

**UNIVERSIDADE TIRADENTES**

**PSICOLOGIA**

**ANA BEATRIZ DOS ANJOS SILVA**

**KATHLEN KENDRA ROCHA SILVA**

**PALCO DE VOZ DOS QUE NÃO SÃO OUVIDOS: EXPERIÊNCIA COM  
INDIVÍDUOS EM SITUAÇÃO DE RUA ATENDIDOS PELO DISPOSITIVO DO  
CONSULTÓRIO NA RUA**

**ARACAJU**

**2019**

ANA BEATRIZ DOS ANJOS SILVA

KATHLLEN KENDRA ROCHA SILVA

PALCO DE VOZ DOS QUE NÃO SÃO OUVIDOS: EXPERIÊNCIA COM  
INDIVÍDUOS EM SITUAÇÃO DE RUA ATENDIDOS PELO DISPOSITIVO DO  
CONSULTÓRIO NA RUA

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado ao Curso de Bacharelado em  
Psicologia da Universidade Tiradentes  
como requisito à obtenção do título, sob  
orientação da Profa. Mestre Tais  
Fernandina Queiroz.

ARACAJU

2019

## AGRADECIMENTOS

Para Freud a Psicanálise é o meio pelo qual o paciente interpreta e elabora suas questões inconscientes a partir dos sonhos, enquanto que, para Moreno o Psicodrama daria àqueles que o procuram motivos para continuar sonhando, é com esse objetivo então, que nos debruçamos em tal trabalho, buscando mediar o desejo existente no sonho e a vontade de continuar a sonhar dessas pessoas que se encontram em situação de rua.

Para tal devemos agradecer à Kamila, coordenadora do Consultório na Rua por aceitar, desde que chegou a suas mãos o material, e por ter feito todo o possível, por nos acompanhar em campo, para que alcançássemos nossos objetivos.

Agradecemos aos Usuários do serviço por nos receber de peito aberto para falar sobre questões subjetivas, entregarem-se e confiar em nós. Agradecemos também a todos que fazem parte do Maria do Céu como também da Secretaria Municipal de saúde pela receptividade, à nossa querida orientadora Taís Fernandina, pelo suporte.

As nossas famílias e amigos, muito obrigados pelas palavras de conforto nos momentos em que precisávamos, pelo apoio e disposição em nos ajudar.

Agradecemos por fim, a banca, por ter aceitado nosso convite para ouvir e avaliar nosso trabalho, nos direcionando nas falhas possíveis para que possamos tornar nosso material cada vez mais rico.

Cordialmente,

Ana Beatriz e Kathllen Kendra

## RESUMO

O presente trabalho tem como objetivo perceber as instâncias subjetivas presentes no viver das pessoas em situação de rua, que são atendidas pelo dispositivo Consultório na Rua (CNR) na cidade de Aracaju SE. Buscando, investigar como os usuários de tal dispositivo lidam com o desligamento familiar, o luto social e quais são as representações sociais desses indivíduos, assim como, estudar as repercussões e proporções do consultório na rua para a vida desses sujeitos. Para tanto, investigou-se a dinâmica que preside e constitui o CNR, buscando entender o cotidiano de trabalho nesta Instituição de saúde que é norteado pelos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). Este constituiu-se no campo da pesquisa descrita nesse material, que utiliza-se de uma abordagem qualitativa. A coleta dos dados foi realizada através de uma pesquisa documental e de entrevistas semiestruturadas. Os resultados evidenciaram um aumento dos acessos da população rua ao CNR. Observou-se ainda que para grande parcela dessa população, o desligamento familiar foi crucial sendo consequência de diversos conflitos intrafamiliares, porém a vivência do luto e as representações sociais advinda deste rompimento não impediram a construção de novas relações interpessoais.

**Palavras-chave: Indivíduos em situação de Rua; Consultório na Rua; Luto Social; Representações sociais.**

## ABSTRACT

The objective of this study is to understand the subjective instances present in the living of the people in the street situation, which are attended by the Consultorio na Rua (CNR), in the city of Aracaju SE. Searching, investigating how the users of such a device deal with family shutdown, social mourning and what are the social representations of these individuals, as well as studying the repercussions and proportions of the office on the street for the life of these subjects. To do so, we investigated the dynamics that presides and constitute the CNR, seeking to understand the daily work in this health institution that is guided by the principles and guidelines of the Unified Health System (SUS). This was the field of research described in this material, which uses a qualitative approach. The collected data was collected through a series of steps, a documentary search and semi-structured interviews. The results evidenced 1, which presented an increase in the accesses of the street population to the CNR. It was also observed that for a large part of this population, family disengagement was crucial, as a consequence of several intrafamilial conflicts, but the experience of mourning and social representations resulting from this disruption did not impede the construction of new interpersonal relationships

**Keyword: Individuals in the street situation; Office on the Street; Social Mourning; Social representations.**

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>6</b>
<b>2. OBJETIVOS.....</b>	<b>8</b>
2.1. Objetivo Geral.....	8
2.2. Objetivos Específicos.....	8
<b>3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....</b>	<b>9</b>
3.1. Saúde Pública.....	9
3.2. A Política Nacional de Atenção Básica em Saúde.....	11
3.3. Consultório na Rua.....	12
3.4. A População em situação de rua.....	14
3.5. O Homem Social.....	15
3.6. Representações Sociais.....	16
3.7. Exclusão Social.....	18
3.8. Luto.....	19
<b>4. METODOLOGIA.....</b>	<b>22</b>
4.1. Desenho do Estudo.....	22
4.2. Caracterização dos Sujeitos e do Local da Pesquisa.....	22
4.3. Procedimentos de Coleta dos Dados.....	23
4.4. Procedimentos de Análise dos Dados .....	24
4.5. Considerações Sobre os Aspectos Éticos.....	25
<b>5. RESULTADO E DISCUSSÕES.....</b>	<b>26</b>
5.1. Análise Documental.....	26
5.2. Análise dos Dados.....	27
<b>6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>32</b>
<b>7. REFERÊNCIAS.....</b>	<b>35</b>
<b>8. APÊNDICE A.....</b>	<b>38</b>
<b>9. APÊNDICE B.....</b>	<b>40</b>
<b>10. ANEXO A.....</b>	<b>42</b>
<b>11. ANEXO B.....</b>	<b>46</b>
<b>12. ANEXO C.....</b>	<b>47</b>
<b>13. ANEXO D.....</b>	<b>49</b>

## 1. INTRODUÇÃO

A população em situação de rua é um objeto de estudo frequente de muitas pesquisas, que geralmente investigam seu processo de exclusão, assim como as políticas públicas planejadas com o propósito de atender as demandas deste público. Porém, tais estudos ainda são insuficientes no tocante à percepção que a pessoa em situação de rua tem sobre sua própria realidade. Desse modo, o presente trabalho traz como objeto de investigação e análise a perspectiva do sujeito, no que se refere ao fenômeno das representações sociais relacionadas ao processo de luto social. Trata-se de uma pesquisa de campo que utiliza-se do dispositivo do Consultório na Rua como mediador dessa realidade.

Esse processo de exclusão, resultante da desigualdade social produzida pela globalização, avanços tecnológicos e capitalismo, historicamente como descreve Costa (2005) eram invisíveis aos olhos do Estado brasileiro, quando não se constituíam em alvo de repressão, as pessoas em situação de rua eram simplesmente deixadas de lado. Um processo de mudança desta realidade tem início apenas no final da década de 1980, após a Constituição Federal de 1988, que considerou os direitos sociais como direitos fundamentais de todo cidadão, e com a Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), que regulamentou os artigos 203 e 204 da Constituição Federal, reconhecendo a Assistência Social como política pública em 1993. E com a Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, que resultou nas Leis Orgânicas da Saúde (8.080/90 e 8.142/90) que permitiam a implantação do SUS como descreve Paim (2009).

A partir de então, inicia-se uma tentativa de inclusão destes sujeitos, por meios de políticas públicas, um deles é o projeto do Consultório na Rua, que são dispositivos clínico-comunitários que ofertam cuidados em saúde aos usuários em seus próprios contextos de vida, adaptados para as especificidades de uma população complexa. Promovem a acessibilidade a serviços da rede institucionalizada, a assistência integral e a promoção de laços sociais para os usuários em situação de exclusão social, possibilitando um espaço concreto do exercício de direitos e cidadania (BRASIL, 2010).

Porém, mesmo diante das tentativas do Estado de uma inclusão desses sujeitos, por meios de projetos, a exclusão encontra-se presente enquanto um fenômeno bem estruturado, que foi construído no processo de desenvolvimento das sociedades.

Produziu representações sociais acerca da população em situação de rua, que tem como consequência a segregação, e a negação de um lugar social onde sejam reconhecidos como sujeitos de direitos.

Busca-se, então, neste documento exaltar um espaço de fala, para que estes apresentem as suas vivências, e discuta acerca do papel exercido pela sociedade para com estes indivíduos. Com evidência principal no fenômeno do luto social da perda da família de origem, um processo característico da realidade de vida desses sujeitos, e as representações sociais pensadas pela população em situação de rua acerca do processo de perdas consecutivas, que se inicia nesta perda primária e tem como subsequentes outras privações sociais consequentes da exclusão social. Como descreve-o Wanderley et al (2001) em um fenômeno de ordem social, cuja origem deve-se buscar nos princípios do funcionamento das sociedades modernas.

Então, por meio de estudos sobre a realidade desses sujeitos, surgiu-se a proposta de trabalhar esses indivíduos de direitos como foco deste material. Com um olhar social para estes, compreendendo-os enquanto seres biopsicossociais, que devem ter acesso aos cuidados em todos os seus aspectos, e que estão inseridos em um contexto sócio histórico. Indivíduos de direitos e de participação ativa na sociedade, sendo modificados e que possuem papel transformador da própria realidade.

Isto posto, a pesquisa em questão apresenta o propósito de ampliação de conteúdos acadêmicos acerca desses indivíduos que em sua realidade social existem poucas relações de inserção social e inúmeras perdas sociais. Tendo em vista a grande quantidade de sujeitos que se encontram nesta situação referida, considera-se um aspecto de relevância social declarada e a necessidade de aprofundar estudos acerca desse contexto social. Assim como torna-se uma construção de subsídios teóricos que auxiliam no processo de construção de uma nova realidade social e na produção de formas de atendimento às demandas sociais, bem como para nós autoras uma obra de valor acadêmico para nossa experiência escolar e ampliação profissional.

## **2. OBJETIVOS**

### 2.1 Objetivo geral

Compreender a experiência dos usuários do consultório na rua perante os seus aspectos biopsicossociais.

### 2.2 Objetivos específicos

- Investigar o quantitativo de pessoas em situação de rua, atendidas pelo consultório de rua, em Aracaju SE no período de 2011 a 2019;
- Analisar as representações sociais relacionadas ao processo de luto social;
- Compreender as repercussões do desligamento com a família de origem para a população em situação de rua;

### 3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

#### 3.1 Saúde Pública

O contexto histórico da Saúde Pública no Brasil tem seu início após a colonização do Brasil por Portugal. No período colonial, os serviços de saúde espelhavam-se nos da metrópole, ou seja, era quase inexistente. Os militares tinham os serviços prestados pelo cirurgiã-mor e o físico-mor era responsável pelo saneamento e profilaxia das doenças. No período denominado Brasil Império ocorre a primeira reforma dos serviços sanitários, com a fundação da Inspeção Geral de Higiene, Inspeção Geral de Saúde dos Portos e de um Conselho Superior de Saúde Pública.

Diante das epidemias, a ação comunitária organizava-se, no nível local, em comissões formadas a cada episódio de saúde relevante ou por intermédio da câmara de vereadores. Mas quando a situação se complicava, a opção era pela concentração das decisões no governo central. Assim, ao final do Império, era rudimentar e centralizada a organização sanitária brasileira, incapaz de responder às epidemias e de assegurar a assistência aos doentes, sem discriminação. As pessoas que dispunham de recursos eram cuidadas por médicos particulares, enquanto os indigentes eram atendidos pelas casas de misericórdia, pela caridade e pela filantropia. (PAIM, 2009)

Após a Proclamação da República, como apresenta o autor supracitado, as ações de saúde passam a ser responsabilidades atribuídas aos Estados. No âmbito Federal, foram reunidos os serviços de saúde terrestres e marítimos na Diretoria Geral de Saúde Pública (1897), que tinha por finalidade atuar onde não cabia a intervenção dos governos estaduais, como era o caso da vigilância sanitária dos portos. (PAIM, 2009).

Com o processo de industrialização, faz-se necessário voltar-se para a questão da saúde, já que os trabalhadores deveriam estar saudáveis para fomentar a produção, gerando uma cobrança por ações do Poder Público. Como descrito em uma das hipóteses de Foucault (2017), na qual ele explana que o desenvolvimento do capitalismo, que ocorreu em fins do século XVIII e início do século XIX, socializou um primeiro objeto que foi o corpo enquanto força de produção, força de trabalho. De modo, a pensar, em uma medicina que gera cuidado a esses corpos de trabalho.

As mudanças relacionadas à proteção à saúde se iniciam no período populista de 1945 a 1964. Neste período foi criado o ministério da Saúde e posteriormente o departamento de endemias rurais. O desenvolvimento industrial provoca um aumento na massa de operárias, ampliando a demanda de assistência à saúde de modo que, os serviços de saúde passam por um processo de expansão e começam a se organizar convênios-

empresas para prestação de serviços privados de saúde a trabalhadores. (SARRETA,2009)

Nesse período o modelo de cuidado em saúde tinha um caráter hospitalocêntrico, com ênfase na medicina individual e especializada. “Porém na contracorrente, outra ideologia se propagava no mundo denominada “sanitarismo-desenvolvimentista”, que tinha como influência ideológicas os modelos de estado de bem-estar social. Este, relacionava pobreza-saúde-subdesenvolvimento e sinalizava a necessidade de investimentos em políticas que melhorassem as condições de saúde da população como um método de alavancar o desenvolvimento, iniciando uma discussão sobre o direito geral a saúde e a produção de políticas de proteção social. (SARRETA,2009)

Porém, tais avanços, sofrem a interferência do golpe militar de 64, marcado pelo que foi denominado complexo-médico-empresarial que alocou os recursos públicos para setores privados, em construções de hospitais privados e uma ideologia de medicina curativa individual, reduzindo os investimentos nos programas de saúde pública. Tornando o sistema de assistência à saúde onerosa e pouco eficaz.

Em 1970, sob o regime militar, apresentou um dos maiores crescimentos econômicos do mundo, mas as melhorias na qualidade de vida beneficiaram de forma desproporcional os setores mais privilegiados da população. Embora a democracia tenha sido restaurada em meados da década de 1980, durante um período de instabilidade econômica, o crescimento econômico e a expansão das políticas sociais só foram retomados no século XXI (PAIM et al, 2011 p. 12).

A luta pela redemocratização do país, também promove mudanças no sistema de saúde e previdência, que passavam por uma crise. Nesse contexto e o movimento da reforma sanitária Brasileira ganha força.

A proposta brasileira, que começou a tomar forma em meados da década de 1970, estruturou-se durante a luta pela redemocratização. Um amplo movimento social cresceu no país, reunindo iniciativas de diversos setores da sociedade – desde os movimentos de base até a população de classe média e os sindicatos –, em alguns casos associados aos partidos políticos de esquerda, ilegais na época. A concepção política e ideológica do movimento pela reforma sanitária brasileira defendia a saúde não como uma questão exclusivamente biológica a ser resolvida pelos serviços médicos, mas sim como uma questão social e política a ser abordada no espaço público (PAIM et al, 2011, p. 18).

Através desse movimento, que é idealizado por representantes de vários segmentos sociais, vislumbra-se um novo modelo de cuidado em saúde para a população.

As ideias reformistas são amplamente debatidas na VIII Conferência Nacional de Saúde, que deixa como legado em seu relatório final, o esboço do que viria a ser o Sistema Único de Saúde (SUS), que foi institucionalizado em 1988, pela Constituição Federal e regulamentado institucionalizado em pela Lei nº 8.080e 8.142. em 19 de setembro de 1990 (PAIM, 2009).

A implementação do SUS, enquanto Política Pública de Saúde, trouxe para o Estado a responsabilidade de viabilizar seus princípios e diretrizes, garantindo a todo cidadão o direito a saúde de forma igualitária. São conceitos que foram acrescidos a partir do momento em que a saúde no Brasil foi ampliada, neste viés ela deixou de ser pensada apenas como a ausência de doença e passou a ser vista como promoção da qualidade de vida (CARVALHO, 2013). A referida política de saúde apontava para a atuação intersetorial, ou seja, mirando mobilizar a ação de melhoria dos problemas daquela sociedade, nos mais diferentes campos do saber (CAPELLA, 2018, p. 20). Dessa forma, buscava abranger diferentes competências sociais, da esfera política e econômica, com o intuito de atender o sujeito, em suas diversas necessidades, respeitando suas singularidades com um olhar biopsicossocial e buscando fornecer um cuidado integral a partir de uma rede de serviços que ofertasse ações de saúde nos níveis primário, secundário e terciário. Abrangendo e envolvendo competências sociais, da esfera política e econômica,

### **3.2 A Política Nacional de Atenção Básica em Saúde.**

Norteando-se então pelos princípios de regionalização e hierarquização os quais o Sistema Único de Saúde se propõe, constrói-se então uma Rede de Atenção em Saúde.

Uma rede de atenção à saúde constitui-se de um conjunto de unidades, de diferentes funções e perfis de atendimento, que operam de forma ordenada e articulada no território, de modo a atender às necessidades de saúde de uma população. A construção de uma rede baseia-se na constatação de que os problemas de saúde não se distribuem uniformemente na população, no espaço e no tempo, e envolvem tecnologias de diferentes complexidades e custos. Assim, a organização dos serviços é condição fundamental para que estes ofereçam as ações necessárias de forma apropriada. Para isso, é preciso definir as unidades que compõem a rede por níveis de atenção (hierarquização) e distribuí-las geograficamente (regionalização). (KUSCHNIR et al, 2009, s/p)

Esse sistema é representado na literatura por uma pirâmide do modelo tecno-assistencial. Como descrito por Cecílio (1997) em sua base, estaria localizado um conjunto de unidades de saúde, responsáveis pela atenção primária a grupos populacionais situados em suas áreas de cobertura, que tem o objetivo de atenção integral

à saúde das pessoas, funcionando como uma “porta de entrada” para os níveis superiores de maior complexidade tecnológica do sistema de saúde

No Brasil, a Atenção Básica é desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, ocorrendo no local mais próximo da vida das pessoas. Ela deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde. Por isso, é fundamental que ela se oriente pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2012, s/p).

Seguindo a descrição do autor supracitado, em sua parte intermediária, a pirâmide encontraram-se os serviços ambulatoriais com suas especialidades clínicas e cirúrgicas, o conjunto de serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, alguns serviços de atendimento de urgência e emergência e os hospitais gerais; Já o topo da pirâmide, estariam os serviços hospitalares de maior complexidade, tendo no seu vértice os hospitais terciários ou quaternários, de caráter regional, estadual ou, até mesmo, nacional (CECILIO, 1997).

### **3.3 Consultório Na Rua**

A carência de serviços assistenciais e de recursos humanos obstaculiza o desempenho da equidade no atendimento à população em situação de rua nas unidades básicas de saúde. Isto posto, o Ministério da Saúde publicou a *Portaria nº 122 2*, de 25 de janeiro de 2012, na qual estabelece as diretrizes de sistematização e performance das Equipes de Consultório na Rua como admissão dessa parcela da população nos serviços de atenção, a fim de reparar tais gargalos e aprimorar a competência de respostas frente às carências de saúde pertencentes à população em condição de rua (HALLAIS; BARROS, 2015).

Em 2009, o MS propõe que o CR torne-se uma das estratégias do Plano Emergencial de Ampliação de Acesso ao Tratamento em Álcool e outras Drogas, sendo incluído, em 2010, no Plano Integrado Nacional de Enfrentamento ao Crack, com o objetivo de ampliar o acesso aos serviços assistenciais e qualificar o atendimento oferecido às pessoas que usam crack, álcool e outras drogas por intermédio de ações de saúde na rua. Para o MS, “a retaguarda do CR” favorecia “o fluxo de encaminhamentos e a inserção na rede” dos usuários de drogas mais comprometidos com esse uso e “em situação de maior vulnerabilidade social” (LONDERO, CECCIM E BILIBIO, 2013, p. 8).

Desta forma, os Consultórios na Rua constituem uma modalidade de atendimento extramuros dirigida aos usuários que se encontram em condições de maior vulnerabilidade social e distanciados da rede de serviços de saúde e intersetorial. São

dispositivos clínico-comunitários que ofertam cuidados em saúde aos usuários em seus próprios contextos de vida, adaptados para as especificidades de uma população complexa. Promovem a acessibilidade a serviços da rede institucionalizada, a assistência integral e a promoção de laços sociais para os usuários em situação de exclusão social, possibilitando um espaço concreto do exercício de direitos e cidadania. (BRASIL, 2010)

Londero, Ceccim e Bilibio (2013) descreve o Consultório na rua como um dispositivo criado para produzir cuidado às populações em situação de rua.

O CR faz parte das redes de saúde e intersetorial, nas quais insere-se na intenção de produzir uma terapêutica singular para cada pessoa/coletivo em situação de rua. Contudo, diante da fragilidade dessas redes, sempre em movimento e a construir-se, o CR, além de servir como um serviço de atenção aos moradores ou pessoas em situação de rua, torna-se um importante instrumento de problematização dos modos de cuidado que atravessam a assistência em saúde. Com sua prática em trânsito, percorre a rede de saúde e intersetorial, mesclando-se à mesma – não raras vezes, sob tensão –, buscando articulação para o atendimento daqueles que, até então, encontravam-se invisíveis nos/aos cenários do SUS ((LONDERO, CECCIM E BILIBIO, 2013, s/p).

Sua estrutura de funcionamento conta com uma equipe volante mínima com formação multidisciplinar constituída por profissionais da saúde mental, da atenção básica, de pelo menos um profissional da assistência social, sendo estes: médico, assistente social, psicólogo, outros profissionais de nível superior, redutores de danos, técnicos de enfermagem e educadores sociais. Além desses, eventualmente, poderá contar com oficinairos que possam, estrategicamente, desenvolver atividades de arte expressão Com a finalidade de abarcar as necessidades existentes nas diversas realidades de atendimento (BRASIL, 2010). Ainda diante das explanações do referido autor, a rede de atenção integral em álcool e outras drogas deve assegurar, constituir, promover ações, promover direitos de inclusão social e priorizar o tratamento dos indivíduos que se encontram na situação de uso de substâncias psicoativas, atuar diante do reconhecimento da problemática do uso de álcool e outras drogas, agindo ao oferecer promoção, cuidado e prevenção no espaço social. De forma que esta, enquanto uma modalidade de atendimento construída dentro do Sistema Único de Saúde (SUS), é norteadada por diretrizes:

Priorizar as ações dirigidas às crianças e adolescentes em situações de vulnerabilidade, haja vista a iniciação cada vez mais precoce do consumo de substâncias psicoativas e as graves repercussões do seu uso no desenvolvimento psicossocial dos jovens. Considerar a rede social de relacionamento da população alvo, como fatores de agravamento ou redução das condições de vulnerabilidade, isto é, levar em conta fatores de risco e de proteção, em cada contexto. Incentivar o trabalho de natureza interdisciplinar

e enfoque intersetorial, considerando a complexidade que envolve os contextos de vida da população que vive em situação de rua, e a necessidade de ações de atenção integral aos usuários de psicoativos com tais características. Manter articulação permanente da rede de saúde e intersetorial visando à sensibilização dos serviços e profissionais da rede para o acolhimento com qualidade aos usuários de drogas em situação de rua. Garantir o alinhamento com as diretrizes [...] (BRASIL, 2010, p. 12).

Assim como princípios muito similares ao do Sistema Único de Saúde que são: universalidade de acesso a saúde, buscando atender uma população que se auto excluí ou que é excluída da rede de serviço; Integralidade, assegurada pela multidisciplinaridade da equipe, com seus mais variados conhecimentos, abarcando elementos do sujeito em seus aspectos físico, psíquico e social; Equidade, que visa assegurar „mais aos que têm menos“, busca dar prioridade de atenção aos grupos que vivem em contextos socioeconômicos mais desfavoráveis, e por isso, com as piores condições de saúde geral.

Seguindo esta linha de raciocínio, outros princípios são a redução de danos, com estratégia prioritária no atendimento, respeitando o tempo e escolhas do sujeito, buscando reduzir os danos consequentes sem impor condições rígidas de tratamento e *Modus vivendi* da população, Não cabe à equipe nenhuma forma de julgamento ou censura moral aos comportamentos dos indivíduos, seja com relação ao uso de substâncias psicoativas ilícitas, ou a condutas delinquentes ou antagônicas à moral e costumes tidos como aceitáveis. O papel dos profissionais é exatamente o de acessar um segmento que muitas vezes está à margem da rede de saúde e social por temer o estigma e a rejeição. A aceitação de cada um destes usuários enquanto sujeitos e o respeito ao lugar que ocupam na escala social (BRASIL, 2010).

Com o objetivo de atuar como uma ponte para a população que está à margem do sistema de saúde e possibilitar sua inserção na rede. Como forma de ultrapassar este limiar, diferenciasse inicialmente pelo fato que os profissionais atuantes neste dispositivo, direcionarem-se a esta população no seu espaço de vivência e moradia, dando espaço para fala, aumentando a possibilidade de expressão da subjetividade destes usuários, levando em consideração a sua realidade social de vida desses indivíduos.

### **3.4 A População em Situação de Rua**

Varanda e Adorno (2004), mostram que em geral os processos econômicos do país são os maiores formadores da população de rua, porém esse não é o único artifício que atua nessas instâncias, entre as vias que auxiliam na inclusão do homem às ruas estão a ausência de vínculo familiar e social, doença mental, desemprego, uso de drogas, entre

outros. É fato que a população em situação de rua é a parte “marginalizada” da sociedade e devido a este fato é discriminada, existindo, então, pouco cuidado com essa população.

Os programas sociais desenvolvidos nesse contexto trazem a marca ideológica do descarte social de uma população que é tratada como excedente. São programas marcados pela institucionalização de práticas que visam à retirada dessas pessoas das ruas, oferecendo, entretanto, poucas possibilidades de uma reestruturação de suas vidas (VARANDA; ADORNO, 2004, p. 11).

Ao vivenciar as rupturas advindas da exclusão social o sujeito em situação de rua sofre e, com isso, sua socialização passa a ser desestruturada e fragmentada, tornando-se assim, um indivíduo invisível para a sociedade. Tal situação provoca a vivência de um processo de luto pela perda do outro, da socialização e pela perda do seu antigo eu, como citam Trino, Rodrigues e Júnior (Brasil, 2012), o sujeito passa, então, a utilizar de mecanismos psicológicos que possibilitem a adaptação para a nova realidade em que se encontra.

### **3.5 O Homem Social**

O ser humano como nos apresenta Bonin (2012), ao nascer, traz consigo determinados comportamentos inatos, ligadas à sua estrutura biológica. Entretanto, no decorrer do seu desenvolvimento, é moldado pela atividade cultural dos outros com quem ele/ela se relaciona. Cada indivíduo, ao nascer, encontra o sistema social criado através de gerações já existentes e que é assimilado por meio de inter-relações sociais. A sociedade com suas instituições, crenças e costumes, não para acima dos indivíduos, mas sim ela é constituída por indivíduos.

De maneira que, Forgas e Williams (2001) apud Fischer e Vauclair(2011) enfatizam que todo e qualquer comportamento interpessoal envolve alguma forma de processos de influência mútua, e que os grupos ou sociedades só existem e funcionam por causa das formas de influência social efetivas, difundidas e compartilhadas.

O indivíduo histórico-social, que é também um ser biológico, se constitui através de rede de inter-relações sociais. Cada indivíduo pode ser considerado como nó em uma extensa rede de inter-relações em movimento. O ser humano desenvolve, através dessas relações, um “eu” ou pessoa (selfie), isto é, um autocontrole “egóico” que é o aspecto do “eu” no qual o indivíduo se controla pela autoinstrução falada, de acordo com sua autoimagem ou imagem de si próprio. (BONIN, 2012, s/p)

Sendo assim, o homem é um ser considerado em sua totalidade, ou seja, o seu constituinte cultural, social, mental e físico são os aspectos que dão margem para sua

existência, para ser no mundo, o homem então é um ser Biopsicossocial. Como mostram os estudos de Costa e Paiva (2016), a integração aos aspectos psicossociais demarcam sua vida desde o nascimento e para tanto o indivíduo necessita de seu componente cultural, suas amarras filogenéticas se interligam ao processo de identificação com o outro, é necessário, então que haja o contato do indivíduo com a sociedade que o cerca para o próprio desenvolvimento do ser.

O indivíduo forma-se, apropriando-se dos resultados da história social e objetivando-se no interior dessa história, ou seja, sua formação realiza-se por meio da relação entre objetivação e apropriação. Essa relação se efetiva sempre no interior de relações concretas com outros indivíduos, que atuam como mediadores entre ele e o mundo humano, o mundo da atividade humana objetivada. A formação do indivíduo é sempre um processo educativo (DUARTE, 2004, p. 51).

Sendo assim, no tocante ao ser humano, a relação entre os indivíduos e a história social é mediada pelos aspectos culturais resultantes da prática social, visto que sempre há um significado diante das experiências históricas que perpassam diversas gerações. Portanto, o sujeito sofrerá transformações por meio das atividades sociais, bem como os fenômenos culturais advindos do processo de objetivação (DUARTE, 2004).

### **3.6 Representações Sociais**

A teoria das representações sociais é estudada por muitos teóricos, e apresenta nos materiais bibliográficos conceitos diversificados. Como o de Oliveira e Werba (2012) que fala das representações sociais enquanto “teorias” sobre saberes populares e do senso comum, elaboradas e partilhadas coletivamente, com a finalidade de construir e interpretar o real. Por serem dinâmicas, levam os indivíduos a produzir comportamentos e interações com o meio, ações que, sem dúvida, modificam os dois.

Serge Moscovici, em suas obras discorre sobre o que seria as representações sociais, porém não deixa evidente como um conceito, em uma de suas tentativas de delimitação do que seria este fenômeno, ele nos cita que seria um sistema de valores, ideias e práticas, com uma dupla função: primeiro, estabelecer uma ordem que possibilitará às pessoas orientar-se em seu mundo material e social e controlá-lo; e, em segundo lugar, possibilitar que a comunicação seja possível entre os membros de uma comunidade, fornecendo-lhes um código para nomear e classificar, sem ambiguidade os vários aspectos de seu mundo e de sua história individual e social (MOSCOVICI, 1976, 2013).

E que será descrito anos depois por Sêga (2000) como, a maneira de interpretar e pensar na realidade cotidiana, uma forma de conhecimento da atividade mental desenvolvida pelos indivíduos e pelos grupos para fixar suas posições em relação a situações, eventos, objetos e comunicações que lhes concernem. Em outras palavras, explicitado pelo autor supracitado, a representação social é um conhecimento prático, que dá sentido aos eventos que nos são normais, forja as evidências da nossa realidade consensual e ajuda a construção social da nossa realidade.

Pensar em representações sociais leva-nos a ter uma visão de homem, enquanto um homem social, um sujeito inserido em um ambiente social, onde ele influencia e detém influência sobre este ambiente, sendo o fenômeno das representações sociais, um elemento presente nessas vivências e com papel valorativo no processo de relações desses sujeitos. Assim como descreveu Moscovici (2013)

Todas as interações humanas, surgiram elas entre duas pessoas ou de dois grupos, pressupõe representações. [...] Se esse fato é menosprezado, tudo o que sobra são trocas, isto é, ações e reações, que não são específicas e, ainda mais, empobrecidas na troca. Sempre e em todo lugar, quando nós encontramos pessoas ou coisas e nos familiarizamos com elas, as representações estão presentes. A informação que recebemos, e a qual tentamos dar um significado, está sob seu controle e não possui outro sentido para nós além das que elas dão a ele. (MOSCOVICI, 2013, s/p)

Sabe-se então, que a família se manifesta como a primeira instância de representação social para o sujeito, então, todo indivíduo necessita de integrar-se na sociedade por meio de grupos e relações sociais dentro e fora de sua comunidade. A rua então como sendo o contexto social atual destes indivíduos, faz parte do aprendizado e do seu desenvolvimento, uma vez que atua no processo de construção da sua identidade e personalidade enquanto sujeito, de modo que suas produções simbólicas possuem um papel significativo na construção da sua realidade presente. Como descreve Moscovici (2013), elas *convencionalizam* os objetos, pessoas ou acontecimentos que encontram, dando-lhes uma forma definitiva, localizando-as em categorias e gradualmente as colocam como um modelo de determinado tipo, distinto que passa a ser partilhado por um grupo de pessoas, e que terá influência na construção de suas 'realidades.

De forma que, pensar na população em situação rua enquanto um dos objetos de produção de representações sociais. E que assim como as demais representações sociais tem um papel na construção social da comunidade, individualmente possui um valor de influência no desenvolvimento individual do sujeito. De maneira que como nos

apresenta Guareschi (1996, 2002) apud Ferreira & Mattos (2004) acerca da representação social da população de rua, estes conteúdos interferem na constituição da identidade destas pessoas: é conhecimento socialmente compartilhado e utilizado como suporte para a construção de suas identidades pessoais. Trata-se de conteúdos simbólicos de cunho ideológico, na medida em que favorecem a cristalização de relações de exploração e dominação.

Dessa forma, o indivíduo que se encontra em condição de morada na rua acaba por perder as representações introduzidas inicialmente no seu processo de desenvolvimento, principalmente a da primeira instância, a familiar, e passa a ter que escolher e trilhar novos caminhos e assim tende a encontrar novas fontes que atuem como representantes daquilo que foi, de algum modo perdido, substituindo-as e fazendo uso de outras representações a serem seguidas em sua nova forma de viver. Representações essas descritas por Oliveira e Werba (2002) apud Ferreira & Mattos (2004).

Assim, a proposição aqui discutida é clara: as representações sociais sobre as pessoas em situação de rua reforçam a construção de identidades articuladas com valores negativamente afirmados. Neste caso específico, as representações sociais podem ser consideradas ideológicas, pois re-produzem e cristalizam relações concretas de dominação (OLIVEIRA e WERBA, 2002 apud FERREIRA E MATTOS, 2004, s/p).

Baseando-se então, no descrito por Ferreira & Mattos (2004) ao citar Ciampa (1990) e Berger e Luckmann (1985) os indivíduos configuram a sua identidade por meio da interiorização de atributos pressupostos pelos outros em suas interações, tendo base o conhecimento socialmente compartilhado, de forma que a existência de esquemas tipificadores possui então, a condição de predizer e manipular as condutas individuais na medida em que define e constrói os papéis e, por conseguinte, controla e prediz todas essas condutas.

Sendo assim, Mattos, Castanho & Ferreira (2003) apud Ferreira e Mattos (2004) fala que orientado por esses papéis objetivamente atribuídos, o indivíduo constrói personagens subjetivamente apropriados. Assim, os conteúdos simbólicos emergentes nas relações sociais construídas pelo indivíduo com seus interlocutores tornam-se referências que passam a ser apropriadas intrapsiquicamente. Explicitado pelos autores supracitados que, isto não quer dizer que o indivíduo aceite de bom grado tais tipificações, mas que as têm como conteúdos subjetivos em torno dos quais ele dá sentido às suas vivências e constrói sua identidade pessoal, mesmo que sejam por ele negados.

De maneira que, o indivíduo em situação de rua, acaba introjetando tais valores, e desenvolvendo sua identidade engendradas por eles, vivenciando então deste modo.

### **3.7 Exclusão Social**

Em consonância à Simões et al (2017), o uso abusivo de substância psicoativas acarreta prejuízos sanitários e sociais devido às limitações da assistência aos usuários e à situação de vulnerabilidade social. Esse detrimento assistencial refere-se a perspectiva moral, judiciária e institucionalizante acerca do uso abusivo e/ou dependência de drogas, ao passo que não considera os aspectos sociais, psicológicos, econômicos e políticos dos sujeitos.

Sendo assim, é possível perceber a complexidade relacionada ao uso abusivo de drogas pela população que vive nas ruas diante de elementos reforçadores da condição de exclusão social por parte desse segmento marginalizado ou até mesmo invisível pela sociedade. Esta conduta social acomete e provoca rebaixamento de autoestima, autoabandono, descuido e desinteresse pela vida, visto que é perpassada pelo descaso, preconceito, estigmas e desesperança perante a sociedade (TONDIN; NETA; PASSOS, 2013).

É notório que a população de rua considera este espaço como única alternativa de ser visível e existir, bem como procura referencial de pertencimento no qual constitua seus vínculos afetivos e sociais. Isto se deve ao fato desses sujeitos perpassarem por processos políticos e econômicos que refletem na pobreza, na exclusão e na segregação de pessoas (TONDIN; NETA; PASSOS, 2013).

Destarte, os mesmos autores, Tondin, Neta e Passos (2013) evidenciam a relevância de intervenções por meio de políticas públicas que assegurem os direitos e a equidade desse segmento, além de desempenhar estratégias e intervenções que reduzam os danos e os riscos oriundos desta situação, afrontando o estigma e a exclusão dos usuários de drogas em condição de rua.

### **3.8 Luto**

Com base em Freud, em “Luto e Melancolia” (1915/1917) o luto é uma experiência característica que se manifesta quando há a perda de um objeto, essa experiência se refere a perda do objeto amado. Sendo assim, esse objeto pode ser sobre a significação de uma pessoa, um objeto em seu estado material ou até mesmo sua

representatividade social, ou seja, o luto perpassa por todos os âmbitos da vida psicológica e social do homem, com isso o “luto social” está ligado a perda de autonomia, visibilidade social ou exclusão social, reconhecimento como sujeito, etc.

O exame da realidade mostrou que o objeto amado não mais existe, e então exige que toda libido seja retirada de suas conexões com esse objeto. Isso desperta uma compreensível oposição — observa-se geralmente que o ser humano não gosta de abandonar uma posição libidinal, mesmo quando um substituto já se anuncia. Essa oposição pode ser tão intensa que se produz um afastamento da realidade e um apego ao objeto mediante uma psicose de desejo alucinatória. O normal é que vença o respeito à realidade. Mas a solicitação desta não pode ser atendida imediatamente. É cumprida aos poucos, com grande aplicação de tempo e energia de investimento, e enquanto isso a existência do objeto perdido se prolonga na psique. Cada uma das lembranças e expectativas em que a libido se achava ligada ao objeto é enfocada e superinvestida, e em cada uma sucede o desligamento da libido. Não é fácil fundamentar economicamente por que é tão dolorosa essa operação de compromisso em que o mandamento da realidade pouco a pouco se efetiva. Mas o fato é que, após a consumação do trabalho do luto, o Eu fica novamente livre e desimpedido (FREUD, 1917 [1915] p. 129/130).

Azevedo e Pereira (2013, p. 59) em estudos e pesquisas desenvolvidos por Parks, apresentam algumas conclusões sobre os efeitos do luto nos indivíduos são bem explícitas no que se refere às alterações do sistema imunológico, que se tornam vulneráveis, as doenças físicas e mentais como insônia, anorexia, uso do álcool e drogas e depressão reativa estão presentes. O Luto é sobre a experiência emocional, a reconfiguração, a aflição que a vivência de forma imediata à perda; é sobre todo o processo de luto que se desencadeia. E acredita-se ser importante ressaltar a compreensão do luto como um processo, vivenciado de modo singular e essa vivência não pode ser considerada doença.

O processo de Luto consolida-se em sua definição como um conjunto de reações perante uma perda significativa e nos apresenta as quatro fases do luto segundo Bowlby: Fase de choque, Fase de desejo, Fase de desorganização e desespero, Fase de alguma organização, que os indivíduos vivenciam durante seu processo de luto, ocorrendo ou não seguindo ordem específica, podendo ocorrer estagnação em uma das etapas (AZEVEDO; PEREIRA, 2013).

Segundo Ariés (1982) apud Azevedo e Pereira(2013) durante todo o processo, o enlutado apresenta características que se distingue em três categorias: aquele que consegue esconder completamente sua dor – o enlutado se obriga a proceder como se nada tivesse acontecido, continuando a sua vida normal sem qualquer interrupção; o que esconde dos outros guardando para si mesmo – quase nada transparece externamente e o luto subsiste em particular. Pelo senso comum é a atitude mais aprovada, que admite ser

necessário tolerar algum desabafo, contanto que permaneça secreto; e o que a deixa aparecer livremente - o enlutado obstinado fica impiedosamente excluído como louco.

Dá-se o nome de “trabalho de luto” ao processo de elaboração do luto normal. É um processo normal, segundo o qual, lentamente, a pessoa vai vivendo e colhendo informações das realidades externa e interna acerca de como viver sem o ser amado em todas as situações em que estava acostumada a viver com ele. Ao final do trabalho de luto, à custa de tempo e investimento nas lembranças relacionadas com o morto, a realidade costuma vencer, o ego se sente livre para reinvestir em outro objeto. A duração varia conforme a relação prévia entre o morto e a pessoa enlutada. Freud estimou de 1 a 2 anos o tempo que, em geral, o ego precisa para realizar o trabalho de luto (EIZIRIK, 2015, p. 543)

Ao levantar a temática luto social faz-se uma associação ao luto habitado nos indivíduos que acabam por perder seu contato familiar e/ou social. Tal como explicitado acima, a experiência do luto pode ser manifestada em diferentes situações, sempre que se há a perda do objeto amado e tal estado é vivenciado de forma processual. No que se trata ao luto do social pensa-se na condição em que o sujeito perpassará por todos os mecanismos do luto normal em busca de uma nova ressignificação, sendo esta uma significância social, diante de novas barreiras. O processo de luto é de manifestação psíquica que se anuncia partir da entrada daquela pessoa em um tempo “escasso”, onde o sujeito passa a viver além da idealização e da fantasia (PINHEIRO, QUINTELLA e VERZTMAN, 2010).

## **4. METODOLOGIA**

### **4.1 Desenho do Estudo**

A pesquisa em questão configura-se como um estudo descritivo analítico, com o propósito de caracterizar a população em situação de rua, e analisar o fenômeno do luto social desses sujeitos que são atendidos pelo dispositivo do consultório na rua.

Trata-se de uma pesquisa qualitativa a qual prioriza analisar dados de uma determinada amostra. Tal modalidade de investigação que com o advento da leitura teórica visa ser fidedigna aos conteúdos levantados pelos sujeitos da pesquisa (MINAYO, 2017).

O dado qualitativo é uma forma de quantificação do evento qualitativo que normatiza e confere caráter objetivo à sua observação. Nesse sentido, constitui-se em alternativa à chamada pesquisa qualitativa, que também se ocupa da investigação de eventos qualitativos mas com referenciais teóricos menos restritivos e com maior oportunidade de manifestação para a subjetividade do pesquisador (PEREIRA, 2004, p. 21/22).

Para a construção dessa pesquisa foi realizada inicialmente uma busca do material teórico, através de publicações em livros e artigos científicos em bases de dados virtuais (Scielo, Scholar google, Periódicos CAPES), além da utilização das cartilhas, portarias e decretos do Ministério da Saúde. Após a obtenção dos elementos teóricos, seguiu-se com uma pesquisa documental e de campo. Ela se caracteriza, segundo Gil (1989) por, um estudo profundo e exaustivo de um ou de poucos objetos, de maneira a permitir conhecimento amplo e detalhado do mesmo, fundamentado na ideia de que a análise de uma unidade de determinado universo possibilita a compreensão de generalidade do mesmo ou, pelo menos, o estabelecimento de bases para uma investigação posterior, mais sistemática ou precisa.

### **4.2 Caracterização dos Sujeitos e do Local da Pesquisa.**

Os sujeitos participantes da pesquisa foram pessoas em situação de rua que são atendidos pelo dispositivo do consultório na rua da cidade de Aracaju SE, que é um equipamento de saúde, gerenciado pela Secretaria Municipal da Saúde (SMS). As entrevistas foram aplicadas em um total de sete sujeitos, que estão caracterizados na Tabela 01. Tendo como critérios de inclusão, a permanência está em situação de rua há mais de seis meses e não está sob efeito de substâncias psicoativas no momento da entrevista. Foram excluídos os sujeitos com idade inferior há 18 anos, que estivessem em

situação de rua por um período menor que seis meses e estivesse sob efeito de substância psicoativa.

O campo empírico foi às ruas da cidade de Aracaju SE, especificamente, as zonas onde se encontram esse público alvo, a exemplo das Unidades básicas de Saúde e praças públicas, além dos abrigos comunitários.

Para garantia do sigilo e anonimato dos participantes da pesquisa, utilizou-se de codificações (E1, E2...), onde a letra “E” refere-se ao entrevistado e a numeração equivalente à sequência em que foi aplicada a entrevista.

**Tabela 01. Caracterização dos Sujeitos da pesquisa**

Entrevistados	Idade	Sexo	Período em situação de rua
<b>E. 1</b>	37 anos	Masculino	3 anos
<b>E.2</b>	62 anos	Masculino	45 anos
<b>E3</b>	59 anos	Masculino	9 anos
<b>E.4</b>	27 anos	Feminino	Mais de 14 anos
<b>E.5</b>	31 anos	Masculino	Recentemente
<b>E.6</b>	43 anos	Feminino	20 anos
<b>E.7</b>	40 anos	Masculino	20 anos

Fonte: Elaborada pelas autoras

### 4.3 Procedimentos de coleta de dados

Inicialmente houve uma reunião prévia com os profissionais que atuam com o Consultório na Rua para que fossem apresentados os objetivos da pesquisa e obtida a autorização para a pesquisa documental e de campo. Foram acessadas as documentações do Consultório na Rua, pelas pesquisadoras responsáveis, que definiram o período compreendido entre 2016 e 2019 para esta etapa de coleta de dados.

As entrevistas semiestruturadas (Apêndice A) foram aplicadas individualmente e registradas manualmente, na íntegra, respectivamente nos dias 22 e 23 de maio de 2019. O instrumento foi previamente estruturado com 16 perguntas subjetivas, porém, ao fazer a aplicação, notou-se a necessidade de perguntar acerca da relevância do consultório na Rua para a vida daquelas pessoas, uma vez que a pesquisa é embasada nos usuários de tal serviço, portanto, ao total somaram 17 perguntas. O primeiro local de aplicação foi a Unidade de Saúde Maria do Céu que é o dispositivo de Referência do CNR, localizada na rua Maruim, N° 198 - Centro, Aracaju SE. Deu-se prosseguimento com a coleta de dados, nos locais já referidos.

Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B), após leitura e orientação realizada pelas pesquisadoras.

#### **4.5 Procedimentos de Análise de Dados**

Por fim, foi realizado análises dos dados coletados através das entrevistas e da pesquisa documental. Numa pesquisa qualitativa busca-se entender, compreender, exemplificar e descrever fenômenos que estão no âmbito do social diante das diferentes maneiras. Para tanto, Gibbs (2009) descreve algumas considerações acerca dessa modalidade de pesquisa, onde o pesquisador analisará experiências dos envolvidos; examinará interações e comunicações que se desenvolvem ao observar as interações e comunicações envoltas, no momento da pesquisa e na busca de conteúdo de documentos.

A descrição analítica funciona segundo procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens. Tratar-se-ia, portanto, de um tratamento da informação contida nas mensagens. É conveniente, no entanto, precisar de imediato que em muitos casos a análise não se limita ao conteúdo, embora tome em consideração o “continente”. A análise de conteúdo pode ser uma análise dos significados (exemplo: a análise temática), embora possa ser também uma análise dos significantes (BARDIN, 1977, p. 34).

A análise conteúdo é uma junção de técnicas da análise sistemática da comunicação, é adaptável, precedido de várias fontes e técnicas para uma finalidade, ou seja, a análise de conteúdo é uma única ferramenta que traz consigo apetrechos variáveis das análises das comunicações, portanto, haverá a percepção da vastidão que é o campo de pesquisa das comunicações e não pode ser insólita a pesquisa. Existem, então, critérios a serem seguidos numa análise de conteúdo, são as fases da pré análise, onde entram a formulação de hipóteses, leitura prévia de material, escolha de documentos, entre outros; exploração de material; no que se refere ao tratamento dos resultados, fala-se de: analisar e interpretar os conteúdos do que foi coletado, em sua essência os conteúdos manifesto e latentes, em seus significados e significantes (BARDIN, 2011).

Aqui se buscou fazer uma análise de conteúdo obtido nas pesquisas, pois deve-se criar ao propiciar uma pesquisa qualitativa uma gama de detalhes e olhares multifacetados acerca do tema proposto, através da busca incessante dos significantes e seus significados.

A amostra de uma pesquisa qualitativa deve estar vinculada à dimensão do objeto (ou da pergunta) que, por sua vez, se articula com a escolha do grupo ou dos grupos a serem entrevistados e acompanhados por observação participante. Espero contribuir com o leitor, comentando que a amostra não é um elemento solto no conjunto da proposta qualitativa. (MINAYO, 2017, p. 2).

É com essa intenção que a pesquisa em questão buscou entender e compreender as questões relativas à subjetividade do indivíduo em situação de rua. Para tanto, a pesquisa qualitativa deve seguir certas particularidades, para a maior e melhor objetividade e fidedignidade, entre elas seriam dar atenção ao instrumento elaborado; escolha da localidade e/ou grupo definido para contemplar as características propostas; atributos sociais dos sujeitos da pesquisa; definir de forma clara os sujeitos e grupos sociais da pesquisa; observação de grupos subsequentes ao grupo originários, ou seja, subgrupos que possam aparecer no momento da coleta; nenhuma informação deve ser descartada, toda informação obtida tem valor (Ibid, 2017).

A análise dos dados aqui apresentados foi feita a partir dos conteúdos gerados no processo da entrevista, usada como principal instrumento de coleta de dados, os quais condizem com os objetivos que regem a pesquisa como um todo. Assim, os conteúdos eram manuscritos simultaneamente à fala do entrevistado, com seu consentimento. Assim procedeu à interpretação e análise de conteúdo e a leitura extenuante de material que aborde os temas propostos nos objetivos específicos, assim como no objetivo geral.

Procurou-se aqui não desfazer de quaisquer teores apresentado pelos participantes, contudo, o critério de importância se deu aos conteúdos condizentes à pergunta em questão, todo material que fugisse do proposto foi anotado e serve de base para um estudo extra.

#### **4.6 Considerações Sobre os Aspectos Éticos**

O referente estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Tiradentes (CEP/ Unit) que é integrado ao Sistema Plataforma Brasil. Seguindo os termos descritos na Resolução CNS Nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Ministério da Saúde, referentes as diretrizes e normas regulamentadas de pesquisas envolvendo seres humanos. Dentro das disposições, termos e definições delimitados no documento supracitado, seguindo os aspectos éticos exigidos para essa modalidade de pesquisa, utilizou-se de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, onde eram descritos um desenho do estudo, riscos e benefícios possíveis ao sujeito, assim como a liberdade de retirada do processo, em qualquer momento. Assim como, seus direitos de assistência e respostas, subsequentes a coleta.

## 5. RESULTADO E DISCUSSÕES

### 5.1 Análise Documental

Inicialmente com a finalidade de alcance de um dos objetivos delimitados, foi realizada uma coleta de dados documentais. Optou-se pelo recorte de tempo de 2011 até 2019, porém, na cidade de Aracaju SE, o dispositivo só vai ser implantado no ano de 2015, possuindo relatórios a partir 2016, até o primeiro Bimestre de 2019. Houve perda de relatórios de dados, por parte da equipe, em bimestres dentro desse recorte de tempo, de modo que uma análise anual comparativa se torna inviável, assim como mudanças no modelo do relatório, de semestral para bimestral, tornando dificultoso o processo de análise.

A análise dos dados bimestrais evidenciou oscilação de acessos destes usuários aos serviços, em alguns momentos ocorrendo um aumento evidente de demandas ao serviço. Ao comparar os valores somados em ambos os semestres de 2016, com os números adquiridos nos Bimestres de 2017, 2018 e 2019, é perceptível valores aproximados aos obtidos nos dois semestres iniciais, o que torna evidente como os valores em um período de tempo menor, aproximaram-se dos valores iniciais de 2016, que referia-se a um recorte de tempo maior. De modo a concluir-se que, as demandas de usuários para o serviço vêm aumentando nos últimos anos, assim como a eficácia e necessidade do dispositivo para suprir tais demandas.

**Tabela 01; Série Histórica de Atendimentos.**

<b>Serviço</b>	<b>2016</b> (dados de 01 de janeiro a 31 de setembro)	<b>2016</b> (dados de 01 de setembro a 31 de dezembro)	<b>2017</b> (dados de 01 de setembro a 31 de dezembro)	<b>2018</b> (dados de 01 de maio a 31 de agosto)	<b>2019</b> (dados de 01 de janeiro a 31 de abril)
Consultas	501	458	371	590	461
Atendimentos na Unidade de Saúde da Família	210	270	393	323	260
Atendimentos nas ruas	230	45	227	267	201
Procedimentos	353	486	366	276	X

Retornos e acompanhamentos	593	370	271	74	X
Prontuários ativos	X	145	217	200	264
Acessos	900	X	590	940	656

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde, Aracaju SE.

## 5.2 Análise de Conteúdo

No processo de análise de conteúdo, após leituras exaustivas do material coletado nas entrevistas e no campo, emergiram quatro categorias de respostas, tendo como base os objetivos propostos no referido material e englobando as temáticas aqui apresentadas. Sendo as seguintes categorias, descritas abaixo:

**Tabela 03. Categorias Temáticas**

	<b>Categoria</b>	<b>Família de Origem</b>
1	<b>Categoria</b>	Luto Social
2	<b>Categoria</b>	Representações Sociais dos sujeitos
3	<b>Categoria</b>	Papel do Consultório na Rua
4	<b>Categoria</b>	

Fonte: Elaborado pelas pesquisadoras

### 5.2.1 Família de Origem

O sujeito é, em sua categoria de ser, um fenômeno constitutivo do que é social, advento também do que é biológico e é substancial no que faz seu psiquismo florescer, faz assim, crer que o homem é um ser biopsicossocial e está arraigado a isso seu crescimento como pessoa de subjetividade, identidade, idiosincrasias, pessoa com família, amigos, pertencente e ativo em uma sociedade. São as identificações e repercussões dos outros que faz o homem estabelecer suas representações sociais, é a partir da socialização como processo de desenvolvimento do outro que nasce o sujeito social. É, então, a partir disso que o homem torna-se pensante, sujeito de linguagem, que estabelece sua comunicação no contato com outros, e faz-se visível ao outro. Pode-se, ao pensar nisso, fazer uma ponte ao que Jacques Lacan denomina de “Estádio do Espelho”, onde basicamente, o sujeito, em sua fase basilar, necessita do outro para seu próprio desenvolvimento, ao “alienar-se” no desejo do outro, pois o sujeito necessita do outro para coordenar-se (NASIO, 1995).

Antecipo o amadurecimento de meu próprio corpo, graças ao fato de que me atiro na imagem do outro que encontro como que por milagre diante de mim.

[...]se existe um eu, ele é resultado do efeito que esse outro tem em mim, ao preço de essa imagem de mim, constituída no outro e pelo outro, ficar primordialmente alienada nele. Nessas condições, o eu nunca é senão a imagem do outro, e é assim que o mundo funciona (Ibid., p. 265/266).

Neste estudo, percebeu-se que a maioria dos entrevistados (5 de 7) deixaram o contato familiar por dificuldades de relacionamento com essa família de origem e/ou por sentir-se sozinho diante dessa família, como evidente no relato do Entrevistado 3 “*eu tinha minha família, mas sentia uma solidão, e eles não compreendiam*” ou na da Entrevistada 4 “*Desgosto de casa, revolta*”. No aprofundamento do elemento “família”, ficou evidente que os usuários afirmaram possuir contato com sua família, porém, em graus variados de comunicação com seus respectivos familiares, mas nada de forma aprofundado, pois, quando ocorre esse contato resulta-se em brigas, o que gera uma dificuldade de reconstrução dos vínculos. Afirmam também que apesar dessa possibilidade de contato, não apresentam interesse em que haja reaproximação com essa família de origem, como foi apresentado pelo entrevistado 2 “*não me perpassa essa ideia, saudade existia claro, mas não havia afeto suficiente para que quisesse voltar ao contato.*” ou na do Entrevistado 5 “*eu tenho filhos, de quando me casei, mas eles não me procuram*”,

O homem comumente estabelece-se diante de suas relações parentais e familiares, e é nesse meio, de primeira instância formadora do eu, que o sujeito dará início à criação de sua personalidade e identidade. É com a família que o indivíduo aprenderá acerca dos costumes, bons ou maus, sobre o que é e como conviver em sociedade, a família é, assim, o primeiro instrumento de aprendizado de uma pessoa e para tanto essa família deve ser sustentada e sustentável para que possa oferecer alento ao indivíduo que está desenvolvendo-se para tornar-se social (SOUZA e DIAS, 2016).

No que diz respeito às novas relações desenvolvidas após encontrarem-se em situação de rua, ressalta-se o quão evidente se apresentou, que para esses usuários os contatos estabelecidos na rua são muitos, porém a vinculação é muito pouca ou nenhuma, caracterizada por um baixo grau de afetação ou a inexistência de uma como alguns descrevem em falas como o Entrevistado 5 “*fiz amizades boas, que ti ajuda, da força, palavra de conforto mas também amizades ruins que só possuem interesses nas suas coisas*” “*Nada de bom*”.

Reflete-se então aqui, o quanto é difícil para essas pessoas, que não encontram-se em suas casas, e não possuem uma estruturação necessária, de que forma então, se tornaria possível alcançá-las em um ambiente tão hostil, como descrito por eles em falas como na do Entrevistado 2 *“indefinível, não democrático espaço que precariamente substitui um lar.”* e do Entrevistado 7 *“muito triste, transtorno”* é o ambiente da rua.

### 5.2.2 Luto Social

No quesito luto social o que se percebe-se o preconceito enraizado na sociedade, o mal-estar gerado na instância primária de educação, socialização e afetividade, ou seja, em sua família de origem. Essas pessoas, que se encontram em situação de rua percebem e sentem-se julgadas pelos que as rodeiam e em seus discursos trazem a dor que sentem porque a sociedade não procura entender sua vida, sua subjetividade, discurso esse trazido pelo Entrevistado 1 onde diz *“elas não buscam entender o que se passa aqui, na nossa mente, não é estudar nossa mente, mas é entender que aqui a gente sente muita coisa”* e o Entrevistado 7 *“difícil, com humilhações”*

Muitos usuários dizem que não conseguiram estabelecer vínculos após o rompimento familiar, outros dizem não firmar um vínculo de verdade, como o E1 *“Não, uma família assim, não, mas são amigos, né, tem uns dois, mais ou menos, um está até me esperando ali fora, agora é amigo assim, agora, né, mas a noite a gente tem que arranjar um lugar para ficar e muitos não nos acompanham, essa noite mesmo levaram a única coisa que eu tinha, minha caixinha de som, veja, tanta gente que tem por aí e querem roubar um arrombado como eu [...] Agora tem um que eu chamo de ‘meu guerreirinho’”;* o E5 também relata não ter vínculos na situação de rua.

O luto social aqui se caracteriza pela perda da visibilidade social, perda das suas representações primárias, o afastamento ou desligamento familiar, processos esses que podem ser experimentados pelo sujeito através de sentimentos que descrevem e/ou caracterizam o luto, como por exemplo, a tristeza e/ou o desamparo. Estes provocam uma situação de fragilidade emocional, até porque, o rompimento com a família e com o domicílio impõem a construção de, de uma nova rotina, um até mesmo toda uma vida modificada, portanto, o que cabe é saber quais são os “porquês “que estão por detrás daquela atitude.

Cada particularidade que faz o sujeito se desprender do âmbito familiar e/ou mesmo social é vista como um ponto de sofrimento. Se esse afastamento se dá por

contínuas brigas em família, o sujeito já estava passando, então, por um processo doloroso de agressão a si e ao outro, como são os exemplos do E1 e E6. Se o processo de desligamento familiar se faz necessário porque houve a morte da pessoa que era considerada o elo que fazia com que a família se unisse, então o sujeito vivencia a morte de uma pessoa importante e a perda da pequena união que existia e sua família, vendo a situação de rua como sua única saída, como o caso do E2 e do E1.

### 5.2.3 Representações Sociais dos Sujeitos

As representações sociais são constituídas e construídas nas interações dos sujeitos, são conhecimentos que se estabelecem e desenvolvem a partir das relações do senso comum, são formuladas e construídas nas interações grupais, e que são formadas pela união de percepção, conhecimento, troca, ideias dessas interações, constituída, assim, pelas representações das relações individuais e coletivas (MOSCOVICI apud SANTOS et al, 2015, s/p).

Nesta categoria nota-se uma aproximação com a problemática do luto social. Aqui, a exclusão social e invisibilidade decorrentes da vivência em condição de rua, provocam incômodo e o desejo de ser reconhecido em sua condição de sujeito.

É perceptível nos relatos a necessidade de serem valorizados pelo simples fato de estarem vivos, de terem sobrevivido a mais um dia, como diz o E1. *“Eu sou feliz porque estou vivo, né? Mas vou dizer que é bom viver na rua? Comendo comida que vocês jogam no lixo, a não ser que algum cidadão nos dê algo. Tem deles que olham para a gente com uma cara feia (por cima do ombro).”*

Representações essas que se solidificam com reflexo dos conteúdos do senso comum, assim como do processo de exclusão vivenciado por esses sujeitos, que auxiliam na produção dessas construções simbólicas desta parcela da população.

Considerar o fenômeno da exclusão implica considerar, também, aspectos subjetivos que mobilizam sentimento de rejeição, perda de identidade, falência dos laços comunitários e sociais, resultando numa retração das redes de sociabilidade, com quebra dos mecanismos de solidariedade e reciprocidade. A tônica da exclusão é dada pelo empobrecimento das relações sociais e redes de solidariedade. Assim, a noção de exclusão também remete ao fracasso (LAVINAS, 2003 apud MUNIZ et al 2011 p. 4).

Percebe-se essa necessidade de ser visto ao olhar do outro, como ser humano, participante dessa sociedade, como diz o E2: *“Gostaria de ser percebido pelo outro como uma pessoa, um indivíduo, uma personalidade”*; ou até mesmo na fala do E5 quando diz que *“Quero ser percebido como uma pessoa social, né, como uma pessoa que merece ser atendida”*, enquanto que a E4 simplesmente diz que quer ser percebida *“Humanamente”*.

#### 5.2.4 Papel do consultório na rua

O resultado do material oferece também dado, quanto ao papel do dispositivo do Consultório, que tem como finalidade o atendimento básico à população em situação de rua, funcionando como a porta de entrada ao Sistema Único de Saúde. A importância desse equipamento se dá, na medida em que garante o acesso à assistência em saúde para pessoas que sofrem o processo de rejeição nos demais serviços.

Realidade evidente na fala do Entrevistado 7 quando ele afirma que gostaria de ser percebido como *“alguém com capacidade de ser atendido.”*

Teoricamente, a partir do princípio de universalidade, não haveria sentido a construção de um serviço específico para população em situação de rua: o acesso ao SUS é um direito de todos e de qualquer um, não fazendo distinção entre tipos específicos de população. Contudo, a construção de um serviço de tal natureza vem responder a outro princípio do SUS: a equidade. É que na prática e na maioria das vezes, a população de rua não acessa os serviços de saúde. As ECR vêm responder a furos na rede de saúde e, entendemos, a uma necessidade de qualificação do SUS (SOUZA e MACERATA, 2015 s/p).

Ficou explícita,, a importância do CNR, que como afirmam os entrevistados, lhes oferece ajuda, e lhes proporcionam o direito de ser atendido, de modo que para muitos os profissionais recebem a posição de família dessas pessoas em situação de rua, evidenciado em relatos como do Entrevistado 5 *“mais que uma família, estão na hora que mais preciso de ajuda, enfermeira é como uma filha pra mim, eu tive problemas com drogas, já usei muitas, hoje uso somente a maconha, ela me deu muitos puxões de orelha”* e da Entrevistada 4 *“É importante, mais vocês, vem atrás”*.

## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este material teve, em particular, como objetivo geral compreender a experiência da população em situação de rua, usuários atendidos pelo dispositivo Consultório na Rua, em suas nuances no que se referem ao luto social, as representações sociais e o processo de desligamento familiar dessa população. Sendo importante ressaltar a colaboração desta parcela da população em situação de rua que consentiram em colaborar com a pesquisa, de modo que todo o material trazido por eles foi agregador e diante de suas respostas, conteúdos foram trazidos, assim como, a sua visão sobre a experiência do ambiente rua. Foi notório que essa população, descrita como uma parcela excluída da sociedade necessita de voz, o que, muitas vezes não lhes são dispostos, esses sujeitos precisam de atenção, cuidado integral, prevenção, educação e o mais importante, serem incluídos e percebidos como sujeitos de direitos.

No que se refere à equipe de trabalho do Consultório na Rua, apresentaram uma abertura, atenção e disponibilidade de colaboração com as pesquisadoras, que para a pesquisa em geral foi de extrema significância, assim como fizeram com que toda a pesquisa tivesse andamento.

Com relação aos dados obtidos, torna-se claro o aumento da demanda dessa parte da população nos serviços. Assim como, ficaram evidentes as vivências negativas nesse ambiente familiar de origem ou uma desestruturação já existente nesse, direcionando em alguns casos os sujeitos a situação de rua, assim sendo, a maioria dessa população não se sente interessada em reatar esses laços familiares, diante das queixas que apresentam.

Ficou nítido quanto a vivência deste processo de luto, que mesmo de forma não consciente, o sentimento de solidão está presente, a percepção de não pertencimento e, de diminuição de direitos, reflexo dessa perda primária, e de suscetíveis perdas, de relações sociais, resultantes do processo de exclusão social, em que se encontram inseridos.

Para além dos dados coletados, percebeu-se o preconceito vivenciado por estes sujeitos, sua invisibilidade, e o esquecimento da sua cidadania e humanidade, evidentes nos ambientes em que se obteve contato com eles, e explícito no discurso da comunidade local, selecionados para moradia, então a título do que foi observável em campo e não mensurado pelo questionário. Ficou evidente as representações sociais da comunidade, que estão nos arredores dos locais onde esses sujeitos se encontram, em relação a essas pessoas em situação de rua, há um preconceito velado, e um movimento de querer

remover os usuários de onde estão, no momento, por estar importunando ou gerar algum desconforto nessa comunidade. Percebe-se um descaso e desamparo desses sujeitos, que não são percebidos como sujeitos de direito, com aspectos subjetivos, como seres biopsicossociais, postura essa descrita e relatada pelos sujeitos da pesquisa, durante o processo de entrevista, o que confirma a realidade da postura da sociedade acerca dessa parcela da população que está desassistida.

De modo que, diante do exposto, acredita-se que com os resultados tornará possível mobilizar questionamentos a sociedade quanto ao seu papel na vivência desses sujeitos, assim como, em seus olhares no que refere-se a este público. Viabilizar a efetivação da intersetorialidade, com o propósito de uma ação conjunta entre as Políticas Públicas, em especial as políticas de Assistência Social e educação. Sendo assim, este estudo aponta para a necessidade da humanização que deve sempre estar em destaque em todas as áreas do saber.

Cabe também ressaltar a importância da atuação da atenção primária em saúde, no que tange à promoção e prevenção de saúde nessa população, que encontra no CNR a viabilização do direito que lhe é negado nos demais serviços, e funciona como “porta de entrada” para outros equipamentos da rede de saúde. Vale por fim destacar que, a pesquisa encontrou contratempos e dificuldades, como um período reduzido para as pesquisadoras em sua etapa de coleta dos dados, consequente de problemas de comunicação, dificultando o alcance de uma amostra mais significativa. Soma-se a este fator, o caráter itinerante desses sujeitos, tornando complexa a localização exata para aplicação da entrevista e o uso de substâncias psicoativas por parte desse público alvo, inviabilizando a inclusão na amostra.

Ademais, evidenciou-se a necessidade de estudos voltados para esta parcela da população, que passa por um “esquecimento” social, como forma de abrir e aprofundar o debate neste contexto pouco trabalhado e agrega vários problemas de ordem social, como a questão da dependência química. Tais fatores levaram as autoras deste estudo a levantar alguns questionamentos: Qual o papel existencial as substâncias psicoativas apresentam na vida desses sujeitos? E até que ponto está relacionado a essas perdas sociais? Tais questionamentos poder-se-ão ser exaltados e continuados nesta pesquisa, futuramente, ao ampliar-se a temática proposta, sendo um maior parâmetro de análise porém que abre espaço para uma discussão até o momento pouco evidenciada, e que pode possibilitar a

mobilização de um desenvolvimento de propostas de políticas públicas, que insiram e permitam o acesso desses sujeitos aos seus direitos enquanto cidadãos.

## REFERÊNCIAS

AZEVEDO, Ana Karina Silva; PEREIRA, Maria Aldeci. **O luto na clínica psicológica: um olhar fenomenológico**. 2013.

BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. Persona Edições 70: São Paulo, 1977

. \_\_\_\_\_ **Análise de conteúdo**. Edições 70: São Paulo, 2011.

BONIN, Luiz Fernando Rolim. **Indivíduo, Cultura e Sociedade**. In STREY, Marlene Neves. Psicologia Social Contemporânea. Rio de Janeiro, 2012.

CAPELLA, Ana Cláudia Niedhardt. **Formulação de Políticas Públicas**. Brasília: Enap, 2018.

CARVALHO, Gilson. A Saúde Pública no Brasil. **Estudos Avançados**. São Paulo, 2013. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-40142013000200002&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-40142013000200002&script=sci_arttext)>

CECÍLIO, L. C. O. **Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada**. Rio de Janeiro, 1997.

COSTA, Ana Paula Motta. **População em situação de rua: contextualização e caracterização**. Dezembro, 2005.

COSTA, Pedro Henrique Antunes; PAIVA, Fernando Santana. Revisão da literatura sobre as concepções dos profissionais de saúde sobre o uso de drogas no Brasil: modelo biomédico, naturalizações e moralismos. **Revista Scielo**. São Paulo, 2016. Acesso em: 16/10/2018. Disponível em: < <https://www.scielosp.org/article/physis/2016.v26n3/1009-1031/pt/>>

DUARTE, Newton. Formação do Indivíduo, consciência e alienação: o ser humano na psicologia de A. N. LEONTIEV. **Revista Scielo**. Campinas, 2004. Acesso em: 16/10/2018. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/%0D/ccedes/v24n62/20091.pdf>>

EIZIRIK, Cláudio Laks; AGUIAR, Rogério Wolf; SCHESTATSKY, Sidnei. **Psicoterapia de orientação analítica: fundamentos teóricos e Clínicos** – 3. ed. – Porto Alegre: Artmed, 2015.

FERREIRA, Ricardo F. & MATTOS, Ricardo M. **Quem vocês pensam que (elas) são? Representações sobre as pessoas em situação de rua**. Maio/ago., 2004.

FISCHER, Ronald & VAUCLAIR, Christin- Melanie. **Influência Social e Poder**. In TORRES, Cláudio Vaz & NEIVA, Elaine Rabelo. Psicologia Social: principais temas e vertentes. Porto Alegre, 2011.

FOCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. 6ª ed. - Rio de Janeiro/São Paulo: Paz e Terra, 2017.

FREUD, Sigmund (1914-1916). **Luto e melancolia**. In: FREUD, Sigmund. Obras Completas. v. 12. Companhia das Letras.

GIBBS, Graham. **Análise de Dados Qualitativos**. ArtMed: Porto Alegre, 2009.

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e Técnicas de pesquisa social**. São Paulo, 1989.

HALLAIS, J.; BARROS, N. **Consultório na Rua: visibilidades, invisibilidades e hipervisibilidade.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, jul., 2015.

KUSCHNIR, R.; LIMA, L. D.; BAPTISTA, T. W. F.; MACHADO, C. V. Configuração da rede regionalizada e hierarquizada de atenção à saúde no âmbito do SUS. In: GONDIM, R. O.; GRABOIS, V.; MENDES JUNIOR, W. V. (Orgs). **Qualificação de gestores do SUS.** Rio de Janeiro, 2011

LONDERO, Mário Francis Petry; CECCIM, Ricardo Burg; BILIBIO, Luiz Fernando Silva. **Consultório de/na rua: desafio para um cuidado em verso na saúde.** 2013.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. AMOSTRAGEM E SATURAÇÃO EM PESQUISA QUALITATIVA: CONSENSOS E CONTROVÉRSIAS. **Revista Pesquisa Qualitativa.** [Online] v. 5, n. 7 São Paulo, 2017. Disponível em: <<https://editora.sepq.org.br/index.php/rpq/article/view/82/59>>

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

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Manual sobre o cuidado à saúde junto à população em situação de rua.** Brasília, 2012. Página 11.

MOSCOVICI, Serge. **Representações sociais: investigações em psicologia social.** Petrópolis, RJ, 2013

MUNIZ, Leonardo Reis; DUARTE, Suely do Pilar Xavier; PEREIRA, Viviane Souza. POBREZA E EXCLUSÃO SOCIAL: notas sobre um debate em curso e suas implicações na definição de políticas públicas. [Online] V Jornada Internacional de Políticas Públicas e Saúde: São Luiz, 2011. Disponível em: <[http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2011/CdVjornada/JORNADA\\_EIXO\\_2011/IMPASSES\\_E\\_DESAFIOS\\_DAS\\_POLITICAS\\_DA\\_SEGURIDADE\\_SOCIAL/POBREZA\\_E\\_EXCLUSAO\\_SOCIAL.pdf](http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2011/CdVjornada/JORNADA_EIXO_2011/IMPASSES_E_DESAFIOS_DAS_POLITICAS_DA_SEGURIDADE_SOCIAL/POBREZA_E_EXCLUSAO_SOCIAL.pdf)>

NASIO, J. D. **Introdução às obras de Freud, Ferenczi, Groddeck, Klein, Winnicott, Dolto, Lacan.** Rio de Janeiro: Zahar, 1995..

OLIVEIRA, Fátima O. & WERBA, Graziela C. **Representações sociais.** In STREY, Marlene Neves. Psicologia social contemporânea. Petrópolis, RJ, 2012.

PAIM, Jaimilson Silva. **O que é o SUS.** Rio de Janeiro, 2009.

PAIM, Jairnilson; TRAVASSOS, Claudia; ALMEIDA, Celia; BAHIA, Ligia; MACINKO, James. **O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios.** 2011

PEREIRA, Júlio Cesar. **Análise de Dados Qualitativos: Estratégias Metodológicas para as Ciências da Saúde, Humanas e Sociais.** 3. Ed. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2004.

PINHEIRO, Maria Teresa da Silveira; QUINTELLA, Rogerio Robbe; VERZTMAN, Julio Serge. Distinção teórico-clínica entre depressão, luto e melancolia. [Online] **Revista Psicologia Clínica:** v. 22 n.2 Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pc/v22n2/10.pdf>>

SANTOS, Geovane Tavares; DIAS, José Manoel de Barros. **Teoria das representações sociais: uma abordagem sociopsicológica.** [Online] Revista Eletrônica de Humanidades do Curso de Ciências Sociais da UNIFAP v. 8 n. 1 Macapá, 2015.

SARRETA, Fernanda de Oliveira. **As Políticas Públicas de Saúde.** São Paulo, 2009

SÊGA, Rafael Augustus. **O conceito de representação social nas obras de Denise Jodelet e Serge Moscovici.** Porto Alegre, 2000.

SIMÕES, T. et al. **Missão e efetividade dos Consultórios na Rua: uma experiência de produção de consenso.** Saúde Debate, Rio de Janeiro, v. 41, n. 114, p. 963-975, jul-set, 2017.

SOUZA, Lucas Freitas de; DIAS, Nathália Fernandes Junqueira. A vida em sociedade. **Revista Âmbito Jurídico.** [Online] N. 152. Rio Grande do Sul, 2016. Disponível em: <[http://ambito-juridico.com.br/site/?n\\_link=revista\\_artigos\\_leitura&artigo\\_id=17870](http://ambito-juridico.com.br/site/?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=17870) >

SOUZA, Tadeu de Paula & MACERATA, Iacã. **A clínica nos consultórios na rua: territórios, coletivos e transversalidades.** 2015

TONDIN, M.; NETA, M.; PASSOS, L. **Consultório de Rua: intervenção ao uso de drogas com pessoas em situação de rua.** Revista Educação Pública, Cuiabá, v. 22, n. 49/2, p. 485-501, maio/ago., 2013.

VARANDA, Walter; ADORNO, Rubens de Camargo Ferreira. Descartáveis urbanos: discutindo a complexidade da população de rua e o desafio para políticas de saúde. **Revista Scielo.** São Paulo, 2004. Acesso em: 15/10/2018. Disponível em: <<https://www.scielo.org/article/sausoc/2004.v13n1/56-69/> >

WANDERLEY, Mariangela Belfiore. et al. **As artimanhas da exclusão: análise psicossocial e ética da desigualdade social.** Petrópolis, 2001.

## APÊNDICE A

	<p style="text-align: center;"><b>QUESTIONÁRIO DE APLICAÇÃO DA PESQUISA</b></p> <p style="text-align: center;">“Palco de voz dos que não são ouvidos: experiência com indivíduos em situação de rua atendidos pelo dispositivo do consultório na rua.”</p>
---	--

Idade: \_\_\_\_\_

Sexo: ( ) Feminino ( ) Masculino

1. Há quanto tempo você se encontra em situação de rua?
2. O que o levou a condição de rua?
3. Como você descreveria o ambiente da rua?
4. Você considera a rua como um lar?
5. Quando ocorreu o processo de afastamento da sua família originária?
6. Quando foi seu último contato com esses familiares?
7. Você ainda possui algum grau de contato com eles?
8. Você acha que é possível refazer esses vínculos familiares?
9. Como foi essa vivência de saída do ambiente familiar?
10. Como você percebe a relação com o resto da população?
11. Em quais situações isso é mais evidente?
12. Que tipo de sentimento você experimenta?

13. De qual forma você gostaria de ser percebido?
14. Quais os vínculos que você construiu na vivência da situação de rua?
15. Qual a relevância dos novos vínculos que você construiu?
16. Quais os sentimentos que você experimenta nesses novos vínculos?
17. Qual o papel do Consultório na Rua na sua vida?

Aracaju, \_\_ de \_\_\_\_\_ de 2019

---

(Assinatura do Pesquisador responsável)

Nome completo: Tais Fernandina Queiroz

CPF: 914.965.435-72

Cargo: Docente do Curso de Psicologia

---

Demais pesquisadores

Nome completo: Ana Beatriz dos Anjos Silva

CPF: 058 460 605-28

Cargo: Graduanda de Psicologia

---

Demais pesquisadores

Nome completo: Kathllen Kendra Rocha Silva

CPF: 056 879 435- 44

Cargo: Graduanda de Psicologia

## APÊNDICE B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, \_\_\_\_\_,

abaixo assinado, autorizo a Universidade Tiradentes, por intermédio das alunas, Ana Beatriz dos Anjos Silva e Kathllen Kendra Rocha Silva devidamente assistidas pela sua orientadora Profa. Mestre Tais Fernandina Queiroz, a desenvolver a pesquisa abaixo descrita:

1-Título da pesquisa: Palco de voz dos que não são ouvidos: experiência com indivíduos em situação de rua atendidos pelo dispositivo do consultório na rua.

2-Objetivos Primários e secundários:

2.1 Objetivos Primários: Compreender a experiência dos usuários do consultório na rua diante dos seus aspectos biopsicossociais.

2.2 Objetivos Secundários:

- Investigar o quantitativo de pessoas em situação de rua, atendidas pelo consultório de rua, em Aracaju SE no período de 2011 a 2019;
- Analisar as representações sociais relacionadas ao processo de luto social;
- Compreender as repercussões do desligamento com a família de origem para a população em situação de rua;

3-Descrição de procedimentos: Inicialmente será feita uma breve entrevista dos voluntários da pesquisa. Em seguida, será utilizado um questionário que aborda questões desses indivíduos relacionadas as suas relações sociais, ao seu desligamento familiar, ao luto social e seus aspectos subjetivos, de modo a disponibilizar dados para análise da pesquisa.

4-Justificativa para a realização da pesquisa: A pesquisa tem como propósito a ampliação de conteúdos acadêmicos referentes a conteúdos sobre esses indivíduo, que em sua realidade social passam por um processo de exclusão social e inúmeras perdas sociais.

Percebendo a grande quantidade de pessoas nessa condição de rua, considera-se um aspecto de grande importância social e de grande necessidade de aprofundar estudos que tenham o foco nesse context social. Assim como, possibilita a produção de material didático que podem auxiliar no processo de modificação dessa realidade e de novas formas de atendimento às demandas sociais, bem como para nós autoras uma obra de valor acadêmico para nossa experiência escolar e ampliação profissional.

5-Desconfortos e riscos esperados: Pode haver a mobilização de conteúdos emocionais dos voluntários da pesquisa acerca da temática em pesquisa.

Como forma de garantia de proteção dos voluntários, as pesquisadoras garantem o manejo terapêutico, caso se faça necessário durante o processo de aplicação da pesquisa.

6-Benefícios esperados: estimular um olhar sobre a problemática dessa população em situação de rua, como forma de gerar novas propostas de políticas públicas para esta parte da população que perde seus direitos enquanto cidadãos no processo de exclusão.

O pesquisador responsável, o sujeito da pesquisa ou seu representante legal e, quando for o caso, devem rubricar todas as folhas do TCLE, apondo também suas assinaturas na última página do referido Termo.

V2\_28nov13

7-Informações: Os participantes têm a garantia que receberão respostas a qualquer pergunta e esclarecimento de qualquer dúvida quanto aos assuntos relacionados à pesquisa. Também os pesquisadores supracitados assumem o compromisso de proporcionar informações atualizadas obtidas durante a realização do estudo.

8-Retirada do consentimento: O voluntário tem a liberdade de pedir para sair a qualquer momento e deixar de participar do estudo, não acarretando nenhum dano ao voluntário.

9-Aspecto Legal: Elaborado de acordo com as diretrizes e normas regulamentadas de pesquisa envolvendo seres humanos atende à Resolução CNS nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde do Ministério de Saúde - Brasília - DF.

10-Confabilidade: Os voluntários terão direito à privacidade. A identidade (nomes e sobrenomes) do participante não será divulgada. Porém os voluntários assinarão o termo de consentimento para que os resultados obtidos possam ser apresentados em congressos e publicações.

11-Quanto à indenização: Não há danos previsíveis decorrentes da pesquisa, mesmo assim fica prevista indenização, caso se faça necessário.

12-Os participantes receberão uma via deste Termo assinada por todos os envolvidos (participantes e pesquisadores).

13-Dados do pesquisador responsável:

Nome: Profa. Mestre Tais Ferdandina Queiroz

Endereço profissional/telefone/e-mail: taisfqueiroz@hotmail.com

**ATENÇÃO:** A participação em qualquer tipo de pesquisa é voluntária. Em casos de dúvida quanto aos seus direitos, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Tiradentes.

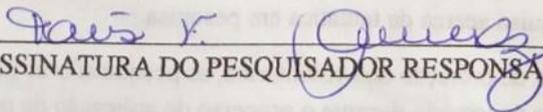
CEP/Unit - DPE

Av. Murilo Dantas, 300 bloco F – Farolândia – CEP 49032-490, Aracaju-SE.

Telefone: (79) 32182206 – e-mail: cep@unit.br.

Aracaju, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2019.

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA DO VOLUNTÁRIO

  
\_\_\_\_\_  
ASSINATURA DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL

O pesquisador responsável, o sujeito da pesquisa ou seu representante legal e, quando for o caso, devem rubricar todas as folhas do TCLE, apondo também suas assinaturas na última página do referido Termo.

V2\_28nov13

## ANEXO A



Scanned with  
CamScanner



ESTADO DE SERGIPE  
PREFEITURA MUNICIPAL DE ARACAJU  
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE  
REDE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA

### Série histórica por quadrimestre de atendimento

#### Consultório na Rua

Programa implantado em junho de 2015 na REAP, equipe modalidade III.

#### 01 de janeiro a 28 de setembro de 2016

Serviços	Quantitativo
Consultas	501
Atendimentos na Unidade de Saúde da Família	210
Atendimentos nas ruas	230
Procedimentos	353
Retornos/acompanhamentos	593
Cuidando do cuidador	X
Reuniões de equipe	X
Prontuários ativos	126
Acessos	900

#### 01 de setembro a 31 de dezembro de 2016:

Serviços	Quantitativo
Consultas	458
Atendimentos na Unidade de Saúde da Família	270
Atendimentos nas ruas	45
Procedimentos	486
Retornos/acompanhamentos	370
Cuidando do cuidador	X
Reuniões de equipe	X
Prontuários ativos	145
Acessos	X

**01 de janeiro a 31 de abril de 2017:**

Serviços	Quantitativo
Consultas	
Atendimentos na Unidade de Saúde da Família	
Atendimentos nas ruas	
Procedimentos	
Retornos	
Cuidando do cuidador	
Reuniões de equipe	
Prontuários ativos	
Acessos	

**01 de maio a 31 de agosto de 2017:**

Serviços	Quantitativo
Consultas	
Atendimentos na Unidade de Saúde da Família	
Atendimentos nas ruas	
Procedimentos	
Retornos	
Cuidando do cuidador	
Reuniões de equipe	
Prontuários ativos	
Acessos	

**01 de setembro a 31 de dezembro de 2017:**

Serviços	Quantitativo
Consultas	371
Atendimentos na Unidade de Saúde da Família	393
Atendimentos nas ruas	227
Procedimentos	366
Retornos	271
Cuidando do cuidador	01

Reuniões de equipe	15
Prontuários ativos	217
Acessos	590

**01 de janeiro a 31 de abril de 2018:**

Serviços	Quantitativo
Consultas	
Atendimentos na Unidade de Saúde da Família	
Atendimentos nas ruas	
Procedimentos	
Retornos	
Cuidando do cuidador	
Reuniões de equipe	
Prontuários ativos	
Acessos	

**01 de maio a 31 de agosto de 2018:**

Serviços	Quantitativo
Consultas	590
Atendimentos na Unidade de Saúde da Família	323
Atendimentos nas ruas	267
Procedimentos	276
Retornos	74
Cuidando do cuidador	01
Reuniões de equipe	15
Prontuários ativos	200
Acessos	940

**01 de setembro a 31 de dezembro de 2018:**

Serviços	Quantitativo
Consultas	
Atendimentos na Unidade de Saúde da Família	

Atendimentos nas ruas	
Procedimentos	
Retornos	
Cuidando do cuidador	
Reuniões de equipe	
Prontuários ativos	
Acessos	

**01 de janeiro a 31 de abril de 2019:**

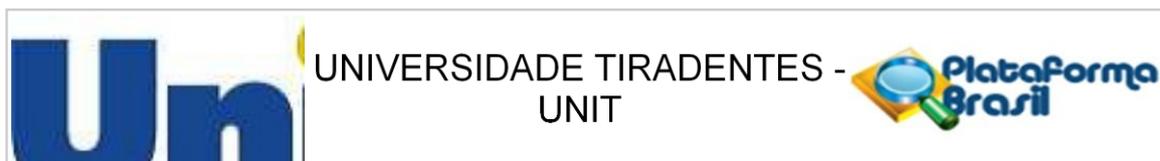
Serviços	Quantitativo
Consultas	461
Atendimentos na Unidade de Saúde da Família	260
Atendimentos nas ruas	201
Procedimentos	x
Retornos	x
Cuidando do cuidador	02
Reuniões de equipe	09
Prontuários ativos	264
Acessos	658
Articulação em rede	79
Relatório MP	04
Tratamento e encaminhamentos ISTs	68
Atividade coletiva	22







## ANEXO D

**COMPROVANTE DE ENVIO DO PROJETO****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** PALCO DE VOZ DOS QUE NÃO SÃO OUVIDOS: ENTENDENDO O LUTO SOCIAL NA EXPERIÊNCIA COM INDIVÍDUOS EM SITUAÇÃO DE RUA ATENDIDOS PELO DISPOSITIVO DO CONSULTÓRIO NA RUA

**Pesquisador:** Tais Fernandina Queiroz

**Versão:** 2

**CAAE:** 11119219.6.0000.5371

**Instituição Proponente:** SOCIEDADE DE EDUCACAO TIRADENTES S/S LTDA

**DADOS DO COMPROVANTE**

**Número do Comprovante:** 035065/2019

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

Informamos que o projeto PALCO DE VOZ DOS QUE NÃO SÃO OUVIDOS: ENTENDENDO O LUTO SOCIAL NA EXPERIÊNCIA COM INDIVÍDUOS EM SITUAÇÃO DE RUA ATENDIDOS PELO DISPOSITIVO DO CONSULTÓRIO NA RUA que tem como pesquisador responsável Tais Fernandina Queiroz, foi recebido para análise ética no CEP Universidade Tiradentes - UNIT em 05/04/2019 às 07:01.

**Endereço:** Campus Farolândia - Av. Murilo Dantas, 300 - DPE - Bloco F - Térreo  
**Bairro:** Bairro Farolândia **CEP:** 49.032-490  
**UF:** SE **Município:** ARACAJU  
**Telefone:** (79)3218-2206 **Fax:** (79)3218-2100 **E-mail:** cep@unit.br