

**Universidade Federal do Rio Grande do Sul**

**Escola de Enfermagem**

**ELISADRO LUIS LIMA SALDANHA**

**Os sentimentos que permeiam o acolhimento e posterior atendimento de enfermagem ao  
usuário adulto em situação de rua**

**Porto Alegre  
2011**

**Elisandro Luis Lima Saldanha**

**Os sentimentos que permeiam o acolhimento e posterior atendimento de enfermagem  
ao usuário adulto em situação de rua**

**Trabalho de Conclusão do Curso  
realizado como pré-requisito para  
obtenção do título de Enfermeiro, do  
curso de Enfermagem da Universidade  
Federal do Rio Grande do Sul.**

**Professora orientadora**

**Themis Silveira Dovera**

**Porto Alegre**

**2011**

Agradeço a minha família por ter me ajuda, na difícil luta de se construir algo melhor para o futuro.

Elisandro Saldanha

A indiferença nada mais é que a incapacidade de perceber as diferenças.

É um estado anormal, no qual perde a nitidez a fronteira entre a luz e a escuridão, a alvorada e o crepúsculo, o crime e o castigo, a crueldade e a compaixão, o talento e a mediocridade.

Assim é a indiferença!

Elie Wiesel

## RESUMO

O trabalho busca, na forma de revisão de literatura, criar de subsídios para o profissional de saúde que tem contato direto com pessoas em situação de rua, que o faça compreender o processo causador de preconceito ou atitudes norteadas por sentimentos que dificultem o atendimento adequado a este tipo de pessoa. Este trabalho está dividido em três eixos (preconceito, acolhimento/humanização e pessoas em situação de rua), a intenção da divisão é colocar em evidência os sentimentos e influencia cultural, o ato de acolher de forma humanizada e o paciente que origina das ruas. Com isto mostrar ao profissional os elementos básicos que estão presentes quando há o atendimento às pessoas em situação de rua. Questões levantadas sobre o desafio de se acolher de forma humanizada o paciente que poderá causar algum tipo de desconforto devido ao seu aspecto físico, psicológico e de interação não pertencente ao visto como normal na sociedade são colocadas. O dever de se acolher de uma forma humanizada ao mesmo tempo, ser um profissional com suas características e valores pessoais são os desafios enfrentados neste trabalho.

Descritores: sem-teto, acolhimento, enfermagem, humanização, preconceito.

## ABSTRACT

The work search in the form of literature review, creating subsidies for health professionals who have direct contact with people on the street, let him understand the process which causes prejudice guided by feelings or attitudes that hinder the adequate care this type of person. This work is divided into three axes (prejudice, host / humanization and people on the street), the intention of the division is to highlight the feelings and cultural influences, the act of receiving the patient in a humane way that originates from the streets. With this work show the basic elements that are present when the service people on the street. Questions raised about the challenge to accommodate the patient in a humane way that may cause some discomfort due to their physical, psychological and interaction not seen as belonging to normal in society are placed. The duty to accommodate in a humane way at the same time be a professional characteristics and personal values are the challenges faced in this work.

Descriptors: homeless, reception, nursing, humanization, prejudice.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>7</b>
<b>2 OBJETIVOS.....</b>	<b>10</b>
<b>3 METODOLOGIA.....</b>	<b>11</b>
3.1 Tipo de estudo.....	11
3.2 Coleta de dados.....	11
3.3 A análise dos dados.....	12
3.4 Aspectos éticos.....	13
<b>4 REVISÃO DA LITERATURA.....</b>	<b>14</b>
4.1 PESSOA EM SITUAÇÃO DE RUA.....	15
4.1.1 Saúde e Doença nas Pessoas em Situação de Rua.....	17
4.2 O Preconceito.....	20
4.2.1. Pensamentos e Estereótipos.....	23
4.2.2 Estigmas.....	26
4.2.3 Relações.....	29
4.3 Acolhimento e Humanização.....	33
4.4 Discutindo a Teoria.....	38
<b>5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>40</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>41</b>
<b>ANEXO.....</b>	<b>45</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Na minha vida acadêmica sempre tive preocupação sobre a qualidade do primeiro atendimento aos moradores em situação de rua, milhares de dúvidas sobre o acolhimento e atendimento às pessoas em situação de rua, estão embaladas em conceitos éticos idéias como: aspectos primários de higiene e limpeza, dificuldades de comunicação pelo alcoolismo, doenças psicológicas ou fisiopatológicas e incompreensão intelectual, incapacidade de expressar suas queixas. Essas dificuldades dos profissionais de entenderem os relatos dos pacientes em situação de rua no momento da chegada ou do atendimento podem levar ao acolhimento prejudicado por parte do profissional responsável. A ênfase dos meus questionamentos sobre este primeiro acolhimento se justifica devido às características que estes pacientes chegam para procurar atendimento de saúde, por que, logo a sua admissão no serviço de saúde os pacientes são colocados nas rotinas protocolares de saúde que muitas vezes os fazem perderem suas autonomias como indivíduos e os transformam em sujeitos comuns aos demais já presentes no serviço de saúde.

Estes fatores me fizeram muitas vezes questionar os profissionais de saúde que trabalham diretamente com a população em situação de rua, questionamento sobre a forma que acontece o primeiro atendimento para este tipo de paciente, indagando sobre as formas que caracterizam um acolhimento esperado como: “admitir, aceitar, dar ouvidos, dar crédito, agasalhar, receber, atender, admitir” (FEREIRA, 1975).

Os relatos dos profissionais questionados que presenciei apresentavam, em sua grande maioria, as suas dificuldades pessoais no atendimento a este tipo de usuário do sistema de saúde.

O fato determinante da escolha do tema que abrange pessoas em situação de rua e atendimento em instituições de saúde e preconceito me foi apresentado no seguinte relato em aula de um professor da Escola de Enfermagem de UFRGS aonde expôs para todas as pessoas presentes a morte de uma pessoa em situação de rua que se encontrava dentro das dependências de um hospital na cidade de Porto Alegre. Relato o fato a seguir: esta pessoa se queixava para o profissional responsável pelo atendimento dos usuários do serviço hospitalar de desconforto e dor torácica, mesmo com as queixas, não foi proporcionado o atendimento que cabe em tal situação, sendo colocado imediatamente como prioridade baixa no

atendimento de emergência, e, horas depois da queixa inicial, esta pessoa foi encontrada morta devido a complicações cardíacas. As palavras usadas por parte da equipe responsável pelo atendimento deste paciente na hora de fazer a primeira avaliação neste usuário foram fundamentadas em preconceitos devido ao seu estado de pessoa em situação de rua. Em muitos casos o tempo se coloca como fundamental no sucesso ou não para a vida do paciente que busca atendimento de saúde, e sendo qualquer motivo fora do aspecto clínico empecilho, para uma primeira abordagem adequada e acolhedora, deve ser levado como motivo para não ocorrer histórias de negligências por preconceito uma atenção adequada, não levando em conta prováveis motivos para o surgimento do preconceito.

O princípio fundamentado na filosofia de Jean Jacques Rousseau em que afirma: o homem tem na formação pessoal, valores provindo do meio social em que pertence, e sendo este homem exposto a um grande número de valores éticos, morais, religiosos, pessoais e tantos outras formas de valores diariamente expostos, estes valores pessoais podem ser conflitantes no cotidiano, quando defrontados com valores antagônicos pertencentes do seu meio e de sua estrutura moral.

Profissões dos trabalhadores da área de enfermagem assistencial se colocam continuamente em contato com grandes números de indivíduos e estes valores são constantemente postos à prova, estes choques podem ter conseqüências dramáticas nas relações entre pacientes e profissionais, afetando a forma de acolhimento por parte dos profissionais de enfermagem.

No caderno do Ministério da Saúde, encontramos o conceito de acolhimento bem como a como suas características básicas que são: “o compromisso com o reconhecimento do outro, na atitude de acolhê-lo em suas diferenças, suas dores, suas alegrias, seus modos de viver, sentir e estar na vida”. Logicamente este ato de receber o paciente demanda muita vontade por parte do profissional responsável pelo atendimento, requer empenho de sentidos para a obtenção de informações adequadas para o atendimento, este empenho produz uma relação de confiança entre o paciente e o profissional que efetua o atendimento criando tranquilidade nas decisões tomadas a partir das queixas dos pacientes, esta reação de confiança pode ser prejudicada quando algum aspecto presente em um dos interlocutores provoca desprezo ou repúdio, como estes sentimentos prevalecendo na relação entre paciente e profissional, todo o processo de acolhimento fica prejudicado, podendo causar: “Os processos de ‘anestesia’ da nossa escuta e de produção de indiferença diante do outro, em

relação às suas necessidades e diferenças, têm-nos produzido a enganosa sensação de salvaguarda, de proteção do sofrimento.” (BRASIL. Ministério da Saúde, 2006, p.8)

Tendo em vista a forma como é recebido o usuário no sistema de saúde, esta entrada acolhedora deverá ser feita de forma plena, entretanto, se este início vem constituído de valores pessoais aonde leva ao preconceito por parte do profissional de enfermagem poderá dar-se a incapacidade de resolução do problema que levou o usuário a buscar o serviço de saúde, podendo levar a conseqüências dramáticas como a relatada em aula por parte do professor.

A finalidade deste trabalho é o estudo de artigos científicos, livros e periódicos, todos relacionados ao tema proposto aqui, posterior levantamento de tais materiais, fazer uma análise sobre possíveis causas que podem levar o profissional da área da saúde a comportamentos preconceituosos ou discriminatórios no atendimento às pessoas em situação de rua, levando em consideração as características deste tipo de paciente e possível conseqüência que um atendimento influenciado pelo preconceito poderá provocar momento do acolhimento.

O trabalho está dividido em três capítulos com subdivisões de capítulos. No primeiro capítulo buscou-se falar das pessoas em situação de rua, buscou-se salientar as formas que se encontram estas pessoas vivendo nas ruas, com os perigos de se estar nas ruas, a forma que se processa a adaptação as ruas, os grupos que são criados entre as pessoas em condição de rua visando a proteção, os rompimentos dos laços familiares devido a permanência prolongada na rua.

O segundo capítulo fala de Acolhimento e Humanização, foram usadas cartilhas do Ministério da Saúde onde estão especificados os caminhos a serem seguidos nas políticas de saúde, visando a construção do Acolhimento e Políticas de Humanização.

No terceiro capítulo é abordado os motivos que podem levar ao preconceito como estigmas, estereótipos e relação de grupos e pessoas.

No capítulo relacionado à conclusão e o referencial teórico, procurou-se ressaltar certas idéias presente no trabalho, usando estas idéias para levantar novos questionamentos a respeito do tema apresentado.

Por fim, nas considerações finais se encontra uma apresentação rápida do que se buscou discutir no trabalho com uma conclusão geral de forma sucinta, com a finalidade de colocar em evidência a preocupação que moveu até a concretização do trabalho.

## **2 OBJETIVOS**

Fazer uma análise sobre causas que podem levar o profissional da área da saúde a comportamentos preconceituosos ou discriminatórios em relação ao atendimento a pessoas em situação de rua.

### **2.1 OBJETIVOS ESPECIFICOS**

1. Considerar as características da população em situação de rua, e verificar fatores que propiciam serem discriminados.

2. Buscar compreender os motivos que podem levar o profissional de saúde a fazer o acolhimento influenciado por sentimentos de preconceito.

3. Caracterizar os valores pessoais existente na relação profissional e morador em situação de rua.

## 3 METODOLOGIA

### 3.1 Tipo de estudo

O presente estudo caracterizou-se como pesquisa básica, qualitativa do tipo explicativo, realizado por intermédio de pesquisa bibliográfica baseada em Gil (2002). O autor esclarece a necessidade da adoção de uma série de etapas pré-definidas, quais sejam: a escolha do tema; um levantamento bibliográfico preliminar; a formulação do problema; a elaboração de um plano provisório de assunto; a busca das fontes a leitura do material; o fechamento; a organização lógica do assunto; a redação do texto (GIL, 2002). Estas etapas foram fielmente seguidas para a construção do presente trabalho.

### 3.2 Coleta de dados

A pesquisa foi construída usando recursos bibliográficos referentes aos assuntos estudados, cada artigo foi discutido entre o aluno e seu orientador, para a pesquisa ser feita foram usados recursos como: dissertações, teses, pesquisa em livros, revistas, jornais e periódicos.

Crítérios referentes ao tema com descritores como: **sem-teto, preconceito, humanização, acolhimento, discriminação, estigma, estereótipos** foram usados. Partindo dos critérios estabelecidos iniciou-se busca por bibliografia científica, através de bases de periódicos da BVS (Biblioteca Virtual de saúde) acessando LILACS (Sistema Latino Americano e do Caribe de Informações em Ciências da saúde) e SCIELO (Scientific Electronic Library Online) com os seguintes descritores em português: sem-teto, acolhimento, políticas de saúde, enfermagem, preconceito.

Na busca de artigos científicos foi utilizado o referencial teórico dos últimos 20 anos (1990-2010), com a finalidade de abranger informações de um período não fora do contexto social, histórico e político vivido hoje e buscando situar a pesquisa na realidade do nosso Sistema Único de Saúde - SUS.

O descritor em saúde “**sem-teto**” foi encontrado no LILACS 57 artigos e no SCIELO foram encontrados 6 artigos. O descritor “**Acolhimento**” foi encontrado no LILACS em **5342** artigos e no SCIELO 1644 ARTIGOS. O descritor “**preconceito**” foi encontrado no SCIELO em 84 artigos e em LILACS em 43 artigos. O descritor “**Políticas de Saúde**” foi encontrado em 1657 artigos em LILACS e em 57 artigos em SCIELO.

Associando os descritores “**preconceito**” e “**sem-teto**” foram encontrados 64 artigos em SCIELO e 10 artigos em LILACS. Associando os descritores “**Humanização**” com “**acolhimento**” foram encontrados 82 artigos em LILACS e nenhum artigo em SCIELO. Associando os descritores “**discriminação**” com “**discriminação**” foram encontrados em LILACS 4 artigos e nenhum artigo em SCIELO.

Também foi usado o banco de tese da Universidade de São Paulo (USP), aonde foram encontrados 15 entre teses e dissertação que se encaixavam com o perfil pré-estabelecido para o trabalho, foram usadas apenas 3, sendo todas teses de mestrado. Foram usadas as palavras, **discriminação, preconceito, sem-teto, estigma, estereótipos**. O método foi repetido no banco de teses na Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), foram usadas as mesmas palavras na busca de referencial teórico de 12 referencial teórico encontrado somente 2 foram aceitos nos critérios estabelecidos pela pesquisa. Da mesma forma foi feita a busca no bando de teses dos Periódicos CAPES e na Revista Gaúcha de Enfermagem, no primeiro foram encontrados 3 artigos julgados relevantes para o trabalho e somente 1 foi utilizado efetivamente, no segundo caso foram encontrados 2 artigos e somente 1 utilizado no trabalho.

### 3.3 A análise dos dados

O referencial teórico foi dirigido pela bibliografia na produção científica de Gil (2002), e esta bibliografia usada como base para o trabalho foi o instrumento utilizado na finalidade de construção do trabalho, para Gil (2002, p. 77) “é uma leitura do material bibliográfico que

tem por objetivo verificar em que medida a obra consultada interessa à pesquisa”. Sendo seguida pelas: leitura seletiva, pela qual se selecionam os materiais que realmente interessam à pesquisa; leitura analítica, que busca ordenar e resumir as informações que estão contidas nas fontes, de maneira que seja possível obter as respostas para o problema da pesquisa; e por fim, a leitura interpretativa, que representa o final do processo de leitura, sendo considerada a mais complexa, tendo como objetivo relacionar o que é dito pelo autor com o problema para o qual está buscando-se uma solução (GIL 2002).

### **3.4 Aspectos éticos**

O trabalho teve a sua construção visando sempre manter os aspectos éticos referente a direitos autorais, com isto todas as dissertações, teses, pesquisa em livros, revistas, jornais e periódicos usados na pesquisa estão presentes como referência normalizada conforme o recomendado pela Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT). Os direitos autorais foram preservados de acordo com a Lei nº 9.610, de 19 de fevereiro de 1998 (BRASIL, 1998).

#### **4 REVISÃO DA LITERATURA**

O objetivo deste trabalho é analisar as causas que possam levar o profissional da saúde a comportamentos preconceituosos ou mesmo certa dificuldade de aceitar aspectos que caracterizam uma pessoa que vive nas ruas. Entre esses aspectos estão: 1ª, a forma totalmente desprovida de recursos para manter as suas condições de higiene, saúde, vínculos de afetos com familiares; 2ª, estado de lucidez psíquica ou mesmo orientação quanto a fatos contemporâneos; 3ª, uso de drogas lícitas e ilícitas; 4ª, agressividade; 5ª, total passividade perante as pessoas que acredita ter poder sobre si; 6ª, dificuldade de comunicação devido à dicção prejudicada por algum motivo particular; 7ª, comunicação prejudicada por retardo mental que pode levar à dificuldade de compreensão das suas necessidades; 8ª, a impaciência por parte do profissional que faz o primeiro atendimento em atender às pessoas em situação de rua.

#### 4.1 PESSOA EM SITUAÇÃO DE RUA

Ao falar em pessoas que vivem em condição de rua é normal acreditarmos que o conhecimento, por parte dos profissionais de saúde, ajudará na forma adequada de acolher este tipo de paciente, entretanto, este profissional é influenciado por aspectos negativos difundidos nos pensamentos da sociedade.

Em geral este grupo de pessoas tem características de apresentação pessoal bem específicas, sendo fácil para a população descreve-los, no geral quando se pensa nas pessoas em condição de rua, logo vêm na mente estigmas, estereótipos, em fim, idéias formadas por imagens e pensamentos já anteriormente difundidos pela sociedade. Ao falar nas pessoas que vivem em condição de rua é comum caracterizarmos como pessoas que sofrem de algum transtorno mental, pessoas que não mantêm a sua higiene pessoal, muito frequentemente fazem uso de álcool e drogas, pessoas agressividade, perigosas, ou seja, uma pessoa desconhecida da sua origem e historia de vida, valores, algo comumente usado para caracterizar pobreza extrema. Estereótipos como estes já foram usados no cinema como forma de protesto contra o senso comum que leva ao estigma, filme como: *Feios Sujos e Malvados (Brutti Sporchi e Cattivi)*, de 1976 do cineasta italiano Ettore Scuola, mostra de forma humorada os estereótipos que a pobreza produz no inconsciente coletivo. Ao ver as pessoas em situação de rua, sem uma visão mais profunda, fundamentando em idéias formadas somente no senso comum sobre este tipo de individuo, esta simplificação tornará fácil atitudes preconceituosas, pois pouco se fala e se faz sobre estas pessoas esquecidas, pessoas estas, que na escala social muito usada para se julgar os indivíduos, encontra-se no na base: “Os moradores de rua se tornam, então, o espelho daquilo que ninguém quer ser: um excluído do sistema, que exclui aquilo que se torna diferente, e, logo, ruim, visto que se não contribuiu para a afirmação da ordem social estabelecida.” (ANDRÉIA, K. 2008 p.228)

A condição de viver nas ruas, sem a proteção que um lar proporciona causa prejuízos evidentes para esta população, além do prejuízo do abandono à própria sorte, estas pessoas estão mais expostas as doenças como: dermatites devido ao contato direto da pele com

superfícies não limpas e ásperas como o solo, muros, paredes, etc.; doenças pulmonares são prevalentes, neste tipo de indivíduo, devido a exposição às intempéries climáticas, contato direto com outros indivíduos em situação de rua que portam doenças pulmonares, segundo Artides: “A tuberculose aparece devido ao fato de estarem submetido a constantes alterações climáticas, de compartilharem os mesmos espaços e por se alimentarem mal.” (ARTIDES, J. 2009 p.48); doenças sexualmente transmissíveis como prova a pesquisa realizada com 330 albergados paulistanos através de amostras sorológicas, Brito (2007) constataram que as prevalências de 1,8% de HIV, 8,5% de vírus de Hepatite C, 30,6% de infecção pregressa por Hepatite B, 3,3% de infecção aguda ou crônica pelo vírus da Hepatite B e 5,7% de Sífilis. A população brasileira alcançou no ano de 2008 possui a esperança de vida ao nascer de 72,57 anos, colocando o Brasil como o 86º colocado no ranking de expectativa de vida das Organizações das Nações Unidas, considerando as estimativas de 192 países (BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, 2009).

Na população em situação de rua estão mais expostas a ainda a risco de contato com drogas lícitas e ilícitas, violência, “na rua e da rua trazem, ainda a convivência com a aglomeração de pessoas, proliferação de doenças, junto à violência, o estresse e a hostilidade das pessoas”, (ARTIDES, J. 2009, p. 47). Para Brandão, B. (2004), as pessoas que vivem nos meios públicos encontram-se sempre em condições adversas de vida, estas condições expõem os seus corpos as condições mais variadas de clima, esta situação leva ao cansaço, ao abandono e as mais variadas formas de violências, inclusive a violência da fome, que os debilita fisicamente e mentalmente.

Os motivos que fazem permanecer nas ruas são diversos, um deles é a inexistência de uma política social eficaz para as pessoas que estão nas ruas por motivos como: falta de oportunidade de trabalho, abandono, falta de moradia, falta de condição financeira, etc. Segundo Vieira, M (1994) as condições que fazem as pessoas permanecerem vivendo nas ruas são três: primeiro, as pessoas que ficam na rua de uma forma não definitiva, ou seja, situação circunstância devido a algum fato momentâneo que a faz permanecer vivendo nas ruas, fatos estes que podem ser a falta de um meio para obter recursos financeiros com um trabalho, um esposo ou esposa ou familiar que o mantenha financeiramente, a falta algum benefício social, etc. O fato do êxodo rural, aonde levam pessoas em precárias condições financeiras a buscarem vida melhor nas grandes e médias cidades; tratamento de saúde de algum parente ou ente querido nos grandes centros de saúde das grandes cidades, nestes casos, as pessoas, devido ao medo de violência, acabam buscando abrigos em rodoviárias, albergues ou locais públicos e movimentados.

Segundo caso: pessoas que estão nas ruas, estas pessoas não consideram as ruas ameaçadoras, estando estas em condição de se sentirem mais familiarizadas com as ruas, já conseguem ter relações sociais com outras pessoas que vivem nas ruas, usando estas relações como estratégias para se sentirem mais seguras, estas pessoas já conseguem realizarem algumas tarefas para conseguir algum tipo de rendimento. É o caso dos catadores de material reciclado e guardadores de carros.

O terceiro e último caso é: pessoas que são das ruas, é o caso das pessoas que estão a um longo tempo vivendo em situação de rua, devido ao longo tempo de permanência nas ruas, estas pessoas sofreram um processo de debilitação física e mental motivado pela alimentação inadequada, condições de higiene precária e, muitas vezes, devido ao uso de álcool, drogas juntamente a constante exposição a o estresse que a violência e a vulnerabilidade social causam.

#### **4.1.1 Saúde e doença nas pessoas em situação de rua**

O número de pessoas vivendo em situação de rua está ligado a condição de igualdade social do país, pois, muitas vezes as condições que levam uma pessoa a ir morar nas ruas são de ordem social. Para ROSA, A. (2005), as condições de empobrecimento populacional no Brasil acarretam conseqüências de grande relevância para a exclusão social e mantimento da péssima qualidade de vida destes indivíduos, para a autora, a saúde individual não é a ausência de problemas fisiológicos e psicológicos, a saúde está ligada às condições de vida nas partes de relacionamentos interpessoais, independência, estrutura social, etc.

Além das causas social que levam as pessoas a viverem abandonadas nas ruas, outro motivo vem causando preocupação nos últimos anos cresce no Brasil, o consumo da droga chamada Crack, aonde, devido a intensidade dos seus efeitos, provoca muito frequentemente o abandono ou expulsão do lar, levando assim o aumento do numero de pessoas que vivem em situação de rua.

Se olharmos mais atentamente para as relações que são feitas entre a pessoa que vive na rua e todo o resto que o cerca, percebemos que se trata de uma relação com profunda violência, aonde leva os indivíduos ao sofrimento motivado por alguma doença ou trauma emocional forte ou mesmo pessoal, este sofrimento têm sua raiz em questão de abandono, este abandono o leva a viver em condições que coloca em risco a sua vida, segundo Brandão, B. (2004), outros fatores que podem ser usados para uma melhor compreensão dos motivo que levam as pessoas a saírem de um lar e vivem vagando pelas ruas é o rompimento de laços

familiares ou a desarticulação das relações familiares originais, este afastamento do contato direto com a família se torna mais profundo com o passar do tempo, levando a pessoa que vive em situação de rua o abandono total da identificação com a vida anterior. As ruas, neste caso acontecem quando a pessoa em situação de rua encontra-se, no que foi falado anteriormente: as pessoas que são das ruas.

Ainda segundo Brandão, B. (2004), sinto o emprego uma forma de identificação e posição importante na sociedade, este fato de não ter uma atividade formal que o faça contribuir com os familiares o leva a um estado de depressão e o sentimento de não ser mais útil para a sociedade, tornando assim uma pessoa descartável. Muito frequentemente, quando a pessoa encontra-se vivendo nas ruas em estado de situação permanente, estas pessoas não possuem nem sequer a documentação necessária para ter sua condição de indivíduo reconhecido pelo estado.

Para Brandão, B. (2004), este afastamento total da família e adaptação para a condição de pessoa vivendo em situação, com o passar do tempo, leva este indivíduo a criar novos laços de relações profundos com outras pessoas que vivem em situação de rua, estas novas relações e arranjos sociais são construídas com forma de proteção da violência que são expostas. Ainda segundo Brandão, B. (2004), é mais fácil compreender a dramaticidade da situação de viver nas ruas se procurarmos fazer um “exercício sensorial” aonde nos colocamos na situação de estar em contato com as ruas como as pessoas que vivem nelas, assim usando a nossa memória para os sentidos do tato, com a pele atingida pela pressão de estar em contato com uma calçada, contato direto com vento, chuva, frio, etc. Este corpo acaba criando uma adaptação a situação, buscando ser menos sensível às condições que são cotidianamente colocadas.

Não sendo pouco toda forma de agressão que é exposta a pessoa que vive em situação de rua, esta pessoa que vive nas ruas sem um lar sofre consequências psicológicas provocadas devido ao sentimento de exclusão social que vive, frequentemente relatos de agressão a moradores de ruas são colocados na imprensa, como caso do espancamento até a morte por motivo fútil, pintar pessoas em situação de rua com tinta plástica, jogar álcool líquido e atear fogo nos moradores de ruas que encontram-se abrigados em marquises buscando a proteção do frio, etc.

Para Varanda W. (2003) Este tipo de população deveriam ser postas em políticas públicas para populações com necessidades especiais, estas políticas públicas deveriam ser compatíveis com políticas especiais como as políticas para os idosos e portadores de necessidades especiais, políticas para gestantes, política infantil.

Justificativa para tal mudança de foco se fundamenta devido as características particulares destes indivíduos que o fazem ter maiores riscos de contraírem doenças ou ferimentos. Entretanto ainda segundo Varanda W. (2003) este tipo de população não interessa ao mercado de trabalho, e mesmo causando impressão negativa relacionado ao seu grande número nas grandes cidades, a sua presença é insignificante quando relacionada à sua participação eleitoral. Para o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), esta população sequer é considerada nos censos nacional brasileiro, como não representa uma ameaça as saúdes econômicas das cidades, são simplesmente vista como uma estética ameaçadora as cidades. Alguns sociólogos colocam a pessoa em situação de rua com uma função na sociedade como um ser que representa as conseqüências de uma vida falida, como uma imagem que recorda sempre na mente da população as conseqüências extrema de não ser bem sucedido.

## 4.2 O PRECONCEITO

O Preconceito vem sendo estudado por muito tempo no mundo científico. Diversos são os motivos que levam os estudiosos a se preocuparem deste argumento, o sentimento preconceituoso pode se limitar a certo grupo específico, por exemplo, as pessoas em situação de rua. Este capítulo procura entender as causas que levam ao preconceito existente na relação funcionário de saúde e pessoa em situação de rua.

O preconceito pode ser expresso em grandes grupos, como aconteceu no evento histórico e dramático do nazifascismo. Uma comparação entre estes dois exemplos nos leva ao pensamento simples e lógico das variações de intensidade que o de sentimento do preconceito pode alcançar, não é raro em nosso convívio social sermos obrigados a convivermos com pessoas diferentes de nós. Estas pessoas muitas vezes são capazes de nos provocar sensações como: repulsa, desprezo, vontade de evitar o contato direto com que nos transmitem aspectos de imagens não agradáveis. No geral, as pessoas não sentem o impulso maltratar de forma consciente outras pessoas simplesmente por não gostarem dela; viemos em uma cultura aonde a idéia de preconceito como atitude consciente, arbitrária e premeditada não é aceita por via de julgamento de moral ou por imposição jurídica, o fato de fazer mal a uma pessoa movido por sentimentos preconceituosos causa repulsa e comoção na sociedade, mesmo com todos estes elementos que buscam limitar as atitudes preconceituosas, o preconceito está presente em atitudes cotidianas, este tipo de preconceito, no geral, se expressa de forma inconsciente.

Atos extremos de violência acontecem em números relativamente baixos, agressividades em grandes números motivadas por preconceito são encontradas, geralmente, em períodos terríveis da história da humanidade, um exemplo é o nazifascismo. Mesmo evidenciando casos verdadeiramente dramáticos como o nazifascismo e casos com sua importância menos visível como a relação profissional da saúde e pessoas em situação de rua aqui apresentada.

Tais exemplos contêm no seu íntimo uma mesma raiz que os fazem aflorar: a relação identidade pessoal versus diversidade da humanidade (Gonçalves, S. 2003).

Segundo Gonçalves (2003) a identidade pessoal, ou seja, o que cada pessoa leva como características individuais nos fazem posicionarmos no mundo como indivíduos únicos, mesmo tendo características diversas dos demais, “uma parte daquilo que nos serve para nos definirmos serve também para definirmos outras pessoas com quem estabelecemos laços de afinidade e com quem nos identificamos, pelo menos em alguns aspectos importantes para a nossa auto-imagem”, (GONÇALVES, S. 2003, p.4).

Segundo Gonçalves, S. (2003), a identidade que levamos é formada por valores sociais que estamos inseridos. “a identidade social é a parte do nosso autoconceito que resulta ao mesmo tempo de sabermos que pertencemos a um dado grupo social e do valor ou significado emocional que atribuímos a essa pertença”, (GONÇALVES, S. 2003, apud TAJFEL, p.4).

Gonçalves, S. (2003), traça uma linha de pensamento aonde defende que quando definimos a nossa identidade definimos quem somos. A simples pergunta “quem sou eu?” pode ter interpretação vaga no senso comum, entretanto, basta um aprofundamento rápido para percebermos que a resposta para esta pergunta poderá vir com muitas certezas pessoais absolutas como, por exemplo: eu sou fulano, sou de tal cor, pertenço a seguinte religião, sou do sexo tal, a minha opção sexual é tal, classe social, o meu esporte preferido é... , cor preferida, melhor amigo, etc. Quando definimos quem somos, do que gostamos e não gostamos estamos definindo também quem não somos, percebemos do que não gostamos e as coisas que nos causam indiferença ou repúdio.

Para Gonçalves, S. (2003), podemos dividir as relações com os grupos em endogrupo, o grupo social que cada um de nós pertencemos e em exogrupo, o grupo que não fazemos parte, o grupo de comparação a cada pessoa analisada.

Ao exercermos as nossas atividades diárias, saímos sempre do nosso endogrupo, da nossa base de identidade e somos confrontados com grupos com identidades diversas a nossa o exogrupo. Esta exposição diária para o profissional da saúde, que faz o primeiro atendimento às pessoas que buscam a resolução do seu problema de saúde, se dá com uma grande gama de grupos distintos do pertencente ao profissional.

Ao analisamos os grupos, sabemos que todos nós somos obrigados a sairmos do grupo que somos identificados e termos contatos com pessoas diferentes em relação a cada um de nós. Quando nos relacionamos buscamos identificar as outras pessoas para termos uma avaliação correta da postura que devemos tomar. Se estivermos em uma reunião de trabalho formal o correto é ter postura sóbria, objetiva, agradável etc. Em um evento social com familiares íntimos e amigos a postura se torna diversa da postura tomada em uma reunião de trabalho. Neste ambiente descontraído não sentimos obrigados a agirmos de modo formal, são

permitidas trocas de agradamentos e carinhos entre as pessoas. Esta variação do nosso comportamento vem das constantes comparações e avaliações que fazemos quando se há uma inter-relação entre as pessoas.

Esta identidade que carregamos e que orienta as nossas relações, nos faz posicionarmos com nossas características nos grupos em que circulamos. É a nossa identidade que nos proporciona subsídios para comparações, o que se julga correto em comparação as outras formas de manifestações culturais, religiosas e pessoais pode levar a comparações do tido como correto em relação ao não correto. A nossa identidade nos levar ao favoritismo intergrupual: “tendência para favorecer o nosso próprio grupo. Tanto pode produzir o que gostamos do nosso grupo, como o que não gostamos do grupo de comparação”. (GONÇALVES, S. 2003, p.4).

Para Gonçalves, S. (2003), este efeito natural de valorizarmos o que gostamos fez cada um sentir-se bem quando presente ao grupo de referência, há sensação de segurança por estar em um grupo aonde conhece todos e suas regras, contudo, quando estamos expostos a outros grupos em situação de comparação criamos distorções em que são afirmações das formas que julgamos corretas como condutas.

Ao ser exposto diariamente a grupos diversos, segundo Gonçalves, S. (2003), o indivíduo tende a procurar características e informações que o faça compreender o exogrupo, sem deixar de reafirmar as suas crenças, normalmente se procura igualar as pessoas de outros grupos como se todas tivessem as mesmas características, desta forma, buscar no outro grupo características que se associem para justificar o seu posto de vista.

Para Gonçalves, S. (2003), fala que a identificação de um indivíduo com o endogrupo se da na mesma proporção que este indivíduo tem por si mesmo e pelos membros do seu grupo, “Em primeiro lugar, as diferenças podem causar desconforto no grupo, que vê suas bases culturais questionadas e, conseqüentemente ,ameaçadas”, (FREY, L. 2003, p.24).

No livro intitulado Fenomenologia e Relações Sócias de Alfred Shutz, o autor fala: “O estranho torna-se em essência o homem que tem de colocar em questão praticamente tudo aquilo que parece inquestionável para os membros do grupo do qual se aproxima.”,( SHUTZ, A. 1979, P.85), ainda segundo Shutz, A. (1979), para o indivíduo o padrão cultural que pertence ao noutro grupo não está comprovado, é um padrão desconhecido, algo sem valor quando visto pela ótica de suas experiências pessoais, esta rejeição dos padrões existentes no outro grupo é justificada devido a distâncias de tempo e espaço que foram construídos os valores que estão sendo confrontados, a aproximação do estranho poderá ser aceita por parte

do grupo, entretanto, o estranho nunca terá a sua aceitação completa, pois este estranho não compartilha do ponto de vista que norteia este grupo.

#### **4.2.1 Pensamentos e estereótipos**

As análises feitas até o momento neste trabalho buscaram a compreensão das relações e idéias de cada grupo e indivíduo que pode provocar ao preconceito, estas relações e idéias são construídas em julgamentos fundamentados em estereótipos de discriminação intergrupar quando a relação é feita entre desconhecidos.

Ainda segundo Shutz, A. (1979), os estereótipos que não passam de crenças a respeito de um grupo ou membro deste grupo, e o preconceito que é a forma prática da não aceitação de um grupo ou membro deste grupo, acontece devidos a idéias culturais antagônicas de um em relação a outro. Idéias de que o membro de um grupo vê o grupo, ou o membro de um grupo, como um ser diferente, se justifica devido ao condicionamento social que obriga a pessoa pertencente a um grupo tem os seus pensamentos limitados por este grupo, desta forma, são desenvolvidas as formas pessoais que cada indivíduo, dentro deste grupo, simplifica a sua visão do mundo, por ter somente a visão determinada por um grupo só. Quanto maior a simplificação, mais forte será a idéia de distância entres os indivíduos. Simplificação que produz o favoritismo intergrupar, aonde faz surgir uma visão maniqueísta dentre os vários grupos, é uma das principais motivos para o surgimento das pessoas que têm as suas atitudes baseadas no preconceito:

CROCHIK, José Leon. (2006, p.152), “ Como o desprezo pela subjetividade, pela fragilidade, pela razão e pela experiência são características dos preconceituosos, pensamos que uma educação voltada para a subjetividade, mas não exclusivamente, para a reflexão e para o incentivo a experiência possa conter o antídoto que permita, ao menos, frear a destrutividade presente no preconceituoso.

Os estereótipos são formas de pré-determinação de um grupo ou pessoas fundamentados em categorização, como explica Shutz, A. (1979), quando colocamos as pessoas com pessoas de características comum a todas as demais, e assim tornando-as como seres mais fácil de pensar sobre eles, isto cria uma sensação de certeza nas escolhas dos valores comparados, como o valor certo e o valor errado.

A categorização das coisas faz parte da natureza humana, se categoriza para simplificar, para melhor compreender, para se ter uma idéia lógica sobre um determinado objeto de estudo. É a categorização que nos faz distinguir uma coisa de outra.

Desta forma, conseguimos nos situarmos em grupos e distinguimos suas semelhanças e diferenças e sabemos como nos portarmos quando nos relacionamos com outros grupos. Em uma situação formal, devemos ter um certo tipo de comportamento e em uma reunião de família com pessoas que se gosta ter outro tipo de comportamento.

A forma de distinguir, de discriminar, ou seja, de fazer uma distinção faz parte do desenvolvimento humano.

A capacidade de distinguir algo está relacionada a informações que se adquire sobre o objeto analisado, exemplo: um arquiteto faz uso de um grande número de informações adquiridas ao longo de anos de estudo para fazer uma avaliação do conjunto arquitetônico de uma cidade. Se compararmos esta avaliação com a de uma pessoa leiga, veremos que o arquiteto tem uma capacidade descritiva maior em relação a quem não conhece profundamente o assunto. Assim podemos dizer que as suas habilidades propiciam maiores ferramentas de avaliação quando comparadas a pessoas que se dedicam à outra função que não a arquitetura.

Uma definição precisa, na relação de categorizar, para relacionar com grupos e pessoas segundo Gonçalves, S. (2003) são as relações estabelecidas por formas de categorias, aonde, cada pessoa leva em si um número de atributos que o identifica e que é natural para os membros do seu grupo, para a autora os ambientes sociais estabelecem as categorias de pessoas que têm probabilidade de serem neles encontradas. Este ambientes de encontros são as base para as formações das rotinas de relacionamentos com outros membros, estes encontros são previstos sem atenção ou reflexão particular. E nestes locais, quando um estranho é apresentado, os primeiros aspectos permitem ver a sua categoria e os seus atributos, a sua “identidade social”.

Anda para Gonçalves, S. (2003), esta capacidade de avaliar também ocorre nas relações sociais aonde se tem um menor o número de informações de grupos ou pessoas, quanto menor a informação adquirida destes grupos ou pessoas, mais tentador será colocarmos em uma categoria pré-definida ao senso comum. Os estereótipos são construídos baseados nas características mais comum de um grupo, um exemplo bem claro é o estereótipo do Brasil como um país de praias, futebol, mulheres linda e semi-nuas etc. para Gonçalves, S. (2003) os estereótipos são frutos das crenças fundamentadas em observações de características visuais

mais explícitas dos membros observados, devido a tais observações simplificadas os estereótipos favorecem o surgimento de preconceito nas relações.

As idéias que caracterizam os estereótipos, em sua grande maioria, são relacionados as idéias já existentes no grupo em que pertencemos, o uso dos estereótipos é um fenômeno imenso e interessante para ser estudado, se imaginarmos estereótipos supranacionais como os estereótipos usados em países ocidentais para caracterizarem seguidores da religião islâmica, este mesmo fenômeno é repetido em proporções menores até chegar a cara indivíduo. Estas imagens construídas sobre estereótipos, em alguns casos, chegam a situações críticas, como o ódio irracional que obstrui qualquer possibilidade de um esclarecimento mais correto a respeito do grupo que se vê como algo a ser temido. Seguindo o pensamento de Gonçalves, S. (2003), quando a falta de informação sobre um pessoa ou grupo chega ao ponto de total incompreensão da realidade, levando ao ato de exclusão de um grupo ou pessoa, é neste ponto acontece a chamada discriminação. As idéias que caracterizam os estereótipos não surgem por acaso, mas sim, expressão uma função do indivíduo na sociedade, a função de ter uma idéia sobre cada grupo ou indivíduo, mesmo que tais idéias sejam criadas com poucas informações e deforma errônea.

Para o indivíduo obter um pensamento livre dos estereótipos, senso comum, estigmas e todos as foras padronizadas e simplificadas que as idéias já existentes proporcionam um pensamento pobre em reflexão e conhecimento aprofundado do outro indivíduo, este indivíduo deve usar o questionamento autônomo, segundo Shutz, A. (1979), os questionamentos não são criados do nada, no inexistente, eles surgem dentro de coisas já existentes, de coisas já conhecidas, e como fala o autor, os questionamentos partem de uma situação já determinada anteriormente e se relacionam com uma nova situação, buscando compreende-la e transforma-la em algo conhecido. Ainda segundo o autor, quando fala de uma possível instabilidade temporal dos pressupostos e idéias tidas como certas nos dias de hoje, e que poderão não existir mais no futuro ele afirma que: o que é tido como pressuposto hoje pode tornar-se questionável amanhã, e somos induzidos, por nossa própria escolha ou de outro modo, a mudar nosso interesse e as situações se transforma em um campo de maior investigação e questionamentos. Esta busca por saber, além do já estabelecido e facilmente aceito, acarreta logicamente uma movimentação de uma posição de conforto, e gera trabalho, junto com mudança do indivíduo, por natureza, somos empurrados para o conhecido, para as formas que já se sabemos suas possíveis conseqüências.

Na natureza de todos os seres vivos, somos movidos por interesses: o interesse de se manter vivo é o mais básico de todos, para Shutz: “Ao nos referirmos a uma mudança de

nosso próprio interesse tocamos no âmago do nosso problema”, (SHUTZ, A.1979, p.110), desta forma para o autor, quando indivíduo sai de uma situação cômoda onde ele é um mero repetidor de idéias já existentes e migrar para um mundo de idéias autônomas, sendo esta mudança provocadora de incerteza, este indivíduo deverá ser movido por interesses pessoais, para Alfred Shutz: “É o nosso interesse à mão que motiva todo o nosso pensar, projetar, agir e que, portanto, estabelece os problemas a serem solucionados pelo nosso pensamento e os objetivos a serem atingidos por nossas ações ”, (SHUTZ, A.1979, p.110).

#### **4.2.2 Estigmas**

Os estereótipos fazem surgir na mente imagens não aprofundadas a respeito de grupos ou indivíduos, e como estas imagens são as únicas informações que temos a respeito de determinados grupos ou pessoas, estas imagens não aprofundadas são os instrumentos para avaliar e tomar a posição pessoal frente aos grupos ou pessoas que não se conhecemos, esta idéia é defendida por Gonçalves, S. (2003), já citada anteriormente e por Goffman E. (1963), este autor fala no fato de pouca informação a respeito de grupos ou pessoas causa uma discrepância entre a identidade social real deste grupo ou pessoa e a identidade virtual, ou seja, aquela identidade que foi criada sobre as formas de estereótipos.

Outra forma de pré-julgamento similar aos estereótipos segundo Goffman E. (1963), é quando se desacredita um indivíduo; muitas vezes um indivíduo é desacreditado por outros indivíduos sem o reconhecimento claro do motivo que o levou ser desacreditado.

Para o autor: Goffman E. (1963), quando nos deparamos com o estranho a nossa frente em acontecimento que nos obriga a termos algum tipo de contato, rapidamente buscamos informações para compreendermos esta nova pessoa. Como devemos interagir com esta figura estranha que nos deparamos, esta figura pode apresentar atributos aonde o leva a ser diferente dos demais, colocando em uma categoria que não pertence a normalidade das situações vividas, em casos mais extremos, podemos nos depararmos com pessoas de atitudes má, de reputação perigosa e desta forma deixamos de vê-la como uma pessoa comum para vê-la com uma ameaça, uma pessoa sem a mínima similaridade com o esperado de uma pessoa normal, desta forma deixamos de vê-la como uma pessoa comum e normal para considera-la uma criatura reduzida a um ser estragado e diminuído. Tal característica para o autor Goffman E. (1963), é um estigma, principalmente quando o seu efeito é negativo, o estigma é definido até o ponto que estas pessoas são descobertas e conhecidas. Uma outra forma de esclarecer a idéia do estigma é segundo Erving Goffman: “Os gregos, que tinham bastante conhecimento

de recursos visuais. Criaram o termo estigma para se referir a sinais corporais com os quais se procurava evidenciar alguma coisa de extraordinário ou mau sobre o status moral de quem os aparentava”, (GOFFMAN E. 1963 p.5), Este fato mostra a ligação que se tem entre idéias já estabelecidas sobre determinados grupos ou pessoas e imagens, é nestas idéias, que buscamos as justificativas em imagens que se desenvolve o estigma, “Atualmente, o termo é amplamente usado de maneira um tanto semelhante ao sentido literal originário, porém é mais aplicado à própria desgraça do que à sua evidencia corporal”, (GOFFMAN E. 1963 p.5), Para o autor Goffman E. (1963), o estigma é uma relação entre atributos e estereótipos, são os estereótipos, juntos com atributos formando imagens definidas, “Um estigma, é então, um tipo de especial de relação entre atributo e estereótipo”, (GOFFMAN E. 1963 p.7).

Quando as características do estigmatizado são conhecidas de todos, por exemplo: pessoa com alguma deficiência física, morador de rua com todos os seus aspectos visíveis, neste caso, se trata de uma pessoa já desacreditada por todos, um ser que não é bem visto em alguns aspectos da vida social na visão de uma pessoas com preconceito.

O estigma pode ser formado por três formas fundamentais segundo Goffman E. (1963), a primeira está relacionada à imagem, a não aceitação da imagem corporal em que o estigmatizado provoca em outros indivíduos, por exemplo, a abominação que certas deformidades físicas provocam em algumas pessoas, o estado precário de higiene que, no geral, os moradores de rua apresenta, etc. A segunda forma de estigmatizar ou ser estigmatizado se no que Erving Goffman fala em culpa de caráter como: pouca vontade de realizar tarefas e obrigações, paixões exageradas e desproporcionais e não naturais, crenças falsas e pensamentos mágicos fora de um contexto religioso aceitável pela sociedade, desonestidade, prisão, vício, alcoolismo e drogas, desemprego, doença, homossexualismo, desemprego, tentativa de suicídio, isolamento, idéias políticas radicais, etc.

Seguindo as idéias de Erving Goffman: “há os estigmas de raça, nação e religião que podem ser transmitidos através de linguagem e contaminar por igual todos os elementos de uma família” (GOFFMAN E. 1963 p.7).

Se fizermos um exercício de reflexão veremos que os estigmas estão presentes na vida de todos, atitudes tomadas por pessoas normais, Goffman E. (1963), define a pessoa normal como àquela pessoa que acredita levar consigo os paradigmas sociais para a definição de uma pessoa normal, buscam criar fatores de diminuição do choque que há no convívio com pessoas portadores de alguma forma de estigma. Ações sociais de comunidades benevolentes buscam suavizar o convívio social com alcoolizados, moradores de rua, usuários de drogas; ações governamentais buscam a inserção de grupos éticos estigmatizados em órgãos públicos,

leis buscam criminalizar atitudes anti-homossexuais, etc. A nível pessoal, usamos termos como aleijado, bastardo, retardado, bêbado, vagabundo, etc. de uma forma inconsciente, e normal. São construídos conceitos e teorias de estigmas para se inferiorizar outros indivíduos e criar imagens ameaçadoras e perigosas destes indivíduos, assim estigmatizados, são criadas animosidades fundamentadas em diferenças como por exemplos classe social, grupos religiosos. São agregadas as imperfeições e outros aspectos não reais para se justificar os sentimentos negativos para com o estigmatizado, não raro justificativas como “sexto sentido”, “algo me fiz que” ou “percepção” são usadas para se criar uma imagem temerária de algum indivíduo buscando criar o sentimento de certeza nos atos discriminatórios. No livro de Goffman E. (1963), ele explica o surgimento do estigma e a presença de uma expectativa de forma e comportamento a ser seguida por parte de todos, não necessariamente a pessoas que estigmatiza leva em si as condutas que cobra dos outros indivíduos, um homem de negócio pode exigir de uma mulher que use certo tipo de roupa adequado em cada ocasião, mulheres podem pedir para jovens terem certo tipo de comportamento.

Para Goffman E. (1963), capacidade de estigmatizar não está presente só nas pessoas normais, indivíduos estigmatizados também se vêem com estigmatizados, como uma auto-percepção de uma pessoa com estigmas e assim se esforçar para corrigir ou minimizar a sua condição, isto se dá com o indivíduo que se esforça para aprender a nadar, jogar tênis, dançar; o cego que busca escalar montanha, esquiar, jogar futebol, com isto busca certo nível de reconhecimento pelas pessoas normais. Indivíduos estigmatizados, em alguns casos, usam o motivo que o levou a ser estigmatizado uma justificativa sobre certos fracassos ou falta de motivação para funções não executadas com êxito na sua vida.

Ainda segundo o autor, nem sempre ser estigmatizado é visto como algo de constante privação de benefícios para o indivíduo estigmatizado, muitas vezes movido por crenças religiosas e pessoais. Crer em algo que provoca algum tipo de sentimento desagradável possa ser visto como uma bênção secreta que remete a alguma prova de capacidade moral. Pensamentos como estes vão de encontro à teoria Freudiana da Racionalidade na qual uma pessoa submetida a alguma situação que lhe cause angústia, busca um raciocínio lógico e aceitável para explicar o motivo da angústia de uma forma aceitável. A Racionalização é usada para justificar comportamentos quando, na realidade, as razões para esses atos não são recomendáveis.

Para Crochik, L. (2006), todas as formas existentes e conhecidas de preconceito e discriminação quase sempre são as expressões de algum sentimento para o preconceituoso, o fato de ter receio, medo, repulsa, incompreensão do indivíduo que não faz parte dos padrões

aceitos pelo preconceituoso leva a uma vontade de dominação deste ser estranho para o preconceituoso, a vontade de dominar o indivíduo, esta característica é visível dentro de uma situação de subjugação, um caso comum é o tratamento dado a empregadas domésticas, em que na sua maioria têm tratamento como se fossem cidadão inferior ao seu empregador. Segundo Crochik, L. (2006), em seu livro sobre Preconceito, indivíduo e cultura, existe uma outra forma de subjugação, a chamada subjugação imaginária, aonde é vista quando existe a necessidade de julgar-se melhor a uma pessoa com algum tipo de estigma, assim a pessoa compensa alguma fragilidade pessoal nítida se julgando superior a outro indivíduo. Este caso é comum quando colocado em posição de competição com outro, buscando assim, ressaltarmos as qualidades que poderá levar-lo a uma possível vitória.

O preconceito é criado da falta de informação a respeito de pessoas ou grupo, como já foi falado aqui, e tem uma função de como mecanismo de defesa para ameaças que este indivíduo poderá produzir; um exemplo bem claro é o crescimento da xenofobia em países pertencente a União Européia, fenômenos de partidos com bandeiras anti-imigração ganham força em países que outrora enviavam a sua população para outras partes do mundo. Fenômenos como os vividos em países europeus são facilmente transferidos para a nossa realidade, fatos de violências motivadas por preconceito contra indivíduos vindo da região nordeste do Brasil e que se instalam no sudeste são comuns.

Em um contexto de competição em que a sociedade impõe para o desenvolvimento das competências pessoais visando o mercado de trabalho, este espírito de competição aonde se olha os outros como adversários, acaba afirmando estereótipos e estigmas na justificativa de se ver como uma pessoa melhor em relação ao seu competidor.

Esta competição discriminatória é colocada em prática quando são avaliados dados comparativos relacionado: cor da pele, sexo e valor pago por hora de trabalho, Pesquisa IBGE, (2006), a população que se declarava de cor preta e parda em suas pesquisa tem escolaridade e rendimento financeiro médio equivalente à metade da média recebida da população que se declarou de cor branca na Pesquisa Mensal de Emprego do IBGE, e nesta mesma pesquisa a taxa de desocupação das pessoas que se declaravam de cor preta ou parda é de 11,8%, esta taxa é superior a taxa respondida pela população que se declarou de cor branca, a taxa apresentada pela população declarada foi de 8,6% em 2006.

#### **4.2.3 Relações**

O mundo em que estamos inseridos não é privado, não é uma forma de mundo aonde não podemos agir movidos pelas nossas vontades pessoais, aonde basta nos comportarmos de acordo com os nossos desejos para sofreremos consequências, em nossa sociedade, pessoas que agem expressando vontades desconexas com o contexto que está inserido são, no geral, indivíduos que sofrem de algum transtorno mental, que não os permitem ter percepção exata da função que teve representar em casa momento vivido. Para Shutz, A. (1979), na vida que estamos inseridos, o mundo do cotidiano é constituído de um mundo subjetivo que tem a sua existência anterior ao nosso nascimento, dos indivíduos que existiram anteriormente, por isto, todas as nossas interpretações do mundo são valores e idéias usadas de experiências anteriores a nossa existências.

Se um indivíduo encontrar-se em um ambiente doméstico ou privado aonde se sente à vontade, não tendo a obrigação de representar um papel na sociedade de modo formal, o normal é expressar os seus pensamentos a voz elevada, usar de vestimentas ao seu agrado, sem ser julgado, mas se este comportamento é repetido em alguma situação norteadas por regras formais, esta pessoa será vista como um ser incapaz de compreender as regras do convívio social e poderá ser estigmatizada como louca, um doente mental ou extremamente excêntrica. Somos imersos em um mar de regras feitas muito antes de existirmos, este mundo é compartilhado por todos a nossa volta, com uma influência direta e indireta de um em relação ao outro; para Shutz, A. (1979), mesmo uma pessoa não exercendo função alguma ela conseguiu influenciar a vida de outros. Pois, esta pessoa necessita de recursos para a manutenção de sua vida, e estes recursos são feitos por pessoas, logo a vida de uma pessoa é ligada à vida de outra por laços invisíveis e fortes, para Shutz, A. (1979), o elo que proporciona a relação direta entre os indivíduos, e faz o sujeito ter conhecimento das vontades e percepções de um indivíduo em relação ao outro é efetivado por produção corporal, sem expressão corporal é impossível conhecer as vontades e desejos do outro. Esta visão, que quando vista de um modo negativo se transforma em estigmas, como foi visto anteriormente.

Compartilhar um ambiente comum é estar ligado a outro, é interagir com o outro criando uma comunidade limitada em um tempo e espaço específico, “As pessoas que participam do ambiente de comunicação são dadas umas às outras, não como objetos, mas como ‘contra-sujeitos’ como consócio numa comunidade social de pessoas”, (SHUTZ, A. 1979 p.161), ainda segundo o autor: “a compreensão da outra pessoa ocorre apenas por meio de apresentação, sendo que todos têm como dados ‘em pertença originarei’ apenas as suas próprias experiências”, (SHUTZ, A. 1979 p.161), este fato de cada indivíduo, mesmo

interagindo em um ambiente dividido com outros sujeitos, e ter o seu ambiente subjetivo, com as suas características pessoais, faz ele perceber o mundo a sua volta com o seu olhar formado das informações adquiridas com as suas experiências. Este exercício de interação e busca da compreensão do outro que se intera, pode ser feita de duas maneiras segundo Shutz, A. (1979), procurando na sua memória ações similares tirando delas princípios gerais que o orientarão para as interpretações feitas na interação com o outro e avaliando as atitudes do outro tomadas, esta leitura poderá ocorrer no momento da interação ou posteriormente em uma análise mais crítica.

Ainda segundo Shutz, A. (1979), na falta de uma memória para um fato novo o indivíduo pode recorrer a seu próprio conhecimento de comportamento que costuma usar e avaliando assim a citação nova segundo as suas próprias experiências e não a confrontando com experiências previamente conhecidas.

É nesta forma de buscar a compreensão do outro que o indivíduo adquire informações a respeito do desconhecido e não encontrando informações suficientes poderá usar as informações passadas para ele como os estereótipos.

Quando uma pessoa interage com a outra, e nesta interação existe alguma forma de preconceito, esta interação será prejudicada na sua relação harmônica, pois o raciocínio do preconceituoso coloca uma hierarquia nesta relação, para o preconceituoso existe um sujeito de qualidade alta, que no caso é o próprio preconceituoso, e um sujeito de qualidade baixa, que no caso será a pessoa com alguma característica que inferioriza, segundo o olhar do preconceituoso. Shutz, A. (1979), explica este fenômeno como sendo um Sistema de Relevância e Tipificação usado em vários momentos históricos e sendo fruto de herança transmitida pela sociedade aos membros presentes nesta sociedade em seu processo educacional e criação de identidade, neste fenômeno, segundo Shutz, A. (1979), é determinado neste tipo de conhecimento que os fatos e eventos típicos e homogêneos, sendo assim solucionado de forma típica, em situação típica, como sendo todos os fatos iguais a um fato padrão. Esta forma “transforma ações individuais únicas de seres humanos únicos em funções típicas de papéis sociais típicos”, (SHUTZ, A. 1979 p.119) estas funções ainda segundo o autor, faz do indivíduo cumpridor do papel que todos esperam dele na sociedade, desta forma, qualquer papel cumprido coloca o indivíduo no que Alfred Shutz fala em uma autotipificação das suas características pessoais. Neste sentido os indivíduos, incluindo eu, se relacionam de modo típico da sociedade e do meu núcleo social em que vivemos, buscando assim, uma possibilidade maior de construir relações harmoniosas e não conflitantes se seguirmos as regras existentes, no centro deste argumento está a busca por inserção e aceitação

no grupo que pertencemos, isto resulta da origem primária de sermos seres que vivemos em uma sociedade com uma relação de interdependência.

A forma como funciona este mecanismo de compreensão de indivíduos do mesmo grupo como o uso programado de códigos é explicado por Shutz, A. (1979), que para se compreender o outro o sujeito, se deve dominar os sistemas de tipificação aceitos pelo grupo, por exemplo, para um brasileiro se comunicar com outro brasileiro primeiramente terá que dominar a língua portuguesa e usar o mesmo código de tipificação e suas orientações, entretanto, nem sempre estes códigos se tipificações usados como orientação na comunicação vai ser compartilhado pelo semelhante. Ainda segundo Shutz, A. (1979), o sucesso da comunicação está ligado ao compartilhamento e compreensão destes códigos, estas formas padronizadas, ou como fala Alfred Shutz, formas típicas de orientação, são um modo de controle social para a orientação individual das pessoas, formas com: costumes, normal, leis, regras, rituais, calores; são confrontadas nas relações.

### 4.3 ACOLHIMENTO E HUMANIZAÇÃO

O acolhimento, segundo pregado pelo Ministério da Saúde, fala de condutas e formas de tratamento interpessoal, busca uma orientação que abrange postura prática e cotidiana do profissional para com o usuário do Sistema Único de Saúde (SUS). Dentro da idéia de acolhimento, também existe a preocupação com a humanização, justapostos com a forma de conduta das relações entre usuário e profissional, também se encontra a garantia do acesso à saúde para todas as pessoas, o acolhimento: “Qualifica a relação trabalhador-usuário que deve dar-se por parâmetros humanitários de solidariedade”,(FRANCO. B. 1999 p. 347), segundo a definição de acolhimento: “Diz respeito, ainda à escuta de problemas de saúde do usuário, de forma qualificada, dando-lhe sempre uma resposta positiva e responsabilizando-se pela resolução do seu problema”, (SOLLA, J. 2005 p. 495). Este acolhimento preconizado pelo Ministério da Saúde busca a valorização das relações, a construção de uma relação de confiança e compromisso entre o profissional e o usuário procura orientar as condutas dos profissionais no SUS.

Para Franco. B. (1999), acolhimento deve ter como característica a promoção de uma cultura solidária aonde legitime as ações do sistema público de saúde do nosso país. O acolhimento na saúde, segundo consta na cartilha a respeito do acolhimento com algo que deve ser visto, ao mesmo tempo, como diretriz fundamentado na ética, na estética e na política construtiva para se produzir saúde e instrumentos tecnológica de que ajudem na qualificação da escuta e atenção nas relações profissional e usuário do SUS, assim agindo na construção de vínculos, garantia do acesso com responsabilidade e resolutividade nos serviços. Esta idéia de promoção das relações para um acolhimento efetivo está incluído também no programa de Redes de Humanização em Saúde (RHS) do Ministério da Saúde aonde visa à promoção do comprometimento com a vida, a preocupação do homem com o homem, entretanto, não desvalorizando a segmentação que os instrumentos responsáveis

pelos cuidados em saúde estão dispostos nos dias de hoje como especialidades, hospitais especializados etc., Este comprometimento com a vida pregado segundo o estipulado pela Rede de Humanização em Saúde: para o programa: “Trata, portanto, de olhar cada sujeito em sua especificidade, sua história de vida, mas também de olhar-lo como um sujeito de um coletivo, sujeito de história de muitas vidas”, (HUMANIZASUS, 2004, P.9). A humanização do SUS pretende a qualificação do atendimento prestado, atenção a gestão humanizada visando agregar políticas que possam desenvolver tais idéias que são postas em práticas nestas políticas de saúde. A gestão visando o desenvolvimento da humanização quer valorizar os trabalhadores e desenvolver uma abertura para maior participação democrática do SUS, tento assim, um maior controle social por parte de toda a comunidade que faz parte do SUS como: usuários e profissionais.

Quando se fala em acolhimento, subjetivamente se tem a idéia de um acolhimento humanizado, pois, acolher sem ter a preocupação com a pessoa atendida é algo inexistente. A prática de acolher um usuário demanda grande esforço físico, mental e psicológico por parte do profissional responsável, devido à riqueza de diversidade cultural existente no nosso país juntamente com diversidade social e discrepâncias na escolaridade proporcionada à população brasileira, o acolhimento pregado pelo Ministério da Saúde sobre as inúmeras cartilhas, folhetos, e variado material de propaganda orientada na Política Nacional de Humanização, é posto como um desafio para este profissional que responsável pelo atendimento, pois dentro desta miscelânea que é constituída a sociedade brasileira, o profissional que efetua este acolhimento também tem suas características pessoais e valores posto em jogo na hora de efetuar o acolhimento, portanto, o ato de acolher, como no pregado pelo HumanizaSus (2004), acolher é um ato de aproximação, com caráter relacionamento e interação de “estar com” de “estar perto”, é uma atitude de inclusão com a pessoa que busca o abricó necessário.

Em alguns casos pode ser efetuado verdadeiramente de uma forma não plena por parte do profissional, pois, o fato de “estar com”, de “estar perto de” e tendo neste ato as ações e reações que a interação entre indivíduos acontece, poderá assim acontecer uma não harmonia entre profissional e usuário.

A obrigação de se fazer um atendimento resolutivo é indiscutível, pois a finalidade do atendimento em saúde é a solução do problema que levou o usuário a buscar atendimento, entretanto, negligenciar que este atendimento é feito de pessoa para pessoa, e que, mesmo sendo obrigação de todo o profissional o esforço para solucionar o problema que o usuário apresenta no serviço de saúde, este atendimento pode não ser efetuado da forma esperada devido a alguma incompatibilidade entre profissional e usuário. Este confronto entre

acolhimento e características individuais dos profissionais pode ser transferido conceitualmente para uma forma de relação interpessoal, movida por obrigação e interesse; obrigação por parte do profissional em fazer um atendimento adequado e qualificado, e interesse por parte do paciente em ver o seu problema resolvido da melhor forma possível, mesmo sendo uma relação entre profissional e paciente, em momento nenhum esta relação deixa de ser uma relação interpessoal, “a idéia de que o acolhimento está presente em todas as relações e os encontros que fazemos na vida”, (HUMANIZASUS, 2004, P.9). , portanto, como foi visto a respeito das relações interpessoais de Shutz, A. (1979), a idéia de acolhimento pode ser transferida para uma idéia de relação, sendo assim sujeita as dificuldades que as relações frequentemente têm: “ Uma postura colhedora implica estar atento e poroso às dificuldades cultural, racial e ética.”, (BRASIL. Ministério da Saúde, 2006 p.21).

Visto que a relação destacada aqui referente ao acolhimento está direcionada ao profissional e usuário do sistema de saúde e não as questões administrativas que estão presentes no caderno orientador para a implantação do acolhimento escrito pelo Ministério da Saúde, esta relação entre pessoas é de suma importância devido a importância da acessibilidade ao sistema de saúde, pois, o profissional pode ou não abrir adequadamente as portas deste sistema de saúde ao usuário que busca atendimento. A política de acolhimento do Ministério da Saúde busca a reorganização dos serviços de saúde para garantir o acesso universal. Para o Ministério da Saúde: “A proposta do acolhimento, articulada com outras propostas de mudança no processo de trabalho e gestão dos serviços” (BRASIL. Ministério da Saúde, 2006 p.16)., para o Ministério da Saúde, esta proposta deve estar em concomitâncias com outras instâncias que fazem parte do serviço de saúde como as gestão, ambiente, clínica e programas formadores de profissionais de saúde, aonde busca manter recursos importantes para a humanização dos serviços de saúde.

É no ponto do acolhimento, aonde se permite o acesso do paciente, tem a sua importância primária, é no acolhimento que se tem a porta de entrada para a resolução do problema de saúde: “Conforme esse entendimento, o acolhimento como avaliação de risco configura-se como uma das intervenções potencialmente decisivas na implementação da promoção em saúde,” (BRASIL. Ministério da Saúde, 2006 p.29)., , é no acolhimento que se têm as relações interpessoais, feitas de obrigações por parte do profissional e sendo influência dos meios sociais que pode ser transcrito de forma que supra as expectativas são importante para a resolução .O acolhimento é uma dentre as partes importantes ao acesso à saúde. Para

Adrina Pereira: “O ‘acolhimento’ significa a humanização do atendimento, o que pressupõe a garantia de acesso a todas as pessoas” (PEREIRA, A. 2010, p.56.)

Na cartilha sobre Acolhimento do BRASIL. Ministério da Saúde, (2006) o acolhimento não é somente um espaço ou local de recebimento do usuário mais sim uma postura ética aonde independe da hora ou profissional que acolhe o usuário, o compartilhamento de saber, emoções, angustias, preocupações, idéias fazendo assim o usuário sentir-se verdadeiramente acolhido nas suas demandas, faz com que o usuária sinta maior disponibilidade para comunicar os seus problemas, desta forma poderá ser efetiva a idéia de ver o usuário como um todo e não apenas um ser fragmentado com se uma doença fosse fruto de conseqüências meramente biológicas e não tendo influência do ambiente que vive, dos seus atos cotidianos, das suas ações para a manutenção ou não na saúde.

Uma das ações possíveis para o acolhimento de forma efetiva, segundo o BRASIL. Ministério da Saúde, (2006), é o estímulo do usuário como protagonista no processo de produção de saúde, visto que a relação entre profissional e usuário em muitas vezes se coloca com uma relação de poder, aonde, de uma forma de poder vertical o usuário muitas vezes se coloca de uma forma submissa em relação ao profissional.

Outra forma que poderá contribuir para o acolhimento pleno é um conhecimento maior por parte do profissional das relações sociais em que os usuários pertencem, a falta de conhecimento por parte do profissional em relação ao usuário vai de encontro a idéia do desconhecimento de um indivíduo em relação ao outro aonde poderá abrir margem para preconceitos, estigmas, estereótipos, etc.“ A valorização e a abertura para encontro entre profissional de saúde, o usuário e sua rede social, como liga fundamental no processo de produção de saúde”, (BRASIL. Ministério da Saúde, 2006 p.20). Já na cartilha relacionada a Humanização do Ministério da Saúde aonde encontra-se os princípios norteadores da política de humanização podemos ver: “ Valorização da dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão. Fortalecendo/estimulando processo integrador e promotores de compromissos/responsabilização”, (HUMANIZASUS, 2004, p.9).

Outro aspecto importante no acolhimento está relacionado a escuta como um dos pilares. A escuta com forma de atenção propicia recursos informativos que serão de grande importância na resolução do problema. Entretanto, nem sempre escutamos o que chega aos nossos ouvidos, o fato da comunicação não ser apenas compreensão de palavras, mas sim uma mistura de expressão corporal, tonalidade de voz, etc. pode ser facilmente influenciada a idéias pré-estabelecidas existentes guiamos a nossa compreensão para algo que gostaríamos de entender, neste sentido, no atendimento a um usuário, que por um motivo qualquer

provoca a vontade de não estarem sua companhia, provavelmente a escuta será prejudicada devido a vontade de abreviar esta aproximação, fazendo com que o sentido do que foi escutando seja simplificado.

Visto que acolher é: receber, escutar, interpretar e fazer a ação voltada para a resolução do problema e atenção efetiva, o profissional deve estar atento em cada ponto do acolhimento, segundo “O profissional deve escutar as queixas, os medos e as expectativas, identificar os risco e a vulnerabilidade, acolhimento deixa de ser uma ação pontual e isolada dos processos de produção de saúde e se multiplica em inúmeras outras ações”, (BRASIL. Ministério da Saúde, 2006 p.23).. É no ato de escutar que se constrói o vínculo, o simples ato de escutar, em muitos casos, é visto com grande alegria por parte dos usuários, em um mundo aonde o individualismo é estimulado, aonde o custo de vida para viver em grandes cidades é elevado, aonde, paradoxalmente, quanto maior o numero de pessoas em uma cidade, maior é o número de pessoas que vivem solitárias, não é raro se encontrar pessoas em serviços de saúde buscando atenção de profissionais, aonde basta voltar à atenção por um breve momento para escutá-la em suas angustias, seus problemas, suas lembranças para estas pessoas sentirem a sua vitalidade retornar. Visto o envelhecimento da população brasileira aonde proporciona ocasiões que nos faz deparamos com pessoas que viveram a sua vida acompanhada por parentes e entes queridos, e no período final da vida estão em uma situação de completa solidão, o fato de cada vez mais pessoas irem buscar serviços de saúde com a finalidade de encontrar alguém que as disponibilizem um momento de atenção, faz com que o profissional tenha noção da importância de se ter uma atenção plena e uma escuta atenciosa com a finalidade acolher de forma correta.

Segundo BRASIL. Ministério da Saúde, (2006) para se os riscos da vulnerabilidade se deve estar atento ao grau de sofrimento físico e psicológico pelo usuários, o profissional deve estar atento para sempre, pois, muitos pacientes que chegam buscando atendimento deambulando de forma independente, pode se um paciente que necessita maiores atenções devido a maior grau de risco e vulnerabilidade do que outro paciente aparentemente mais necessitado. A política de acolhimento do Ministério da Saúde busca a mudança de foco da doença para o sujeito.

Esta mudança de foco requer preparo por parte do profissional envolvido, pois se trata de uma mudança de estrutura fica, administrativa e acima de tudo, mudança de comportamento humano por parte dos profissionais, como esperado, mudanças deste tipo não são rápidas, fáceis e muito menos feita por decretos, estas mudanças serão alcançadas com

muito desenvolvimento de educação por parte dos profissionais envolvidos, podendo haver muito choque de interesse e de concepção de política.

É nesta intersecção de idéias e pensamentos que acontece no momento do acolhimento tais como: características culturais, conhecimento de culturas, dever profissional, variações de humor, idéias prévias, estigmas, estereótipos, personalidades diversas, valores diversos, culturas diversas, forma de comunicação diversa, problemas pessoais, e tantas outras formas que influenciam este primeiro contato do profissional e usuário que se encontra o problema do paciente. Aqui o caso que será colocado em destaque no próximo capítulo será o usuário adulto em situação de rua.

#### **4.4 DISCUTINDO A TEORIA**

As instituições que prestam assistências albergueiras municipais e entidades privadas, bem como no contato direto com pessoas em situação de rua identifiquei que há uma grande diferença entre as condições físicas. As pessoas que se encontram na condição de viver nas ruas, no geral, demonstram ter mais agravos de saúde, aspectos de higiene mais precários, condição de auto-cuidado diminuída. O morador de rua que está albergado e necessita de atendimento hospitalar será tutelado por um profissional que faz parte do corpo de funcionários desta instituição, e devido a tudo isto, esta pessoa é auxiliada para a manutenção da sua higiene pessoal e o fornecimento de recursos para tal, para as pessoas com este tipo de assistência se apresentam, invariavelmente, em condições físicas melhores para usufruir do atendimento adequado. Já o morador de rua que se apresenta nas condições em que se encontra na rua, acaba por sofrer atendimento influenciado por preconceito, a experiência de ter contato direto com moradores de rua, sempre propicia o conhecimento de história de preconceito e uma assistência fora do esperado para todas as pessoas.

O conhecimento que o contato com moradores de rua, juntamente com o aprofundamento bibliográfico presente neste trabalho, leva a uma conclusão importante: A condição causadora de acolhimento inadequado por parte dos profissionais em relação à pessoa que vive na rua está fundamentada na imagem que o profissional tem do morador de rua, mesmo o profissional que tenha na mente todos os estereótipos para formar a imagem não agradável de um morador de rua. Este preconceito não concretizado devido a imagem incompatível que um morador de rua, com as condições de higiene adequada que o albergue proporciona, para este preconceito latente ser concretizado o morador de rua deve representar

por imagem tudo o que os estereótipos o induzem a acreditar, ou seja, deve criar um estigma a respeito deste morador.

Uma constatação importante no convívio com as instituições albergueira responsáveis pela assistência a moradores de rua é a institucionalização da discriminação. Esta é apresentada quando instituições que não são providas de profissional para fazer o acompanhamento do morador de rua a algum hospital, estas instituições são obrigadas a usarem os serviços públicos como o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), e no geral, os moradores de rua não são socorridos por este serviço. História como a recusa por parte deste serviço para a remoção das pessoas que vivem nas ruas são inúmeras e recorrentes. A sensação de abandono transmitida quando se tem contato com pessoas em situação de rua é triste e dramático.

As conseqüências de uma falta de atendimento adequado devido a não compreensão do próximo, já estão presentes na sociedade, casos de falta de atendimentos de saúde para pessoas em situação de rua estão ao alcance da população, pois, basta direcionar a atenção em um contato direto com estas pessoas para descobrirmos histórias verdadeiramente dramáticas, e muito pouca difundida em qualquer nos meios de comunicação.

Caminhos apontados, ao se conhecer um pouco, nas formas de relações entre pessoas e entre grupos, nesta compreensão de relações, normas sociais, conduta aguardada, idéias de senso comum que pode fazer o indivíduo interessado em ter relações mais abrangentes com outros indivíduos e grupos, que pode levar ao desprendimento de atitudes e sentimentos preconceituosos, e como Shutz, A. (1979), fala nas pessoas movidas por interesses, não na forma do interesse mesquinho de buscar o objeto desejado prejudicando conscientemente outra pessoas, mas sim o interesse natural de se buscar o melhor para si, prejudicando outras pessoas devido a falta de conhecimento suficiente para não permitir o medo, e as idéias preconceituosa. Pois, na essência do preconceituoso está o medo de ser afetado negativamente pelo estranho que não se conhece e não se compreende.

O debate sobre este tema está versado para o ponto em que, mesmo sendo proporcionada a assistencial para colocar o morador de rua na forma aceita, e assim poder eliminar os estigmas existentes nesta população, a falta delas que fazem proporcionar o aparecimento do preconceito permanecerão, e serão direcionada para outro foco de “perigo”, para outro grupo de estranhos existentes na sociedade.

## **5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.**

A importância do tema não é de fácil percepção, pois estamos falando de pessoas esquecidas, como em muitos casos, estas pessoas sequer têm os documentos que as fazem serem reconhecidas como cidadãos.

Entender que somos influenciados por valores construídos ao longo de gerações, e que estes valores em alguns casos buscam uma simplificação do desconhecido para simplificar a compreensão da vida, e pouco, um pouco como é feito em algumas culturas religiosas, aonde busca a explicação de fenômenos de modo simples de compreensão, como exemplo: tribos primitivas que veneram deuses relacionados a elementos da natureza.

Explicações simplificadas poderão gerar conforto, pois, poupa os indivíduos do trabalho de buscar conhecer mais a fundo o desconhecido.

Como foi falado no Mito da Caverna de Platão (1956), a pessoas saindo do mundo já pré-determinado, e limita pela forma homogênea de se ver o mundo e buscar conhecer algo além do seu abrigo, poderá ver o mundo com mais clareza.

Se voltarmos ao ponto que somos movidos por interesses pessoais, igual a todos os seres vivos no mundo, veremos que o nosso interesse pessoal está direcionado a viver em um ambiente tranquilo e humano, este interesse de querer o melhor não é alcançado pela falta de conhecimento que temos um em relação ao outro devido ao medo natural que o desconhecido provoca no homem.

## REFERÊNCIAS

ARISTIDES, Jackeline Lourenço; LIMA, Josiane Vivian Camargo de. Processo Saúde-Doença da População em Situação de Rua da Cidade de Londrina: Aspectos do Viver e do Adoecer. **Revista Espaço para a Saúde**. Londrina, volume 10, número 2, 2009, p.48. 47. 43-52.

BARROS, S. **Iniciação em metodologia da pesquisa para enfermeiros**. São Paulo: Fortis Editorial, 1998.

BRANÃO, Beatriz Helena Bueno. **Habitando na rua: Avaliação Pós-Ocupação e Saúde Pública em equipamentos urbanos para a população de rua**. 2006. 166. ( Mestrado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, USP, São Paulo, 2004. p.10-12.

BRASIL. Ministério da Saúde; SAÚDE, Secretaria de atenção; HUMANIZAÇÃO, Política Nacional de; Acolhimento nas práticas de produção de saúde, 2 ed. Editora MS, Brasília: 2006, p.2. 16. 20. 23. 29. 2-29. (Série B. Textos Básicos de Saúde)

BRITO, Valquíria Oliveira de Carvalho et al. Infecção pelo HIV, Hepatites B e C e Sífilis em moradores de rua, São Paulo. **Revista de Saúde Pública**, 2007, São Paulo, volume 41, número 2, p. 47-56.

CAMEIRA, Miguel, SERIO, Rui G., PINTO, Isabel R. Efeitos Implícitos da Pertença e Identificação Grupal na Discriminação Social. **Análise Psicológica**. Lisboa. Vol. 20, no.4, p.603- 610. nov.

CAREGNATO, Rita Catalina Aquino; MUTTI, Regina. Pesquisa qualitativa: análise de discurso *versus* análise de conteúdo. **Revista Texto Contexto Enfermagem**. Florianópolis, volume 15, número 4, 679-684, outubro/dezembro de 2006.

CROCHIK, José Leon. Preconceito, indivíduo e cultura. 2. ed. São Paulo: Robe Editorial, 1997. P.15-17. 61-64. 152

JEAN-JACQUES, Rousseau. **O Contrato Social**, 1 ed. Rio de Janeiro, Escala Educacional, 2008, p.168

\_\_\_\_\_. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. 2009, Brasília. **Expectativa de vida do brasileiro subiu para 72,57 anos**. Disponível em:  
[http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia\\_visualiza.php?id\\_noticia=1275&id\\_pagina=1](http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=1275&id_pagina=1). Acesso em 26 de maio de 2011.

FERREIRA, A. B. H. Novo Dicionário Aurélio. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975. p. 27

FRANCO, T. B.; BUENO, W. S.; MERHY, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso Betim-MG. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, abr./jun., 1999. p.347. 345-353.

FREY, Luci Ribeiro. **Trajetória do Estranho: percepção e compreensão do estranho na teoria social contemporânea**. 2003. 180. (Mestrado em Filosofia) – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas. UNICAMP, Campinas, 2003. p.24. 33-34. 49- 52

GEORGE, Julia et. al. **Teorias de Enfermagem: Os fundamentos à prática profissional**. 4. Ed. Porto Alegre: Artmed. 2000

GOFFMAN, Erving. Estigma e Identidade Social, Controle de Informação Social, *In* \_\_\_\_\_. **Estigma** - Notas Sobre a Manipulação da Identidade Deteriorada. Rio de Janeiro, Zahar Editora. 1982. 124. p. 5. 7. 5-35. 38-90.

GONÇALVES, Susana. Identidade, Relações Intergrupais e Preconceito. **Publicação Eletrônica Semestral da Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico de Coimbra**, Coimbra, p.4. 1-8. mar. 2003.

IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Mensal de Emprego. Brasília, IBGE, 2006. Disponível em:  
[http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia\\_visualiza.php?id\\_noticia=737](http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=737).  
Acesso em 26 de maio de 2011.

PLATÃO, O Mito da Caverna. *In* : \_\_\_\_\_. **A República**. Rio de Janeiro: Editora Atena, 1956. 320. p.287-291

PEREIRA, Adriana Dall'Asta . Atentando para as singularidades humanas na atenção à saúde por meio do diálogo e acolhimento. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. 2010, Porto Alegre. vol.31, n.1, p.56. 55-61. mar.

ROSA, Anderson da Silva; CAVICCHIOLI, Maria Gabriela Secco; BRETAS, Ana Cristina Passarella. O processo saúde-doença-cuidado e a população em situação de rua. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, volume 13, número 4, p. 579. 576-582, Agosto de 2005.

SOUZA, Eduardo Sodré de; SILVA, Sandra Regina Vilchez da; CARICARI, Ana Maria. Rede Social e Promoção da Saúde dos “Descartáveis Urbanos”. **Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo**, volume 41, número especial, 2007, p.811-813

SOLLA, Jorge José Santos Pereira. Acolhimento no Sistema Municipal de Saúde. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**. Salvador. vol. 5, no. 4. pp.495. 493-503. dez.

VARANDA, Walter. **Do direito a vida à vida com direito: sobrevivência, intervenções e saúde de adultos destituídos de moradia nas ruas da cidade de São Paulo**. 2011. 126. (Mestrado em Saúde Pública), Faculdade Arquitetura e Urbanismos, USP, São Paulo. 2003 1999. P.98.

VIEIRA, M. da C.; BEZERRA, E. M. R.; ROSA, C. M. M. (Orgs.). **População de rua: quem é? Como vive? Como é vista?** São Paulo: Hucitec, 1994. p.93-95

WAGNER, Helmut R. O Cenário Cognitivo do Mundo da Vida, O Mundo das Relações Sociais. *In*: SHUTZ, Alfred. **Fenomenologia e Relações Sociais**. Rio de Janeiro: Zahar Editora. 1979. 165. p.85. 110. 119. 161. 198. 79-120. 159-239

## **ANEXO**

Foram utilizados na construção do trabalho artigos científicos relacionados ao tema proposto, procurei fazer uma relação entre as ciências da área da saúde, em especial a enfermagem, e as ciências humanas, em especial a sociologia e fenomenologia.

Na busca de referencial teórico para o trabalho não foi encontrado nenhum material que tenha relação com sem-teto, enfermagem e preconceito, as buscas foram feitas nas línguas portuguesa, espanhola, italiana e inglesa.

Por final, foi decidido construir o trabalho de uma forma que se compreenda o sujeito que sofre a o preconceito, no caso a pessoas em situação de rua; entender as estruturas que fazem surgir o preconceito e por fim, o ato de contato entre o profissional de saúde e a pessoa em situação de rua, este ato de contato foi o esclarecimento das idéias de Acolhimento.