Revista Diversidade e Educação

"VOCÊ É UM HOMEM OU UM RATO?": PERCEPÇÕES SOBRE SAÚDE MENTAL EM UM GRUPO DE PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA

"¿ERES UN HOMBRE O UN RATÓN?": PERCEPCIONES DE SALUD MENTAL EN UN GRUPO DE PERSONAS SIN HOGAR

"ARE YOU A MAN OR A MOUSE?": MENTAL HEALTH PERCEPTIONS IN A GROUP OF HOMELESS PEOPLE

Franciele Beatriz Watte[1]
Moises Romanini[2]

RESUMO
A população em situação de rua pode ser caracterizada pelo viver nas/das ruas, com pouco recurso financeiro, vínculos rompidos ou fragilizados e sem moradia convencional. Nesse manuscrito apresentamos os principais resultados de uma pesquisa que buscou compreender e problematizar a auto percepção de saúde mental do sujeito morador de rua e suas estratégias de conservação da saúde mental. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, que se utilizou da técnica de grupo focal. Foram realizados dois encontros com um grupo de pessoas em situação de rua já existente em uma cidade no interior do Rio Grande do Sul. Para analisar o conteúdo das intervenções, realizamos uma análise temática de conteúdo, utilizando o diário de campo. A análise qualitativa nos permitiu compreender a auto percepção de saúde mental desse grupo e, além disso, uma íntima relação entre as questões de produção de masculinidade com a depressão e ideação/tentativa de suicídio.
PALAVRAS-CHAVE: População em Situação de Rua. Saúde Mental. Masculinidade. Suicídio.

[1] Graduação em Psicologia. Universidade de Santa Cruz do Sul, Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.
[2] Doutorado em Psicologia Social e Institucional. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

(cc) BY-NC-SA

RESUMEN
La población sin hogar puede caracterizarse por vivir en la calle, con pocos recursos financieros, bonos rotos o debilitados y sin viviendas convencionales. En este manuscrito presentamos los principales resultados de una investigación que buscaba comprender y problematizar la autopercepción de la salud mental del sujeto sin hogar y sus estrategias de conservación de la salud mental. Esta es una investigación cualitativa que utilizó la técnica del grupo focal. Se realizaron dos reuniones con un grupo de personas sin hogar que ya existía en una ciudad en el interior de Rio Grande do Sul. Para analizar el contenido de las intervenciones, realizamos un análisis de contenido temático utilizando el diario de campo. El análisis cualitativo nos permitió comprender la autopercepción de la salud mental de este grupo y, además, una estrecha relación entre los problemas de producción de masculinidad con depresión e ideación / intento de suicidio.
PALABRAS-CLAVE: Población sin hogar. Salud mental. Masculinidad. Suicidio.

ABSTRACT
The homeless population can be characterized by living on the streets, with little financial resources, broken or weakened bonds and no conventional housing. In this manuscript we present the main results of a research that sought to understand and problematize the self-perception of mental health of the homeless subject and his strategies of conservation of mental health. This is a qualitative research that used the focus group technique. Two meetings were held with a group of homeless people already existing in a city in the interior of Rio Grande do Sul. To analyze the content of the interventions, we conducted a thematic content analysis using the field diary. The qualitative analysis allowed us to understand the self-perception of mental health of this group and, moreover, a close relationship between the issues of masculinity production with depression and ideation / suicide attempt.
KEYWORDS: Homeless Population. Mental health. Masculinity. Suicide.

* * *

Introdução

As pessoas que utilizam o espaço das ruas como moradia e local de relações são caracterizadas como população ou Pessoas em Situação de Rua (PSR). São sujeitos que denunciam a desigualdade e a exclusão social, que estão ligadas à ruptura ou fragilização de vínculos familiares e do mercado de trabalho. A pobreza extrema é uma das características daqueles que utilizam a rua como moradia e sobrevivência, assim como a exclusão social e a falta de acesso à garantia de direitos, fato que os torna vulneráveis a diversas situações de risco. Para a sociedade e Estado, são sujeitos invisíveis, e quando vistos, são notados como a "sujeira da cidade" e não dignos de direitos (GIORGETTI, 2006).

Não se pode falar de população em situação de rua, sem falar em saúde mental. Historicamente, foram vistos como sujeitos imorais e irracionais e, muitas vezes, internados em instituições psiquiátricas, recebendo tratamentos e punições desumanas, buscando uma "cura" para algo que nunca existiu. Recolhidos das ruas involuntariamente e isolados da sociedade e dos denominados "cidadãos de bem", eram submetidos a uma culpa individualizada por seu contexto.

(cc) BY-NC-SA

A população em situação de rua sofreu opressões por muitas décadas até que fossem reconhecidos como um problema social (CARDOSO; GALERA, 2010).

O conceito de saúde mental significou, por muito tempo, a ausência de doença ou transtorno. Com a criação de organizações, como a Organização Mundial da Saúde (OMS), o modelo de saúde foi ampliado, incluindo algumas ramificações, como o acesso aos serviços públicos, alimentação, moradia, educação e atividade física. Sendo assim, passou a ser definida mundialmente, como um estado de bem-estar completo, ou seja, físico, mental e social (OMS, 2001).

Ao dirigir esse conceito para a população em situação de rua, podemos problematizá-lo a partir de diversos fatores, principalmente pela falta de acesso aos seus direitos. São sujeitos que, inseridos nas ruas, estão expostos a situações de risco, sem emprego, sem moradia, sem privacidade e, muitas vezes, sem vínculos afetivos do núcleo familiar. A sobrevivência dessa população depende, muitas vezes, da expectativa de achar um alimento ou um local para dormir em segurança em um dia a dia precário.

Somente em 2008, a Política Nacional para Inclusão Social da População em Situação de Rua foi criada, caracterizando as PSR como "como vítimas de processos sociais, políticos e econômicos excludentes" (BRASIL, 2008a, p. 3), pensando a vulnerabilidade social como um fator de risco. A Política promove a garantia de direitos à população, viabilizando ações de prevenção, acesso aos serviços públicos, qualidade no atendimento e promoção social (BRASIL, 2008a). Ainda assim, na prática, a privação de direitos surge como um atributo à essa população, que é vista como não merecedora, devido a preconceitos e estereótipos presentes nesse contexto.

Não há um fator único e verdadeiro para o sujeito encontrar-se nessa situação, são fatores multifacetados, porém, cada realidade encontrada nas ruas é única e singular. (BRASIL, 2008a). Mesmo entendida, de certa forma, como demanda do governo e das políticas públicas, ainda há resquícios da opressão que a história traz. Ainda estamos em processo de visibilidade e necessidade de ampliação e aplicação das políticas públicas com ações que atendam às demandas biopsicossociais desta população. Compreendemos, portanto, que há um desencontro triangular nesse contexto, envolvendo o governo enquanto Políticas Públicas, as práticas de ações e as possíveis demandas dessa população. Pensar o contexto em que vivem e suas estratégias de sobrevivência requerem uma proximidade desta realidade.

A simples existência da PSR é compreendida como um problema a ser solucionado e não como uma demanda social. O difícil cenário em que a PSR vive e as diferentes realidades que se encontram nas ruas, remetem esses sujeitos a fatores múltiplos de riscos, físicos e mentais. O

(cc) BY-NC-SA

sofrimento mental e reações psicológicas são associados como sintomas-consequências a um ou mais acontecimento doloroso, até mesmo, pela própria situação em que se encontram (BOTTI *et al*., 2010).

Apesar de grandes avanços e transformações, no meio científico, ainda encontramos poucos relatos empíricos dos sujeitos que vivem essa realidade. Dado isso, percebemos que é extremamente necessário buscar compreender o olhar dos indivíduos sobre sua própria condição. Para tanto, desenvolvemos uma pesquisa que teve como objetivo compreender a autopercepção da saúde mental desses sujeitos, como se percebem no mundo e como se colocam nele. Também buscamos identificar as situações de risco vivenciadas pelas Pessoas em Situação de Rua e as estratégias de preservação da Saúde Mental.

Nesse manuscrito, portanto, apresentamos os principais resultados da pesquisa intitulada [título subtraído para garantir o parecer às cegas], buscando construir um espaço crítico-reflexivo sobre as questões de saúde mental no contexto da rua, especificamente de um grupo que vive nas/das ruas em uma cidade de pequeno porte no interior do Rio Grande do Sul. Através da realização de grupos com pessoas em situação de rua, deparamo-nos com narrativas que aproximavam intimamente as questões de saúde mental, especialmente ideação e tentativas de suicídio, com a (des)construção da masculinidade, antes e após a vida nas ruas.

Método

Através da pesquisa qualitativa, utilizamos a técnica de grupo focal para a realização da pesquisa. Esse termo, que já foi chamado de entrevista focalizada em grupo, se baseia na coleta de dados construídos nos momentos grupais. A técnica é utilizada para produção de conhecimento, como esta pesquisa. O mediador promove uma discussão diretiva sobre um tema ou um tópico para cada momento do grupo e acolhe o discurso dos vários indivíduos presentes, sempre intervindo quando necessário. (KIND, 2004). A técnica de grupo focal possibilitou a observação da interação dos sujeitos enquanto coletivo do processo grupal. Portanto, a mediadora esteve atenta para as conduções gerais do grupo, como o tamanho do grupo, tema, homogeneidade e participação de todos os membros (KIND, 2004).

A estruturação do grupo se baseou em um roteiro diretivo que auxiliou a manter o foco do tema discutido, porém, o mediador mantém a flexibilidade para não endurecer a discussão e inibir a opinião dos membros, permitindo que a discussão procedesse, intervindo apenas como facilitador do percurso (GONDIM, 2002).

O grupo que estava planejado para ocorrer no espaço da rua acabou ocorrendo no espaço interno do Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) do referido

(cc) BY-NC-SA

município, devido à previsão de chuva. Cabe ressaltar que, para construir os dados desta pesquisa, acessamos um grupo de pessoas em situação de rua já existente no CREAS em um município do interior do Rio Grande do Sul. O grupo foi elaborado e operacionalizado como atividade de ação em saúde obrigatória da disciplina de Estágio Integrado em Psicologia I e II, a qual a primeira autora desse manuscrito realizou no CREAS de março a dezembro de 2018. O grupo foi coordenado pela estagiária e pelo psicólogo local no período de junho a dezembro de 2018. Com o encerramento do estágio, o grupo continuou sendo coordenado somente pelo psicólogo local.

Os encontros inicialmente ocorreram na praça da cidade, local representado por sentidos de conforto e segurança já que muitos tornaram a praça, o seu habitat. Após alguns encontros e vínculos já estabelecidos, alteramos o local para o pátio do CREAS. Atualmente, o grupo ocorre no CREAS, porém, sob necessidade de acessar pessoas em situação de rua que não se vinculam ao serviço, o grupo pode vir a ocorrer na rua novamente, sempre conforme combinado com os atuais membros do grupo. No início, muitos usuários costumavam ingerir bebidas alcoólicas durante o dia, em razão disso, definimos o horário dos encontros para as 8h, logo no início da manhã. O grupo ocorre semanalmente com duração de uma hora.

O caracterizamos como um grupo aberto, devido à rotatividade de membros que transitavam por ele. Nos encontros, tivemos em média de três a nove membros, todos do gênero masculino, numa faixa etária entre 17 e 65 anos. Conforme as pessoas iam saindo da situação de rua, iam desligando-se do grupo. Os instrumentos utilizados para mediar as intervenções foram as técnicas de grupo, conversas informais, atividades lúdicas direcionadas e discussões temáticas.

O propósito foi contribuir para o fortalecimento dos indivíduos enquanto sujeitos e enquanto grupo, possibilitando a restauração de seus direitos, reconstruindo e preservando a integridade e a autonomia, promovendo a reinserção familiar e comunitária, além de facilitar o atendimento com os serviços da rede socioassistencial. Devido ao vínculo já estabelecido com a equipe de profissionais do CREAS e com os membros do grupo, o convite e aproximação com o público desta pesquisa foram facilitados por esses fatores.

Portanto, para a realização dessa pesquisa, usamos um roteiro semiestruturado de questões desenvolvidas para nos guiar referente ao tema e objetivos da pesquisa, sendo elas:

- Como é o dia-a-dia de vocês?
- O que causa desconforto, em estar na rua?
- O que vocês percebem em relação às diferenças daqueles que moram ou não na rua?
- Como se sentem em relação a estarem vivendo nas ruas?
- Como percebem a Saúde Mental no contexto em que estão inseridos?

(cc) BY-NC-SA

- Quais os meios que utilizam para lidar com o estresse do cotidiano?
- O que fazem quando se sentem em um dia ruim?
- E o quando o dia é consideravelmente bom?

Os questionamentos foram realizados ao longo dos encontros, conforme análise dos pesquisadores. Para analisar os dados construídos através do grupo focal, utilizamos a técnica de análise temática de conteúdo, que é baseada na interpretação do pesquisador (CRESWELL, 2007), exigindo, ainda, dedicação, intuição e criatividade para realizar a transcrição dos momentos.

Para realizarmos a técnica de análise temática de conteúdo, utilizamos o diário de campo. Após os encontros transcrevemos as percepções e discussões. Para Demo (2012), o analista qualitativo observa tudo, o que é ou não dito: os gestos, o olhar, o balanço, o meneio do corpo, o vaivém das mãos, a cara de quem fala ou deixe de falar, porque tudo pode estar imbuído de sentido e expressar mais do que a própria fala. Optamos pelo uso do diário de campo ao invés da gravação e transcrição, pois consideramos que o uso do gravador poderia vir a prejudicar a entrevista com moradores de rua, como se o gravador quebrasse um vínculo de confiança constituído entre pesquisador e pesquisado.

Conforme Bardin (1977), para analisar a temática de conteúdo, pode-se utilizar um roteiro baseado em três etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados, inferência e interpretação. Na primeira etapa, organizamos o material para análise de forma sistemática, onde lemos e estabelecemos os documentos da coleta de dados e formulamos as hipóteses e ainda, recortamos materiais referenciais. Na segunda etapa, exploramos o material, definindo algumas categorias de conteúdo e interpretando. Também podemos entender essa etapa como uma fase de descrição analítica, baseando-se no estudo aprofundado do material, guiado pelas hipóteses e referenciais. Na terceira fase, realizamos o tratamento dos resultados, interpretando-os com base reflexiva e crítica. O roteiro é usado para proporcionar uma base para facilitar as interpretações e inferências. Segundo o autor, é preciso manter certa atenção para não tornar o roteiro rígido, utilizando-o com certa subjetividade, possibilitando maior riqueza ao método.

Para divulgar a proposta e convidar a instituição para ceder o espaço e o grupo para esta pesquisa, solicitamos uma reunião com a gestão e profissionais do serviço para explicar a proposta e os objetivos deste trabalho. Com o aceite da pesquisa por parte da instituição e aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa da [nome da universidade extraído para garantir o parecer às cegas], definimos, junto ao atual coordenador do grupo, um dia para realizar o convite aos usuários e dois dias para participar do grupo.

(cc) BY-NC-SA

Em um encontro com a coordenadora e o Psicólogo do CREAS, realizamos as combinações e melhores esclarecimentos sobre a pesquisa. Sendo assim, definimos duas datas, compatíveis com a rotina do grupo para participarmos. Foram dois encontros consecutivos, na sexta-feira pela manhã, com duração de aproximadamente uma hora cada. A técnica do diário de campo foi utilizada para transcrição dos grupos focais logo após os mesmos.

No primeiro encontro, a primeira autora desse manuscrito entrou na sala de grupo do CREAS, junto com os profissionais que já acompanhavam o grupo, ou seja, o Psicólogo e a estagiária de Psicologia, e com os sete participantes que esperavam na recepção. Um deles me reconheceu pelos encontros do grupo do ano passado. A pesquisadora se apresentou, esclareceu os objetivos dos encontros e realizou o convite para a participação na pesquisa. O consentimento dos indivíduos em participarem da pesquisa abrangeu a totalidade. Eram homens, com idades de 35 a 65 anos.

Já no segundo encontro, havia oito participantes. Destes, dois estavam no serviço pela primeira vez, sob indicação de outros membros, e os outros seis, haviam participado na semana anterior. Retomamos os procedimentos de apresentações, esclarecimentos e consentimentos. Os dois novos membros decidiram participar também. Inicialmente resgatamos o que havíamos discutido na semana anterior e, então, focamos na vida antes e depois de se utilizar da rua como local de moradia. Esse tema foi abrangendo várias vertentes: vínculos afetivos e familiares, questões financeiras e o mercado de trabalho, álcool e outras drogas e como se percebem e se colocam no mundo.

Cabe ainda destacar que utilizamos heterônimos, através do uso do primeiro nome, de ativistas do Movimento Nacional da População em Situação de Rua para nomear os participantes aqui citados, preservando suas identidades.

Resultados e Discussão

Nos dois encontros realizados, ao dispararmos o gatilho dos fatores que os levaram para a situação em que se encontram hoje, a palavra "perda" foi significativa para descrever esse processo. Esses sujeitos *perderam* ao longo de sua história, inclusive, o sentido de sua masculinidade, que tanto lhes era importante.

Sendo assim, a partir da análise, discussão e interpretação dos encontros com o grupo, para melhor compreensão dos resultados, construímos duas categorias temáticas tendo como base o material da transcrição dos dois grupos: "eu sou um homem ou um rato?" e "a corda me persegue". Como o nosso objetivo principal era o de compreender a auto percepção sobre saúde

(cc) BY-NC-SA

mental de Pessoas em Situação de Rua, o debate sobre saúde mental tornou-se nosso eixo transversal na análise dos dados.

A saúde mental não se constituiu como uma categoria em si mesma, como esperávamos de antemão, mas guarda íntima relação com a ideia de masculinidade e com as ideações e tentativas de suicídio relatados por esses homens. Além disso, percebemos também que a masculinidade, ou sensação de sua perda, pode levar ao pensamento suicida. Não queremos estabelecer uma relação de causa e consequência, mas problematizar como a noção de masculinidade está presente na vida de um sujeito que pensa em suicídio.

Essa masculinidade, como veremos a seguir, é construída no imaginário social associada a significantes como dinheiro, tutela, cuidado, provimento da família, dentre outros. Quando o sujeito se percebe como uma pessoa em situação de rua, devido ao rompimento de vínculos familiares, problemas financeiros e outros fatores, sua masculinidade sucumbe. Mas, ao mesmo tempo, precisa demonstrar virilidade e força para sobreviver às ruas e nas ruas. Esses homens precisam, apesar de todas as perdas, reconstruir sua masculinidade. Através desse raciocínio, tomando como base as noções e percepções de saúde mental, que construímos as categorias temáticas aqui apresentadas.

Por fim, fazemos uma ressalva importante sobre a apresentação dos resultados. Optamos por não gravar o áudio dos dois encontros, pois, como já mencionamos, muitas vezes o gravador é visto com certa desconfiança por esse grupo populacional e tende a intimidar e restringir a participação de algumas pessoas nas pesquisas, especialmente quando têm algum conflito com a lei. Imediatamente após a realização dos grupos, a pesquisadora procedeu uma transcrição dialogada dos grupos, buscando ser o mais fiel possível às falas ditas nos grupos. Não é possível, nesse sentido, afirmar com exatidão que essas foram exatamente as palavras ditas, pois, assim como ocorre na prática de transcrição dialogada para fins de supervisão de estágios em psicologia clínica, existe um lapso da memória desde o momento da realização da atividade até o momento da escrita. Trata-se, portanto, de uma transcrição por semelhança. E trazemos nesse manuscrito recortes "quase" literais dos grupos com intenção de destacar as informações trazidas pelos participantes, diferenciando-as das nossas análises e interpretações.

Eu sou um homem ou um rato?

Agora
Eu sou um lixo
Vivo nas ruas

(cc) BY-NC-SA

Fujo das pessoas
Alimento-me de restos de comida
Cheiro mal
Sou sujo
Feio
E nojento.

Essa fala, de um dos membros do grupo, nos faz pensar em um rato. É como ele se percebe. Problemas financeiros, um casamento fragilizado e dependência de bebidas alcoólicas foram fatores que contribuíram para a situação que esse sujeito se encontra hoje. Segundo ele, o ápice de seu sofrimento foi descobrir que a criança que ele conhecia como sua filha, era filha de outro. Sua esposa havia se relacionado com outra pessoa. A partir disso, sentiu que fracassou em todos os sentidos. Olhou para sua vida naquele momento e não viu possibilidades. Sentiu-se culpado pelo fracasso financeiro, pois era o responsável por manter sua família nesse requisito, pelo seu casamento, já que havia se afastado da esposa nos últimos anos e pela perda do controle, uma vez que se tornou dependente do álcool.

Desse momento, uma palavra se sobressaiu entre as demais: perdas. Para eles, tudo gira em torno de perdas sentidas, principalmente no discurso da realidade de seus contextos de vida antes do momento em que se perceberam em "situação de rua". Não podemos falar de suas histórias sem falar de perdas, sejam elas dos direitos, do controle, da autonomia, dos vínculos familiares, dos vínculos afetivos, do emprego, dos bens materiais, do suporte, da coragem, do orgulho, da confiança, da dignidade, do desejo, da autoestima, da empatia, das possibilidades de escolha e, principalmente, perda de ser quem se era.

Cinco deles tinham histórias similares, onde depositavam a culpa na companheira ou esposa infiel. A partir disso, sentiam-se fracassados no cumprimento do papel social de ser homem.

> *Eu tinha que viajar por causa do trabalho né, ficava dias fora de casa, tinha uma filha pequena [...]. Um dia voltei sem avisar e ela estava com outro na nossa cama, aí fui investigar e a minha filha não era minha... Eu tava trabalhando, sustentando ela e a criança, dando o melhor que eu podia... mas isso não foi o suficiente pra ela.* (Carlos).

Conforme íamos avançando no assunto, ficava explícita na discussão a projeção da culpa, pois, antes de tal situação, os vínculos já estavam fragilizados pelo uso abusivo de álcool ou outras substâncias e pela violência intrafamiliar, como podemos observar nos relatos a seguir:

(cc) BY-NC-SA

> *Eu sei como é, a gente fica fora muitos dias, por causa do álcool, das drogas, e uma coisa leva a outra né? Não é só isso, a gente dá as nossas escapadas, acho que no fundo a minha esposa sabia, sabia de tudo, ou então imaginava, e eu não mentia, deixava ela achar o que queria, aí foi desgastando né, eu não fui homem o suficiente.* (Paulo).

> *É verdade, fiz muita coisa que me arrependo dessa época, pedidos de desculpas e promessas de mudanças não são o suficiente há tudo que eu causei a eles (família), têm coisas que não tem como apagar* (Eduardo).

O consumo demasiado de álcool pode ser um catalisador de comportamentos impulsivos em momentos de sofrimento, possibilitando coragem para tirar a própria vida. Essa compreensão parece estar presente nos relatos dos participantes: "eu bebia pra ter coragem, não pra esquecer" (Paulo); "eu sabia que se eu bebesse naquele estado, eu ia fazer" (Leonildo); "o cara bebe determinada quantidade pra ficar em estado de morto" (Nilto); "não, não foi por acaso, eu sabia que naquele estado de embriaguez, se eu bebesse mais um pouco, eu ia tentar, e foi o que eu fiz" (Eduardo).

O Ministério da Saúde assume o uso abusivo de álcool e outras drogas como um problema de saúde pública, responsabilizando-se, por meio de ações do Sistema Único de Saúde (SUS) e do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), em prevenir, tratar e reabilitar sujeitos dependentes dessas substâncias. (ROMANINI; DETONI, 2014). O vício causado pelo consumo excessivo de álcool traz consequências físicas e psicológicas para o indivíduo. O sofrimento oriundo da falta de controle da mente e do corpo é identificado, por eles, como facilitador para estarem em situação de rua. Em uma pesquisa em 2008, segundo a Política Nacional para a Inclusão Social da População em Situação de Rua, 35,5% da população em situação de rua definiu o alcoolismo como uma das principais razões para essa situação (BRASIL, 2008a).

O uso de substâncias psicoativas é percebido como uma fraqueza daquele sujeito, ou seja, um fracasso individual, que culpabiliza o indivíduo, desvinculando o foco do problema social (SOUZA; CARVALHO, 2012). Observamos que visões morais e jurídicas acerca desse problema prevalecem sobre fatores sociais, psicológicos, econômicos e políticos. (SIMOES *et al.*, 2017). Todos os membros da família são afetados quando um deles torna-se dependente, pois não o reconhecem como um sujeito doente. A culpabilização e a negação do uso de álcool como uma doença social, dá margem para a exclusão daquele sujeito do meio familiar e social que convive (SOUZA; CARVALHO, 2012).

Quando questionados sobre o que é ser homem, a resposta tem participação de todos, cada um disse algo que complementa o outro: conseguir sustentar a família (financeiramente e afetivamente); educar e dar exemplo para os filhos; não desistir; aguentar firme. Nesse sentido, eles manifestam que falharam. O *ser* homem tem significados culturais: cuidar (mais no sentido

(cc) BY-NC-SA

material, de provimentos), proteger e ser forte. Podemos entender que a interpretação da masculinidade nesse contexto, vem contribuindo para que esses sujeitos se tornem *sujeitos de rua*.

Sentir-se um rato, para esse sujeito, é o oposto a sentir-se homem. Ele não se identifica com os significados culturais de ser homem (cuidar, proteger e ser forte), pois sente que fracassou nesse papel, sendo assim, perdeu a dignidade de sua masculinidade. Podemos entender esse sintoma como a "morte" simbólica da identidade do masculino, passando a ser subjetivado por essa imagem do rato: feio, sujo, que se esconde pelos bueiros e cantos das ruas das cidades, onde não possam ser vistos.

A concepção de masculinidade é cultural e simbólica, com caráter estruturante de juízos e modelador de atitudes, comportamentos e emoções (GOMES, 2006). O ser homem, historicamente, significava não ser mulher. Cada gênero era uma representação social, no qual tinha seu papel na sociedade. A representação de homem era baseada e reforçada na forma de vestir, andar, comportar, entonação da voz, forma e força física, agilidade, coragem, bravura e heroísmo. O ser homem era associado ao poder, à agressividade e à virilidade (SOUZA, 2005). Era necessário provar que possuíam tais características, como um código social, caso contrário, sua masculinidade estava em jogo (SILVA, 2000).

O avanço da luta das mulheres na conquista de cidadania e direitos, tanto na ordem privada, quanto na pública, assim como na ordem sexual e moral, vem contribuindo para a instauração da crise da masculinidade. O homem perde o poder absoluto e a superioridade. Mesmo que o conceito da masculinidade continue sendo criticado, ainda hoje, a associação do masculino com a virilidade, competição e violência está enraizada na cultura de nosso país (SOUZA, 2005; SILVA, 2000).

Hoje, fala-se de "crise da masculinidade" que se baseia no incômodo de homens diante dos valores rígidos. As crianças crescem internalizando que homem não pode ter medo, não pode chorar e não pode demonstrar seus sentimentos. Mas o que acontece quando ele sente medo? Chora? E demonstra o que está sentindo? Seu significado de ser homem vai entrando em conflito e a crise se instaurando. A criança cresce sem saber identificar e nomear seus sentimentos, o homem precisa utilizar sua identidade social como se fosse uma camisa de força nos seus sentimentos. Assim, muitas vezes, só conseguem se expressar a partir da violência (O SILÊNCIO DOS HOMENS, 2016).

O homem de hoje sente consequências na saúde e no cotidiano com a perda dos significados da masculinidade, podendo levá-lo a um sofrimento patológico. A identidade ameaçada gera ansiedade, necessitando ser reforçada e reafirmada diariamente, por comportamentos agressivos e

(cc) BY-NC-SA

viris. O sujeito vive em um impasse de conflitos, expondo-se como um possível agente ativo de violência, ou então, um agente passivo, tornando-se um alvo de violência (SOUZA, 2005).

Em 2008, o Ministério da Saúde criou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), destacando a importância da percepção masculina referente aos próprios cuidados em saúde, propondo uma amplitude na busca pelos serviços de saúde pelos homens no SUS. O principal objetivo da PNAISH é humanizar, qualificar e implantar a atenção integral da saúde do homem, já que a morbimortalidade masculina é consideravelmente alta, se comparada à feminina (BRASIL, 2008).

Os determinantes sociais que expressam a vulnerabilidade dos homens em relação às próprias doenças estão articulados com estereótipos de gênero que simbolicamente expressam fragilidades e fraquezas da pessoa com a doença. Esses estereótipos estão ligados às características culturais e sociais, contribuindo para que o homem só procure ajuda em casos extremamente agravados e/ou não aderem aos serviços. A PNAISH busca quebrar o estereótipo de prevenção e cuidado em saúde ser uma prática estritamente feminina. (SEPARAVICH; CANESQUI, 2013).

Nas ruas não é diferente. Uma pesquisa realizada em 2015 na cidade de São Paulo, entrevistou 15.905 pessoas em situação de rua, destes, 82% eram homens (SÃO PAULO, 2015). A sobrevivência nas ruas é predominantemente masculina, sobrando pouco espaço às mulheres, tornando-as quantitativamente ainda mais vulneráveis. A única possibilidade de sobrevivência da mulher no contexto das ruas é se vinculando aos homens em troca de proteção. Em uma pesquisa com mulheres em situação de rua em um albergue de Minas Gerais, um dos principais motivos pela busca de albergues é o medo dos homens, pois, segundo os autores, elas relataram a prática do uso da força para obter relações sexuais, ou seja, estupro. Os autores referem que a prática do estupro é frequente nas ruas, cometidos por homens, em situação de rua ou não (BISCOTTO *et al*., 2016).

A rua vem se tornando um reforçador da masculinidade: "*tu precisa aguentar na marra, ter estratégias, se não, vai mostra a tua fraqueza e ai é um alvo fácil*" (Julio), ou seja, o sujeito está nos dizendo que para sobrevivência na rua é necessário demonstrar e ter força (tanto física quando psicológica). Sobrevive quem tem mais força. Nesse momento, entramos em um impasse. O sujeito se utiliza da rua como sua única possibilidade de vida sob efeito da morte da masculinidade e da perda do ideal de homem provedor, sentindo-se um fracasso, um rato. Na rua, ele se depara com a necessidade de se encontrar novamente com a sua masculinidade, só que de forma "primitiva" (dormir ao relento, aguentar chuva, frio, calor, competição por espaços e alimentos etc.). Parece então que temos um paradoxo indissolúvel na relação deste homem com a rua: a masculinidade perdida precisa ser reencontrada todos os dias.

(cc) BY-NC-SA

Carlos ainda afirma: "*nesses momentos, que bate o desespero, tu tá sozinho. Teus amigos e tua família não se importam contigo. Tu tá sozinho".* Sozinho. Essa palavra ecoou em meio ao grupo, a respiração era curta e rápida e o silêncio doía naquele momento. A sensação era que todos os participantes se encontraram na última frase daquele sujeito. A solidão era compartilhada. Na rua, os indivíduos que dela sobrevivem, obrigam-se a permanecer em grupo. Escorel (2000) fala sobre a necessidade de criação de uma rede se sobrevivência. Essa rede é sustentada pela confiança e troca de favores entre aqueles que se utilizam dela. Os favores são ações de ajudar o outro, devido a sua necessidade, podendo se constituir em emprestar um objeto, compartilhar alimentos ou bebidas, proteger e, até mesmo, usar a violência para manter a sobrevivência. As violências narradas entre os membros dos encontros eram cotidianas. Muitos escolheram a cidade, que tem poucos habitantes, para fugir da violência opressora de cidades maiores. Segundo eles, nas cidades com mais pessoas em situação de rua, a rivalidade é maior:

> *Se tu for pra rua, precisa se juntar com algum grupo, tudo lá é poder. Precisa trabalhar para os caras, se não te jogam pro outro grupo te matar ou te violentar. Aqui é mais tranquilo, não existe tanta rivalidade entre grupos, ta todo mundo na mesma situação né? Mas tem bastante conflito, não dá pra confiar muito, tem que pensar só em ti mesmo* (Julio).

Também é possível relacionarmos o trabalho como um fator social reforçador da masculinidade. Através do trabalho, o sujeito pode se identificar com o papel de prover e cuidar, provocando uma identidade de utilidade e pertencimento. Quando falamos sobre pessoas que estão em situação de rua, geralmente, são pessoas inseridas no mercado de trabalho informal, porém, pela lógica capitalista, são sujeitos taxados como "improdutivos, inúteis, preguiçosos e vagabundos" (MATTOS; FERREIRA; MARCOS, 2004, p. 47), descontextualizando-os da sociedade e impondo uma responsabilidade de sua condição e, mais uma vez, estamos falando de culpabilização.

> *Com a caixa de engraxate nas costas, tu é visto, sabe? Percebido. Se tá sem nada, mesmo que esteja procurando, desesperadamente, uma possibilidade de emprego, tu é ignorado. Precisa mostrar serviço, provar que é trabalhador e que quer trabalhar... Um dia desses, engraxei o sapado do dono de uma loja, ele viu que eu fazia bem feito e já me chamou pra fazer uns "bicos" na loja dele... se eu procurar emprego e estiver sem a caixa de engraxar, isso não acontece, ninguém me olha, muito menos, me dá uma oportunidade* (Darci).

Darci nos relata a invisibilidade da pessoa em situação de rua. É necessário que ele "prove" para a sociedade que quer trabalhar. Ao ser questionado sobre os momentos em que procurou emprego sem sua caixa de engraxate, ele responde: "*não muitas, normalmente só procuro com a*

(cc) BY-NC-SA

caixa de engraxate, mesmo que eu não vou engraxar aquele dia, mas já dá pra mostrar né? Que eu me viro". Podemos perceber que essa necessidade é interna, há uma necessidade de se sentir útil. A culpa causada pelo desemprego, vem com discursos ramificados: ele é incapaz, não tem vontade e não quer trabalhar, preconceitos de vadiagem relacionados à população de rua.

A partir do sentimento de culpa do desemprego, a estratégia que percebemos no relato acima, é a necessidade de provar para aqueles que o enxergam, sua capacidade e desejo em trabalhar. Já outros participantes do grupo referem sentir vergonha e insegurança ao procurar uma possibilidade de emprego, deparando-se com a invisibilidade e o isolamento.

> *Eu procuro não ficar na rua onde posso ser visto, não querendo criticar sabe? Mas o olhar dos outros de pena pra cima de mim eu não gosto. Quando algum conhecido me vê, eu atravesso a rua, é involuntário* (Daniel).

Esse mesmo participante complementa, narrando uma cena que parece ser comum entre a população de rua, expondo a insegurança, a necessidade de provar e a culpa:

> *Eu sinto muita dor no braço, principalmente no ombro. Sempre trabalhei, desde criancinha, no fumo, na construção... hoje não consigo mexer meu braço, não tenho força. Fui uma vez no médico, na 'UPA', ele disse que eu tava inventando motivo pra não trabalhar, queria benefício pra ter dinheiro pra beber e ficar na rua. Ele sabia que eu frequentava o 'CAPS AD' e o Albergue, tava na minha ficha. Eu fiquei com raiva e sai de lá, pensei se aquilo realmente não era coisa da minha cabeça, mas eu sei que não é, eu sinto dor mesmo, o tempo todo. Sem álcool é difícil aguentar a dor. Eu ando fazendo uns "lances", pra ter um dinheirinho, sabe?* (Daniel).

A falta de atenção à saúde da pessoa em situação de rua é um assunto comum entre eles. Aqueles que procuram as unidades de saúde não são acolhidos e tratados de maneira humanizada. O preconceito está visivelmente presente no relado acima, uma cena médica no âmbito do SUS, aliás, não era o SUS, o sistema público governamental responsável por humanizar e garantir um atendimento de igualdade e equidade para todos? E o direito à saúde da pessoa em situação de rua? O Ministério da Saúde desenvolveu um Plano Operativo de Ações para a Saúde da Pessoa em Situação de Rua, incluindo diversas ações de conscientização e promoção do acesso e garantia da população em situação de rua à saúde e atenção integral, porém, os discursos presentes no momento dos encontros do grupo, nos proporcionaram uma compreensão diferente da teoria e prática nos atendimentos dos serviços públicos (BRASIL, 2013).

A compreensão do profissional de saúde a partir do relato de Daniel diz de um fingimento sobre o adoecimento. As dores invisíveis derivadas de trabalhos repetitivos e pesados, como no caso de Daniel, que trabalhou na lavoura e em construções, causam, também, um sofrimento psíquico, que pode vir a ser patológico, pois temem a desconfiança, já que vivemos em uma lógica

(cc) BY-NC-SA

de trabalho que é necessário ser produtivo perante a sociedade constantemente, caso contrário, há desprezo, fracasso, humilhação e discriminação. O trabalho gera reconhecimento ao sujeito, que se identifica com sua função. Quando o homem se encontra em situação de desemprego, se depara com diversos significados sociais que geram sentimentos significativos de perda da masculinidade, pois sai do seu papel social de prover, proteger, cuidar e ser forte (ALENCAR; OTA, 2011).

Ressaltamos então, a perda da masculinidade como o principal catalizador para esses sujeitos estarem em atual situação de rua. A transição do homem para o rato, ou seja, a morte dos valores culturais da masculinidade, que aqui compreende-se por coragem, bravura, força e virilidade, vem causando demasiado sofrimento para eles. A sobrevivência ocorre no encontro do amparo uns nos outros, lutando contra esse mamífero roedor que nos remete à sujeira e odores, locomovendo-se apenas pelas sombras, obrigados a se esconderem e fugirem.

A corda me persegue

Sentei na varanda e ela estava ali
A corda pendurada
Ela me persegue
A culpa
O fracasso
O medo
E ela.

Homem, negro, pobre, adulto jovem e baixa escolarização, são características das pessoas que mais se suicidam no Brasil, envolvendo outros fatores de risco como: crise financeira, desemprego, contexto cultural e político, vínculos afetivos fragilizados ou rompidos, gênero e doenças crônicas, são alguns exemplos. Quando falamos em pessoas em situação de rua, também estamos falando de características e fatores semelhantes. Pode-se dizer que a rua é uma morte social. O sujeito que vive dela, está em situação de risco. (WINDMÖLLER; ZANELLO, 2016).

O estado brasileiro com maior índice por 100 mil habitantes que cometem suicídio é o Rio Grande do Sul, com quase 10%. Estado esse que se destaca por uma cultura predominantemente machista. Coincidência? Pode-se dizer que não. (SILVA *et al.*, 2018). Em um estudo sobre tentativas de suicídio com homens idosos, um dos fatores mais relevantes associado ao suicídio foi

(cc) BY-NC-SA

a perda do *status* do emprego, simbolizando uma sensação de não pertencimento social. Essa perda está diretamente relacionada com o sentido de masculinidade e a falha dela.

Segundo a OMS (2001), a depressão ocupa o quarto lugar na escala de agentes incapacitantes das funções sociais e atividades rotineiras. Os sintomas, muitas vezes, são naturalizados pelo senso comum, principalmente quando estamos falando em sujeitos em situação de rua. No primeiro encontro da pesquisa, abordamos a auto percepção e estratégias de preservação da Saúde Mental e situações de riscos identificadas por eles.

Diante disso foi possível perceber o sofrimento e angústia que se espalhavam entre as falas e olhares dos participantes, solicitando escuta e acolhimento. Os relatos foram se transformando em desabafo. Eram narrativas de tentativas de suicídio. Uma delas, a descrita logo após o atual subtítulo, nos chamou atenção. O sujeito fala sobre ver, frequentemente, uma corda no seu dia a dia, ela o persegue, aparecendo no seu quarto quando está dormindo, na sala quando está olhando televisão ou até mesmo, na varanda, quando se senta para tomar seu chimarrão. O dono do relato é o mais velho do grupo, sua fisionomia era de cabelos brancos, olhos azuis, pele com muitas manchas e rugas, ombros e coluna curvados para frente, pernas cruzadas e um pé, ora roxo, ora preto que não parava de balançar. Saiu da situação de rua há, aproximadamente, um ano e meio. Ele está morando em uma casa emprestada, ao lado da casa de sua irmã mais nova, que é quem coordena seu salário de aposentadoria. Ele diz que a perseguição da corda ocorre somente quando ele está sem fazer uso de álcool, ou seja, desde que saiu da situação de rua. Ele, que começou a ingerir bebida alcoólica aos oito anos de idade, hoje passa seus dias com chimarrão e muito café.

A ideia de vulnerabilidade permeia a marginalização de grupos de risco que não têm acesso aos direitos na sociedade e vivem de forma desigual, ou seja, torna-se vulnerável aquele grupo que não tem acesso a serviços públicos, não consegue se manter financeiramente em relação às necessidades básicas, sofre discriminação e possui vínculos fragilizados ou rompidos, tais fatores influenciam na superação de situações próprias do cotidiano. A vulnerabilidade social leva os sujeitos a situações de risco, os quais, devido às suas condições, possibilitam-se ao perigo imediato ou posterior (SILVA, 2018).

A OMS (2001) nos mostra que as doenças e transtornos mentais, como a depressão, podem se configurar sob vários fatores, como a pobreza, conflitos, desastres, doenças físicas, contexto familiar e social, idade e sexo. A partir disso, podemos refletir e buscar compreender os fatores que levaram esses sujeitos à ideação e tentativa de suicídio. Um dos participantes do grupo utiliza uma metáfora para explicar seus pensamentos de ideação suicida:

(cc) BY-NC-SA

> *É como se fosse um jogo, cheio de desafios e fases difíceis que tu tens que passar: têm muitas armadilhas e tu vai perdendo vida, aos poucos, tem que cuidar muito quando tua vida tá acabando, senão tu já era* (Leonildo).

Enquanto Leonildo diz: "tu vai perdendo vida, aos poucos", sua fala desacelera e o tom de voz aumenta, assim como sua sobrancelha, que se ergue sobre os olhos, na direção da pesquisadora. Ele se esforça para dar um recado: o contexto das ruas transforma o indivíduo que sobrevive nela/dela. As condições miseráveis em que vivem e o percurso de suas histórias, são fatores favoráveis ao desenvolvimento de algum tipo de transtorno de humor, ou seja, alimentação inadequada ou insuficiente, privação de sono e dos direitos e demais condições sociais em que esses sujeitos se encontram, geram um estado de desesperança, baixa autoestima e baixa perspectiva de futuro, diminuindo a disposição para suportar situações de estresse. Essas características possibilitam mais prevalência de depressão em pessoas em situação de rua, impossibilitando que saiam da condição na qual se encontram (BOTTI *et al.*, 2010).

A vulnerabilidade emocional desses sujeitos resulta de um substantivo: o isolamento. Sentir a solidão, para eles, é sinônimo de suicídio.

> *Esses pensamentos passam na minha cabeça se eu estiver sozinho, se tu te isola de todo mundo, ai já era, tu só pensa nisso. Eu dormia em um galpão emprestado no interior, lá era só o que eu pensava, em me matar, sabe? Acabar com o meu vazio, o arrependimento, esse lixo que eu sou. Eu fiquei dias naquele buraco, trancado, planejando como tudo ia acontecer. O vizinho me viu pegando a arma e veio atrás, ligou pro dono das terras e ele me expulsou de lá, disse que não queria 'incomodação' pra ele. Vim pra cá e eles (se referindo aos dois sujeitos que se encontravam ao seu lado) me acolheram, conversaram comigo e me ajudaram. A gente encontra mais humildade entre 'nois' do que nos ditos bons por aí* (Júlio).

A estratégia vem logo em seguida, e todos parecem conhecê-la: "ver gente" (Edvaldo). Gente, aqui, significa estar em companhia de alguém, para isso, basta caminhar pelas ruas, sentar-se nas praças ou procurar alguém de confiança para conversar, seja algum amigo ou algum profissional de referência. Esses sujeitos relatam que, a partir dessas conversas, acabam percebendo que existem possibilidades. Cada um discursava, com orgulho, a sua receita pronta para espantar os pensamentos de morte, como se fosse uma receita de bolo, que poderia ser transferida para um pedaço de papel e entregue para o próximo.

Alguns segundos encarando a corda foram suficientes para uma ação: pegou a água quente, o chimarrão e saiu para caminhar. Essa é a sua estratégia, sair de casa, caminhar, procurar algum conhecido para conversar ou apenas se sentar em algum local que possa permanecer observando as pessoas que passam por ali. Os outros membros do grupo concordam e utilizam a mesma estratégia. Segundo eles, falar sobre a situação que está passando ou simplesmente estar na

(cc) BY-NC-SA

"presença" de outras pessoas, afasta a vontade de tirar a própria vida. Quando questionamos os locais em que costumam ir, surgem: praças, bibliotecas, calçadas em frente a mercados ou serviços de Saúde ou Assistência Social.

Dói lembrar, mas ao dar voz aos seus pensamentos, sentimentos, angústias e histórias, eles sentem que a intensidade do sofrimento diminui. De individual, ela passa a ser compartilhada, o peso da dor se divide entre aquele que fala e aquele que acolhe. É entre os diálogos e trocas que relatam perceber novas possibilidades. A procura é por amigos ou profissionais que já possuem vínculo. Destacamos que no momento da procura, a referência não é o serviço, mas sim aquele sujeito que enquanto profissional se dispõe a acolher e contribuir.

Outros participantes do grupo complementam:

> *Se você estiver em uma situação difícil, já é complicado né? Mas você estiver em uma situação como essa e sem suporte... aí começa a se questionar sobre o que fez para as pessoas não estarem ali, aí vem à culpa, o isolamento, os pensamentos e aí bate o desespero* (Edvaldo).

> *Eu sempre procuro passar os dias e as noites em grupo, também não gosto de ficar sozinho. Quando começa a se excluir, viver isolado... é só tu e teus pensamentos. Às vezes que eu tentei né, fazer aquilo (movimentando o dedo indicador sobre o pulso), foi por causa da solidão. Eu tava há muito tempo me sentindo 'desasperançoso', não tinha nenhum motivo pra viver, era só fracasso, só arrependimento, só coisa ruim, não comia, não dormia, me arrastava por ai, sempre sob efeito de algo* (Paulo).

Esses relatos nos mostram a necessidade de possibilitar um atendimento de qualidade, sem preconceito, juízo crítico ou moral, de forma que acolham as angústias desses sujeitos, ajudando-os a ressignificarem suas vidas. É necessário que o Estado assuma a sua responsabilidade diante de problemas sociais tão graves, garantindo o direito dessa população. Em 2006, o Ministério da Saúde lançou a Portaria nº 1.876, instaurando Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio e o Manual dirigido às equipes de saúde mental em todas as unidades de saúde do Estado (BRASIL, 2006).

A Portaria mencionada considera a importância epidemiológica e dos quadros de co-morbidade e transtornos associados ao suicídio e suas tentativas nas situações de populações vulneráveis. Dentre as populações vulneráveis destacadas na Portaria, algumas delas parecem convergir com a população em situação de rua acompanhada nessa pesquisa: indivíduos com transtornos psíquicos, especialmente a depressão; indivíduos que já tentaram o suicídio; usuários de álcool e outras drogas; adolescentes moradores de rua etc. Além dessa convergência, o manual dirigido às equipes de saúde mental destaca fatores de risco associados às tentativas de suicídio. Em relação aos aspectos sociodemográficos, temos: sexo masculino; faixas etárias entre 15 e 35

(cc) BY-NC-SA

anos e acima de 75 anos; estratos econômicos extremos; residentes em áreas urbanas; desempregados; isolamento social e solteiros ou separados.

Todos esses elementos associados ao suicídio soam como sinais de alerta para a população em situação de rua, ainda mais diante dos relatos que escutamos nos grupos. A Portaria (BRASIL, 2006) nos parece ser um instrumento significativo aos profissionais de saúde, pois busca afirmar a necessidade de sensibilizar a sociedade de que o suicídio é um problema de saúde pública e que pode ser prevenido. Além disso, tem como premissa a organização de linhas de cuidados integrais (promoção, prevenção, tratamento e recuperação) em todos os níveis de atenção, garantindo o acesso às diferentes modalidades terapêuticas e às diferentes populações, como a das pessoas em situação de rua. Embora saibamos das dificuldades de acesso aos serviços públicos por parte dessa população, entendemos ser necessária uma articulação entre as políticas do SUS e do SUAS, tendo a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem como um dos seus eixos transversais.

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem vem pensando ações que viabilizem mais acesso da população masculina ao SUS, buscando compreender a saúde do homem a partir de ações de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde. Algumas possibilidades de ações são: divulgação de dados, palestras, rodas de conversas, distribuições de panfletos, entre outros. (BRASIL, 2008b).

Em uma pesquisa realizada em 2010, com 43 equipes de serviços de Estratégia da Saúde da Família, apenas 21 relataram pensarem em ações que possam promover o acolhimento a homens e apenas 6 relatam proporcionarem intervenções de temas que possam abordar assuntos da masculinidade. Os serviços de saúde pública estão carecendo de transformação, pois a diferença encontrada na teoria e na prática nos mostra a invisibilidade dos homens nesse contexto (MOURA *et al*., 2014).

Em 2011, o Ministério da Saúde também instituiu a Rede de Atenção Psicossocial para sujeitos que se encontram em sofrimento ou possuem transtornos mentais, incluindo o uso abusivo de álcool e outras drogas, na qual prevê ações de cuidados nos serviços de Equipe de Saúde da Família (ESF), Unidade Básicas de Saúde (UBS), Centro de Convivência, Consultório na Rua, Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), Atenção Hospitalar e serviços de urgência e emergência, como Unidades de Pronto Atendimento (UPA) 24h e Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) (BRASIL, 2011). Em 2014, definiu-se a Lista Nacional de Notificação Compulsória nos serviços de saúde públicos e privados no território nacional, através da qual as doenças, agravos e eventos de saúde pública necessitam ser notificadas e a rede de atenção e proteção para adoção de medidas acionada em casos de tentativas e atos de suicídio. Em 2017, o

(cc) BY-NC-SA

Ministério da Saúde e o Centro de Valorização da Vida (CVV) ampliam sua parceria, sendo essa última uma instituição voltada ao acolhimento e apoio emocional para prevenir suicídio por ligação telefônica gratuita. No mesmo ano, foi lançada a Agenda de Ações Estratégicas para a Vigilância e Prevenção do Suicídio e Promoção da Saúde no Brasil e um Comitê Gestor para elaboração de um Plano Nacional de Prevenção do Suicídio no Brasil que atua por meio das Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio e com as Diretrizes Organizacionais das Redes de Atenção à Saúde. No final de 2017, o governo instituiu incentivos financeiros para o desenvolvimento de projetos de promoção, vigilância e atenção integral à saúde direcionados para prevenção do suicídio no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial do SUS (BRASIL, 2017).

Nos encontros do grupo, observamos que os participantes estavam vinculados a pelo menos um serviço de saúde ou de assistência, entre eles, estão: Centro de Referência Especializado em Assistência Social (CREAS), Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD), Unidade de Pronto Atendimento (UPA) e ao Centro de Atendimento a Doenças Infectocontagiosas (CADI).

Como sabemos, a rotina de sobrevivência nas ruas envolve a resolução de necessidades básicas, a busca por comida, por trabalhos – como reciclagem, cuidador de carro, dentre outros, ou seja, as pessoas em situação de rua, individual ou coletivamente, criam circuitos, redes de sobrevivência (ESCOREL, 2000). A violência vivenciada cotidianamente, as redes de relações estabelecidas entre eles, o acesso (ou não) à rede de sobrevivência, as relações deles com os transeuntes e com a comunidade, os locais em que ficam durante o dia e à noite são algumas das características que tornam esse grupo tão específico e tão complexo (ESCOREL, 2000), o que é sentido pelos profissionais do CREAS quando fazem abordagens nas ruas da cidade ou acolhem esses sujeitos no serviço.

As representações sociais sobre as pessoas em situação de rua são carregadas de estereótipos e estigmatizações: vagabundo, preguiçoso, drogado, bêbado (ESCOREL, 2000). Essa estigmatização, contudo, impede-nos de vislumbrar marcas ou relações outras que escapam dessas representações. Nos grupos realizados, além das tristes histórias envolvendo ideações e tentativas de suicídio, acompanhamos momentos de interação prazerosa, alegre e agradável entre as pessoas no contexto da rua.

Tanto os momentos de descontração, brincadeiras, quanto os momentos em que eles, coletivamente, traçam estratégias de cuidado e acessam as redes de sobrevivência (por exemplo, quais os serviços de saúde que atendem bem as PSR; qual o melhor albergue para dormir; onde fica o "sopão" do dia; etc.), tornam mais evidentes que, nas ruas da cidade, estão invisíveis aos nossos olhos – dos transeuntes – essas sociabilidades. Nessas interações e nesse cotidiano das

(cc) BY-NC-SA

ruas, as pessoas acabam acessando ou sendo acessados por serviços de saúde, assistência social e de caridade, geralmente vinculados a instituições religiosas.

Considerações finais

Através dessa pesquisa, buscamos compreender a auto percepção de saúde mental do sujeito em situação de rua, bem como suas estratégias de conservação da saúde mental e a relação do significado de viver na rua com as situações de riscos experienciadas por eles. Realizamos dois encontros com um grupo de pessoas em situação de rua já existente no CREAS para abordar o tema. Embora tivéssemos traçado um objetivo de identificar fatores de risco associados à saúde mental, englobando, também, a compreensão de como esses sujeitos se percebiam diante dessa realidade, proporcionando uma autoanálise da situação mental, destacou-se de fato um outro ponto antes não abordado por nós, enquanto pesquisadores: o sofrimento daqueles que perderam os significados da masculinidade e a relação desta, com o estar nas ruas e o suicídio.

A perda da masculinidade gera sofrimento decorrente, principalmente, do sentimento de fracasso e culpa. A morte simbólica do masculino ocorre por consequência dos sentidos culturais enraizados próprios do masculino. O sujeito, no decorrer de suas vivências sociais, idealiza o que é ser um homem e se constrói a partir disso. No grupo, quando indagados sobre esse conceito, surgem diversos significados: provedor, virilidade, força e poder. O que ocorre, então, quando o sujeito não consegue prover sustento e afeto à sua família, não consegue ser viril a todo momento, sente-se um fracasso e perde o controle de sua vida? A identidade masculina ameaçada entra em um impasse de conflitos, necessitando, pelo próprio sujeito, prová-la e reforçá-la em seu cotidiano, podendo gerar ansiedade e sofrimento patológico.

Há sentimento de fracasso, perda da força e da virilidade, que são associadas quando necessitam procurar ajuda em relação a sua saúde, fortalecendo um estereótipo que quem procura ajuda é frágil e vulnerável. O Ministério da Saúde vem criando ações para proporcionar incentivos à prevenção e cuidado à saúde dos homens, tentando quebrar o paradigma de que os cuidados à saúde são atribuições somente do gênero feminino.

Evidenciamos nesse estudo a relação dos fatores que levam as pessoas em situação de rua com aqueles que estão em situações de risco de suicídio. A falha da masculinidade é um fator comum nas duas categorias, assim como a pobreza e conflitos no contexto social e familiar. São sujeitos que foram se deparando com perdas significativas ao longo da vida, provocando o contato com o vazio e a solidão. Deste modo, as condições de vida nas ruas podem promover patologias associadas ao humor, como depressão e ansiedade.

(cc) BY-NC-SA

Todos os participantes já haviam tentado suicídio ao menos uma vez e ambos associaram esses atos ao sentimento de solidão. Já as estratégias de saúde mental são narradas com cuidado e afeto, mantendo-se em grupos e criando relações de amizade. Palavras antônimas de isolamento, ou seja, a estratégia é estar em companhia de alguém, não se sentir sozinho. Para eles, esses momentos proporcionam conversa, escuta, acolhimento e, principalmente, amparo.

Ao falar sobre suas angústias, estão contando suas histórias e, ao mesmo tempo, ressignificando-se a partir do manejo do outro. Existe, portanto, nesse espaço, mesmo com toda a violência e exclusão presentes, uma sociabilidade, que se torna possível porque essas pessoas são capazes de se identificar umas com as outras, criando algo comum, desenvolvendo estratégias de auto e hetero cuidado. A sensação de ter seu conflito ou dor acolhida por outro produz noções de pertencimento, confiança, cuidado e afeto, potencializando possibilidades de novos caminhos e ressignificações.

Vemos, portanto, que apesar das tristes e violentas histórias que acontecem nas ruas, encontramos essas redes de sociabilidade, de solidariedade, de afeto. Para além do uso de drogas, que se naturaliza como algo inerente a quem vive ou está nas ruas, a pessoa em situação de rua sofre distanciamento ou ruptura dos vínculos familiares, das relações sociais e afetivas, mas constrói outras relações, com outras pessoas na rua, com profissionais da saúde e da assistência social, com os moradores e transeuntes da comunidade em que estão inseridos. Em um contexto social marcado por estigmas, violência e segregação, essas pessoas acabam ressignificando sua história, sua trajetória, suas relações, o seu andar na vida. Compreender e acolher essa psicodinâmica da vida nas ruas é fundamental para a efetivação de práticas de acolhimento e cuidado em saúde mental.

Considerando que esse estudo buscou a aproximação com as pessoas em situação de rua numa tentativa de compreender a auto percepção de saúde mental dessa população, concluímos esse objetivo nos apropriando de novos conteúdos trazidos por esse público, sendo estes fundamentais para a análise do mesmo. A falha da masculinidade como catalisadora de idas para as ruas e sua relação com a saúde mental abrem um novo campo para futuras pesquisas, evidenciando novos questionamentos em relação à identificação, compreensão e elaboração do sofrimento do homem diante da cobrança social em seguir rigorosamente os significados culturais em *ser* homem. Sendo assim, deixamos nosso questionamento: será mesmo, esse homem, um rato?

Referências

(cc) BY-NC-SA

ALENCAR, M.; OTA, N. O afastamento do trabalho por LER/DORT: repercussões na saúde mental. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 60-67, 1 abr. 2011.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.

BISCOTTO, P. R. et al. Compreensão da vivência de mulheres em situação de rua. **Revista da Escola de Enfermagem. USP**, São Paulo, v. 50, n. 5, p. 749-755, outubro 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342016000500749&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 08 ago. 2019.

BOTTI, N. C. L. et al. Avaliação da ocorrência de transtornos mentais comuns entre a população de rua de belo horizonte. **Barbaróí**, Santa Cruz do Sul, n. 33, 2010. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/pdf/barbaroi/n33/n33a11.pdf. Acesso em: 17 jun. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria Nº 1.876, de 14 de Agosto de 2006. Institui Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio, a ser implantadas em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 15 ago. 2006. p. 65.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria Nº 3.099, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 30 dez. 2011. p. 59.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Resolução Nº 2, de 27 de fevereiro de 2013. Define diretrizes e estratégias de orientação para o processo de enfrentamento das iniquidades e desigualdades em saúde com foco na População em Situação de Rua (PSR) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 28 fev. 2013. p. 70.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Prevenção do suicídio**: sinais para saber e agir. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017c.

BRASIL. **Política Nacional para a Inclusão Social da População em Situação de Rua**. Brasília, DF: Ministério do Desenvolvimento Social, 2008a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de ações programáticas estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde do homem**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008b.

CARDOSO, L. GALERA, S. A. F. O cuidado em saúde mental na atualidade. **Rev. Esc. Enferm USP**, São Paulo, v. 45, n. 3, p. 687-691, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n3/v45n3a20.pdf>. Acesso em: 17 jun. 2019.

CRESWELL, J. W. **Projeto de pesquisa**: métodos qualitativo, quantitativo e misto. Porto Alegre: Artmed, 2007.

DEMO, Pedro. **Pesquisa e informação qualitativa**: aportes metodológicos. 5. ed. Campinas, SP: Papirus, 2012.

(cc) BY-NC-SA

ESCOREL, S. Vivendo de teimosos: moradores de rua da cidade do Rio de Janeiro (p. 337-350). In: BURSZTYN, Marcel (Org.). **No meio da rua**: nômades, excluídos, viradores. Rio de Janeiro: Garamond, 2000.

GIORGETTI, C. **Moradores de rua:** uma questão social? São Paulo: PUC-SP, 2006.

GOMES, R. A construção social da masculinidade. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 1118, 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000500027&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 20 out. 2019.

GONDIM, S. M. G. Grupos focais como técnica de investigação qualitativa: desafios metodológicos. **Paidéia,** Ribeirão Preto, v. 12, n. 24, p. 149-161, 2002. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-863X2002000300004&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 10 jun. 2019.

KIND, L. Notas para o trabalho com a técnica de grupos focais. **Pucminas,** Minas Gerais, v. 10, n. 15, 2004. Disponível em: http://periodicos.pucminas.br/index.php/psicologiaemrevista/article/view/202/213. Acesso em: 17 jun. 2019.

MATTOS, R. M.; FERREIRA, R. F. Quem vocês pensam que (elas) são? - Representações sobre as pessoas em situação de rua. **Psicologia e Sociedade**, Porto Alegre, v. 16, n. 2, p. 47-58, 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822004000200007&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 24 out. 2019.

MOURA, E. C. et al. Atenção à saúde dos homens no âmbito da Estratégia Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 02, p. 429-438, 2014. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1413-81232014192.05802013. Acesso em: 15 out. 2019.

O SILÊNCIO dos Homens. Direção: Ian Leite e Luiza de Castro. Produção: Papo de Homem e Instituto PdH. Gravação de Monstro Filmes. São Paulo: PapodeHomem e Instituto PdH, 2016. Disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=NRom49UVXCE. Acesso em: 10 out. 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Relatório Sobre A Saúde No Mundo 2001 – **Saúde Mental**: nova concepção, nova esperança. Genebra, p. 3-4, 2001. Disponível em: https://www.who.int/whr/2001/en/whr01_po.pdf. Acesso em: 4 jun. 2019.

ROMANINI, M.; DETONI, P. P. A culpabilização como efeito do modo indivíduo de subjetivação nas políticas sociais. **Revista Polis e Psique**, Porto alegre, v. 04, n. 02, p. 206-228, 2014. Disponível em: https://seer.ufrgs.br/PolisePsique/article/view/51093. Acesso em: 26 ago. 2019.

SÃO PAULO (Cidade). Prefeitura de São Paulo; Secretaria Municipal de Assistência e Desenvolvimento Social. **Censo da população em situação de rua na municipalidade de São Paulo** [Internet]. São Paulo; 2015 [citado 2016 fev. 19]. Disponível em: http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/assistencia_social/observatorio_social/2015/censo/FIPE_smads_CENSO_2015_coletivafinal.pdf. Acesso em: 09 ago. 2019.

(cc) BY-NC-SA

SEPARAVICH, M. A.; CANESQUI, A. M. Saúde do homem e masculinidades na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: uma revisão bibliográfica. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 415-428, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902013000200013&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 18 out. 2019.

SILVA, B. F. A. et al. O suicídio no Brasil contemporâneo. **Sociedade e estado**, Brasília, v. 33, n. 2, p. 565-579, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-69922018000200565&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 01 out. 2019.

SILVA, S. G. Masculinidade na história: a construção cultural da diferença entre os sexos. **Psicologia: ciencia e profissão**, Brasília, v. 20, n. 3, p. 8-15, 2000. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932000000300003&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 15 out. 2019.

SIMOES, T. R. B. A., et al. Missão e efetividade dos Consultórios na Rua: uma experiência de produção de consenso. **Saúde em debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 114, p. 963-975, 2017. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042017000300963&lng=en&nrm=iso. Acesso em 18 out. 2019.

SOUZA, T. P. P.; CARVALHO, S. R. Reduzindo danos e ampliando a clínica: desafios para a garantia do acesso universal e confrontos com a internação compulsória. **Revista Polis e Psique**, Porto Alegre. v. 02, n. 03, p. 37-58, 2012. Disponível em: https://seer.ufrgs.br/PolisePsique/article/view/40319/25628 Acesso em: 24 out. 2019.

SOUZA, E. R. Masculinidade e violência no Brasil: contribuições para a reflexão no campo da saúde. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 59-70, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000100012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 16 out. 2019.

WINDMÖLLER, N.; ZANELLO, V. Depressão e Masculinidades: uma revisão sistemática da literatura em periódicos brasileiros. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 21, n. 3, p. 437-440, 2016. Disponível em: <http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/PsicolEstud/article/view/31896/pdf>. Acesso em: 17 out. 2019.

Recebido em novembro de 2019.
Aprovado em dezembro de 2019.

(cc) BY-NC-SA