

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM
BACHARELADO EM SAÚDE COLETIVA**

KARINE GUIMARÃES VIEIRA

**Território:
Um estudo sobre produção de saúde para a população de rua**

PORTO ALEGRE

2018

KARINE GUIMARÃES VIEIRA

Território:

Um estudo sobre produção de saúde para a população de rua

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado como requisito parcial à
obtenção do título de Bacharel em Saúde
Coletiva pela Universidade Federal do Rio
Grande do Sul.

Orientador: Prof. Roberto Henrique Amorim
de Medeiros

PORTO ALEGRE

2018

“[...] grupos e populações humanas tidas como marginais ou invisíveis socialmente. Contudo, diferentemente dos antropólogos clássicos – que iam a terras distantes encontrar essas populações para realizar seus estudos – nós, aqui, não precisamos ir muito longe”

(Mauro Meirelles, 2017)

RESUMO

O território é constituído por meio de representações oriundas de um espaço físico inicial que sofre interações e ações de sujeitos, considerando suas delimitações geográficas e significados variados. O estudo visa identificar no viver na rua meios de produção de saúde a partir do Território. O recorte territorial escolhido foi a Praça México localizada no município de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. Estruturado como um estudo descritivo, com abordagem qualitativa. O procedimento de pesquisa efetivou-se por meio da Técnica da Estimativa Rápida (ACÚRCIO; SANTOS & FERREIRA, 1998) compõe o procedimento de coleta de dados sustentado em três fontes principais: 1) registros escritos existentes ou bases de dados secundários acerca do território estudado; 2) entrevistas com informantes-chave; e 3) observação ativa da área. Esta produção de saúde será descrita e discutida voltada aos arranjos territoriais, sobre os quais se observou grupos distintos de moradores de rua deste território, entrevistas com informantes-chave, meios de produção de saúde e o sensível da despedida, narrando cenas das entrevistas com a população em situação de rua. Os resultados da investigação apontam que as produções de saúde deste território se dão inicialmente pela dinâmica organizacional da divisão de grupos, proteção, precaução, criação de regras, conhecimento da rede assistencial, este último, um possível nó crítico na produção de saúde. Conclui-se a necessidade de pesquisas e de ações que reduzam os estigmas em torno deste grupo populacional, merecendo atenção dos segmentos públicos para fortalecer a rede assistencial já existente.

Palavras-chave: Território. Produção de saúde. População em situação de rua. Estimativa rápida.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	06
2 ABORDAGEM METODOLÓGICA	08
3 CAMINHOS PARA A PRODUÇÃO DE SAÚDE	10
3. 1 Políticas Públicas e a Produção de Saúde	10
3. 2 O Território	13
3. 3 A Rede Rua	16
4 A PRODUÇÃO DE SAÚDE	18
4. 1 Arranjos territoriais	18
4. 2 Entrevistas com informantes-chave	19
4. 3 Meios de produção de saúde	21
4. 4 O sensível da despedida	24
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	26
REFERÊNCIAS	28
ANEXOS	30
ANEXO I	30
ANEXO II	31
ANEXO III	34

1 INTRODUÇÃO

A rua mostra-se como o lar/domicílio de muitas pessoas que nela buscam acolhimento e liberdade, criando uma identidade relacionada a um território. Os motivos que levam a ocupar este espaço variam. Entretanto, o aumento do número de pessoas vivendo em situação de rua ampliou o olhar para esta população. A partir disso criaram-se meios e garantias para a manutenção de condições mínimas de existência. A vida nas ruas associa-se a diversas vulnerabilidades e riscos, tais como: consumo de álcool, consumo de drogas, exposição ao ambiente natural, privações, exclusão e invisibilidade social.

A criação de uma política específica assegura alguma visibilidade ao problema. De acordo com a Política Nacional para a População em Situação de Rua,

“Art. 1º, parágrafo único, considera-se população em situação de rua o grupo populacional heterogêneo que possui em comum a pobreza extrema, os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados e a inexistência de moradia convencional regular, e que utiliza os logradouros públicos e as áreas degradadas como espaço de moradia e de sustento, de forma temporária ou permanente, bem como as unidades de acolhimento para pernoite temporário ou como moradia provisória” (PNPSR, 2009).

Ao pensar saúde, variados temas podem ser abordados e delimitados considerando distintos paradigmas e interesses. No Brasil existem inúmeras Políticas de Saúde são norteadoras do cuidado, visando melhorias nas condições de vida, incluindo prevenção, promoção, reabilitação, tratamento e recuperação da saúde. O cuidado deve compreender o ser humano em sua ampla dimensão, reconhecendo que um corpo é biológico, psicológico, social, assim, a integralidade é indispensável para efetivar condições de saúde mínimas nos territórios.

Um território é constituído por meio de representações oriundas de um espaço físico inicial que sofre interações e ações de sujeitos, considerando suas delimitações geográficas e significados variados, de modo que seu conceito torna-se fundamental para compreender o habitar a rua e todo contexto psicossocial que permeia a vida de seus moradores.

O presente texto apresenta a população em situação de rua no contexto da produção de saúde a partir do território. Diante disso o objetivo deste escrito

é, portanto, identificar no viver na rua meios de produção de saúde a partir do Território.

Utilizando como procedimento de pesquisa a Técnica da Estimativa Rápida, tendo como recorte territorial escolhido uma praça que serve de ponto de encontro e localização de grupos de população em situação de rua.

2 ABORDAGEM METODOLÓGICA

Este escrito está estruturado como um estudo descritivo, com abordagem qualitativa. O procedimento de pesquisa efetivou-se por meio da Técnica da Estimativa Rápida. Trata-se de um modo de se obter informações sobre um conjunto de problemas, baseado na percepção da população, em curto período de tempo e sem grandes gastos (ACÚRCIO; SANTOS & FERREIRA, 1998). A Técnica da Estimativa Rápida foi amplamente utilizada no processo de consolidação do Sistema Único de Saúde no Brasil, particularmente no contexto de planejamento dos Sistemas Locais de Saúde, entendidos como um modo de organizar uma resposta social aos problemas de saúde de determinado território (ACÚRCIO; SANTOS & FERREIRA, 1998).

A Estimativa Rápida é um processo de coleta e de análise de informações que possam subsidiar a elaboração de um plano de ação. Neste caso a utilizaremos como modo de coleta de dados para fomentar primeiras conclusões sobre a temática deste estudo. Os dados foram coletados entre abril e junho de 2018, observando as três fontes principais da técnica, neste caso: 1) nos registros escritos existentes ou fontes secundárias; 2) entrevistas com informantes-chave, (utilizando roteiro); e 3) na observação ativa da área.

Para este estudo o território escolhido foi a Praça México localizada no município de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, por tratar-se de um local com concentração de moradores de rua distante da área central da cidade.

Os registros utilizados para o levantamento de dados da investigação foram: 1) Pesquisa Perfil e Mundo dos Adultos em Situação de Rua de Porto Alegre, 2016 e 2) Livro População de rua: políticas públicas, práticas e vivências; considerados os mais recentes relativos à população em situação de rua de Porto Alegre.

Os informantes-chave foram encontrados durante observação ativa do território. Esse processo demonstrou uma divisão da população em três grupos no território escolhido, sendo realizadas entrevistas com um membro de cada grupo, de forma voluntária. As entrevistas foram realizadas no próprio território (praça) seguindo um instrumento previamente estruturado, registradas em

diário de campo, respeitando o desejo do participante em responder ou não as perguntas.

As abordagens ocorreram mediante aproximação aos indivíduos e apresentação dos objetivos da pesquisa que visavam conhecer um território da cidade de Porto Alegre ocupado por pessoas em situação de rua, verificar os modos de vida e as características da ocupação deste espaço pela população em situação de rua e identificar se existem e quais seriam as formas de produção de saúde da população em situação de rua naquele território.

A observação ativa do território, bem como as entrevistas, ambas realizadas exclusivamente pela autora, ocorreram em períodos diurnos (manhã e tarde), considerados mais seguros do que o turno da noite.

A análise dos dados foi dividida em três fases: 1) identificação de meios de produção de saúde; 2) classificação de respostas; e 3) interpretação das descobertas, considerando as informações obtidas nas fontes secundárias e observações realizadas.

A interpretação das descobertas foi efetivada comparando as informações obtidas nas entrevistas com as obtidas na observação e nos registros existentes, produzindo-se um resumo sobre as principais descobertas.

Esta pesquisa seguiu os preceitos éticos da Lei nº 466/12.

3 CAMINHOS PARA A PRODUÇÃO DE SAÚDE

Os caminhos para a produção de saúde são conduzidos por um conjunto de conceitos, políticas públicas e leis que se articulam para a construção da saúde.

Considerando aspectos importantes que se arranjam para da produção de saúde inicialmente construo um percurso teórico a partir da Constituição Federal de 1988 e a formulação do Sistema Único de Saúde, percorrendo pelas políticas públicas e leis da saúde, contextualizando a produção de saúde, seguindo com a formulação conceitual do Território e, por fim, a Rede Rua, uma rede assistencial e de saúde.

3.1 Políticas Públicas e a Produção de Saúde

A Constituição Federal de 1988 por meio da Lei nº8.080 “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde” (BRASIL, 1990), descrevendo nas disposições gerais no “Art. 2º A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício” (BRASIL, 1990). Inclui, ainda, no Parágrafo Único “[...] garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social” (BRASIL, 1990).

Desta forma instituiu-se no Brasil o Sistema Único de Saúde (SUS), um sistema de saúde público, que segue os princípios da universalidade, integralidade e equidade, o que se traduz na garantia de acesso universal e igualitário aos serviços, atuando em conjunto com demais políticas, cujo foco é a saúde com qualidade de vida (BRASIL, 2018).

A atenção integral é a finalidade da rede assistencial de saúde. Podemos descrever a

“atenção básica ou atenção primária em saúde [...] como a "porta de entrada" dos usuários nos sistemas de saúde. Ou seja, é o atendimento inicial. Seu objetivo é orientar sobre a prevenção de doenças, solucionar os possíveis casos de

agravos e direcionar os mais graves para níveis de atendimento superiores em complexidade” (FIOCRUZ, 2018).

Anteriormente a população contava com um sistema público de saúde restrito a prestar assistência apenas aos trabalhadores e seus dependentes vinculados à Previdência Social (BRASIL, 2018). A partir da construção deste novo sistema único que passa a atender a todo cidadão brasileiro, políticas públicas passam a fazer parte deste novo sistema de saúde.

O Departamento de Atenção Básica (DAB, 2018) descreve a Atenção Básica (AB) como “o primeiro nível de atenção em saúde e se caracteriza por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde”.

Logo, é a partir da atenção básica que os serviços da rede de saúde vão se organizando e seguindo fluxos, do mais simples aos mais complexos (FIOCRUZ, 2018). A AB visa “práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, e dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária” (SHIMIZU; MARTINS, 2014).

As práticas em saúde estão em constante modificação e atualização, tendo no movimento de Reforma Sanitária, nos anos 80, o marco fundamental para a mudança de práticas assistenciais, incluindo o modelo centrado em hospital. Dentro das mudanças ocorridas naquele período, a Reforma Psiquiátrica também é fortemente lembrada como percussora da crítica ao modelo hospitalocêntrico, tendo no ano de 1978 o início efetivo do movimento social pelos direitos dos pacientes psiquiátricos.

Com os movimentos ocorridos na década de 1980 o conceito de promoção da saúde desperta a visão para uma construção coletiva de condições favoráveis para a promoção e proteção da vida humana, rompendo com o modelo de ausência de doença. "Esse processo de reforma da saúde passa a igualar direito à saúde com direito à vida. Saúde passa a ser pensada conjuntamente com cidadania e condições de vida" (BERNARDES & QUINHONES, 2009).

Da I Conferência Internacional Sobre Promoção da Saúde, ocorrida no ano de 1986, resulta a Carta de Ottawa, base para a promoção da saúde, a partir de então norteador ações de saúde em todo o mundo. De acordo com

esta carta de intenções promoção da saúde é o “processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo” (CARTA DE OTTAWA, 1986).

A noção de vida e investimento em diferentes modos de viver permeia o conceito de promoção de saúde, entendendo que se produz saúde a partir da diferença e de suas condições de vida. "Portanto, produção de saúde é produção social de saúde e alteridade" (COSTA & BERNARDES, 2012).

Assim, através da Carta de Ottawa difundiu-se que “para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente. A saúde deve ser vista como um recurso para a vida, e não como objetivo de viver” (CARTA DE OTTAWA, 1986).

Atualmente o modelo de internação visando à abstinência para o tratamento de pessoas que fazem uso abusivo de álcool e drogas, mesmo que, com diferentes objetivos e nomenclaturas, se assemelha ao modelo hospitalocêntrico, que anteriormente foi foco de críticas e questionamentos relativos à sua produção de saúde e respeito ao desejo do usuário.

Este modelo volta a ser visto como um dos recursos para tratamento, tornando-se o novo foco da Política Nacional sobre Drogas, desta forma, a exclusão, por meio de internação, em hospitais, clínicas, comunidades, visando à abstinência, retorna a ser debatido, confrontando com as políticas de redução de danos.

Cabe salientar que a produção de saúde se dá pela diferença e na busca pelo bem-estar. "A produção de saúde torna-se, nesse sentido, produção de vida e produção de subjetividades" (COSTA & BERNARDES, 2012). Cada indivíduo é capaz de atuar na sua produção, "ao se promover saúde, se provoca uma potência, uma potência de produção de saúde, de produção de vida" (BERNARDES & QUINHONES, 2009).

Deste modo a pessoa é a principal fonte de transformação. "A produção de saúde é uma forma de afirmação da vida, é uma potência mediante a qual a vida se autossupera porque é mutável e criadora. A criação é uma vontade libertadora, ela modifica aquilo que circunscreve a existência, é uma prática de liberdade" (BERNARDES & QUINHONES, 2009). Ao pensar o conceito de

produção de saúde nos remetemos inicialmente ao verbo produzir, neste contexto, os caminhos criados e realizados em prol da saúde.

As estratégias para a produção de saúde partem de uma construção realizada por meio de ferramentas da clínica, da epidemiologia, da biologia, das ciências sociais, da subjetividade, do modelo biomédico, e variadas práticas do campo da saúde atuando no processo saúde/doença/intervenção.

De acordo com Gastão Wagner (2000) “cada modo de produção de saúde é composto por uma dada combinação – qualitativa e quantitativa – de práticas”, sendo fruto de distintos saberes. A produção de saúde envolve técnicas de promoção da saúde, prevenção, ações clínicas de reabilitação e de cuidados, não havendo limites precisos ou rígidos entre os variados modos de produção, variando a ênfase de sua utilização (CAMPOS, 2000).

Gastão Wagner (2000) identifica:

“quatro modos básicos para se produzir saúde: a) transformações econômicas, sociais e políticas resultando em padrões saudáveis de existência, (...); b) vigilância à saúde voltada para a promoção e prevenção de enfermidades e morte; c) clínica e reabilitação em que se realizam práticas de assistência e de cuidados individuais de saúde e d) atendimento de urgência e de emergência, em que práticas de intervenção imediatas, em situações limites, evitam morte e sofrimento” (CAMPOS, 2000).

A Carta de Ottawa destaca que “saúde é um conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas. Assim, a promoção da saúde não é responsabilidade exclusiva do setor saúde, e vai para além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem-estar global” (CARTA DE OTTAWA, 1986).

3. 2 O Território

A Rua é um cenário com população própria a modificar cenas e construir realidades, assim, “o território são formas, mas o território usado são objetos e ações, sinônimo de espaço humano, espaço habitado” (SANTOS, 1998).

Estes habitantes são a população em situação de rua (PSR) expostos e vulneráveis, correndo riscos, criando estratégias e rompendo estigmas. Suscetíveis as variáveis socioculturais, ao meio ambiente e suas mudanças climáticas, adaptando-se e transformando espaços urbanos.

A problemática do uso de drogas foi um dos marcos para o início da atenção de cuidado específico desta população. O Ministério da Saúde implementou no ano de 2004 o Programa Nacional de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas, que teve como proposta a ampliação do acesso ao tratamento e a promoção do direito de cidadania com abordagem na redução de danos (SILVA et al., 2014).

O conceito de Território torna-se fundamental para compreender o habitar na rua e todo contexto psicossocial que permeia a vida dos moradores de rua, que, por lar denominam um espaço que passa a ser seu. Este mesmo território também concentra práticas de sobrevivência e cuidado.

Mesquita (1995) apresenta uma noção sobre a origem do termo território a partir de sua etimologia na qual o conceito deriva do latim *territorium*, “terra” (terra) e “pertencente a” (torium). Para compreender a diferença entre espaço e território é preciso esclarecer que “não são termos equivalentes, o espaço é anterior ao território, que se forma a partir do espaço, resultando de uma ação conduzida por um ator que “territorializa” o espaço” (RAFFESTIN, 1993).

Raffestin (1993) descreve o “espaço como um lugar ou campo de possibilidades, que permite ao ator, a partir da representação original, construir variados tipos de tessituras e articular todos os pontos, ou somente alguns, em redes”, ou seja, a partir do momento que este espaço pertence a alguém ele passa a transformar e intervir nele, que virá a se constituir em um território, representando à noção de “terra pertencente a”.

A territorialidade representa a identidade que se cria com o lugar, seja familiar, senhorial ou cultural, significa os usos, costumes, linguagem, raízes, posse, mesmo que de modo simbólico revela muito sobre determinado território e seus atores (MESQUITA, 1995). Raffestin (1993) descreve que “qualquer projeto no espaço que é expresso por uma representação revela a imagem desejada de um território, de um local de relações”. Quando trabalhamos no contexto da PSR estudar aspectos da territorialidade são fundamentais para compreensão dos modos de vida.

Para refletir, por exemplo, sobre o uso abusivo de álcool e drogas pela população de rua é preciso reconhecer que “a droga assume, [...], diferentes significados e variados modos de utilização, na diversidade das tradições socioculturais de muitas sociedades” (MACRAE, 2001).

No período de 1999 a 2006 Antônio Nery Filho idealizou os Consultórios de Rua. Ele realizou a experiência inovadora na cidade de Salvador, Bahia, onde ofertava serviços extramuros, ou seja, promovia acesso aos serviços de saúde aos moradores de rua. Com base nesta experiência considerada exitosa (que se tornou uma referência para novos projetos do Ministério da Saúde) surgem os Consultórios de Rua (CR).

O cuidado em saúde da população em situação de rua se deu inicialmente pelo campo da saúde mental. No ano de 2009 “o Ministério da Saúde reconheceu os CR como uma das estratégias do Plano Emergencial de Ampliação de Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas do SUS – PEAD” (ENGSTROM; TEIXEIRA, 2016).

A internação compulsória e a internação involuntária estão prevista na Lei Nº 10.216 de 6 de Abril de 2001 (BRASIL, 2001), que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, onde os usuários de álcool e drogas fazem parte.

Recentemente o tema da promoção da abstinência retorna a ser discutido pelo Conselho Nacional de Políticas Sobre Drogas (CONAD) como o melhor tratamento, chegando a ser descrito como única possibilidade, desconsiderando o recurso da redução de danos, que tem base na reforma psiquiátrica. Desta forma observa-se um retrocesso na conquista da cidadania e participação da população no seu processo de saúde-doença.

Diante desta contextualização é necessário questionar de quê modo um morador de rua que seja considerado dependente químico (álcool e/ou drogas) terá autonomia para apropriar-se de sua vida, e ter seus direitos humanos respeitados para produzir saúde?

A praça é o recorte territorial urbano onde se dão algumas práticas de produção de saúde no território da população em situação de rua deste estudo. Este espaço possui representação para a PSR e moradores das residências do bairro em que se localiza, dispõem de aparelhos de lazer e uma paisagem arborizada que a torna atrativa para qualquer população.

A PSR por não possuir domicílio fixo é assistida por uma rede de serviços públicos articulados para suprir suas necessidades, a qual podemos estruturar como a rede rua.

3. 3 A Rede Rua

A população em situação de rua tem o cuidado pautado em uma assistência integral, articulando políticas de assistência social e de saúde. Assim como na saúde a assistência social possui um Sistema Único de Assistência Social (SUAS), “um sistema público que organiza os serviços de assistência social no Brasil. Com um modelo de gestão participativa, ele articula os esforços e os recursos dos três níveis de governo, isto é, municípios, estados e a União, para a execução e o financiamento da Política Nacional de Assistência Social (PNAS)” (MDS, 2018).

O SUAS estabelece proteção social de duas formas: Proteção Social Básica e Proteção Social Especial. A primeira destina-se à prevenção de riscos sociais e pessoais, por meio da oferta de programas, projetos, serviços e benefícios a indivíduos e famílias em situação de vulnerabilidade social e, a segunda a famílias e indivíduos que já se encontram em situação de risco e que tiveram seus direitos violados por ocorrência de abandono, maus-tratos, abuso sexual, uso de drogas, entre outros (MDS, 2018).

No município de Porto Alegre o SUAS foi implantado no ano de 2011, através do Decreto nº 17.256 de 05/09/2011, tendo o como o órgão gestor da Política de Assistência Social a Fundação de Assistência Social e Cidadania (FASC) que atua de acordo com as diretrizes e princípios da Política Nacional de Assistência Social.

A população de rua faz parte do grupo de vulnerabilidade e risco social dos quais os serviços, programas e benefícios assistenciais dessa rede visam à garantia dos direitos. O município de Porto Alegre possui Centros de Referência de Assistência Social (CRAS), que se responsabilizam pela proteção social básica, os Centros de Referência Especializados de Assistência Social (CREAS), responsáveis pela proteção social especial de média complexidade, onde desenvolvem o serviço especializado em abordagem social e a Proteção Social Especial com ações de alta complexidade, como a organização dos serviços de acolhimento institucional (albergues, abrigos e

casas lar). Possui convênio com outras entidades, como Ação Rua, que também realiza abordagem social.

A abordagem social para população de rua é uma ferramenta que visa a busca ativa de vulneráveis para fortalecer o vínculo com os serviços socioassistenciais e a garantia de acesso às políticas públicas, foca também na tentativa de reestabelecer os vínculos familiares e a autonomia.

Como Rede Rua denomino a união destes serviços e instituições que se organizam de forma a compor esta rede assistencial da rua, ou seja, para os moradores de rua. A articulação de mais de um serviço compõe este conjunto articulado em rede, do qual fazem parte: serviços de saúde, de assistência social, comunitários, escolas e associações do próprio território. Serviços e instituições que além de assistência, ofertam proteção a estes grupos.

O território deste estudo é composto por Unidade de Saúde, equipe de Consultório na Rua, equipe Ação Rua, CREAS e CRAS. As necessidades de cuidado promovidas por esta rede são centradas no indivíduo, na produção de saúde e na qualidade de vida.

4 A PRODUÇÃO DE SAÚDE

A análise dos resultados neste estudo voltou-se para a produção de saúde da população em situação de rua no cotidiano vivido na Praça México, recorte territorial delimitado para o estudo. Esta produção de saúde será descrita e discutida voltada aos arranjos territoriais, sobre os quais se observou grupos distintos de moradores de rua deste território, entrevistas com informantes-chave, meios de produção de saúde e o sensível da despedida, narrando cenas das entrevistas com a PSR.

4. 1 Arranjos territoriais

“A Cabana”, assim é descrita por um dos entrevistados a árvore central escolhida pelo maior grupo de moradores de rua da praça para representar a casa, marcando o território de encontro. A árvore constitui a primeira identidade territorial observada neste espaço. A partir dela se iniciam as relações e a noção de pertencimento ao grupo.

Escolhida entre tantas outras *a cabana* se localiza em uma porção central, isolada de outras árvores com o gramado ao redor, reservando privacidade. Próximo dela fica o *círculo*: espaço circular composto por bancos de praça e *a pracinha*, o terceiro arranjo territorial observado na praça.

Por meio desta divisão descrevo os três locais identificados como referências ao que se pode descrever como grupos distintos de moradores de rua deste território. Esta prática espacial representa a decisão de cada indivíduo sobre em qual local irá permanecer, sinalizando um estilo escolhido para ocupar o espaço.

De acordo com Raffestin (1993) “toda prática espacial, mesmo embrionária, induzida por um sistema de ações ou comportamentos se traduz por uma “produção territorial” [...] nenhuma sociedade, por mais elementar que seja, escapa à necessidade de organizar o campo operatório de sua ação”. A população que faz da praça sua moradia se organiza de forma a permanecer boa parte do tempo com o grupo que possui maior confiança e segurança, esta divisão não impede ou interfere na relação com os demais, nem que circulem por todos os espaços. “Os indivíduos ou grupos ocupam pontos no espaço e se

distribuem de acordo com modelos que podem ser aleatórios, regulares ou concentrados” (RAFFESTIN, 1993).

A praça possui cancha de bocha, quadras esportivas, rampa de skate, academia da saúde, pracinhas com brinquedos infantis, bancos, árvores, casinhas para cachorros, bebedouro, banheiro público e calçamento no entorno. Localizada em um bairro residencial é cercada por condomínios de apartamentos, possui uma unidade de saúde descendo escadaria na própria praça e em seus limites uma escola.

Durante os períodos diurnos de visitas ao território foi possível observar que a população ocupa a praça, permanecendo com movimento de pessoas a maior parte do tempo e conta com presença de policiais fazendo ronda. O público é de todas as faixas etárias e sexo, crianças, adultos e idosos. Os espaços de lazer se demonstraram bem utilizados. Percebe-se uma convivência harmoniosa entre a população de rua e os demais.

São estas relações com o espaço e entre pessoas que constituem um território,

“não somente se realiza uma diferenciação funcional, mas ainda uma diferenciação comandada pelo princípio hierárquico, que contribui para ordenar o território segundo a importância dada pelos indivíduos e/ou grupos às diversas ações” (RAFFESTIN, 1993).

4.2 Entrevistas com informantes-chave

O primeiro contato para entrevista com um informante-chave, de acordo com os preceitos da Estimativa Rápida, se deu na *pracinha*. Permaneci sentada por alguns minutos. Aproximei-me e abordei um homem que havia terminado há pouco sua refeição. Sua receptividade foi instantânea. A conversa fluiu amistosamente. Ao me despedir ele propõe que, quando eu voltasse, o procurasse para que me indique e apresente a um novo entrevistado.

O segundo contato ocorreu de modo independente, pois não encontrei o entrevistado anterior no momento em que cheguei à praça para realizar a apresentação. Desta vez não permaneci sentada previamente, era uma manhã ensolarada, cumprimentei os três homens que estavam sentados nos bancos no *círculo* e sentei-me ao lado de um deles. Este, um senhor, sorridente e

conversador, não era morador de rua, e sim, amigo dos outros dois homens com quem conversava antes da minha abordagem. Após sua despedida me direciono ao outro banco, dando início a entrevista. O entrevistado, um homem na faixa dos 50 anos, barba feita, usando boné, sua garrafa de cachaça ao lado, arruma alguns pertences para que eu sente ao seu lado.

A abordagem no *círculo* me surpreende pelo envolvimento afetivo, algumas lágrimas do entrevistado, que mesmo recordando momentos tristes, refere estar feliz por estarmos conversando.

Embora o desfecho se pareça muito com o anterior, o que difere é o espanto e a preocupação demonstrada quando digo que irei conversar com o grupo da *cabana*. Ele me questiona se é preciso conversar com eles. Explico que quero também conhecer este terceiro grupo da PSR localizada naquela praça, que é importante para meu trabalho de investigação. Frente a essa argumentação, ele, da mesma maneira que o entrevistado anterior se voluntaria para me apresentar ao grupo maior.

Estas situações parecem remeter a relações de poder no território, originadas para assegurar o controle sobre o que pode ser possuído ou delimitado. Esta noção de limite, segundo Raffestin (1993), manifesta a relação que um grupo mantém com a porção do espaço. Delimitações representam o poder sobre uma área precisa, dos atores dominantes (RAFFESTIN, 1993).

O comportamento de precaução reafirma a noção de território apontada por Santos (1998) “os mesmos lugares, os mesmos pontos, mas contendo simultaneamente funcionalidades diferentes, quiçá divergentes ou opostas”. Demonstrado na preocupação dos grupos da *pracinha* e *círculo* quando mencionado interesse de interação com o grupo da *cabana*, que poderiam não responder tão positivamente quanto os anteriores, este comportamento oposto pode ser fruto da formulação e reformulação regras locais.

Compreender a configuração territorial da população em estudo é necessário para que a partir desta organização se torne possível identificar os meios de produção de saúde da população de rua a partir da consideração da interação com território.

4.3 Meios de produção de saúde

Os dados levantados consideram principalmente o olhar para a realidade deste grupo específico da população em situação de rua do recorte territorial pré-determinado neste estudo, a saber, uma praça.

Cabe destacar que a definição de produção de saúde no contexto deste trabalho valoriza uma combinação de distintos modos derivados de técnicas de promoção da saúde, prevenção, ações clínicas e de cuidados vitais, considerando que o ato de cuidar assume diferentes significados de acordo com cada indivíduo.

Assim, os achados correspondem às práticas do contexto existencial das pessoas que vivem na rua, contando com o território e as territorialidades como um pressuposto decisivo nas ações de saúde. O cenário da rua e as situações dele advindas são singulares e implicam, frequentemente, um recorte populacional e temporal, devido ao caráter por vezes nômade do grupo da PSR e que pode transformar suas realidades, tornando imprevisível a continuidade de certas condições encontradas em um determinado momento onde se deu o estudo.

Partimos, então, de uma análise subjetiva e mutante de realidade que serve para aprimorar o olhar para uma população específica, compreendendo a produção de saúde numa perspectiva em que se entrelaçam às demandas sociais.

Este grupo específico constrói práticas coletivas e individuais, visto que a sobrevivência requer estratégias de acordo com o tipo de localidade em que se encontram. A estrutura organizativa pode ser produto de uma vivência anterior e até mesmo de condicionantes diários como, a violência física, o que torna necessário a instituição de regras e normativas.

Estas práticas atuais representam e constroem o princípio de um novo futuro, ou o desejo e arranjos para a construção de uma história diferente auxiliando na produção de novos significados e mudanças para a produção de saúde.

Para categorizar os achados representativos de produção de saúde é levado em consideração o seu conceito amplo de saúde, descartando a proposição da ausência de doença como sentido suficiente. A linguagem

própria e a história do ambiente foram respeitadas para que o processo de levantamento de dados fosse efetuado.

Foi possível identificar uma dinâmica organizacional realizada pela divisão de cada indivíduo em grupos por afinidades e estilo de vida, demonstrando que a harmonia na convivência é um fator determinado pelo processo de identificação. A confiança nos pares também se apresenta como um motivo para permanecer ou não em determinado grupo.

A proteção, com o sentido de sobrevivência - o “manter-se vivo” - se expressa através do evitar conflitos com terceiros (transeuntes, vizinhança e polícia), através da procura por locais protegidos ou menos expostos para dormir, utilização da praça como residência diurna (período de maior segurança e circulação de pessoas, incluindo presença de policiais militares). Cotidianamente a população dorme em lugares de risco e improvisados, com exposição ao ambiente natural, mas buscam por locais onde não estejam totalmente desabrigados, preferindo a frente de comércios na avenida, onde relatam sentirem maior proteção. Relatam que na praça já ocorreram casos de violência e “acertos de conta”, por vingança, por isso adotam uma conduta mais precavida no que se refere a envolver-se com a vizinhança.

A precaução demonstra-se como um fundamento da produção de saúde, visto que à medida que conhecem o território criam estratégias de proteção, estratégias de cuidado e fortalecimento de vínculos, mesmo que frágeis, com seus pares para garantirem um suporte, seja de ajuda ou retaguarda. Por exemplo, isto se evidencia quando alguém confia seus pertences aos cuidados de outro, enquanto vai a algum outro lugar. É preciso conhecer com quem vai deixar seus objetos, pois, às vezes, mesmo entre eles, ocorrem furtos.

Já a alimentação aparece como um item de fácil acesso, o que aparenta que uma das necessidades vitais do ser humano estaria garantida. Na maioria das vezes isso se dá pela solidariedade espontânea, ou, quando necessário, por meio de solicitação direta em residências ou estabelecimentos comerciais. Cabe ressaltar que em dado momento o grupo da *cabana* convida todos os que estão em situação de rua na praça, independente do grupo, para juntarem-se a eles para cozinhar, lembrando, que a frequência com que cozinham não é diária.

Outro elemento também mereceu destaque dentro dos achados da investigação: a higiene. Trata-se de um aspecto que se apresenta como

deficitário, pois a inexistência de local apropriado para tal prática naquele espaço da cidade impede que seja realizada com frequência. No entanto, faz-se importante relatar uma alternativa apresentada pelos moradores que ficam no *círculo*: mostravam-se de barba feita e cabelos cortados. Questionados sobre como realizavam a higiene, descreveram que o banho não é realizado com frequência, mas a barba é feita no próprio banco da praça, onde colocam água em um pote vazio de sorvete, com um espelho pequeno se barbeiam, sendo que os cabelos são cortados em outra praça, com um barbeiro. Esta experiência exemplifica que produzir saúde se encontra, por vezes, em pequenos detalhes da vida cotidiana, embora para quem mora na rua seja preciso improviso, pois a estrutura das cidades não promove as condições para a facilitação deste cuidado.

A criação de regras de convivência produz relações mais cordiais, evitam brigas e demonstram que, mesmo na rua, ambientes acolhedores, sem desentendimentos, contribuem para a saúde psíquica. Destacam-se também a construção de convivência harmoniosa com frequentadores da praça, a criação de comportamento respeitoso e a evitação do uso de substâncias psicoativas próximo de terceiros. Muitos relataram a importância de jamais consumir drogas próximo às pessoas, crianças, principalmente, inclusive chamando atenção de outros, pedindo para não o fazerem onde circulam mais pessoas, perto do local onde se situam brinquedos, bancos e quadras esportivas.

Há muita clareza a respeito do reconhecimento do consumo de cigarro, álcool e substâncias psicoativas como prejudiciais à saúde, o que parece importante para a implementação de estratégias redutoras de danos, mesmo que boa parte não esteja realizando acompanhamento. O fato de terem consciência sobre os danos do abuso no consumo parece demonstrar que existe potencial para outros tipos de produção de saúde, além das tradicionais práticas higiênicas ou de abstinência.

É importante sublinhar que aos integrantes dos três grupos tem conhecimento da existência de Unidade de Saúde nas proximidades da praça México, o que parece significar que, na medida em que apresentem interesse ou necessidade, sabem onde recorrer na busca de atenção à saúde.

O conhecimento de dispositivos específicos como equipamentos de assistência à saúde (Consultório na Rua), e assistência social para população

de rua (Ação Rua), são os facilitadores do cuidado desta população, que conta com estes serviços para suprir e desenvolver produções mínimas de dignidade.

A demonstração de cuidado para com terceiros, por meio de fala protetora e preocupada quando um dos entrevistados, no *círculo*, onde não existe proteção das árvores, me pergunta se desejo trocar de lugar quando o sol começa a ficar mais forte. Digo que não, que o sol está agradável, e seguimos conversando.

Apresentou-se na observação ativa do território e entrevistas, reforçando a ideia de produção de saúde como um ato integral também sustentado na alteridade, ou seja, ao cuidar do outro pode estar cuidando de si, também.

As narrativas dos entrevistados e os dados secundários convergem para a constatação fundamental de que as práticas de saúde e cuidado assistenciais devem ir ao encontro da PSR para que se potencializem seus esforços como política e práticas de atenção. Isso se verifica uma vez que esteja claro a especificidade dessa população de permanecer, frequentemente, aguardando profissionais irem à praça, embora saibam onde ficam os serviços. A pouca autonomia na busca de cuidados formais dos serviços de proteção e saúde juntamente à expectativa desta população de que os mesmos adentrem na praça, revelam uma especificidade dos modos de viver e se relacionar com os equipamentos colocados a sua disposição. Ao que tudo indica, as barreiras simbólicas e o preconceito parecem explicar este fenômeno.

A produção de saúde da PSR requer uma reflexão não apenas nos seus meios de produção como no contexto social de invisibilidade e exclusão social que permeia suas vidas. Um processo de trabalho pautado na abertura para a escuta é o diferencial para construção dos meios desta produção, visando resgatar a autonomia dos indivíduos e grupos.

4. 4 O sensível da despedida

As entrevistas foram reveladoras ao apontar a mobilização de afeto que a escuta pode despertar ao conferir importância a um indivíduo situado em meio a tantas sensações de invisibilidade, de preconceitos e exclusão.

Uma aproximação inesperada realizada em um dia e hora qualquer parece ter tido a potência de produzir relatos, experiências, vida, ou seja, a produzir saúde, conforme a noção que se utiliza no âmbito da Saúde Coletiva.

Apenas foi preciso pedir licença e sentar-me. Inicialmente houve estranhamento por parte daquele grupo, mas, na sequência, produções de afeto e cuidado. Ao que parece ser reconhecido como ser humano ao ser chamado para conversar, falar, olhar, recordar, mexeu com lembranças, sentimentos, afetos e foi no instante em que sorrisos nasciam que pude perceber a carência destes homens adultos. Criou-se uma atmosfera de produção de cuidado e de troca.

Meu objetivo fora conhecer os meios de produção de saúde a partir do território. Minha descoberta, entretanto, também foi de sentimentos. O sensível, este foi o elemento que, inesperadamente, também encontrei durante e ao final das entrevistas. Durante, houve sorriso, riso, choro, pedido de desculpas (por chorar, se emocionar), toque no ombro, toque nas costas, enfim, afeto. Eles se despiram e se despreocuparam com aquele encontro não usual e transmitiram, além de informações e dados, os seus sentimentos.

Ainda no “durante”, um dos entrevistados no processo da Estimativa Rápida me pede, primeiro, desculpa, mas, logo em seguida arrisca: “*posso te dar um abraço?*” Sim, eu respondo acolhendo seu pedido. Fui percebendo como era difícil encerrar uma conversa, o assunto não acabava, mas pude refletir que a dificuldade não estava apenas no encerramento do assunto, mas na representação do adeus, que implicaria no voltar a ser invisível. Outro aspecto desta inferência esteve na despedida: teve aperto de mão, uma vez, duas vezes, teve muito obrigado, pela oportunidade de serem ouvidos e ainda o beijo na mão, para mim, a forma mais singela de agradecer-me.

Referi-me a um dos entrevistados, mas é preciso tomá-lo como um representante desta população como um todo. Não foi apenas um deles, foram os entrevistados de modo geral, cada um demonstrando do seu jeito um carinho pela atenção recebida. No decorrer desta investigação foram alguns, mas, no dia a dia, pode ser ele, ela, eles, elas, todos que precisam e gostariam desta troca.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este escrito buscou identificar meios de produção de saúde de uma específica PSR situada numa praça de uma grande cidade, neste caso o município de Porto Alegre/RS, local característico de encontro e ocupação cuja ocorrência é frequente em muitas capitais do país.

Os dados advindos desta pesquisa são contribuições iniciais para compreender a produção de saúde mediada pelo território, seus arranjos e acontecimentos, no contexto da PSR considerando o conceito ampliado de saúde.

De acordo com resultados da investigação as produções de saúde deste território se dão inicialmente pela dinâmica organizacional da divisão de grupos, proteção, precaução, criação de regras, conhecimento da rede assistencial, este último, um possível nó crítico na produção de saúde. A população reconhece a existência dos serviços de saúde e da assistência social, porém, não os buscam de forma voluntária, permanecem aguardando na praça, podendo esse fato indicar desde excessiva dependência, visto que são serviços que realizam abordagem diretamente na rua ou, até mesmo efeitos de barreiras simbólicas e preconceitos sobre essa população quando se apresentam aos serviços.

Os resultados deste estudo demonstram que a rede assistencial de saúde e serviço social estrutura ferramentas de produção de saúde, embora requeira maior articulação entre estes serviços. Ações para integralidade no cuidado tornam-se relevantes para esta população, bem como a compreensão da oferta do cuidado integral compartilhado.

Destaco a educação como estratégia plausível para produção de saúde, podendo ser utilizada pelos serviços da rede que por sua vez deve buscar no território os subsídios para traçar suas intervenções.

Cabe ressaltar que o território é constituído por meio de representações oriundas de um espaço físico inicial que sofre interações e ações de sujeitos. Considerando suas delimitações geográficas e significados variados, torna-se fundamental conhecê-lo para compreender o habitar e todo contexto psicossocial que permeia a vida dos moradores de rua.

A produção de saúde é possível quando pensada a partir da ótica e da história do morador de rua, com uma linguagem compatível e com a valorização da construção de vínculos.

O fortalecimento da rede assistencial assegura uma construção do conceito de saúde ampliado, visto que as ações intersetoriais entre assistência social e assistência em saúde são as grandes responsáveis pelo avanço das práticas de cuidado à população de rua.

Os apontamentos aqui privilegiados podem servir para demonstrar a necessidade de pesquisas e de ações que reduzam os estigmas em torno deste grupo populacional, merecendo atenção dos segmentos públicos para fortalecer a rede assistencial já existente.

REFERÊNCIAS

ACÚRCIO, F. A.; SANTOS, M. A.; FERREIRA, S. M. G. **Aplicação da técnica da estimativa rápida no processo de planejamento local.** In: MENDES, E. V. (Org.). A organização da saúde no nível local. São Paulo: Hucitec, p. 87-110, 1998.

BERNARDES, Anita Guazzelli; QUINHONES, Dionatans Godoy. **Práticas de cuidado e produção de saúde: Formas de governamentalidade e alteridade.** Psico, Porto Alegre, PUCRS, v. 40, n. 2, p. 153-161, abr./jun. 2009. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/view/5743/4527>> Acesso em: 04/04/2018.

BRASIL. **Constituição Federal. Lei nº 8.080.** Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm> Acesso em: 30/03/2018.

BRASIL. 2001. **Lei Nº 10.216, de 6 de Abril de 2001.** Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm> Acesso em: 02/04/2018.

BRASIL. **Política Nacional Antidrogas.** Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2002/d4345.htm> Acesso em: 02/04/2018.

BRASIL. Presidência da República. **Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Política Nacional para a População em Situação de Rua.** Brasília, DF. 2009. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d7053.htm>. Acesso em: 28/12/2017.

BRASIL. **Sistema Único de Saúde (SUS).** Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/sistema-unico-de-saude/sistema-unico-de-saude>> Acesso em: 30/03/2018.

CANADÁ. PRIMEIRA CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE PROMOÇÃO DA SAÚDE. **CARTA DE OTTAWA.** Canadá, novembro de 1986. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf> Acesso em: 14/04/18.

COSTA, Márcio Luis; BERNARDES, Anita Guazzelli. **Produção de Saúde como Afirmação de Vida.** Saúde Soc. São Paulo, v.21, n.4, p. 822-835, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v21n4/v21n4a03.pdf>> Acesso em: 04/04/2018.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. **Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas.** Ciência & Saúde Coletiva, 5(2):219-230, 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v5n2/7093.pdf>> Acesso em: 14/04/18.

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA (DAB). 2018. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/smp_o_que_e.php> Acesso em: 04/07/2018.

ENGSTROM EM; TEIXEIRA MB. **Equipe “Consultório na Rua” de Manguinhos, Rio de Janeiro, Brasil: práticas de cuidado e promoção da saúde em um território vulnerável.** *Ciência & Saúde Coletiva*, 21 (6): 1839-1848, 2016.

FIOCRUZ. 2018. Disponível em: <<https://pensesus.fiocruz.br/atencao-basica>> Acesso em: 04/07/2018.

MACRAE, E. **Antropologia: aspectos sociais, culturais e ritualísticos.** IN: SEIBEL, SD; TOSCANO, JR. *A DEPENDÊNCIA DE DROGAS.* São Paulo, Atheneu, p. 25-34, 2001.

MESQUITA, Zilé. **Do território à consciência territorial.** Capítulo 7. IN: M, Z; B, CR. *Territórios do Cotidiano.* Santa Cruz, Ed. UNISC, p. 76-92, 1995.

MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO (MDS). **Sistema Único de Assistência Social (SUAS).** 2018. Disponível em: <<http://mds.gov.br/assuntos/assistencia-social/o-que-e>> Acesso em: 11/07/2018.

RAFFESTIN, Claude. **Por uma geografia do poder.** São Paulo, Ed. Ática S.A, 1993.

SANTOS, M. **O retorno do território.** In: Santos M; SOUZA MAAS; SILVEIRA ML; organizadores. *Território, globalização e fragmentação.* São Paulo: Hucitec. 1998. p. 15-20.

SILVA SP et al. **Práticas de saúde das equipes dos Consultórios de Rua.** *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 30(4):805-814, abr, 2014.

SHIMIZU, Helena Eri; MARTINS, Teresa. **O apoio institucional como método de análise-intervenção na Atenção Básica no Distrito Federal, Brasil.** *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, vol. 18, núm. 1, dezembro, 2014, pp. 1077-1087. Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho São Paulo, Brasil.

ANEXOS

ANEXO I – FONTES PRA COLETA DE DADOS SECUNDÁRIOS

Fontes para Coleta de Dados Secundários

1) Fundação de Assistência Social e Cidadania – FASC: órgão gestor da Política de Assistência Social no Município de Porto Alegre/RS.

2) Pesquisa: Pesquisa Perfil e Mundo dos Adultos em Situação de Rua de Porto Alegre, 2016.

Dados dos itens 1 e 2 disponíveis em:

< http://www2.portoalegre.rs.gov.br/fasc/default.php?reg=41&p_secao=120>

3) População de rua: políticas públicas, práticas e vivências / Patrice Shuch, Ivaldo Gehlen, Simone Ritta dos Santos (Organizadores). – 1.ed. – Porto Alegre : CirKula, 2017. 317 p.

ANEXO II – ROTEIRO PARA ENTREVISTA

Roteiro para Entrevista com Informantes-chave

Identificação do entrevistador

Nome:

Data: / / Horário:

Identificação do entrevistado

Entrevistado N° () Idade: () Data de Nascimento: / /

Sexo: fem () masc ()

Raça/Cor (autodeclarado):

Branca () Preta () Parda () Indígena () Amarela ()

Escolaridade:

Local de nascimento:

Documentos que possui: Carteira de Identidade () CPF () Cartão SUS ()

Título de Eleitor () Carteira de Trabalho () CNH () CNH Social ()

Certidão de Nascimento () Certidão de Casamento ()

Há quanto tempo conhece a praça:

Roteiro de perguntas

- 1) Você possui alguma profissão? Já trabalhou de carteira assinada ou de modo informal?
- 2) Há quanto tempo vive em situação de rua?
- 3) Há quanto tempo mora nesta praça?
- 4) Qual seu local de moradia antes desta praça?

- 5) Qual seu local de moradia antes de morar na rua?
- 6) Quais são os locais utilizados com mais frequência para dormir?
- 7) Como os moradores da praça se organizam para dormir?
- 8) O que você faz durante o dia?
- 9) O que você faz durante a noite?
- 10) Durante o dia, onde guarda seus pertences?
- 11) Possui alguma crença religiosa?
- 12) O que acha do bairro?
- 13) O que acha da praça?
- 14) O que os moradores e frequentadores da praça acham das pessoas em situação de rua nesta praça?
- 15) Por que escolheu esta praça para morar?
- 16) Como a população de rua se organiza nesta praça?
- 17) Quais os principais problemas de morar na rua e de morar nesta praça?
- 18) Você já sofreu alguma violência na rua? E nesta praça?
- 19) Se você sente dor ou passa mal, o que você faz? Vai a algum lugar?
- 20) Você toma alguma medicação?
- 21) Você já utilizou serviços de saúde? Quais?
- 22) Você conhece algum serviço de saúde próximo da praça?
- 23) Você conhece e sabe como acessar um serviço de saúde?
- 24) Você recebe alguma assistência de serviço de saúde? De quem?
- 25) Você recebe alguma assistência social? De quem?
- 26) Você tem algum problema de saúde que precisa de acompanhamento?
- 27) Como realiza seu acompanhamento de saúde?

- 28) Como você acha que está sua saúde?
- 29) Você saberia dizer algum problema de saúde da população de rua desta praça?
- 30) Como se organiza o cuidado na praça?
- 31) Existe algum (a) morador do bairro que auxilia?
- 32) Entre vocês, alguém exerce liderança?
- 33) Entre vocês, alguém se responsabiliza pelo cuidado em saúde dos demais?
- 34) Como você faz para comer e tomar água?
- 35) Como você realiza sua higiene pessoal e necessidades fisiológicas?
- 36) Você passa fome? Já passou fome?
- 37) Você acha a praça segura?
- 38) Como e onde se diverte?
- 39) De quais doenças os moradores da praça mais adoecem?
- 40) Você já viu alguém morrer na praça?
- 41) Do que mais morrem na praça?
- 42) Se você pudesse deixaria de morar na rua?
- 43) Poderia indicar outra(s) pessoa (s) que pudesse (m) responder estas questões?

ANEXO III – ROTEIRO PARA OBSERVAÇÃO

Roteiro para Observação

Responsável pelo preenchimento:

Data: / / Horário:

- 1) Delimitação da região observada.
- 2) Equipamentos de saúde: observar serviços de saúde nas proximidades da praça.
- 3) Atividades econômicas na área.
- 4) Observar a existência de banheiro público.
- 5) Observar a existência de bebedouro público.
- 6) Situação do lixo e presença de lixeira.
- 7) Iluminação pública.
- 8) Estado de conservação da praça.
- 9) Pavimentação das vias do entorno.
- 10) Transporte público nas proximidades.
- 11) Observar a presença de animais na praça.
- 12) Equipamentos de lazer.
- 13) Áreas de risco.
- 15) Equipamentos sociais: existência de organizações populares, organizações não governamentais (ONG), clubes, associações, estabelecimentos de cunho religioso e outras entidades.
- 16) Equipamentos de segurança.
- 17) Outros pontos observados que chamam a atenção.