

Villela, Vera Helena Lessa y Maria Cecília Focesi Pelicioni (2006): *Albergue: espaço possível para a promoção da Saúde*. Colección Monografías, N° 34. Caracas: Programa Cultura, Comunicación y Transformaciones Sociales, CIPOST, FaCES, Universidad Central de Venezuela. 59 págs. Disponible en: <http://www.globalcult.org.ve/monografias.htm>

COLECCIÓN MONOGRAFÍAS

N° 34

*Albergue: espaço possível para
a promoção da Saúde.*

Vera Helena Lessa Villela y
Maria Cecília Focesi Pelicioni

PROGRAMA CULTURA, COMUNICACIÓN Y
TRANSFORMACIONES SOCIALES

www.globalcult.org.ve

CENTRO DE INVESTIGACIONES POSTDOCTORALES
FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS Y SOCIALES
UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA

www.globalcult.org.ve/monografias.htm

© Vera Helena Lessa Villela y María Cecilia Focesi Pelicioni, 2006.
Responsable de la edición: Daniel Mato (dmato@reacciun.ve)
Diseño de la carátula: Alejandro Maldonado (amaldonadof@gmail.com)
Corrección: Enrique Rey Torres y Alejandro Maldonado
Impresión: Programa Globalización, Cultura y Transformaciones Sociales
Reproducción: Copy Trébol, C.A.

ISBN de la colección: 980-12-1101-6
ISBN de esta monografía: 980-12-2100-3
Hecho el depósito legal: lf25220063003006
Primera edición (Caracas, junio de 2006)
Impreso en Venezuela – Printed in Venezuela

Se autoriza la reproducción total y parcial de esta monografía siempre y cuando se haga con fines no comerciales y se cite la fuente según las convenciones establecidas al respecto, previa notificación a la institución editora. Del mismo modo y en las mismas condiciones se autoriza también la descarga del respectivo archivo en nuestra página en Internet: <http://www.globalcult.org.ve/monografias.htm> . Con el propósito de facilitar la cita, en la primera página se han incluido los datos completos de la monografía. En caso de incluirse este texto en libros impresos (se entiende que con fines no comerciales) agradecemos se nos hagan llegar al menos dos (02) ejemplares de la publicación respectiva a: Daniel Mato (coordinador), Apartado Postal 88.551, Caracas – 1080, Venezuela. En caso de incluirse algunos archivos de nuestra página en Internet en otros espacios semejantes, agradecemos se nos informe al respecto a través de nuestra dirección electrónica: globcult@reacciun.ve.

La responsabilidad por las opiniones expresadas en este trabajo incumbe exclusivamente al autor o autora firmante y su publicación no necesariamente refleja el punto de vista de la institución editora.

Albergue: espaço possível para a promoção da Saúde

Vera Helena Lessa Villela y Maria Cecília Focesi Pelicioni

Introdução

Durante os 17 anos em que atuei como profissional de saúde dentro da área social, especificamente na região central da cidade de São Paulo, a problemática da população de rua sempre foi uma questão mobilizadora: Qual seria o papel dos profissionais de Saúde junto a esses grupos? Como pensar numa intervenção em seu cotidiano que transformasse suas práticas de sobrevivência em alternativas de existência individual e social com autonomia? Ao se confirmar a possibilidade de realizar o mestrado na Faculdade de Saúde Pública, abriu-se uma porta para que o conhecimento construído pudesse contribuir para a conversão dessas pessoas em sujeitos ativos da mudança social desejada. A escolha da população alvo da presente pesquisa recaiu sobre os funcionários de um albergue: os agentes sociais, as equipes de cozinha e limpeza, a equipe de coordenação e de técnicos, pois são eles que colocam em prática e dão movimento, no dia a dia, às políticas, assim como colaboram, dentro de certos limites, na definição de parte das diretrizes da administração pública e das entidades sociais.

Villela, Vera Helena Lessa y Maria Cecília Focesi Pelicioni (2006): *Albergue: espaço possível para a promoção da Saúde*. Colección Monografías, N° 34. Caracas: Programa Cultura, Comunicación y Transformaciones Sociales, CIPOST, FaCES, Universidad Central de Venezuela. 59 págs. Disponible en: <http://www.globalcult.org.ve/monografias.htm>

Albergue: espaço possível para a promoção da Saúde

Exclusão social, pobreza urbana e população de rua

Viver *no meio da rua* não é um problema novo. Pode-se dizer que é tão antigo quanto a existência da vida urbana, tendo se evidenciado quando do renascimento das cidades, no início do capitalismo.

No último quarto do século XX, com a globalização do capitalismo, processo que adquiriu velocidade inimaginável desde a Segunda Guerra Mundial e mais ainda com a Guerra Fria, parcelas das populações que viviam no patamar inferior dos circuitos econômicos foram jogadas para fora do sistema. Aliados até mesmo dos mercados informais, acabam definitivamente atingidos pela exclusão social. Transformam o espaço público – as ruas – em seu universo de vida e de sobrevivência privado. Às vezes são considerados perigosos, na medida em que praticam delitos; ou simplesmente são estigmatizados como risco à segurança pública (Bursztyn, 2000).

No Brasil este tema não é novo. Segundo Martins (1997) nossa cultura baseada na conquista e colonialismo excluiu os índios e os camponeses no campo e, na cidade, os migrantes, os favelados, os encortiçados, os sem teto.

A exclusão social é um conceito usado em várias áreas do conhecimento, vindo daí sua imprecisão e dificuldade de definição do ponto de vista ideológico. Muitos estudos têm abordado a exclusão do ponto de vista econômico, como sinônimo de pobreza, enquanto outros centram-se no aspecto social, entendendo-o como discriminação e perdendo seu enfoque fundamental, que é o da injustiça social. Sua própria ambigüidade permite ampliar as análises dos fenômenos sociais, afastando-a dos conceitos que enfocam apenas uma de suas dimensões, como é o caso das análises da desigualdade (Sawaia, 1999).

Para Castel (1997) constitui-se num conceito-horizonte, contraditório e complexo, que engloba vários fenômenos sociais, sem que se saiba ao certo qual significado está em jogo, sendo portanto, passível de crítica. A noção dá autonomia às situações limite, sem estudar o processo de

surgimento das mesmas, levando à elaboração de políticas que não consideram a relação entre a lógica econômica e a coesão social anteriores às situações de ruptura representadas pela exclusão.

Como a população de rua se enquadra nessas análises? Na opinião da autora deste trabalho, ela pode comportar todas: econômica, pois se constitui num grande segmento dos pobres urbanos, incluídos desigualmente no mercado de trabalho; discriminatória, tendo em vista os vários processos que vão sofrendo ao longo de sua trajetória de vida (vistos como vagabundos, bandidos, sujos, preguiçosos); por fim, podem ser incluídos nos estudos que se apóiam na questão da injustiça social como escopo analítico da exclusão. Quem, mais do que eles, vivem cotidianamente esta situação?

Grande parte dos estudos que vem se desenvolvendo na área reforça a tese de que o excluído não está à margem da sociedade, mas repõe e sustenta a ordem social, sofrendo muito nesse processo de inclusão desigual (Sawaia, 1999; Martins, 1997; Guareshi, 1999; Paugam, 1999). Também são unânimes em apontar as necessidades éticas e afetivas, em valorizar a diversidade de necessidades e sofrimentos e, conseqüentemente, em evitar o modelo único, uniformizante, nas reflexões teóricas e nas políticas públicas.

Convém registrar a contribuição proveniente do excelente trabalho de Sposati (1999) que procurou localizar a desigualdade no espaço urbano no município de São Paulo, dando uma outra dimensão à questão dos territórios já abordados por Kowarick (1975, 1979); e Santos (1980). Este estudo, denominado Mapa da Exclusão/ Inclusão Social do Município de São Paulo utilizou metodologia cuidadosa e multidimensional, combinando indicadores de autonomia, qualidade de vida, desenvolvimento urbano e equidade.

Pode-se dizer que, no Brasil, pobreza e exclusão são faces de uma mesma moeda. Resultam de altas taxas de concentração de renda e de desigualdade, incluindo-se aí o desemprego estrutural, o precário acesso aos serviços públicos, e, especialmente, a ausência de poder.

Nesse quadro, é possível identificar uma grande diversidade. Tendo como traço comum o trabalho e rendimentos irregulares, bem como a dificuldade de acesso aos bens e serviços produzidos pela sociedade, os grupos se diferenciam em relação às condições de vida: famílias

moradoras de favelas na periferia, moradores de cortiços nas áreas centrais da cidade, peões que percorrem várias regiões do País.

Dentro desse grupo se encontra um contingente que pode ser caracterizado pela extrema mobilidade. Além de ter trabalho irregular, não possui residência fixa e nem convivência permanente com familiares. Compõe-se basicamente por homens, que geralmente realiza trabalhos temporários no campo e na cidade. Reside alternadamente em diferentes habitações precárias: ora está em pensões, onde aluga um quarto; ora em albergues; ora em alojamentos de trabalho, como em obras da construção civil. Quando não existe outra possibilidade, a rua se torna o local de abrigo. Geralmente estão sozinhos, aliando-se ocasionalmente a companheiros de trabalho ou de aventura (Vieira *et al.*, 1992).

Ser morador de rua não é o destino necessário de todo esse grupo; no entanto, é uma das possibilidades, que se concretizará em função das circunstâncias, incluindo desde situações que restringem emprego e moradia até condições individuais, relacionadas a histórias de vida pessoais, condições físicas e mentais (Vieira *et al.*, 1992; Escorel, 1999)

Assim como o conceito de exclusão, a definição do que seria população de rua apresenta várias leituras.

Para a Organização das Nações Unidas, *homeless* (literalmente “sem casa”) são todos aqueles que vivem nas ruas ou em habitações que não atendem às necessidades e aos padrões mínimos de habitabilidade. Estariam, portanto, incluídos nessa classificação os moradores de favelas, cortiços e demais habitações sem condições mínimas de salubridade, além daqueles que evidentemente “vivem” nas ruas.

Snow e Anderson (1998) utilizam como critérios para sua definição a ausência de moradia permanente convencional e ausência ou diminuição de apoio familiar e de papéis consensualmente definidos de utilidade social e valor moral.

Tendo em vista a visibilidade cada vez maior das populações moradoras das ruas nas grandes cidades do Brasil e a necessidade de conhecer suas especificidades para definir políticas amplas

de ação, várias pesquisas passaram a ser realizadas nos grandes centros urbanos como São Paulo (Vieira *et al.*, 1992; Prefeitura do Município de São Paulo 1998, 2000), Brasília (Bursztiyn e Araújo, 2000), Rio de Janeiro (Escorel, 1999) e Porto Alegre (PUC –RS, 1995).

Pobreza Urbana e População de Rua: a questão da cidade de São Paulo

Em São Paulo, o primeiro estudo exploratório sobre a população de rua ocorreu em maio de 1991, sendo realizado por técnicos da Secretaria Municipal do Bem Estar Social (SEBES/SAS), em conjunto com agentes sociais das Organizações Não Governamentais ligadas à Igreja Católica e Metodista, os professores da Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP) e os pesquisadores do Centro Latino Americano de Estudos em Saúde Mental.

A pesquisa se desenvolveu com base em dois objetivos, sendo o primeiro deles identificar a população de rua, isto é, sua dimensão na cidade, perfil e formas de sobrevivência e o segundo, avaliar possíveis formas de intervenção, por meio de uma análise crítica da atuação dos setores público e privado. Abrangeu a região central da cidade e bairros adjacentes, a partir do levantamento dos pontos de maior concentração de pessoas.

No sentido de traçar um panorama da situação dos moradores de rua na cidade de São Paulo, e sua respectiva evolução ao longo da última década do século XX serão apresentados e comentados os principais dados referentes aos censos de 1991 e 2000.

A contagem de 2000 contou com a contratação da Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas (FIPE) como parceira e teve como objetivo dimensionar o número de pessoas que viviam nas ruas de São Paulo, ou seja, os indivíduos que não tinham moradia e que pernoitavam nos logradouros da cidade. Também as pessoas sem moradia e que pernoitavam em albergues e abrigos públicos ou privados foram incluídas, abrangendo todas as regiões do município.

Os quadros abaixo buscam apresentar, de forma resumida, os principais dados e características da população recenseada.

Quadro 1 - Número total de moradores de rua na cidade de São Paulo, segundo censos de 1991 e 2000.

ANO	NÚMERO
1991	3392
2000	8706

Fonte: VIEIRA *et al.*, 1992; PMSP/FIPE 2000

Quadro 2 - Características sócio-demográficas da população de rua no Município de São Paulo, segundo censos de 1991 e 2000.

1 - Gênero	Feminino	Masculino
1991	10%	90%
2000	# 10%	87%
2 - Cor	Branco	Não brancos
1991	50%	50% → Pardos - 30% Negros - 20%
2000	43 %	47% → Pardos - 28% Negros - 29%
3 - Faixa etária	18 - 40 anos	
1991	60%	
2000	44%	
4 - Escolaridade	analfabetos	fundamental incompleto
1991	13%	57,3%
2000	6,8%	68%
5 - Origem	Região Sudeste	São Paulo
1991	50%	30%
2000	48%	30%

Fonte: VIEIRA *et al.*, 1992; PMSP/FIPE 2000

População de Rua e Saúde

A exclusão social é um processo que afeta a integridade física dos indivíduos, chegando a produzir um biótipo do excluído, no qual o envelhecimento precoce se soma a um baixo desenvolvimento da capacidade cognitiva. Afeta, portanto, diretamente a saúde dos que vivenciam essa situação social, o que, por um lado aumenta as demandas sociais desses grupos e, por outro, dificulta também o acesso aos direitos e serviços sociais (Escorel, 1994).

Os dados e indicadores de saúde disponíveis são pouco reveladores deste tipo de exclusão social, porque aqueles que vivem nas ruas não têm constado de nenhuma estatística, nem demográfica, nem de saúde.

Mesmo os censos realizados pelo Município de São Paulo pouco se detiveram sobre a questão, pois não era esse o objetivo da investigação naquele momento.

Na pesquisa com moradores de rua na cidade de São Paulo realizada em 1991, evidenciou-se que 25% deles já haviam passado por instituições, aí incluídos os hospitais psiquiátricos e também orfanatos, órgãos da FEBEM e outros. Também se constatou que cerca de 40% consideravam ter alguma alteração na saúde, aparecendo aí referência a problemas mentais, respiratórios, cardiovasculares e ortopédicos (Vieira *et al.*, 1992).

Ultimamente alguns pesquisadores têm se debruçado sobre a questão da saúde/doença entre os moradores de rua na cidade de São Paulo.

Pereira (1997) e Silva (2000) procuram mostrar a gravidade dos problemas de saúde dessa população e a precariedade do atendimento público disponível. A situação se torna mais grave e visível no que diz respeito aos doentes mentais ou portadores de problemas psiquiátricos e de deficiências físicas em vários graus.

Silva (2000) desenhou uma cartografia da atenção à saúde da população de rua na cidade de São Paulo junto a 25 instituições da área da Assistência e 27 da área da Saúde. Nas duas áreas, a situação de saúde/doença da população é qualificada como precária e desesperadora,

principalmente por ocasião das altas hospitalares, quando essas pessoas passam a ser responsáveis de ninguém.

Das 25 instituições da área da assistência pesquisadas, 12 mantinham grupos específicos para trabalhar o tema do alcoolismo, que é considerado um dos problemas mais sérios de saúde entre os moradores de rua. As principais patologias citadas pelas instituições que atendiam à população de rua foram, além do alcoolismo; problemas mentais, AIDS, problemas respiratórios (tuberculose e pneumonia), dermatites, amputação de membros, doenças neurológicas (epilepsia), hipertensão arterial. Havia preocupação com o aumento do número de pessoas portadoras do vírus HIV, bem como com os já doentes, principalmente porque eram poucas as iniciativas para abordagem dessa questão junto à população de rua, seja para prevenção, seja para tratamento e acompanhamento. Houve um consenso entre os dois grupos de instituições quanto à dificuldade destas pessoas em aderir aos tratamentos propostos, buscando principalmente os pronto-socorros e não os atendimentos que impliquem em retornos e acompanhamento ambulatorial. Por essa razão, a situação de doença passa a ser vista somente como mais um problema impossível de ser resolvido como tantos outros enfrentados por essa população.

Como analisa acertadamente Silva (2000), não se respeita o princípio da equidade, que seria a oferta de uma assistência diferenciada à população de rua, segundo suas necessidades, para que a igualdade de direitos seja uma realidade, visto tratar-se de uma condição particular, que exige também um conjunto de atenções específicas.

Todo esse quadro de ausência de cidadania parece paradoxal com a ampliação quantitativa e qualitativa do campo dos direitos sociais constitucionais no Brasil desde 1988. A miséria extrema revela que os direitos formais não foram considerados pelas práticas governamentais e sociais.

A situação de extrema desigualdade social a que estão submetidos milhões de brasileiros tem sua expressão mais sensível nas condições de saúde.

Os questionamentos gerados pela impossibilidade do modelo biomédico em interferir nas condições de vida e saúde da população, já que era o paradigma vigente até então na atenção à saúde, deram origem a um movimento de reflexão sobre o conceito de saúde adotado, que

resolvia muitos problemas, mas não superava as iniquidades em saúde, ao contrário, acentuava-as. Nas décadas de 1970 e 1980 foi gestada uma nova concepção de saúde, que via o homem como um ser integral, cujo bem estar físico, mental, social e espiritual, além de relacionado aos fatores biogênicos, era afetado também pelo ambiente físico, social, econômico, político e cultural (Westphal, 1999).

A luta pela recuperação do sentido ético e pela qualidade de vida ocorreu concomitantemente no Brasil e no resto do mundo. Como resultado de toda uma mobilização política e social do Movimento Sanitário Brasileiro foi possível construir na 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, um documento que embasou as mudanças na Constituição Brasileira de 1988 na área da saúde. O novo texto constitucional, em seu artigo 196, assume oficialmente o conceito ampliado de saúde, a ser implementado através de um Sistema Único de Saúde, com natureza pública, de caráter democrático, universal, equânime, integral e descentralizado. De acordo com esse artigo: “saúde passa a ser um direito de todos e um dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem redução de risco de doenças e de outros agravos e do acesso igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.

Simultaneamente no Canadá, durante a I Conferência Internacional de Promoção de Saúde, em 1986, produziu-se um documento, a Carta de Ottawa, que caminhava nessa direção, isto é, que indicava a necessidade de retomar os valores de justiça social e equidade nas políticas e ações de saúde. Ela indicou como novo paradigma para a Saúde, a Promoção da Saúde, conceituado como processo de capacitação de indivíduos e coletividades para identificar os fatores e condições determinantes da saúde e exercer controle sobre eles, de modo a garantir a melhoria das condições de vida e saúde da população (Ministério da Saúde, 2001). Dentro desse novo paradigma a saúde é considerada como intimamente ligada à qualidade de vida, devendo ser vista como:

[...] um meio e um pré-requisito essencial para a vida humana e para o desenvolvimento social e não como uma meta final a ser alcançada ou um produto a ser adquirido. Deve ser vista como algo em constante mudança, sempre em processo de transformação.

(Pelicioni, 1999:2).

Dado que o conceito de saúde visto como qualidade de vida transcende a idéia de formas de vida sadia, a promoção da saúde não se restringe unicamente ao setor sanitário. Exige a ação coordenada de governos; setores sanitários e outros setores sociais e econômicos; as organizações voluntárias e não governamentais, podendo-se pensar aí naquelas que mantêm as várias formas de atendimento à população de rua; as autoridades locais; a indústria e os meios de comunicação. As estratégias e programas da promoção da saúde devem adaptar-se às realidades locais e às possibilidades específicas de cada país e região, e ter em conta os diversos sistemas sociais, culturais e econômicos. (Buss, 1997; Ministério da Saúde, 2000).

A Carta de Ottawa, estabelece que a Promoção da Saúde deve ir além dos cuidados de saúde, atuando em cinco campos:

- na elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis;
- na criação de ambientes favoráveis à saúde;
- no reforço da ação comunitária;
- no desenvolvimento de habilidades pessoais;
- na reorientação dos sistemas e serviços de saúde.

Devendo ainda exercer três papéis fundamentais: a defesa da saúde; a capacitação de indivíduos e da comunidade para a saúde e a mediação entre os diversos setores envolvidos (Iervolino, 2000).

Esses campos de ação foram sendo aprofundados nas conferências subseqüentes devendo ser destacadas para fins desse estudo as Conferências de Santa Fé de Bogotá em 1992, a primeira a se realizar num país da América Latina, e a de Jacarta em 1997. Nessas duas reuniões consolidou-se a participação, no movimento de Promoção da Saúde, de especialistas com diferentes tipos de formação, propiciando novos conhecimentos, atitudes e práticas com vistas a: incluir aspectos sócio econômicos na análise dos fenômenos saúde-falta de saúde; ir além da ênfase anterior que recaía sobre as estratégias do tipo assistencialista, para propor estratégias de natureza sócio-políticas mais amplas; adotar o conceito de “empowerment” ou fortalecimento individual e coletivo como estratégia chave; promover a participação da comunidade na identificação de problemas de saúde, mostrando-lhes novas formas de lidar com aqueles identificados; finalmente, dinamizar a prática da cidadania. (Candeias, 1999).

Em países em desenvolvimento, como o Brasil, as estratégias indicadas nas duas conferências já referidas, “empowerment” e reforço às parcerias, talvez sejam as melhores formas para alcançar melhoria das condições de vida de populações pauperizadas, atuando de forma decisiva na transformação das relações excludentes, mediante estratégias de trabalho intersetorial que considerem a saúde como critério para a tomada de decisões sobre desenvolvimento econômico e social. Para tanto, a capacitação das coletividades deverá ser feita em duas direções, a primeira para que ampliem seu poder e participação na definição de políticas públicas saudáveis no atendimento às necessidades básicas como alimentação, abrigo e saúde (empowerment coletivo), e a segunda no desenvolvimento de habilidades de auto-estima, integração social e participação na vida social (empowerment individual) (Wallerstein, 1992).

Mas como trabalhar com aqueles que já perderam sua identidade como indivíduos? O sujeito perdido como indivíduo perde também seu vínculo e razão comunitários. Sendo considerados como “descartáveis”, os moradores de rua passam a não se reconhecer como sujeitos e sentem-se impotentes para intervir em sua própria história, perdendo a esperança de futuro.

O trabalho de Promoção da Saúde que se propõe para essas populações é um trabalho pedagógico que se nutre de avanços no saber sobre saúde e de experiências fundamentais de organizações governamentais e não governamentais, as quais vêm ocorrendo desde a publicação dos trabalhos de Paulo Freire sobre educação como prática de liberdade e de combate à opressão.

“Fazer, refletir, fazer” para o reconhecimento e construção do sujeito, para a recuperação do vínculo comunitário, para a apropriação do corpo e do entorno, para a identificação do que mudar e dos rumos dessa mudança, para a projeção de futuros, para recuperar a esperança (Mendoza e Soto, 2000).

As Políticas Públicas Sociais e a população de rua no Município de São Paulo

O quadro que vem sendo traçado desde o início desse estudo evidencia um impasse com relação às políticas públicas. Por um lado há uma crescente demanda por mecanismos que ajudem a minimizar os efeitos da exclusão e por outro, o poder público vai-se tornando cada vez menos

capaz de oferecer um contraponto às “falhas do mercado”, em virtude do avanço das práticas neoliberais, que restringem o poder e o alcance das políticas públicas.

O neoliberalismo deixou cicatrizes profundas no contexto das instituições públicas e sua doutrina vem servindo para justificar uma desconstrução das políticas sociais. Todo o arcabouço institucional de proteção social, que começou a ser edificado desde o final do século XIX, vem sofrendo um processo de desmantelamento. O quadro é ainda mais grave nos países que não consolidaram mecanismos universais de proteção social, como o Brasil.

Para Bursztyn (2000) isto mostra que a reestruturação dos aparelhos de Estado não pode seguir um modelo único. Nos países onde o poder público cumpriu seu papel de proteção social e o peso da exclusão é ainda pequeno, é possível pensar em fórmulas de resgate e inserção tradicionais, como as políticas de geração de empregos e renda mínima, onde o Estado tem uma responsabilidade mais indutora do que executora. “Mas, onde nunca houve políticas de proteção universalizadas, é impossível pensar em deixar ao sabor do mercado o enfrentamento da exclusão social” (Bursztyn, 2000:52).

Portanto, na administração das desigualdades deve caber ao Estado, tanto nos âmbitos federal, como estadual e municipal, elaborar políticas, ações e instituições para o enfrentamento da questão social.

Em geral, essa administração não se efetiva apenas através de instâncias do aparato do Estado, mas se estende à rede de instituições assistenciais privadas. Organismos públicos e privados precisam complementar-se, combinando-se de formas variadas e constituindo-se em veículos de uma face humanizada do sistema.

Deve-se ter presente que é “pela mediação dessas políticas, ações e instituições que as classes subalternas podem ter acesso a bens e serviços necessários à sua manutenção” (Vieira *et al.*, 1992: 114).

Mediadoras dessas relações, as instituições sociais ocupam um espaço político importante. Elas fazem parte da rede de mecanismos reguladores da exclusão social e, como tal, tornam-se “[...]”

instrumentos de políticas sociais, estruturam-se em função de categorias especiais de clientela, que variam segundo o contexto econômico, social e político” (Faleiros, 1995 citado em Vieira *et al.*, 1992: 114).

A inclusão social deve ser o eixo norteador de todas as políticas sociais, entre as quais as de saúde e econômicas, a partir de compromisso marcadamente político dos governantes e da Sociedade, pois segundo a ética da urgência, o Estado deve dar à sociedade respostas imediatas de co-responsabilidade.(Ministério da Previdência e Assistência Social, 1998).

Ressalta-se que no combate à pobreza, à miséria e à exclusão social as políticas sociais de saúde e assistência, a partir de seus novos paradigmas, da Promoção da Saúde e da Seguridade Social convergem em dois aspectos básicos: na busca de diminuir as inequidades, melhorando a qualidade de vida e assegurando os direitos humanos e na transformação dos destinatários das políticas de “assistidos” em “sujeitos”. As estratégias de que se valem para alcançar estes objetivos são o fortalecimento individual e coletivo, na Promoção, que correspondem às de participação popular e controle social, na Seguridade Social.

Analisar as ações municipais na área social e particularmente as formas de atendimento oferecidas à população de rua não significa excluí-las de um “contexto mais amplo ou, ainda, autonomizar o governo municipal em relação ao caráter assumido pelo Estado nas sociedades capitalistas, especificamente a brasileira” (Sposati (1988), citada em Vieira *et al.*,1992: 116.)

Entretanto, é no Município que as ações na área social ganham visibilidade e efetividade. É no âmbito local que a exclusão ou a inclusão se tornam alvo da gestão pública e que se articulam o poder público e grupos da sociedade civil na prestação de serviços em forma de parcerias e contrapartidas. Portanto, é aí que vão se focar as análises e as propostas de ação do presente estudo.

Inexistem até o momento políticas consistentes no âmbito das diversas secretarias municipais e estaduais dirigidas à população de rua na cidade de São Paulo.

O envolvimento mais concentrado, com ações e programas específicos para esse grupo populacional vem se dando unicamente pela área de Promoção e Bem Estar Social, assumida pela Secretaria de Estado da Promoção e Bem-Estar Social e Secretaria Municipal da Assistência Social.

Até 1989, a população chamada de rua era majoritariamente atendida em ações de cunho tradicional, individual, emergencial e paliativo, por meio de plantões sociais. Outra ação incorporada à assistência social era a remoção da população de rua, pela ação coercitiva da Guarda Municipal e Setor de Limpeza Pública.

Esta ação se mantém ainda hoje, com todos os dilemas e conflitos que se referem à gestão dos espaços públicos na relação com grupos ou indivíduos que ocupam partes da cidade, sem que se reforce a exclusão.

Outro tipo de trabalho de cunho individual realizado para a população de rua era o atendimento de albergues, em parceria com entidades conveniadas com a Prefeitura e que ofereciam pernoite, banho, sopa e café da manhã, contando-se em 1989, na região central, com 250 vagas. Estes espaços se institucionalizaram de forma a “proteger” e muitas vezes subestimar seus frequentadores.

A partir de 1989, tendo em vista a prioridade para a área social da nova administração do município de São Paulo, iniciou-se um trabalho pioneiro com a população de rua.

Da junção das diversas Secretarias Municipais, do Fórum das Entidades Sociais que já desenvolviam trabalho junto à população de rua, com a assessoria da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo e do Centro Latino Americano de Saúde Mental surgiu o projeto denominado “Ação Intersecretarial junto à população moradora de rua”, que tinha como objetivo final elaborar uma política social pública.

A proposta inicial foi bastante abrangente e abarcava as áreas de: 1) Assistência; 2) Trabalho; 3) Habitação; 4) Ocupação de baixos de viadutos e logradouros públicos (PMSP/SEBES, 1989).

Uma das mais importantes atividades desse grupo foi a realização de uma pesquisa visando a quantificação, localização e caracterização da população de rua, que permitiu avanços significativos para o trabalho nos planos político, metodológico e de prestação de serviços. Ao revelar que essa população não chegava a 5000, quando se esperava um número muito maior, estimulou todos os segmentos envolvidos a continuarem na luta pela viabilidade e oportunidade de pensar políticas públicas, pois o poder público poderia assumir a questão disponibilizando os recursos necessários.

Outra questão importante foi avaliar o modo de atuação institucional, isto é, confirmar se havia coerência entre os objetivos proclamados pela instituição pública e o que efetivamente era realizado por meio de seus equipamentos e serviços. Isso permitiu identificar as necessidades não atendidas e buscar formas possíveis de realizá-las, de acordo com uma perspectiva coerente ou dentro de uma política claramente delineada.

Essa pesquisa confirmou as recém implantadas Casas de Convivência como uma das alternativas que propiciavam a recuperação dos direitos, respeito e dignidade da população de rua. Essas se constituíam em projetos de parceria técnico-financeira entre Prefeitura e entidades sociais, onde as pessoas que se encontravam na rua podiam sentir-se acolhidas, conviver, organizar-se, buscar soluções para seus problemas básicos. Em 1992 chegou-se a ter sete casas na região central, em parceria com várias entidades de cunho religioso. Apesar das diferenças, todas elas ofereciam e oferecem alguns serviços comuns: espaço para banho, corte de cabelo, unhas e barba, pequenos consertos, lavagem e/ou troca de roupas, alimentação. Algumas atividades de lazer, cultura e trabalho também ocorrem, diversificando-se de acordo com a realidade de espaço de cada uma: artesanato, horta, marcenaria, capoeira. (Vieira *et al.*, 1992; Pereira, 1997)

Foram identificadas várias iniciativas de entidades sociais e da sociedade civil com as quais se passou a trabalhar através de apoio financeiro ou técnico-científico:

- Coopamare – Cooperativa dos Catadores Autônomos de Papel, Aparas e Materiais Reaproveitáveis Ltda.;
- Centro de Documentação e Comunicação dos Marginalizados;
- dia de Luta do Povo da Rua, sempre nos meses de maio de cada ano, com passeatas e atos públicos;

- Operação Inverno, para favorecer o acesso da população a locais abrigados durante o inverno.

Em 1992, foi incluída no Orçamento Programa do Município dotação orçamentária para programas de atendimento à população de rua, um dos primeiros dispositivos legais para a implementação de políticas públicas.

O Projeto Intersecretarial cumpriu seu papel no sentido de promover intercâmbio técnico-científico entre as várias entidades, movimentos sociais e grupos de estudo voltados para a população de rua; resultando na implantação de novas formas de atendimento e na maior visibilidade da questão. Contribuiu também para sensibilização e motivação dos técnicos da área social, mas encontrou grandes dificuldades na implementação de ações envolvendo as demais Secretarias, talvez porque vissem esta população como objeto específico da Assistência.

Ao longo de 10 anos, o trabalho com a população de rua foi sofrendo avanços e retrocessos, resultado das mudanças na administração e no enfoque das políticas sociais do Município. Os programas já existentes foram mantidos e se conseguiu garantir a realização do censo de população de rua a cada 2 anos. O atendimento prestado caracterizou-se pela ampliação das vagas de albergue, chegando a quase 3000 por dia em 2000 (PMSP/FIPE 2000), basicamente na região central da cidade. Esta ampliação se deu como resposta às pressões antagônicas da sociedade civil, por um lado de grupos que exigiam a limpeza dos espaços públicos e por outro, de movimentos ligados à população de rua e do próprio Ministério Público, que cobravam alguma resposta para minimizar o aumento de pessoas nas ruas, provavelmente como reflexo da crise econômica mundial de 1998/1999. Essa situação resultava da estruturação da administração pública no período de 1993 a 1999, da pouca abertura para negociação e discussão com os movimentos e organizações não governamentais (ONG) representativas da população de rua.

Concomitantemente, os movimentos e ONG ligadas à questão da rua e a Câmara Municipal de São Paulo constituíram um Fórum de Debates que culminou com a apresentação a aprovação, em 1995, de um projeto de lei de “Política de Atenção à População de Rua”, o qual só foi implementado a partir de 2001, com a entrada de nova prefeita.. A regulamentação desta lei passou a exigir a introdução da atenção à população de rua em todas as áreas do governo,

colocando a responsabilidade da prestação de serviços para o poder público municipal, efetivando o que já havia sido disposto pela Constituição Federal, a Lei Orgânica do Município e a Lei Orgânica da Assistência Social (Sposati, 1999).

Ao contrário do assistencialismo, da benemerência, a lei e sua regulamentação propõem uma rede de serviços para a reinserção social e a reconstrução da autonomia dos moradores de rua, incluindo desde ações emergenciais até aquelas de caráter promocional em regime permanente: abrigos de inverno, albergues, casas de convivência, projetos de qualificação profissional, projetos de atendimento a idosos e portadores de necessidades especiais (Sposati, 1999: 4).

Esses princípios procuraram assegurar a necessidade de capacitar e treinar aqueles que trabalhavam com a população de rua, pois um dos principais obstáculos dizia respeito à ausência de mecanismos e instrumentos para o eficiente desenvolvimento do trabalho.

Garantiu ainda espaço para o exercício da participação popular, pois em seu artigo 5º estabelece que o órgão responsável pela coordenação da política de atenção à população de rua na cidade deverá manter um fórum para gestão participativa dos programas e serviços a ser composto pelas várias secretarias envolvidas (Assistência Social, Saúde, Habitação, Abastecimento e outras), por representação do legislativo municipal, da população de rua e de associações que com ela trabalham.

Os albergues na Cidade de São Paulo

Os albergues públicos e privados eram os representantes mais evidentes das propostas de intervenção junto à população de rua na cidade de São Paulo até 1989, sendo considerados instituições de passagem, marcadas por ações emergenciais, uma vez que ofereciam abrigo de curta duração. Por ser uma área que apresentava grandes dificuldades, o trabalho era desenvolvido quase que exclusivamente por entidades religiosas, de diversos matizes, limitando-se a Prefeitura a celebrar convênios técnico-administrativos com 2 delas, uma católica e outra espírita, com oferta de 250 vagas para acolhida de todas as pessoas que se encontravam na rua.

Cutti (1997) define bem o que eram, e em parte continuam sendo os albergues, principalmente quanto à rotina, que compreendia um conjunto de atividades realizadas com base na disciplina e na obediência: o questionário na entrada, o banho, a sopa, os horários para entrar e sair, o pernoite, as normas da casa, a interdição ao alcoolismo. Nesse sentido assemelhavam-se muito às instituições totais, pois se valiam de muito métodos habituais a casas de correção, como penitenciárias, sanatórios, asilos e outros. Suas ações se pautavam nas mudanças individuais de comportamento, na tentativa de inculcar valores de normalização, tais como o esforço para ascender na vida através do trabalho, a higiene e a disciplina. A preferência por técnicas de reabilitação como forma de abordagem da questão supõe uma ênfase acentuada na culpa do indivíduo pela sua própria situação (alcoolismo, drogas, desemprego), eliminando a compreensão dos determinantes sociais.

Entretanto, ao estudar as representações sociais de uma amostra de usuários de um albergue da cidade de São Paulo sobre trabalho, família e lazer, Nasser (1997); constatou que a população de rua dava preferência a este tipo de convívio, com sua rotina institucionalizada, porque lhes permitia restabelecer, em novas bases, um cotidiano que havia se rompido. A rotina da casa considerada mais importante era a obrigatoriedade do banho, pois através da “limpeza do corpo” (que também incluía fazer a barba e lavar as roupas), havia a possibilidade de preservação de um traço de sua dignidade, de sua imagem como trabalhador em busca de emprego, distinguindo-os dos homens de rua, dos mendigos. Por fim, a disciplina do albergue também era representada como um meio de demarcar e preservar as distinções entre todos eles, sem o que a convivência obrigatória se tornaria insuportável.

Outro aspecto levantado na pesquisa de Nasser (1997); foi o fato do albergue ser a mediação entre a casa e a rua: a ausência de autonomia é compensada pela liberdade de não precisar estabelecer vínculos, como os criados em família; e a ausência de privacidade é compensada pela vida em um espaço público que ainda pode ser chamado de casa.

Para essa mesma autora, o albergue caracteriza-se por ser um espaço de grande rotatividade, dificultando a possibilidade de formação de grupos de convívio e de referência.

Apesar de todas essas ambigüidades e dúvidas, os albergues continuaram sendo a forma de atendimento à população de rua na cidade de São Paulo que mais cresceu na última década do século XX. Conveniados com o poder público, chegaram a 13 em 2000, sendo 7 na área central.

Com a implementação do Plano Municipal de Atendimento à População de Rua da cidade de São Paulo, em 1998, algumas mudanças significativas foram propostas na programação dos albergues. Embora ainda esteja definida como sua finalidade principal o acolhimento para pernoite e atendimento das necessidades básicas das pessoas que se encontram desabrigadas (higiene, alimentação e guarda de pertences), insere-se também como objetivo o estímulo à participação dos usuários na vida da comunidade e na gestão do equipamento social que os abriga. Visando alcançar este objetivo, prevê-se na rotina de atendimento a realização de oficinas permanentes de vivências e reflexões sobre cidadania, direitos humanos e saúde (Secretaria da Assistência Social/ São Paulo, 2000).

Este crescimento significativo do número de albergues e conseqüentemente, de pessoas atendidas, atualmente em torno de 3000 em todo o Município (Secretaria da Assistência Social/São Paulo, 2000), tem trazido questionamentos por parte dos técnicos da Secretaria da Assistência Social. A precariedade dos recursos financeiros e físicos concorre, além de outros elementos, para que os serviços não tenham a qualidade desejada. Propunha-se a realização de planejamento conjunto com as entidades mantenedoras dos albergues para permitir a superação de alguns elementos constantes nesse tipo de atividade como regras e ações disciplinares de caráter rígido, que reiteram a subalternidade dos indivíduos que recorrem a esses serviços, assim como a ausência de trabalho social, fruto de uma ação transitória, em que as relações sociais estabelecidas entre os usuários e os funcionários normalmente se dão no limite do consumo do serviço. Um dos aspectos fundamentais desse trabalho conjunto foi pensar a capacitação dos agentes sociais envolvidos no trabalho direto com a população de rua.

Na pesquisa sobre a população de rua desenvolvida em 1991, o discurso dos agentes institucionais delineava o perfil dos usuários como pessoas acomodadas e incapazes de interlocução. Compaixão e preconceito se alternavam e se expressavam na divisão da população atendida em 2 grupos distintos e estereotipados: os que queriam trabalhar (os que respondiam às demandas de emprego e ajudavam na casa), e “os vagabundos”(Vieira *et al.*, 1992)

A imagem ideal das pessoas atendidas, do ponto de vista dos funcionários, era serem cordatas e assumirem o papel que lhes cabia no jogo institucional, mostrando-se desamparados, vulneráveis e necessitados. Segundo Santos (1980) citado por Vieira *et al.* (1992:137) “a principal característica dos usuários era estarem presentes exatamente pela ausência, pela carência, sendo vistos como necessitados de favores, orientação e assistência para qualquer desempenho, dentro ou fora da instituição”.

Deve-se destacar que a pesquisa de 1991 foi a única, até hoje, que envolveu de forma abrangente os operadores sociais, isto é, aqueles que trabalham com a miséria absoluta nos equipamentos públicos. Por meio de grupos operativos foi possível trazer à tona uma série de impressões, sentimentos e sensações vividos no contato com a população de rua que, ao não serem elaborados, poderiam tornar-se um obstáculo à comunicação e à troca de saberes e práticas.

A dinâmica grupal utilizada no estudo trouxe também à tona os aspectos relacionados aos vínculos institucionais. Pôde-se observar que o trabalho com a miséria absoluta criava o que se denomina de matriz reprodutora da exclusão. Os operadores sociais sofrem grande impacto no contato diário com realidades tão diferentes, o que provoca reações de ansiedade, confusão e temor, sentimentos que, ao serem manifestados, demandam atenção da instituição. Esta, por sua vez, tem enormes dificuldades em oferecer respostas adequadas. Dessa forma, a exclusão que é vivida pela população de rua em relação à sociedade passa a ser vivida também pelos operadores sociais no âmbito institucional:

O trabalho profissional exercido cotidianamente tendo por base queixas e necessidades sociais de toda ordem traz à tona questões no âmbito das relações, tanto pessoais como profissionais, e nos serviços, na maioria das vezes precários e insuficientes ante o quadro de pobreza da população. Essa situação gera, muitas vezes, nos profissionais, impotência, desânimo e desesperança (Vieira *et al.*, 1992:149).

Desde 1991, não foram feitos mais estudos junto aos agentes sociais de albergues quanto às suas percepções em relação à população atendida e ao seu campo de trabalho. Das observações e

discussões realizadas durante os processos de supervisão e treinamento nestes equipamentos sociais, como técnico da Equipe de Saúde da SAS Regional que abrange a região central da cidade de São Paulo, pôde-se apreender que os discursos sobre o perfil da população atendida continuam permeados pela compaixão e preconceito. Do ponto de vista dos agentes sociais, as pessoas precisam ser orientadas e assistidas, inclusive em seus cuidados de saúde, sendo a promoção da saúde percebida apenas como controle das doenças e atendimento às necessidades básicas de higiene e alimentação.

Considerando as novas propostas da Assistência Social e da Saúde, que caminham na busca da redução das desigualdades, baseadas na informação e demais estratégias de ação para o fortalecimento da autonomia, e procurando trazer subsídios para as estratégias de ação dos técnicos que supervisionam a rede de equipamentos sociais, o presente trabalho pretende desvelar as representações dos agentes sociais sobre a população atendida num dado albergue da região central de São Paulo: suas principais necessidades e problemas sociais, e sobre como vêem as possibilidades e limites do albergue no alcance da promoção social e da saúde dos usuários atendidos.

Objetivos geral e específicos

Esta pesquisa teve como *objetivo geral* investigar e analisar as concepções de agentes sociais sobre as possibilidades e limites da promoção da saúde no Albergue Nosso Lar, localizado na região central do Município de São Paulo.

Como *objetivos específicos* propôs-se a:

- Caracterizar o perfil sócio-demográfico dos agentes sociais do albergue;
- Verificar os motivos da escolha do albergue como local de trabalho e as expectativas por parte dos agentes sociais com relação a este;
- Relacionar as concepções de saúde e qualidade de vida dos agentes sociais com as percepções de suas possibilidades e limites de atuação no albergue.

Procedimentos metodológicos

Entre os albergues do Município de São Paulo foi selecionado para esta pesquisa o Albergue Nosso Lar, também conhecido por Glicério, que se localiza na região central da cidade. Atendia em média 620 pessoas por dia, sendo destinadas 140 vagas para mulheres, acompanhadas ou não de seus filhos e as demais vagas, até completar a capacidade total, são ocupadas por homens sós, ou com seus filhos do sexo masculino maiores de 10 ou 12 anos. Contribuíram para a escolha deste equipamento opções de caráter profissional e pessoal da própria pesquisadora. Em primeiro lugar, o fato de ser o maior albergue em funcionamento do Município, contando em seu quadro com todas as categorias profissionais previstas para este Projeto; em segundo, o interesse da própria instituição no desenvolvimento da pesquisa, assim como na continuidade do trabalho; em terceiro o envolvimento da pesquisadora no trabalho de supervisão nas áreas de saúde e nutrição deste albergue há pelo menos 4 anos.

População de Estudo

Em um primeiro momento, selecionou-se para análise 19 das entrevistas realizadas, tendo a escolha recaído sobre os componentes da equipe administrativa (4 pessoas), da equipe técnica (3 pessoas) e os agentes educacionais (12 pessoas), por se constituírem em grupos representativos das instâncias de tomada de decisão e execução das ações de promoção social e de saúde no albergue.

Material e Métodos

Tendo em vista a especificidade do objeto de pesquisa optou-se pela utilização de metodologia qualitativa.

Partindo de algumas características definidas por Gil (1999) para estudos de caso, pode-se dizer que alguns aspectos específicos desta pesquisa levam a classificá-la dentro desta categoria, isto é, a escolha de um local e grupo específico para análise, em torno de poucos objetos, permitindo estudo mais aprofundando e detalhado; e a investigação de um fenômeno atual, dentro de seu contexto de realidade, utilizando várias fontes de evidência, tais como discurso dos funcionários; observação das rotinas e organização do espaço, além de alguns documentos produzidos pelo e

no albergue: planos de trabalho, jornais montados por usuários e funcionários, fichas de identificação dos usuários, regulamento do albergue.

Para esta investigação foram utilizadas observações do dia a dia do albergue e entrevistas semi-estruturadas individuais.

Pode-se dizer que a forma como se desenvolveu o processo aproximou-o das técnicas da observação participante (Gil, 1999). Consistiu na observação do cotidiano do albergue, a partir de roteiro estruturado, considerando: as condições oferecidas para realização de higiene pessoal, a guarda de pertences, a alimentação e o sono dos usuários; orientações e encaminhamentos a recursos de saúde, desenvolvimento de ações de promoção e educação em saúde (conteúdo, estratégias utilizadas), as práticas em situação de emergência e a postura dos agentes sociais nos vários espaços e momentos de atendimento aos usuários

Citando Silveira (1999) a escolha de um único albergue para ser estudado não implica [...] uma exclusão do pensar os outros casos mas, sim uma contribuição à reflexão dos outros casos, tomando-se aquele estudo por referência. Mergulhar no significado atribuído pelos agentes sociais envolvidos, descrever e discutir sobre as concepções de trabalho percebidas e compreendidas e saber compreender um caso na totalidade que se insere, são algumas das exigências postas pelos estudos de caso. O aprofundamento nestes aspectos contribui não para um conhecimento exclusivo da unidade estudada, mas em sua capacidade de generalizar para as outras unidades, podendo contribuir para a reflexão deste tipo de organização (1999: 56).

Decidiu-se utilizar ainda a entrevista semi-estruturada, por ser um instrumento privilegiado de coleta de informações, pois a fala é reveladora de condições estruturais, de sistemas de valores, normas e símbolos; além de transmitir, através de um porta-voz, as representações de grupos sociais em situações sócio-econômicas, históricas e culturais específicas (Minayo, 1999a). Realizaram-se entrevistas individuais com todos os funcionários do albergue, com os seguintes eixos: algumas informações sócio-demográficas sobre os agentes sociais, suas percepções sobre a população atendida, concepções sobre saúde e qualidade de vida, possibilidades e limites de ação dos funcionários com relação à promoção da saúde e qualidade de vida no albergue.

Tendo como principal matéria-prima deste estudo os discursos verbais emitidos pelos funcionários, considerou-se que a Teoria das Representações Sociais daria um suporte adequado para a análise destes depoimentos. Portanto, na tentativa de captar o código compartilhado, optou-se pela adoção do conceito de representações para análise de discursos específicos, dos quais procurou-se apreender a lógica subjacente que possibilita a ação no cotidiano, sustentando identidades grupais e institucionalizando práticas sociais (Lopes, 1999). Além dos discursos verbais utilizou-se também como objeto de análise para as representações a organização das rotinas e do espaço do albergue, assim como planos de trabalho, relatórios e documentos, pois conforme propõe Jovchelovitch (1999), os processos que geram as representações sociais estão entranhados nas comunicações e nas práticas sociais: no diálogo, no discurso, nos rituais, nos padrões de trabalho e produção, nas artes, por fim, na própria cultura.

A escolha das representações sociais deu-se pela constatação da aplicação deste conceito em várias pesquisas na área da saúde, tratando do binômio saúde-doença (Arouca, 1975; Boltanski, 1979; Loyola, 1984); de câncer (Schulze, 1995; Bertotto, 2000); de saúde reprodutiva (Trindade, 2000; Dobrioglo, 2000); de aspectos relacionados à práticas sexuais e Aids (Joffe, 1999; Moreira & Moriya, 2000; Souza Filho, 2000); de utilização de medicamentos (Lefèvre, 1991; Lopes, 1999; Teixeira, 2000); de lesões por esforços repetitivos (Bernardino, 2000); de alimentação e saúde (Garcia, 1997).

Buscando as raízes históricas da teoria encontra-se em Moscovici (1999) a reafirmação de que o conceito de representações sociais ou coletivas nasceu na sociologia e na antropologia, onde serviu como elemento decisivo para a elaboração de uma teoria da religião, da magia e do pensamento mítico. Essa origem trouxe resistências à sua aceitação dentro da Psicologia Social, outro grande campo de aplicação. Entretanto, as razões para as reservas na sua utilização são as mesmas que garantem sua escolha pelos pesquisadores da área social: a flexibilidade e complexidade, que permitem à teoria modificar-se em função da diversidade dos problemas que ela deve resolver e dos fenômenos novos que deve descrever ou explicar.

Como forma de análise dos vários discursos coletados nos documentos, nas entrevistas individuais e grupais empregou-se a metodologia do Discurso do Sujeito Coletivo, proposta

por Lefèvre *et al.* (2000). Essa metodologia indica a utilização de quatro figuras de linguagem para permitir uma boa análise e interpretação dos depoimentos: ancoragem, idéia central, expressões-chave e o discurso do sujeito coletivo.

Segundo Lefèvre e Lefèvre (2000) as expressões-chave (ECH) são pedaços ou trechos, contínuos ou descontínuos do discurso, que revelam sua essência. Elas são fundamentais para a organização do Discurso do Sujeito Coletivo, por isso precisam ser coletadas com cuidado.

Para o mesmo autor, Idéia Central (IC) é um nome ou expressão lingüística que revela de maneira mais sintética e precisa possível o sentido ou tema da expressão-chave de cada um dos discursos analisados, por exemplo, o sentido de cada resposta individual a cada questão da entrevista.

Algumas expressões-chave indicam não só uma idéia central correspondente, mas também uma afirmação denominada Ancoragem (AC). Esta é a expressão de uma dada teoria, ideologia, crença religiosa que o autor do discurso professa e que está embutida no seu discurso como se fosse uma afirmação qualquer. Discursos provenientes de indivíduos com formação acadêmica têm muito mais chance de apresentar Ancoragem do que discurso do chamado “senso comum” (Lefèvre e Lefèvre, 2000). Dentro da teoria das Representações Sociais, “senso comum” refere-se ao mundo do dia-a-dia e é um conceito que busca entender os pressupostos das estruturas significativas da cotidianidade. Schutz (1982, citado por Minayo 1999b: 95) explica que:

[...] o senso comum envolve uma série de abstrações, formalizações e generalizações que são construídos e interpretados pelos atores sociais no seu dia-a-dia. Portanto, considera a existência cotidiana dotada de significados e portadora de estruturas de relevância para os grupos sociais que vivem, pensam e agem num determinado espaço e tempo social, como por exemplo, o albergue.

Retomando a definição do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) pode-se dizer que este representa um discurso-síntese : é como se todos os sujeitos sociais da pesquisa estivessem contando a sua história. Por meio dele, pode-se visualizar melhor a representação social, pois

permite uma apresentação do discurso de forma natural e direta, aproximando-se mais da forma como os indivíduos “reais” pensam. Para isso, prioriza-se a manutenção do discurso tal como ele foi emitido. Isto poderá facilitar a percepção e reflexão das situações reais vividas por parte dos agentes sociais envolvidos na pesquisa, possibilitando repensar a atuação, a postura e as perspectivas em diversos aspectos relacionados à Promoção da Saúde no albergue com vistas à melhoria do atendimento oferecido.

Deve-se esclarecer que os procedimentos metodológicos deste trabalho cumpriram as exigências éticas fundamentais, conforme a Resolução nº 01, de 13/06/1988 – CNS, sobre pesquisas científicas desenvolvidas em seres humanos: a ausência de discriminação ou estigmatização dos agentes sociais envolvidos na pesquisa; o consentimento livre, esclarecido e por escrito da sua participação, assim como a garantia de privacidade e anonimato; a confidencialidade dos dados coletados e a publicação dos resultados da pesquisa como um todo.

Resultados e discussão

Tendo em vista a proposta deste ensaio, optou-se pela apresentação de parte dos resultados do estudo original, dividindo-a em 3 partes. Na primeira, buscou-se traçar um breve histórico do Albergue do Glicério, contando para isso com documentos do arquivo do próprio albergue, da Secretaria de Assistência Social, e da Internet, complementando as lembranças de alguns funcionários e da própria autora.

A segunda parte refere-se à análise da caracterização sócio-demográfica dos agentes sociais entrevistados e de seus discursos relacionados a motivos para escolha do albergue como local de trabalho, assim como expectativas quanto a esse mesmo trabalho.

Por fim, na terceira parte apresentam-se e discutem-se os discursos do sujeito coletivo construídos a partir da categorização dos temas identificados nas falas da população de estudo

Tanto na segunda como na terceira parte de exposição dos resultados serão transcritos apenas os discursos considerados fundamentais para ilustrar as análises e discussões realizadas a partir da categorização das representações sociais identificadas. As idéias centrais das quais emanaram os discursos estarão destacadas em caixas de texto, para facilitar sua visualização e entendimento. Todos os discursos estarão *em itálico*, conforme proposto pelo método adotado.

Um pouco sobre a história do Albergue do Glicério

Recuperar a história do Albergue Glicério não foi tarefa fácil. Os documentos produzidos e arquivados, tanto pela entidade e equipe administrativa da unidade como pelas equipes técnicas de responsáveis pela supervisão do equipamento social referiam-se apenas aos anos de 1999 a 2001. Portanto, muitas das informações que ajudaram a reconstituir a trajetória do albergue tiveram como fonte a memória da própria autora desta pesquisa.

Consulta à homepage do Albergue Glicério na Internet revelou que sua história começou em 1994, com o atendimento a 150 moradores de rua, em um modesto prédio situado no bairro do Belém, região central da cidade de São Paulo.

A partir de 1996, o projeto foi transferido para os baixos do viaduto do Glicério, onde funciona até hoje, em espaço cedido e adaptado pela Secretaria da Assistência Social do Município de São Paulo.

Este projeto vem se desenvolvendo por meio de parceria entre o poder público e uma entidade social, o Centro de Assistência e Promoção Social “Nosso Lar” (CAPS – Nosso Lar), de orientação espírita, e que atua na área social desde 1975, prestando atendimento a vários segmentos da população de baixa renda, desde crianças, adolescentes e idosos (<http://www.albergueglicerio.hpg.ig.com.br/index/html>).

Em geral, as parcerias se dão com entidades sociais que apresentem justificativa de seu interesse pelo trabalho, e cuja missão se coadune com a política de atendimento definida pela administração municipal do momento para aquele segmento populacional. Em contrapartida, a

prefeitura oferece suporte financeiro, técnico e administrativo para manutenção da programação, assim como para monitoramento e qualificação dos gestores sociais.

Para o desenvolvimento deste projeto, os recursos financeiros oriundos da Prefeitura cobrem grande parte dos custos, em torno de 60%. A entidade, no cumprimento de sua parte na parceria, promove vários eventos beneficentes de forma a garantir recursos complementares para que o atendimento seja satisfatório a todos os usuários.

Nos primeiros tempos, o principal objetivo do Albergue Glicério era acolher, por algum tempo, aqueles que se viam nas ruas, sem emprego e moradia e sem ter para onde ir. O trabalho social se restringia ao atendimento individual de casos e possíveis encaminhamentos que se fizessem necessários a partir deles, como retirada de documentação para trabalho e para utilização de recursos sociais de maneira geral, como postos de saúde, creches e outros.

A capacidade total de atendimento prevista quando do seu início em 1994, era de 400 pessoas, sendo 55 vagas reservadas para mulheres com crianças e as demais, preenchidas por homens sós ou com filhos de até 10 ou 12 anos.

A visão que se tinha do atendimento aos moradores de rua era de que não havia razão para se gastar grandes somas com eles, concepção que partia não só da população que se sentia agredida pela sua presença, mas que encontrava respaldo entre muitos técnicos da Secretaria da Assistência Social, sendo reproduzida no planejamento dos espaços e programações a eles destinados.

Fazer um trabalho de Promoção Social é considerado um desperdício de dinheiro público que poderia ser investido em setores mais lucrativos (Rangel, 1997:20).

Por essa razão, os serviços oferecidos no albergue do Glicério por volta de 1994/1995 constituíam-se no mínimo necessário para sobrevivência das pessoas atendidas: o banho obrigatório, sem o qual não se tinha acesso à refeição e para o qual só se fornecia sabão e não toalha, o guarda-volumes, que não tinha espaço para todos e do qual se deveria retirar todos os

pertences diariamente; o repouso em beliches cujos colchões não eram sequer recobertos com lençóis; a sopa industrializada.

O quadro de pessoal era restrito, privilegiando-se dessa forma as ações de controle e normalização, como a revista dos usuários na entrada; a fiscalização do banho dentro dos chuveiros; a distribuição de senhas para a refeição somente à saída do banheiro, depois de ter tomado banho. Também não era possível oferecer uma refeição sólida, com pratos e talheres, pois contando com dois funcionários na cozinha para atender 400 pessoas, a única alternativa de cardápio, no jantar, era sopa industrializada, distribuída em copos descartáveis de 300 ml. Os agentes sociais, chamados educacionais, tinham como função colaborar também com as atividades de limpeza, preparo e distribuição das refeições.

A adaptação do espaço sob o viaduto para implantação do albergue foi realizada sem planejamento, resultando em problemas na estrutura física, nas instalações hidráulicas e elétricas que muitas vezes, dificultavam até a realização das atividades básicas de higiene por parte dos albergados. Os constantes relatórios tanto da entidade, como da coordenação do albergue, como dos técnicos da prefeitura levaram à constatação da urgência de reformas, que se efetivaram no ano de 2000, melhorando bastante o ambiente físico, pelo menos no que diz respeito à parte interna, pois o externo é impossível alterar. Enquanto o albergue se mantiver embaixo do viaduto, com o tráfego constante de carros e a poluição ambiental e sonora dele provenientes, pouco se poderá fazer neste aspecto.

Apesar das reformas, o constante aumento no número de pessoas atendidas tem dificultado a manutenção de condições de salubridade do ambiente, principalmente no que se refere à ventilação, aeração e insolação dos dormitórios.

Um aspecto a ressaltar é que nunca houve vagas reservadas para crianças nos dormitórios masculino ou feminino. Dessa forma, quando todas as vagas encontravam-se preenchidas, as crianças de até 10 anos, muitas vezes eram obrigadas a dormir na mesma cama que os pais, o que ocorre até hoje.

Apresenta-se, no quadro a seguir, o número de pessoas atendidas por mês no Albergue do Glicério, no primeiro trimestre de 2001. Segundo informações do coordenador, a rotatividade foi de 10% dos usuários durante esses meses, isto significa que rotineiramente algumas pessoas saem da instituição. Essa característica fica bem evidenciada quando se verifica, por exemplo, que o total de homens atendidos por mês chega a 864 em média, indicando que quase toda a população masculina foi substituída neste período. O tempo médio de permanência dos usuários é de 9 meses.

Quadro 3 - Atendimento no Albergue do Glicério, segundo categorias de usuários, nos meses de fevereiro, março e abril de 2001, São Paulo –SP

Meses de atendimento	<i>Categorias</i> de Usuários			
	Homens	Mulheres	Crianças	TOTAL
Fevereiro	897	96	23	1016
Março	859	82	24	965
Abril	837	86	17	940

Fonte: Relatórios informatizados do Albergue Glicério.

A partir de 2001, o Plano de Trabalho do Albergue propõe duas linhas de ação; a primeira refere-se à razão mesma de sua existência, que é o abrigo breve, destinado ao atendimento da população de rua e/ou migrantes por meio de pernoite, atendimento social, oferta de condições para realização de higiene, alimentação e guarda de pertences. Já a segunda linha define o âmbito de sua ação social, propondo desenvolvimento de ações sócio-educativas e organizativas, que permitam a mudança da condição de vida da população de rua para uma situação de maior dignidade, garantindo-lhe mais autonomia e melhoria da qualidade de vida.

Visando cumprir esses objetivos estabeleceu-se uma Programação básica para esse equipamento social envolvendo as seguintes ações e serviços:

A – Recepção/Triagem – consiste na acolhida, entrevista, coleta e anotação de dados pessoais e estabelecimento de um contato com aqueles que estão vindo pela primeira vez, informando sobre as atividades do albergue.

B – Atendimento social com entrevista, orientação e encaminhamentos necessários para a rede de serviços, contato com familiares, trabalho com grupos de reflexão, vivências, colocação profissional, encaminhamentos específicos para crianças e adolescentes.

C – Guarda-volumes – local para guarda de pertences de todos os usuários.

D – Atenção à saúde (higiene e alimentação) que abarca desde a oferta de infra-estrutura básica para realização de higiene pessoal, alimentação, lazer e repouso dos usuários; até a organização de ações de vigilância, prevenção e educação em saúde. Este é um dos pontos da Programação que está melhor desenvolvido no Plano de Trabalho do albergue..

E – Serviços de apoio como guarda de documentos, balcão de empregos, redação de cartas, murais de notícias;

F – Oficinas de reflexão e vivência sobre os temas: cidadania, direitos humanos; saúde; farmacodependência e outros, e lúdicas (jogos, leituras, televisão e outros), como estratégia para socialização e convivência. (SAS, 2000).

Tendo em vista dar conta de todas essas atividades, o equipamento social funciona ininterruptamente, de segunda a segunda, das 17:30 às 7:30, com atendimento aos usuários, havendo tolerância até às 8:30 para a saída dos idosos, mulheres com crianças e portadores de deficiências ou agravos.

Para desenvolver a programação prevista o albergue contava com equipe de 44 funcionários, composta pelos profissionais discriminados no quadro abaixo:

Quadro 4 – Distribuição dos funcionários do Albergue do Glicério segundo número de pessoas por função e carga horária – novembro de 2001 – São Paulo – SP – Brasil

Funções	Número de funcionários	Carga horária /horas por semana
Coordenador	1	40 horas
Auxiliar de coordenação	2	40 horas
Auxiliar administrativo	1	20 horas
Assistente social	2	20 horas
Psicóloga	1	20 horas
Agentes educacionais	12	12/36
Agentes operacionais	12	12/36
Cozinheiro	1	40 horas
½ oficial de cozinha	1	40 horas
Auxiliar de cozinha	4	40 horas
Auxiliar de serviços gerais	6	40 horas

Nos últimos anos têm-se observado uma busca contínua de melhora do atendimento, tanto no aspecto de estrutura física e qualidade dos serviços oferecidos, como no que diz respeito às práticas assistencialistas.

Quanto ao aspecto qualidade dos serviços é interessante relatar a evolução da alimentação, pois com a tentativa de adequação do número de funcionários desse setor ao de pessoas atendidas, foi possível passar a oferecer sopa preparada com alimentos “in natura”, distribuída em pratos e com talheres. Algum tempo depois, incluiu-se no cardápio a preparação sólida, que era oferecida em 2 dias da semana. A partir de 2000 aboliu-se a sopa do cardápio, mantendo-se a preparação sólida e inclui-se diariamente a sobremesa e o suco, quando possível. Outra evolução significativa foi a possibilidade de escolha dos usuários quanto ao tipo de talher a ser usado para alimentar-se, assim, além das colheres, garfos e facas passaram a fazer parte das opções, mostrando que o pré-conceito quanto à utilização desses utensílios como arma não tinha fundamento algum. Em abril

de 2001, o albergue passou a adotar o sistema self-service, isto é, os usuários passaram a servir-se da maioria dos componentes da alimentação, com exceção da carne. Essas mudanças nas práticas do dia a dia, embora pareçam pouco significativas a princípio, resultaram em ganho para autonomia e auto-estima dos usuários, assim como em revisão das representações dos funcionários sobre a população com que trabalhavam.

Com relação às práticas de atendimento, parece ter havido um consenso de que seria fundamental a alteração dessas ações e até uma revalorização dos profissionais que as realizavam. Reconhecendo os pontos fracos e aceitando o desafio, a coordenação e equipe técnica do albergue têm investido num trabalho de capacitação e conscientização do conjunto de funcionários, buscando que valorizem e reconheçam suas possibilidades de ação com relação à restituição da cidadania às pessoas atendidas.

Como primeiro passo, no início de 2001, buscou-se aproximar os funcionários dos usuários de forma a criar vínculos e estabelecer confiança e, a partir daí, levantar dificuldades e necessidades sentidas no desenrolar do trabalho. Para isso dividiram-se os agentes educacionais em 6 duplas, que ficaram responsáveis pela realização de 2 reuniões por dia cada uma, durante um período de 15 dias. Participaram ativamente desses grupos 140 usuários, apresentando reivindicações e sugestões quanto às seguintes áreas: de trabalho, com a instituição de frentes de trabalho e organização de cooperativas; moradia; saúde, com solicitação de melhorias no atendimento na área de saúde e fornecimento gratuito de medicamentos; higiene, pedindo a implantação definitiva da lavagem de roupas no albergue; socialização, buscando trabalhar o respeito e a solidariedade entre os usuários.

No sentido de reestruturar as práticas vigentes para tentar responder às solicitações dos usuários ocorreu o I Treinamento para Capacitação Profissional no Albergue do Glicério, em fevereiro de 2001, com a participação desta pesquisadora. Organizaram a atividade o coordenador e equipe técnica do albergue, que contaram com a presença da diretoria da entidade social e de 29 funcionários, entre agentes educacionais e operacionais, além da equipe da cozinha.

A partir daí estruturaram-se os grupos de discussão temática com os usuários : Saúde; Habitação; Trabalho, Educação; Cultura e Lazer e Idosos, cuja análise será aprofundada quando da discussão das entrevistas com funcionários.

Para garantir a educação continuada dos funcionários na sua ação junto aos grupos estão planejadas reuniões quinzenais com a equipe técnica e coordenação. Além disso, um outro encontro geral aconteceu entre equipe técnica, coordenação e agentes educacionais, no segundo semestre de 2001, para avaliação, redirecionamento e aprofundamento da metodologia de trabalho em grupos.

Ainda no ano de 2001 desenvolveram-se Oficinas de Artesanato que tinham como objetivo oferecer fontes alternativas de geração de renda para os usuários, fortalecendo, dessa forma suas condições de subsistência e sua auto-estima.

Tudo leva a crer que a realização de reflexões e questionamentos constantes com as equipes de técnicos supervisores de SAS, seja da área social, seja da área de saúde tiveram seu papel na implementação desse novo projeto do albergue do Glicério. Muito embora a relação de dependência econômica e subordinação burocrático-política com a Prefeitura tornasse extremamente difícil o diálogo em vários momentos, ele se mostrou muito profícuo durante o ano de 2000. Como resultado, encaminhamentos de ambas as partes, seja na revisão de algumas cláusulas do convênio que ampliaram as possibilidades de gastos com pessoal e suprimentos básicos para a área de higiene; seja na revisão, por parte do albergue, de práticas que em nada contribuíssem para resgate de auto-estima e capacidade de organização da população atendida, permitiram melhoria na qualidade do atendimento.

A história do Albergue do Glicério revela a própria evolução das políticas públicas de atendimento à população de rua. Tendo como objetivo inicial o pernoite, foi se ampliando o tempo e as possibilidades de atuação, passando de um equipamento social com visão e ação fortemente assistencialista e controladora para um trabalho de fortalecimento individual e coletivo da população atendida, ainda que esse último esteja apenas se iniciando.

Os Funcionários

Um dos objetivos definidos para este estudo foi traçar um perfil sócio-demográfico dos agentes sociais do Albergue do Glicério, além de identificar o que os motivou a procurar esse tipo de trabalho.

Apresentam-se, a seguir, algumas das informações levantadas durante as entrevistas que permitiram construir esse perfil.

O quadro 5 mostra como estão distribuídos os 19 funcionários entrevistados no Albergue do Glicério segundo sexo e idade.

Quadro 5 - Distribuição dos funcionários entrevistados no Albergue Glicério, segundo sexo e faixa etária – setembro-novembro de 2001

FAIXA ETÁRIA	SEXO		TOTAL
	Masculino	Feminino	
20 /- 30	1	1	2
30 /- 40	3	-	3
40 /- 50	6	2	8
50 /- 60	3	3	6
TOTAL	13	6	19

De maneira geral, pode-se apreender do quadro acima que a maioria dos 19 funcionários (14) concentra-se nas faixas etárias de 40 a 60 anos, coincidindo, de certa forma, com a faixa etária em que se encontra também a maioria dos usuários atendidos. Tendo em vista que praticamente 80% da população atendida no albergue é do sexo masculino, a distribuição dos funcionários segundo sexo seguiu essa mesma tendência.

Quadro 6. Distribuição dos funcionários entrevistados, segundo grau de escolaridade – setembro-novembro de 2001

GRAU DE ESCOLARIDADE	NÚMERO DE FUNCIONÁRIOS
Ensino Fundamental Incompleto	4
Ensino Fundamental Completo	3
Ensino Médio Incompleto	3
Ensino Médio Completo	1
Ensino Superior Incompleto	1
Ensino Superior Completo	4
TOTAL	19

Quanto à escolaridade, constata-se que um número importante de funcionários (4) não chegou a completar o ensino fundamental. Esse não seria o perfil esperado para esse grupo de profissionais, pois o convênio celebrado com SAS prevê que os agentes educacionais tenham, pelo menos, o Ensino Médio completo. A presença de número significativo de funcionários com nível superior (4), deve-se às equipes administrativa e técnica do albergue, cujo perfil exige profissionais com formação universitária específica, como assistentes sociais e psicólogos.

O quadro seguinte talvez possa explicar porque a distribuição da escolaridade dos agentes educacionais do albergue ainda não segue as disposições do convênio.

Quadro 7 – Distribuição dos funcionários do Albergue do Glicério segundo tempo de trabalho no albergue, setembro-novembro de 2001

Tempo de Trabalho no Albergue	Número de funcionários
Até 1 ano	5
1 -/ 2 anos	4
2 -/ 3 anos	3
3 -/ 4 anos	1
4 -/ 5 anos	3
5 -/ 6 anos	1
6 – 7 anos	2
TOTAL	19

Com relação ao tempo de trabalho no albergue é interessante destacar que houve um certo equilíbrio entre o número de funcionários mais novos (9), isto é, com menos de 2 anos, e os mais experientes (7), considerando-se entre estes os que tinham mais de 3 anos de trabalho. Provavelmente esta seja a razão para que um pouco mais da metade dos agentes sociais (10) não apresente a escolaridade esperada, pois boa parte deles iniciou suas atividades no albergue quando ainda não havia uma definição quanto à formação escolar exigida. Deve-se registrar que, durante as entrevistas, vários funcionários informaram ter retomado os estudos, mostrando-se preocupados não só em atender às determinações formais, mas em capacitar-se para encaminhar as novas propostas de trabalho que vêm surgindo no albergue.

Quanto à experiência anterior com esse tipo de atividade, isto é, com população de rua, apenas 3 pessoas já tinham trabalhado anteriormente nessa área, sendo que um deles chegou a vivenciar a situação de usuário.

Quanto à religião, 12 funcionários informaram professar a religião católica, e dois seguiam a doutrina espírita, enquanto que 5 afirmaram não seguir religião alguma. Dos entrevistados, apenas um referiu que a religião contribuiu para a escolha desse tipo de trabalho. Considerou-se importante levantar esta questão, porque a primeira pesquisa sobre população de rua, realizada

em 1991 e à qual já foi feita referência neste estudo, identificou como uma das características dos agentes sociais que atuavam em instituições de atendimento à essa população uma forte ligação como movimentos pastorais e sociais. Percebe-se que essa característica mudou e que, embora o comprometimento com o trabalho extrapole a relação de caráter estritamente profissional, como os discursos revelarão mais adiante, a principal razão para atuar no albergue foi a necessidade de emprego.

a) Motivos e expectativas de trabalho no albergue

Com relação aos motivos que levaram as pessoas a escolher o albergue como local de trabalho ficaram evidentes 3 grandes discursos: o da necessidade de emprego; da afinidade com o tipo de atividade, seja por lidar com público, seja por já ter atuado na área social e por fim, o da oportunidade de mudança de vida, tanto pessoal, como profissional. Os quadros a seguir procuram demonstrar de forma mais clara os temas e idéias centrais emanados dos depoimentos dos funcionários.

Quadro 8 - Motivos da escolha do albergue como local de trabalho, segundo depoimentos da população de estudo do Albergue do Glicério – setembro-novembro 2001

Tema M – Motivos da escolha do albergue como local de trabalho
Idéia central M1 – Desemprego/necessidade de emprego
Idéia central M2 - Por gostar, por afinidade pelo tipo de atividade, isto é, trabalhar com público, na área social e ajudar os outros
Idéia central M3 - Necessidade de mudança de vida, tanto pessoal, como profissional, de experimentar novo tipo de trabalho, com população adulta de rua e por indicação de familiares, que já trabalhavam na área

Merece destaque o discurso surgido a partir da idéia central: “*Por gostar, por afinidade pelo tipo de atividade, isto é, trabalhar com público, na área social e ajudar os outros*”, pois foi bastante representativa da postura do grupo como um todo, com relação ao seu trabalho.

Porque eu já fui também usuário lá na Casa de Convivência. Tive uma época que por causa de alguns problemas acabei ficando nessa situação. Aí eu freqüentava lá, trabalhava e ajudava de voluntário. Como já conhecia bastante do meio, foi fácil.

Porque eu gosto, eu vim visitar e gostei e aí comecei a trabalhar. Eu tenho uma afinidade muito boa com o pessoal, graças a Deus. Na época, quando eu comecei a trabalhar aqui, não tinha um conhecimento do que era o trabalho de um albergue. Mas em relação a trabalhar com a população eu achava muito interessante. Eu sempre me dei bem com público, sempre gostei, então aqui eu me realizo profissionalmente. Eu não gosto muito de coisa burocrática. Eu gosto mais do social, lidar com a pessoa, imediato. Adoro trabalhar aqui. Para mim esse serviço é tudo. Porque eu descobri que é bom a gente tentar fazer o bem para o próximo.

Acho que é uma área que tem muito a ver comigo, essa coisa das pessoas estarem abandonadas e eu acho assim que é uma coisa pra poder ajudar, pra investir na área educacional, educativa, social.

Para o tema Expectativas com relação ao trabalho revelaram-se 3 discursos, o primeiro voltado para revisão de condições estruturais e organizacionais do albergue, visando melhor atendimento dos usuários; o segundo envolvia uma dimensão de sonho, de utopia, ligada não só a estrutura e procedimentos internos do albergue, mas a mudanças mais amplas do sistema político, econômico e social do país que levassem ao fim da exclusão social e à extinção dos albergues e o terceiro mostrava necessidade de investimento em educação continuada de funcionários. Este tema e as idéias centrais identificadas a partir das entrevistas, estão representados no quadro abaixo.

Quadro 9 - Expectativas com relação ao trabalho no e do Albergue do Glicério, de acordo com ponto de vista dos funcionários entrevistados – setembro- novembro 2001

Tema E – Expectativas de trabalho no e do albergue por parte dos agentes sociais.
Idéia central E1 - Além de garantir abrigo provisório para a população de rua, o albergue deveria oferecer alguns serviços básicos de saúde, funcionando também como centro de triagem e encaminhamento para a rede de serviços públicos e privados de assistência e saúde.
Idéia central E2 – Expectativas de melhora de atendimento e de qualidade de vida dos usuários que envolvem uma dimensão de sonho, da utopia de uma sociedade mais justa e solidária, menos desigual
Idéia central E3 – Expectativas de melhora de qualidade de atendimento no albergue ligadas à investimentos nos funcionários, no trabalho em equipe, na educação continuada.

Apresentam-se e discutem-se, a seguir, os discursos relativos a *idéia central E2*

Estamos fazendo, e vamos conseguir fazer muito mais. A tendência do albergue é só melhorar, nunca ficar onde está. Quando eu entrei aqui era bem precário, agora está melhorando, então eu vejo essas mudanças e me empenho muito mais. Eu espero que aqui seja aquilo assim, tipo: que o cara venha aqui e ele tenha quase tudo, o que é difícil. É um sonho, que talvez até o coordenador tenha: “-Ô, tem um dentista, tem um médico, tem uma assistente social, tem uma psicóloga, uma escola...eu tenho tudo aqui.”

A gente tem que ver se há possibilidade de ser implantado realmente aquele albergue com menos usuários, aí você pode ter mais contato com aquela pessoa. Um com o outro. Então, eu espero que o albergue mude, nesse aspecto. E eu faço força pra isso. Eu não acho bonito nem interessante ficar criando albergue. A minha expectativa é que cada um tenha um lugar pra ficar e que cada um consiga aquilo que está planejando, que seus sonhos fossem realizados. Eu estou trabalhando com os usuários na área de habitação, eu falo muito pra eles que eu gostaria de perder meu emprego porque acabaram-se os albergues e todo mundo tem onde morar. Eu espero que a gente consiga desenvolver um trabalho excelente e que daqui a dois, três anos não exista mais albergue. Que todo mundo arrumasse um meio adequado de sobrevivência, e tivesse acesso a uma série de serviços e retornar à sociedade de uma forma mais digna. Que a gente conscientize todo esse pessoal que existe essa passagem por aqui, mas que a batalha está na rua. Não é ficando aqui e se acomodando. Precisaria arrumar um jeito de fazer com que a vida dela mude ou retorne ao que era antes.

Minha maior expectativa é assim em termos do trabalho mesmo. Acho que é a mesma expectativa que 99% deles trazem pra gente. O trabalho é o que vai trazer saúde, trazer qualidade de vida. Uma questão, talvez até como um sonho, é criar associação de trabalhadores aqui dentro, ou cooperativa. Que não é uma coisa cara, porque envolve pouquíssimo custo e resolveria uma boa porcentagem pra eles.

Eu acho que falei do papel também da parte do governo. Então acho que tem que ter uma maior participação do poder público, seja ele municipal, estadual, ou até federal se for o caso, para que as coisas possam realmente acontecer.

Evidencia-se a necessidade que os funcionários sentem de uma solução mais rápida e definitiva para a situação das pessoas que freqüentam o albergue. Sua expectativa é atender os mais necessitados, aqueles que não têm renda. Esperam que o albergue funcione como porta de entrada para uma rede de serviços à população de rua, os quais garantam atendimento especializado e direcionado a diferentes necessidades e situações, como a dos idosos e doentes.. Enfim, que o albergue se constitua em espaço de passagem para melhoria de qualidade de vida e não como um projeto final de vida para as pessoas que se encontram nas ruas da cidade de São Paulo.

Gostariam de poder dar resposta imediata à dor e sofrimento, contando para isso com profissional da área de saúde, médico e dentista ou enfermeiro; e infra-estrutura básica para atendimento clínico individualizado.

Aparece como maior expectativa para resolução do problema da população moradora de albergue a questão do trabalho, mostrando uma incorporação a seus discursos da visão capitalista do trabalho. Surge como sonho nessa questão, a implantação de cooperativas, vistas como espaço para que os próprios trabalhadores definam suas relações de produção e ganho, como contraponto às condições atuais de flexibilização e precarização das condições de trabalho, que os expulsam do “mercado”.

As expectativas com relação ao trabalho da instituição revelam ainda uma dimensão utópica, um sentido de missão, a esperança de que as situações que geram a desigualdade e exclusão sejam sanadas, desde que o Albergue faça bem o seu trabalho. É importante que acreditem nas possibilidades de sua ação, mas também é necessário que tenham a real dimensão do alcance da mesma, sob o risco de estabelecerem objetivos e metas irreais no trabalho. Aparece, então, como necessidade, a sistematização de uma metodologia de trabalho com a população de rua, a partir de ação-reflexão-ação partilhada com todos os segmentos de funcionários e, principalmente, com o setor público que intermedia o convênio com a entidade mantenedora do albergue. Mais que isso, esperam que o Estado, representado pelo governo municipal assumira seu papel de coordenador e articulador das políticas públicas sociais na cidade de São Paulo.

Os discursos

Considerando os objetivos propostos, os quais nortearam as questões das entrevistas, e analisando cada uma delas, foi possível chegar a grandes temas que abrangeram as concepções sobre saúde e qualidade de vida dos agentes sociais entrevistados e suas percepções sobre as possibilidades e limites de ação na promoção da saúde e qualidade de vida dos usuários atendidos no Albergue do Glicério.

Deve-se ressaltar que a metodologia adotada permitiu desvelar, através da simples leitura dos discursos do sujeito coletivo, as representações dos agentes sociais sobre os temas identificados. Portanto, na discussão, pretende-se realizar apenas uma análise dessas representações frente às propostas da Promoção da Saúde.

Em algumas situações foi bastante difícil definir em que categoria incluir alguns recortes feitos, pelo imbricamento que os temas possuíam, especificamente as questões relativas a expectativas quanto ao trabalho no e do albergue; possibilidades, limites e práticas de atenção, prevenção, educação e promoção da saúde.

a) As representações sociais sobre saúde e qualidade de vida

Destacar-se-á e discutir-se-á, a partir do quadro resumo apresentado abaixo, as concepções de saúde.

Quadro 10 – Quadro resumo das idéias centrais identificadas a partir das entrevistas dos agentes sociais do albergue do Glicério sobre Concepções de saúde e qualidade de vida

TEMA B – CONCEPÇÕES DE SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA, SEGUNDO REPRESENTAÇÕES DOS AGENTES SOCIAIS ENTREVISTADOS NO ALBERGUE DO GLICÉRIO
Subtema B1 – CONCEPÇÕES DE SAÚDE.
Idéia central B1.1 - Saúde determinada por um conjunto de fatores biopsicossociais, tais como, aspectos biogenéticos, condições e estilo de vida e pela capacidade das pessoas de reconhecê-los e agir sobre eles.
Idéia central B1.2 - Saúde é ausência de doença.
Subtema B2 – CONCEPÇÕES DE QUALIDADE DE VIDA.
Idéia central B2.1 - Qualidade de vida é resultado das condições e estilo de vida e saúde; das relações interpessoais de afetividade; de integração social, enfim da infra-estrutura social de acesso a trabalho, educação, moradia, lazer, cultura.
Idéia central B2.2 - Qualidade de vida é ter consciência de suas necessidades como ser humano e engajar-se na luta coletiva para supri-las.

Subtema B3 – CONCEPÇÃO DE ALBERGUE SAUDÁVEL.
Idéia central B3.1 - O Albergue do Glicério é um albergue saudável.
Idéia central B2.2 – O Albergue do Glicério não é um albergue saudável.
Subtema B4 – ALBERGUE COMO ESPAÇO PROMOTOR DA SAÚDE DOS FUNCIONÁRIOS.
Idéia central B3.1 – Albergue contribui para tornar funcionários mais saudáveis.
Idéia central B3.2 – Albergue não tem contribuído para tornar funcionários mais saudáveis.

Idéia central B1.1 - Saúde determinada por um conjunto de fatores biopsicossociais, tais como aspectos biogenéticos, condições e estilo de vida e pela capacidade das pessoas de reconhecê-los e agir sobre eles.

Saúde é como diz a definição da ONU (confundido com OMS), “ é o bem-estar biopsicossocial do cidadão”. Por que não adianta só não estar doente fisiologicamente. Então, é o bem estar dele no geral. Estar bem com ele mesmo; ter uma alimentação adequada; o bom descanso; ter os chamados mínimos sociais. Um direito a uma cama limpa, a um lazer, por mais simples que seja. Se ele estiver bem de saúde física, mas está em depressão, ele não está bem. Porque saúde pra mim não é só você estar bem com o corpo, você tem que estar bem com a mente, bem consigo mesmo, com as pessoas. Uma saúde boa, não precisa ser de ferro, perfeita, que todo mundo tem problema, tem uma preocupação, de um jeito ou de outro. O conjunto disso pra mim é saúde. Saúde ela é o todo do cidadão. É a qualidade de vida, isso tudo que faz parte da saúde. Então, ela é a vida da pessoa, é o meio onde ela está, é o dia a dia, a sua expectativa de vida. Então, eu acho que isso são os fatores componentes da saúde. Ela ser consciente, enquanto pessoa, ela ter direitos, onde ela possa se emancipar. Ela ser independente, não estar dependente, atrelada a um sistema.

Idéia central B1.2 - Saúde é ausência de doença.

Saudável é uma pessoa que não apresenta doença. Quando a pessoa não está bem, apresenta alguma sintoma, alguma doença, que você vê que é visível, uma tosse , uma gripe forte, então essa pessoa não está com saúde. Então, é muito importante a gente prevenir a saúde, estar sempre tomando certos cuidados. Tem tipos de doenças que são fatais, então é importante acompanhamento médico, fazer exames. Porque a saúde influi muito na pessoa, se o cara não tem uma saúde, ele não pode ter mais nada. Se a pessoa

tem uma dor, tem um problema renal, um problema de visão, um problema numa perna, ela não pode caminhar, não pode procurar um serviço. Ela tem que estar primeiramente com a saúde boa, para conseguir um emprego.

Os discursos construídos a partir das questões relacionadas à saúde e qualidade de vida revelaram grande diversidade de noções, desde aquelas que se voltam para o paradigma biomédico, e que consideram saúde como ausência de doença, expressando-se pela sua negação; até aquelas que a consideram como determinada por aspectos biopsicossociais. Aproximam-se, inclusive da nova concepção de saúde proposta pelo paradigma da Promoção da Saúde, que envolve o reconhecimento das condições e necessidades de saúde pelo indivíduo e pela coletividade, assim como das formas de atuar para melhorá-las. Também algumas das concepções dos funcionários entrevistados sobre saúde aproximam-se daquela que concebe saúde e doença como fenômenos ou situações específicas de um organismo em dado momento, inseridas num “continuum” e acrescida da idéia de graus, como explica Breslowl.

Ao investigar as representações dos funcionários sobre albergue saudável foi possível constatar essa mesma visão dinâmica da saúde aplicada ao espaço físico e social. Por um lado, o albergue do Glicério é considerado por alguns como um exemplo de espaço saudável, devido à boa acolhida, ao conjunto de serviços oferecidos, à manutenção das boas condições de higiene. Ao mesmo tempo, tendo em vista as questões de inadequação entre número de pessoas atendidas e o contingente de funcionários; às condições que o confinamento do número muito grande de usuários submete a todos, com aeração e ventilação deficientes, podendo facilitar transmissão de doenças; à impossibilidade de oferecer um atendimento mais personalizado; à dificuldade de criar espaços de reconhecimento como indivíduos e como pertencentes à uma comunidade; a rotina rígida, potencialmente geradora de violência, também levam uma parte dos funcionários a considerar o albergue como espaço que ainda não é saudável.

Os entrevistados ressaltam a importância de trabalhar no que gostam, de sentirem-se úteis, como componente positivo da saúde. Identificam o bom relacionamento entre as equipes de trabalho e a possibilidade de participar nos processos de avaliação e tomada de decisão quanto à melhoria dos serviços oferecidos como fator que tem contribuído para saúde. Poder-se-ia aí pensar que o albergue, intuitivamente, tem tentado colocar em prática algumas das estratégias da Promoção da

Saúde, o “empowerment” individual e coletivo e, neste caso direcionado ao grupo de funcionários, o que não deixa de ser interessante e necessário.

Por outro lado, a inexistência de oferta de suporte de convênio médico para funcionários, assim como condições de trabalho que os expõem a risco de contrair doenças são consideradas como aspectos que prejudicam a saúde, os quais os levam a concluir que o albergue não tem contribuído para a saúde dos funcionários.

Por fim, as representações da população de estudo sobre qualidade de vida refletem a subjetividade desse conceito

Ao levar em conta os outros componentes considerados fundamentais para uma boa qualidade de vida, como infra-estrutura social adequada, que permitisse acesso à saúde, moradia, trabalho e família, evidencia-se ainda mais a distância entre a realidade vivida pelas pessoas que freqüentam o albergue e esse ideal.

b) Possibilidades e limites com relação à promoção da saúde e qualidade de vida no albergue

Os discursos relativos a esse assunto serão apresentados de forma que as Possibilidades sejam o contraponto dos Limites.

Optou-se por selecionar apenas uma dessas contraposições para discussão neste ensaio, mas o quadro completo poderá ser visualizado ao final dessa etapa.

SUBTEMA C1 - LIMITES	SUBTEMA C2 - POSSIBILIDADES
Idéia central C1.1 – Estrutura física; organizacional e de serviços do albergue tem dificultado ações de atenção, prevenção, educação e promoção da saúde e qualidade de vida.	Idéia central C2.1 - Albergue como apoio, moradia provisória e local para atender necessidades de saúde, protegendo as pessoas contra as condições de vida na rua.

LIMITES:

O equipamento não pode, é claro, dar tudo que a gente quer dar para eles, ou que eles precisam. Às vezes, o cara entra pra baixo e sai mais pra baixo. Eu acho que assim

estruturado não está contribuindo, porque em matéria de saúde a gente pode oferecer bem pouco. Nós não temos nenhum médico formado aqui e mesmo que tivesse, não temos outras coisas. Ao lado disso, quando você fala em saúde e coloca 250 pessoas dentro de um dormitório, ela já compromete, então, os riscos são maiores. Você nota que o problema respiratório é muito grande, falta de ar, porque o quarto, depois que puseram o forro de isopor, ficou com falta de ventilação. Você sente aquele baque no corpo, tanto pelo cheiro, quanto pela... quentura. Eles são muitos usuários na instituição e são poucos profissionais pra uma atuação com um olhar mais de perto, pra estar mais próximo de cada um mesmo, eu estou atendendo um aqui e outro já está com problema lá e eu não tenho tempo de fazer nem uma coisa, nem outra. Eu acho que uma das coisas do impedimento é justamente ser muito móvel a estadia deles aqui dentro.

POSSIBILIDADES:

O albergue vai ter que existir, porque se essas pessoas não tiverem esse apoio, para onde que vai esse pessoal? Só o fato de você não estar na rua, de você ter uma comida, um banho, você poder deitar, descansar um pouco a tua cabeça, já é uma coisa muito boa. Eu acho que funciona muito bem para a saúde das pessoas. E eles não têm esse campo lá fora. Imagina, onde o cara vai poder escovar os dentes lá fora, onde ele vai poder lavar uma peça de roupa? Para as pessoas que realmente querem, que estão dispostas a sair daqui, a melhorar a vida, eu acho que é um patamar bom. Você chega aqui e não tem amparo de ninguém, principalmente da sociedade. Então, essa é uma casa que te acolhe, você tem uma referência. Essas pessoas que já tem um tempo de rua, uma vivência de rua maior, elas ficavam anteriormente muito mais na rua. Hoje são poucas as pessoas que a gente precisa conscientizar da importância de vir para um lugar onde ela possa ser abrigada adequadamente. Acho que assim, o albergue, hoje, ele é mesmo uma moradia referencial a nível de proteção. É um trampolim para a vida social, para a vida futura, um bom ponto de apoio para quem souber usar, é uma forma de reintegração.

A identificação dos limites de ação com relação à melhoria de saúde e qualidade de vida das pessoas atendidas no albergue, e a partir daí, das possibilidades de intervenção nas mesmas mostra que os agentes sociais não se deixaram imobilizar pela dimensão da problemática. Embora, em alguns depoimentos se possa perceber um certo desalento e até uma cobrança quanto

ao papel do Estado, acreditam na possibilidade de concretizar ações positivas dentro do espaço do albergue, não perderam sua criatividade, sua capacidade de agir e de buscar a transformação. Quando relatam suas representações sobre as possibilidades do albergue atuar na melhoria da saúde e qualidade de vida das pessoas atendidas, uma das idéias que fica mais evidente é a da importância deste espaço como ponto de apoio. Essa concepção traz de volta a questão da “resiliência” (Alvarez, 1999). De acordo com esse conceito, além das pessoas, os lugares e instituições também podem fazer o papel do “ponto de apoio”. Acreditam que ao estabelecer relações cooperativas entre eles e os usuários, por meio dos trabalhos em grupo e oferecendo modelos positivos e definidos, dentro do possível, funcionariam como pontos estáveis, afetivos, saudáveis, propiciadores do restabelecimento da auto-confiança, da saúde mental, de sua capacidade de ter iniciativa. O albergue atuaria como um fator educativo, aquele que mostra, pelo exemplo, um possível caminho. A própria instituição, por meio de sua programação, possibilitaria ao indivíduo a tomada de decisões, de responsabilidades. Seria o oposto de favorecer uma posição de vitimização, uma dependência passiva e exigente e permitiria às pessoas experimentar o poder, mesmo pequeno, que eles têm dentro da estrutura, como propõem as teorias de “apoio social” (Valla, 1999) e “empowerment” (Wallerstein, 1992).

Quadro 11 - Quadro resumo das idéias centrais identificadas a partir das entrevistas dos agentes sociais do albergue do Glicério sobre o tema Limites e Possibilidades do albergue na promoção da saúde e qualidade de vida

TEMA C - LIMITES E POSSIBILIDADES DE AÇÃO DO ALBERGUE NA ATENÇÃO, PREVENÇÃO, EDUCAÇÃO E PROMOÇÃO DA SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA DOS USUÁRIOS, SEGUNDO PONTO DE VISTA DOS FUNCIONÁRIOS ENTREVISTADOS	
SUBTEMA C1 - LIMITES	SUBTEMA C2 - POSSIBILIDADES
Idéia central C1.1 - Estrutura física; organizacional e de serviços do albergue tem dificultado ações de atenção, prevenção, educação e promoção da saúde e qualidade de vida.	Idéia central C2.1 - Albergue como apoio, moradia provisória e local para atender necessidades de saúde, protegendo as pessoas contra as condições de vida na rua.
Idéia central C1.2 - Limitações pessoais e sociais dos usuários dificultam a realização e expansão das ações individuais e coletivas de prevenção, educação e promoção da saúde e qualidade de vida desenvolvidas pelo albergue.	Idéia central C2.2 - Avaliação e readequação contínuas dos espaços físicos e programação do albergue, visando atender as diversas necessidades e demandas da população atendida, principalmente na área de saúde.

Idéia central C1.3 - Políticas públicas sociais pouco efetivas e falta de integração entre serviços, principalmente com os de saúde são limites para ação do albergue em relação à saúde e qualidade de vida.	Idéia central C2.3 - Avaliação e readequação contínuas da programação do albergue oferecendo alternativas de reinserção social e profissional.
Idéia central C1.4 - Deficiência de recursos materiais e humanos existentes no albergue e dificuldade em captar novos.	Idéia central C2.4 - Reforçar e ampliar parcerias com serviços públicos e privados e com organizações governamentais e não governamentais, como forma de efetivar o trabalho em rede e de captar recursos materiais e humanos, possibilitando investir em educação continuada dos usuários e funcionários.

Conclusões

O presente estudo foi realizado em um albergue da região central do Município de São Paulo, o qual atende diariamente cerca de 620 moradores de rua e/ou migrantes.

Foram sujeitos deste estudo 19 funcionários do albergue, chamados agentes sociais, que compunham as equipes administrativa (4 pessoas); técnica (3 pessoas) e de agentes educacionais (12 pessoas)

A partir de entrevistas realizadas foi possível traçar um perfil sócio-demográfico deste conjunto de funcionários, permitindo concluir que:

- o grupo era composto predominantemente por homens, pois 68% das pessoas eram do sexo masculino ;
- concentraram-se nas faixas etárias entre 40 e 60 anos, com 74% do total;
- bastante heterogêneo quanto à escolaridade,
- houve um certo equilíbrio entre funcionários novos e antigos no albergue, sendo uma característica comum a falta de experiência anterior neste tipo de atividade;
- os principais motivos alegados para trabalhar no albergue foram o fato de ter sido a oportunidade de emprego que surgiu quando encontravam-se desempregados, a afinidade ou interesse por trabalhar com público ou na área social, além da influência de familiares que já atuavam na área;

- as expectativas com relação ao trabalho desenvolvido no albergue seguiram duas linhas, uma delas voltada mais para as questões de revisão de estrutura física e organizacional do albergue, visando melhor atendimento dos usuários e investimento em educação continuada de funcionários e outra que envolvia uma dimensão de sonho, de utopia, ligada não só a estrutura e procedimentos internos do albergue, mas a mudanças mais amplas do sistema político, econômico e social do país que levassem ao fim da exclusão social e à extinção dos albergues.

Por seu lado a metodologia do discurso do sujeito coletivo, utilizada na análise dos depoimentos dos funcionários, possibilitou construir todo um quadro de representações dos agentes sociais sobre sua visão de saúde e qualidade de vida, sobre suas possibilidades e limites de ação no albergue em relação à promoção e educação em saúde e melhoria da qualidade de vida; assim como revelar as práticas que já vinham sendo desenvolvidas nessa direção.

As representações sobre saúde dos funcionários do albergue se traduziram em dois discursos, que se apoiaram nos dois grandes modelos vigentes sobre saúde na atualidade: o primeiro que considera saúde como ausência de doença; com visão biologista; e o segundo que vê a saúde como determinada por um conjunto de fatores biopsicossociais, tais como, aspectos biogenéticos, condições e estilo de vida .

Quanto ao que seria um albergue saudável identificou-se dois discursos antagônicos: o de que o Albergue do Glicério constitui-se num espaço saudável, por oferecer condições de proteção e promoção social e de saúde; e o de que ele não é um local saudável, devido a alguns aspectos estruturais e organizacionais, que reforçam a discriminação e exclusão das pessoas.

Também quanto à possibilidade do Albergue do Glicério ser um espaço promotor da saúde dos funcionários, constituíram-se dois discursos opostos: o de que ele contribui, pois proporciona satisfação pessoal e profissional, considerado como fator positivo para saúde e o de que não contribui, por não oferecer convênio médico e pela exposição dos funcionários à condições de trabalho insalubres.

Para as representações dos funcionários sobre qualidade de vida evidenciaram-se dois discursos: o de qualidade de vida como resultado das condições e estilo de vida e saúde; das relações interpessoais de afetividade; de integração social; da infra-estrutura social de acesso a serviços e o da capacidade de ter consciência de suas necessidades como ser humano, de ser solidário e engajar-se na luta para alcançá-las.

Quanto às percepções das possibilidades e limites de ação dos funcionários com relação à promoção da saúde e qualidade de vida dentro do albergue pode-se concluir, a partir dos discursos coletivos construídos, que apesar de todos os limites identificados, sejam aqueles ligados à estrutura física, organizacional e de serviços do albergue; à deficiência de recursos humanos e materiais; seja os que se referem à inexistência ou ineficácia de políticas sociais mais amplas, que dificultam uma atuação integrada dos vários serviços e organizações governamentais e não governamentais, assim como uma solução mais efetiva para a problemática da população de rua, seja a sensação de impotência que se apresenta muitas vezes no dia a dia do trabalho, esses profissionais não perderam a capacidade de indignar-se e de mobilizar-se para buscar e implementar novas propostas de trabalho. Os grupos de reflexão e vivência; as oficinas de artesanato; as cooperativas de trabalho; a criação de canais de participação para os usuários; a batalha para ampliar parcerias tanto na área da saúde; como da educação e trabalho; o investimento na educação continuada e valorização do papel de cada profissional apresentam-se como possibilidades de ampliar e fortalecer sua ação na conquista conjunta da auto-estima e autonomia das pessoas atendidas.

Quanto ao fato do albergue ser um espaço possível para Promoção da Saúde, considerando a observação do dia-a-dia e os discursos dos funcionários, esta autora acredita que as respostas a esta questão encerram contradições que expressam a própria realidade, isto é, não existem respostas definitivas e fechadas. Por um lado, o albergue, do ponto de vista da população de estudo, que coincide com o pensamento desta autora, é a única alternativa que grande parcela da população excluída das possibilidades de cidadania encontra, na cidade de São Paulo, para não perder completamente o sentido de “ser”. Ao se constituir num espaço onde as pessoas encontram apoio social e solidariedade, podendo construir novas maneiras de se relacionar e formar identidade de grupo, pode-se dizer que tem procurado promover saúde. Ao oferecer proteção contra as condições extremamente precárias de vida, proporcionando abrigo, banho, alimentação,

roupa, repouso, lazer, também pode ser considerado com um espaço promotor da saúde. Por outro lado, ao se prestar ao confinamento de mais de 500 pessoas, dificultando o ato de se conhecer e reforçando o anonimato presente nas ruas; ao se prestar a ser o local onde a sociedade “esconde” da vista dos demais, o resultado da sua opção política e econômica que exclui parcelas significativas da população do alcance aos direitos mais simples e, até, da possibilidade de existir, ele não tem sido, como revelam as falas dos agentes sociais que nele trabalham, um espaço de Promoção da Saúde.

Pensando na abertura que as conferências de Bogotá e Jacarta trouxeram, quanto à necessidade de transformar outros locais que não só aqueles onde tradicionalmente se prestam serviços de saúde, em espaços de Promoção da Saúde, e considerando todas as reflexões acima, o albergue representa um dos poucos espaços em que se podem combinar as estratégias da Assistência Social e Promoção da Saúde voltadas para o resgate de identidades individuais e coletivas positivas e para o desenvolvimento de ações que visem uma atuação autônoma, participativa e organizada desse grupos excluídos.

Referências

Alvarez AM de S. (1999) *A resiliência e o morar na rua – estudo com moradores de rua-crianças e adultos na cidade de São Paulo*. Dissertação de mestrado -Faculdade de Saúde Pública-USP, São Paulo.

Arouca AS da S. (1975) *O Dilema Preventivista: Contribuição para a compreensão e crítica da Medicina Preventiva*. Tese de doutoramento apresentada à UNICAMP, Campinas.

Bernardino MTSM. (2000) *Histórias Amargas de Ler*. In Lefèvre F *et al.* (org.), *O discurso do sujeito coletivo: uma nova abordagem metodológica em pesquisa qualitativa*. Caxias do Sul : EDUCS, págs.: 47-57.

Bertotto MS. (2000) *Prevenção do câncer: Por que sim, Por que não?* In Lefèvre F *et al.* (org.), *O discurso do sujeito coletivo: uma nova abordagem metodológica em pesquisa*. Caxias do Sul: EDUCS, págs.: 103-111.

Boltanski L. (1979) *As Classes Sociais e o Corpo*. Rio de Janeiro: Graal Ed.

Breslow MD. (1999) Da prevenção das doenças à Promoção da saúde. *Jamabril* 3(7): 2252-2261.

Bursztyn M.; organizador (2000) *No meio da rua: nômades, excluídos, viradores*. Rio de Janeiro: Garamond, págs.: 27-55.

Bursztyn M e Araújo CH. (1997) *Da utopia à exclusão: vivendo nas ruas em Brasília*. Rio de Janeiro: Garamond, Brasília: Codeplan.

Candeias, N. M. F. (1997) Conceitos de educação e promoção em saúde: mudanças individuais e mudanças organizacionais. *Rev Saúde Pública* 31 (2): 209-13 (São Paulo).

Castel R. (1997) As armadilhas da Exclusão. In Wanderley M B *et al.* (org.), *A desigualdade e a questão social*. São Paulo: Educ, págs.: 15-48.

Cutti D. (1997) Migrantes ou carentes? A trajetória da Associação de Voluntários pela Integração dos Migrantes – AVIM. *Travessia – revista do migrante*. X (29): 26-29.

Dobrioglo MRT. (2000) Descobrimo a gravidez. In Lefèvre F *et al.* (org.), *O discurso do sujeito coletivo: uma nova abordagem metodológica em pesquisa*. Caxias do Sul: EDUCS, págs.: 59-57.

Escorel S. (1994) Exclusão Social e Saúde. *Saúde em Debate* 43: 38-43.

Escorel S. (1999) *Vidas ao léu: trajetórias de exclusão social*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz.

Garcia RWD. (1997) Representações Sociais da Alimentação e Saúde e suas Repercussões no Comportamento Alimentar. *Physis* 7(2): 51-68.

Gentile M. (1999) Promoção da Saúde. *Promoção da Saúde* 1(1):9-11.

Gil AC. (1999) Métodos e técnicas de pesquisa social. São Paulo: Atlas.

Guareschi P A. (1999) Pressupostos psicossociais da exclusão: competitividade e culpabilização. In Sawaia BB (org.), *As artimanhas da exclusão social: análise psicossocial e ética da desigualdade social*. São Paulo: Vozes, págs.: 141- 156.

Gomez et al. (1993) “A Construção do sócio-ambiente insustentável”. Trabalho apresentado ao I Seminário Nacional Saúde e Meio Ambiente como contribuição para a discussão do tema, Rio de Janeiro, 1993.

Iervolino, S.A. (2000) “Escola Promotora da Saúde.- Um projeto de qualidade de vida”. Dissertação de Mestrado – Faculdade de Saúde Pública da USP, São Paulo 2000.

Joffe H. (1999) “Eu não”, “o meu grupo não”: Representações Sociais transculturais da AIDS. In Guareschi PA e Jovchelovicht (org.), *Textos em Representações Sociais*. Petrópolis: Vozes, págs.: 297-322.

Jovchelovicht S. (1999) Vivendo a vida com os outros: intersubjetividade, espaço público e representações sociais. In Guareschi PA e Jovchelovicht S (org.), *Textos em Representações Sociais*. Petrópolis: Vozes, págs.: 63 –85.

Kowarick L. (1975) *Capitalismo e marginalidade na América Latina*. Rio de Janeiro: Paz e Terra.

Kowarick L. (1979) *A espoliação urbana*. Rio de Janeiro: Paz e Terra.

Lefèvre F. (1991) *O medicamento como mercadoria simbólica*. São Paulo: Cortez Ed.

Lefèvre F., Lefèvre AMC., Teixeira JJV. (2000) *O discurso do sujeito coletivo: uma nova abordagem metodológica em pesquisa qualitativa*. São Paulo: EDUCS.

Lefèvre F. e Lefèvre AMC. (2000) DSC passo a passo [Cantinhos - Curso de Verão 2000 – Faculdade de Saúde Pública –USP, on line]. São Paulo (SP), 2000. Disponível em: <<http://www.fsp.usp.br/quali-saude/dscpassoapasso.html>> [fecha de consulta: 23/07/2000].

Lopes RG da C. (1999) *As interpretações sociais da saúde na velhice, refletidas no uso do medicamento*. Tese de doutorado apresentada à Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

Loyola MA. (1984) *Médicos e Curandeiros*. São Paulo: DIFEL.

Martins J de S. (1997) *Exclusão social e a nova desigualdade*. São Paulo; Paulus, Coleção tema da atualidade.

Mendoza M del C C e Soto ECJ. (2000) Promoción de la salud, siete tesis del debate. *Cuadernos Medico Sociales* 79: 59-69.

Minayo MC de S. (1999a) *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo – Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco.

Minayo MC d S. (1999b) O conceito de representações sociais dentro da sociologia clássica. In Guareschi PA e Jovichelovicht S (org.), *Textos em Representações Sociais*. Petrópolis: Vozes, págs.: 89 –111.

Resolução nº 207, de 16/12/1998: dispõe sobre a Política Nacional de Assistência Social - PNAS e Norma Operacional Básica da Assistência Social - NOB2. Ministério da Previdência e Assistência Social.. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, suplemento ao n.º 72, p. 1, p15 Brasília: 16/04/1999, Seção.

Ministério da Saúde (1996) *Promoção de Saúde: Carta de Ottawa, Declaração de Adelaide, Sundswal e Santa Fé de Bogotá*. Brasília (DF); (originais publicados pela Organização Mundial de Saúde).

Moreira AP e Moriya TM. (2000) Aspectos psicossociais da epilepsia e da aids: representações sociais intergrupos. In Moreira AP e Oliveira DC (org.), *Estudos Interdisciplinares de Representação Social*. Goiânia: AB, págs.: 205-214.

Moscovici S. (1999) Prefácio. In Guareschi PA e Jovchelovicht S. (org.), *Textos em Representações Sociais*. Petrópolis: Vozes, págs.: 7-16.

Nasser ACA. (1997) A vida dos homens da noite na cidade grande. *Travessia – revista do migrante* X (29): 5-11.

Paugam S. (1999) O enfraquecimento e a ruptura dos vínculos sociais – uma dimensão essencial do processo de desqualificação social. In Sawaia BB (org.), *As artimanhas da exclusão social: análise psicossocial e ética da desigualdade social*. São Paulo, Vozes, págs.: 67-86.

Pelicioni MCF. (1995) *Qualidade de vida de mulheres trabalhadoras das creches conveniadas do bairro da Bela Vista do Município de São Paulo*. Tese de doutorado – Faculdade de Saúde Pública da USP, São Paulo.

Pereira MAC. (1997) *A população de rua, as políticas assistenciais e os direitos de cidadania – uma equação possível?* Tese de mestrado – Serviço Social – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.

Prefeitura do Município de São Paulo. Secretaria Municipal da Família e Bem-Estar Social (1999) *Contagem da População de rua no Município de São Paulo e perfil dos usuários em albergues municipais*. São Paulo.

Prefeitura do Município de São Paulo. Secretaria da Assistência Social –SAS. Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas – FIPE (2000). *Caracterização sócio-econômica dos moradores de rua da cidade de São Paulo*, vol. 1, São Paulo.

Rangel MC. Migrantes da Casa de Passagem de Presidente Prudente. *Travessia – revista do migrante*. X (29): 17-24.

Sawaia BB; organizador (1999) *As artimanhas da exclusão social: análise psicossocial e ética da desigualdade social*. São Paulo, Vozes.

Comunicado 034/SAS/GABINETE de 26 de maio de 2000: apresenta Relatório Executivo sobre Censo dos moradores de rua da cidade de São Paulo, 2000, realizado pela Secretaria de Assistência Social-SAS/Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas –FIPE. Secretaria da Assistência Social. *Diário Oficial do Município*, 45(100), p. 67, São Paulo: 30/05/2000.

Schulze CMN. (1995) As representações sociais de pacientes portadores de câncer. In Spink MJ (org.), *O conhecimento no cotidiano: as representações sociais na perspectiva da psicologia social*. São Paulo: Brasiliense, págs.: 266-278.

Silva LA de. (2000) “Cartografia da atenção à saúde da população de rua na cidade de São Paulo – um estudo exploratório”. Dissertação de mestrado – Serviço Social – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo 2000.

Silveira C. (1999) *O significado da prática profissional e do ensino em unidade básica de saúde: um estudo da cultura organizacional no Centro de Saúde- Escola Barra Funda*. Tese de doutorado apresentada à Faculdade de Saúde Pública da USP, São Paulo.

Souza PA de. (1995) Outro Prólogo. In Rosa C.M.M.(org.), *População de Rua: Brasil e Canadá*. São Paulo: Hucitec, págs.: 11-12.

Souza Filho EA de. (2000) Dois estudos sobre representações de práticas sexuais/afetivas no contexto da aids no Rio de Janeiro. In Moreira AP e Oliveira DC (org.), *Estudos Interdisciplinares de Representação Social*. Goiânia: AB, págs.: 215-236.

Sposati A. (1999) Exclusão social abaixo da linha do Equador. In Vêras MPB (ed.), *Por uma sociologia da exclusão social : o debate com Serge Paugam*. São Paulo: EDUC, págs.: 126-138.

Teixeira JJV. (2000) A prescrição medicamentosa sob a ótica do idoso. In Lefèvre F. *et al.* (org.), *O discurso do sujeito coletivo: uma nova abordagem metodológica em pesquisa qualitativa*. Caxias do Sul: EDUCS, págs.: 89 -101.

Trindade ZA. (2000) Em busca da maternidade: dilema reprodutivo de mulheres inférteis. In Moreira AP e Oliveira DC (org.) *Estudos Interdisciplinares de Representação Social*. Goiânia: AB, págs.: 191-203.

Valla VV. (1999) Educação Popular, saúde comunitária e apoio social numa conjuntura de globalização. *Cad. Saúde Pública* 15(2): 7-14.

Vieira MA. *et al.* (1992) *População de rua: Quem é, como vive, como é vista*. São Paulo: Hucitec, p.17 -23, 47-51, 62-96,123-147.

Wallerstein N. (1992) Powerlessness, empowerment and health: implications for health promotion programs. *Am. J. Health Promotion*, 21: 197-205.

Westphal M F (2000) Participação e Cidadania na Promoção da Saúde. In *Anais do 6º Congresso Paulista de Saúde Pública*; 1999 out 17-20; São Paulo, Brasil. São Paulo: Associação Paulista de Saúde Pública; 2000. P.287-295.