

MULHERES EM SITUAÇÃO DE RUA: PRÁTICAS DE CUIDADOS EM SAÚDE

Marluce Rufino Sousa¹; Lorena Cardoso Mangabeira Campos²; Jeane Freitas de Oliveira³; Josias Alves de Oliveira⁴; Dejeane de Oliveira Silva⁵

¹ Aluna especial no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGENF/UFBA) - mari_luza2@yahoo.com.br

² Mestranda no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGENF/UFBA). Enfermeira no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas Gregório de Matos (CAPSad-GM) - lorenacmc@hotmail.com

³ Professora Adjunta da Escola de Enfermagem (UFBA) - jeane.foliveira@outlook.com

⁴ Aluno especial no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGENF/UFBA). Enfermeiro do Complexo Penitenciário do Estado da Bahia - josiasoliveira88@hotmail.com

⁵ Doutoranda no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGENF/UFBA). Professora Assistente da Universidade Estadual de Santa Cruz (UESC) - dejeanebarros@yahoo.com.br

Resumo

O cuidado em saúde pode ser considerado como uma construção cotidiana, permeado por questões de ordem social, cultural e de gênero e com íntima relação com o contexto no qual a pessoa está inserida. Este trabalho tem como objetivo descrever o cuidado em saúde adotado por mulheres em situação de rua. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, desenvolvida com 46 mulheres em situação de rua abrigadas em duas Unidades de Acolhimento Institucional (UAI) em Salvador-Ba, no período de maio a agosto de 2016. Os dados apresentados são resultantes da análise de conteúdo de entrevista semiestruturada, organizados numa categoria empírica denominada: Estratégias e ações para o autocuidado de mulheres em situação de rua, composta por quatro subcategorias. Para as mulheres em situação de rua, a higiene pessoal, alimentação são conquistas cotidianas consideradas importantes para manutenção e/ou recuperação da saúde. A reprodução de informações socialmente divulgadas sobre prevenção para questões sexuais/reprodutivas e a busca por serviços de saúde foram mencionadas. Na rua, o relacionamento com o sexo oposto constitui uma medida de proteção para as mulheres com base na construção social e cultural do homem como forte/protetor. Conclui-se que no contexto de rua as mulheres tendem a reproduzir cuidados do modelo higienista de saúde e enfrentar violações de direitos caracterizadas por condições sociais impostas, pelas inter-relações e questões de gênero. Novas pesquisas devem ser desenvolvidas com a temática no sentido de explorar especificidades sobre a saúde das mulheres em situação de rua.

Palavras-chave: Cuidado, Mulheres, Situação de Rua, Saúde, Gênero.

Introdução

O cuidado é um objeto subjetivo, complexo com diversos significados e sentidos. Na saúde, o cuidado pode ser normatizado por questões de ordem técnicas e institucionais pautado na atuação profissional visando à cura de doenças. Nesse sentido, o cuidado tem duas dimensões distintas, porém interligadas: a dimensão objetiva que aborda as questões pautadas nas práticas técnicas e instrumentais, nas quais os profissionais da saúde assumem as ações de cuidado, e a (inter)subjetiva que traz a dimensão aberta e de responsabilidades dos seres humanos, onde os mesmos adotam seu cuidado de acordo com a sua realidade (AYRES, 2004). Nesse sentido, o cuidado em saúde pode

ser compreendido como uma construção cotidiana, permeado por questões de ordem social, cultural e de gênero, com íntima relação com o contexto no qual a pessoa está inserida (BUSTAMANTE, MCCALLUM, 2014). Essa perspectiva, entretanto, ainda é pouco considerada nas práticas de cuidados em saúde, podendo gerar conflitos entre profissionais e clientes.

Partindo do pressuposto do cuidado como uma ação inerente ao ser humano e uma construção cotidiana surgiu o interesse em investigar o cuidado em saúde de pessoas em situação de rua (PSR) e, mais especificamente de mulheres em situação de rua. De acordo com o decreto de nº 7.053/2009, as pessoas em situação de rua são alijadas dos direitos básicos e fundamentais assegurados constitucionalmente como o direito à saúde, moradia, alimentação, trabalho, educação (BRASIL, 2009). Figuras como vítimas cotidianas do preconceito social, da violência e da discriminação relacionadas, sobretudo, a raça/cor, etnia, idade, gênero, religião, orientação sexual e identidade de gênero (RODRIGUES; MIRANDA, 2011).

A escolha pelo cuidado em saúde de pessoas em situação de rua está embasada na possibilidade de ampliação do olhar sobre este grupo populacional, visando inclusão e/ou implementação de discussão na formação de Enfermeira (o)s e outros profissionais de saúde. Trata-se de um objeto complexo que requer reflexão e reformulação de preconceitos, estereótipos e estigmas acerca da pessoa em situação de rua, sobretudo quando se trata de pessoas do gênero feminino. Nesse contexto, este trabalho tem como objetivo descrever o cuidado em saúde adotado por mulheres em situação de rua.

Metodologia

Os dados apresentados constituem parte de uma pesquisa maior que subsidiou dados de duas dissertações de mestrado em Enfermagem. Trata-se de uma pesquisa de caráter exploratório e abordagem qualitativa. Essa abordagem mostrou-se adequada ao objeto de investigação e permitiu a uma liberdade de pensamento por parte das participantes, devido à interação ente pesquisadoras e participantes.

A pesquisa foi desenvolvida no município de Salvador- Bahia, em duas Unidades de Acolhimento Institucional (UAI) para PSR, ambas localizados no distrito sanitário (DS) de Itapuã, administrado pela Secretaria Municipal de Promoção Social, Esportes e Combate à Pobreza.

Participaram da pesquisa, 46 mulheres que estavam abrigadas nas referidas UAI, no período compreendido entre maio a agosto de 2016 e atendiam os seguintes critérios de inclusão: ter idade

igual ou superior a 18 anos no momento da coleta de dados; participar das atividades educacionais, recreativas, de assistência social e à saúde propostas; aparentar orientação de tempo e espaço. Não foram investigadas as pessoas que no momento da coleta de dados aparentavam alteração no nível mental a ponto de não interagir com a pesquisadora e responder os instrumentos selecionados para coleta de dados.

Para produção de dados foi utilizada a entrevista semiestruturada composta por dois blocos de informações que abordavam características sociodemográficas da participante e do objeto investigado. A entrevista foi aplicada individualmente, em local o mais reservado possível nas UAI, em dia e horário combinado com cada participante e, teve duração média de 25 minutos. O conteúdo das entrevistas foi transcrito na íntegra e organizado para análise conforme as etapas da análise de conteúdo adaptada por Coutinho (2011). Segundo a referida autora, esse tipo de análise como uma técnica objetiva e sistemática é usada para tratar os dados visando compreender os significados das mensagens. Para tanto requer leitura e releitura de todo material buscando identificar pontos de convergências e divergências nas informações fornecidas para agrupamento e organização de categorias e subcategorias. Nesse processo, para esse trabalho foi organizada uma categoria empírica com quatro subcategorias que será apresentada nos resultados.

Em atenção à Resolução 466/12 (BRASIL, 2012) do Conselho Nacional de Saúde, que estabelece diretrizes e normas regulamentares sobre pesquisas que implicam a obtenção de informações a respeito de seres humanos, todos os procedimentos éticos foram respeitados. Atendendo ao princípio de anonimato, as participantes foram identificadas pela letra “P” seguida da ordem de entrevista e idade.

Resultados e Discussão

O grupo investigado, composto por mulheres em situação de rua, apresentou idade entre 21 e 64 anos, com tempo em situação de rua variando entre um mês a 28 anos, raça negra, em união estável, protestantes praticantes e procedentes de Salvador. A variação de idade e tempo de vida em situação de rua evidencia que essa é uma problemática constante, vivenciada por pessoas de diferentes idades, predominante para pessoas da raça/cor negra, ou seja, é um problema fruto de desigualdades sociais e econômicas. Vale ressaltar que embora as pessoas investigadas sejam do gênero feminino, a maioria das pessoas em situação de rua são do gênero masculino. A predominância de mulheres nesse trabalho se justifica pela escolha das unidades de acolhimento, as

quais são direcionadas para atenção a mulheres e/ou famílias. Essa característica é fruto das políticas públicas elaboradas para assistência a pessoas em situação de rua, a qual de alguma forma baseia-se na ideia de que a rua não é lugar adequado para mulher, pela fragilidade que lhe é imposta, resultante de construção social e cultural historicamente construída.

No que tange as atividades remuneradas, observou-se predominância de atividades informais, tais como: vendedoras ambulantes, guardadoras de carro e artesãs. A renda mensal variou entre 30 e 100 reais, sendo complementada por programas governamentais como Bolsa Família e Primeiro passo. Estas características sociodemográficas também revelam desigualdades sociais impostas pelas relações de poder inerentes ao convívio humano.

Estratégias e ações para o autocuidado de mulheres em situação de rua

A categoria empírica resultante da análise de conteúdo das entrevistas foi composta por quatro subcategorias que expressam ações de higiene, de proteção contra situações de violência; questões de ordem sexual e reprodutiva e a busca por serviços de saúde.

A primeira subcategoria reuniu informações que evidenciam a preocupação das mulheres com questões relativas á alimentação, higiene corporal, sono e abrigo. Atender essas necessidades humanas básicas constituem um desafio diário para as entrevistadas. Elas compartilham a ideia de que a alimentação é fundamental para manter a saúde, entretanto, ter pelos menos uma alimentação no contexto da rua é um desafio. Sua conquista depende da doação de outras pessoas e/ou instituições, conforme mostram trechos de entrevistas:

“Quando eu acordava de manhã, já tinha uma padaria onde eu dormia, que me dava todo dia meu café e tinha um restaurante que todas três horas eu ia pegar meu almoço” (P23, 27 anos).

“Eu cuido da minha saúde da melhor maneira possível mesmo catando minhas latinhas, tento comer bem, tento me alimentar” (P2, 41 anos).

As participantes revelaram preocupação em realizar os cuidados com a higiene corporal, dentre elas o banho e a escovação dos dentes. Para tanto, disseram adotar diversas formas, como mostram as falas a seguir:

“Para tomar um banho, que era dois reais, a gente pagava. Eu ia pra casa dos “brancos”, tomava banho, eles me davam o lençol, a roupa, compravam um creme de cabelo, desodorante, escova e pasta. Tenho meu sabonete” (P18, 28 anos).

“Têm locais que tem água, como praias, chuveiro de praia e ai a gente toma banho. Têm locais que a gente encontra pessoas que convidam a gente pra ir lá tomar um banho” (P1,28 anos).

Essas ações das participantes parece pautadas na concepção socialmente compartilhada de que a falta de higiene pode levar ao surgimento de doenças. Souza e Jacobina (2005) referem que a higiene corporal tem sido historicamente trazida como fator considerável na manutenção da saúde e prevenção de doenças. No contexto da rua, a falta de higiene corporal pode se constituir num elemento de exclusão social.

A segunda subcategoria mostra ações das entrevistadas no sentido de proteger-se de situações de violência no contexto da rua. As informações apreendidas evidenciam que o contexto da rua é marcado por situações de violência, sobretudo para as mulheres. Qualquer forma de violência é um agravo para saúde. Logo, as participantes buscam manter parcerias e/ou relacionamento com pessoas do sexo oposto e abrigo em instituições públicas e/ou em locais afastados e fechados como medidas de cuidado, consoante excertos das entrevistas:

“(…) a gente dormia nas praças, mas dava medo de apanhar, de fazerem maldade, e até os guardas diziam que alguém podia fazer alguma coisa com a gente” (P18, 28 anos).

“Morei num brega. Eu era menor de idade. Trabalhava na cozinha e, às vezes, servia como garçoneiro, para não ficar na rua (…)” (P10, 40 anos).

“É difícil ser mulher na rua sozinha, porque passa meio mundo de coisa, por isso você tem sempre que se apegar com alguém que seja parceiro, se não nego se aproveita” (P2, 41 anos).

A busca pelo abrigo se constitui uma ação para atender várias demandas, tais como: prevenir-se da ação de elementos da natureza como chuvas e ventos, de atos de violência praticados por pessoas que moram e que não moram na rua, de atender as demandas de sono e repouso manifestadas pelo corpo físico. Deste modo, os achados podem ser associados à teoria de Maslow a qual refere o abrigo como uma necessidade social que abarca as necessidades fisiológicas e necessidades de segurança (MASLOW, 1908-1970).

A Assistência Social, assim como a saúde, é direito do cidadão e ocupa-se de prover proteção à vida, reduzir danos, monitorar populações em risco e prevenir a incidência de agravos à vida em face das situações de vulnerabilidade, conforme a Política Nacional de Assistência Social - PNAS (BRASIL, PNAS, 2004). Nesse sentido, o serviço de acolhimento institucional deve funcionar em unidade inserida na comunidade com características residenciais, ambiente acolhedor e estrutura física adequada, visando acolher e garantir proteção integral à população que vive em situação de vulnerabilidade social decorrente da pobreza, privação (ausência de renda, precário ou nulo acesso aos serviços públicos, dentre outros) e/ou fragilização de vínculos afetivo-relacionais e de pertencimento social (discriminações etárias, étnicas, de gênero, etc.); oferecendo condições de habitabilidade, higiene, salubridade, segurança, acessibilidade e privacidade (BRASIL, PNAS, 2004).

A parceria com o sexo masculino mostrou-se como uma estratégia de autoproteção, tendo em vista que essa aliança permite à mulher um status entre a população de rua, e dependendo do parceiro esse status lhe promove segurança. Essa ação tem raízes em construções sociais e culturais históricas que estabelecem um padrão de conduta para pessoas de distintos sexos e nesta concepção, os homens são considerados fortes, protetores e provedores (OLIVEIRA; PAIVA, 2007).

Em contrapartida esse parceiro pode lhe trazer riscos à saúde psíquica, pois há uma submissão em troca dessa proteção. Ademais, esse parceiro pode em algum momento torna-se o agressor. Segundo d'OLIVEIRA; SCHRAIBER (2005), no Brasil, compõem-se, em sua maioria, de casos de violência doméstica, sendo geralmente realizados pelo homem contra suas parceiras.

A violência contra as mulheres são atos violentos cometidos, primariamente ou exclusivamente, contra mulheres, por razões de gênero. Em 2015, o governo brasileiro divulgou um estudo revelando que a cada sete minutos uma mulher é vítima de violência doméstica no Brasil e que uma a cada quatro mulheres relata ter sido vítima de violência psicológica ou física (BRASIL, 2015). Embora exista, em nosso país, a Lei Federal nº 11.340, criada em 7 de agosto de 2006, conhecida como Lei Maria da Penha, a qual previne à violência doméstica e familiar contra a mulher (BRASIL, 2006), em 2013, último ano com dados disponíveis, 4.762 mulheres foram vítimas de homicídio. Dentre esses, 1.583 dessas mulheres foram mortas pelo parceiro ou ex-parceiro, o que representa 33,2% do total de homicídios femininos, isso equivale a aproximadamente quatro feminicídios diários nesse ano (BRASIL, 2015).

A terceira subcategoria evidenciou a preocupação com questões de ordem sexual e reprodutiva. As entrevistadas revelaram utilizar medidas amplamente divulgadas pela mídia e por

profissionais de saúde, a exemplo do uso de preservativo e contraceptivo como medidas para evitar gravidez e/ou o contágio de doenças sexualmente transmissíveis, conforme mostrado em trechos das entrevistas a seguir:

“Eu só transo com preservativo porque assim não pego doenças” (P2, 41 anos).

“Eu estava na rua, mas estava fazendo meus exames, tomando minha injeção pra evitar filho. Se cuidando! Fazendo o preventivo todo mês” (P1, 25 anos).

O uso do preservativo, como medida de prevenção para gravidez e Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), é amplamente divulgado na mídia e nos serviços de saúde, contudo de acordo com dados de inquérito de âmbito nacional realizado em 2008, com 8.000 indivíduos sexualmente ativo de 15 a 64 anos de idade, foi de 25,5% nas relações sexuais dos últimos 12 meses (BRASIL, 2013). Segundo Francisco et al (2016), em estudo realizado com pessoas em situação de rua, 32,1% mulheres participantes informaram usar eventualmente o preservativo; 24,1% referiram nunca usar preservativo durante o ato sexual, justificando que o preservativo provoca incômodo.

Segundo Grangeiro et al, (2012), com base em dados de estudos realizados em diversas cidades do mundo, a prevalência do HIV entre moradores de rua é significativamente maior do que na população em geral. De acordo com os referidos autores, num estudo transversal com amostra não probabilística de 1.405 moradores de rua, maiores de 18 anos, realizado em São Paulo, entre outubro de 2006 e março de 2007, a prevalência do HIV foi de 4,9% (17,4% dos quais apresentaram também sorologia positiva para sífilis). As mulheres apresentam uma taxa de infecção significativa, relacionado à prática da não utilização do preservativo bem como a associação com o uso de substâncias psicoativas e a multiplicidade de parceiros. Estes dados revelam que a prática de sexo desprotegido, potencializa a exposição das pessoas envolvidas às infecções, requerendo outras práticas de cuidado em saúde.

A busca por serviços de saúde como uma medida de cuidado á saúde constitui a quarta subcategoria. De acordo com as entrevistadas, o cuidado com a saúde requer, em alguns momentos, o auxílio de um profissional em serviços de saúde:

“Eu procuro um Centro Pop pra pedir, um posto de saúde, logo quando sinto alguma dor que não é normal” (P13, 28 anos).

“Para me cuidar da minha saúde na rua, de precisar de sistema de saúde, é muito complicado, na minha situação de asma, é muito difícil conseguir um atendimento, as meninas andando de um lado para o outro para ver se conseguem alguma consulta.

Deveria ter alguma prioridade e o pessoal que está nessa situação que não tem endereço fixo, acho que falta acolhimento do setor da saúde” (P1, 28 anos).

A busca por serviços de saúde, embora seja considerada pelas participantes como uma ação necessária para o cuidado à saúde, não se constitui numa prática corriqueira para elas por conta de questões burocráticas, como falta de documentação e comprovante de endereço fixo. Existem, também, embates quanto ao acesso, pois há uma exclusão dessas mulheres por parte dos profissionais, sobretudo por estarem no contexto da rua. Desta forma elas adotam medidas culturalmente difundidas para o cuidado em saúde e, o acesso aos serviços de saúde se dá geralmente por intermédio de instituições de apoio e acolhimento a pessoas em situação de rua.

De acordo com o relatório da Organização Mundial de Saúde (OMS, 2009) a saúde de diversas mulheres está sendo afetada pela forma como são tratadas e o status que a sociedade lhe concede. Destaca-se, sobretudo, o fato de que, nos locais onde ocorre maior discriminação também ocorrem menor assistência, prejudicando deste modo, as condições de saúde. E esses achados são reflexos das condições sociais em que essas mulheres vivem e das demandas que as mesmas trazem que não são assistidas como deveriam, causando um impacto na vida das participantes da pesquisa, sobretudo no seu estado de saúde psicossocial.

É importante destacar que o cuidado adotado por essas mulheres é diferenciado do cuidado institucional, pois há uma adaptação as condições sociais, culturais e cotidianas enfrentadas diariamente. Não há uma rotina estabelecida, nem uma obrigatoriedade nessas ações de cuidado. Os resultados apresentados evidenciam o cuidado como uma atitude ontológica com ações construídas cotidianamente (ANÉAS; AYRES, 2011).

Os dados sinalizam que as mulheres em situação de rua adotam práticas para o autocuidado, porém de forma fragilizada pelas dificuldades encontradas na vivência da rua. Ressalta-se a importância de programas que contribuam para melhorar as condições de vida e saúde de pessoas que vivem na rua.

É dever do Estado, garantir o cuidado a saúde dessas mulheres. Nessa perspectiva o Decreto Presidencial nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009 foi criado para acolher essas mulheres em situação de rua. O Ministério da Saúde traz que esse decreto institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e a criação do Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento da referida Política Nacional (BRASIL, 2014).

A política está pautada nos princípios do Sistema Único de Saúde, visando universalidade, e equidade com enfoque na humanização, no respeito à pessoa sem distinção de classe, raça,

nacionalidade, gênero e religião, contemplando também a pessoa com necessidades especiais, tendo na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) a sua principal estratégia de acolhimento de mulheres em geral. Para garantir a continuidade da assistência foram criados também os Consultórios de rua, os Centros de Apoio Psicossocial (CAPS), e os atrelou a Rede de Cuidados à Saúde para interligarem esses serviços a Unidade Básica de Saúde (BRASIL, 2014).

Apesar de a Política garantir direitos à saúde dessas pessoas, atender as demandas trazidas por elas ainda se configura como desafio, pois não há uma assistência que supra totalmente essas necessidades. Por isso, a descrição dos cuidados em saúde adotados por mulheres em situação de rua traz elementos que podem auxiliar as ações de saúde voltadas para esse segmento populacional.

Conclusões

Embora o número de participantes seja limitado para representar o quantitativo de mulheres que vivem em situação de rua, os resultados permitiram compreender aspectos relacionados aos cuidados em saúde adotados pelas participantes no contexto das ruas, no qual estavam imersas com tempo de permanência bastante variado. Os cuidados de saúde adotados pelas participantes estão pautados em ideias e construções socioculturais historicamente compartilhadas tendo como foco a higiene, redução de parceiros sexuais e parceria com pessoa do sexo oposto, como uma medida de proteção da violência no contexto de rua.

Os dados confirmam a concepção de cuidado como uma construção cotidiana atrelada ao contexto no qual a pessoa está inserida, sem necessariamente desprezar conhecimentos, valores, hábitos sociais e culturais apreendidos ao longo da vida e repassados por gerações. As ações de cuidado adotadas pelos grupos e/ou pessoas devem ser apreciadas pelos profissionais de saúde nos mais distintos níveis de atenção.

Recomenda-se novos estudos com este grupo populacional no sentido de identificar especificidades de cuidado de mulheres que vivem em situação de rua e que subsidiem a implementação das ações de acolhimento e assistência integral e equânime, preconizadas pelo SUS.

Referências

ANÉAS, Tatiana Vasconcelos; AYRES, José Ricardo Carvalho Mesquita. *Significados e sentidos das práticas de saúde: a ontologia fundamental e a reconstrução do cuidado em saúde*. Interface - Comunicação, Saúde,

Educação. vol. 15, n.38, p.651-62, jul./set 2011. Disponível em:
www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832011000300003. Acesso em: 13 ago 2017.

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Cuidado e reconstrução das práticas de Saúde. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 8, n. 14, p. 73-92, Feb. 2004. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832004000100005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08 ago. 2017.

BRASIL. Decreto nº 7.053 de 23 de dezembro de 2009. Presidência da República Casa Civil Subchefia para Assuntos Jurídicos. Brasília, 2009, p. 05. Disponível em: <http://www.planalto7.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2009/Decreto/D7053.htm>. Acesso em: 18 ago. 2017.

BRASIL. Lei Federal nº 11.340 de 07 de agosto de 2006. Presidência da República Casa Civil Subchefia para Assuntos Jurídicos. Brasília, 2006. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111340.htm>. Acesso em: 18 ago. 2017.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Política Nacional de Assistência Social. Brasília, 2004.

BRASIL. Ministério da Justiça. Secretaria de Assuntos Legislativos Violências contra a mulher e as práticas institucionais. Ministério da Justiça, Secretaria de Assuntos Legislativos. Brasília: Ministério da Justiça, 2015.

BRASIL. *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes*. Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde [online]. Brasília 2014.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Pesquisa de conhecimento, atitudes e práticas na população brasileira. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 126 p.

BUSTAMANTE, Vania; MCCALLUM, Cecília. *Cuidado e construção social da pessoa: contribuições para uma teoria geral*. Physis Revista de Saúde Coletiva [online], Rio de Janeiro, vol. 24, n. 3, p. 673-692, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312014000300673&script=sci...tln>>. Acesso em: 18 ago. 2017.

COUTINHO, L. P. M. Métodos de pesquisa em Psicologia Social: perspectivas qualitativas e quantitativas. Editora Universitária- UFPB: 2011.

FRANCISCO, Márcio Tadeu Ribeiro et al . O uso do preservativo entre os participantes do Carnaval - perspectiva de gênero. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 106-113, Mar. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452016000100106&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 06 ago. 2017.

GRANGEIRO, Alexandre et al. Prevalência e vulnerabilidade à infecção pelo HIV de moradores de rua em São Paulo, SP. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, n. 4, p. 674-684, Aug. 2012.

Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102012000400012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08 ago. 2017.

MASLOW, Abraham. A teoria das necessidades. Universidad Rafael Urdaneta. EDITORA GALAC. 1908-1970.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Mulheres e saúde: evidências de hoje agenda de amanhã*. Brasília, 2009. Disponível em: <http://www.who.int/ageing/mulheres_saude.pdf>. Acesso em: 08 ago. 2017.

OLIVEIRA, Jeane Freitas; PAIVA, Mirian Santos. *Vulnerabilidade de mulheres usuárias de drogas ao HIV/AIDS em uma perspectiva de gênero*. Escola Anna Nery [online], Rio de Janeiro, vol.11 n.4, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-452007000400011>. Acesso em: 08 ago. 2017.

d'OLIVEIRA, Ana Flávia Pires Lucas; SCHRAIBER, Lilia Blima. Violence against women in Brazil: overview, gaps and challenges. Organized by: UN Division for the Advancement of Women in collaboration with: Economic Commission for Europe (ECE) and World Health Organization (WHO) 11 ã 14 April, 2005 Geneva, Switzerland. Disponível em: <http://www.un.org/womenwatch/daw/egm/vaw-stat-2005/docs/expert-papers/d_Oliveira.pdf>. Acesso em: 08 ago. 2017.

RODRIGUES, Eva dos Santos; MIRANDA, Fabiana Almeida. *Atuação Extrajudicial da Defensoria Pública do Estado da Bahia em favor da População em Situação de Rua*. X Congresso Nacional de Defensores Públicos Salvador, 2011. Disponível em: <https://www.anadep.org.br/wtksite/cms/conteudo/20642/Fabiana_Mirand.Eva_Rodrigues.pdf>. Acesso em: 08 ago. 2017.

SOUZA, Isabela Pilar Moraes Alves; JACOBINA, Ronaldo Ribeiro. *Educação em saúde e suas versões na história brasileira*. Revista Baiana de Saúde Pública, vol. 33, n.4, p.618-627, 2009. Disponível em: <http://www.inseer.ibict.br/rbsp/index.php/rbsp/article/view/293/pdf_106>. Acesso em: 08 ago. 2017.