
7.7 Sexta História	123
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS	125
9 REFERÊNCIAS	127
ANEXO A – CARTA DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM SERES HUMANOS DA UEMS	135
APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA	139
APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO...	141

1 INTRODUÇÃO

A política de saúde pública no Brasil possui a prerrogativa de permitir o acesso universal a saúde apontando que todo e qualquer cidadão pode acessar a saúde em todos os níveis de assistência, ressaltando a igualdade e equidade no atendimento. As leis 8.080 e 8.142 de 1990 juntamente com o art. 198 da Constituição Federal garantem estas diretrizes legalmente (BRASIL, 1988; 2003).

No entanto, o fato do acesso à saúde ser previsto em lei não o garante na prática. As desigualdades quanto a saúde, são observadas em diversos estudos sendo foco de discussão para análise do funcionamento do Sistema Único de Saúde (SUS). Vários fatores influenciam no acesso a saúde como a estrutura e dinâmica operacional do sistema, especificidades da demanda, acessibilidade, burocracia, e condições socioeconômicas (SANCHEZ e CICONELLI, 2012; NUNES et al, 2014).

As populações vulneráveis sofrem com a falta de acesso à saúde devido a estes fatores, não sendo diferente com a População em Situação de Rua (PSR). Apesar da crescente atenção que vem sendo dada a este grupo, ainda se tem muito a discutir a respeito de seu acesso à saúde, sendo mais significativo pelo aumento considerável nos últimos anos em seu número impulsionado pelo momento econômico e político do país. (BORYSOW, CONILL e FURTADO, 2017; SÃO PAULO, 2015; PAIVA et al, 2016).

Um dos aspectos que influenciam no acesso da PSR pouco discutido diz respeito sobre o ponto de vista da própria pessoa em situação de rua. Todo seu contexto e a relação que tem com os equipamentos de saúde contribuem para a construção da representação sobre o conceito de saúde e das ações e cuidados em saúde (MOURA JR, XIMENES e SARRIERA, 2013).

Para atender este aspecto, este trabalho é dividido em duas partes: pesquisa qualitativa e construção de ferramenta educativa. Na pesquisa buscou-se compreender como ocorre, quais as características e o que a PSR conhece sobre o acesso à saúde em Dourados-MS, utilizando-se da Teoria das Representações Sociais (TRS) e do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC). Esta primeira visou fomentar a segunda onde tendo como base a pesquisa realizada, foi construída uma ferramenta educativa para a PSR em forma de História em Quadrinhos (HQ) com o intuito de tratar sobre o acesso à saúde.

A HQ mostrou-se com grande possibilidade de trabalhar de forma dialógica a questão, por criar através da conexão entre texto e imagem identificação com o leitor, fazendo com que este se projete na história valorizando seu contexto (McCLOUD, 1993).

O método utilizado para sua confecção foi o Método de Desdobramento em 3 Etapas (MD3E) de Santos (2005) amparado pelos elementos básicos das HQ descritos por McCloud (1993).

A pesquisa apresentou sete DSC, em seis deles demonstrando representações sociais sobre questões que dificultam o acesso aos serviços de saúde e em um sobre o contexto da PSR. Este último encontra-se horizontalizado em todos os demais por retratar o palco das ações deste grupo. Os resultados são apresentados em três artigos, onde o primeiro trata do acesso propriamente dito reunindo todos os DSC e os demais destacam duas representações que se destacam: o imediatismo e o sentimento de menos valia.

Os sete DSC foram a base para a construção da HQ denominada “Então eu tenho direito a saúde dona?”, direcionando o enredo, diálogos, cenário, e situações e as informações e reflexões para facilitar o acesso à saúde. Constituem assim seis histórias em formato de tirinhas com o intuito de utilizar a ludicidade das HQ para chamar a atenção e despertar o interesse da PSR. O objetivo geral deste trabalho é criar um instrumento educativo para a PSR que contribua com o acesso aos serviços de saúde.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

A PSR são diversos grupos sociais peculiares, com direitos instituídos pela Constituição de 1988 violados. Os motivos que levam a pessoa a estar na rua são variados, como o rompimento de vínculos familiares, dependência química, à dificuldade de permanecer no mercado de trabalho, transtornos mentais ou simplesmente por optar por outra forma de viver rompendo com regras sociais hegemônicas (BRASIL, 1988; CANÔNICO et al, 2007; VARANDA e ADORNO, 2004).

Segundo a Política Nacional para a População em Situação de Rua de 2009, a população de rua constitui-se em:

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 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 (Decreto nº 7053/2009, art. 1º, Parágrafo Único).

Tendo em vista demandas e ausências de atendimentos específicos a este segmento, para a construção de uma política pública foi realizada a Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua de 2008, que apresentou dados de absoluta relevância para compreender minimamente o dinamismo desta população.

Alguns aspectos relevantes encontrados são que cerca de 80% da população em situação de rua é constituída por homens; 74% são alfabetizados; 53% recebem entre R\$20 a R\$80 reais semanais; 70% exercem algum tipo de atividade remunerada e 40% não tem vínculo algum com familiares. Estes dados demonstram as situações excludentes que se encontram e suas vulnerabilidades. Outro dado que corrobora com esta ideia, é que cerca de 70% dormem na rua e apenas 30% alternam ou sempre procuram locais de acolhimento para dormir, portanto, estando sujeita a condições insalubres, influenciando diretamente em sua saúde física e mental (BRASIL, 2008).

Ainda segundo a pesquisa, as principais causas para as pessoas estarem em situação de rua são a dependência química (álcool e drogas), desemprego, e rompimento de laços familiares. Dentre os principais motivos encontram-se aspectos referentes a situações ligadas diretamente a saúde, como transtornos mentais e dependências.

Por muito tempo a PSR permaneceu as margens do atendimento integral das diversas políticas públicas, partilhando apenas de ações assistencialistas anteriormente

praticadas ao advento do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) e do Sistema Único de Saúde (SUS) (VARANDA e ADORNO, 2004). No que diz respeito a políticas de saúde coletiva, mesmo entendendo a saúde coletiva como um processo econômico, administrativo, epidemiológico, factual, social, histórico e filosófico (LAFÈVRE, 1999) os usuários que estavam na rua, também continuavam excluídos deste processo, com exceção de quando suas doenças colocam em risco os demais (CANÔNICO et al, 2007).

As portas de entrada para o atendimento da rede pública intersetorial geralmente encontram-se na política de Assistência Social, através das casas de acolhimento, o Centro de Referência Especializada para População em Situação de Rua (Centro POP) e Centro de Referência Especializado da Assistência Social (CREAS). No âmbito da Saúde destaca-se o atendimento realizado pelos serviços dos Consultórios de Rua que também assumem o papel de porta de entrada para o primeiro acesso destas pessoas a rede. Ambos os serviços ainda são escassos (SILVA, FRAZÃO e LINHARES, 2014; SANTANA, 2014; BORYSOW e FURTADO, 2014).

A questão da PSR apresenta alto grau de complexidade, exigindo empenho de todos os setores sociais: Assistência Social, Saúde, Habitação e Segurança Pública (CANÔNICO et al, 2007). No entanto, apenas há pouco tempo foi compreendida a necessidade da implantação e implementação de políticas públicas específicas voltadas a eles. Somente em 2009 foi construída a Política Nacional para População em Situação de Rua apresentado pelo Decreto N° 7053 de 23 de Dezembro (BRASIL, 2009), proporcionando então medidas para além do caráter higienizador e assistencialista apregoado anteriormente. (AGUIAR e IRIART, 2012).

Os cinco princípios determinados pela Política descritos no Decreto N° 7053, são o respeito à dignidade humana, direito a convivência familiar e comunitária, valorização e respeito à vida e à cidadania, atendimento humanizado e universalizado, e respeito às condições sociais e diferenças de origem, etnia, idade, nacionalidade, gênero, orientação sexual e religiosa, com atenção especial às pessoas com deficiência. Observando tais princípios tem-se a prerrogativa do atendimento universalizado a pessoa em situação de rua, garantindo o atendimento a todos sem distinção ou entraves.

O artigo 7 da Política Nacional para População em Situação de rua em seu primeiro item traz o objetivo “assegurar o acesso amplo, simplificado e seguro aos serviços e programas que integram as políticas públicas de saúde, educação, previdência, assistência social, moradia, segurança, cultura, esporte, lazer, trabalho e renda.” (BRASIL, 2009). Este artigo objetiva garantir o acesso de forma facilitada, por ser em

diversas vezes demasiado dificultado ou mesmo não permitido. Na grande maioria das redes de serviços públicos não há normas específicas dos programas e serviços para seu atendimento.

Nesta ótica, um trabalho intersetorial das diversas políticas incluídas no Decreto ainda está bem distante. Isto dificulta ações de hierarquização dos serviços e construção de fluxo de rede, ou seja, definir qual a forma de entrada da pessoa na rua ao atendimento em serviços públicos (HILLESHEIM e BERNARDES, 2014).

No que concerne à saúde, conceituando-a por uma perspectiva ampla onde as condições de saúde são o lazer, alimentação, ambiente, higienização, prevenção e acesso a serviços (BRASIL, 1986), a PSR permanece marginalizada não sendo, ou sendo precariamente, atendida nestas condições. A complexidade da situação na qual vivem contribui para a dificuldade ao acesso à saúde, somada a dinâmica do próprio sistema de saúde. (AGUIAR e IRIART, 2012; VARANDA e ADORNO, 2004).

Em nosso país pelos determinantes sociais em saúde, a dinâmica saúde-doença está intrinsecamente ligada a dimensão socioeconômica, onde as pessoas que detêm maior quantidade de recursos, relativamente, têm a seu alcance uma maior quantidade de serviços em saúde (PRATA, 1994; VARANDA e ADORNO, 2004; ROSA, CAVICCHIOLI e BRÊTAS, 2005). Assim a PSR provavelmente seja a parcela da sociedade que detenha a menor quantidade de recursos – ou nenhum - para acessar os serviços, tanto públicos quanto privados (AGUIAR e IRIART, 2012).

Condições desfavoráveis do meio interferem diretamente no processo de saúde-doença. Desta forma os aspectos biofisiológicos não são suficientes para explicar toda a gama de complexidades no adoecimento humano. Variáveis sociais, psicológicas, políticas e culturais interagem para determinar um indivíduo saudável (ROSA, CAVICCHIOLI e BRÊTAS, 2005).

Quando se fala de recursos para acessar os serviços de saúde, inclui-se o conhecimento. Saber onde acessar os programas e serviços do sistema de saúde e conhecer o porquê, onde e quando recorrer a eles, são recursos que a PSR, por vezes, não tem (CANÔNICO et al, 2007). Nesta conjectura, tem-se então os agravos na condição de sua condição no processo de adoecimento, sem moradia, sem cuidados socioassistenciais e sem trabalho.

Para o enfrentamento a questão da pouca acessibilidade ao atendimento em saúde da PSR, o Ministério da Saúde organizou o Plano Operativo de Saúde para a População em Situação de Rua (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012), onde apresentou os princípios e

diretrizes para o atendimento a esta população, quais os problemas e quais ações a serem tomadas. O problema levantado no Plano Operacional foi justamente a dificuldade no acesso aos serviços de saúde.

No entanto, a abordagem é generalista e, operacionalmente, o plano guia ações territorializadas obedecendo ao princípio da descentralização do SUS. Desta forma caso os municípios e macrorregiões não se adequem para garantir através de propostas específicas ao acesso à essa população, na prática, não se estabelece.

A proposta de definir as ações territorializadas visa respeitar as singularidades e necessidades específicas locais e aproveitar os recursos já existentes (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012). Na prática a questão é: onde o morador de rua que não é referenciado em nenhuma localidade acessa o sistema? Ela surge quando os serviços não estão em consonância com as resoluções existentes, gerando uma dificuldade principalmente à atenção básica (HILLESHEIM e BERNARDES, 2014).

A população de rua tem a migração como característica e suas demandas de saúde correspondentes a atenção básica, onde o conceito de territorialização é enfatizado, em sua maioria não são atendidas. Esbarram em procedimentos burocráticos que visam garantir o atendimento exclusivamente a indivíduos referenciados aquele território, o que o plano propõe desconstruir quando ele indica a democratização do acesso e adequação a demanda (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012; HILLESHEIM e BERNARDES, 2014).

A PSR não estão inseridos nenhuma região (sem comprovante de residência), como ainda por vezes não apresenta documentação básica (RG, CPF entre outros) necessária que atenda a normatização do serviço. São barrados no início de sua trajetória dentro da rede de atendimento, por não estar referenciado a aquela área e por não conhecer seu direito ao atendimento à saúde independentemente das exigências burocráticas (VANDARA e ADORNO, 2014; HILLESHEIM e BERNARDES, 2014). A Política Nacional para Inclusão Social da População em Situação de Rua (BRASIL, 2008b) ressalta a necessidade de flexibilização da exigência por documentos e comprovantes de residência.

Por sua vez os serviços com alta demanda na atenção especial também deixam de atender este público por diversos fatores, por exemplo, a superlotação, serem demandas para atenção básica na figura do Consultório na Rua e o preconceito. (HILLESHEIM e BERNARDES, 2014).

É preciso então compreender como a população de rua enfrenta estas dificuldades, como concebe o processo saúde-doença. Antes mesmo de enfrentar a questão do acesso

ao serviço, é de suma importância observar como a pessoa em situação de rua percebe seu estado de saúde, suas necessidades e o acesso aos programas e serviços (AGUIAR e IRIART, 2012).

2.1. Acesso a Saúde

O conceito de acesso utilizado parte da reflexão de Andersen (1995) propõe, através de suas discussões sobre a utilização de serviços de saúde, que acesso corresponde a entrada nos serviços de saúde como também no que concerne a continuidade do atendimento dentro do mesmo e da rede.

A partir desse ponto de vista tem-se o conceito ofertado pelo Ministério da Saúde que propõe o acesso aos serviços de saúde como a “possibilidade de uma população acessar e utilizar os serviços de saúde, considerando os condicionantes econômicos, geográficos, legais, culturais e organizativos.” (BRASIL, 2013 p.15).

O que corresponde ao acesso a saúde para PSR é observado por meio dos aspectos socioeconômicos de forma integral e multidimensional com foco no sistema, no usuário através dos aspectos técnico-administrativo, político, acessibilidade, representações sociais sobre a saúde e controle social (GIOVANELLA e FLEURY 1996; BRASIL, 2009b).

Na organização do sistema através dos níveis de atenção, compreendendo o acesso aos serviços como a possibilidade de alcançá-los a partir dos condicionantes, é importante ressaltar que o acesso ao sistema ocorre através da atenção primária, a porta de entrada, onde a forma como o usuário é recebido é determinante para o acesso ao atendimento (STARFIELD, 2002).

Starfield (2002) propõe que para o acesso ao serviço de saúde é de extrema relevância a atenção demandada ao usuário no primeiro contato. Pressupõe-se que a chegada do usuário ao serviço é em momento de necessidade e fragilidade, e que talvez precise dos demais níveis do sistema. No entanto há forte possibilidade de o usuário não conhecer as nuances que envolvem sua caminhada pelos serviços devido sua condição vulnerável, e, na inexistência de um primeiro atendimento adequado seu acesso a saúde fica prejudicado.

Para o acesso da PSR aos serviços de saúde tem-se dois atores de grande importância: o usuário e o serviço. É relevante que o serviço que vai receber um sujeito que já se encontra em desproteção, compreenda os mecanismos e os direitos peculiares de seu público afim de atender sua demanda. A construção de um conhecimento

emancipatório que facilite a aproximação ao atendimento a saúde atravessa o estar ciente das características da pessoa na rua e uma valorização do que esta apresenta tanto quanto experiência, quanto necessidade. O fluxo, a rotina, a presença dos serviços, características culturais e satisfação do usuário são determinantes para a compreensão do acesso (CARNEIRO JUNIOR, JESUS e CREVELIM, 2010). Portanto há grande complexidade para se trabalhar o acesso da PSR à saúde, que necessita ser observada de forma multifacetada.

3 MARCO TEÓRICO

3.1 Referencial Filosófico-Metodológico Da Pesquisa

O primeiro passo para a construção de um produto educativo voltado para o acesso a saúde pela PSR foi compreender como ele ocorre, o que eles sabem sobre e quais suas características. Portanto, os objetivos específicos deste trabalho tiveram início em pesquisa realizada com esta população.

A pesquisa teve delineamento qualitativo com base em dados primários. O aporte teórico utilizado foi a Teoria das Representações Sociais (TRS) de Moscovici com origem entremeada à Psicologia Social, que proporciona uma interpretação da realidade e uma representação do real dentro do contexto de cada indivíduo. A representação social, tida como um processo social de discurso, demonstra o pensamento e o sentido que o sujeito dá as situações e vivências (MOSCOVICI, 2010; WOLFGANG, 2000).

Amparado na construção a partir da distinção feita por Durkheim (FARR, 1995) entre os estudos das representações individuais que, segundo ele correspondem a psicologia e das representações coletivas que estariam sobre o domínio da sociologia, Moscovici encontra fulcro para desviar-se do individualismo da psicologia social norte americana na época (CRUSOÉ, 2004).

Durkheim em sua discussão, apresenta que a natureza humana supera a psique individual e avança através do seu ponto de origem onde revela sua verdadeira natureza, a sociedade (PINHEIRO FILHO, 2004). Considerando a dissidência das leis que governam os fenômenos individuais dos fenômenos sociais, não poderia então abordar o que advém do campo coletivo por uma ótica individual.

O avanço de Moscovici (2010) em relação ao conceito de representação coletiva é o envolvimento de um processo criativo que contemple o individual e coletivo na construção de um mundo acessível a sua compreensão a partir de uma elaboração simbólica que tem por arena a interação social.

É nesta perspectiva que Moscovici propõe a TRS como sistema de interpretação e tradução da realidade, que considera indivíduo e sociedade em um movimento de construção recíproco e mutualístico (WALCHEKE e CAMARGO, 2007)

A TRS busca assim trabalhar com o pensamento social em todo seu dinamismo, propondo o encontro do que pertence ao individual e o que pertence ao social,

entrelaçando os dois universos (PATRIOTA, 2007). Esta via de mão dupla na qual paira a representação social dita o modo de interação nas diversas relações experimentadas (MOSCOVICI, 1978).

Em contrapartida a representação transforma-se a medida em que caminham as relações. No mesmo instante em que direciona as ações como construtor, torna-se produto a partir do rumo na qual as relações se seguem (CRUSOË, 2004).

Jodelet (2001) refere-se as representações como fenômenos de alta complexidade contínuos que expressam um saber traduzindo a realidade de um constructo social. São elas que organizam as condutas sociais servindo de apoio para a grande diversidade de formas de interação. Através da interpretação gera a tomada de decisão e ação.

Madeira (1991) acena para a representação social como processo de apropriação do real pelo sujeito o particularizando através de um sentido dado a partir de suas experiências. É o sujeito sendo construtor e construído através do próprio saber.

A TRS propõe o senso comum como um conhecimento verdadeiro, onde não é apenas uma deformidade do conhecimento científico, mas também um determinante de certas ações. O conteúdo do senso comum é o objeto da teoria, que se dispõe como método científico de leitura deste tipo de conhecimento, objetivando compreender as condutas sociais (CRUSOË, 2004).

Segundo Rocha (2014) a TRS buscou romper a supervalorização do conhecimento científico em detrimento dos conhecimentos do senso comum, dos conhecimentos cultuados e comunicados nos meios sociais. Moscovici (2010) tenta assim proporcionar objetos e conceituações a serem observadas que evidenciem diretamente as várias questões da vida social, pois, considera que na interação do individual com o social, o sujeito é tanto ator quanto construtor e reproduzidor das representações geradas nesse encontro.

Desta ótica Guareschi (2000) aponta que a TRS procura contemplar a dicotomia da construção de um conhecimento que se difere do conhecimento científico que, no entanto, encontra-se disperso no ambiente social, amplamente desenvolvido e partilhado por este guiando as práticas sociais. Assim conhecer e compreender a representação social leva a um entendimento sobre o sentido dado pelo sujeito ao objeto.

Moscovici (1978) evidencia que sujeito e objeto são entidades inseparáveis e mutuamente construtores da representação. E na construção da representação ele destaca dois elementos fundamentais no processo, a objetivação e ancoragem. Para a compreensão destes é importante evidenciar que a constituição da representação

pressupõe uma ação simbólica. A construção do sentido do objeto através das crenças e valores do sujeito faz emergir um representante dentro de seu próprio contexto para que ocorra a aproximação do objeto. Sendo assim o processo de objetivação significa a materialização de uma imagem de um dado objeto, ou seja, é quando o sujeito interage com o objeto de sua realidade e constrói uma perspectiva deste pautado em suas próprias vivências (MOSCOVICI, 2010).

Jodelet (CRUSOÉ, 2004) afirma que o processo de objetivação se amarra a construção cultural do sujeito e dos valores do grupo à qual pertence. É sobre estes que o objeto adquire um conceito. Nesta dinâmica há então uma substituição do objeto em si pelo que se é percebido. Em geral ao externalizar o objeto após sua observação e introjeção, o que se exprime, com convicção a considerar como verdade, é a compreensão manifesta do objeto percebido (CHAMON, 2006).

Já o processo de ancoragem segundo Moscovici (PEIXOTO, FONSECA e OLIVEIRA, 2013) consiste em uma ação de classificação e nomeação integrando o objeto representado dentro do seu conjunto de crenças já existentes. O sujeito busca a familiaridade nas novas informações as transformando em concretas aproximando-as à sua realidade através de um encaixe coerente a suas experiências.

Assim essa aproximação do novo objeto ao contexto do sujeito constitui-se na construção de um novo significado a ponto de tornar-se natural à sua realidade. É desta forma que o sujeito integra o novo a seu repertório e que permanece ao alcance para sua utilização tanto subjetiva quanto prática.

Segundo Chamon (2006) a ancoragem sintetiza o enraizamento social da representação onde a apropriação do objeto dentro de um esquema de pensamentos já em vigor, torna-se parte dele e o modifica em reciprocidade.

Nesta composição então, segundo Moscovici (CRUSOE, 2004), a representação social mantém como ponto de partida a ideia de que o objeto pertence a um universo dinâmico e próximo ao sujeito. Outra premissa é que a representação seria um ensaio para a ação propriamente dita.

Partindo da observação constante da realidade, as representações são a formação de “Um conhecimento originário do diálogo, do intercâmbio de idéias e de impressões, da transmissão de informações.” (CRUSOÉ, 2004, p. 109). Esse conhecimento se apresenta como a manifestação de ideias que relevam pensamentos pertencentes a um grupo sobre uma determinada situação.

Desta forma as representações sociais tem sido um referencial no campo da saúde e das pesquisas sociais demonstrando um entendimento sobre a percepção da saúde a partir da visão dos entes envolvidos (REIS, 2012). Compreender o acesso em saúde principalmente de uma população tão vulnerável quanto a PSR requer a compreensão do modo como concebem o mesmo e aos próprios cuidados em saúde. A TRS permite que os atores expressem sua própria realidade.

Para a interpretação das representações sociais o Discurso do Sujeito Coletivo se apresenta como ferramenta que processa as representações contidas em depoimentos dos atores e reuni-los em um único discurso em primeira pessoa do singular expressando os seus sentidos análogos (LEFEVRE, LEFEVRE, e MARQUES, 2009).

Assim, segundo Lefevre, Lefevre e Marques (2009) o discurso pode transmitir as informações contidas na dialética entre sujeito e objeto, ou seja, indivíduo e sociedade em forma de dados subjetivos que exprimem o sentido dado as situações e que embasam as ações do sujeito.

Reconhecendo a subjetividade também como entidade coletiva, o discurso se põe como o posicionamento da coletividade, buscando revelar uma só voz de determinado grupo, manifestando a representação deste sobre determinado objeto. O discurso bruto representante da expressão individual é componente de um discurso-síntese do sentido atribuído a algo por um grupo (LEFEVRE e LEFEVRE, 2003).

O fato de abranger vários discursos brutos individuais traz a representação social em uma forma mais densa e “...o DSC, como método, porque gera representações sociais “encorpadas”, com grande volume de conteúdo, implica em termos semióticos, a valorização da dimensão sintagmática das representações...” (LEFEVRE, LEFEVRE, e MARQUES, 2009 p. 1194)

Para a construção do discurso, que ocorre de forma discursiva, são utilizados três operadores: as expressões-chave, as ideias centrais e o próprio DSC. Segundo Marinho (2015) trabalhar com os operadores abrange selecionar as expressões-chave e as ideias centrais para a posteriori agrupar as de mesmo sentido ou complementares

As expressões-chave são fragmentos da narrativa que carregam a síntese das ideias expressas pelo sujeito consonante com o contexto, as experiências e sua cultura. É a entidade que expressa exatamente o que o sujeito disse sobre o objeto (MARINHO, 2015, LEFEVRE e LEFEVRE, 2005).

As ideias centrais são expressões que nomeiam e descrevem os núcleos dos sentidos dos depoimentos do sujeito. Ela surge do discurso individual analisado e

agrupado pelas expressões-chave, expressando os sentidos e posicionamentos presentes no discurso (MARINHO, 2015). É o contorno mais substancial do sentido atribuído ao objeto e seu agrupamento através da similaridade dentro das representações individuais que evidenciam o DSC (LEFEVRE, LEFEVRE, e MARQUES, 2009).

Neste processo são analisados os depoimentos que são colhidos através de perguntas norteadoras, que neste caso especificamente foram voltadas a concepção sobre o acesso à saúde que a PSR possui. O primeiro nível de análise, denominado Instrumento de Análise de Dados I (IAD I), é constituído pela identificação dos operadores. O segundo nível de análise, denominado Instrumento de Análise de Dados II (IAD II), objetiva a construção do DSC propriamente dito (MARINHO, 2015).

Depoimento por depoimento são identificados e agrupados os operadores, encadeando-os para a formação do DSC que expressará a representação social sobre determinado objeto, ou seja, aqui sobre o acesso em saúde da PSR. A relevância do conhecimento de senso comum produzido pela PSR é muito grande, pois é ele quem dita as ações em saúde da mesma e pode revelar qual a relação que têm com os processos de saúde e quais os possíveis entraves para seu acesso.

Neste sentido são preservadas as expressões da maneira em que foram ditas para captar a concepção dos sujeitos na rua, de forma que mantenha um sentido plausível com a sensação de que um único indivíduo concreto e real o possa ter proferido.

Portanto a TRS e o DSC mostram-se referenciais metodológicos e de análise que possibilitam a observação de como a PSR compreende e constrói sua relação com o acesso aos programas e serviços de saúde.

3.2 Referencial Metodológico da História em Quadrinhos

As histórias em quadrinhos (HQ) se confundem com a própria formação da comunicação (IANNONE e IANNONE, 1995). De acordo com a definição dada em 1993 por McCloud em seu livro a respeito do tema todo redigido neste formato, as HQ, também denominadas por comics, são histórias contadas através de imagens dispostas em sequência com o intuito de informar e/ou entreter de uma forma que provoque uma identificação e resposta do leitor.

Os desenhos pré-históricos mantinham esta disposição e relatavam uma situação que acontecia com determinado grupo em determinado local. A linguagem pictográfica adotava então a função de informar e se expressar em justaposição, assim como são as

HQ atuais, porém conectadas a uma necessidade de transmitir questões ainda com caráter de sobrevivência (IANNONE e IANNONE, 1995).

Tornavam-se assim registros importantes não só de informações pontuais, mas, também culturais. Alguns autores remontam à pré-história o pressuposto das HQ, que no entanto foram ganhar corpo e formas mais elaboradas somente entre o fim do século XIX e começo de século XX (WALLACE, 2017; MOYA, 1994). Com o desenvolvimento da alfabetização as HQs foram ganhando espaço como forma de expressão de sentimentos e críticas, com sua concepção adquirindo formas atuais (VERGUEIRO, 2010).

Iannone e Iannone (1995) concordam com McCloud (1993) e consideram a HQ como a história contada em imagens em quadros sequenciais que exprimem como meios de expressão elementos textuais e pictóricos. A visão de Vergueiro (2010b) vai além quando propõe a HQ como meio de comunicação de massa dada a esta característica dúplice da transmissão da história.

Moya (1994) relata que a HQ moderna com elementos marcantes, como os balões de diálogo e maior fragmentação de quadros, surge em 1895 com o autor Richard Outcault que as escrevia para periódicos de Nova York. As inspirações para a construção deste formato partiam das pictografias pré-históricas passando pelos quadros religiosos da idade média que retratavam eventos bíblicos.

Estas primeiras HQ mantinham tom satírico buscando ao mesmo tempo entreter e manifestar sentimentos em relação a estrutura social daquele tempo. Segundo Iannone e Iannone (1995) a expansão maior ocorre a partir do surgimento de empresas como a DC comics que contribuíram para instituir este gênero literário através de títulos que fazem sucesso até hoje, como a Action Comics responsável por disseminar as histórias do Superman.

Wallace (2017) relata que após esta expansão houve uma grande disseminação global, levando seu conteúdo a outros meios de comunicação como filmes, rádio e televisão. Já neste período as HQ assumem certo papel educativo nos Estados Unidos para tratar de disciplinas escolares, assuntos sanitários, temas políticos e de guerra. Em um crescente regular desde então, apresenta-se como ferramenta para o ensino nas demais disciplinas da rotina escolar, com alvo principal na educação infanto-juvenil.

Essa expansão foi percebida também nesta época em âmbito global (VERGUEIRO, 2005). Os destaques foram Europa, Japão e Brasil e, como exemplo, títulos de relevância que perduram até hoje como Asterix e Obelix, os mangás japoneses e as publicações Suplementos Brasil. Estas últimas apresentaram uma série de revistas

denominadas Gibi que até hoje figura no país como sinônimo de HQ (BERNARDI, 2013).

Os tipos de HQ mais comuns, são a Charge, Cartum, Gráfico Novel, Comics, Tirinhas, Literatura em quadrinhos e mangá, presentes em todo o mundo, sendo explorados por diversas outras mídias continuamente (XAVIER, 2017). Exemplo disto são o grande volume de filmes de heróis atualmente.

No entanto nem sempre a HQ foi aceita como ferramenta educacional ou como leitura casual (SANTOS e GANZAROLLI, 2011). Nos Estados Unidos na década de 1950 livros chegaram a ser queimados por professores e autoridades alegando influências negativas sobre os valores e a moral norte americana (SANTOS e VERGUEIRA, 2012; SECS, 2003). No Brasil a rejeição tinha relação com os “estrangeirismos” apresentados pelas HQ, tendo a Associação Brasileiro de Educação em meados dos anos 1930 manifestando contrariedade por incutir hábitos estrangeiros nas crianças brasileiras (SANTOS e VERGUEIRA, 2012).

Com o tempo o formato das HQ, que ajustava-se a diferentes níveis de leitura e contexto, expressando linguagens verbais e não verbais, começa a ter relação mais amigável com as instituições de ensino. O vínculo criado por pessoas de diversas idades com este tipo de leitura também contribui para o rompimento da barreira antes existente, fazendo inclusive com que as ações educativas utilizando esta ferramenta passassem a ser mais regulares incluindo-a no material didático (WALLACE, 2017, SANTOS e VERGUEIRA, 2012; SANTOS E GANZAROLLI, 2011).

O Brasil, apesar de rejeição inicial, foi um dos países que, principalmente após a década de 1950, favoreceu a presença de HQ dentro das bibliotecas (SANTOS E GANZAROLLI, 2011). Mas o uso significativo como ferramenta educativa no Brasil começa a se desdobrar a partir da Lei de Diretrizes e Bases da Educação de 1996 que reforça a necessidade de outras ferramentas e linguagens para o ensino (SANTOS e VERGUEIRA, 2012).

O trabalho com adultos utilizando esta ferramenta mostra seu potencial de utilizar a intersecção entre elementos pictóricos e grafia para aproximar o conteúdo ao leitor. Caruso e Silveira (2009) ressaltam o poder de valorização de experiências, ambiente e cotidiano, tornando-se gatilho para reflexões e aprendizagem significativa. A natureza lúdica das HQ, segundo os autores, eleva a medida de identificação do leitor com a história, em reciprocidade o sujeito transporta-se para a história e encaixa a história em seu contexto. Estudo de Correa (et al, 2016) aponta para uma facilitação no aprendizado com a aplicação da HQ como material didático, ressaltando a identificação da amostra

com a história.

Os elementos linguísticos utilizados neste tipo de literatura proporcionam uma fácil compreensão do conteúdo proposto e pode ser instrumento de grande relevância para o trabalho com cidadania e inclusão social (CARUSO e SILVEIRA, 2009; CORREA et al, 2016; VERGUEIRA, 2010).

Alinhada a ótica da aprendizagem significativa defendida por Freire (1987), a HQ torna-se uma ferramenta educativa que pode proporcionar a valorização do contexto do sujeito através da representação de dimensões significativas de sua realidade. Portanto, seus elementos não verbais podem provocar uma aprendizagem crítica-reflexiva por nutrir caráter dialógico com a história, projetando-se na mesma (McCLOUD, 1993).

Freire (1987) realça a ação emancipadora do processo de aprendizagem, onde a pessoa na posição de aluno aprende e ensina ao mesmo tempo, baseando-se na intrínseca relação entre o contexto e as experiências com a formação educacional. A ação problematizadora proposta pelo autor neste processo, busca autonomia dos envolvidos estimulando a autoconsciência. Desta forma valoriza o diálogo como ferramenta fundamental no ensino e ressalta a relevância da identificação do sujeito na caminhada de aprendizagem. A HQ, como instrumento educativo, tem potencial pelo seu caráter gráfico-visual de valorizar o contexto no qual o indivíduo está inserido e romper a posição exclusivamente informativa que algumas literaturas possuem principalmente no âmbito das políticas públicas (CARUSO e SILVEIRA, 2009; CHIARELLA et al, 2015).

A identificação que o sujeito pode criar com a HQ abre espaço para uma ação reflexiva. Trazendo elementos reais das vivências propõe uma relação dialógica e, portanto, podendo ser significativa. Para a PSR que vive em situação de extrema vulnerabilidade, demandando na maioria das vezes questões emergenciais, a fácil compreensão das HQ, seu caráter visual e textual fragmentado que permite uma leitura dinâmica e rápida pode ter grande impacto e eficácia no ensino-aprendizagem (CARUSO e SILVEIRA, 2009).

As HQ trabalham com uma complexa relação de significados para alcançar as representações que as pessoas possuem sobre determinado tema. No campo da saúde, desde a promoção de saúde até tabus com determinadas condições patológicas, os quadrinhos já se fazem presentes como ferramentas educativas, usando grandes ícones midiáticos idealizados, como o Super-homem e a Turma da Monica, para discussões sobre AIDS e higiene (PRADO, SOUZA JUNIOR e PIRES, 2017).

No entanto apesar da ludicidade e flexibilidade da ferramenta existem elementos

fundamentais para a constituição da HQ, tendo em primeira instancia norteadora o público para a qual será voltada. McCloud (1993) expõe tais elementos que ainda hoje são característicos deste gênero literário, como os quadrinhos, enquadramento, perspectiva, Texto/Fala, Onomatopeia, balões, recursos gráficos e narrativa visual, sendo expostos a seguir.

3.2.1 Elementos Fundamentais das Histórias em Quadrinhos

a) Quadrinhos

Como o próprio nome já demonstra as HQ tem os seus elementos linguísticos base (imagem e texto) circunscritos em quadros sequenciais com o objetivo de demonstrar movimento para as imagens e delimitar o fluxo pelo qual a narrativa segue. A maneira mais usual é da esquerda para direita e de cima para baixo podendo ser alterada de acordo com o encadeamento e sentimento que queira proporcionar (Mccloud, 1993).

A passagem de tempo também pode ser um fator para definir a direção do fluxo da história pautada por aspectos culturais, tendo maior exemplo o mangá japonês que mantém fluxo dos quadrinhos contrário ao ocidental, da direita para esquerda (OGLIARI, 2011).

Independente do fluxo há também a quarta parede. Esta é uma ferramenta narrativa advinda do teatro, a qual consiste em dois aspectos: as personagens tomam ciência de que existe um leitor ou tomam consciência de que fazem parte de uma ficção. Isso provoca que seu foco se volte para o leitor e interaja dando a impressão de que está olhando e falando diretamente este. Se imagina o quadrinho como uma figura em três dimensões onde o fundo é a primeira parede, aos lados as segunda e terceira paredes e da perspectiva do leitor situa-se a quarta parede que pode ser quebrada (LUCAS, 2017).

Ilustração 1. Demonstração de movimento



Copyright ©1999 Mauricio de Sousa Produções Ltda. Todos os direitos reservados.

5122

Fonte: Tirinha Cebolinha, <http://marcelostanzel.blogspot.com/2010/03/tirinhas-turma-da-monica.html>

A quantidade de quadros em uma página denota a quantidade de ação em cena e a velocidade dos acontecimentos. Pensando na população vulnerável a ser atingida, um número reduzido de quadro então faz-se necessário possibilitando o cunho informativo-reflexivo do material (McCLOUD, 1993).

b) Enquadramento

Elemento de extrema relevância, diz sobre o posicionamento textual e imagético do quadrinho, buscando direcionar o foco do leitor para o espaço que favoreça a compreensão da história e seu fluxo (McCLOUD, 2006).

O enquadramento contribui com a noção temporal da história remetendo quadrinhos anteriores ao passado e instigando no quadro presente o interesse pelo futuro nos quadros subsequentes. Tal função dita então quais elementos seguirão na imagem apresentada e quais podem deixar de serem retratados (OGLIARI, 2011).

A representação dos elementos da imagem (objetos, lugares, pessoas em cena...) vagueia a proposta do autor, ou seja, busca a identificação do leitor através da disposição de alguns quadrinhos. Alguns serão ricos em detalhes cênicos e outros escassos, buscando fluidez para melhor passar a mensagem intencionada. Inclusive o requadro, que é o contorno do quadrinho, pode adquirir várias formas, como sair do retângulo convencional e ganhar um contorno estrelado para chamar a atenção para uma cena que indica surpresa (McCLOUD, 1993).

Ilustração 2. Passagem de tempo



Fonte: www.mentirinhas.com.br

No âmbito educativo, a semelhança com o contexto do público que se busca atingir é vital dentro para a real identificação do sujeito com a história, trabalhando o foco da imagem, fazendo com que o elemento textual adquira potencial significado (PRADO, SOUZA JUNIOR e PIRES, 2017).

c) Perspectiva

A perspectiva é o elemento que trabalha com a noção de profundidade da imagem e com a relação entre os objetos contidos no quadro ditando qual a sensação que se quer provocar no leitor (McCLOUD, 1993).

Uma perspectiva na vertical pode provocar sensação de vertigem ou de perigo. Se todos os elementos da figura convergirem para um único ponto pode provocar a sensação de pouco espaço e estreitamento. Ela possui total conexão com a narrativa, pois, a atenção e a sensação que provocará não é resultado aleatório, mas, sim provocado afim de atender o propósito da história (McCLOUD, 2006).

Ilustração 3. Perspectiva de cima para baixo



Fonte: Peter Parker: The Spetacular Spider-Man

d) Texto/fala

A narrativa pode aparecer de diversas formas nas HQs. Geralmente em caixa alta para facilitar a leitura e compreensão, a narrativa aparece na forma textual dentro dos balões de diálogo, mas também pode aparecer em legendas dentro ou fora do quadro. São três momentos onde o texto está inserido: diálogos, pensamentos das personagens e narração (McCLOUD, 1993).

As legendas usualmente são apresentadas delimitadas dentro de um retângulo. Pode retratar a fala de personagens verticalizada como em livros ou o que geralmente acontece a fala de um personagem que não está presente em cena. É o retrato de um narrador, como nos filmes. Já os diálogos e pensamentos tendem a serem inseridos nos balões (OGLIARI, 2011).

A disposição das letras, o tipo de fonte e o tamanho são escolhidos para expressar os sentimentos e entonação das personagens. Quando acontece um aumento na voz ou um grito geralmente são apresentados em negrito e com aumento da letra, mudando o foco da imagem para o texto. Isso acontece também com as onomatopeias (McCLOUD, 1993, 2006).

A escrita é um dos elementos finais a serem decididos, após o roteiro, os quadros, enquadramentos e ambientação através das imagens propriamente dito. As HQ são um recurso extremamente visual, tendo então prioridade imagem em relação a escrita (McCLOUD, 1993).

Ainda assim a tipografia, a forma da criação e composição textual, é de grande relevância para expressar informações. No contexto educacional onde se trabalhar grandes volumes de conteúdo, a presença da escrita se faz necessária (PRADO, SOUZA JUNIOR e PIRES, 2017).

Ilustração 4. Escrita demonstrando grito e espanto



Fonte: Calvin e Haroldo – E foi assim que tudo começou

e) Onomatopeia

Segundo McCloud (1993) as onomatopeias visam a representação de sons através de fonemas específicos ou palavras. Visam imitar sons naturais que estejam acontecendo no transcurso da história sejam eles vindos do ambiente ou das personagens. Geralmente aparecem escritas próximas a origem do som e tendem a ter caráter universal, se propondo

a serem compreendidas independentemente da língua, utilizando o elemento imagético como complemento para levar a uma associação do ocorrido.

Ilustração 5. Exemplo de onomatopeia enquadrada na parte de cima do quadro indicando chuva

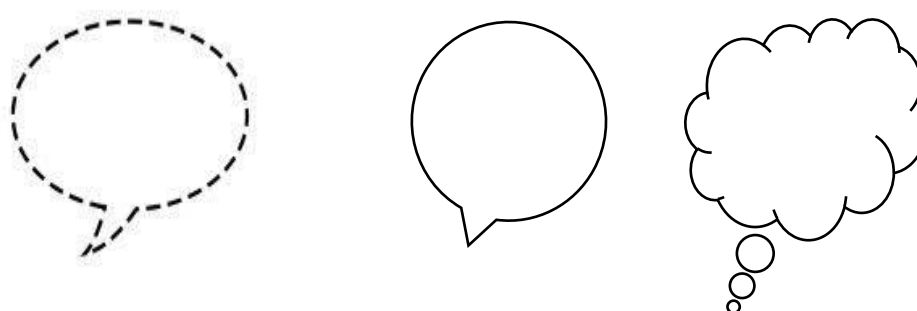


Fonte: Almanaque do Cebolinho ano 2000

f) Balões

McCloud (1993) caracteriza os balões de fala como figuras arredondadas com uma ponta voltada ao personagem indicando a propriedade do mesmo. São eles que carregam o texto ou imagem dos diálogos e pensamentos das personagens. A ponta que sai do balão indicando a quem pertence a fala muda de acordo com o tipo de expressão. Quando retrata pensamento esta ponta é substituída por pequenos círculos que conectam a cabeça da personagem com o balão.

Ilustração 6. Exemplo de balões cochicho, diálogo e pensamento



Fonte: office 365 Word 2016

Os balões podem se apresentar com diferentes contornos com a intenção de ressaltar e contribuir com as expressões dos personagens. Ele deixa a forma arredondada, passando por formas estreladas para expressões mais intensas, em forma de nuvem para salientar pensamentos, pontilhado para representar falas em voz baixa ou ainda com

várias pontas voltadas a várias personagens indicando uma fala coletiva igual.

g) Recursos gráficos e Narrativa visual

McCloud (1993) diz que os recursos gráficos são ferramentas imagéticas e textuais que o autor pode usar para se fazer compreender através da imagem apresentada. As expressões corporais e os gestos visam transmitir a mensagem em consonância com o texto, mas, buscando independência deste na tradução da mensagem.

Traços, estrelas, bolas, letras e riscos curvilíneos tendem a expressar a situação não só quanto a sentimentos das personagens, mas também, quanto temperatura, tangibilidade e movimento.

A característica fundamental da imagem na HQ é expressar movimento, rompendo o caráter estático do desenho através da sequência de quadrinhos. A sobreposição de quadros leva a sensação e compreensão do movimento pelo leitor, dando ritmo a cena e deixando-as vivazes. A figura 6 exemplifica bem do movimento de arremesso da personagem.

Ilustração 7. Cena demonstrando movimento



Fonte: Revista Chico Bento

A narrativa visual é o direcionamento coeso da história em uma ordenação que possibilite o maior entendimento ao leitor de acordo com o objetivo. É de grande importância trabalhar este elemento antecipadamente, com um planejamento adequado visando o alcance da linearidade da HQ (McCloud, 1993).

A forma como os elementos e quadros serão expostos é que formam uma narrativa visual assertiva em relação ao tema e objetivo. É este aspecto que coordena o posicionamento dos quadros, imagens e o texto na página.

3.2.2 Construção de HQ

Para a construção de uma HQ estes elementos característicos necessitam direcionamento metodológico para a confecção de uma narrativa coerente, onde as informações gráficas e textuais interajam harmonicamente para o alcance do objetivo proposto (FISCHER, SCALETSKY e AMARAL, 2010; MCCLOUD, 1993; VERGUEIRO, 2010).

McCloud (1993) menciona etapas importantes na construção de uma HQ para proporcionar material de fácil compreensão e identificação. A primeira etapa corresponde a escolha do tema pautado no objetivo da HQ. No caso na HQ do produto educativo deste trabalho o tema é o acesso à saúde da PSR e seu objetivo é contribuir como ferramenta educativa facilitadora deste acesso.

A etapa subsequente corresponde a criação do roteiro que concretiza textualmente a trama, ou seja, o percurso da história. É fase de detalhamento de cada elemento fundamental da HQ incluindo a construção de personagem, quais suas características, do ambiente e o tom da narrativa.

É uma etapa extremamente descritiva, que visa a conexão entre o texto com os quadros. É ele que direciona a produção das imagens e é crucial em uma HQ com cunho educativo para que o objetivo se materialize de forma significativa para o leitor. Inclusive é somente a partir do roteiro que a etapa seguinte se desenvolve: o storyboard.

O storyboard é uma ferramenta pictórica que oferece, segundo Fischer, Scaletsky e Amaral (2010), uma programação organizada frame a frame, como a própria história em quadrinhos, representando visualmente a narrativa. Ele é base bruta do desenvolvimento das páginas da HQ, sendo a ideia inicial do que se quer retratar.

É uma das etapas de maior importância em um processo de criação de HQ, é nela onde se concentra a escolha do design utilizado, como por exemplo, as relações complexas entre forma e conteúdo que visam, através de aspectos funcionais, ergonômicos e estéticos, atender a necessidade de determinada demanda (MOURA, 2015).

Segundo McCloud (1993, 2006) a escolha do design deve ser concebida dentro do ambiente no qual a HQ será construída e inserida. É neste ponto onde a definição do design ocorre de forma objetiva no storyboard voltando-se para as características da PSR. O storyboard é pautado por referenciais reais (contextos e pessoas). Este aspecto é demasiadamente favorável para o a ferramenta em contexto educacional em um processo

de aprendizagem significativa pois contribui enormemente para a identificação do processo educacional com a realidade do leitor.

É nesta etapa que se discute a sequência de planos, ângulo, perspectiva, enquadramento, narrativa visual e ritmo da HQ. As modificações são constantes até que se chegue na melhor configuração para atingir o objetivo. Em suma, o storyboard é a própria história esboçada não finalizada.

Estes passos são utilizados de modo geral na composição da HQ em todos os níveis e contextos, inclusive o educacional (VERGUEIRO, 2005). É este processo e os elementos que a compõe que a fazem instrumento educacional poderoso, incluindo no que diz respeito a populações vulneráveis e sem acesso a processos educacionais (CARUSO e SILVEIRA, 2009).

3.2.3 Metodologia de desenvolvimento da História em quadrinho

As tecnologias que compõe um processo educacional em saúde que se propõe a assumir uma posição emancipatória e dialógica, são construídas afim de envolver grupos específicos nas práticas educativas (SANTOS, 2015). A metodologia oferecida pelo design oportuniza o preenchimento de lacunas onde os processos educativos não chegam (MOTTA e CORREA, 2013).

Objetivando levar a HQ como ferramenta educacional para a PSR de forma que realmente fosse significativa com caráter dialógico de uma educação emancipadora, na escolha do método para cumprimento das etapas, optou-se por uma metodologia flexível o suficiente para permitir a interação da forma e conteúdo com as representações desta população acerca do acesso em saúde.

Por tanto foi escolhido o Método de Desdobramento em 3 Etapas (MD3E), também denominado como método aberto para criação de design por sua característica flexível. Este método foi desenvolvido por Santos (2005) a partir da constatação do autor de que modelos utilizados na criação de projetos de design eram

“...modelos prontos de aplicação do conhecimento, contrariando as teorias pedagógicas que objetivam a formação de um indivíduo proativo, valorizando suas experiências pessoais e tornando o aluno um agente da construção do conhecimento” (SANTOS, 2006 p. 39).

O MD3E é estruturado para sofrer influências durante o percurso do projeto

permitindo que a partir dos objetivos, etapas sejam acrescentadas, retiradas ou modificadas (SANTOS, 2005).

Ele possibilita a interferência de todos os entes participantes do processo educacional na construção do projeto, ou seja, quem cria, executa e quem consome podem ter participação relevante em sua concepção (SANTOS, 2006). Esta característica mostra-se interessante para a utilização das representações sociais da PSR na construção da HQ facilitando a identificação e criação de significado do acesso aos serviços de saúde.

O método toma por início a definição de um problema a ser resolvido e qual a necessidade humana que se busca sanar com o produto projetado (SANTOS, 2006). A partir deste ponto começam os desdobramentos básicos, mínimos e auxiliares (GOBBI, 2015). O desdobramento básico está dividido em 3 grandes momentos denominados em pré-concepção, concepção e pós-concepção. (SANTOS, 2006).

Na pré-concepção, com o nome indica “serão definidas todas as atividades que precisam ser desenvolvidas antes da geração de alternativas” (SANTOS, 2006 p. 41). É a fase de pesquisas e aprofundamento dos subsídios necessários para a solução e execução do projeto. É onde são definidos os elementos básicos que vão compor o projeto, quais as características que precisam compô-la para favorecer o objetivo.

A concepção é onde as alternativas são levantadas para a utilização dos elementos fundamentais elencados anteriormente (SANTOS, 2005). É nesta fase que os testes são realizados e os esboços são construídos, analisados e onde é aprovada a melhor solução do projeto.

A pós-concepção é o desenvolvimento para a concretização da solução definida, é a execução da proposta. São “...todas as atividades a serem desenvolvidas após a definição da melhor solução para o projeto.” (SANTOS, 2006 p. 41).

Apesar das primeiras etapas aparentemente serem definidas hierarquicamente, a proposta metodológica não exige uma sequência pré-determinada, havendo assim simultaneidade no desenrolar das fases. O sequenciamento deve ser definido de acordo com as necessidades específicas do projeto (GOBBI, 2015).

Outro aspecto importante citado por Gobbi (2015) justificando a utilização do método em seu trabalho, é a interação das etapas onde constantemente dialogam criando e suprimindo necessidades para alcançar o objetivo do projeto.

Estas características fizeram Santos (2005) evitar representar graficamente o método através de um fluxograma, evitando que o processo fosse fechado ou ainda que

suas ramificações distanciassem as etapas. Ele propõe uma estrutura radial que permitisse ampliação de acordo com as necessidades apresentadas no processo.

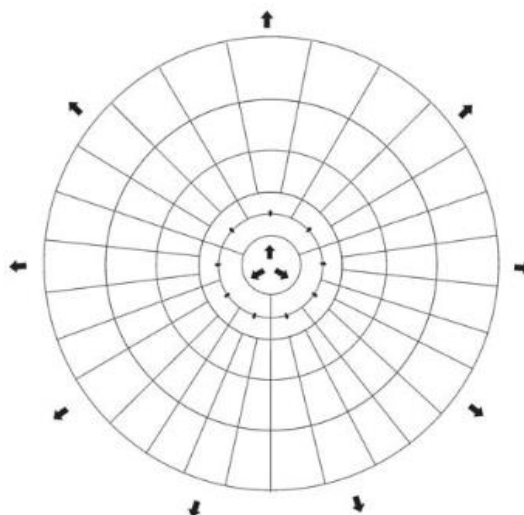
Ilustração 8: Estrutura radial representando o método MD3E



Fonte: Santos, 2006, p. 41

É a partir deste ponto de vista que os desdobramentos acontecem, quando o autor propõe acrescentar anéis a representação com atividades que precisam ser executadas até a finalização do projeto. Estes desdobramentos, denominados mínimos, são concebidos como passos para que a etapa básica seja desenvolvida.

Ilustração 9: Modelo de desdobramentos mínimos

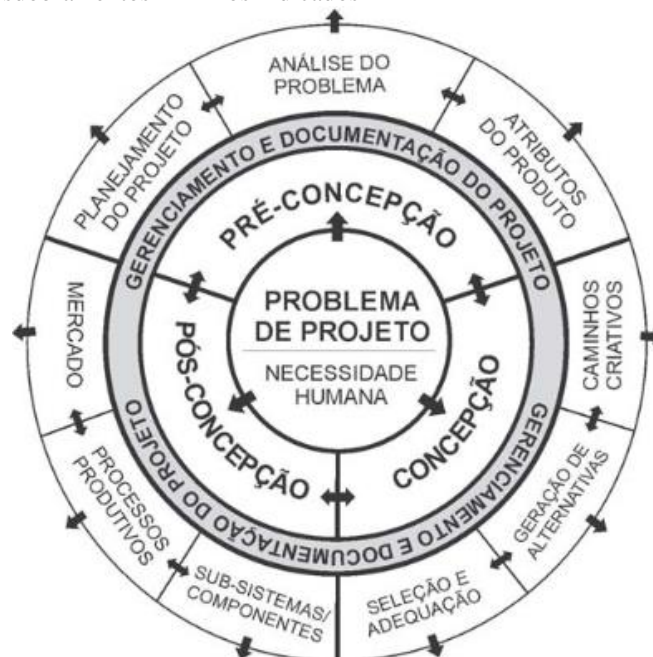


Fonte: Santos, 2006, p. 40.

A figura 8 demonstra o quanto pode se desdobrar as atividades a fim de suprir a etapa central, ou seja, o problema elencado. No entanto, Santos (2006) indica alguns

desdobramentos mínimos para contribuir com o enfoque do início do projeto.

Ilustração 10: Desdobramentos mínimos indicados



Fonte: Santos, 2006, p. 42.

Cada um destes desdobramentos mínimos pertence a um dos 3 desdobramentos básicos. Sendo um método voltado a projetos de design de produtos e ensino de design, a preocupação com a documentação é ressaltada pelo autor, aparecendo como ação fundamental entre os desdobramentos básicos e mínimos.

Mesmo com a indicação de um caminho a seguir, Santos (2006) ressalta que as interferências no método podem acontecer já nos desdobramentos mínimos, podendo eles assim serem alterados, diminuídos ou aumentados de acordo com a necessidade do projeto. Por exemplo, no caso de uma HQ voltada a PSR o desdobramento denominado mercado pode ser substituído por demanda, respeitando a ótica da aprendizagem significativa, as características do público e o papel social da ferramenta de ensino.

Uma ação que deve ser constante em toda a prática do método é a análise crítica das interferências realizadas, objetivando manter a coesão e sequência lógica. A superação do caráter linear hierárquico de ações não deve ser motivo para aleatoriedade das ações. Todas as atividades devem ser pautadas no objetivo através obrigatoriamente das etapas independente da simultaneidade das mesmas (SANTOS, 2006).

Mesmo após a identificação dos desdobramentos mínimos há mais camadas a serem acrescentadas denominadas desdobramentos auxiliares. Estes são atividades que

permitirão a realização dos desdobramentos mínimos e são descritas detalhadamente (SANTOS, 2005). São eles que descrevem como as ações serão realizadas e possibilitam a avaliação dos resultados alcançados no passo a passo do projeto (GOSH e STROBELNETO, 2015).

O MD3E proporciona a integração dos atores participantes e interessados no projeto e estabelece que estes tenham uma postura reflexiva e proativa no percurso, levando a identificação do sujeito com o projeto (OGLIARI, 2011). A participação da PSR nesta construção ocorre através dos discursos para o preenchimento dos assuntos da HQ.

Ogliari (2011) apresentou o MD3E em trabalho de 2011 indicando a possibilidade de utilização do mesmo para a criação de HQ. Ela ressalta o quão o método de design pode contribuir para transformá-las em instrumentos educativos e ferramentas de ensino.

Este método, assim possibilita a tradução das representações sociais da PSR contidos nos DSC sobre o acesso a saúde em uma HQ, não apenas informando, mais refletindo sobre as possibilidades de acesso e direitos destes sujeitos.

4 OBJETIVO GERAL

Conhecer as Representações Sociais sobre acesso a saúde que possuem a População em Situação de Rua, criando um produto educativo para atores envolvidos que contribua com o acesso aos serviços de saúde da mesma.

4.1 Objetivo Específico

- Compreender como ocorre o acesso aos serviços de saúde pela população adulta em situação de rua da cidade de Dourados – MS;
- Identificar o que as pessoas em situação de rua do município de Dourados-MS percebem sobre a rede de atendimento em saúde da cidade;
- Identificar quais as características do acesso da população em situação de rua da cidade de Dourados-MS;

5 METODOLOGIA

5.1. Percurso metodológico da pesquisa

5.1.1. Desenho da pesquisa

A pesquisa teve um delineamento qualitativo com base em dados primários.

5.1.2. População e amostra

A população utilizada foi composta por 13 usuários atendidos pelo Centro POP tendo entre 18 à 49 anos, sendo 12 homens e 1 mulher. A amostra foi definida por conveniência sendo limitado por saturação do discurso. Esta técnica permite encerrar a amostra a partir do momento em que as respostas passam a se repetir tendo assim esgotado as informações (FONTANELLA, RICAS e TURATO, 2008).

Critérios de inclusão: usuários do Centro POP, maiores de 18 anos atendidos no período de coleta de dados.

Critérios de exclusão: Indígenas, por suas características de transito e não situação de rua e usuários que não estejam em condições de responder em detrimento de ausência de consciência por abuso de substâncias psicoativas no momento da coleta, como também por condições psiquiátricas que possam dificultar ou impedir a resposta ao instrumento de pesquisa.

5.1.3 Local e período de coleta

A pesquisa foi realizada no Centro de Referência Especializado para a População em Situação de Rua (Centro POP) do município de Dourados – MS, um serviço público ofertado pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Agrário que visa o atendimento especializado para a população em situação de rua, ofertando atendimento individualizado ou coletivo (BRASIL, 2011).

Estão presentes no serviço uma equipe técnica formada por um coordenador, dois assistentes sociais, um psicólogo e um pedagogo. Também completam o quadro de servidores um motorista e um técnico administrativo.

Os atendimentos ocorrem no próprio espaço físico do serviço, como também em vias públicas e demais localidades onde o usuário possa estar.

Na cidade de Dourados – MS o serviço existe desde maio de 2014 criado a partir de estratégia conjunta do Ministério do Desenvolvimento Social a época, e Secretária Municipal de Assistência Social. Este serviço a partir de então tornou-se a porta de acesso a rede intersetorial, com exceção dos casos de urgência e emergência em saúde.

Sendo a porta de entrada às diversas políticas públicas sociais que atendem o segmento, o Centro POP atendeu, em média, no último biênio cerca de 700 usuários. É neste contexto que torna-se possível observar dificuldades ao acesso a saúde da população em situação de rua, tendo indícios de que, estas, advém das mesmas causas descritas anteriormente, relatadas nas pesquisas desenvolvidas no país.

A pesquisa foi realizada entre os meses de outubro a dezembro utilizando amostragem por saturação.

5.1.4. Instrumento de Coleta de Dados

A coleta de dados deu-se por intermédio de um roteiro de pesquisa (apêndice A), questões abertas norteadoras. Desta forma busca-se contemplar a subjetividade da questão, e a infinidade de aspectos que são pertinentes a condição da população em situação de rua e seu relacionamento com o sistema de saúde.

O estilo aberto proporciona a captação dos discursos flexíveis, espontâneo e personalizados dos sujeitos pesquisados (JÚNIOR e JÚNIOR, 2011).

5.1.5. Procedimento de Coletas de Dados e Tabulação

Os dados foram coletados durante o período de 3 meses no período matutino antes dos atendimentos realizados pela equipe técnica do Centro POP. Todos foram convidados a responder o instrumento de pesquisa durante este período até a saturação da amostra e respeitando os critérios de inclusão e exclusão, alcançando assim o número de 13 sujeitos entrevistados. As perguntas foram realizadas em momento distinto ao atendimento, em sala reservada e gravadas com autorização do entrevistado.

A fase de coleta de dados teve início após a aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa.

5.1.6. Análise de Dados

O referencial metodológico para tabulação dos dados é o Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) concebido por Lefrève e Lefrève, com bases na Teoria das Representações Sociais, que possibilita através do discurso individual uma visão coletiva para compreender como ocorre o acesso da população em situação de rua a saúde. Habilita revelar o intento do discurso, captando assim a realidade apresentada pelo sujeito (LEVRÈVE e LEFRÈVE, 2005).

O DSC é uma ferramenta de tabulação para pesquisa qualiquantitativa para organização dos dados. Utiliza-se da criação de um discurso síntese construído a partir dos discursos coletados agrupando os que possuem o mesmo sentido (LEFREVE e LEFRÉVE, 2003).

É uma ferramenta que visa sistematizar os dados coletados em pesquisas qualitativas, proporcionando uma metodologia que evidencie as particularidades que tal desenho de pesquisa busca encontrar. O DSC procura transformar o dado qualitativo contido no discurso em dados quantificados a partir da afluência dos fragmentos dos discursos que compartilham o mesmo sentido (FIGUEIREDO, CHIARI e GOULART, 2013).

Assim é no discurso onde o sujeito aponta sua representação social acerca do que se é discutido, sendo o sentido individual atribuído por ele ao assunto. O DSC então proporciona a partir destes discursos individuais o sentido do grupo pesquisado (LEFRÉVE e LEFRÉVE, 2005).

5.1.7. Considerações Éticas

Este projeto de pesquisa foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/UEMS em parecer nº 1.805.195/2016. No ato da coleta de dados aos participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (apêndice B) proporcionando ao entrevistado esclarecimentos sobre os objetivos da pesquisa, autonomia para a participação ou desistência em qualquer momento, como também o contato com o pesquisador.

5.2 Percurso metodológico para construção do produto educativo

5.2.1. Aplicação do MD3E para história em quadrinho voltada a população em situação de rua

a) Fase Pré-concepção

A pesquisa foi necessária para compreender como é o acesso aos programas e serviços de saúde, pela perspectiva da PSR, proporcionando assim a identificação dos fatores perturbadores do acesso. São estes dados qualitativos que embasaram a construção do produto educativo que visa contribuir para o acesso à saúde.

Os achados das entrevistas mostraram a dificuldade no acesso a saúde a partir das representações contidas nos discursos e alguns motivos para tal, que no método MD3E ocupam o lugar do problema a ser resolvido e da necessidade humana. Assim o problema é a dificuldade de acesso aos programas e serviços de saúde e a necessidade é acessar a saúde.

Os DSC fazem parte dos desdobramentos mínimos conectados ao desdobramento base pré-concepção. As falas e os textos são pautados nos discursos entremeados com informações relevantes sobre o fluxo de rede ao atendimento à saúde e os direitos ao acesso.

Na mesma posição foram consideradas as características da população em situação de rua e os elementos que constituem uma HQ. Encontram-se como desdobramentos desta etapa pois, são elementos de fundamental presença para a solução do produto educativo.

As características da PSR são a renda demasiadamente baixa ou inexistente; que estão temporárias ou permanentemente sem habitação se alocando em espaços públicos ou transitando por lugares de acolhimento, socialmente desprotegidos, baixa escolaridade e a mercê de intemperes climáticas (BRASIL, 2008), características estas encontradas nas pessoas em situação de rua em Dourados-MS segundo dados do Centro-POP.

Estes caracteres retratados nas linhas da HQ proporcionaram a base para a identificação dos sujeitos com a história. Assim os desdobramentos Auxiliares são a seleção destes caracteres, sendo eles especificamente as características da PSR e os elementos das HQs que ajudam a expressar a informação e apropriação do sujeito na rua.

Os balões de fala e pensamento, quadros e enquadramento na folha, recursos gráficos e narrativa visual, perspectiva e traço foram escolhidos por serem os meios de proporcionar a similaridade com a paisagem do ambiente onde se encontra (praças, ruas, esquinas, muros pichados ou grafitados, monumentos) e dos serviços de saúde.

O enredo e as falas buscaram similaridade com os discursos colhidos na pesquisa.

b) Concepção

Nesta etapa os desdobramentos mínimos foram a criação do roteiro, storyboard e avaliação em conjunto com desenhista para a escolha do formato. Através destes 3 desdobramentos foram definidos que 6 dos 7 DSC embasariam histórias distintas, curtas, em no máximo 3 quadrinhos visando a simplicidade de imagem, texto e a objetividade.

Dada as condições precárias e ao frequente trânsito na qual a PSR vive, histórias mais curtas podem ser mais eficazes para alcança-los em diversos lugares e situações. Colocar todos os DSC em um único enredo elevaria a complexidade da história e se afastaria da proposta de identificação desta com o sujeito e das características da PSR.

Por tanto optou-se pelo desenvolvimento do tipo de quadrinhos denominados tirinhas. As tirinhas são HQs de caráter sintético com até 4 quadrinhos, com texto de curta extensão podendo ter caráter humorístico ou não (MENDONÇA, 2002). O fato de ser dinâmica, de informação e leitura rápida, tornam as tirinhas estimulantes a leitura (CARUSO e SILVEIRA, 2009).

O roteiro foi construído a partir do enredo das 6 histórias pautadas nos DSC e seu processo ocorreu no mesmo plano do storyboard, utilizando a premissa descrita por McCloud (1993) onde o roteiro deve ser construído dentro do contexto dos sujeitos. O Storyboard como norteador pictórico possibilitou a aproximação do roteiro ao ambiente.

O desdobramento auxiliar relacionado ao roteiro então descreve passo a passo cada uma das 6 histórias procurando inserir-se ao meio da PSR visando um processo de aprendizagem significativo que dialogue com as situações vividas por eles. As representações sociais encontradas na pesquisa fomentaram esse processo.

Quanto ao storyboard foram selecionadas imagens referência para a narrativa visual e os recursos gráficos. As imagens utilizadas vieram a partir dos materiais gráficos

do Centro POP (BRASIL, 2011; SEMAS, 2014) com imagens já por eles divulgadas da situação de rua.

Ainda como desdobramento auxiliar, a definição do traço do desenho teve base a cultura urbana e sua linguagem, que permeia os espaços da PSR. Mantendo o foco na identificação do leitor com a história, o grafite foi escolhido por ser, como expõe Teófilo (et al, 2011), de natureza gráfica utilizando-se da representação coletiva inconsciente, fazendo releituras do cotidiano e ser desenhado a mão livre.

No que diz respeito ao conceito tem-se o grafite um posicionamento social, discutindo questões políticas, sociais e econômicas, além de banalizar a arte, a democratizando e a expondo em lugares acessíveis a todos (TEÓFILO et al, 2011). O Grafite tido como forma de linguagem encaixa-se a proposta dialógica da HQ, principalmente por pertencer ao mesmo ambiente que a PSR: a rua.

c) Pós-concepção

Após selecionados e definidos todos os componentes da história e seu design, os desdobramentos mínimos desta etapa são a execução dos DSC representados em história textual em ilustrações, a construção do esboço, processo de desenho e digitalização do design.

O esboço foi realizado por desenhista com experiências em grafite. O esboço traduziu o roteiro e o storyboard utilizando-se de lápis grafite 8H e papel para desenho artístico durante o período de 1 mês.

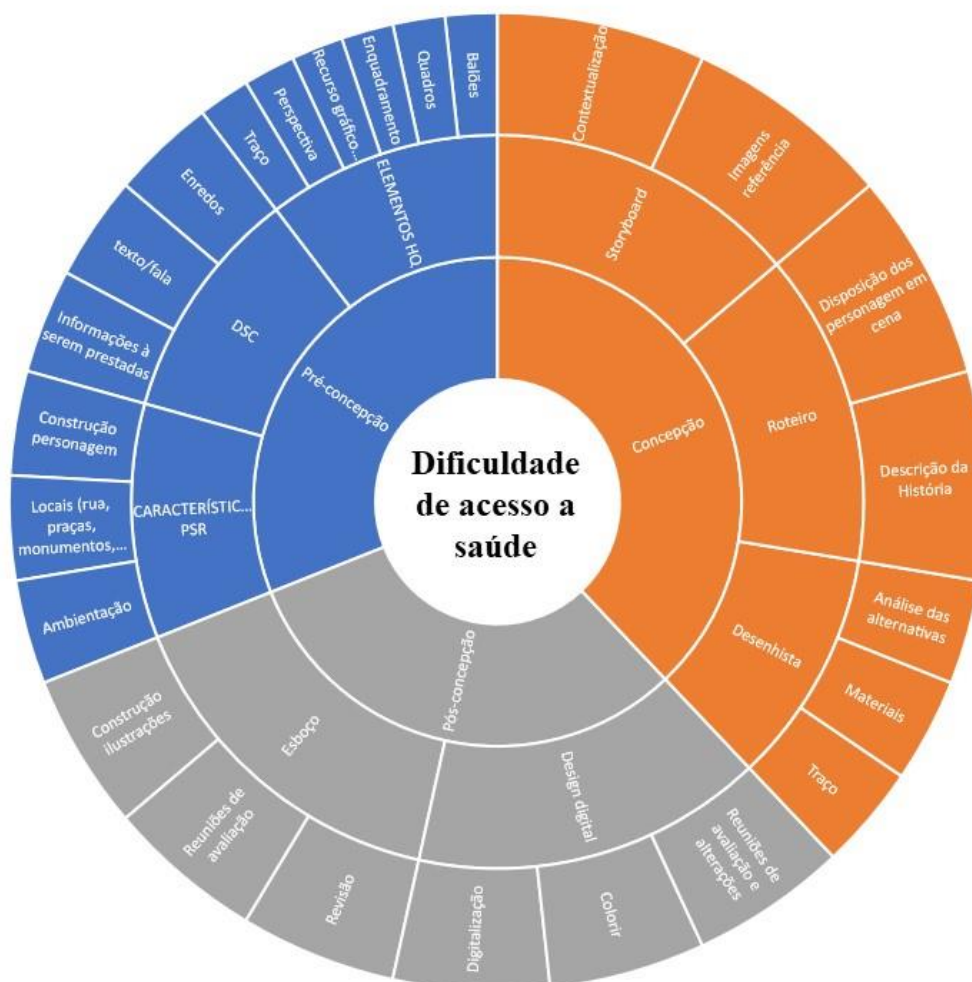
Como desdobramento auxiliar foram realizadas reuniões com o desenhista para avaliação do esboço e alterações necessárias. O processo transcorreu com facilidade sem grandes alterações, com exceção das estratégias escolhidas que pertencem ao elemento perspectiva: utilizar enfaticamente o sombreado no desenho afim de provocar sensações de movimento e sobriedade ou coloração para estimular o interesse e direcionar a atenção.

Foi escolhida a utilização das cores pois, segundo Yida e Andraus (2016) a cor alicia a atenção para a HQ e para quadros específicos, como também para partes específicas destes, estimulando a atividade imaginativa instigando as competências mnemônicas associativas e evocando outras imagens do próprio repertório prévio do leitor causando sensações peculiares que fomentam a identificação com história.

A coloração é realizada em outro desdobramento auxiliar, a digitalização. Esta ação foi realizada por um designer profissional, utilizando-se do roteiro, storyboard e esboço. Nesta etapa é onde é validado o enquadramento. O posicionamento dos quadros e balões de fala foram definidos de acordo com os resultados parciais da digitalização, aproveitando-se do caráter aberto do método MD3E.

Desta forma a representação Radial desenvolvida para nortear projeto ficou desta maneira.

Ilustração 11 - Representação Radial do projeto



Fonte: Do autor

5.2.2 Responsabilidade Científica e Técnica

A responsabilidade científica fica a cargo do autor deste trabalho, enquanto a responsabilidades técnicas na confecção do produto educativo ficam a divididas entre uma parceria na figura do desenhista com experiência em grafite e com um profissional de design gráfico contratado.

6 RESULTADOS DA PESQUISA

A pesquisa resultou em 7 DSC denominados como desconhecimento do fluxo, os motivos e condições do viver na rua, a dificuldade no atendimento, imediatismo, sentimento de menos valia, preconceito e acessibilidade. O DSC motivos e condições de viver na rua não contém uma representação social, mas, possui caráter transversal onde contextualiza os outros 6 discursos. Foi este que proporcionou a contextualização da amostra, permitindo comparação com os dados disponíveis na literatura atualmente.

Para a apresentação dos resultados foram escritos 3 artigos em formatações diferentes dedicados a submissão em periódicos. O primeiro corresponde a apresentação de todos os DSC, ou seja, os resultados propriamente ditos. O segundo e terceiro artigos são destaques de dois DSC que afetam o acesso à saúde pouco retratados na literatura sobre a PSR: menos valia e imediatismo.

Portanto tentou-se destacar nestes artigos os achados da pesquisa que nortearam a construção do produto educativo.

6.1 Artigo 1 - População em Situação de Rua: Representações sobre o Acesso Aos Serviços de Saúde

POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA: REPRESENTAÇÕES SOBRE O ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE

RESUMO

A população em situação de rua está cada vez mais presente nas diversas políticas públicas, tendo um grande aumento nas últimas décadas. Estando extremamente vulnerável, esta população permanece a margem da sociedade e dos serviços públicos, sendo a saúde um dos serviços que possuem sua maior demanda. Este artigo tem por objetivo compreender como ocorre o acesso à saúde da população em situação de rua (PSR) da cidade de Dourados-MS, tendo como prisma as representações sociais dos próprios moradores sobre as características do uso dos serviços de saúde. Para coleta de dados foi utilizado roteiro de entrevista com questões norteadoras abertas com os dados tabulados através do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) com bases na Teoria das Representações Sociais. Os resultados apontaram para 7 DSCs: desconhecimento do fluxo da rede, os motivos e condições do viver na rua, mecanismos burocráticos, um forte sentimento de imediatismo, sentimento de menos valia, discriminação e acessibilidade. Há falhas na dinâmica do sistema e há limitadores na forma como a pessoa na rua compreende a saúde, o sistema e a si mesmo.

Palavras Chave: População em Situação de rua; Acesso; Vulnerabilidade

Carlos Henrique Ribeiro da Silva, mestrando Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional em Ensino em Saúde da Universidade Estadual do Mato Grosso do Sul *carlosribeiro.psico@hotmail.com*; Cássia Barbosa Reis, Profa. Doutora, Curso de Enfermagem e Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional em Ensino em Saúde da Universidade Estadual do Mato Grosso do Sul

Introdução

O presente estudo é resultado do projeto da criação de um produto educativo do mestrado em Ensino em Saúde da Universidade Estadual do Mato Grosso do Sul visando oferecer subsídios para a compreensão da relação da População em Situação de Rua (PSR) com o acesso a saúde em uma cidade do interior do Mato Grosso do Sul.

A PSR tem crescido no século XXI, tanto em quantidade quanto em complexidade (BRASIL, 2008). É uma população em extrema vulnerabilidade nos aspectos sociais, saúde, habitacionais, trabalho e familiar. Na saúde é uma das áreas onde estão em maior desproteção devido à toda tônica que envolvem as condições na rua que dificultam o acesso à políticas públicas em saúde. As origens diversas das condições na rua elevam o desafio de lidar com a saúde da pessoa na rua, implicando em dificuldades que vão desde a questões socioeconômicas, atendimentos, até as representações dos processos de saúde que a PSR manifesta (VARANDA e ADORNO, 2004; AGUIAR e IRIART, 2012; HILLESHEIM e BERNARDES, 2014; ALCANTARA, ABREU e FARIAS, 2015).

A interação neste contexto com os equipamentos torna-se fundamental no atendimento desta demanda, pois, influencia a forma com que eles constroem a visão sobre si mesmos e sobre o atendimento em saúde, determinando o modo no qual irão interagir com os serviços e com suas próprias condições de saúde (MOURA JR, XIMENES e SARRIERA, 2013). A PSR necessita da proteção do Estado através das diversas políticas públicas, tendo a saúde papel central, não só no que diz respeito ao processo de saúde-doença, mas, para se enfrentar a dinâmica excludente nas quais estas pessoas vivem (PAIVA et al, 2016).

Segundo Aguir e Iriart (2007), Rosa, Cavicchioli e Brêtas, (2005) e Brasil (2008) a PSR caracteriza-se pela falta de habitação permanentemente ou não, se alocando em espaços públicos ou albergues, tendo vínculos sociofamiliares rompidos, em extrema pobreza e seus direitos constitucionais violados. É uma população heterogênea advinda de diferentes contextos, onde sua condição pode apresentar vulnerabilidades em todas as esferas da vida.

Estas características transformam a PSR em seres invisíveis, que sobrevivem quase sem expectativas, hesitando buscar seu direito a um atendimento digno ou ao menos direito a quaisquer atendimentos (VARANDA e ADORNO, 2004; ALCANTARA ABREU e FARIAS, 2015; MOURA JR. XIMENES e SARRIERA, 2013). A ausência na PSR de recursos econômicos, laborais, sociais e educacionais reforçam está dinâmica e estigmatização do sujeito, assim como a discriminação (MOURA JR, XIMENES e SARRIERA, 2013; AGUIAR e IRIART, 2012).

A discriminação pode ser forte fator excludente ao acesso à saúde da PSR. Compreende-se a discriminação como o ato a partir do preconceito, valor dado a situação ou grupos sem fundamento lógico, uma opinião depreciativa preconcebida com pouco ou sem conhecimento sobre raça, credo, gênero, sexualidade, condição social, transtornos mentais e outras (PARKER, 2015). A discriminação expõe ainda mais a marginalização aumento o espectro de situações onde se encontrarão vulneráveis e desprotegidos.

As vulnerabilidades sociais enfrentadas colocam a pessoa em situação de rua também em vulnerabilidade na saúde. Tendo Vulnerabilidade como uma forma integral e ampla para avaliar a exposição ao adoecimento através da análise dos componentes pessoal, social e institucional, abrangendo aspectos biológicos, ambientais, culturais, socioeconômicos e subjetivos (AYRES, 1999), pode-se observar que na PSR está potencializada devido um ciclo cruel onde as condições na rua dificultam o acesso à saúde e a falta do acesso agravam as condições na rua.

Segundo Aguiar e Iriart (2012) o atendimento adequado a PSR é um importante desafio e o Sistema Único de Saúde (SUS), em vias gerais não está preparado para atender está população extremamente vulnerável. O acesso a saúde então encontra-se prejudicado e por vezes não bem compreendido, confundindo-se com as necessidades sociais destas pessoas (BORYSOW e FURTADO, 2014).

Quando se fala em acesso à saúde para população de rua propõe o acesso como integral e multidimensional analisando-o através dos aspectos socioeconômicos do usuário e do sistema, técnico-administrativo, político, acessibilidade, representações sociais sobre a saúde e controle social (GIOVANELLA e FLEURY 1996; BRASIL, 2009).

Em populações vulneráveis como a PSR analisar os fatores que implicam no acesso à seus direitos básicos significa olhar para todos os aspectos que envolvem desde início da necessidade até o atendimento. Isso leva a observar quais mecanismos buscam garanti-lo para a PSR.

Há pouco tempo compreendida pelo Estado a necessidade por políticas públicas específicas para PSR, foi construída em 2009 a Política Nacional para População em Situação de Rua apresentado pelo Decreto N° 7053 de 23 de dezembro, buscando direcionar o atendimento nas diversas políticas setoriais que contemplassem as características e demandas apresentadas (AGUIAR e IRIART, 2012).

A política utilizou dados da Pesquisa Nacional Sobre população de Rua de 2008, última grande pesquisa que englobou dados nacionais. Estes indicadores forneceram bases para as medidas tomadas visando romper as barreiras de acesso aos serviços públicos. Cerca de 80% da população em situação de rua é constituída por homens; 74% são alfabetizados; 53% recebem entre R\$20 a R\$80 reais semanais; 70% exercem algum tipo de atividade remunerada e 40% não tem vínculo algum com familiares. Cerca de 70% dormem na rua e apenas 30% alternam suas noites em albergues e outros lugares. A pesquisa identificou 31.922 pessoas nas 23 capitais e 48 municípios com mais de 300.000 habitantes.

A partir de então mesmo que ainda em escassez estão sendo construídos mecanismos para a atuação dos equipamentos de saúde como o Manual sobre o Cuidado à saúde junto à população em situação de rua de 2012.

O avanço mais significativo no atendimento à saúde da PSR foi Consultório na Rua instituído pela portaria 122² em 2012 que propõe levar a atenção básica até a rua, sendo uma porta itinerante para a política de saúde e a rede intersetorial. A intersetorialidade é uma das propostas mais relevantes da política de 2009, onde as políticas que mais interagem são de Saúde e Assistência Social.

A Assistência Social possui o Centro de Referência Especializado a População em Situação de rua (Centro POP) e os albergues, sendo os serviços que mantém maior comunicação com os serviços de saúde (BRASIL, 2011).

Mesmo com ferramentas e equipamentos para o atendimento em saúde da PSR, estudos apontam que ainda não conseguem acessar os programas e serviços. Diversas são as circunstâncias que podem gerar dificuldades para a PSR conseguir atendimento em saúde como ausência de documentação, o trânsito dentro da cidade e entre cidades, péssimas condições sociais, baixa escolaridade, discriminação e preconceito, despreparo dos trabalhadores em saúde e saúde mental (BORYSOW e FURTADO, 2013; BOTTI et al, 2010; CANÔNICO et al, 2007; MOURA JR, XIMENES e SARRIERA, 2013; ALCANTARA, ABREU e FARIAS; AGUIAR e IRIART, 2012; ESCOREL, 1999; SANTANA e ROSA, 2016).

Devido sua heterogeneidade o acesso passa a ser determinado não só pelos mecanismos do sistema, mas também pelo tempo e espaço somados a contextualização do histórico coletivo e pessoal. Estes estudos acerca do acesso à saúde foram realizados em grandes centros urbanos.

Então o presente estudo buscou observar o contexto de uma cidade interiorana com diversas peculiaridades como sua localização. Dourados – MS, estar em franco crescimento populacional nos últimos anos, alcançando a marca de aproximadamente 212 mil habitantes (IBGE, 2015), fixando-se assim como o segundo centro comercial do estado do Mato Grosso do Sul e tendo grande número de pessoas em trânsito no município. É uma cidade dentro da faixa de largura da fronteira, avizinhandose do Paraguai e a Bolívia, e (BENTO, 2013) sendo a capital regional do Estado de Mato Grosso do Sul e um dos elos da região norte com a região sul do país.

No município não há o consultório na rua, sendo a porta de entrada para a rede intersetorial das diversas políticas públicas o Centro POP, atendendo em média no último triênio cerca de 900 usuários, onde viu-se 7% de estrangeiros, 78% em trânsito e 92% homens. Segundo dados de 2016 do Centro POP as pessoas na rua em Dourados – MS possuem vários pontos de concentração, inclusive em bairros periféricos, diferindo-se de grandes centros conforme aponta a pesquisa nacional realizada em 2008.

Assim, esta pesquisa procurou compreender como ocorre o acesso à saúde da população em situação de rua, tendo como prisma as representações sociais dos próprios moradores sobre as características do uso dos serviços de saúde.

Método

A pesquisa teve um delineamento qualitativo com base em dados primários. Composta por 13 usuários, sendo 12 homens e 1 mulher, a amostra foi retirada de pessoas em situação de rua atendidos pelo Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua (Centro POP), sendo definida por conveniência e limitada por saturação do discurso.

O Centro POP de Dourados-MS configura-se como porta de entrada para a rede intersetorial de atendimento a população em situação de rua. É um serviço oferecido pelo Sistema Único de Assistência Social voltado exclusivamente as pessoas em situação de rua maiores de 18 anos, que tem o intuito de proporcionar caminhos para sua reinserção social (BRASIL, 2011).

Critérios de inclusão: usuários do Centro POP, maiores de 18 anos atendidos no período de coleta de dados.

Critérios de exclusão: Indígenas e usuários que não estavam em condições de responder em detrimento de ausência de consciência por abuso de substâncias psicoativas no momento da coleta, como também por condições psiquiátricas que pudessem dificultar ou impedir a resposta ao instrumento de pesquisa.

A coleta de dados se deu por intermédio de um roteiro de pesquisa com questões abertas norteadoras. A aplicação aconteceu individualmente utilizando um gravador Sony ICD-PX240. Desta forma buscou-se contemplar a subjetividade da questão e a infinidade de aspectos que são pertinentes a condição da população em situação de rua e seu relacionamento com o sistema de saúde.

O estilo aberto proporcionou a captação dos discursos flexíveis, espontâneos e personalizados dos sujeitos pesquisados (JÚNIOR e JÚNIOR, 2011).

O referencial metodológico utilizado para tabulação dos dados foi o Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) concebido por Lefrève e Lefrève (2005), com bases na Teoria das Representações Sociais, que possibilita através do discurso individual uma visão coletiva para compreender como ocorre o acesso da população em situação de rua a saúde. Habilita revelar o intento do discurso, captando assim a realidade apresentada pelo sujeito. Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul, sob o protocolo n° 1.805.195/2016.

Resultados e discussão

DSC - Motivos e condições para estar na rua

Os principais fatores que levaram as pessoas a viverem nas ruas são álcool e/ou outras drogas e o desemprego que os leva a migrar, concordando com a pesquisa nacional de 2009. A pesquisa nacional cita ainda as desavenças familiares como fator prevalente para a ida as ruas. Nos discursos vê-se que está dinâmica ocorre a partir de uma autocrítica, compreendendo sua condição em saúde mental como um fardo a ser carregado pela família, gerando sentimento de culpa fazendo com que saia de casa.

Assim as condições de álcool e drogas são os fatores causais para a desvinculação da família, demonstrando a relevância da questão da saúde mental para a condição da PSR e por consequência na dinâmica de atendimento em saúde e intersetorial.

“Desemprego, perdi o emprego e não consigo arrumar outro entendeu, mais fazendo bico, pra sobreviver pra comer e não pedir nada pros outros. Depois meu pai já tinha falecido, ai em 2008 eu comecei beber demais, comecei a perde tudo o que eu tinha dinheiro, comecei beber de mais usar droga. Uma outra coisa é que eu não queria incomodar minha mãe, então eu sai pra rua, ela tem uma casinha em Paranaíba, ta viva lá, mais ai eu fui pra varias cidades, fui pra Campo Grande, pra Curitiba, pra São Paulo, ai eu entrava nos serviço passava 6 meses, saía, é que eu bebia demais, foi nessa, ai as vezes eu to bem volto a trabalhar normal. A bebida né. Por que a situação que a gente se encontra não é fácil. Eu to ai sem roupa dormindo sem roupa, passa muita dificuldade né, frio, dormir no piso.”

DSC - Burocracia

A amostra entrevistada relata sobre o atendimento recebido tanto na atenção básica quanto na especial. Queixam-se do tempo de espera e da exigência de documentos que por vezes a PSR não possui, como também referências como comprovante de residência (BORYSOW e FURTADO, 2013; VARANDA e ADORNO, 2004).

É sabido que a população em geral desconhece o modo como o sistema de saúde encontra-se organizado, e por vezes qual o fluxo de rede que devem seguir em sua caminhada pelos serviços de saúde (CHAGAS E VASCONCELLOS, 2013) e no caso da PSR esta questão é ainda mais acentuada devido à falta de acesso à informação, a falta de conhecimento por parte dos próprios profissionais de saúde e pela própria desvalorização da atenção básica que teria a proposta de ser porta de entrada da saúde pública (BORYSOW e FURTADO, 2013; SANTANA, 2014; MAGALHÃES e BODSTEIN, 2009; ASSIS et al, 2010).

Neste aspecto estão envolvidos inclusive os procedimentos para receber o atendimento quando já presentes no equipamento de saúde. Vê-se no discurso que há falta de compreensão do que é necessário para receber o atendimento, e o por que é necessário. As exigências feitas são associadas pelas pessoas na rua com a qualidade e a demora para ser atendido.

A demora no atendimento a este público pode estar associada a fatores como a grande demanda do serviço, a falta de documentação, o desconhecimento dos mecanismos legais e burocráticos que garantem o atendimento a PSR, a discriminação e o erro avaliativo entre questões de saúde e questões sócias.

Essa dinâmica provoca desconforto, fazendo com que a pessoa em situação de rua por vezes nem tente o atendimento como evidenciado na seguinte parte do discurso:

“Posso falar memo? Vale nada o hospital, Não é que eu não gosto, vô memo se tiver num caso bem ruim, mas, bem raro mesmo, porque chega lá povo pedi isso pede aquilo e agente não tem documento meió nem ir mesmo.”

As condições da PSR fazem com que o atendimento em saúde tenha suas especificidades para atender realmente sua necessidade. Grande parte das exigências para a população geral não se encaixa quando se trata de pessoas que vivem nas ruas. O discurso evidencia então este aspecto como dificuldade ao acesso. Por ser um tema pouco explorado as ferramentas que já existem para nortear o atendimento a PSR não são utilizadas, ou mesmo conhecidas pelos profissionais de saúde.

DSC - Discriminação

Um dos temas que emergiu com grande evidência no discurso foi a discriminação. A PSR passa por diversas situações de risco e vulnerabilidade nas condições precárias em que vivem nas ruas. Tais condições são insalubres e os expõe a todo tipo de sorte, como fatores ambientais, falta de higiene e alimentação adequada, violência e exposição à álcool e drogas (ESCOREL, 1999; VARANDA e ADORNO, 2004), fazendo com que se apresentem sujos, maltrapilhos e com fortes odores.

A discriminação então inicia-se a partir de sua aparência, tendo os moradores de rua sempre associados a questões de saúde mental, sociais ou de segurança pública. O “louco de rua” é ainda uma denominação muito comum para designar a PSR e usada a muito tempo. A condição de saúde mental na rua é generalizada (FERRAZ, 2000, DARLING et al, 2012; BORYSOW e FURTADO, 2013).

No que diz respeito aos aspectos sociais o que mais se destaca na associação com a discriminação é avaliação realizada no momento da procura da PSR pelo atendimento. São ressaltadas neste momento as necessidades sociais do sujeito e não as necessidades em saúde, desacreditando assim o real motivo de sua presença ali, desconsiderando seu direito em estar naquele serviço, como representam neste trecho dos discursos.

“Só que o povo fica meio assim por que é morador de rua. [Pediram] os documentos, comprovante de residência, daí eu falei que eu morava na rua, pergunto na onde é que eu tava.....?(IRÔNIA). Então às vezes você não é bem atendido no caso. Fazem tipo pouco caso de você, Daí fica difícil.”

O discurso mostra um atendimento que não diz respeito ao preceito de equidade, mas, sim pautado em conceitos pré-concebidos a cerca desta população, quando o discurso demonstra que é perguntado para um morador de rua sobre comprovante de residência e onde reside, mostra a falta de conhecimento das peculiaridades desta população. Ele então compreende que o ser atendido é difícil.

Quando eles relatam que se sentem desvalorizados no atendimento, evidenciam que os atendimentos em saúde não os contemplam, não se sentem acolhidos, não se sentem pertencentes a este lugar. Há estudos que apontam sobre a recusa a atendimentos a PSR nos serviços de saúde com a justificativa de serem casos de responsabilidade da política de Assistência Social (BORYSOW e FURTADO, 2012, 2013; MOURA JR e XIMENES, 2016; SANTANA, 2016; VARANDA e ADORNO, 2004).

A discriminação é a ação que acaba ocupando o lugar do conhecimento sobre a PSR. As características da mesma são desconhecidas por grande parte dos trabalhadores em saúde, que acabam por se limitar a encaminhar estas pessoas aos serviços específicos como o consultório na rua, quando não para os serviços de Assistência Social (BORYSOW e FURTADO, 2014).

A recusa ao atendimento então, origina-se em grande parte no preconceito e discriminação que ocorre a partir da compreensão estigmatizada sobre a PSR como usuário de drogas ou como criminoso (MOURA JR, XIMENES e SARRIERA, 2013). A condição da situação de rua leva a essa imagem equivocada a cerca destas pessoas, que faz com que sejam atendidas de formas diferentes que as demais pessoas. Fica evidente quando mencionam que vivem na rua e relatam “...Então às vezes você não é bem atendido no caso. Fazem tipo pouco caso de você. Daí fica difícil”.

“A gente chega lá falta tira a gente igual cachorro ééé bota pra fora desse jeito chega desse jeito nós da rua, rapaz do céu te joga pá escanteio e deixa lá mais fácil deixar você morto lá, altos hospital por isso não vou em hospital você fica ali o povo olha pro céu achando que é assaltante que ta roubando alguém, ninguém te ajuda, tudo com medo, nem te atende.”

DSC – Acessibilidade e Fluxo de Rede

A questão da acessibilidade para a PSR é um fator impactante em seu acesso à saúde. No discurso observa-se a dificuldade para chegar até os serviços de saúde.

“Eu vou sozinho, eu pergunto na onde é que é, mesmo passando mal. A gente ia procurar um lugar, um médico, só que as vez é difícil, e as vezes você não conhece muita coisa na cidade, e você fica meio perdido. Cheguei lá vi que eu tava fraco memo, com as perna doendo, fraqueza, tremendo, ai falei assim: Vou ligar no hospital, ai fui lá. Eu me informava, ia me informando, argum passava parava com o carro dizia você ta mal ai, pegava e levava”

Devido ao fato de não terem acesso a ferramentas de comunicação e locomoção, a chegada aos serviços de saúde é limitada, fazendo com que ande até o serviço mesmo quando sem condições para tal ou ainda como visto no discurso, dependendo do auxílio de terceiros através de carona ou informação.

No que concerne aos serviços emergenciais, a tendência é a mesma quando a PSR chega até o serviço, discriminação e referenciamento equivocado de suas demandas, chegando ao ponto de serem enviadas equipes de Assistência Social, quando em realidade a pessoa na rua necessita de atendimentos em saúde. O estudo de Borysow e Furtado (2014) apresenta dados semelhantes.

Outro fator dificultador no que corresponde a acessibilidade é o desconhecimento sobre os serviços disponíveis pela PSR. A tendência é que procurem sempre os serviços de atenção especial, especialmente de urgência e emergência. Ainda assim pelo fato de não terem acesso a informações como a maioria da população, desconhecem os mesmos.

Contudo há outro fator relevante: o fato de estarem constantemente em trânsito, dentro das cidades ou entre cidades. Tal fato corrobora com o desconhecimento acerca dos programas e serviços oferecidos pelo município. Por isso a importância de serviços como o Consultório na Rua.

O Consultório na Rua tem o intuito de servir como porta de entrada contemplando a demanda e melhorando a resposta as questões de saúde da PSR (HALLAIS e BARROS, 2015). É um equipamento itinere que busca intermediar a atenção básica com as ruas. No município de Dourados – MS não existe este serviço. Importante ressaltar que ele visa

alcançar a PSR e atende-la em suas especificidades, o que não impede o atendimento em outros equipamentos de saúde voltados a população geral.

DSC - Imediatismo

O DSC aponta que observam o atendimento em saúde na ótica hospitalocêntrica e medicalizada, o que dificulta a compreensão acerca do fluxo de rede que já tendem a ter sua funcionalidade limitada pela falta de planejamento intersetorial e a falta de referência e contra referência (BORYSOW e FURTADO, 2014).

A PSR demonstrou ser imediatista avaliando a qualidade no atendimento recebido através de ser medicado ou não. A procura pelo atendimento em saúde acaba por se concentrar na Atenção Especial, buscando serviços de urgência e emergência, mesmo que a demanda seja para Atenção Básica.

“Ah não tem nem que falar, tem que falar que é bom, cheguei lá me deram remédio e eu sarei, então acho que bom?”

“É eu procurei um dia, por que eu tava sem dinheiro pra comprar o remédio aí o posto de saúde não me deu não. Falou que não tem, péssimo, nem quis me atender falou que não tinha remédio”

Esta representação do atendimento em saúde faz com que criem uma descrença os serviços. Reforçados pela discriminação que sofrem passam a não buscar mais os programas e serviços, entregando-se a sua fé uma recuperação passiva de sua saúde, que juntamente com as condições insalubres que vive na rua, podem agravar o seu quadro.

“...às vezes eu, que nem eu muitas vezes preferi ficar na rua, dormi na rodoviária, esperar. Se acontecer alguma coisa esperar mais por Deus do que pelo (expressão facial de indicação de lugar). Você como se diz assim, é bem, eu me sinto mal na verdade, por que uma pessoa que tem tudo, que pode trabalhar, eu me sinto mal, não me sinto bem, às vezes por não me senti bem de procurar, às vezes eu, que nem eu muitas vezes preferi ficar na rua, dormi na rodoviária, esperar.”

O desconhecimento do funcionamento da rede em congruência com o imediatismo gera uma representação de dificuldade e a desconsideração das nuances dos

procedimentos burocráticos necessários. Isso afeta não só a PSR, mas toda a população, apenas acentua-se pelas condições vulneráveis que as pessoas na rua enfrentam. Um indivíduo desprotegido sofrerá em precisar se locomover pela rede, ou mesmo esperar atendimentos ambulatoriais.

“Só pra marcar as consultas que era em outro lugar, marcar os encaminhamentos que foi, no mínimo ridículo por que tava escrito urgente desse tamanho, e não vale nada, isso eu achei uma falha muito grande, por que é urgente e eu estou há mais de um mês esperando e nada.”

A concepção de saúde holística manifesta hoje apresenta-se muito distante da perspectiva e condição da PSR (AGUIAR e IRIART, 2012), estando fora de alcance. O discurso aponta que as pessoas na rua observam os cuidados em saúde com a ótica curativista, quando é observado que “...Ah não tem nem que falar, tem que falar que é bom, cheguei lá me deram remédio e eu sarei, então acho que bom?”. No entanto essa ótica não contempla todas as suas necessidades em saúde, o que pode ser evidenciado pela forma da exposição da ideia em forma de questão, assim como neste seguinte trecho:

“É eu procurei um dia, por que eu tava sem dinheiro pra comprar o remédio ai o posto de saúde não me deu não. Falou que não tem, péssimo, nem quis me atender falou que não tinha remédio.”

Um motivo relevante a esta visão é o atendimento recebido que tende a ser o mais breve possível a fim de retirar esta demanda do equipamento de saúde, ou seja, que o morador seja atendido rápido para ser mandado embora. O contrário, deixar a pessoa para depois, além de ressaltar a exclusão e desvalorização também pode reforçar o imediatismo, pois, gera constrangimento e a vontade por parte da pessoa na rua a sair o mais depressa possível.

DSC – Menos Valia

Neste ponto pode-se observar que não só o sentimento de menor valor, de estar desvalorizado em relação as pessoas que tem casa, mas também que questões de saúde mental influem diretamente no acesso à saúde.

Um estudo aponta que a prevalência dos transtornos mentais na PSR encontra-se em torno de 56%, configurando-se um fator tanto causal quanto resultante de sua condição. Relata ainda que 35% dizem respeito ao Alcoolismo (BOTTI et al, 2010). O DSC mostra a saúde mental como fator dificultador, assim como apontam os estudos de Borysow e Furtado (2013) e Botti et al (2010), onde relatam a falta de preparo para receber pessoas com questões de saúde mental, mesmo que naquele momento não seja esta a demanda.

No discurso pode-se observar que a compreensão das pessoas na rua sobre o atendimento em saúde quando concomitantemente há a existência de um transtorno mental é de não receber o atendimento, ou mesmo não receber o atendimento.

“Então até agora foi bom, por que geralmente quando você ta mesmo doente que não ta bêbado, no meu caso assim eles ajuda, até hoje não tive problema, só quando você ta alcoolizado mesmo que é complicado.”

“É foi muito bom, por que tem muitos que acredita por que é bêbado, e bêbado diz que, é poucas pessoas que dá valor assim.”

Desvalorizam-se principalmente quando a questão de saúde mental presente tem relação com álcool e/ou drogas, como se perdesse o direito a utilizar os equipamentos de saúde voltados a população geral. Por vezes são as condições de dependência e adições que levam as pessoas a viverem nas ruas, estando as duas condições reforçando uma a outra.

As questões de álcool e/ou drogas contribuem para o rompimento dos vínculos familiares, expondo o sujeito ainda mais as mesmas. Com o distanciamento da família ficam mais vulneráveis e suscetíveis aos transtornos mentais. No entanto o que se observa no discurso é que as pessoas na rua compreendem que o atendimento está condicionado a condição mental equilibrada.

Isso faz com que sua avaliação para decidir procurar o serviço esteja pautada na forma como ele e seus pares foram atendidos em ocasiões anteriores quando estavam sob efeito de álcool ou drogas. Acabam não procurando mais os serviços de saúde e sim os de Assistência Social, no caso de Dourados – MS, o Centro POP.

Considerações Finais

O estudo encontrou através da ótica da PSR de Dourados-MS que esbarram em dificuldades para acessar à saúde. Há falhas na dinâmica do sistema e a forma como a pessoa na rua compreende a saúde, o sistema e a si mesmo influencia no acesso.

Dentro do DSC foram encontrados como fatores dificultadores a burocracia do sistema, as condições da rua, imediatismo, discriminação, acessibilidade, organização da rede e seu fluxo, e sentimento de menos valia somado a condições de saúde mental.

O que influenciam estes fatores para que estejam com dificuldades ao acesso dizem respeito principalmente ao atendimento, onde não há acolhimento, e sim é onde se manifestam a falta de uma rede interagindo consistentemente através de referência e contra referência e planejamento desenvolvido em conjunto, a discriminação e a falta de preparo dos trabalhadores em saúde para atender a esta população em situação de vulnerabilidade.

A falta de conhecimento das características da PSR leva a avaliação equivocada da demanda, recusa do atendimento, a encaminhamentos errados, e ao reforçamento da condição estigmatizada desta população, levando-a não compreender os serviços como direitos e desistir desta estratégia visando garantir direitos e com isso agravando seu quadro.

Estes aspectos as representações encontradas concordam com outros estudos realizados em grandes centros urbanos. Enfatiza-se aqui, no entanto, dois aspectos importante. O fato da PSR encontrar uma maneira de tentar romper a barreira ao atendimento em saúde buscando a Assistência Social e o quanto esta dinâmica os faz se sentir desvalorizados ao ponto de crerem não possuir direito de acessar serviços que não são específicos a PSR.

A acessibilidade aos serviços é outro aspecto que mostra-se relevante. Devido as peculiaridades de sua condição, quaisquer entraves para chegar até os serviços tornam-se fortes impeditivos. Foi encontrado neste aspecto o desconhecimento da cidade, o fato de terem de se deslocar a pé mesmo estando com uma enfermidade, e a recusa do atendimento por parte dos serviços emergenciais devido avaliação equivocada de ser uma demanda de assistência social e não de saúde.

Já no âmbito individual ressalta-se o imediatismo da PSR no cuidado de saúde. Fica evidente uma ótica curativista por parte das pessoas na rua, crendo que um atendimento de qualidade significa medicalização. Esta crença pode estar associada a sua

própria condição na rua que não proporciona a construção de expectativas e exige ações rápidas todos os dias para a sua sobrevivência.

Outro ponto que colabora com esta visão é o próprio atendimento recebido. Como ele é estigmatizado e sofre discriminação dentro dos equipamentos de saúde, deseja sair o mais rápido possível.

Um ponto importante ressaltar é a ausência do Consultório na Rua em Dourados-MS, ou seja, a ausência de uma ferramenta específica para o atendimento em saúde da PSR torna-se um forte fator dificultador do acesso.

Assim é necessário o desenvolvimento dos trabalhadores através de ações educativas para atender demandas tão peculiares quanto a PSR, como também fortalecer as pessoas na rua para que compreendam melhor as condições de saúde, quais estratégias pode utilizar para enfrentá-las e seus direitos ante às políticas públicas. É importante criar mecanismos educacionais que levem as ferramentas e a normatização já existente tanto para os trabalhadores em saúde quanto para a PSR, de uma forma que se apropriem dos mesmos e possa gerar reais mudanças para garantir o acesso à saúde.

REFERÊNCIAS

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. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, p. 115-124, 2012.

ALCANTARA, Stefania Carneiro de; ABREU, Desirée Pereira de; FARIAS, Alessandra Araújo. Pessoas em situação de rua: das trajetórias de exclusão social aos processos emancipatórios de formação de consciência, identidade e sentimento de pertença. **Revista Colombiana de Psicología**, v. 24, n. 1, p. 129-143, 2015.

ASSIS, Marluce Maria Araujo et al. **Produção do cuidado no Programa Saúde da Família: olhares analísadores em diferentes cenários** [online]. Salvador: EDUFBA, 2010. 180 p. ISBN 978-85-232-0669-7.

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

Brasil. **Pesquisa Nacional sobre População em Situação de Rua**. Brasília, 2008.

BRASIL. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. **Orientações Técnicas: Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua – Centro POP.** Suas e População de Rua. Vol. 3. Brasília-DF: ed. Brasil LTDA, 2011.

_____. **Portaria no 122, de 25 de janeiro de 2012: define as diretrizes de organização e funcionamento das equipes de Consultório na Rua.** Diário Oficial da União 2012

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

BENTO, Fábio Régio. **Cidades de fronteira e integração sul-americana.** Paco Editorial, 2013.

BORYSOW, Igor da Costa; FURTADO, Juarez Pereira. Assistência Social e Saúde: acesso de pessoas em situação de rua aos serviços de saúde mental. In: **Congresso Brasileiro de Saúde Mental.** 2012.

BORYSOW, Igor da Costa; FURTADO, Juarez Pereira. Acesso, equidade e coesão social: avaliação de estratégias intersetoriais para a população em situação de rua. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 48, n. 6, p. 1069-1076, 2014.

BOTTI, Nadja Cristiane Lappmann et al. Avaliação da ocorrência de transtornos mentais comuns entre a população de rua de Belo Horizonte. **Barbaroi**, n. 33, p. 178-193, 2010.

CANÔNICO, Rhavana Pilz et al. Atendimento à população de rua em um Centro de Saúde Escola na cidade de São Paulo. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 41, n. SPE, p. 799-803, 2007.

CHAGAS, Herleis Maria de Almeida; VASCONCELLOS, Maria da Penha Costa. Quando a porta de entrada não resolve: análise das unidades de saúde da família no município de Rio Branco, Acre. **Saúde e Sociedade**, v. 22, n. 2, p. 377-388, 2013.

DARLING, Katharine Elizabeth Anna et al. Suboptimal access to primary healthcare among street-based sex workers in southwest Switzerland. **Postgraduate medical journal**, v. 89, n. 1053, p. 371-375, 2013.

ESCOREL, Sarah. **Vidas ao léu: trajetórias de exclusão social.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999.

FERRAZ, Flávio Carvalho. O louco de rua visto através da literatura. **Psicologia USP**, v. 11, n. 2, p. 117-152, 2000.

FONTANELLA, Bruno José Barcellos; RICAS, Janete; TURATO, Egberto Ribeiro. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cadernos de saúde pública**, v. 24, p. 17-27, 2008.

- GIOVANELLA, Ligia.; FLEURY, Sonia. Universalidade da Atenção à Saúde: acesso como categoria de análise. In: Eibenschutz C., organizadora. **Política de Saúde: o público e o privado**. Rio de Janeiro: Fiocruz, p.177-198, 1996.
- HALLAIS, Janaína Alves da Silveira; BARROS, Nelson Filice de. Consultório na Rua: visibilidades, invisibilidades e hipervisibilidade. **Cad. saúde pública**, v. 31, n. 7, p. 1497-1504, 2015.
- HILLESHEIM, Betina; BERNARDES, Anita Guazzelli. Território e nomadismo: a saúde em questão. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, v. 66, n. 3, p. 47-58, 2014.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Estimativas populacionais para os municípios e para as Unidades da Federação brasileiros em 01.07.2015. 2015**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2015/estimativa_dou.shtm> Acesso em: 12/07/2017
- JÚNIOR, Álvaro Francisco de Brito; JÚNIOR, Nazir Feres. A utilização da técnica da entrevista em trabalhos científicos. **Revista Evidência**, v. 7, n. 7, 2012.
- LEFÈVRE, Fernando.; LEFÈVRE, Ana Maria Cavalcanti. **Depoimentos e discursos uma proposta de análise em pesquisa social**. Brasília: Liberlivro, 2005.
- MAGALHÃES, Rosana; BODSTEIN, Regina. Avaliação de iniciativas e programas intersetoriais em saúde: desafios e aprendizados. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, p. 861-868, 2009.
- MOURA JR, James F.; XIMENES, Verônica M.; SARRIERA, Jorge C. Práticas de discriminação às pessoas em situação de rua: histórias de vergonha, de humilhação e de violência em Fortaleza, Brasil. **Revista de Psicologia**, v. 22, n. 2, p. ág. 18-28, 2013.
- MOURA JR, James Ferreira; XIMENES, Verônica Moraes. A identidade social estigmatizada de pobre: uma constituição opressora. **Fractal: Revista de Psicologia**, v. 28, n. 1, p. 76-83, 2016.
- PAIVA, Irismar Karla Sarmiento de et al. Direito à saúde da população em situação de rua: reflexões sobre a problemática. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 8, 2016.
- PARKER, Richard. Stigma, prejudice and discrimination in global public health. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, p. 164-169, 2012.
- ROSA, Anderson da Silva; CAVICCHIOLI, Maria Gabriela Secco; BRÊTAS, Ana Cristina Passarella. O processo saúde-doença-cuidado e a população em situação de rua. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 13, n. 4, p. 576-582, 2005.
- SANTANA, Carmen. Consultórios de rua ou na rua? Reflexões sobre Políticas de Abordagem à Saúde da População de Rua. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro-RJ30(8): 1798-1800 ago, 2014.

SANTANA, Carmen Lucia.Albuquerque; ROSA, Anderson da Silva orgs. **Saúde mental das pessoas em situação de rua: conceitos e práticas para profissionais da assistência social**. São Paulo: Epidaurus Medicina e Arte, 2016.

VARANDA, W.; ADORNO, R. C. F. Descartáveis Urbanos: Discutindo a Complexidade da População de Rua e o desafio para políticas de saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo-SP, v.13, n.i, p. 56-69, jan-abr, 2004.

6.2 Artigo 2 - Acesso aos Programas e Serviços de Saúde da População em Situação de Rua: Discurso de Menos Valia

ACESSO E BARREIRA QUE IMPEDEM A GARANTIA DOS DIREITOS EM SAÚDE DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA: DISCURSO DE MENOS VALIA

RESUMO

Na última década houve uma crescente visibilidade da população em situação de rua (PSR), obrigando o estado desenvolver diversas ações para atender sua demanda, incluindo a criação de órgãos específicos voltados a ela. É uma população extremamente vulnerável devido suas condições sociais, o que acaba por influenciar em seu acesso à saúde. Este trabalho tem por objetivo compreender como ocorre o acesso aos serviços de saúde pela população em situação de rua adulta de Dourados – MS. Para coleta de dados foi utilizado roteiro de entrevista com questões norteadoras abertas com os dados tabulados através do e Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) com bases na Teoria das Representações Sociais. Dentre os resultados apresenta-se como fator dificultador para o acesso o DSC denominado menos valia. Nota-se que a desvalorização sofrida pela PSR contribui para a menor procura dos serviços de saúde, pois o indivíduo não se vê no direito para usufruí-los devido sua condição que é inferiorizada e discriminada nos serviços e pela população em geral. Há despreparo dos trabalhadores em saúde para atender esta população. O sentimento de menos valia influencia no acesso a saúde reforçando a vulnerabilidade da PSR e corroborando com o movimento excludente dessas pessoas a seus direitos.

Palavras Chave: População em Situação de rua; Acesso; Vulnerabilidade

Abstract

In the last decade there has been a growing visibility of the phenomenon of the street population (PSR), obliging the state to develop several actions to meet its demand, including the creation of specific organs at it. It is a population extremely vulnerable due to its social conditions, which ends up influencing in its access to health. The objective of this study is to understand how access to health services occurs by Homeless persons of Dourados - MS. For data collection, an interview script with open guiding questions was used, and the data tabulation was the Collective Subject Discourse (DSC) based on Social Representation Theory. Among the results it is difficult to access the DSC referred to as underestimation. It is noted that the devaluation suffered by the PSR contributes to

the lower demand of the health services, since the individual does not see in the right to enjoy them due to their condition that is inferiorized and discriminated in the services and by the population in general. There is unprepared health workers to serve this population. The feeling of underestimation influences access to health by reinforcing the vulnerability of the RSP, and corroborating with the exclusion movement of these people to their rights. Keywords: Population in Street situation; Access; Vulnerability

Carlos Henrique Ribeiro da Silva, mestrando Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional em Ensino em Saúde da Universidade Estadual do Mato Grosso do Sul *carlosribeiro.psico@hotmail.com*; Cássia Barbosa Reis, Profa. Doutora, Curso de Enfermagem e Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional em Ensino em Saúde da Universidade Estadual do Mato Grosso do Sul

Introdução

As questões de saúde da população em situação de rua (PSR) são muito peculiares devido aos fatores que a influenciam advindos da condição social em que esta população se encontra, influenciando diretamente no acesso aos serviços de saúde. Tais fatores possuem origens diversas, desde a condição socioeconômica em si, passando pelo atendimento recebido e a representação que tem sobre o sistema de saúde e sobre si mesmo^(1,2,3,4).

A população em situação de rua caracteriza-se por pessoas com renda demasiadamente baixa ou nenhuma; que estão temporária ou permanentemente sem habitação se alocando em espaços públicos ou transitando por lugares de acolhimento, socialmente desprotegidos e com direitos violados^(2,5,6).

As pessoas em situação de rua encontram-se sem recursos econômicos, laborais, sociais, educacionais e de conhecimento para acessar as políticas sociais, programas e serviços oferecidos pelo Estado. Algumas peculiaridades levam-nas a enfrentar dificuldades de atendimento nas diversas políticas socioassistenciais, como a não permanência no mesmo território para serem referenciados aos programas e serviços, a ausência de documentação e acessibilidade⁽²⁾.

A complexidade da questão da população em situação rua evidenciada pela falta de vínculos sociais e familiares acaba transformando estes indivíduos em seres negados,

que sobrevivem não tendo espaço em suas vidas para a realização de atividades essenciais para o bem-estar como lazer, cultura, convívio social, religioso e trabalho^(1,4,7).

Esta população encontra-se em grande vulnerabilidade, expostas a condições de pobreza extrema, com vínculos familiares interrompidos, inexistência de moradia convencional regular, fome, condições precárias de higiene, situações de risco, estressoras e adições. Entende-se aqui conceito de vulnerabilidade segundo Ayres⁽⁸⁾, como sendo uma forma integral e ampla para avaliar a exposição ao adoecimento através da análise dos componentes pessoal, social e institucional, abrangendo aspectos biológicos, ambientais, culturais, socioeconômicos e subjetivos.

Historicamente a população em situação de rua permaneceu às margens do atendimento integral das diversas políticas públicas, partilhando apenas de ações assistencialistas praticadas anteriormente ao advento do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) e do Sistema Único de Saúde (SUS)^(1,9).

Quanto a política de assistência social, ela apresenta mecanismos para o atendimento específico a esta população com acuidade à sua condição. Na política de saúde, os serviços para esta população ainda não estão implantados apesar da política específica existente, e os serviços para a população em geral, no entanto não contemplam as especificidades da PSR. Os procedimentos e as exigências para o atendimento, na prática, são os mesmos empregados no restante da população, mesmo já existindo alguns instrumentos que tentam propor a equidade no atendimento^(10,11,12).

A relação da PSR com os serviços de saúde é, em grande parte, conflituosa e limitada, pela forma na qual são atendidos pelos trabalhadores em saúde que não compreendem as peculiaridades inerentes a esta situação. A falta de compreensão ocorre reciprocamente com a falta de organização para acomodar em seu funcionamento o atendimento e induz a avaliações equivocadas sobre a demanda da PSR naquele

momento, acabando por evidenciar a necessidade social em detrimento a necessidade em saúde^(10,13).

Porém a falta de compreensão não é o único impeditivo ao acesso da PSR a saúde. A discriminação e o preconceito são grandes entraves na relação com os serviços de saúde, influenciando no atendimento desde a chegada a rede. O sujeito é discriminado tanto pelos trabalhadores quanto por outros pacientes que partilham do mesmo espaço^(10, 14).

Neste contexto deve-se entender a discriminação como uma ação hostil responsiva do preconceito baseada em critérios distorcidos e injustificados sobre grupos sociais em vulnerabilidade provocando a distinção e iniquidades fronte a raça, cor, credo, cultura, condição de saúde mental entre outros. O preconceito compreende-se como conceituação proemial sobre valor de situação ou grupos sem fundamento lógico, sendo uma opinião depreciativa preconcebida com pouco ou sem conhecimento sobre raça, credo, gênero, sexualidade, condição social, transtornos mentais e outras⁽¹⁵⁾.

Esta situação paralelamente a falta de compreensão da PSR da rede de proteção social reforçam a construção e manutenção de uma identidade social estigmatizada atacando o ser em sua autoestima. Este desenho faz um movimento singular, onde a visão preconceituosa do sujeito na rua é assumida pelo mesmo provocando sentimento de culpa, bem como, sentimento de suma relevância na identificação como sujeito de direito, a menos valia⁽¹⁶⁾.

O sentimento de menos valia, sentir-se com um valor menor e não sentir-se pertencente ao grupo social dificulta o acesso dos usuários a saúde, fazendo-o afastar-se dos serviços. Diversos autores apresentam o sentimento de inferioridade em relação a outras pessoas como um processo de desvalorização, acarretando rebaixamento da autoestima e sentimento de não pertença tanto a grupos quanto ao mundo^(17,18,19,20).

Esse sentimento acaba por influenciar a forma que a PSR faz a construção de sua identidade e reconhecimento quanto sujeito de direito na forma na qual interage com o mundo⁽⁷⁾ inclusive com os serviços de saúde. Quando se sente desvalorizado em um atendimento de saúde, a pessoa em situação de rua de modo geral reage de duas formas: sentindo-se culpado e não procurando mais o sistema.

A menos valia interfere diretamente na vida social do sujeito, provocando enfraquecimento pessoal que o faz se sentir inapto ao convívio com os demais. Tenta-se assim, a altos custos, evitar os constrangimentos ante as pessoas por ser inferior, levando-os a negligenciar suas próprias necessidades⁽²¹⁾. Neste ponto a PSR deixa de procurar ajuda para suas demandas de saúde, pois, não creem estar aptos para usar o sistema. Tendo então, como forma para construir sua identidade e o sentido de valor através das interações sociais, há tentativa de evitá-las, principalmente em momento de fragilidade quando se procura o atendimento à saúde ante ao adoecimento. Adquiri assim contornos deterministas conformando-se com sua inferioridade^(16,18).

Assim o sentimento de menos valia impacta diretamente no acesso que a PSR tem aos programas e serviços de saúde. Quando esta população não percebe o direito que tem ao atendimento, quando a organização do sistema, a discriminação e o preconceito e a falta de compreensão provocam um sentimento de desvalorização e a afastam, está interferindo diretamente no acesso a saúde^(1,10,14,16).

O acesso a saúde deve acontecer de forma a proporcionar a inserção na rede de serviços como preconiza a política de saúde onde o atendimento deve ser orientado pela aceitação, o acolhimento, valorizar a demanda através da interação servidor e usuário^(13, 22), o que não ocorre com a PSR devido aos fatores anteriormente citados e outros que ainda há de se levantar.

Para compreender o atendimento em saúde à uma população tão complexa quanto a que vive na rua foi necessário utilizar um conceito que abrangente que influem na saúde da PSR. Portanto tomou-se o acesso a partir do conceito de Giovanella e Fleury ⁽²³⁾, que procuram observar o sujeito de forma integral e multidimensional. Traz a análise sobre o acesso a partir dos aspectos socioeconômicos (tanto do sistema quanto do usuário), técnico-administrativo, político, representações sociais sobre a saúde e controle social.

Apesar de já existirem movimentos lutando pelos direitos da PSR desde o surgimento do Movimento Nacional dos Meninos e Meninas de Rua nos anos 1980⁽²⁴⁾, apenas no final dos anos 2000 a normatização do plano para atendimento nas diversas políticas públicas foi implantada e implementada. Em 2009 foi instituída a Política Nacional para População em Situação de Rua proporcionando então medidas para além do caráter higienizador e assistencialista apregoado anteriormente sobre esta ^(2,6).

A política teve por base a Pesquisa Nacional Sobre população de Rua de 2008, a última grande pesquisa nacional voltada para a PSR. Os dados apontam que 80% são homens, 53% recebem 1/4 do salário mínimo; 70% exercem algum tipo de atividade remunerada e 74% são alfabetizados. Cerca de 70% dormem na rua com o restante alternam suas noites em albergues e outros lugares e 40% não tem vínculo algum com familiares⁽⁶⁾.

No entanto, através de uma estimativa realizada pelo IPEA em 2016 através dados colhidos através do Censo do Sistema Único de Assistência Social das pessoas atendidas por essa política, chega-se ao número de 122.890 pessoas em situação de rua. Faz-se ainda uma ressalva de que este número pode ser significativamente maior ⁽²⁵⁾.

Na cidade de Dourados-MS a porta de entrada para a rede intersetorial das diversas políticas públicas situa-se na política de assistência social através do Centro de Referência Especializado a População em Situação de rua – Centro POP, atendendo em média no

último triênio cerca de 900 usuários. Este número apresenta-se alto devido ao fato de ser uma cidade dentro da faixa de largura da fronteira⁽²⁶⁾, a mais desenvolvida próximo nesta faixa no Estado de Mato Grosso do Sul. É o segundo centro comercial do estado do Mato Grosso do Sul⁽²⁷⁾, com a presença de grande número de pessoas em trânsito.

Assim, esta pesquisa procurou compreender como ocorre o acesso à saúde da população em situação de rua, tendo como prisma as representações sociais dos próprios moradores sobre as características do uso dos serviços de saúde.

Método

O Centro POP de Dourados-MS configura-se como porta de entrada para a rede intersetorial de atendimento a população em situação de rua. É um serviço oferecido pelo Sistema Único de Assistência Social voltado exclusivamente as pessoas em situação de rua maiores de 18 anos, que tem o intuito de proporcionar caminhos para sua reinserção social⁽²⁸⁾.

A pesquisa teve um delineamento qualitativo com base em dados primários. A amostra foi composta por 13 usuários atendidos pelo Centro POP, definida por conveniência e limitada por saturação do discurso. Esta técnica permite encerrar a amostra a partir do momento em que as respostas passam a se repetir tendo assim esgotado as informações⁽²⁹⁾.

Critérios de inclusão: usuários do Centro POP, maiores de 18 anos atendidos no período de coleta de dados.

Critérios de exclusão: Indígenas e usuários que não estavam em condições de responder em detrimento de ausência de consciência por abuso de substâncias psicoativas no momento da coleta, como também por condições psiquiátricas que pudessem dificultar ou impedir a resposta ao instrumento de pesquisa.

A coleta de dados se deu por intermédio de um roteiro de pesquisa com questões abertas norteadoras. Desta forma buscou-se contemplar a subjetividade da questão e a infinidade de aspectos que são pertinentes a condição da população em situação de rua e seu relacionamento com o sistema de saúde.

O estilo aberto proporcionou a captação dos discursos flexíveis, espontâneos e personalizados dos sujeitos pesquisados ⁽³⁰⁾.

O referencial metodológico utilizado para tabulação dos dados foi o Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) concebido por Lefrève e Lefrève, com bases na Teoria das Representações Sociais, que possibilita através do discurso individual uma visão coletiva para compreender como ocorre o acesso da população em situação de rua a saúde. Habilita revelar o intento do discurso, captando assim a realidade apresentada pelo sujeito ⁽³¹⁾. Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul, sob o protocolo n° 1.805.195/2016.

Resultados e Discussões

Foram encontrados sete DSC denominados motivos e condições do viver na rua, a dificuldade no atendimento recebido e mecanismos burocráticos, imediatismo, discriminação, acessibilidade e, sentimento de menos valia. A análise sobre este último que se deterá maior atenção neste artigo, dado a influência que pode-se observar sobre, não somente o acesso, mas a saúde mental da pessoa em situação de rua.

DSC menos valia

“Ah a gente é tirado, por causa da sujeira, colocam mais outro na frente. Tem umas pessoas que te trata bem, e tem uma que não te trata, uns fala assim, por que é morador de rua não tem que da muito valor. Igual esses ai que tem casa já muda o

atendimento. Você como se diz assim, é bem, eu me sinto mal na verdade, por que uma pessoa que tem tudo, que pode trabalhar, eu me sinto mal, não me sinto bem, às vezes por não me senti bem de procurar, às vezes eu, que nem eu muitas vezes preferi ficar na rua, dormi na rodoviária, esperar. Fui tratada igual um lixo lá dentro da doçadada, eu cheguei la faquiada grávida, perdi meu neném, oiei me jogaram só numa cama lá, quando eu acordei tava igual um lixo lá fora, samu que me levou. É foi muito bom, por que tem muitos que acredita por que é bêbado, e bêbado diz que, é poucas pessoas que dá valor assim.”

Os indivíduos entrevistados relataram que não se sentem à vontade para procurar os serviços de saúde. Acreditam não ter direitos a utilizar os mesmos programas e serviços que as pessoas que possuem uma moradia. Nos estudos de Alcantara⁽⁴⁾, Moura Jr.⁽⁷⁾ e Escorel⁽³²⁾ foram encontrados resultados semelhantes, onde a PSR não sente-se pertencente a sociedade, considerando-se, após sucessivas experiências negativas, como uma espécie de cidadão de segunda classe.

O fato de estarem em situação de rua faz com que enfrentem resistência para serem atendidos, colaborando com uma crença de que realmente não possuem os mesmos direitos de cuidados de saúde, sendo submetidos ao final da fila. Acabam por não reconhecer que podem – e devem – ser atendidos em quaisquer serviços de saúde, conforme critério de classificação de risco ^(33,34).

As portas de entrada para o atendimento da rede publica intersetorial, quando não é caso de urgência e emergência, geralmente encontram-se na política de Assistência Social, como as casas de acolhimento, os Centro POP e Centro de Referencia Especializado da Assistência Social (CREAS). No âmbito da Saúde é de grande importância destacar o atendimento realizado pelos serviços dos Consultórios de Rua

também constituindo-se como primeiro acesso destas pessoas a rede ^(10,11,35), quando estão implantados. Em Dourados – MS o serviço do Consultório de Rua não existe.

Pode-se encontrar no discurso o quão a ideia de procurar os serviços de saúde é a última escolha, pois não sentem-se bem pela forma que são colocados e se colocam ao recorrer ao atendimento. Preferem então permanecer sem atendimento a serem feridos com a recusa ou um atendimento díspar das pessoas com moradia.

O discurso aponta ainda o quanto depreciados estão, se considerando inadequados perante aqueles a quem consideram cidadãos de direito. Acabam tomando como medida de valor o fato de ter moradia, trabalho e quaisquer tipos de recursos, reproduzindo o discurso hegemônico da pessoa com sucesso no modo de produção capitalista.

Fica evidente a forma como veem o atendimento recebido ao se compararem pejorativamente com um cachorro, assim como manifestam que notam os olhares de medo dos presentes - tanto trabalhadores quanto usuários -, pelo fato de estarem por vezes com roupas surradas, sujas, e sem realizar a higiene pessoal; são estigmatizadas e consideradas pessoas que tem intenções escusas como, por exempli, assaltar e furtar.

A forma como percebem sua condição de doença ultrapassa a questão sintomática e alcança o sentimento de pertença, ou seja, pertencer a um grupo social a ponto de usufruir os mesmos direitos e sua identidade social. Interfere a tal ponto que o discurso expõe a crença em uma resolução da doença por si mesma e pelo organismo, pois, esta seria a única forma que lhes resta. Deste modo os estados de saúde minimamente suportáveis não são motivos suficientes para tentar um atendimento voltado a “*esses ai que tem casa*”.

Enfrentar experiências negativas ante o atendimento dos serviços de saúde, sendo eles da atenção básica ou especial, é rotina para a PSR, devido ao modo como os

profissionais em saúde compreendem as condições desta população, em especial os casos com especificidades de saúde mental, como os de drogadição e alcoolismo ⁽³⁶⁾.

O sentimento de menos valia pode levar a sintomas depressivos, perda de identidade, sentimento de não pertença, corroborando com o uso de álcool e drogas para todas as pessoas, impactando mais ainda a população de rua que vive em condições desfavoráveis a saúde^(4,13,36).

Alguns estudos expõem que os transtornos mentais em grande parte dos casos estão correlacionados com as condições sociais ^(37,38,39), o que nos leva a compreender que devido as condições da PSR, os transtornos mentais tanto são resultados desta, como fator causal para a ida à rua⁽³⁶⁾.

Em pesquisas realizadas por Botti et al ^(39,40) na cidade de Belo Horizonte acerca da prevalência de transtornos mentais comuns, como o transtorno depressivo e os transtornos de ansiedade, identificaram 49,4% da população em situação de rua apresentam tais transtornos. A Classificação Internacional de Doenças (CID 10)⁽⁴¹⁾ aponta como – para transtornos de ansiedade e depressão – fortes sentimentos de desvalias e baixa autoestima. Somados a todas as situações precárias que estas pessoas vivenciam, estes quadros podem ser desencadeados por ela e pela perda desvalorização do sujeito.

Observa-se uma ideia de valor em comparação às pessoas que não se encontram na mesma condição. A PRS acaba resumida a condição alcoolista e não é considerada em sua integridade e as demais condições de saúde que possa apresentar, concordando assim com o estudo de Alcantara et al⁽⁴⁾ no qual pontua sobre o reducionismo para com os usuários que vivem na rua.

Percebe-se que o papel dos trabalhadores em saúde é de suma relevância para o acesso da PRS a saúde. Diversos estudos ^(1,2,3,4,7,10) apontam a cerca da ausência de competência dos trabalhadores em saúde para o atendimento a uma população tão

específica como a em situação de rua, e, que isto leva ao afastamento desta dos serviços de saúde, o que acaba enfatizando o sentimento sobre si mesmo de desvalorização e contribuindo para a marginalização ^(2,4,7,9).

A vulnerabilidade em que as pessoas em situação de rua se encontram acaba sendo reforçada nas relações com os serviços, de maneira direta e indireta, desde quando olhares de reprovação são dirigidos a essas pessoas até a dinâmica do próprio serviço que exige documentos os quais eles não possuem como, por exemplo, comprovante de residência.

Mantém-se assim o morador de rua dentro de um “prisma identitário estigmatizado” como aponta Moura Jr e Ximenes ^(2016 p.76), onde se é mantido o sujeito preso no papel subjugado impedindo a possibilidade do autoreconhecimento de sua integralidade quanto ser social e dinâmico.

Ainda em relação ao atendimento, o discurso mostra a falta de preparo dos profissionais de saúde a lidar com as condições especificamente de saúde mental, podendo então, negligenciar o atendimento destas pessoas. Borysow e Furtado⁽¹³⁾ apontam a relevância de desenvolver profissionais capacitados na rede intersetorial das diversas políticas públicas para atender o morador de rua que possui transtornos mentais, a fim de garantir o acesso aos serviços de saúde em todos os níveis.

O profissional dentro das políticas de proteção social, principalmente na saúde, deve estar preparado para o atendimento a grupos de extrema vulnerabilidade, como também, deve atribuir significado ao processo, o humanizando e reconhecendo a capacidade de mudança do sujeito como também o valor do atendimento adequado ⁽⁵⁾. Porém a questão é se realmente estão preparados.

As PSR citam as mesmas dificuldades em unidades de pronto atendimento. Faz-se refletir assim de que forma as condições nas quais se apresentam interferem nos critérios de classificação de risco. Os sujeitos entrevistados observam que suas queixas

são minimizadas, ou mesmo, menosprezadas devido a sua condição. Esta representação fica evidente quando apontam no discurso que outras pessoas passam em sua frente na fila de espera.

Isso acontece pela não compreensão por parte dos trabalhadores sobre as condições da vida na rua, evidenciando preconceitos e discriminando essas pessoas, as impedindo de acessar a saúde. Como aponta Borysow e Furtado⁽¹⁰⁾ é comum que a PSR seja redirecionada para os programas e serviços da Assistência Social para primeiramente ser atendidos em suas necessidades sociais, como documentação, asseio e vestuário. É neste momento que são negligenciadas suas necessidades em saúde, pois apresentar-se limpo parece estar prioritário em relação a permanecer vivo. Devido a tais situações estas pessoas se afastam do atendimento, agravando seu quadro e ficando totalmente excluídos das ações preventivas em saúde, com exceção de quadros contagiosos.

Varanda e Adorno⁽¹⁾ apontam que um caminho recorrente utilizado pela PSR para alcançar o atendimento em saúde é a política de Assistência Social, sendo intermediária entre o sujeito na rua e o serviço de saúde quando não há consultório de rua. Intermediária pois, a intersetorialidade é precária^(11,42). Desta forma o fluxo de rede é abandonado dificultando em muito o acesso a saúde.

Borysow e Furtado⁽¹³⁾ e Varanda e Adorno⁽¹⁾ advertem que geralmente quem identifica primeiramente o estado de saúde das pessoas que vivem na rua são os trabalhadores da assistência social, sendo eles propositivos para que se procure a saúde. Na amostra pesquisada percebe-se o mesmo, pois, são acolhidos e também utilizam o fluxo de forma equivocada, mantendo a assistência social como intermediário do acesso a saúde e não como provedor de direitos sociais.

A forma como a operacionalização da rede acontece reforça a quebra da identidade e o sentido de valor da PSR sobre elas mesmas. O sentimento de menos valia

é alimentado pelo prisma no qual são visualizadas, causando uma reação de rejeição ao sistema que as marginaliza. Esta dinâmica, segundo Mattos ⁽⁴³⁾ interfere na constituição da identidade destas pessoas. No DSC pode-se observar como foram construídas a sua autoimagem a partir da menos valia imposta pela sociedade e que isto contribui para que tenham dificuldade em acessar a saúde.

Considerações Finais

A população em situação de rua é envolta a diversos fatores que dificultam o acesso aos serviços de saúde. Dentre estes fatores o sentimento de menos valia se apresenta de forma impeditiva para o uso do sistema de saúde.

A forma como é construída sua identidade social, reforçada demasiadamente pelo atendimento recebido na saúde, é depreciativa, através dos preconceitos que sofrem, levando-os a assimilar uma pseudocondição de cidadão inferior, a sentir-se não sujeito de direito, portanto não pertencente à sociedade.

O discurso manifesto pelas pessoas entrevistadas evidenciam o quão sentem-se humilhados, depreciados pelas condições nas quais se apresentam. Tal fato faz com que as pessoas em situação de rua se afastem dos serviços de saúde e fiquem expostas as diversas vulnerabilidades que influem no processo saúde-doença. Para evitar o mal atendimento e o ataque a sua identidade quanto ser humano e cidadão de direito, preferem se manter na enfermidade aguardando que ela tenha uma resolução em si mesma. Acabam por tornarem-se imediatistas procurando apenas os serviços de urgência e emergência em ultima instância, a fim de receber um atendimento pontual, principalmente medicamentoso, para abrandar sua condição de saúde.

Observa-se no discurso que os profissionais em saúde dos diversos serviços se manifestam a partir do senso comum ao atendimento a esta população em situação de

vulnerabilidade tão peculiar, interferindo diretamente na qualidade do atendimento, no sentimento de menos valia, portanto, no acesso a saúde. A seriedade da questão se mostra no ponto onde a classificação de risco utilizada, quando no morador de rua, é influenciada pelas condições sociais em que este se apresenta.

Diante das dificuldades relativas a esta população este assunto não encontra-se esgotado e carece de maior discussão e pesquisa. No entanto pode-se ressaltar a importância de um atendimento qualificado, humanizado e sem discriminação a esta população, compreendendo as condições objetivas em que se encontram para poder de fato ser resolutivo e permitir que tenham o direito garantido em alcançar todos os serviços de saúde na perspectiva da integridade e equidade.

Referências

¹Varanda, W., & Adorno, R. D. C. . Descartáveis urbanos: discutindo a complexidade da população de rua e o desafio para políticas de saúde. *Saúde e sociedade* 2004, 13(1), 56-69.

²Aguiar, M. M.; Iriart, J.A.B. 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, 28(1):115-124, jan, 2012.

³Hillesheim, B.; Bernardes A. G. Território e nomadismo: a saúde em questão. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, Rio de Janeiro, 66 (3): 47-58, 2014.

⁴Alcantara, S. C.; Abreu, D. P.; Farias, A. A. Pessoas em situação de rua: das trajetórias de exclusão social aos processos emancipatórios de formação de consciência, identidade e sentimento de pertença. *Revista Colombiana de Psicología*, v. 24, n. 1, p. 129-143, 2015.

⁵Rosa, A. S., Cavicchioli, M. G. S., Brêtas, A. C. P. O Processo Saúde-Doença-Cuidado e a População em Situação de Rua. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, São Paulo-SP, 13(4): 576-582, jul-ago, 2005.

⁶Brasil. *Pesquisa Nacional sobre População em Situação de Rua*. Brasília, 2008.

- ⁷Moura Jr, J. F., Ximenes, V. M., & Sarriera, J. C. Práticas de discriminação às pessoas em situação de rua: histórias de vergonha, de humilhação e de violência em Fortaleza, Brasil. *Revista de Psicologia*, 2013, 22(2).
- ⁸Ayres, J. R. C. M., et al. Vulnerabilidade e prevenção em tempos de AIDS. In: Barbosa R, Parker R, organizadores. *Sexualidade pelo avesso: direitos, identidades e poder*. Rio de Janeiro: Relume Dumará; 1999. p. 50-71.
- ⁹Canônico, R. P., Tanaka, A. C. D. A., Mazza, M. M. P. R., Souza, M. D. F., Bernat, M. C., & Junqueira, L. X. Atendimento à população de rua em um Centro de Saúde Escola na cidade de São Paulo. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 2007, 41(SPE), 799-803.
- ¹⁰Borysow, I. C. & Furtado, J. P. Acesso, equidade e coesão social: avaliação de estratégias intersetoriais para a população em situação de rua. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 48(6), 1069-1076, 2014.
- ¹¹Santana, C. Consultórios de rua ou na rua? Reflexões sobre Políticas de Abordagem à Saúde da População de Rua. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro-RJ30(8): 1798-1800 ago, 2014.
- ¹²Brasil. *Decreto N° 7053 de 23 de Dezembro de 2009*. Brasília-DF, 2009.
- ¹³Borysow, I. C. & Furtado, J. P. Acesso e intersetorialidade: o acompanhamento de pessoas em situação de rua com transtorno mental grave. *Physis-Revista de Saúde Coletiva*, 2013 23(1).
- ¹⁴Massignam, F. M., Bastos, J. L. D., & Nedel, F. B. Discriminação e saúde: um problema de acesso. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 2015, 24(3), 541-544.
- ¹⁵Parker, R. Stigma, prejudice and discrimination in global public health. *Cadernos de Saúde Pública*, 2012 28(1), 164-169.
- ¹⁶Moura Jr, J. F., & Ximenes, V. M. A identidade social estigmatizada de pobre: uma constituição opressora. *Fractal: Revista de Psicologia*, 2016, 28(1), 76-83.
- ¹⁷Cukier, R. *Sobrevivência emocional: as dores da infância revividas no drama adulto*. São Paulo: Editora Agora; 1998.
- ¹⁸Branden, N., & Gouveia, R. *Auto-estima: como aprender a gostar de si mesmo*. São Paulo: Saraiva; 1995.
- ¹⁹Gobitta M.; Guzzo, R. S. L. Estudo inicial do inventário de auto-estima (SEI)–Forma A. *Psicologia: Reflexão e crítica*, 2002, 15(1), 143-150.

- ²⁰Felicissimo, F. B., Ferreira, G. C. L., Soares, R. G., Silveira, P. S. , & Ronzani, T. M.. Estigma internalizado e autoestima: uma revisão sistemática da literatura. *Psicologia: teoria e prática*, 2013, 15(1).
- ²¹Santos, M. D. F. *O sentimento de menos valia na constituição da neurose*. [monografia] Brasília: Centro Universitário de Brasília, 2006.
- ²²BRASIL. *O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios* / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. – 3. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2009
- ²³Giovanella, L.; Fleury, S. Universalidade da Atenção à Saúde: acesso como categoria de análise. In: Eibenschutz C., organizadora. *Política de Saúde: o público e o privado*. Rio de Janeiro: Fiocruz, p.177-198, 1996.
- ²⁴Rosa, E.M. & Tassara, E.T.O. A produção das infâncias e adolescências pelo direito. In JACÓ-VILELA, A.M., & SATO, L., orgs. *Diálogos em psicologia social* [online]. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2012. p. 269-284.
- ²⁵Natalino, M. A. C.. *Estimativa da população em situação de rua no Brasil*. BRASÍLIA: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2016.
- ²⁶Bento, F. R. *Cidades de fronteira e integração sul-americana*. Jundiaí-SP: Paco Editorial, 2013.
- ²⁷Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Estimativas populacionais para os municípios e para as Unidades da Federação brasileiros em 01.07.2015*. 2015. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2015/estimativa_dou.shtm> Acesso em: 12/07/2017
- ²⁸Brasil. *Orientações Técnicas: Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua – Centro POP*. Suas e População de Rua. Vol. 3. Brasília-DF: ed. Brasil LTDA, 2011.
- ²⁹Fontanella, B.J.B., Ricas, J. & Turato E.R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 24(1):17-27, jan, 2008.
- ³⁰Júnior, A.F.B. & Júnior, N.F. A utilização da técnica da entrevista em trabalhos científicos. *Evidência*, Araxá, v. 7, n. 7, p. 237-250, 2011.

³¹Lefèvre, F.; Lefèvre, A. M. C. *Depoimentos e discursos uma proposta de análise em pesquisa social*. Brasília: Liberlivro, 2005.

³²Escorel, S. *Vidas ao léu: trajetórias de exclusão social*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999.

³³Brasil.. *Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência*. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009.

³⁴Roncato, P. A. Z. B., Roxo, C. O., & Benites, D. F. Acolhimento com classificação de risco na estratégia de saúde da família. *Revista da AMRIGS*, 2012, 56(4), 308-313.

³⁵Silva, F. P., Frazão I. S., Linhares F.M.P. Práticas de Saúde das equipes dos Consultórios de Rua. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 30(4): 805-814, abr, 2014.

³⁶Santana, C.L.A., Rosa, A.S.R. orgs. *Saúde mental das pessoas em situação de rua: conceitos e práticas para profissionais da assistência social*. São Paulo: Epidaurus Medicina e Arte, 2016.

³⁷Ludemir, A.B., Melo Filho, D.A. Condições de vida e estrutura ocupacional associadas a transtornos mentais comuns. *Revista Saúde Pública*, 2002, v. 36, n. 2, p. 213-221.

³⁸Maragno, L., Goldbaum, M., Gianini, R. J., Novaes, H. M. D., & César, C. L. G. Prevalência de transtornos mentais comuns em populações atendidas pelo Programa Saúde da Família (QUALIS) no Município de São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública*, 2006, 22(8), 1639-48.

³⁹Botti, N. C. L., Castro, C. G., Silva, A. K., Silva, M. F., Oliveira, L. C., Oliveira, A. C. H., & Fonseca, L. L. K. Avaliação da ocorrência de transtornos mentais comuns entre a população de rua de Belo Horizonte. *Barbarói*, 2010, (33), 178.

⁴⁰Botti, N. C. L., Castro, C. D., Silva, M. D., Silva, A. K., Oliveira, L. D., Castro, A. C. H. O. A. D., & Fonseca, L. L. K. (2010). Prevalência de depressão entre homens adultos em situação de rua em Belo Horizonte. *J Bras Psiquiatr*, 2010, 59(1), 10-16.

⁴¹Organização Mundial da Saúde. *CID-10 Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde*. 10a rev. São Paulo: Universidade de São Paulo; 1997

⁴²Magalhães, R., & Bodstein, R. Avaliação de iniciativas e programas intersetoriais em saúde: desafios e aprendizados. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2009, 14(3).

⁴³Mattos, R. M., & Ferreira, R. F. Quem vocês pensam que (elas) são? Representações sobre as pessoas em situação de rua. *Psicologia & Sociedade*, 2004, 16(2), 47-58.

6.3 Artigo 3 - População em situação de rua e acesso em saúde: o discurso de imediatismo

POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA E ACESSO EM SAÚDE: O DISCURSO DE IMEDIATISMO

RESUMO

A população em situação de rua tem crescido no Brasil devido as diversas condições socioeconômicas. Ainda assim permanecem marginalizados mantendo-se em condições extremamente vulneráveis. Sua visão sobre a saúde e os cuidados em saúde vão sendo influenciados por suas condições. Este artigo tem por objetivo discutir uma das representações sociais encontradas na pesquisa do trabalho “Acesso aos Programas e Serviços de Saúde da População em Situação de Rua: Criação de um Produto Educativo em Saúde no Município de Dourados – MS”. Para coleta de dados foi utilizado roteiro de entrevista com questões norteadoras abertas com os dados tabulados através do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) com bases na Teoria das Representações Sociais. Dentro dos 7 DSCs encontrados, o discurso denominado Imediatismo foi evidenciado como dificultador do acesso. Suas práticas de saúde são condicionadas, entre outras situações, pela visão curativista que possuem do cuidado em saúde sendo reforçada pela oferta escassa de serviços e programas de saúde que contemplem sua demanda. Associado a isso percebe-se a influência do atendimento recebido que por vezes é acompanhado de preconceito e discriminação. A tendência então é que busquem as ferramentas que acreditam serem mais rápidas para sua situação. Palavras Chave: População em Situação de rua; Acesso; Imediatismo

Carlos Henrique Ribeiro da Silva, mestrando Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional em Ensino em Saúde da Universidade Estadual do Mato Grosso do Sul carlosribeiro.psico@hotmail.com; Cássia Barbosa Reis, Profa. Doutora, Curso de Enfermagem e Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional em Ensino em Saúde da Universidade Estadual do Mato Grosso do Sul

Introdução

O acesso aos serviços públicos de saúde mostra-se limitado para populações vulneráveis, mesmo hoje, existindo maior preocupação com os cuidados de saúde voltados a este público. Neste contexto a População em Situação de Rua (PSR) permanece carente de um atendimento em saúde que ampare suas especificidades (AGUIAR e IRIART, 2012; BORYSOW, CONILL e FURTADO, 2017).

Diversas são as circunstâncias que podem gerar dificuldades para a PSR conseguir atendimento em saúde como ausência de documentação, o trânsito dentro da cidade e

entre cidades, péssimas condições sociais, condições financeiras, baixa escolaridade e saúde mental (AGUIAR e IRIART, 2012; ESCOREL, 1999; SANTANA e ROSA, 2016).

A PSR caracteriza-se por fazer da rua sua moradia de forma permanente ou temporária, o trânsito entre espaços de acolhimento, tendo renda extremamente baixa e em grande fragilidade (ROSA, CAVICCHIOLI e BRÊTAS, 2005; BRASIL, 2008).

Dada tais características tem-se uma população que necessita da proteção do Estado através das diversas políticas públicas, tendo a saúde papel central, não só no que diz respeito ao processo de saúde-doença, mas, para se enfrentar a dinâmica de menos direitos nas quais estas pessoas vivem (PAIVA et al, 2016).

Seus direitos são garantidos pela Política Nacional para População em Situação de Rua, onde estão apontados os papéis da saúde quanto política de saúde e a necessidade do trabalho intersetorial e entre as 3 esferas de governo (BRASIL, 2009). A construção da política voltada especificamente para a PSR visando romper as barreiras de acesso desta aos serviços públicos

Segundo Aguiar e Iriart (2012) o atendimento adequado a PSR é um importante desafio devido à complexidade deste público, e que o Sistema Único de Saúde (SUS), em vias gerais não está preparado para atender esta população extremamente vulnerável. O acesso a saúde então encontra-se prejudicado e por vezes não bem compreendido, confundindo-se com as necessidades sociais destas pessoas (BORYSOW e FURTADO, 2014).

Diversos estudos demonstram as dificuldades da PSR em acessar os serviços de saúde por fatores causais multifatoriais, tendo como destaques o preconceito e a falta de preparo dos profissionais em saúde para atender grupos sociais fragilizados (BORYSOW e FURTADO, 2013; 2014; MASSIGNAM, BASTOS e NEDEL, 2015 AGUIAR e IRIART, 2012; SANTAN, 2014; SILVA, CRUZ e VARGAS, 2015; PAIVA et al, 2016; MOURA JR, XIMENES e SARRIERA, 2013; ALCANTARA, ABREU e FARIS, 2015).

Existem ferramentas que contribuem com o acesso da PSR à saúde como o Consultório na Rua e o Manual sobre o Cuidado à saúde junto à população em situação de rua (BRASIL, 2012).

O Consultório na Rua é integrado a rede de atenção básica e busca levar atendimento de forma itinerante voltado a promoção de saúde através de ações psicossociais (HALLAIS e BARROS, 2015), enquanto o Manual Sobre o Cuidado à Saúde junto à população em situação de rua está voltado ao conhecimento das características dessa população e orientador do atendimento nos diversos programas e

serviços de saúde (BRASIL, 2012b). Este último é uma tentativa de utilizar-se da educação em saúde para contribuir com o acesso e a construção mútua entre trabalhadores em saúde e PSR dos significados de práticas em saúde.

A forma como a PSR compreende os processos de saúde e doença também pode interferir em como se relacionam com os serviços de saúde, portanto em seu acesso. Devido as condições precárias de autocuidado e higiene e o fato de passarem muito tempo sendo negados ante as políticas públicas ainda há entre as pessoas na rua uma concepção de saúde distante da ótica de prevenção e promoção em saúde, assim como em populações em situação de pobreza (AGUIAR e IRIART, 2012; ESCOREL, 1999; TEIXEIRA e FONSECA, 2015).

A visão de uma saúde curativista e assistencial baseada na medicalização ainda permeia a percepção da PSR, sendo um dos fatores que os fazem procurar com maior frequência os serviços de pronto atendimento em detrimento da atenção básica. É importante ressaltar que existem outros fatores também com grande relevância para este padrão ser mantido que tem relação com as competências dos profissionais de saúde e forma de organização dos serviços (AGUIAR e IRIART, 2012; BORYSOW e FURTADO, 2013).

Esta percepção da PSR sobre a saúde juntamente com o atendimento dos serviços e as condições na rua, os levam a buscar atendimentos pontuais reduzindo a visão dos cuidados em saúde a uma ótica curativista e circunstancial. Isso leva a reforçarem o imediatismo como característica, acabando por simplificar o processo de saúde que em realidade é demasiado complexo. A saúde neste ponto não consideraria passado ou futuro, somente o agora.

Deste modo o objetivo deste artigo que está ancorado nos resultados da pesquisa “acesso aos serviços de saúde a população em situação de rua da cidade de Dourados-MS” do Programa de Pós-graduação Stricto Sensu Ensino em Saúde, Mestrado Profissional (PPGES), da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul (UEMS), foi compreender os fatores que influenciavam no acesso a saúde, tendo como destaque a concepção imediatista sobre a saúde da PSR.

Método

O local onde foi desenvolvido a pesquisa foi Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua (Centro POP) de Dourados-MS configura-se como porta de entrada para a rede intersetorial de atendimento à população em situação de rua.

É um serviço oferecido pelo Sistema Único de Assistência Social voltado exclusivamente as pessoas em situação de rua maiores de 18 anos, que tem o intuito de proporcionar caminhos para sua reinserção social (BRASIL, 2011).

Esta pesquisa qualitativa teve amostra definida por conveniência composta por 13 usuários atendidos pelo Centro POP, 12 homens e 1 mulher, tendo entre 18 à 49 anos, definida por conveniência e limitada por saturação do discurso, permitindo encerrar a amostra a partir do momento em que as respostas passam a se repetir esgotando as informações (FONTANELLA, RICAS e TURATO, 2008).

Critérios de inclusão: usuários do Centro POP, maiores de 18 anos atendidos no período de coleta de dados.

Critérios de exclusão: Indígenas e usuários que não estavam em condições de responder em detrimento de ausência de consciência por abuso de substâncias psicoativas no momento da coleta, como também por condições psiquiátricas que pudessem dificultar ou impedir a resposta ao instrumento de pesquisa.

A coleta de dados se deu por intermédio de um roteiro de pesquisa com questões abertas norteadoras. Desta forma buscou-se contemplar a subjetividade da questão e a múltiplos de aspectos que são pertinentes a condição da população em situação de rua e seu relacionamento com o sistema de saúde.

O referencial metodológico utilizado para tabulação dos dados foi o Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) concebido por Lefrève e Lefrève (2005) com bases na Teoria das Representações Sociais, que possibilitou obter visão coletiva para compreender como ocorre o acesso da PSR aos programas e serviços de saúde. Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul, sob o protocolo n° 1.805.195/2016.

Resultados e Discussões

A forma como a PSR observa o processo saúde/doença tem especificidades advindas dos processos sócio-históricos afetando assim as ações assumidas para lidar com as enfermidades. A visão biologicista de ser saudável se destaca nesta dinâmica. Desconsidera-se por vezes a interação entre as necessidades sociais e psicológicas que possuem com o seu adoecimento.

Isso faz com que quando avaliem a necessidade de procurar ajuda, eleve o limiar de dor e sofrimento necessário para ir até um serviço de saúde. Tem-se a compreensão

então que devesse ter gravidade o adoecimento para tentar atendimento. Este retardo à procura de atendimento leva a centralizar a demanda para os serviços de urgência e emergência como as Unidade de Pronto Atendimento (UPA) e hospitais.

“Ah eu espero passar, uma hora vai passar, alguma coisa mais complicada, tipo uma dor de estomago, uma dor nas costa, uma dor de cabeça, dor de dente coisa que você não vai procurar, então você espera passar por conta, uma hora vai passar”

Outra causa para o adiamento do atendimento tem relação com a própria atenção recebida nos equipamentos de saúde, onde encontraram trabalhadores que desconhecem as características da PSR, como avaliar a demanda e quais procedimentos deve tomar no atendimento. É neste momento em que a estigmatização sofrida é salientada através de ações como na recepção ser tratado de forma diferente as demais pessoas, na classificação de risco ser classificado para ser atendido por último, e a priorização das questões sociais em detrimentos das de saúde.

“Ah a gente é tirado, por causa da sujeira, colocam mais outro na frente. Tem umas pessoas que te trata bem, e tem uma que não te trata, uns fala assim, por que é morador de rua não tem que da muito valor. Igual esses ai que tem casa já muda o atendimento.”

Estando em um ambiente de constante violência, exposição ambientes e condições climáticas extremas, alto risco de adoecimento, além do uso de álcool e drogas (BRASIL, 2012) encontram-se sem a proteção de seus vínculos familiares, o que leva por vezes a não exigirem seus direitos, ou mesmo a não saber como proceder para tal.

Encontram-se vulneráveis desde a forma que se apresentam ao requerer atendimento. A PSR possui características manifestas no corpo e na forma de vestir-se devido as condições na rua, frequentemente estando sujos, com mal cheiro, roupas velhas, pouca ou nenhuma higiene e ausência de documentos (GRAEFF, 2012). São os primeiros resultados do viver na rua e suas escolhas.

Apresentando-se assim, são rotulados e as ações no atendimento passam a ser equivocadas e discriminatórias. Isso faz com que evidenciem, entre outras coisas, a demora e resistência no atendimento estando em dualidade, necessitando do atendimento e desejando sair dali o quanto antes.

“A gente chega lá falta tira a gente igual cachorro ééé bota pra fora desse jeito chega desse jeito nós da rua, rapaz do céu te joga pá escanteio e deixa lá mais fácil deixar você morto lá, altos hospital por isso não vou em hospital você fica ali o povo olha pro céu achando que é assaltante que tá roubando alguém, ninguém te ajuda, tudo com medo, nem te atende.”

O volume da demanda aos serviços de urgência e emergência é enorme, e acabam enfrentando dificuldades no atendimento a um público tão diverso. A PSR, assim como o restante da sociedade, utiliza a rede de saúde de acordo com sua necessidade e toma decisões sobre saúde de acordo com suas vivências (GOMIDE, PINTO e FIGUEIREDO, 2012), e percebe-se nas representações que os serviços emergenciais são preferidos por eles.

Repetem durante todo o DSC sobre atendimento a ideia de hospital. Pelas condições em que vivem e pela falta de acolhimento do Estado, o atendimento mais comum a PSR ocorre em serviços de urgência e emergência, tornando este serviço a porta de entrada na rede de saúde. Isso faz com que, uma vez atendido, a pessoa na rua volte a procurar este meio.

São vários os fatores que corroboram para esta situação. A ideia da dificuldade em receber atendimento em todos os níveis de atenção à saúde, o preconceito, associados a crença da necessidade de um atendimento imediato são as situações percebidas nos discursos.

Nota-se que atenção básica não é considerada pela PSR como uma possibilidade de atendimento, como também não é a porta de entrada para a rede. A atenção básica não está apta para receber tal demanda que exige flexibilidade e compreensão de toda a complexidade desta população, com exceção do Consultório na Rua (BORYSOW e FURTADO, 2013).

Uma das dificuldades mais relevantes levantada é em lidar com a necessidade imediata de cura pela a PSR. Se vê no discurso a representação do cuidado em saúde através de um atendimento pontual pela ótica da medicalização. Uma das causas para a manutenção desta visão é o fato de estarem constantemente lutando para suprir as necessidades básicas, portanto sempre em situações de urgência. Isso faz com que se afastem da proposta preventiva da atenção básica.

Um grande limitador nesse contexto é a estigmatização que a PSR sofre. Tidos como um perigo, associados a criminalidade, sofrem uma desvalorização em relação ao

restante da sociedade. Na atenção básica, que possui um caráter territorializado, há a recusa do atendimento daqueles que não são de seu território e os afastam das unidades básicas de saúde.

A representação que possuem é que ter casa faz a diferença ao atendimento recebido em saúde, como também há diferença aos que possuem documentação, aumentando o fato de serem socialmente invisíveis. A tendência é que procurem serviços menos burocráticos tentando se igualar ao restante da população e receber atendimento, indo então até a atenção especial, ou com grande frequência não procurando atendimento.

Nos estudos de Rosa, Cavicchioli e Brêtas (2006) e Bezerra (et al, 2015) também são encontrados resultados que ressaltam a preferência da PSR pela procura a atenção especial. Quase 10 anos separam os estudos, e mesmo com o advento do Consultório na Rua, e a situação permanece a mesma. Pregando a promoção em saúde com ações longitudinais tem-se uma tentativa de romper a visão hospitalocêntrica da PSR, que a leva ao imediatismo no atendimento. Este fator pode ter grande relevância para que as pessoas na rua continuem procurando os serviços de pronto atendimento.

As representações sobre o atendimento pautam a avaliação do mesmo em seu caráter curativo, além do preconceito sofrido levando a marginalização.

“As vezes eu tava com dor e eles, não sei se isso é o trabalho deles, mas, eles não me atendeu como o serviço deles trabalho deles que devia ser feito. Situação precária hein, precária, precária, parecia um lixo lá dentro.”

Esta é a representação que a PSR tem do atendimento, que será difícil, que serão mal atendidos, que sofrem preconceito e que tem menos direitos do que as pessoas que tem casa, influenciando diretamente na forma como veem e como reagem a sua saúde. Pela dificuldade que possuem para acessar a saúde, quando avaliando suas prioridades, sua condição de saúde decai em novo posicionamento.

As necessidades imediatas encontram contraste com a dificuldade de interagir com ações de saúde básica. Isso reforça a crença de que eles precisam procurar os serviços da atenção especial, mesmo com demandas para a básica.

“É só isso aí. É quando não tinha mais solução eu tinha que caçá o postinho, ai tinha vez que falava ah, isso aí vai passá, ai tomava um remédio lá não passava ai tinha que ir atrás do postinho.”

Remete-se então ao atendimento recebido pela PSR na atenção primária, que teria a premissa de porta de entrada para o sistema de saúde, mas, acaba concentrando-se apenas ao Consultório na Rua. Há então falta de clareza nas competências dos serviços em relação a PSR. Isso faz com que estas pessoas também não compreendam os papéis dos equipamentos de saúde e as responsabilidades aos cuidados de saúde, assim com aponta a pesquisa de Tilio e Oliveira (2016) onde os entrevistados se dividiram sobre a quem pertence a responsabilidade sobre os cuidados de saúde da PSR.

Esta falta de compreensão por parte do serviço reforça o afastamento do atendimento à saúde, e a uma relação precária com os cuidados de saúde, que passam a se confundir cada vez mais com as necessidades sociais (TILIO e OLIVEIRA, 2016) que, por mais intrínseca que seja a relação dos determinantes sociais com as condições de saúde, o trabalho deve ser contemplar as duas esferas.

“É eu, problema é mais dor de cabeça que eu sinto, ai eu compro um remédio pra dor de cabeça. Se fica mais preocupado então o problema mais é a cabeça. Então não tenho problema de saúde”

Quando na ausência de um responsável pelos processos de saúde, percebe - se nos discursos que a PSR a assume para si e busca as estratégias que possam fazer atenuar sua dor.

Nesta ação, conforme aponta o discurso, inclusive ao sujeito pode desconsiderar sua condição de saúde, negando o adoecimento como forma de regular o sofrimento, convivendo assim com estencomo parte irremediável de seu contexto.

De acordo com Tilio e Oliveira (2016) procuram os serviços da atenção especial ante o agravo de suas condições, como também recorrem ao uso de drogas, álcool e auto medicação para enfrentar a dor e o sofrimento, o que se repete na representação dos entrevistados.

A forma como as diferentes esferas sociais interagem com a saúde e o atendimento em saúde é influenciado pelas características das mesmas e suas demandas (BACELLAR, ROCHA e FLOR, 2012). A condição na rua provoca uma representação diferente de imediatismo, não voltada a construção e desconstrução constante de conceitos e crenças.

Diferentemente do imediatismo da modernidade líquida (BAUMAN, 2007) de nossa sociedade hoje, cada vez mais volátil, essa característica na PSR emerge como

forma de lidar com as inconsistências práticas dos mecanismos de proteção oferecidos pelo Estado.

O discurso que destaca a representação dos 13 sujeitos entrevistados mostra que tendem a não encontrarem espaços nos serviços de saúde que ofereçam escuta realmente qualificada e, ao contrário, se deparam com espaços de discriminação e rejeição, fazendo com que procurem serviços que atendam minimamente sua demanda no tempo mais curto possível.

Por fim, a conjunção da busca de estratégias para enfrentamento de sua condição de saúde em congruência com a representação de uma saúde curativista faz emergir o caráter imediatista atribuído a noção de ação em saúde, reforçado imensamente pelas condições insalubres de saúde na rua.

Considerações finais

A partir das representações presentes no DSC ressalta-se as necessidades vividas pela PSR e como de modo recíproco com a escassa oferta de serviços equinames se constrói o sentido de saúde para esta população.

Suas práticas de saúde são condicionadas, entre outras situações, pela visão curativista que possuem do cuidado em saúde sendo reforçada pela oferta escassa de serviços e programas de saúde que contemplem suas demandas. Associado a isso percebe-se a influência do atendimento recebido que por vezes é acompanhado de preconceito e discriminação.

O DSC aponta que tais fatores contribuem de forma relevante para uma necessidade imediatista dos cuidados de saúde como estratégia para enfrentar os impeditivos ao acesso a saúde. Esta noção de necessidade de um cuidado em saúde que provoque efeito imediato tem consonância com as necessidades sociais sempre emergenciais da PSR.

Esta perspectiva afasta esta população de práticas de promoção de saúde e dos serviços da atenção básica. O Consultório na Rua é o serviço que se destaca no atendimento a PSR, porém, sendo ausente em diversas cidades. Paralelo a este afastamento, a noção imediatista do cuidado em saúde leva o sujeito na rua a procurar a atenção especial para atendimentos pontuais mesmo que suas demandas sejam voltadas a atenção básica.

Ressalta-se a forte tendência a permanecer o mínimo possível nos equipamentos de saúde para evitar constrangimentos e a frustração do não atendimento a sua demanda. Somado a isto, as dificuldades do acesso aos serviços devido ao preconceito, falta de documentos e falta de conhecimento das prerrogativas do serviço fazem com que a PSR procure estratégias para abrandar sua dor e sofrimento, como a automedicação, o uso de drogas e álcool.

A tendência então é que busquem as ferramentas que acreditam serem mais rápidas para sua situação, procurando então os equipamentos de saúde somente ante o agravo de sua condição de saúde, buscando majoritariamente os serviços de urgência e emergência.

Assim o imediatismo relacionado a saúde da PSR apresenta-se como uma questão multifatorial que acaba por influenciar não somente nas suas práticas de saúde, mas no acesso a saúde. A representação que possuem sobre os cuidados em saúde levam então a se colocarem na seguinte situação: ou existe uma ação resolutiva imediata ou não há a busca pelo atendimento.

Uma ferramenta importante para o enfrentamento desta situação é a educação em saúde tanto voltada para a PSR quanto para os trabalhadores em saúde. Conhecer as responsabilidades dos diversos serviços de saúde, a importância da promoção de saúde, a legislação que ampara o atendimento diferenciado para as pessoas na rua é de grande valia para o enfrentamento da dificuldade de acesso e a visão imediatista do cuidado em saúde, proporcionando assim a inserção no sistema e uma ordenação de fluxo coerente na caminhada dentro do mesmo.

Outra ferramenta que pode ter grande impacto nesta dinâmica é o Consultório na Rua. Este equipamento voltado especificamente a PSR e vinculado a atenção básica pode corroborar com a mudança de conceito do cuidado em saúde.

Observar a visão da PSR sobre seu acesso a saúde e qual a representação que fazem da saúde contribui para compreender sua relação com os serviços de saúde e identificar as dificuldades que possuem para acessá-los. A dinâmica na qual o sistema interage com a população de rua provoca que os mesmos interajam com o sistema de modo peculiar, os afastando e agravando seu estado de risco e vulnerabilidade.

Portanto é de fundamental importância a participação dos programas e serviços de saúde na construção das práticas em saúde da PSR, na atenção integral, promoção, prevenção e atendimento considerando as necessidades específicas e, portanto, a equidade.

Referências

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. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, p. 115-124, 2012.

ALCANTARA, Stefania Carneiro de; ABREU, Desirée Pereira de; FARIAS, Alessandra Araújo. Pessoas em situação de rua: das trajetórias de exclusão social aos processos emancipatórios de formação de consciência, identidade e sentimento de pertença. **Revista Colombiana de Psicología**, v. 24, n. 1, p. 129-143, 2015.

BACELLAR, Anita; ROCHA, Joana Simielli Xavier; FLÔR, Maira de Souza. Abordagem centrada na pessoa e políticas públicas de saúde brasileiras do século XXI: uma aproximação possível. **Revista do NUFEN**, v. 4, n. 1, p. 127-140, 2012.

BAUMAN, Z. **Tempos líquidos**. Zahar, 2007.

BEZERRA, Waldez Cavalcante et al. O cotidiano de pessoas em situação de rua: rupturas, sociabilidades, desejos e possibilidades de intervenção da Terapia Ocupacional. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, v. 23, n. 2, 2015.

BORYSOW, Igor da Costa; CONILL, Eleonor Minho; FURTADO, Juarez Pereira. Atenção à saúde de pessoas em situação de rua: estudo comparado de unidades móveis em Portugal, Estados Unidos e Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, p. 879-890, 2017.

BORYSOW, Igor da Costa; FURTADO, Juarez Pereira. Acesso, equidade e coesão social: avaliação de estratégias intersetoriais para a população em situação de rua. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 48, n. 6, p. 1069-1076, 2014.

BORYSOW, Igor da Costa; FURTADO, Juarez Pereira. Acesso e intersetorialidade: o acompanhamento de pessoas em situação de rua com transtorno mental grave. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 23, p. 33-50, 2013.

BRASIL. **Pesquisa Nacional sobre População em Situação de Rua**. Brasília, 2008.

_____. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. **Orientações Técnicas: Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua – Centro POP**. Suas e População de Rua. Vol. 3. Brasília-DF: ed. Brasil LTDA, 2011.

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

_____. **Portaria no 122, de 25 de janeiro de 2012: define as diretrizes de organização e funcionamento das equipes de Consultório na Rua.** Diário Oficial da União, 2012b.

ESCOREL, S. **Vidas ao léu: trajetórias de exclusão social.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999.

FONTANELLA, Bruno José Barcellos; RICAS, Janete; TURATO, Egberto Ribeiro. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cadernos de saúde pública**, v. 24, p. 17-27, 2008.

GOMIDE, Mariana Figueiredo Souza; PINTO, Ione Carvalho; FIGUEIREDO, Luana Alves de. Acessibilidade e demanda em uma Unidade de Pronto Atendimento: perspectiva do usuário. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 25, n. 2, 2012.

GRAEFF, Lucas. Corpos precários, desrespeito e autoestima: o caso de moradores de rua de Paris-FR. **Psicologia USP**, v. 23, n. 4, p. 757-775, 2012.

HALLAIS, Janaína Alves da Silveira; BARROS, Nelson Filice de. Consultório na Rua: visibilidades, invisibilidades e hipervisibilidade. **Cad. saúde pública**, v. 31, n. 7, p. 1497-1504, 2015.

JÚNIOR, Álvaro Francisco de Brito; JÚNIOR, Nazir Feres. A utilização da técnica da entrevista em trabalhos científicos. **Revista Evidência**, v. 7, n. 7, 2012.

LEFÈVRE, Fernando.; LEFÈVRE, Ana Maria Cavalcanti. **Depoimentos e discursos uma proposta de análise em pesquisa social.** Brasília: Liberlivro, 2005.

MASSIGNAM, Fernando Mendes; BASTOS, João Luiz Dornelles; NEDEL, Fúlvio Borges. Discriminação e saúde: um problema de acesso. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 24, p. 541-544, 2015.

MOURA JR, James F.; XIMENES, Verônica M.; SARRIERA, Jorge C. Práticas de discriminação às pessoas em situação de rua: histórias de vergonha, de humilhação e de violência em Fortaleza, Brasil. **Revista de Psicologia**, v. 22, n. 2, p. 18-28, 2013.

PAIVA, Irismar Karla Sarmiento de et al. Direito à saúde da população em situação de rua: reflexões sobre a problemática. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 8, 2016.

ROSA, Anderson da Silva; CAVICCHIOLI, Maria Gabriela Secco; BRÊTAS, Ana Cristina Passarella. O processo saúde-doença-cuidado e a população em situação de rua. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 13, n. 4, p. 576-582, 2005.

ROSA, Anderson da Silva; CAVICCHIOLI, Maria Gabriela Secco; BRÊTAS, Ana Cristina Passarella. O cuidado em situação de rua: revendo o significado do processo saúde-doença. **Revista Brasileira de Enfermagem**, 2006.

SANTANA, Carmen. Consultórios de rua ou na rua? Reflexões sobre Políticas de Abordagem à Saúde da População de Rua. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro-RJ30(8): 1798-1800 ago, 2014.

SANTANA, Carmen Lucia.Albuquerque; ROSA, Anderson da Silva orgs. **Saúde mental das pessoas em situação de rua: conceitos e práticas para profissionais da assistência social**. São Paulo: Epidaurus Medicina e Arte, 2016.

TEIXEIRA, Mirna; FONSECA, Zilma. Saberes e Práticas na Atenção Primária à Saúde: Cuidado à população em situação de rua e Usuários de Álcool, crack e outras drogas. In: **Saberes e práticas na atenção primária à saúde: cuidado à população em situação de rua e usuários de álcool, crack e outras drogas**. 2015.

TILIO, Rafael.; OLIVEIRA, Juliana. Cuidados e Atenção em Saúde da População em Situação de Rua. **Psicologia em Estudo**, v. 21, n. 1, 2016.

7 RESULTADOS DO PRODUTO TÉCNICO

O enredo da HQ foi embasado nas representações sociais de seis dos sete DSC encontrados na pesquisa voltados para o acesso da PSR a saúde. São eles: desconhecimento do fluxo da rede de atendimento, a dificuldade no atendimento recebido e mecanismos burocráticos, um forte sentimento de imediatismo, sentimento de menos valia, preconceito e acessibilidade.

Construídas em formato de tirinhas, são seis histórias que contemplam as características do acesso à saúde concebidas pela amostra. Sua concepção determina sua relação com os órgãos de saúde, os cuidados em saúde e a procura pelo atendimento. Portanto as histórias foram criadas em um diálogo entre a contextualização da representação, informações relevantes e reflexões sobre os direitos ao acesso.

7.1 Storyboard e Roteiros

A construção do Storyboard e dos Roteiros foi baseada nos DSC coletados e nas características da PSR descritas na Política Nacional para População em Situação de Rua (BRASIL, 2009). Ambos são etapas descritivas no processo de criação da HQ e visam concretizar a trama em forma de texto e imagem definindo o percurso da história. É onde as personagens são criadas e o detalhamento das ações e cena acontecem (McCLOUD, 1993).

Visando a aproximação da HQ com o ambiente da PSR o roteiro e o storyboard foram desenvolvidos no mesmo plano. O objetivo era a consonância entre o elemento pictórico e textual dentro do contexto da vivência na rua. Segue os roteiros e storyboard das seis histórias.

a) Roteiro e Esboço da História 1 – Dor de cabeça

1 página com 3 quadros

1º cena

Ele está sentado no chão em uma praça, com as mãos na cabeça com expressão de dor. Ao seu lado cobertas e/ou papelão.

Ele estará sujo e maltrapilho. De chinelos ou descalço. A perspectiva ampliada em terceira pessoa.

O morador de rua que vem sentindo dores de cabeça frequente, mas, que está sujo, com roupas rasgadas e com mal cheiro. Suas mãos estão na cabeça indicando dor e ele falando consigo mesmo “Será que me atendem no postinho? Ah acho que não, morador de rua não tem o mesmo valor desses aí que tem casa”

2º cena

O morador de rua ainda sentado no chão no mesmo loca da cena anterior, e uma mulher por volta dos 30 anos, com calça jeans e camiseta branca, em pé diante do morador de rua. Perspectiva focalizando os personagens

Uma mulher chega e pergunta a ele o que ele tem:

Ela: “Olá o senhor está bem?”

Ele responde: “Minha cabeça tem doido bastante de vez em quando”

Ela: “Já procurou a Unidade Básica de Saúde? O postinho?”

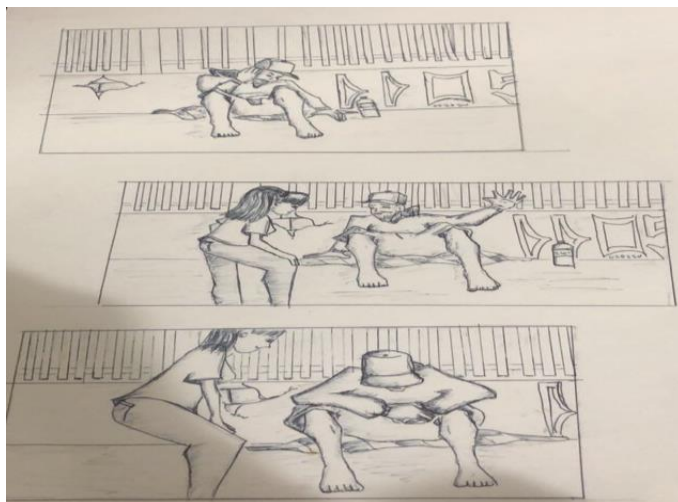
Ele: “Me sinto mal de ir lá. As pessoas te olham torto, além disso, não tenho casa, e eles só atendem quem mora no bairro”

3º cena

Ainda sentado, sem as mãos na cabeça e olhando para a mulher que estar agachada a seu lado agora. Aumentando o foco nos personagens em diálogo.

Ela: “Você não precisa morar em uma casa para ser atendido. Se você esta nessa região pode procurar a Unidade. Depois do atendimento vão te encaminhar para Assistência Social.” O decreto 7.053 de 2009 te garante isso”

Ilustração 12 – Esboço dor de cabeça



Fonte: Desenhista

b) Roteiro e esboço da história 2 – Serviço de emergência

1º cena

Morador de rua sentado em uma calçada encostado em um muro, estando de “short” com a perna ensanguentada/cortada, roupas muito sujas, pés e mãos sujas, com lixo ao lado dele e uma mochila.

Morador que sofreu ferimento na perna, sentado em uma calçada encostado ao muro quando um homem, jovem, chega com expressão assustada e pergunta:

Jovem: “Sua perna senhor, não quer que eu chame o Samu? Ou te leve para a UPA?”

2º cena

O morador de rua encontra-se na mesma posição mas, de cabeça baixa agora e com expressão triste, enquanto o jovem está mais próximo a ele, e posteriormente ambos de pé

Morador: “não posso ir moço, tô sujo, fedido. Chega lá o pessoal pede “isso” pede “aquilo” e a gente não tem documento, *meió* nem ir mesmo”

Jovem: “pode sim, é direito seu”

Jovem: “O senhor pode ser atendido sim, independentemente de estar sujo ou não. O Ministério da saúde diz que toda pessoa na rua deve ser acolhida no serviço e sua necessidade deve ser atendida. Depois encaminhada para outros atendimentos, como os sociais em uma casa de acolhimento, por exemplo”.

c) Storyboard e Roteiro da História 3 – Sem atendimento

1° cena

Dois moradores de rua conversando sentados no banco de uma praça. Um deles de “short”, chinelo de dedo, boné e camiseta (homem 1); o outro com calça rasgada, tênis velho e sujo, camiseta e uma mochila (este segundo estando mais limpo) (homem 2).

Homem 1: “Fui no posto de saúde, queria ser atendido pra um mal estar que tava tendo. Credita que a moça lá nem quis me receber, falou que não tinha remédio e me mandou embora”.

2° cena

O homem 2 com ar de espanto, o restante da cena permanece como a 1°

Homem 2: “Mas a recepcionista não te passou nem pela triagem? Ou nem te encaminhou para outro lugar? Ou qualquer outra explicação?”

Homem 3: “Não! Só disse que não tinha remédio não e nem deixou eu falar com a enfermeira”

3° cena (pode ser em 2 quadros está)

O homem 2 olhando para o homem 1 dando a entender estar explicando algo

Homem 2: “Há situações que são para serem atendidas pelo posto de saúde (Unidade Básica de Saúde) e outras por uma Unidade de Pronto Atendimento. Você pode e deve pedir orientações a quem estiver te atendendo. É importante você saber que o fato de estar não rua não pode impedir de você ser atendido. Nem mesmo se você estiver sem documentos. Os serviços de saúde devem ter estratégias para atender quem não tem documentos de identificação e depois encaminhar aos locais corretos para ajudar a fazê-los, como a Assistência Social.

d) Storyboard e Roteiro da História 4 – Serviço de saúde

1 página 3 quadros

1º cena

Em um posto de saúde uma funcionária (de jaleco) recebe um morador de rua atrás de um balcão (F1), ao lado dela outra funcionária (F2) de cabeça baixa escrevendo em uma folha. O morador de rua estará sujo e roupas rasgadas e barba grande.

Morador: “Moça, não to passando bem, queria ver pra passar no médico”

F1: “Não temos mais vagas. Você vai ter que ir para o pronto socorro. Na verdade, você deveria procurar o Consultório na Rua”

2º cena

Mantém a posição das personagens.

Morador: “e onde fica isso? Moça minha situação é difícil, eu moro na rua”

F1: “Pois é, então você deveria procurar a Assistência Social”

3° cena

A F2 intervém, toma a palavra e fala com a F1 sobre a forma certa de proceder

F2: “Na verdade ele não precisa só passar pelo atendimento do consultório na rua. Nem temos esse serviço na cidade. Ele pode ser atendido por qualquer serviço de saúde sendo ele “porta aberta” ou não.

4° cena

A F2 falando para o morador agora

F2: O senhor não deve procurar a Assistência Social se seu problema for de saúde. Deve procurar o posto de saúde (Unidade Básica de Saúde), pronto socorro (Unidade de Pronto Atendimento), Hospitais, Serviço de Atendimento Especial (SAE), entre outros. Se onde o senhor estiver, não existir Consultório na Rua, outro serviço irá atendê-lo, como atende todo mundo”

e) Storyboard e roteiro da História 5 – Necessidade imediata

1° cena

M1: “Rapaz, cheguei lá naquele tal de CAPSad, a mulher anotou meu nome, pediu pra eu voltar pra passar pelo acolhimento e umas tal de “oficina”. Cê acha! Quero remédio pra eu sara logo.

2° Cena

M2 respondendo ao M1 ainda na fila

2 Moradores conversando em fila para entrar em um abrigo, um deles enrolado em uma coberta (M1), o outro de calça, camiseta e gorro (M2).

M2: “Não cara! Eu sei que é muito difícil, mas as coisas as vezes levam tempo, não vai ser um remédio só que vai resolver sua situação. Aproveite que o CAPSad é um serviço porta aberta, que você pode procurar eles a qualquer momento. Você vai passar pelo médico, mas enquanto isso os outros atendimentos vão te ajudar muito. E junto a isso procure depois a Assistência social.

f) Storyboard e roteiro da História 6 – Diálogo

2 páginas, 1 quadro para cada

Um homem (profissional de saúde) quebrando a quarta parede e falando diretamente com o leitor

Homem: As pessoas que vivem ou estão temporariamente na rua têm o direito a ser atendidos nos programas e serviços de saúde como qualquer um. Inclusive devem ser respeitadas as suas necessidades e características. Não importam se estão sujas, com mal cheiro, ou se não tem comprovante de residência. Sua necessidade deve ser levada em consideração. Você que vive na rua, pode pedir informações o quanto quiser e deve exigir seus direitos. O decreto 7.053 de 2009 institui a Política Nacional Para a População em Situação de Rua garante o direito ao acesso a saúde. Também existe o Manual sobre Cuidado à Saúde junto a População em Situação de Rua, que orienta os profissionais de saúde como devem proceder para atendê-los.

Página 2

Você tem todo o direito de buscar atendimento! E tem direito a ser tratado com respeito! Se estiver com uma questão de saúde procure a Unidade Básica de Saúde ou ainda a Unidade de Pronto Atendimento.

7.2 Primeira História

Ilustração 13 – Dor de Cabeça



Fonte: Desenhista e Designer

A primeira história tem um contexto similar ao descrito em um dos discursos, apontando uma queixa comum entre os entrevistados e a desvalorização da mesma: as dores de cabeça. O personagem escolhido foi pautado nas características gerais da PSR, sendo um homem adulto, pela maior incidência, sujos, descalço, com coberta e boné.

Foram utilizados três quadrinhos em uma única página com a intenção de facilitar a visualização e identificação do contexto pelo leitor. O enquadramento objetivou transmitir a sensação de sequenciamento dos quadrinhos dentro da narrativa, apresentando ao leitor a proposta com o formato mais comum de HQ.

De mesma forma os recursos visuais foram utilizados com preenchimento sobrecarregado em cada quadrinho com a intenção de contextualizar a situação de rua apresentando elementos muito comuns a esta realidade, como o cobertor, muro, grade e a pichação.

A narrativa visual interagia diretamente com o enredo, onde o movimento de mãos da personagem leva o leitor a focar na cabeça onde as dores acontecem e posteriormente a mão levantada indicando lugar concordando com a fala do segundo quadrinho: “Me sinto mal de ir lá.” A personagem retratada sentada foi proposta para representar a desmotivação ante seu contexto e a procura dos serviços de saúde pela crença de não conseguir ser atendido.

A perspectiva no primeiro quadrinho apresenta um ângulo aberto com intuito de facilitar a apresentação da cena. Nos segundo e terceiros quadrinhos houve uma focalização sequente aproximando o leitor a intimidade do diálogo com a nova personagem, além de ressaltar a narrativa visual.

As falas, como nas outras cinco histórias, foram escritas com base nos DSC utilizando situação e palavras similares as utilizadas pelas pessoas na rua. Procurou-se preservar sua forma de formar frases, incluindo as formas de expressão não condizentes com as regras formais da língua portuguesa. A segunda personagem foi a eleita para trazer a informação desejada, e suas falas no segundo quadrinho são questões provocadoras para evocar a representação que justifica sua não busca pela saúde.

No terceiro quadrinho a informação então através da fala da segunda personagem é apresentada. Primeiramente é reforçada a ideia de que não há necessidade de ter casa para o atendimento e que a ideia de territorialização da atenção básica não é barreira para que ele receba atendimento. Em segundo propõe uma ordenação de fluxo de rede, ou seja, se o sujeito está com uma demanda de saúde, mesmo existindo diversas outras demandas de ordem social, ele deve procurar um serviço de saúde e depois um serviço de assistência social. Por fim traz o amparo legal para o atendimento a PSR, o decreto 7.053 de 2009.

A utilização da terminologia Unidade Básica de Saúde e em seguida posto de saúde visa ser objetivo e não deixar dúvidas sobre o direcionamento ao atendimento a atenção básica que o enredo propõe. Nos DSC as pessoas na rua dirigiam-se para as unidades básicas como “postinho”.

Os balões do primeiro e terceiro quadrinhos são destacados para fora do quadrinho com estímulos que chamam a atenção do leitor para eles, destacando o texto que contém a demanda e o esclarecimento respectivamente. No segundo onde acontecem os diálogos os balões assumem um modo mais usual nas HQ.

Segue parte do storyboard e roteiro para nortear a construção pelo desenhista desta primeira história. As demais histórias seguiram possuem a mesma dinâmica e ordem dos elementos apresentados.

7.3 Segunda História

Ilustração 14 – Serviço de Emergência



Fonte: Desenhista e Designer

A segunda história foi voltada a uma situação mais emergencial. Ela representa o resultado das circunstâncias aversivas que a PSR enfrenta tais como, condições climáticas adversas, violência e condições insalubres. Para tanto a personagem foi construída para representar escassez, com poucas roupas, cabelos despenteados e sujeira ao redor.

Para destacar a condição emergencial foi escolhida uma das situações relatadas nos DSC, perna ensanguentada com um corte de gravidade desconhecida. A personagem retratada de calção facilita a visualização da condição de sua perna. As representações

retratadas são referentes sobre as dificuldades de atendimento e mecanismos burocráticos, além do preconceito e acessibilidade.

São dois quadrinhos dispostos sequencialmente na vertical, em grandes quadros. Inicialmente esta história havia sido concebida em três quadrinhos. Porém em reuniões de revisão com o desenhista das etapas de desdobramento auxiliar, os quadrinhos foram reduzidos para dois e as falas foram alteradas para o formato de legendas. Essa escolha se deu pelo volume da fala do segundo personagem que sobrepujaria o elemento narrativa visual.

O enquadramento assim foi definido com o foco nas falas, que por serem mais extensas requeriam maior destaque. Outro ponto observado neste elemento foi a sensação de movimento que se queria dar a esta história, ressaltando a necessidade de prosseguir, como se o próprio quadro o empurrasse. Tendo a rua papel importante nisto, inclusive preenchendo a maior parte do primeiro quadrinho e os postes dispostos em sequência e tamanhos diferentes.

Desta forma a perspectiva que se deu foi verticalizada olhando a rua debaixo para cima, retendo a personagem na lateral do quadro e focando os elementos fluídos. Ressalta-se desta forma os elementos visuais que provocam a identificação do contexto urbano, como muros, pichações, faixas de vias públicas e os postes.

No segundo quadro há a aproximação dos personagens para novamente dar destaque a aproximação de um novo personagem e ao diálogo. Assim focalizando-os, foram retirados os muros, as pichações e parte dos postes e rua.

Os recursos gráficos e a narrativa visual são contidas para que não desvie o foco do diálogo. No entanto há inserções importantes como o muro onde a personagem está encostada retratando uma esquina também para salientar movimento e continuidade, ou seja, o personagem estava se movendo e continuará a posteriori. O fato da personagem estar de pé no segundo quadro, para reforçar a possibilidade oferecida pela segunda personagem.

As falas escritas a partir de seus DSC trouxeram palavras semelhantes e evidenciando situações reais vividas pelas pessoas na rua que procuram os serviços de saúde. A exposição da segunda personagem buscou ser enfática no que diz respeito ao direito de acessar a saúde. Evocando a estância maior da saúde pública no país, busca-se de forma simples demonstrar que estão amparados para exigir seu atendimento. Os elementos usados na fala informativa estão embasados nas normativas e cartilhas do

governo federal, portanto, do Ministério da Saúde. E por fim salientar mais uma vez o fluxo de rede.

A segunda personagem é representada através de um jovem aproveitando-o como símbolo de motivação, disposição, plasticidade e resiliência.

A ausência de balões e falas no primeiro quadrinho foi escolhida para permitir que a narrativa visual transmitisse a ideia de adoecimento. No segundo quadrinho um dos balões é diferenciado para que indique ênfase no tom da fala e chame a atenção para a mesma.

7.4 Terceira História

Ilustração 15 – Sem atendimento



Fonte: Desenhista e Designer

Esta história é a primeira na qual somente estão presentes personagens que moram na rua. A ideia é não só proporcionar identificação, mas através da imagem mostrar a possibilidade que eles mesmos possuem de passar informações relevantes sobre a saúde.

Os quadrinhos voltam a ser em número de três, porém em tamanhos diferentes, sendo o segundo o menor deles a fim de contribuir com a perspectiva, focando apenas uma personagem. O enquadramento neste caso definiu a posição do segundo quadrinho do lado oposto dos outros dois maiores justamente para contribuir com foco e com as falas.

A perspectiva foi desenvolvida em visão de observador, utilizando um quadro amplo no primeiro e aumentando o foco nas personagens no terceiro. Quanto ao segundo o quadro fechou-se na segunda personagem dando ênfase a seu questionamento. Incluindo retirando a sensação de queda para a esquerda que comanda o primeiro quadro.

Nesta história, o diálogo foi construído embasado em experiência onde não recebe atendimento por sua condição, sofrendo com primeira análise do profissional de saúde que por desconhecimento, preconceito e discriminação o rejeita. Como destacado nos DSC é comum que a PSR desista de procura atendimento concordando alguns achados da literatura sobre o tema (VARANDA e ADORNO, 2004; ALCANTARA, ABREU e FARIAS 2015; MOURA JR, XIMENES e SARRIERA, 2013; BORYSOW e FURTADO, 2014).

Assim uma das personagens ressalta a experiência, provocando questionamento e uma ação a fim de demonstrar a possibilidade do reclame ao direito ao atendimento, mesmo que seja somente para orientações. Desta forma propõe-se também de forma indireta o quão importante os profissionais de saúde saberem sobre as normativas vigentes e terem competências para atender as populações vulnerabilizadas, conforme ressaltado na literatura (BORYSOW e FURTADO, 2013; SANTANA, 2014; MAGALHÃES e BODSTEIN, 2009; ASSIS et al, 2010).

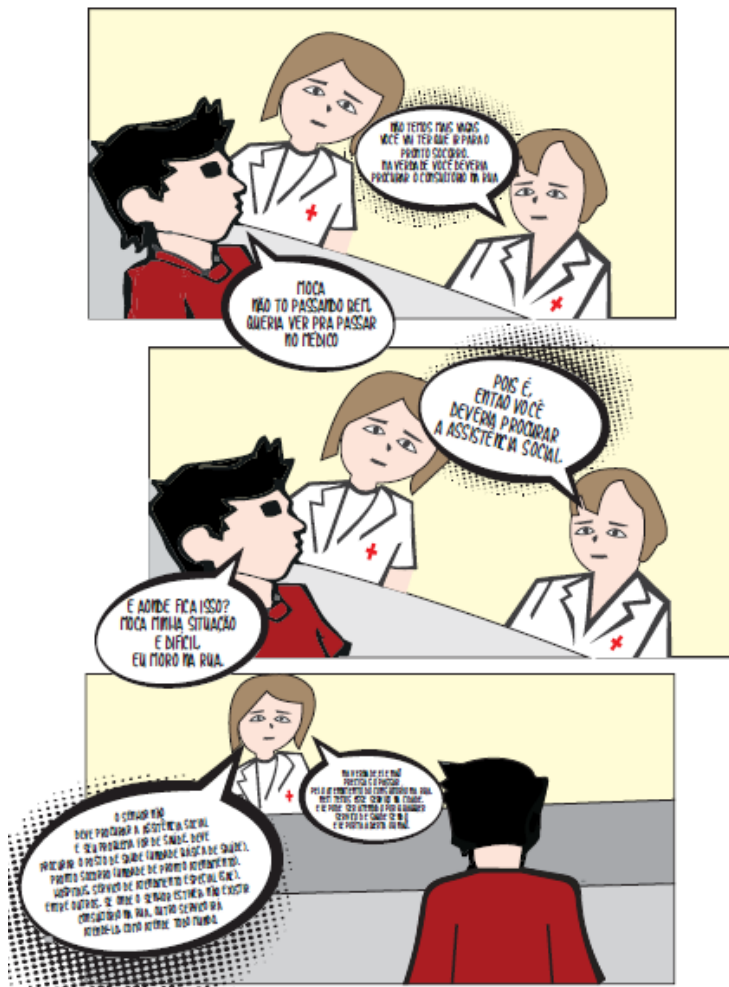
Os recursos gráficos utilizados foram voltados para ação estacionária, como o banco. Novamente os indivíduos estão caracterizados conforme descrição da pesquisa nacional sobre PSR (BRASIL, 2009). Homens, adultos, roupas puídas e sujos, situando-se em espaços públicos tendo o banco como uma de suas camas características. A interação do banco com o texto teve o objetivo de transmitir a ideia de espaço de diálogo horizontalizado.

O movimento do segundo personagem foi realizado para o complemento da linguagem textual. Buscou-se com o movimento do braço, dentro da narrativa visual, a ideia de questionamento e posterior explicação.

Foram escolhidos os balões que indicassem emoção para essa história. A ponta do balão do segundo quadrinho indica exaltação, bem como do terceiro quadrinho da personagem que não recebeu atendimento. Os demais são balões comuns de diálogos sem demonstração de sentimentos intensos.

7.5 Quarta História

Ilustração 16 – Serviço de saúde



Fonte: Desenhista e Designer

Esta história é ambientada em um serviço de saúde afim de demonstrar uma situação de interação com este e como os profissionais em saúde podem ainda não possuir

conhecimento sobre a PSR, rede que a atende e seu fluxo. Assim procurou-se contemplar os DSC sobre fluxo de rede, dificuldade no atendimento, acesso e preconceito.

A situação apresentada remete a alguns exemplos mencionados nos DSC onde a pessoa na rua procura o primeiro serviço que encontra solicitando atendimento médico, independentemente de saber qual sua demanda no momento. Esta busca é um importante momento que define a entrada da PSR no sistema com o atendimento ou com encaminhamentos pertinentes. Portanto são três personagens envolvidas nessa história, sendo duas profissionais de saúde e uma pessoa em situação de rua.

São três quadrinhos com disposição similar a história anterior, no entanto ordenando-os dessa forma para a utilização da fala através com estrutura de legenda. Os tamanhos são similares para posicionar adequadamente sem distorções o ambiente que caracteriza o serviço de saúde e as duas servidoras nos dois primeiros quadrinhos.

O enquadramento buscou o preenchimento de todo o quadro, porém colocando a personagem principal no canto esquerdo com tamanho maior frente a um balcão contribuindo com a sensação de estar chegando e interpelando as pessoas do outro lado. Esta característica interage com a perspectiva, pois o fato de a personagem da pessoa na rua ser representativamente maior que as outras transmite a ideia de aproximação. Em contrapartida no terceiro quadro essa situação se inverte com a intenção de focalizar na personagem que está falando e oferecendo o esclarecimento.

Outro aspecto que contribui para essa mudança de foco é o fato da personagem da pessoa na rua ser posta de costa, dando a sensação de manter atenção na personagem que está falando.

Como elementos mais relevantes da narrativa visual temos a posição da mão da personagem da pessoa na rua e a cabeça baixa escrevendo da profissional que irá prestar o esclarecimento fazendo com que o direcionamento do diálogo se foque entre os outros personagens. Quanto recursos gráficos tem-se o balcão, a placa na parede, as roupas iguais das profissionais sinalizando uniforme e o papel no balcão indicando o serviço de saúde. A pessoa na rua apresenta-se sem nenhum material, mochila ou papeis, sinalizando a ausência de provisões e documentos.

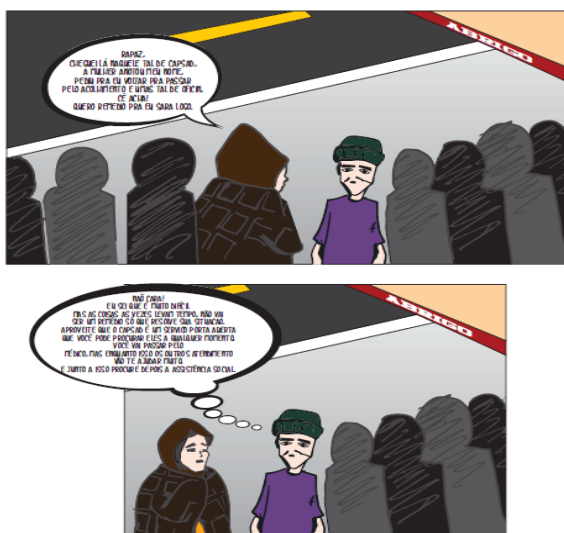
Novamente os diálogos foram construídos baseados em falas colhidas nos DSC, mas procurou-se a objetividade nas falas da pessoa na rua com a intenção de salientar a necessidade de atendimento e de estar passando mal naquele momento. Do mesmo modo são as falas da profissional que recebe a pessoa na rua, respostas curtas para denotar a intenção de fim da conversa e saída deste do lugar.

No caso da segunda profissional, as falas são mais volumosas pela necessidade de apresentar mais esclarecimentos, salientando o caráter universal da saúde pública brasileira, e que a PSR deve sentir-se no direito de utilizá-los. Foram incluídos alguns exemplos de serviços de saúde presentes na rede com a terminologia que utilizaram nos DSC e com a nomenclatura oficial.

Os balões desta história são comuns, para retratar um diálogo sem manifestações emocionais intensas. Também há a necessidade de foco no texto que neste caso é maior que nos demais.

7.6 Quinta História

Ilustração 17 – Necessidade Imediata



Fonte: Desenhista e Designer

Nesta história buscou-se evocar o DSC imediatismo, a necessidade de solução rápida e medicamentosa das demandas de saúde, inclusive de saúde mental, outro assunto evocado por ser de grande prevalência a esta população (BORYSOW e FURTADO, 2013; BOTTI et al, 2010).

Decidiu-se nesta história um único quadrinho grande em meia página retratando as filas que enfrentam para entrar nos abrigos, momento em que se encontram e tem a possibilidade de trocar informações. Buscou-se propor uma condição não específica de saúde mental, para que tenha uma maior abrangência a identificação do sujeito com a história.

A perspectiva de um único quadrinho tende a ser panorâmica, ou seja, buscando amplitude para demonstrar todos os elementos do mesmo. O enquadramento então foi

com elementos dispersos no quadro para dar a noção de espaço e transmitir a sensação de muitas pessoas na fila.

A fila como elemento narrativo contrasta com a pressa relatada pela personagem. Na fila para o abrigo ele espera, mas rejeita o atendimento não medicamentoso do Centro de Atenção Psicossocial álcool e drogas (CAPSad). Este aspecto retrata o sentimento de necessidade imediata a ser atendida, acompanhada por todas as condições de risco e vulnerabilidade que enfrentam.

As cenas nesta história foram coloridas com cores escuras com a intenção de transmitir tensão já que estão aguardando vaga para o abrigo como também a sensação do anoitecer que é o momento em que procuram abrigo. As personagens figurantes são retratadas apenas na silhueta com a intenção de dar destaque ao diálogo das duas personagens principais.

Os Balões são maiores para comportar todo o texto e indicar fala ininterrupta dos personagens, já que estão expressando situações e opiniões. Esta característica objetivou facilitar a conexão entre ambos.

7.7 Sexta História

Na sexta história pensou-se um fechamento para o percurso até então utilizando a imagem que a PSR tem dos profissionais de saúde afim de estimular a possibilidade de diálogo entre eles. Para isso foi pensado apenas um quadro utilizando a quebra da quarta parede, onde a personagem fala diretamente ao leitor como se tivesse consciência de que esta história fictícia estivesse sendo acompanhada por outras pessoas. Esta história foi dividida em duas páginas para privilegiar o texto.

A escolha de um único quadro permite maior ênfase ao texto/fala para ressaltar os instrumentos e orientações legais do Ministério da Saúde para garantir o acesso à saúde pela PSR. O enquadramento tem a função de destacar o quadro como primeiro item a ser visto para a identificação de que é um profissional da política de saúde falando.

A perspectiva dada a quebra da quarta parede permanece na terceira pessoa, como uma plateia em um teatro, reforçando essa interação e diálogo com a personagem que estará se dirigindo objetivamente para o leitor. O foco será na personagem que fala limitando os estímulos visuais da cena para manter o enfoque na fala. O objetivo deste quadro são considerações finais das histórias vistas, portanto não foi conveniente inserir elementos visuais excessivos.

A narrativa visual e os recursos se concentraram na personagem, onde ela estará vestida de branco que segundo os DSC caracteriza uma profissional de saúde. Como a ideia é a identificação do leitor com o contexto decidiu-se manter esta marca. A narrativa será feita com as mãos em posição de alguém que está falando, de que tem uma reflexão a oferecer, portanto transmitindo sensação de movimento.

Devido a quantidade de texto, o balão de diálogo toma boa parte da cena, tendo predominância na imagem. Seu tamanho é similar a da personagem.

Ilustração 18 – Ao leitor



Fonte: Desenhista e Designer

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os DSC indicam através das representações das pessoas na rua diferentes dificuldades para acessar os serviços de saúde. Em sete discursos denominados de desconhecimento do fluxo da rede de atendimento, a dificuldade no atendimento recebido e mecanismos burocráticos, um forte sentimento de imediatismo, sentimento de menos valia, preconceito e acessibilidade, pôde se perceber como a visão sobre cuidados em saúde, acesso em saúde e a visão de seu próprio valor implicam nos cuidados em saúde.

A forma de perceber a saúde e o atendimento em saúde da PSR foi construído ao longo de muito tempo estando desprotegidos pelos programas e serviços influenciados fortemente por sua condição. As representações demonstram isso, ressaltando-se dois aspectos pouco discutidos: os sentimentos de imediatismo e menos valia. A forma urgente na qual se apresentam as necessidades das pessoas em situação de rua os levam à uma visão curativista da saúde e isto influencia o modo como interagem com os equipamentos de saúde. Em contrapartida o sentimento de ter menor valor por estar na rua faz com que evite procurar os serviços por desconsiderarem seu direito de acessá-los.

Estes achados mobilizaram as ações para a confecção desta HQ educativa contendo seis histórias que visam retratar o contexto e as situações que a PSR vivencia. Ela dialogou com as ideias de fluxo de rede, direto ao acesso, mecanismos legais e orientações técnicas que garantem o acesso à saúde e autovalorização, que contemplam uma ferramenta educativa que se identifique com o leitor. Desta forma ela pode ser importante instrumento de um processo de aprendizagem significativa em saúde.

O fato de ser construída através de uma metodologia aberta que permitia inferências durante o processo permitiu que, através dos discursos, a PSR da amostra pudesse indiretamente participar de sua construção. Também permitia o manejo dos caracteres gráficos para atender ao objetivo de conversar com a dificuldade ao acesso à saúde.

A escolha por um desenhista com experiência no grafite, forte elemento urbano, valorizou os elementos do ambiente onde a PSR está inserida, bem como o nome da HQ retirada do seu próprio contexto e de suas próprias palavras.

Esta ferramenta educativa ao utilizar elementos visuais pode atingir a referida população como estímulo para a reflexão de suas práticas em saúde e de sua interação com os programas e serviços em saúde. Para além de um material informativo, a HQ permite criar identificação e, portanto, uma aprendizagem significativa.

9 REFERÊNCIAS

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. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, p. 115-124, 2012.

ALCANTARA, Stefania Carneiro de; ABREU, Desirée Pereira de; FARIAS, Alessandra Araújo. Pessoas em situação de rua: das trajetórias de exclusão social aos processos emancipatórios de formação de consciência, identidade e sentimento de pertença. **Revista Colombiana de Psicologia**, v. 24, n. 1, p. 129-143, 2015.

ANDERSEN, Ronald M. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter?. **Journal of health and social behavior**, p. 1-10, 1995.

ASSIS, Marluce Maria Araujo, *et al.* orgs. **Produção do cuidado no Programa Saúde da Família: olhares analisadores em diferentes cenários** [online]. Salvador: EDUFBA, 2010. 180 p. ISBN 978-85-232-0669-7

BERNARDI, Bianca Paneto. **Quadrinhos digitais: Uma análise das novas possibilidades**. 2013, Produto Final do Curso (mestrado) - Programa de Estudos Pós-Graduados em Tecnologias da Inteligência e Design Digital, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2013.

BORYSOW, Igor da Costa; FURTADO, Juarez Pereira. Acesso e intersetorialidade: o acompanhamento de pessoas em situação de rua com transtorno mental grave. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 23, p. 33-50, 2013.

_____. Acesso, equidade e coesão social: avaliação de estratégias intersetoriais para a população em situação de rua. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 48, n. 6, p. 1069-1076, 2014.

BOTTI, Nadja Cristiane Lappann et al. Avaliação da ocorrência de transtornos mentais comuns entre a população de rua de Belo Horizonte. **Barbaroi**, n. 33, p. 178-193, 2010.

BRASIL. **Conferência Nacional de Saúde VIII**. Brasília - DF. Relatório Final. Ministério da Saúde, 1986.

_____. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal, 1988. 292 p.

_____. **Legislação do SUS**. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. - Brasília: CONASS, 2003. 604 p.

_____. **Pesquisa Nacional sobre População em Situação de Rua**. Brasília, 2008.

_____. **b. Política nacional para inclusão social da população em situação de rua**. Brasília: Governo Federal, 2008.

_____. **Decreto N° 7053 de 23 de Dezembro de 2009.** Brasília-DF, 2009a.

_____. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência.** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009b.

_____. **Orientações Técnicas: Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua – Centro POP.** Suas e População de Rua. Vol. 3. Brasília-DF: ed. Brasil LTDA, 2011.

_____. **Glossário Temático: Economia da Saúde.** 3. ed., 1.– Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

CARNEIRO JUNIOR, Nivaldo; JESUS, Christiane Herold de; CREVELIM, Maria Angélica. A Estratégia Saúde da Família para a equidade de acesso dirigida à população em situação de rua em grandes centros urbanos. **Saúde e Sociedade**, v. 19, p. 709-716, 2010.

CANÔNICO, Rhavana Pilz et al. Atendimento à população de rua em um Centro de Saúde Escola na cidade de São Paulo. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 41, n. SPE, p. 799-803, 2007.

CARUSO, Francisco; SILVEIRA, Cristina. Quadrinhos para a cidadania. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 16, n. 1, 2009.

CHAMON, Edna Maria Querido de Oliveira. Representação social da pesquisa pelos doutorandos em ciências exatas. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, Rio de Janeiro-RJ, v. 6, n. 2, 2006.

CHIARELLAI, Tatiana et al. A Pedagogia de Paulo Freire e o Processo Ensino-Aprendizagem na Educação. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 39, n. 3, p. 418-425, 2015.

CORRÊA, Anderson Domingues et al. A utilização de uma história em quadrinhos como estratégia de ensino sobre o uso racional de medicamentos. **Alexandria: Revista de Educação em Ciência e Tecnologia**, v. 9, n. 1, p. 83-102, 2016.

CRUSOÉ, Nilma Margarida de Castro. A teoria das representações sociais em Moscovici e sua importância para a pesquisa em educação. **APRENDER-Caderno de Filosofia e Psicologia da Educação. Vitória da Conquista Ano II**, n. 2, p. 105-114, 2004.

FARR, Robert. Representações sociais: a teoria e sua história em GUARESCHI, P. & JOVCHELOVITCH, S.(org.) **Textos em representações sociais.** Petrópolis: Vozes, 1995.

- FIGUEIREDO, Marília ZA; CHIARI, Brasília M.; DE GOULART, Bárbara NG. Discurso do Sujeito Coletivo: uma breve introdução à ferramenta de pesquisa quali-quantitativa. **Distúrbios da Comunicação**, v. 25, n. 1, 2013.
- FISCHER, Gustavo; SCALETSKY, Celso Carnos; AMARAL, Laura Guidali. O storyboard como instrumento de projeto: reencontrando as contribuições do audiovisual e da publicidade e seus contextos de uso no design. **Strategic Design Research Journal**, v. 3, n. 2, 2010.
- FONTANELLA, Bruno José Barcellos; RICAS, Janete; TURATO, Egberto Ribeiro. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cadernos de saúde pública**, v. 24, p. 17-27, 2008.
- FREIRE, Paulo. Pedagogia do oprimido. 17ª. Ed. **Rio de Janeiro: Paz e Terra**, v. 3, 1987.
- GIOVANELLA, Ligia.; FLEURY, Sonia. Universalidade da Atenção à Saúde: acesso como categoria de análise. In: Eibenschutz C., organizadora. **Política de Saúde: o público e o privado**. Rio de Janeiro: Fiocruz, p.177-198, 1996.
- GOBBI, Alini Girardi. **Desenvolvimento e Implementação do Método MD3E (Método de Desdobramento em 3 Etapas) em Ambiente Virtual: Projeto e Avaliação de Interface com Foco nos Fatores Humanos**. 2015. Produto Final do Curso (Mestrado) – Universidade do Estado de Santa Catarina, Santa Catarina, 2015.
- GOSCH, Maruan C.; STROBEL NETO, Walter. Estimulando o interesse e a compreensão na leitura de bulas de medicamentos através do design da informação. **Blucher Design Proceedings**, v. 2, n. 4, p. 46-60, 2016.
- GUARESCHI, Pedrinho A. Representações sociais e ideologia (Social Representations and Ideology). **Revista de Ciências Humanas**, Florianópolis-SC, n. 2, p. 33-46, 2000.
- HILLESHEIM, Betina; BERNARDES, Anita Guazzelli. Território e nomadismo: a saúde em questão. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, v. 66, n. 3, p. 47-58, 2014.
- IANNONE, Leila Rentroia; IANNONE, Roberto Antonio. **O mundo das histórias em quadrinhos**. Moderna, 1995.
- JODELET, Denise. Representações sociais: um domínio em expansão. In: JODELET, Denise (Org.). **As representações sociais**. Tradução de Lilian Ulup. Rio de Janeiro: UERJ, 2001, p.17- 44.
- JÚNIOR, Álvaro Francisco de Brito; JÚNIOR, Nazir Feres. A utilização da técnica da entrevista em trabalhos científicos. **Revista Evidência**, v. 7, n. 7, 2012.
- LEFÈVRE, Fernando. A saúde como fato coletivo. **Saúde e Sociedade**, v. 8, p. 83-91, 1999.

LEFEVRE, Fernando; LEFEVRE, Ana Maria Cavalcanti; MARQUES, Maria Cristina da Costa. Discurso do sujeito coletivo, complexidade e auto-organização. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, p. 1193-1204, 2009.

LEFÈVRE, Fernando.; LEFÈVRE, Ana Maria Cavalcanti. **O Discurso do Sujeito Coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramentos)**. Caxias do Sul: EDUCS, 2003.

_____. **Depoimentos e discursos uma proposta de análise em pesquisa social**. Brasília: Liberlivro, 2005.

LUCAS, Ricardo Jorge de Lucena. Tem Alguém aí? Ou: Existe uma Quarta Parede nos Quadrinhos? In: 4^{as} Jornadas Internacionais de Histórias em Quadrinhos, 2017. Escola de Comunicação de Artes da USP, **Anais**, São Paulo, 2017.

MADEIRA, Margot Campos. Representações sociais: pressupostos e implicações. **Revista Brasileira de Estudos Pedagógicos**, v. 72, n. 171, 2007.

MAGALHÃES, Rosana; BODSTEIN, Regina. Avaliação de iniciativas e programas intersetoriais em saúde: desafios e aprendizados. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, p. 861-868, 2009.

MARINHO COSTA, Mary Lucia. O Discurso do Sujeito Coletivo: uma abordagem quali-quantitativa para a pesquisa social. **Trabajo Social Global-Global Social Work**, v. 5, n. 8, p. 90-115, 2015.

MCCLOUD, Scott. **Understanding comics: The invisible art**. Northampton, Mass, 1993.

_____. **Reinventando os quadrinhos**. São Paulo: M. Books, 2006.

MENDONÇA, Maria R. de Souza. Um gênero quadro a quadro: a história em quadrinhos. In: DIONÍSIO, Â. P.; MACHADO, A. R.; BEZERRA, M. A. **Gêneros textuais & Ensino**. Rio de Janeiro: Lucerna, 2002, p. 194-207.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Plano operativo para implementação de ações em saúde da população em situação de rua 2012-2015. 2012.

MOSCOVICI, Serge. **Representações sociais: investigações em psicologia social**. 7. ed. Petrópolis: Vozes, 2010.

_____. Serge. **A representação social da psicanálise**. Trad. de Álvaro Cabral. Zahar, 1978.

MOTTA, R.; CORREIA, W. Design de histórias em quadrinhos digitais. **Sbgames. Org Art & Design Track**, p. 142-151, 2013.

MOURA, Monica. Design contemporâneo: poéticas da diversidade no cotidiano. In: FIORIN, E, LANDIM, PC, and LEOTE, RS., orgs. **Arte-ciência: processos criativos** [online]. São Paulo: Editora UNESP; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2015.

MOURA JR, James F.; XIMENES, Verônica M.; SARRIERA, Jorge C. Práticas de discriminação às pessoas em situação de rua: histórias de vergonha, de humilhação e de violência em Fortaleza, Brasil. **Revista de Psicologia**, v. 22, n. 2, p. ág. 18-28, 2013.

MOYA, Alvaro de. **História da história em quadrinhos**. Editora Brasiliense, 1994.

NUNES, Bruno Pereira et al. Socioeconomic inequalities in the access to and quality of health care services. **Revista de saúde pública**, v. 48, p. 968-976, 2014.

OGLIARI, Natália Franceschi. **Criação de História em Quadrinho**. 2011, Trabalho de Conclusão e Curso – Universidade do Oeste de Santa Catarina – campus de Xanxerê, Santa Catarina, 2011.

PAIVA, Irismar Karla Sarmiento de et al. Direito à saúde da população em situação de rua: reflexões sobre a problemática. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, p. 2595-2606, 2016.

PATRIOTA, Lucia Maria. Teoria das Representações Sociais: Contribuições para a apreensão da realidade. **Serviço Social em Revista**, v. 10, n. 1, p. 1679-1842, 2007.

PEIXOTO, Ana Cristina Santos; FONSECA, Hejaine de Oliveira; OLIVEIRA, Ramony. Ancoragem. **Cadernos CESPUC de Pesquisa Série Ensaio**, v. 1, n. 23, p. 8-12, 2013.

PINHEIRO FILHO, Fernando. The notion of representation in Durkheim. **Lua Nova: revista de cultura e política**, n. 61, p. 139-155, 2004.

PRADO, Carolina Conceição; DE SOUSA JUNIOR, Carlos Eduardo; PIRES, Mariana Leal. Histórias em quadrinhos: uma ferramenta para a educação e promoção da saúde. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde**, v. 11, n. 2, 2017.

PRATA, Pedro Reginaldo. Desenvolvimento econômico, desigualdade e saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 10, n. 3, p. 387-391, 1994.

REIS, Cássia Barbosa. **Representações sociais de profissionais e usuários da estratégia da saúde da família sobre dengue na microrregião de Dourados-MS**. 2012. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Doenças Infecciosas e Parasitárias, Universidade Federal do Mato Grosso do Sul, Mato Grosso do Sul, 2012.

ROCHA, Luis Fernando. Teoria das representações sociais: a ruptura de paradigmas das correntes clássicas das teorias psicológicas. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 34, n. 1, p. 46-65, 2014.

ROSA, Anderson da Silva; CAVICCHIOLI, Maria Gabriela Secco; BRÊTAS, Ana Cristina Passarella. O processo saúde-doença-cuidado e a população em situação de rua. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 13, n. 4, p. 576-582, 2005.

- SANCHEZ, Raquel Maia; CICONELLI, Rozana Mesquita. Conceitos de acesso à saúde. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 31, p. 260-268, 2012.
- SANTANA, Carmen. Consultórios de rua ou na rua? Reflexões sobre políticas de abordagem à saúde da população de rua. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, p. 1798-1799, 2014.
- SANTOS, Camila Tahis. Tecnologias Voltadas Para educação Em Saúde: O Que Temos Para A Saúde Dos Idosos? **Anais do Seminário Tecnologias Aplicadas a Educação e Saúde**, v. 1, n. 1, 2015.
- SANTOS, Flávio Anthero Nunes Vianna Dos. Método aberto de projeto para uso no ensino de Design Industrial. **Revista Design em Foco**, v. 3, n. 1, 2006.
- SANTOS, Flávio Anthero Nunes Vianna dos et al. **MD3E (método de desdobramento em 3 etapas): uma proposta de método aberto de projeto para uso no ensino de design industrial**. 2005. Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro Tecnológico. Programa de Pós-graduação em Engenharia de Produção, 2005.
- SANTOS, Mariana Oliveira; GANZAROLLI, Maria Emilia. História em Quadrinhos: Formando Leitores. **TransInformação**, Campinas, 23(1):63-75, jan./abr., 2011.
- SANTOS, Roberto Elísio dos; VERGUEIRO, Waldomiro de Castro Santos. Histórias em quadrinhos no processo de aprendizado: da teoria à prática. **Eccos Revista Científica**, n. 27, p. 81-95, 2012.
- SÃO PAULO. Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas. **Censo da População em Situação de Rua da cidade de São Paulo, 2015: Resultados**. São Paulo: Secretária de Assistência e Desenvolvimento Social / Prefeitura de São Paulo, 2015. Slides em PDF.
- SECS. A indústria dos quadrinhos. Rio de Janeiro: Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro: Secretaria Especial de Comunicação Social, **Cadernos da Comunicação**, P. 72. Série Estudos, v.10, 2003.
- SEMAS. Secretaria Municipal de Assistência Social. **Centro Especializado para População em Situação de Rua**. Prefeitura de Dourados, Mato Grosso do Sul, 2014.
- SILVA, Carolina Cruz da; CRUZ, Marly Marques da; VARGAS, Eliane Portes. Práticas de cuidado e população em situação de rua: o caso do Consultório na Rua. **Saúde em Debate**, v. 39, p. 246-256, 2015.
- SILVA, Felicialle Pereira da; FRAZÃO, Iracema da Silva; LINHARES, Francisca Márcia Pereira. Práticas de saúde das equipes dos Consultórios de Rua. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, p. 805-814, 2014.
- STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.
- TEÓFILO, Ana Barbara de Souza et al. **Grafite como linguagem: apontamentos teóricos e metodológicos de estudo sobre as interferências do espaço da cidade na**

manifestação do grafite. In: X Congresso de Ciências da Comunicação na Região Norte – Boa Vista – RR: Intercom – Sociedade Brasileira de Estudos Interdisciplinares da Comunicação, 2011.

VARANDA, Walter; ADORNO, Rubens de Camargo Ferreira. Descartáveis urbanos: discutindo a complexidade da população de rua e o desafio para políticas de saúde. **Saúde e sociedade**, v. 13, p. 56-69, 2004.

VERGUEIRO, Waldomiro de Castro Santos. Histórias em quadrinhos e serviços de informação: um relacionamento em fase de definição. **DataGramZero**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. A04-1001, 2005.

_____. Uso das HQs no ensino. In: RAMA, Angela; VERGUEIRO, Waldomiro. (Orgs). **Como usar as histórias em quadrinhos na sala de aula**. São Paulo: Editora Contexto, 2010.

_____. b, Waldomiro. A linguagem dos quadrinhos: uma “alfabetização” necessária. In: RAMA, Ângela; VERGUEIRO, Waldomiro. (Orgs). **Como usar as histórias em quadrinhos na sala de aula**. 4. ed. São Paulo: Editora Contexto, 2010.

XAVIER, Glayci Kelli Reis da Silva. Histórias em Quadrinhos: Panorama Histórico, Características e Verbo-Visualidade. **Revista Eletrônica Darandina**, vol. 10, n. 2, 2017.

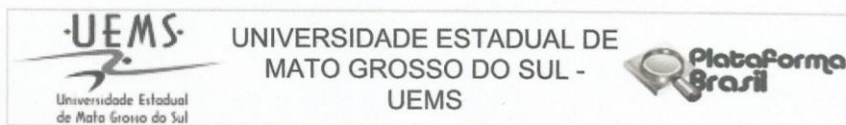
WACHELKE, João Fernando Rech.; CAMARGO, Brígido Vizeu. Representações sociais, representações individuais e comportamento. **Interamerican Journal of Psychology**, Flórida, v. 41, n. 3, p. 379-390, 2007.

WALLACE, Mallory. Graphic Novels: A Brief History, Their Use in Business Education, and the Potential for Negotiation Pedagogy. **Negotiation and Conflict Management Research**, v. 10, n. 4, p. 324-335, 2017.

WOLFGANG, Wagner. Sócio-gênese e características das representações sociais. **Estudos interdisciplinares de representação social**, p. 85-93, 2000.

YIDA, Valéria; ANDRAUS, Gazy. As cores do personagem na história em quadrinhos. **Nona Arte: Revista Brasileira de Pesquisas em Histórias em Quadrinhos**, v. 5, n. 1, p. 73-81, 2016.

ANEXO A – CARTA DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM SERES HUMANOS DA UEMS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ACESSO AOS PROGRAMAS E SERVIÇOS DE SAÚDE DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA: CRIAÇÃO DE UM PROCESSO EDUCATIVO EM SAÚDE NO MUNICÍPIO DE DOURADOS - MS

Pesquisador: CARLOS HENRIQUE RIBEIRO DA SILVA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 58955516.4.0000.8030

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MATO GROSSO DO SUL

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.805.195

Apresentação do Projeto:

O projeto de pesquisa intitulado Acesso aos Programas e Serviços de Saúde da População em Situação de rua: criação de um Processo Educativo em Saúde no Município de Dourados - MS, trata-se de um estudo qualitativo que utilizará o Discurso do Sujeito Coletivo (DSC).

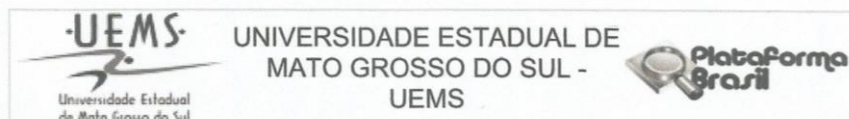
Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Geral: Criar um processo educativo para atores envolvidos que contribua com o acesso aos serviços de saúde da população em situação de rua.

Objetivos Específicos

- Compreender como ocorre o acesso aos serviços de saúde pela população em situação de rua adulta da cidade de Dourados – MS;
- Identificar qual o conhecimento que as pessoas em situação de rua do município de Dourados-MS possuem sobre a rede de atendimento em saúde da cidade;
- Identificar quais as características do acesso da população em situação de rua da cidade de Dourados-MS;
- Identificar as ações de redução de danos utilizados para a população em situação de rua atendida no Centro POP de Dourados – MS.

Endereço: Rodovia Dourados Itahum 4, Km 12
Bairro: cidade universitária **CEP:** 79.804-970
UF: MS **Município:** DOURADOS
Telefone: (67)3902-2699 **E-mail:** cesh@uems.br



Continuação do Parecer: 1.805.195

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O Projeto apresenta adequadamente, conforme a Resolução 466 de 2012 do CNS, tanto no projeto quanto no TCLE.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto apresenta as informações necessárias e claras para o entendimento do mesmo.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Estão Completos.

Recomendações:

Foram atendidas a sugestões e recomendações anteriores, não havendo mais a necessidade de recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_778486.pdf	16/10/2016 21:54:57		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	acesso_aos_programas_servicos_populacao_de_ua.docx	19/08/2016 23:17:51	CARLOS HENRIQUE RIBEIRO DA SILVA	Aceito
Brochura Pesquisa	roteiro_de_coleta.pdf	19/08/2016 23:05:37	CARLOS HENRIQUE RIBEIRO DA SILVA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	declaracao_institucional.pdf	19/08/2016 23:03:42	CARLOS HENRIQUE RIBEIRO DA SILVA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	19/08/2016 23:01:03	CARLOS HENRIQUE RIBEIRO DA SILVA	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto.pdf	19/08/2016 22:54:13	CARLOS HENRIQUE RIBEIRO DA SILVA	Aceito

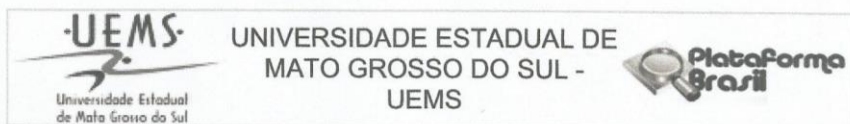
Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Rodovia Dourados Itahum 4 Km 12
 Bairro: cidade universitária CEP: 79.804-970
 UF: MS Município: DOURADOS
 Telefone: (67)3902-2699 E-mail: cesh@uems.br



Continuação do Parecer: 1.805.195

DOURADOS, 04 de Novembro de 2016

Assinado por:
Cynthia de Barros Mansur
(Coordenador)

Endereço: Rodovia Dourados Itahum 8 Km 12
Bairro: cidade universitária **CEP:** 79.804-970
UF: MS **Município:** DOURADOS
Telefone: (67)3902-2699 **E-mail:** cesh@uems.br

APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA**Roteiro da coleta de dados**

Sexo: () Masculino () Feminino

Idade: _____

Estado civil: _____

Filhos: _____ Quantos: _____

Profissão: _____

Trabalhos anteriores: _____

Escolaridade: _____

1 – Como e por que você procurou o Centro POP?

2 – Quando você se sente mal ou quando fica doente, o que você faz?

3 – E quando você procura a saúde, o que você tem a me dizer sobre isso?

- perguntar como foi realizado o atendimento (se realizado)
- perguntar como foi chegar até o local de atendimento
- perguntar como ele (a) avalia o atendimento recebido.

4 – Você usa algum tipo de droga? Qual? (se a resposta for não, encerrar o questionário)

5 – Fale-me sobre o uso de drogas para você que vive nas ruas.

- Usa qual tipo?
- Faz mistura?
- O que faz para não sentir os efeitos ruins com o uso das drogas?
- Como aprendeu essas técnicas?

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

Convidamos o (a) Sr (a) para participar da Pesquisa **Acesso aos Programas e Serviços de Saúde da População em Situação de Rua: Criação de um Processo Educativo em Saúde no Município de Dourados – MS** voluntariamente, sob a responsabilidade do pesquisador **CARLOS HENRIQUE RIBEIRO DA SILVA**, a qual pretende criar um processo educativo que contribua com o acesso aos serviços de saúde da população em situação de rua.

Sua participação é voluntária e se dará por meio de entrevista no Centro de Referência Especializada para População em Situação de Rua. Se o (a) Sr (a) aceitar participar, contribuirá para compreender como ocorre o acesso aos serviços de saúde da população em situação de rua, e principalmente desenvolvê-lo através da construção de uma ferramenta educativa.

Para participar da pesquisa, o (a) senhor (a): terá de participar uma entrevista individual onde responderá questões voltadas ao acesso aos serviços de saúde.

Essa pesquisa envolve riscos de constrangimentos, pois, buscará alcançar opiniões e experiências que podem gerar desconforto emocional. A qualquer momento o Sr. (a) poderá deixar a pesquisa se assim quiser, sem qualquer prejuízo ao participante.

Se depois de consentir sua participação na pesquisa o (a) Sr (a) desistir de continuar participando, tem o direito e a liberdade de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, seja antes ou depois da coleta de dados, independente do motivo sem prejuízo a sua pessoa. Os resultados da pesquisa serão analisados e publicados, mas sua identidade será sempre mantida em sigilo.

Eu, _____, fui informado e aceito participar desta pesquisa onde o pesquisador CARLOS HENRIQUE RIBEIRO DA SILVA me explicou como será toda a pesquisa de forma clara e objetiva.

Dourados - MS, _____ de _____ de 2016

Assinatura do Pesquisador

Assinatura do Participante da Pesquisa

Nome completo do pesquisador: CARLOS HENRIQUE RIBEIRO DA SILVA

Telefone para contato: 67-3426-1301

carlosribeiro.psico@hotmail.com

Comitê de Ética com Seres Humanos da UEMS, fone: 3902-2699 ou cesh@uems.br.

E-mail: