REDE NORDESTE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA – RENASF

UNIVERSIDADE ESTADUAL VALE DO ACARAÚ – UVA

MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

Sandra Maria Carneiro Flôr

HISTÓRIAS DE VIDA DE PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA: ESTUDO SOBRE AS VULNERABILIDADES EM SAÚDE

SOBRAL - CEARÁ

2022

Sandra Maria Carneiro Flôr

HISTÓRIAS DE VIDA DE PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA: ESTUDO SOBRE AS VULNERABILIDADES EM SAÚDE

Dissertação de mestrado apresentada à banca defesa do Mestrado Profissional em Saúde da Família, da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (RENASF), da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA).

Orientadora: Profa. Dra. Cibelly Aliny Siqueira Lima Freitas

Área de Concentração: Saúde da Família

Linha de Pesquisa: Atenção e Gestãodo Cuidado em Saúde.

SOBRAL – CEARÁ

2022

Sandra Maria Carneiro Flôr

HISTÓRIAS DE VIDA DE PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA: ESTUDO SOBRE AS VULNERABILIDADES EM SAÚDE

Dissertação de Mestrado apresentada ao Mestrado Profissional em Saúde da Família da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA) da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (RENASF).

Banca Examinadora:

Cibelly Aliny Siqueira Lima Freitas

Profa. Dra. Cibelly Aliny Siqueira Lima Freitas
Universidade Estadual do Vale do Acaraú – UVA (Presidente/Orientadora)

Profa. Dra. Maria Adelane Monteiro da Silva
Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA)

Roberta Lira

Profa. Dra. Roberta Cavalcante Muniz Lira
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Aprovado em: 30 de novembro de 2022
Sobral – CE

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

Universidade Estadual Vale do Acaraú

Sistema de Bibliotecas

Flôr , Sandra Maria Carneiro
Histórias de vida de pessoas em situação de rua: estudo sobre vulnerabilidades em saúde [recurso eletrônico] / Sandra Maria Carneiro Flôr . -- Sobral, 2022.
1 CD-ROM: il. ; 4 $^{3}/_{4}$ pol.

CD-ROM contendo o arquivo no formato pdf do trabalho acadêmico com 93 folhas.
Orientação: Prof.ª Ph.D. Cibelly Aliny Siqueira Lima Freitas .

Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família) - Universidade Estadual Vale do Acaraú / Centro de Ciências da Saúde

1. História de vida. 2. Pessoas em situação de rua. 3. Vulnerabilidade em saúde . I. Título.

Aos meus pais *in memoriam*, Maria da Soledade Carneiro e José Judá Carneiro, que sempre me apoiaram nas conquistas diárias e com certeza estariam muito orgulhosos e felizes por mais essa grande conquista em minha vida.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, a Deus que esteve sempre do meu lado nos momentos que pensei que eu não ia conseguir.

A minha família, por todo apoio e suporte nessa caminhada para realização de um sonho que é ser “Mestre”. Jamais teria conseguido sozinha, pois conciliar sermãe, esposa, gerente de um serviço de saúde e estudante não foi fácil.

A minha amada orientadora, Cibelly Aliny Siqueira Lima Freitas, por ter me incentivado a participar da seleção do mestrado, ter me escolhido como orientandae por toda generosidade, partilha, apoio nesse processo de construção do trabalho e,ainda, por me fazer acreditar nas minhas potencialidades, minha eterna gratidão a você.

Aos membros da banca examinadora, pela leitura atenta e pelas ricas contribuições.

À amiga Juliana Torres que esteve do meu lado, ajudando na formatação do trabalho.

A minha turma do mestrado e aos professores pelos momentos de partilha, aprendizados e amizade.

A todos que fazem o Centro POP de Sobral, que acreditaram no potencial deste estudo e me deram suporte durante os encontros com os sujeitos da pesquisa.

Às Pessoas em Situação de Rua**,** que se dispuseram a participar desta pesquisa e trazer trajetórias de vida e luta, meus aplausos.

A todos que fazem o Centro de Referência em Infectologia de Sobral, pela sensibilidade em acolher sempre de braços abertos as Pessoas em Situação de Rua e abraçar a causa junto comigo.

“A rua, concreta, discreta
Nos mostra a frieza da sociedade
E a tristeza de um povo esquecido [...].”

(Mariana Zayat Chammas)

“Não somos lixo. Não somos lixo nem bicho. Somos humanos. Se na rua estamos é porque nos desencontramos. Não somos bicho e nem lixo. Não somos anjos, não somos o mal. Nós somos arcanjos no juízo final. Nós pensamos e agimos, calamos e gritamos. Ouvimos o silêncio cortante dos que afirmam serem santos. Não somos lixo. Será que temos alegria? Às vezes, sim... Temos com certeza o *pranto, a embriaguez, a lucidez e os sonhos da filosofia. Não somos profanos, somos humanos. Somos filósofos que escrevem Suas memórias nos universos diversos urbanos. A selva capitalista joga seus chacais sobre nós. Não somos bicho nem lixo, temos voz. Por dentro da caótica selva, somos* vistos como *fantasmas. Existem aqueles que se assustam. Não estamos mortos, estamos vivos. Andamos em labirintos. Dependendo de nossos instintos. Somos humanos nas ruas, não somos lixo.”*

(Carlos Eduardo Ramos, o Cadu, Morador das Ruas de Salvador)

RESUMO

A compreensão das vulnerabilidades em saúde de pessoas em situação de rua, a partir das histórias de vida delas, torna-se relevante, uma vez que tem potencial para contribuição e elaboração da gestão e do cuidado em saúde, podendo, ainda, subsidiar aqualificação da atenção dessa população que sofre por ser excluída e não ter acesso a políticas públicas, que busquem promover vida com condições sociais mais dignas. Os objetivos desta pesquisa foram: analisar as situações de vulnerabilidade em saúde vivenciada pela população em situação de rua, a partir do referencial de Ayres et al. (2012); caracterizar a população em situação de rua; identificar as situações de vulnerabilidade programática, individual e social. Trata-se de pesquisa descritiva,com abordagem qualitativa, cujos participantes da pesquisa foram 15 pessoas em situação de rua acompanhadas pelo Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua (Centro POP), no município de Sobral – Ceará, Brasil. A coleta de dados foi realizada de janeiro a setembro de 2022, por meio de entrevista semiestruturada, utilizando-se do método da História de Vida, as quais foram registradas em gravador digital. Os dados foram discutidos à luz do referencial de Vulnerabilidade em Saúde de Ayres et al. (2012). A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA). Retratamos vivências de dores, sofrimentos, abandono, violência, marginalização e insegurança em ficar permanente apenas em um lugar, tendo que buscar todos os dias um local para dormir, comer e tomar banho. Os desafios vivenciados antes de irem para as ruas, como desemprego, falta de moradia, problemas familiares, alcoolismo e uso de drogas ilícitas, motivo que os afastaram dos vínculos familiares. O uso e abuso de drogas foram relatadas por quase todos os participantes, pois viveram a experiência ainda na adolescência ou dentro da própria casa. Quanto à identidade de gênero, um se identificou como travesti e outro,homossexual, sendo a orientação sexual identificada como um dos fatores que interferem no desejo de saírem de casa. A violência física e moral, constitui desafio enfrentado em morar na rua, assim como a ausência de um lugar para realizar as necessidades fisiológicas, sono, repouso e alimentação. A vontade de sair das ruas esteve presente, associada à oportunidade de um emprego. Há fragilidade no acesso à rede de saúde mental, aos serviços de saúde, por não terem vinculação com os territórios e não possuírem os documentos necessários que provêm a visibilidade diante da sociedade. A aids está presente entre eles, dos

acometidos pela doença, apenas um não fazia uso de drogas. As mulheres em situação de rua enfrentam inúmeros desafios,como a separação dos filhos, causando sentimento de impotência em não poder estar e participar da vida deles. A rua não permite esse tipo de afeto. A fé em Deus é presente entre eles, pois ficam felizes por serem visitados por grupos de voluntários, chamados por eles de anjos sem asa. A situação de rua é permeada por uma série de vulnerabilidades individual, social e ou programática. Doenças crônicas, negação de direitos, discriminação e falta de acesso a políticas públicas mostram a negligência e a necessidade de organização do setor saúde e de demais setores do governo.

Palavras-chave: História de vida; Pessoas em situação de rua; Vulnerabilidade em saúde.

ABSTRACT

Understanding the health vulnerabilities of people living on the streets, based on their life stories, becomes relevant, since it has the potential to contribute to and elaborate management and health care, and can also support the qualification the attention of this population that suffers from being excluded and not having access to public policies that seek to promote life with more dignified social conditions. The objectives of this research were: to analyze situations of health vulnerability experienced by the homeless population, based on the framework of Ayres et al. (2012); characterize the homeless population; identify situations of programmatic, individual and social vulnerability. This is a descriptive research, with a qualitative approach, whose research participants were 15 homeless people accompanied by the Specialized Reference Center for the Homeless Population (Centro POP), in the municipality of Sobral - Ceará, Brazil. Data collection was carried out from January to September 2022, through semi-structured interviews, using the Life History method, which were recorded on a digital recorder. The data were discussed in the light of the Health Vulnerability framework by Ayres et al. (2012). The research was approved by the Ethics Committee of the Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA). We portray experiences of pain, suffering, abandonment, violence, marginalization and insecurity in staying permanently in just one place, having to look for a place to sleep, eat and shower every day. The challenges experienced before going to the streets, such as unemployment, homelessness, family problems, alcoholism and use of illicit drugs, which are the reasons that distanced them from family ties. Drug use and abuse were reported by almost all participants, as they lived the experience in adolescence or at home. As for gender identity, one identified himself as a transvestite and another as a homosexual, with sexual orientation identified as one of the factors that interfere with the desire to leave home. Physical and moral violence is a challenge faced in living on the street, as well as the absence of a place to fulfill physiological needs, sleep, rest and food. The desire to leave the streets was present, associated with the opportunity of a job. There is weakness in accessing the mental health network, health services, as they are not linked to the territories and do not have the necessary documents that provide visibility in society. AIDS is present among them, of those affected by the disease, only one did not use drugs. Street women face numerous challenges, such as separation from their children, causing a feeling of impotence in not being able to

be and participate in their lives. The street does not allow this kind of affection. Faith in God is present among them, as they are happy to be visited by groups of volunteers, which they call wingless angels. Homelessness is permeated by a series of individual, social and/or programmatic vulnerabilities. Chronic diseases, denial of rights, discrimination and lack of access to public policies show the negligence and the need for organization in the health sector and other government sectors.

Key words: Life history; People on the street; Health vulnerability.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CADSUS	Cadastro Único para Programas Sociais do Governo
CENTRO POP	Centro de Referência Especializada para População em Situação de Rua
CEMARIS	Censo e Mapa de Riscos Pessoal e Social do Ceará
CRIS	Centro de Referência em Infectologia de Sobral
CRT	Centro de Referência e Treinamento
CTA	Centro de Testagem e Aconselhamento
DISOC	Diretoria de Estudos e Políticas Sociais
ESF	Estratégia Saúde da Família
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia Estatística
IRIS	Índice de Risco Pessoal e Social
LGBTQIAP+	L: Lésbicas, G: Gay, B: Bissexuais, T: Transexuais, Q: Queer, I: Intersexo, A: Assexual, P: Pansexual +: demais pessoas, pluralidade.
MNPR	Militância Política do Movimento Nacional da População em Situaçãode Rua
MPSF	Mestrado Profissional em Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde

PSR	População em Situação de Rua
PNAS	Política Nacional de Assistência Social
PVHA	Pessoas Vivendo com HIV/aids
RB	Rede Básica
SGEP/MS	Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde
SAE	Serviço de Atenção Especializada
SAPS/MS	Secretaria de Atenção Primária à Saúde do Ministério da Saúde
SPS	Secretaria da Proteção Social
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UDM	Unidade Dispensadora de Medicamentos
UVA	Universidade Estadual Vale do Acaraú
VS	Vulnerabilidade em Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 16
1.1 Aproximação com o objeto de estudo 16
1.2 A população em situação de rua no Brasil 17
1.3 A população em situação de rua no estado do Ceará 19
1.4 A população em situação de rua no município de Sobral 20
1.5 Contextualizando vulnerabilidade em saúde das pessoas em situação de rua 21
1.6 Justificativa e relevância 26
2 OBJETIVOS 27
2.1 Geral 27
2.2 Específicos 27
3 REVISÃO DA LITERATURA 28
3.1 Atenção Primária à Saúde e o modelo de atenção no Brasil 28
3.2 Políticas voltadas para pessoas em situação de rua 30
3.3 Gestão do cuidado em saúde e como pode ser determinante para a saúde das pessoas em situação de rua 33
4 REFERENCIAL TEÓRICO 35
4.4 Vulnerabilidades em saúde: algumas colocações 35
4.2 Vulnerabilidade e risco 37
4.3 A vulnerabilidade em saúde sob o olhar de Ayres 38
5 METODOLOGIA 42
5.2 Cenários do estudo 42
5.3 Participantes da pesquisa 43
5.4 Procedimentos para coleta de dados 44
5.5 Riscos e benefícios da pesquisa 47
5.6 Análise dos dados 48
6 RESULTADOS E DISCUSSÃO 50
6.1 Caracterização dos participantes 50
6.2 A vivência nas ruas… um contexto de vulnerabilidades: análise das histórias de vida 54
6.2.1 Um lugar para ficar 55
6.2.2 Vim morar na rua, porque em casa era só tribulação! 57

6.2.2.1 Eu me rendi ao vício… 57
6.2.2.2 Sou “masculino e feminino”, achei melhor sair 60
6.2.2.3 Vivendo como Deus quer 61
6.2.2.4 Não tinha quem cuidasse de mim 62
6.2.3 A gente também é gente... também temos sentimentos!.....64
6.2.4 Morar na rua é assim... “um olho aberto e outro fechado!”.....65
6.2.4.1 Tenho medo, a rua é violenta….....65
6.2.4.2 Não tenho um lugar para comer e descansar.....66
6.2.4.3 Sem lugar para se autocuidar.....67
6.2.5 E as políticas públicas?... um zero à esquerda 69
6.2.5.1 Eu só queria uma oportunidade.....69
6.2.5.2 Não tenho casa, não tenho canto, não tenho nada 70
6.2.5.3 Caminhando contra o vento, sem lenço, sem documento 71
6.2.5.4 O Pop? Pelo amor de Deus!.....72
6.2.6 Ainda existem almas boas por aí….....74
6.2.6.1 Nos enviaram anjos sem asas.....74
6.2.6.2 Lá no Pop, a tia do social me olha.....74
6.2.7 Ser mulher em situação de rua: que desafio! 76
6.2.8 As ruas e a aids... um encontro real 77
6.2.8.1 Convivendo com o vírus do HIV morando na rua 77
6.2.8.2 O CRIS... Um lugar de amparo.....78
6.3 As pessoas em situação de rua e um ensaio sobre as vulnerabilidades.79
7 CONSIDERAÇÕE FINAIS 82
8 SUGESTÕES DA PESQUISADORA.....84
REFERÊNCIAS.....85
APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) 91
APÊNDICE B – ROTEIRO PARA ENTREVISTA 93

1 INTRODUÇÃO

1.1 Aproximação com o objeto de estudo

O tema em estudo abordou as vulnerabilidades da população em situação de rua. O interesse por essa população surgiu com a organização e a municipalização do Sistema de Saúde de Sobral (HILTON; SOARES, 1997), em que ingressei para implantar a Vigilância Epidemiológica do Município, com a responsabilidade de gerenciar o serviço. Desta forma, foram dados os primeiros passos para organização dos fluxos dos sistemas de informação em saúde e das informações relacionadas à saúde da população compreendida nos equipamentos de saúde existentes.

Posteriormente, foram implantados o Núcleo de Vigilância Hospitalar da Santa Casa de Misericórdia de Sobral e as Unidades de Vigilância Epidemiológica dos Hospitais UNIMED, Dr. Estevam Ponte e do Hospital Municipal Unidade Mista Dr. Thomaz Corrêa Aragão, além disto, foi implantada a Vigilância das Doenças de Notificação Compulsórias nas Unidades Básicas de Saúde, em que todas as fichas de notificação e investigação de doenças e agravos, após serem preenchidas pelos profissionais de saúde, eram encaminhadas para a Vigilância Epidemiológica do Município para análise e digitação no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), em que, na oportunidade, observei algumas doenças e agravos recorrentes na populaçãoem situação de rua. Este olhar me motivou a aprofundar meus estudos sobre esta população, onde de forma programada fazíamos momentos educativos no Centro POP - Centro de Referência Especializada para População em Situação de Rua, com palestras, busca ativa de sintomáticos respiratórios e de sintomático dermatológico, assim como, a oferta de testes rápidos para HIV, Sífilis, Hepatites B e C.

Os casos encontrados como suspeitos ou confirmados de tuberculose, hanseníase, HIV, hepatite, sífilis e outras doenças eram encaminhados para os Centros de Saúde da Família da Santa Casa, Tamarindo ou Centro, unidades de saúde mais próximas do Centro POP, onde essa população podia contarcomo apoio.

Atualmente, estou Gerente da Célula do Centro de Referência em Infectologia de Sobral – CRIS, sendo este inserido na Atenção Especializada do Município, atendendo a Macrorregião, sendo Sobral e mais 54 municípios. De acordo com as Diretrizes de organização e funcionamento na tabela de Serviço Especializado no

Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, esta unidade funciona como Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA); Serviço de Atenção Especializada (SAE); Centro de Referência e Treinamento (CRT); e Unidade Dispensadora de Medicamentos (UDM), com objetivo de atender ao paciente em integralidade, a segmentos populacionais considerados em situação de maior vulnerabilidade e a população em geral que são acometidas com doenças infectocontagiosas.

São oferecidos ainda atendimentos nas áreas de Enfermagem, Psicologia e Assistência Social para os usuários vinculados ao serviço. O atendimento ocorre por meio de encaminhamentos da rede de atenção à saúde para casos sintomáticos ou por demanda espontânea em casos de testagem rápida, sendo ofertados, neste serviço, testes rápidos para HIV, sífilis, hepatites virais B e C, além desses serviços oferecidos, esta unidade acolhe para escuta qualificada e atendimento de saúde às pessoas vítimas de violência sexual e às Pessoas em Situação de Rua (PSR).

Diante desta realidade profissional atual, aumentou ainda mais o interesse em pesquisar sobre as Histórias de Vidas das PSR e, a partir disso, identificar o universo de vulnerabilidades que envolvem especificamente essa população.

1.2 A população em situação de rua no Brasil

Segundo Manchini (2018), a definição brasileira mais abrangente para pessoas em situação de rua foi elaborada, após vários debates voltados à formulação de políticas públicas destinadas a essa população, pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS-CF): Grupo populacional heterogêneo constituído por pessoas que possuem em comum a garantia da sobrevivência por meio de atividades produtivas desenvolvidas nas ruas.

Os vínculos familiares dessas pessoas são interrompidos ou fragilizados, não têm referência de moradia regular e utilizam dos logradouros públicos e das áreas degradadas como espaço de moradia e sustento, de forma temporária ou permanente. Além desses espaços, utilizam também as unidades de acolhimento para pernoite ou como moradia provisória (VALLE, 2020).

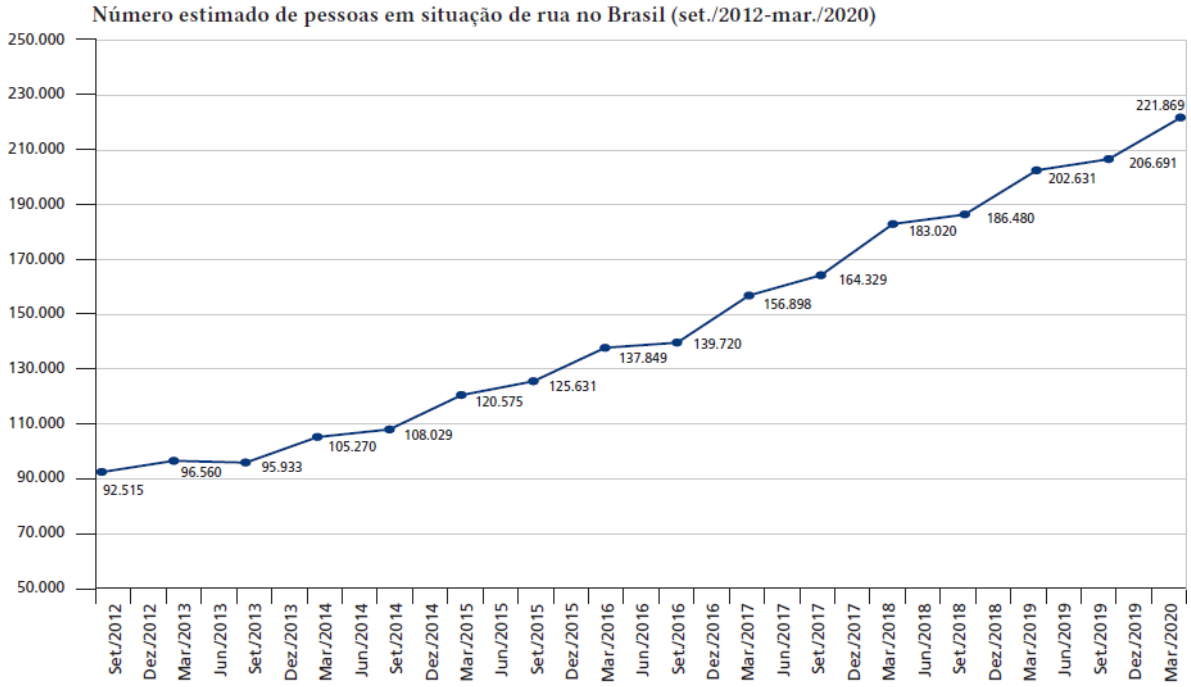
Esta outra definição foi composta pela FIPE para o censo da Prefeitura Municipal de São Paulo (2003):

> O segmento de baixíssima renda que, por contingência temporária ou de forma permanente, pernoita nos logradouros da cidade - praças, calçadas, marquises, jardins, debaixo de viaduto – em locais abandonados, terrenos baldios, mocós, cemitérios e carcaças de veículos. Também são pessoas em situação de rua aqueles que pernoitam em albergues públicos ou de organizações sociais (SÃO PAULO, 2003, p.2).

Em março de 2020, o número estimado de pessoas em situação de rua no Brasil era de 221.869. No momento, entende-se ser março de 2020 uma boa linha de base para averiguar a evolução do fenômeno nesse período de calamidade pública (NATALINO, 2020).

Análises preliminares de dados diários do Cadastro Único indicam a possibilidade de efeito da pandemia nos últimos dados disponíveis em março.

O Gráfico 1 apresenta análise semestral desse número. Merece atenção, para além do crescimento ao longo dos anos, a aceleração recente desse crescimento.



Fontes: Censo Suas; Cadastro Único; RMA; Ipea (2015); IBGE (2015).

De acordo com Natalino (2020), o Sudeste congrega mais da metade dessa população – 124.698 pessoas em março de 2020. O crescimento bastante significativo no Norte, possivelmente resultado de questões fronteiriças, é nos grandes municípios que essa população se concentra e é neles que se observa taxa de crescimento maior. Em 2020, 18,5% das pessoas em situação de rua estavam em municípios pequenos

ou médios, indicando a necessidade de se pensar em políticas públicas adequadas a essas localidades (NATALINO, 2020).

Natalino (2020) ainda afirma que o crescimento das pessoas em situação derua é observado em todas as grandes regiões e em municípios de todos os portes, o que sugere ser o mesmo efeito de dinâmicas nacionais. Por sua vez, o crescimento mais intenso nos grandes municípios sugere que a crise econômica eem particular o aumento do desemprego e da pobreza sejam fatores importantespara explicação do ocorrido. No Brasil, não existem dados oficiais e atualizadossobre a população em situação de rua, entretanto, há diversidade de estudos com metodologias diferentes para estimar o número de pessoas em situação de rua.

Em pesquisa realizada pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), fundação pública vinculada ao Ministério da Economia do Brasil, com estimativas projetadas a partir de informações do Cadastro Único (CadÚnico) para Programas Sociais do Governo Federal e do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), permite presumir que em 2020, existam 221.869 PSR no Brasil, predominantemente na Região Sudeste, mas em crescimento bastante significativo no Norte do país (SILVA et al., 2020).

Segundo a Nota técnica N°73 da Diretoria de Estudos e Políticas Sociais – DISOC, que contém dados sobre a população de rua, no período de setembro de 2012 a março de 2020, a Região Nordeste tinha população em situação de rua cadastrada de 38.237 até março de 2020.

1.3 A população em situação de rua no estado do Ceará

Segundo Ayres (2020), no Ceará, a contabilização e a identificação do perfil das pessoas que vivem em risco pessoal e social, incluindo as pessoas em situação de rua, é feita por meio do Censo e Mapa de Riscos Pessoal e Social do Ceará (CEMARIS). As informações de todos ou de quase todos os municípioscearenses (a depender da adesão dos prefeitos em cada edição) são levantadas anualmente pela Secretaria da Proteção Social, Justiça, Cidadania, Mulheres e Direitos Humanos (SPS).

Acerca dos dados da população em situação de rua do Ceará, o CEMARIS mais recente, de 2018, identificou 1.738 notificações, com ocorrências em 59 municípios cearenses, dos quais se destacaram: Fortaleza, Maracanaú e Caucaia,

que apresentaram o maior ÍRIS (Índice de Risco Pessoal e Social) do estado.

De acordo com as informações do CEMARIS, de 2018, foram identificados os seguintes dados:

> As regiões que registraram as maiores ocorrências foram: Grande Fortaleza com 1.351 notificações e percentual de 77,73%; **Sertão de Sobral com 143** notificações e percentual de 8,23%; e Cariri com 130 notificações e percentual de 7,48% do total. As regiões que registraram as menores ocorrências foram: Sertão de Crateús, com 2 notificações e percentual de 0,12%; Maciço de Baturité, com 6 notificações e percentual de 0,35%; e Serra da Ibiapaba, com 7 notificações e percentual de 0,40% do total (...). Do total de 1.738 notificações, o ciclo de vida em que houve mais registros foi o adulto com 1.479 notificações e percentual de 85,10% do total. Os demais ciclos registraram: jovem com 133 notificações e percentual de 7,65%; idoso com 68 notificações e percentual de 4,69%; adolescente com 25 notificações e percentual de 1,44%; e criança com 33 notificações e percentual de 1,90% (CEARÁ, 2019, p. 77-78).

Além disso, a pesquisa revelou que:

> (...) 1.051 referem-se a etnia parda, perfazendo 60,47%; 175 a etnia negra, o que corresponde a 10,07%; 165 a etnia branca, perfazendo 9,49%; 11 a amarela perfazendo 0,63%; e 6 referem-se a etnia indígena, o que corresponde a 0,35%. Não apresentaram informações acerca da etnia, 330 notificações, o equivalente a 18,99%. A caracterização das vítimas de situação de rua, segundo o total de notificações vinculadas aos segmentos PCD e LGBTT, revela que: 53 notificações foram associadas ao segmento PCD, o que corresponde a 3,05%; 1.051 não apresentam associação com o segmento, perfazendo 60,47%; 39 foram vinculadas ao segmento LGBTT, perfazendo 2,24% e 991 notificações não apresentam relação com o segmento LGBTT, o equivalente a 57,02% (CEARÁ, 2019, p. 79-80).

1.4 A população em situação de rua no município de Sobral

No município de Sobral, existe, na Rede de Atenção Psicossocial, uma unidade de acolhimento destinada à população que vive em situação de rua, porém funciona somente durante o dia, ficando as noites descobertas para o acolhimento dessas pessoas que vagam pelas ruas sem destino, estas, muitas vezes, brigam por um espaço com outros na mesma situação.

Nos registros do Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua (Centro POP), atualmente, estão cadastradas 163 pessoas, incluindo adultos e adolescentes, diz ainda que todas elas estão vivendo nas condições de morador ou de situação de rua, e são localizados no centro da cidade de Sobral, todos

possuem identificação nominal e local onde permanece a maior parte do dia, destes, somente 80 são acompanhados e 50 comparecem ao Centro POP com mais frequência (CENTRO POP SOBRAL, 2021).

1.5 Contextualizando vulnerabilidade em saúde das pessoas em situação de rua

Aqui, a vulnerabilidade é compreendida a partir dos estudos de Ayres et al. (2012), como um conjunto de fragilidades que transpassam a pessoa em vários âmbitos da vida e se caracterizam como indicador de iniquidade e desigualdadesocial.

No Brasil, a suscetibilidade é um aspecto bastante atribuído, que remete à ética em diferentes graus e natureza da suscetibilidade de indivíduos e coletividades que provocam sofrimento e adoecimento, segundo especificidades agrupadas pelos aspectos sociais, programáticas e individuais, que os põem frente ao problema e aos recursos para o enfrentamento (AYRES et al., 2012).

Segundo os autores Maffacciolli, Oliveira e Brand (2017), é possível perceber que a ida para as ruas envolve um conflito pessoal, pois existe a ideia de que a rua é um lugar que tem mais liberdade do que o espaço físico da casa e podem fazer coisas que não fariam em casa.

Os efeitos do estigma trazem consequências negativas irreparáveis ao indivíduo, como a perda de identidade. Se as PSR não têm autoimagem bem definida e socialmente nem é visto ou até valorizado como humano, muitas vezes, então, ele internaliza a imagem de que são pessoas de “menos valia” na sociedade (MAFFACCIOLLI et al., 2017).

Maffacciolli et al. (2017) afirmam ainda que o próprio isolamento social e familiar pode levar ao sentimento de solidão, assim, o convívio nas ruas é um fator de segurança, estabilidade e afastamento da solidão. Alguns relatam que saíram de seus lares por vergonha, devido ao vício. Deste modo, é possível observar que a família pode ser o fator para fazer com que a pessoa vá para as ruase volte para sua casa.

Além disso, existe o aumento da exposição, violência e privações de vários aspectos que os fazem perder a autoestima e motivação na vida (PIO et al., 2020; PROETTI, 2018).

De acordo com Proetti (2018), na rua, muitos perdem suas identidades, são excluídos e marginalizados e, como consequência disso, tornam-se parte da rua e ficam invisíveis aos olhos da sociedade.

Para Silva et al. (2018), os termos vinculados às definições foram a própria suscetibilidade, fragilidade, ferida e estado de ameaça. Esse significado é o mais utilizado nos estudos brasileiros, agregando quadro conceitual que coloca a vulnerabilidade na perspectiva individual, social e programática, o qual foi proposto por Ayres. O arcabouço teórico articula-se com a hermenêutica filosófica, buscando a síntese das complexas condições que estão envolvidas no processo saúde-doença-cuidado.

Sicari e Zanella (2018) acrescentam que as aspirações e os pensamentos das pessoas em situação de rua é uma característica que pode trazer explicações sobre os modos de vida delas, o que pensam sobre viver nas ruas e o que determinam para que permaneçam em situação de rua.

Os mesmo autores afirmam que por conta do estigma, coloca-se a reflexãode que são pessoas com desejos e que, talvez, estes possam estar envolvidos com a própria rua ou o futuro, podendo ser inimaginável, entretanto, os pensamentos e desejos relacionados ao futuro do morador de rua diferem pelas oportunidades que lhes são negadas ou simplesmente não existem, por conta da condição social de exclusão (SICARI; ZANELLA, 2018).

É possível identificar que o desejo da pessoa que se encontra na rua pode estar também envolvido ao fato de habitar na rua, isso pode envolver vários fatores, como a fuga e busca por uma nova forma de viver sem lidar com responsabilidade sociais, de se sentir livre.

Alguns estudos identificam como motivos e razões que levaram pessoas a viverem nas ruas, o uso abusivo de álcool e outras drogas, o rompimento de vínculos e os conflitos familiares (incluindo separação conjugal), o desemprego e o prazer da liberdade que é vivenciado na rua, apontam, também, que as questões multifatoriais que ocasionam a situação de rua podem acontecer de forma gradual e processual, culminando na ocupação da rua de forma permanente. O fenômeno de pessoas em situação de rua vem aumentando, devido à precarização das relações de trabalho, ao desemprego e às transformações econômicas. Esse fenômeno está ligado ao processo de globalização, em que a exclusão social se intensifica (SICARI; ZANELLA, 2018).

Autores explicam ainda que os sentimentos de exclusão e sofrimento, produto dos processos econômicos e políticos baseados na injustiça social, culminam na situação de rua, esta condição se configura como síntese de determinaçõessociais

fortemente marcadas pelo sistema capitalista (SICARI; ZANELLA, 2018).

Sicari e Zanella (2018) identificaram que algumas pessoas estão em situação de rua em razão das ameaças de milícias e traficantes que as obrigaram a sair de suas casas, impedindo o retorno para os locais que moravam. Parcela das pessoas em situação de rua apresenta histórico de migração de uma cidade para outra em busca de oportunidades e, na ausência destas, acabam permanecendo na nova localização, com poucos recursos financeiros e sociais, o que ocasiona a situação de rua.

Autores destacam ainda que, mesmo tendo número significativo de pesquisas que apontam para os múltiplos fatores que ocasionam a vida nas ruas e consideram o contexto social, histórico e político, algumas destacam outros aspectos. Algumas pessoas associam a atual condição como algo de responsabilidade própria, desconsiderando os processos sociais e econômicos como justificativas predominantes para a situação de rua, além da questão socioeconômica, a saúde mental prejudicada e o desejo de estar na rua (SICARI; ZANELLA, 2018).

Sicari e Zanella (2018) relacionam a ideia da escolha individual de estar nas ruas com o que intitula de “mito da escolha masoquista”, processo vinculado à ideologia neoliberal de transformação da ideia de necessidade para a de escolha da pessoa em situação de rua que promove a “transformação da necessidade e do sofrimento em escolha no qual a miséria não aparece como adereço das indulgências fabricadas por estruturas societárias – a sociedade transfere assim, a culpa e a responsabilidade para o indivíduo”. Nessa lógica, autores afirmam que a pessoa em situação de rua é considerada não só culpada pela própria condição, como também responsável por problemas coletivos, como a violência, o tráfico, a degradação urbana e outras adversidades.

A desigualdade social, fruto do processo de urbanização, traz como consequências desemprego, falta de oportunidades e moradia, acarretando o declínio social. Situações assim não se originaram recentemente, pelo contrário, é uma história antiga de imigração em busca de direitos básicos para conseguir, ao menos, a sobrevivência (PIO et al., 2020).

Pio et al. (2020), em estudo, categorizam outros fatores que podem resultar em desigualdade, como globalização, urbanização, desemprego, ausência de moradia, falta de condições materiais e financeiras, ainda, elencam que a condição social em que o indivíduo se encontra é o que determina o nível de vulnerabilidade e exposição

de riscos e doença, ou seja, refere-se mais aos Determinantes Sociais emSaúde (DSS) que garante os direitos em saúde. A desigualdade acarreta uso de drogas que está associado à criminalidade.

De acordo com Pio et al. (2020), as drogas também constituem determinante social de saúde, pois é um problema de saúde pública, apesar de ser tratada apenas como problema de segurança.

As pessoas em situação de rua são consideradas grupos vulneráveis, em virtude da condição socioeconômica, do estigma, da discriminação, violência e vulnerabilidade social, possuindo o direito a participação social reduzido, por enfrentar barreiras de acesso aos serviços de saúde, assistência social, escola e emprego (SILVA et al., 2020).

As políticas públicas com a criminalização das drogas fazem com que a camada mais pobre sofra consequências, sendo os marginalizados quando na pirâmide do consumo das drogas eles são a base, não o ápice, mas como são os menos favorecidos ficam como o grande problema das drogas, mostrando um pouco do preconceito velado (PIO et al., 2020).

As ruas oferecem muitos perigos a essa população, como violência, insegurança alimentar, indisponibilidade de água potável, privação de sono e afetividade, expondo-a a riscos e situações de vulnerabilidade.

De acordo com Pio et al. (2020), a PSR passa por muitas frustrações que envolvem as questões de necessidades básicas para sobrevivência, e são caracterizadas como vulnerabilidade social, com isso, tende a fugir de suas ‘obrigações’, responsabilidades ou problemas que, por vezes, são muito difíceis de serem solucionados, os levando às ruas.

Nesse contexto, a tendência para o envolvimento com as drogas aumenta, passam a usar essas substâncias com a finalidade de findarem com as dificuldades cotidianas ao viver na rua de casa. Por estarem nas ruas, estão sujeitos à invisibilidade, vão perdendo os sonhos, a perspectiva para o futuro e o desejode viver, ou seja, é mais evidenciada a falta de esperança.

A autoestima ou a autoimagem é definida como a avaliação afetiva do valor, do apreço ou da importância que cada um faz de si própria. Ao partir dessa definição, a característica da autoestima do PSR está diretamente ligada aos sonhos (PIO et al., 2020).

A baixa da autoestima causa também carência, mas por uma questão da falta

de sentimentos ou afeto que a PSR recebe como consequência, há necessidadede um parceiro ou companheiro. A dependência afetiva é uma carência, já própria daPSR, pois como são excluídos e invisíveis, não criam vínculos com facilidade (PIO etal., 2020).

Pio et al. (2020) destacam que os vínculos familiares rompidos pode ser um dos fatores que levam as pessoas a viver em situação de rua, sendo a família um grande fator de influência para os levarem as ruas, mas, em maioria, com o apoio da família, acaba auxiliando no cuidado, quando é necessário.

Carvalho (2020) pontua que por questões socioeconômicas, em maioria, a PSR tem uma família advinda de uma situação de extrema pobreza ou miséria, logo a família e a PSR não têm alto grau de escolaridade.

A falta de apoio é um fator de ruptura familiar, sendo responsável pelas fragilidades que resultam em isolamento ou apenas em fuga do lar, sendo que a casa não representa mais a proteção nem o ambiente onde se pode encontrar segurança. Entretanto, os pensamentos de conflitos não têm relação para o PSR, na maioria das vezes, ele descreve a ida para as ruas como “querer” e não “fuga” (DAHER, 2020; MAFFACCIOLLI et al., 2017).

O espaço da rua também é lugar de vínculos, amizades, parcerias, conforme relatam alguns entrevistados. “O entorno da desesperança” também é lugar de “esperança”, como afirma Daher (2020). Os que não têm um amanhã programado são, afinal, os que têm direito à esperança como direito e o sonho como dever. Não são devaneios irresponsáveis porque se incluem em um projeto que o mundo no entorno autoriza. Esse apontamento do autor é compatível com as narrativas dos entrevistados.

Desse modo, a esta população, para além das condições de saúde que enfrentam, é negado o acesso aos direitos sociais básicos, ao mercado formal de trabalho, à educação de boa qualidade, aos serviços de saúde e demais serviços públicos. Essas séries de negações favorecem a construção das imagens sociais negativas dos sujeitos, refletindo no comportamento dos profissionais que prejudicam as relações inerentes ao cuidado em saúde. Essa expropriação de direitos reforça uma prática crônica dos serviços e profissionais que ali atuam como peças da produção de preconceitos, estigma e marginalização (VALLE et al., 2020).

1.6 Justificativa e relevância

Estar em situação de rua confere ao indivíduo condição de expressiva vulnerabilidade que fere a dignidade humana. Essa realidade, somada à proximidade com essas pessoas, quando ocupava a Gerência da Vigilância Epidemiológica do Município de Sobral e em parceria com os profissionais da Atenção Primária e da Atenção Especializada do Município, participava de ações de promoção da saúde no Centro POP, e hoje, por estar à frente do Centro de Referência em Infectologia de Sobral que recebe pessoas com doenças infecto contagiosas e em vulnerabilidade social, despertou-me ainda mais o interesse em pesquisar sobre as Histórias de Vidas e, a partir daí, identificar o universo de vulnerabilidades que envolvem especificamente essa população.

Os resultados deste estudo motivarão gestores e profissionais de saúde a refletirem sobre esta temática e adotarem estratégias para a gestão do cuidado dessas pessoas em situação de rua, pois a falta de conhecimento, principalmente das especificidades e necessidades dessa população, ainda, é um dos problemas que dificultam a implantação efetiva de políticas públicas específicas para esse público

O estudo servirá de alerta às equipes da Estratégia Saúde da Família e às instituições de medidas acolhedoras, pois poderá subsidiar a qualificação da atenção da população em estudo, que se encontra à margem desses serviços e sofre por ser excluídas e não ter acesso às políticas públicas, que garantam vida com condições sociais mais dignas, pois são cidadãos que merecem o respeito e faz-se necessária a inclusão de políticas públicas de assistência voltadas para essas pessoas e, além disso, a possibilidade do envolvimento da sociedade na construção de uma consciência mais crítica e coletiva de igualdades, dando-lhes oportunidade de usufruir dos direitos estabelecidos na Constituição brasileira.

Diante do exposto, tendo como **objeto de estudo as vulnerabilidades em saúde das pessoas em situação de rua**, apresentamos como **questão de pesquisa: quais situações de vulnerabilidade em saúde estão presentes no contexto de vida das pessoas em situação de rua?** Desta forma, foram analisadas as vulnerabilidades vivenciadas pelas pessoas em situação de rua, a partir das histórias de vida delas.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Analisar as situações de vulnerabilidade em saúde vivenciadas pelas pessoas em situação de rua.

2.2 Específicos

- Conhecer a história de vida das pessoas em situação de rua participantes da pesquisa;
- Caracterizar as pessoas em situação de rua participantes desta pesquisa;
- Identificar as situações de vulnerabilidade em saúde individual social e programática das pessoas em situação de rua participantes da pesquisa.

3 REVISÃO DA LITERATURA

3.1 Atenção Primária à Saúde e o modelo de atenção no Brasil

O Brasil passou por momentos variados, no que diz respeito às fases de atendimento na área da saúde, destacando-se dois modelos importantes: o biomédico, que olha para o paciente de forma biológica; e o preventivo, que o reconhece comoum todo para a saúde, não focando apenas na cura do paciente, mas também em ações preventivas e de promoção, visando o bem-estar da população (SILVA et al., 2020).

O Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil, criado a partir da Constituição de 1988, representa a materialização jurídico-institucional das lutas dos movimentos pela reforma sanitária e tem como princípios e diretrizes centrais a universalidade, a equidade, a integralidade, a descentralização e o controle social. Prevê um sistema organizado em Redes de Atenção à Daúde (RAS), hierarquizadas e regionalizadas, visando à produção de cuidados integrados e integrais e à racionalização diante dos problemas gerados pela fragmentação das ações de saúde e pelos custos em saúde. Internacionalmente, a Atenção Primária à Saúde (APS) tem sido pensada a partir de alguns atributos, destacando-se primeiro contato, acessibilidade, longitudinalidade e coordenação do cuidado, abordagem ampliada e competência cultural. Esses atributos colocam, para a APS, a missão desafiadora de operar como base de ordenamento e porta de entrada preferencial das RAS no SUS, com alta resolutividade (clínica e sanitária) e integraçãocom os demais serviços que compõem as RAS (SILVA et al., 2018).

Morosini, Fonseca e Lima (2018) elucidam que a discussão do acesso no Sistema Único de Saúde do Brasil tem sido grande desafio, como, por exemplo, a própria expansão de cobertura da Atenção Primária à Saúde, tendo como referência a Estratégia Saúde da Família. A cobertura da Atenção Primária à Saúde no Brasil ainda é um desafio a ser estudado. A mais recente Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), promovida pelo IBGE, em 2010, é uma pesquisa integrante do Sistema de Pesquisa Domiciliar do IBGE, em subamostra da amostra mestra da Pesquisa por Amostra de Domicílios (PNAD) contínua, baseada em número mais amplo de setores censitários, melhor distribuídos ao longo do país, o que gera maior precisão das estimativas, mostrou que 72% da população não conta com a cobertura de planos de saúde

privados, e que apenas 56% desta população está cadastrada em uma Equipede Saúde da Família, e que 60% dos entrevistados foram atendidos em algum serviço ambulatorial do SUS, no ano de 2010.

Os dados do Ministério da Saúde são convergentes, estimando média de3 mil usuários por Equipe de Saúde da Família, as 42.855 equipes implantadas até 05 de abril de 2018 estariam cobrindo 62,4% da população brasileira, embora não sesaiba qual a proporção da população atendida pela Atenção Primária à Saúde e a atendida na Estratégia Saúde da Família (MOROSINI et al., 2018).

A Atenção Primária à Saúde é considerada a principal porta de entrada dos usuários ao sistema de saúde e o centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde (RAS). É ofertada de maneira gratuita a todas as pessoas e trabalha com os princípios da integralidade, conforme as demandas do território e da singularidade de cada pessoa, no contexto sociocultural, e objetiva a proteção da saúde da população, a prevenção e o controle de riscos, agravos de doenças e promoção da saúde (LÚCIA et al., 2017).

A Atenção Primária à Saúde, por meio das Equipes da Estratégia Saúde da Família, está organizada de forma que recomenda a integração, articulação e efetivação dos serviços na oferta do cuidado longitudinal, sendo um dos atributos da APS, que consiste no acompanhamento do usuário ao longo do tempo, na qual se espera relação terapêutica que envolve a responsabilidade por parte doprofissional de saúde e a confiança por parte do usuário. Considera-se, assim, um cuidado de qualidade, responsável, humanizado e integral, que mostra com isso que possui valor estratégico no cuidado à população e oferece a capacidade de garantir a continuidade da atenção, por intermédio das equipes de saúde, com o reconhecimento dos problemas que requerem seguimento constante (FLORÊNCIO et al., 2021).

Nesse sentido, foi instituída, pelo Ministério da Saúde, a Portaria n°. 4.279, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece diretrizes para organização da Rede de Atenção à Saúde, no âmbito do SUS, cujo objetivo geral é assegurar ao usuário ações e serviços de forma efetiva, contínua, integral e humanizada. A operacionalização das redes de atenção em saúde dá-se pela interação de três elementos constitutivos: população, estrutura operacional e um modelo de atenção à saúde. Os pontos de atenção em saúde compreendem as unidades de APS (ou equipe da ESF), com a função de atuar como centros de comunicação, serviços de atenção secundária e terciária e de apoio diagnóstico e terapêutico. A conexão entre os diversos pontos de

atenção é feita por sistemas logísticos e de governança, na forma de comissões intergestoras (AYRES et al., 2012).

A inclusão da assistência aos familiares é essencial para um atendimento humanizado e eficaz, com ações de apoio psicossocial, orientações para atividades de vida diária e suporte especializado em situações de internamento hospitalar/ domiciliar (AYRES et al., 2012).

Diante desse contexto de atenção, inserem-se as pessoas em situação de rua, os quais vivenciam em um universo complexo de situações de vulnerabilidade que envolvem também os familiares. As necessidades específicas dessa população demandam um caminhar entre os vários serviços que compõem a Rede de Atenção Primária à Saúde.

3.2 Políticas voltadas para pessoas em situação de rua

As políticas voltadas para população em vulnerabilidade, como as que se encontram em situação de rua, forjam-se na ausência das demais políticas públicas - econômica, geração de renda, educacional, habitacional etc. No Brasil, o fortalecimento do modelo da APS assume, dentre outros pressupostos, a noção de saúde para todos, inscrita em agendas globais, como a Declaração de Alma-Ata (OMS, 1978). Entretanto, no registro das diretrizes da APS, assumem relevância as noções de território, família e domicílio. A saúde, compreendida como estado multideterminado, revela a organização política e social de um país, com a Constituição Federal brasileira de 1988, foi considerada um direito.A população em situação de rua expõe importantes obstáculos à garantia desse direito.

A vulnerabilidade é entendida por Valle et al. (2020) como a sobreposição de diversos fatores, em várias dimensões, capaz de tornar um indivíduo ou um grupo mais suscetível aos riscos e às imprevisibilidades da vida. As condições de vulnerabilidade social podem estar relacionadas com a estrutura de oportunidades vivenciadas pelo indivíduo e com as características sociais, econômicas, culturais e políticas do lugar. Conhecer as dificuldades que afetam o processo saúde-doença-cuidado desse grupo populacional é condição fundamental para contribuição na formulação e implantação de políticas públicas e serviços que respondam efetivamente às suas necessidades.

Em 2009, com a publicação do Decreto Federal nº 7.053, em 23 de dezembro

de 2009, foi instituída a Política Nacional para a População em Situação de Rua, entretanto, não se alcançou a plena garantia de direitos e condições para uma existência digna e proteção social dessa população até os dias de hoje, segundo a militância política do Movimento Nacional da População em Situação de Rua (MNPR) (VALLE et al., 2020).

No campo da Saúde, uma vez admitidas iniquidades no acesso aos serviços, decidiu-se pelo desmembramento de estratégias de ação, como o ‘Plano operativo para implementação de ações em saúde da população em situação de rua (PSR) 2012-2015, hoje extinta, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde (SGEP/MS), e o “Consultório na Rua”, um projeto da Política Nacional de Atenção Básica, coordenada nacionalmente pela Secretaria de Atenção Primária à Saúde do Ministério da Saúde (SAPS/MS).

Apesar dessas iniciativas, a PSR, ainda, é acometida por violências, adoecimento mental, doenças crônicas e infecciosas, entre outras. Não distante dessa realidade, em Sobral, apesar das melhorias alcançadas pelas ações realizadas pelas equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), ainda é notório a necessidade de se definir novas estratégias com a premissa em atingir as pessoas com maiores vulnerabilidades, pois a dinâmica da vida nas ruas dificulta a adesão a terapias e propicia o aparecimento de doenças e agravos, além de ampliar o risco de óbito.

Ademais, existe outro ponto importante para o acesso e a atenção integralàs pessoas em situação de rua, que é a abordagem a esse público, as experiências da ESF no atendimento específico de pessoas vivendo na rua têm sido exemplos de sucesso, como em Porto Alegre que oferta serviços de diagnóstico e tratamento de doenças, apesar da complexidade, devido à demanda de maior cuidado e apoio profissional e de instituições de saúde, em comparação à população em geral (NATALINO, 2016).

O importante é viabilizar as políticas públicas e garantir que elas sejam efetivadas, pois se são efetivadas na saúde, começam a se abrirem portas para uma vida digna, e assim um empoderamento com as PSR para a cidadania, ou seja os direitos básicos (PIO et al., 2020).

Embora existam pesquisas pontuais, esse segmento populacional sempre foi tratado como invisível pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) – embora seja excessivamente visível aos olhos da polícia e da justiça (DAHER, 2020).

Os censos demográficos realizados deixaram de fora a população em situação

de rua, pois a coleta de dados é baseada nos domicílios. No próximo censo,em 2020, existe a expectativa de o Instituto incluir o grupo, depois de muitos anos depressão por parte do Movimento Nacional da População em Situação de Rua (SANTOS, 2017).

Passados mais de 10 anos, desde a publicação da Política Nacional para Pessoas em Situação de Rua (Decreto nº 7.053, 2009), a condição de precariedade social dessa população no Brasil tem se agravado, especialmente a partir de 2017, após a crise econômica e política que o país viveu e com o crescente desemprego, que tem forçado famílias a migrar de cidade em busca de trabalho, além de outros fatores que já os atingiam, como dependência química, conflitos familiares, entre outros. O desafio no Brasil continua sendo o momento da implementação das políticas públicas para essa população (HONORATO; OLIVEIRA, 2020).

A condição das pessoas em situação de rua merece consideração especial, uma vez que essa população é naturalmente suscetível à infecção e pode correr maior risco de exposição, devido às condições em que se encontram (HONORATO; OLIVEIRA, 2020).

Ainda segundo Honorato e Oliveira (2020), os mais vulneráveis são os que mais sofrem os impactos da ausência de políticas públicas eficazes, é o caso das pessoas em situação de rua, pois ela apresenta condições sociais e de saúde bastante precárias, inclusive no que tange aos direitos sociais básicos e constitucionais. Existe a falta de acesso ao mercado formal de trabalho, à educação, aos serviços de saúde e a outros serviços públicos.

Identificar as vulnerabilidades fará com que se conheçam as condiçõesde cada indivíduo na sociedade, lembrando que a sociedade pós-industrial é uma sociedade de risco, principalmente pelos efeitos que a tecnologia e a globalização econômica produziram. Tudo isso ampliará o debate sobre criação de novas políticase programas de proteção social para abrandar a situação de vulnerabilidade; implementação de alguma política existente; mapeamentos dos casos por território Saúde da Família; criação de indicadores e cadastros das PSR atualizados no município; discussão do tema entre as equipes da Estratégia Saúde da Família; capacitação e sensibilização de profissionais de saúde para atendimento da PSR; inserção da temática PSR no Módulo de Educação à Distância para cursos de formação voltados para profissionais de saúde; fomento de pesquisas com foco na saúde da PSR; e elaboração de material que informe a PSR sobre o SUS e as redesde atenção à saúde, de modo a intensificar

a busca ativa e os tratamentos supervisionados para o controle de doenças infecciosas; controle e redução da incidência de tuberculose, DST/aids e outros agravos recorrentes nessa população; e propostas de estratégias que garantam o acesso dessa população às vacinas disponíveis no SUS.

3.3 Gestão do cuidado em saúde e como pode ser determinante para a saúde das pessoas em situação de rua

Manchini (2018) descreve que cuidar pressupõe ter um olhar para o outro. A disposição para olhar o outro e a possibilidade de reconhecer no outro e no sofrimento dele algo de si mesmo.

De acordo com Merhy et al. (2019), a Rede Básica é uma aposta de fazer chegar o cuidado em saúde aos diferentes territórios em que a vida é produzida. Cuidado contextualizado, que reconhece a singularidade da produção de cada existência, como também as circunstâncias específicas da vida em cada território, em função de relações que ampliam ou constrangem a potência das vidas, ou seja, a rede básica é uma aposta de organizar o cuidado singular, articulando o individual e o coletivo, sendo saúde entendida de modo ampliado, não somente referida ao corpo biológico e respectivos adoecimentos.

Essa aposta de organizar a RB como um cuidado territorializado, articulando atenção individual e ações coletivas, começou a ser discutida no Brasil no início dos anos 1960, esteve expressa nos debates da III Conferência Nacional de Saúde e teve o sanitarista Mário Magalhães da Silveira como o principal formulador.

Diante do aumento das pessoas em situação de rua no município de Sobral, são necessárias políticas que integrem essa população com equidade aos sistemas de saúde, com a finalidade de contemplar as necessidades de saúde.

A partir do perfil da saúde das pessoas em situação de rua, citado por alguns autores e instituições que trabalham com esse público, conseguimos visualizar alguns desafios e caminhos para aprimorar a gestão do cuidado das PSR.

É visível a dificuldade de acesso dessa população aos serviços de saúde, constituindo um grande desafio. O caminho para estendermos esse acesso seria a implantação do Consultório na Rua, vinculado à Atenção Primária à Saúde e aos Centros de Atenção Psicossocial. É preciso romper com o estigma e preconceito, que ainda é muito forte em torno dessas pessoas. Ademais, a aproximação dos

profissionais de saúde com as PSR seria estratégia de vinculá-los aos CSF e, consequentemente, garantir o atendimento a esse público.

A articulação entre os trabalhadores de diferentes áreas que atuam com as PSR seria outra forma de garantir o cuidado integral dessas pessoas. Para isso, é necessário criar encontros e espaços de diálogos entre esses profissionais. Os profissionais precisam estar sensíveis à causa e serem qualificados para lutar pelos direitos dessas pessoas. Quando uma dessas PSR adoecem, a responsabilidade não é somente da saúde, mas de um sistema, de uma rede de cuidado.

É importante que os profissionais da Segurança Pública também estejam sensíveis quanto aos direitos da PSR, já que elas são frequentemente vítimas de violência e descaso da sociedade.

A realização de pesquisas com foco na saúde das PSR e a elaboração de material que informe a essas pessoas sobre os serviços do SUS também são iniciativas que podem contribuir para atuação dos profissionais e melhorar o atendimento no Sistema Único de Saúde.

A presença de representantes do Movimento da População de Rua nos conselhos de saúde pode ser uma iniciativa que promova a participação social e certamente contribuirá para melhorar a gestão do cuidado das pessoas em situação de rua.

4 REFERENCIAL TEÓRICO

4.4 Vulnerabilidades em saúde: algumas colocações

Embora constantemente citada por profissionais de saúde e trazida em documentos oficiais, somente a partir do início do século XXI que o conceito de VS iniciou sua expansão, primeiro com HIV/Aids, depois com enfoque nas condições crônicas não infecciosas. É mundialmente discutido, porém ganhou evidência no Brasil desde a década de 1980, pela correspondência a princípios e diretrizes do movimento de reforma sanitária. No entanto, percebemos que as produções científicas têm focado em aspectos epidemiológicos tradicionais (FLORÊNCIO et al., 2021).

Florêncio et al. (2021) ainda explicam que o termo vulnerabilidade, já usado há algum tempo em diversas situações, foi incorporado ao discurso e às práticas na área da saúde, com vistas a uma leitura mais compreensiva dos complexos processos de saúde e enfermidade e, portanto, auxiliadora de respostas sociais mais efetivas e integrais. A preocupação com a vulnerabilidade encontrou plena vigência no campo da saúde a partir da década de 1980, época da epidemia da Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS).

Castellanos e Baptista (2018) destacam diferenças nas ênfases dadas ao conceito no Brasil e nos Estados Unidos da América (EUA) na epidemia de aids. Enquanto nos EUA a ênfase recaiu sobre o eixo da ética e do direito, fomentando ações jurídicas reivindicatórias perante o Estado, no Brasil enfatizou-se uma perspectiva crítica sobre o caráter tecnocrático das políticas públicas e o autoritarismo dos saberes operado pela saúde pública, buscando relações mais dialógicas com os movimentos sociais em um contexto de lutas pela reconstrução deum Estado de direito democrático, em pleno processo de reabertura política no Brasil.A articulação entre vulnerabilidade e aportes específicos da teoria do reconhecimento, segundo Castellanos e Baptista (2018), reforça a análise das relações entre intersubjetividades e contextos sociais, diálogos e conflitos, ações e estruturas sociais.

Castellanos e Baptista (2018) acrescentam que a discussão da vulnerabilidade surgiu,especialmente, por conta da epidemia de HIV, trazendo algo muito interessante, que talvez seja mesmo resultado de um momento, de uma época e dos grupos que foram primeiramente afetados pela epidemia, o que propiciou perspectiva crítica

bastante forte. Ao mesmo tempo em que a aids se configurava como um problema de saúde pública, parte da população que estava sendo atingida por aquele problema inicialmente, a comunidade gay organizada, muito mobilizada, pôde ter uma interação com a área técnica e científica da saúde relativamente inédita, porque fazia tempo que não tinha interação tão estreita entre um grupo populacional afetado por um problema de saúde e técnicos tentando buscar juntos uma solução para ele e isso foi um diferencial importante.

De acordo com Florêncio e Moreira (2021), o conceito de Vulnerabilidade em Saúde (VS) começou a ser utilizado como referencial para as discussões realizadas no campo científico de diversas temáticas e com diferentes sentidos, nos anos de 1980, com a epidemia da aids, cuja diversidade de aplicações se deve a algumas situações, em especial à existência de diferentes orientações epistemológicas; à escolha de localidades geográficas para análise do processo de vulnerabilidade; e ao direcionamento para situações específicas. O termo abrange ainda uma série de qualificações, cujas definições apresentam especificidades. Essas concepções são fomentadas em diversas áreas do conhecimento, trazendo em comum o fato de que a VS está sempre ocorrendo no território onde as pessoas vivem. Esse uso estendido do conceito direciona caminhos e perspectivas para ambiguidades e contradições, requisitando definições novas ou complementares e reflexões acerca do conceito, que se revela amplo, complexo e subjetivo.

Florêncio e Moreira (2021) destacam que, em uma análise crítica dos referenciais de VS, percebeu-se que os quadros conceituais mais utilizados não trazem definições dos elementos relacionados aos conceitos e subconceitos, fazendo-se necessário esclarecimento conceitual para contribuir para construção doarcabouço teórico sobre o tema e propiciar o desenvolvimento de um modelo conceitual para identificação, avaliação e intervenção nas situações de vulnerabilidade pelos profissionais de saúde. É sabido que não foi objetivo dos autoresa construção de uma teoria sobre VS, mas pensar o conceito, aproximando-o e ligando-o à promoção da saúde e, no caso do referencial brasileiro, considerando princípios da hermenêutica. Deste modo, os escritos prévios forneceram a base para construção de um modelo conceitual de VS, ao indicar como outros conceitos poderiam ser articulados. Para esses autores, a VS compreende a perspectiva ética de diferentes graus e naturezas de suscetibilidade de indivíduos e coletividades que os levam ao sofrimento, adoecimento, segundo particularidades formadas pelo conjunto de aspectos sociais,

programáticos e individuais, que os põem em relação com o problema e os recursos para o enfrentamento.

4.2 Vulnerabilidade e risco

Na Política Nacional de Assistência Social (PNAS), as expressões “vulnerabilidade” e “risco” figuram quase sempre juntas e, nessa ordem, referindo-se à exposição dos indivíduos e das famílias a tais situações. Parece haver complementaridade entre ambas, embora falte um enunciado para cada uma. Ao tratar da atenção social às famílias, alguns autores assumem a vulnerabilidade como um conceito complexo e multifacetado, relacionado à exposição das pessoas às questões próprias do ciclo geracional, das relações sociais, da dinâmica dos territórios, da qualidade do acesso ao trabalho, à renda e aos serviços (JANCZURA, 2012).

Janczura (2012) ainda explica que a falta de prevenção ou o aprofundamento das situações de vulnerabilidade poderão originar situações de risco social decorrentes da exposição à violência, exploração, negligência, dentre outras violações de direitos emergentes ou estabelecidas. A pobreza é um elemento de vulnerabilidade social que pode agravá-la e potencializar o risco. Distinguir os conceitos e reconhecer inter-relações, ao considerar que a sociedade pós-industrial e tecnológica se caracteriza como de risco, por conta dos efeitos que a tecnologia, a globalização econômica e os desequilíbrios ecológicos produzem. Há implicações éticas, políticas e culturais presentes na interação entre as pessoas e asrelações de poder que norteiam os processos econômicos, produtivos e tecnológicos que desconsideram os impactos para os seres humanos e o meio ambiente.

Em uma clarificação do conceito a partir de um modelo conceitual, a VS foi proposta na perspectiva do sujeito-social, sendo definida como uma condição da vida humana, expressa em todas as suas dimensões, a partir dos (re)arranjos das relações de poder que constituem o sujeito-social, produzindo precariedade quando os movimentos de agenciamento não são potencializados para promoção da saúde (FLORÊNCIO et al., 2021).

Desse modo, a reflexão teórica e a aplicabilidade do conceito nas ações de promoção da saúde ainda é um desafio. Em revisão recente, autoras sugerem estudos cujos recortes considerem abordagens diferentes do risco, para que o conceito de

VS inicie e desenvolva processos de visibilidade da vida e da promoção da saúde (FLORÊNCIO et al., 2021).

4.3 A vulnerabilidade em saúde sob o olhar de Ayres

Para Calazans, Pinheiro e Ayres (2018), não existe vulnerabilidade em geral. A vulnerabilidade é sempre relacional. Então, na verdade, seria mais adequado pensar em relações de vulnerabilização do que em populações vulneráveis.

A população vulnerabilizada tem que informar o caminho para as relações de vulnerabilização em questão; e, então, trabalhamos sobre essas relações. Fica difícil usar esse termo, “relações de vulnerabilização”, as pessoas gaguejam, se enrolam, acabam falando de pessoas vulneráveis. E existem pessoas que estão em situações mais desfavoráveis (e elas têm que ser consideradas especialmente), mas devemos considerar que a partir do sofrimento delas, do desrespeito a que estão submetidas, devemos identificar o que não está sendo reconhecido ali, o que está provocando aquela situação e que precisa ser transformado nas nessas relações. Em geral, quando é feito isso, quem se beneficia não são somente aquelas pessoas que estão sofrendo mais, é todo mundo, a humanidade que se enriquece (CASTELLANOS; BAPTISTA, 2018).

Oliveira (2018) coloca que o conceito ampliado por Ayres de vulnerabilidade altera a concepção de ações e políticas, antes reservadas ao conceito de risco, que discriminam, vitimizam e não fornecem legitimidade às vozes e agendas próprias dos sujeitos, característicos do enfoque tutelado de práticas e políticas sociais.

O desenvolvimento do conceito de vulnerabilidade em bases metodológicas, voltadas para estudos e formulação de políticas, contribui para o fortalecimento de outras dimensões, como a participativa e o reconhecimento de grupos excluídos. Essa concepção de vulnerabilidade considera a percepção dos sujeitos e os significados que assumem o corpo, a casa, o território, a família, o trabalho, o amor, o sexo, o alimento, o transporte, os sonhos, os desejos, enfim, a forma de viver de cada um. O conceito de vulnerabilidade na área da saúde ganha importante significadoa partir da proposta de Ayres et al. (2006), os quais sugerem a existência de três dimensões interconectadas que compõem a vulnerabilidade: individual, social e programática. A dimensão individual é caracterizada basicamente como o comportamento particular dos indivíduos frente ao processo de saúde-doença. O modo de vida, as informações

adquiridas e sua utilização e a postura na busca por saúde para a população em situação de rua seriam os elementos principais para avaliar a dimensão individual da vulnerabilidade. A dimensão social reconhece que, a partir do que é socialmente construído, estabelecem-se relações de poder, normas, possibilidades de acesso à vida material, à cultura, à política. Assim, a situação de cada sujeito na organização social pode determinar a condição de acesso a bens de consumo, serviços, conhecimento e direitos sociais, como a saúde.

A dimensão programática da vulnerabilidade é sugerida por Ayres et al. (2007) pela compreensão sobre a mediação que as instituições exercem na vida em sociedade e como elas despendem esforços programáticos para proteger a população do adoecimento e promover saúde. As ações programáticas dizem respeito a definições de políticas específicas para o setor saúde, além da coalizão destas comas demais políticas públicas no sentido intersetorial. A dimensão programática da vulnerabilidade avalia, inclusive, a integralidade e a equidade das ações, bem como o acesso aos serviços, a qualidade destes e a existência de equipes multidisciplinares, dialogando harmoniosamente com os princípios do Sistema Único de Saúde.

A vulnerabilidade envolve três eixos interdependentes: componente individual ou compreensão do comportamento pessoal, componente social ou do contexto social e componente programático ou institucional. Compondo a categoria da **vulnerabilidade**, estão as três **dimensões** e demais subcategorias em cada uma delas: individual (doença crônica), social (negação de direitos, discriminação e baixa renda) e programática (não acesso, sentimento de negligência e organização do setor saúde) (AYRES et al., 2012).

A inter-relação entre as dimensões descritas aponta para necessidade de ampliar a compreensão e interpretação dos constituintes, no intuito de aclarar o entendimento da vulnerabilidade. A situação de rua leva a uma grande vulnerabilidade social, com dificuldades reconhecidas de acesso ao sistema de saúde brasileiro e aos apoios sociais (SEVALHO, 2018; VALLE et al., 2020).

A vulnerabilidade é entendida por Valle et al. (2020) como a sobreposição de diversos fatores, em várias dimensões, capaz de tornar um indivíduo ou grupo mais suscetível aos riscos e imprevisibilidades da vida. As condições devulnerabilidade social podem estar relacionadas com a estrutura de oportunidades vivenciadas pelo indivíduo e as características sociais, econômicas, culturais e políticas do lugar.

Conhecer as necessidades e as dificuldades que afetam o processo saúde-

doença da população em estudo ou de um grupo populacional é fundamental para implantação de políticas públicas e contribuição com os serviços e/ou instituições que desejam melhorar a qualidade de vida daqueles suscetíveis aos riscos e imprevistos da vida.

Vulnerabilidade não é uma palavra nova, sugere uma condição negativa, que exige cuidado. Estar ou mostrar-se vulnerável não é, em geral, algo considerado bom, uma vez que é associado às ideias de fragilidade, ferida, lesão, como tambémestar vulnerável é estar “sujeito a ser atacado, derrotado, prejudicado ou ofendido”, conforme o dicionário Houaiss (2020) (FLORÊNCIO et al., 2021).

Segundo Moura et al. (2021), a vulnerabilidade pode ser definida como uma situação resultante de um conjunto de fatores individuais, programáticos, sociais e culturais, interdependentes e mutuamente influenciáveis, relacionados ao grau e modo de exposição a uma dada situação, que acarretam maior suscetibilidade ao adoecimento. Desta forma, a definição pode ser aplicada a uma pessoa ou a um grupo social, conforme a capacidade de prevenir, resistir e contornar potenciais impactos.

Moura et al. (2021), ainda, afirmam que o conceito de vulnerabilidade em saúde foi elucidado, partindo de inquietações oriundas da percepção de que o sentido de risco ainda está atrelado aos conceitos preexistentes e por considerar que elementos essenciais da vulnerabilidade devem ser sustentados pelo sujeito e o social.

Compreender a vulnerabilidade como condição da existência humana pode conceder a ampliação desse conceito, pois ganha destaque ao ser reconhecido como traço da condição humana, na irredutível fragilidade. A íntima relação entre pessoa humana e vulnerabilidade possibilita a apreensão do Ser vulnerável como do Ser do cuidado, que requer atenção autêntica para transpor barreiras e revelar-se emsua existência (FLORÊNCIO et al., 2021).

Diante dessas definições, o pesquisador reconhece que a vulnerabilidade é decorrente das desigualdades sociais, dos processos econômicos e das políticas públicas que excluem o cuidado com a população mais pobre e aqueles que vivem à margem da linha da miséria. Essa situação causa sofrimento psicológico e físico, porém acreditamos que não seja uma situação irreversível.

Esses significados colocam em pauta o movimento que tem sido observado e vivenciado no processo de amadurecimento do conceito de vulnerabilidade em saúde. Avaliamos que os aspectos das publicações científicas evidenciam que a vulnerabilidade em saúde está sob uma perspectiva teórica em construção, que

aponta para a promoção da saúde, conforme discutido por diversos autores (FLORÊNCIO et al., 2021).

5 METODOLOGIA

5.1 Tipo de estudo/abordagem

Trata-se de pesquisa qualitativa. Para Nunn et al. (2017), a abordagem qualitativa parte de questões amplas que vão se refinando ao longo do processo de coleta de dados. A maior contribuição da pesquisa qualitativa é buscar entender o significado que determinado fenômeno tem na vida das pessoas, preferencialmente no ambiente natural do sujeito, com o propósito de viabilizar compreensão neutra e dinâmica do ser humano. A pesquisa qualitativa, por definição, é descritiva, portanto, os dados não são reduzidos a variáveis, mas geram temas que são observados e explorados como um todo. O método de análise é indutivo ou inferencial, ou seja, as conclusões ocorrem a partir de interpretação analítica profunda das entrevistas e observações. O conhecimento acontece de forma explícita e descritiva.

Proetti (2018) esclarece que a pesquisa qualitativa não visa quantificação, mas direcionamento para o desenvolvimento de estudos que buscam respostas que possibilitam entender, descrever e interpretar fatos, permitindo ao pesquisador manter contato direto e interativo com o objeto de estudo.

5.2 Cenários do estudo

O cenário da pesquisa foi o município de Sobral – Ceará, Brasil, com 210.711 habitantes (IBGE, 2020), destaca-se pela importância da hierarquização da rede de atenção do Sistema Único de Saúde na Região Norte do Estado. Outro destaque do município é a forma de organização da atenção básica à saúde. A rede básica é composta por 76 equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), o que confere cobertura de 100% da população assistida por essenível de atenção. Estas equipes atuam em 36 Centros de Saúde da Família, todas com território e população de abrangência definidos.

A pesquisa foi realizada especificamente no antigo prédio do Restaurante Popular, pois o Centro de Referência Especializado da População em Situação de Rua (CENTRO POP) ainda se encontrava em reforma e essa população se encontrava nesse espaço para tomar café da manhã, almoço e eventos promovidos pela Secretaria dos Direitos Humanos e Assistência Social (SEDHAS) e

em parceria com outras instituições. O antigo restaurante popular ainda é o local considerado de acolhimento e maior identidade da população em situaçãode rua, e ondem ocorreram a abordagem e o agendamento das entrevistas.

O Centro POP de Sobral tem capacidade para realizar 50 atendimentos diários, com almoço, banho, cursos técnicos, acompanhamento especializado e políticas públicas de acesso à cidadania. Conta ainda com equipe formada por um coordenador, dois assistentes sociais, dois psicólogos e quatro profissionais de nível médio para abordagem social, que acontece na rua. A proposta consiste em um espaçode construção de novos projetos de vida, bem como trabalho de resgate da autonomia, autoestima e dignidade de cada pessoa atendida. A partir disto, é possível, junto com o beneficiário, criar estratégias de superação das vulnerabilidades sofridas e do processo gradativo de saída das ruas.

O atendimento, apesar de ter iniciado apenas com Sobral, hoje acolhe pessoas vindas de outros municípios vizinhos e até mesmo de outros estados, como Piauí, Pará, São Paulo e Rio de Janeiro. Eles recebem todos os dias alimentação, banho, roupas e encaminhamentos diversos como para vagas de emprego e renovação de documentos. Um dos projetos desenvolvido no Centro POP é o Letramento, por meio de oficinas, em que se busca despertar a autoestima de cada pessoa, levando o ensino e a aprendizagem em uma lógica social.

Conforme dados da Secretaria dos Direitos Humanos e Assistência Social (SEDHAS, 2021), atualmente, 115 pessoas recebem a assistência do Centro POP, do total de 136 em situação de rua no município, número que pode mudar no decorrer da pesquisa, tanto para menos como para mais, pois depende muito da entrada e saída dessa população nômade, e, em Sobral, tem uma população de rua expressiva no centro da cidade.

5.3 Participantes da pesquisa

Para melhor compreensão, os moradores de rua são os que vivem continuamente na rua, sem unidade domiciliar de referência, os que vivem em situação de rua são aqueles que passam o dia perambulando nas ruas, mendigando ou não, no entanto, à noite, se recolhem para um domicílio fixo (BRASIL, 2009).

A primeira aproximação com os participantes do estudo deu-se quando a pesquisadora ainda ocupava a Gerência da Vigilância Epidemiológica do Município

de Sobral, em parceria com os profissionais da Atenção Primária e profissionais da Atenção Secundária em Saúde do município, participava de ações educativas no Centro POP e, hoje, estando à frente do Centro de Referência em Infectologia de Sobral fortalece cada vez mais esta parceria, por meio do acolhimento e da escuta a essas pessoas em situação de rua.

Nesta pesquisa, os participantes constituíram-se da população em situação de rua da sede de Sobral, Ceará, cadastrados e acompanhados pelo Centro de Referência Especializado da População em Situação de Rua (CENTRO POP) e que concederam anuência por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Respeitamos os critérios de inclusão: ser maior que 18 anos, estar cadastrado e não possuir limitações que impossibilitassem a resposta direta aos instrumentos de coleta de dados ou aferição de alguma característica clínica necessária para continuidade do estudo. E de exclusão: estarem afastados no período da coleta por algum motivo. Os participantes que aceitaram o convite para participar do estudo foram recrutados e assinaram o TCLE.

5.4 Procedimentos para coleta de dados

Após o contato feito com as pessoas em situação de rua cadastradas pelo Centro POP, 15 deles aceitaram participar da pesquisa. Realizamos uma entrevista pré-teste, para avaliar o instrumento de coleta e o tempo de ocorrência de cada pergunta. À vista disso, a utilização de um pré-teste é de grande importância, objetivando reduzir prováveis falhas na estrutura do questionário, além de avaliar a compreensão dos participantes e os efeitos que produz nestes (PEREIRA, MONTEIRO, 2018).

A coleta de dados ocorreu por meio de entrevistas semiestruturadas e observação livre, mediante o registro em diário de campo. Para tanto, adotamos o método da História de Vida e, a partir de então, identificamos as situações de vulnerabilidades em saúde vivenciadas pelas pessoas em situação de rua, conforme a trajetória existencial, ou ainda a culminância dos vários fatos que atravessaram, de forma negativa, a biografia pessoal de cada um. O período da coleta de dados ocorreude fevereiro a maio de 2022.

Para ampliar o modo de obter informações em relação à interpretação dos discursos que alguns dos protagonistas da História das pessoas em situação de rua

revelaram, escolhemos o percurso da história oral, como estratégia metodológica, maisespecificamente a história de vida, metodologia voltada à experiência vivencial daquele que narra (PIO, 2020), buscando identificar as situações de vulnerabilidade nas dimensões propostas por Saraiva (2015), os quais sugerem a existência de três dimensões interconectadas que compõem a vulnerabilidade: individual, social e programática (AYRES, 2012).

A história oral contada por participantes, de acordo com Minayo (2009), compõe uma tentativa de revelar um ambiente intangível dos acontecimentos que fazem parte da experiência de determinados grupos sociais. Objetiva descobrir pontos de vista e motivações das pessoas na História, logo, protagonistas dos fatos sociais, geralmente excluídas na visão oficial dos setores dominantes. Ela é de particular valor, pois se interessa pelas experiências cotidianas e as relações sociais, e os fatos que as pessoas se lembram de ou se esquecem são eles mesmos as substâncias de que é feita a História (MOURA; ROCHA, 2017).

Saraiva et al. (2015) destacam que a alternativa metodológica da história oral temática se baseou em busca na literatura e foi o diálogo com a obra que consubstanciou este percurso metodológico, mediante a apresentação de definições claras.

A opção por esta se deu pela intenção de buscar sentido social na história, nas experiências e nas trajetórias vividas por sujeitos que vivem em situação de rua e o que contribuirão para registros do percurso existencial, buscando incluir as versões e interpretações dos acontecimentos, das práticas vivenciadas, das relações estabelecidas e da construção de sua identidade enquanto cidadãos com direitos e deveres perante a sociedade.

Saraiva et al. (2015) afirmam que, na contemporaneidade, a história oral vem assegurando a produção de documentos e a realização de estudos que dizem respeito à vida social das pessoas, tendo como pressupostos: a percepção do passado como algo que tem continuidade, cujo processo histórico não está acabado.A presença do passado no presente imediato das pessoas é a razão de ser da história oral. Nessa medida, ela garante sentido social à vida de depoentes e leitores, que passam a entender a sequência histórica e se sentem parte do contexto em que estão inseridos.

Para se assegurar a cientificidade da história oral, há duas metas que devem ser garantidas: 1) o caráter de documento feito por relatos orais; 2) as derivações naturais da transferência do estágio oral para o escrito. No primeiro caso, segue o

autor escrevendo que "em vista do conteúdo dos depoimentos, o que se diz é que comumente são cheios de interferência emocional e vieses variados". E ao inverso do que se postula, é o conjunto desta inquietação que interessa para a históriaoral, até mesmo porque é na emoção e na paixão de quem narra a subjetividade que reside o interesse deste método (SILVA et al., 2018).

No segundo caso, os processos de transformação dalinguagem oral para a escrita demandam soluções próximas à literatura, e isso fazcom que a equiparação com a ‘arte’ seja mais lógica. Ironicamente, é na justaposição com os conceitos artísticos, principalmente no tocante ao tratamento dado à linguagem, que reside a aceitação ampla da história oral (SILVA et al., 2018).

Como as capacidades humanas são abundantes, Cyriaco et al. (2017) apontam que lidar com elas é caminhar por um terreno fértil, mas também complexo e delicado, que exige do pesquisador sensibilidade, criatividade, ética e conhecimento consistente sobre o tema ou objeto da pesquisa que recorre à história oral como método. Por isso, complementam Saraiva et al. (2014), metodologicamente, as explicações de situações recolhidas por meio da história oral devem ser complementadas pelo ponto de vista de outros atores sociais que se relacionam com os fatos localizados para fins de enriquecimento dos dados.

Igualmente, a história oral que usa os depoimentos orais como fonte para garantir a construção do conhecimento reveste-se da mesma consideração que os históricos convencionais. Contudo, o objetivo não se esgota na busca de umsaber próximo do que os positivistas acreditam ser a função do documento, ou seja, conter a verdade em si, mas o de procurar evidências e apresentar análises e interpretações sobre a experiência humana (SARAIVA et al., 2015).

A credibilidade das fontes orais é uma credibilidade diferente, como alude Saraiva et al. (2015), porquanto o valor do testemunho oral pode estar, não no apego aos fatos, nos eventos ou nos padrões de comportamento, mas também sobrecomo são vivenciados e lembrados, local onde a imaginação e o simbolismo desejam penetrar.

As entrevistas foram registradas em áudio, por meio de um gravador digital. O instrumento de coleta de dados foi uma entrevista semiestruturada composta por perguntas abertas que permitiram a compreensão da história de vida de cada participante, em que foram abordadas questões, com vistas a identificar marcadores de vulnerabilidade individual, programática e social, conforme fundamentos de Ayres

et al. (2012).

Inicialmente, utilizamos como fonte para seleção e identificação dos participantes desta pesquisa o cadastro no Centro POP mais atualizado para o período da pesquisa. A coleta de dados ocorreu em três etapas:

Etapa 1: busca ativa dos sujeitos cadastrados no Centro POP. Neste momento, foram realizadas buscas ativa para abordagem da amostra, conforme lista disposta previamente pelo Centro POP e apresentação do projeto para a equipe do CENTRO POP.

Etapa 2: agendado um encontro planejado pela pesquisadora e orientadora para oportunizar o conhecimento e a sensibilização para participação na pesquisa e apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A), com os esclarecimentos pertinentes aos princípios éticos que envolvem a pesquisa com seres humanos (CNS, 2012) e acerca da entrevista para identificar as histórias de vida (APÊNDICE C).

Etapa 3: entrevista com os participantes da pesquisa: Histórias de vida.

Ancorada no referencial de Ayres et al. (2012), esse momento foi conduzido junto aos participantes da pesquisa no Centro POP, no tempo deles, pois temos percebido pela observação empírica que estes são pessoas que não se relacionam bem uns com os outros, entre eles, ocorrem muitas discussões, alguns são usuários de drogas, outros usam tornozeleira eletrônica, por ter cometido algum ato infrator, alguns não gostam de participar de ações de educação em saúde, mas outros gostam de falar, de ser ouvidos.

Esses momentos foram conduzidos pela pesquisadora de forma que os participantes se sentissem à vontade para falar sobre qualquer assunto, a fim de compreender os sentimentos expressados por eles.

5.5 Riscos e benefícios da pesquisa

A entrevista trouxe lembranças retrospectivas que poderiam vir à tona os sofrimentos dos entrevistados, pondo em risco a continuidade da entrevista, além de aumentar o sofrimento daqueles que trazem consigo marcas ainda não superadas pelo tempo. Para minimizá-los, fizemos o encaminhamento dos que necessitarem para a rede de atenção à saúde mental, de acordo com a necessidade de cada um. Dentre os benefícios, podemos destacar o fomento de políticas públicas de

assistência para a população em estudo, subsidiando, com isso, a qualificação da atenção que garanta uma vida com condições sociais mais dignas, além de contribuir para elaboração da agenda da gestão do cuidado em saúde.

5.6 Análise dos dados

A análise de dados baseia-se em explorar, definir e categorizar em tabelas as evidências de um estudo. Portanto, esta análise permite organizar e detalhar o banco de dados, de forma interpretativa dos dados em questão e explicação detalhada do método (SOUZA, 2019).

No desenvolvimento para a pesquisa, as evidências foram transcritas, organizadas, classificadas e analisadas, seguindo o método de análise de conteúdo, segundo Bardin (2011). Para a garantia do sigilo, as entrevistas foram numeradas e codificadas, de acordo com a ordem numérica (E1, E2, E3…).

Seguindo o método de Bardin (2011), os dados foram categorizados, subcategorizados conforme as informações obtidas e organizados por meio de uma tabela, a qual estavam contidas as falas em destaques com a codificação referente, como mostra o quadro a seguir.

A análise de conteúdo pode ser considerada um complexo de formas de análise de comunicação, utilizando-se de procedimentos metódicos e descrição do conteúdo estudado (BARDIN, 2011). Bardin evidencia o método se divide em três etapas: a pré-análise, como forma de sistematização das ideias iniciais; aexploratória, definida como implementação da logística dos propósitos da pré-análise; e o tratamento dos resultados, seguindo a interpretação e validação dos dados do estudo (BORGES, 2020).

Durante a análise das histórias de vida, identificamos as situações de vulnerabilidade vivenciadas pelos participantes, considerando as dimensões propostas por Ayres (1996), por meio da construção de um quadro síntese, elencando as características das pessoas em situação de rua que remetem às vulnerabilidades (1) programática; (2) individual e (3) social, conforme proposta pelo referido autor.

5.7 Considerações éticas

Por se tratar de pesquisa que envolve seres humanos, foram consideradosos

aspectos éticos da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde - CNS (BRASIL, 2012), que dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

A presente Resolução incorpora, sob a ótica do indivíduo e das coletividades, referenciais da bioética, como autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade, dentre outros, e visa assegurar os direitos e deveres que dizem respeito aos participantes da pesquisa, à comunidade científica e ao Estado. Para atender a esses pressupostos, esta pesquisa foi submetida à apreciação do Comitê de Ética em pesquisa (CEP), após autorização da Secretária de Direitos Humanos e

|Assistência Social (SEDHAS) do município de Sobral, por meio de uma carta de anuência (APÊNDICE C).

A Resolução esclarece também que a pesquisa em qualquer área do conhecimento, envolvendo seres humanos, deve observar as seguintes exigências:

a) contar com o consentimento livre e esclarecido do participante da pesquisa e/ou representante legal; b) prever procedimentos que assegurem a confidencialidade e a privacidade, a proteção da imagem e a não estigmatização, garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades, inclusive em termos de autoestima, prestígio e/ou econômico-financeiro.

O termo de consentimento livre e esclarecido obedeceu aos seguintes requisitos: a) elaborado pelo pesquisador e cumprida cada uma das exigências acima; b) aprovado pelo CEP que referenda a investigação; c) assinado por todos e cada um dos participantes da pesquisa; d) elaborado em duas vias, sendo uma retida pelo entrevistado da pesquisa e uma arquivada pelo pesquisador (BRASIL, 2012).

As pessoas que aceitaram participar da pesquisa assinaram um TCLE, a fim de garantir o cumprimento das questões éticas da pesquisa que envolve seres humanos. Estas serão esclarecidas quanto à liberdade para se recusarem a participar do estudo, ou retirar o consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e prejuízo ao cuidado, assim como a garantia do anonimato.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA), conforme número 5.414.522.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Nesta seção, expomos, inicialmente, breve caracterização dos participantes da pesquisa e, por conseguinte, resgatamos as categorias abstraídas a partir da história oral e construímos um quadro síntese descrevendo as situações de vulnerabilidade vivenciadas pelas PSR, distribuídas nas dimensões individual, social e programática, conforme fundamentado por Ayres (2012).

6.1 Caracterização dos participantes

Os participantes da pesquisa estão caracterizados considerando sexo, identidade de gênero, faixa etária e naturalidade, e encontram-se descritos no Quadro 1.

A pesquisa foi realizada com 15 PSR, sendo três do sexo feminino e 12 do masculino. No que se refere à identidade de gênero, um dos sujeitos se reconheceu como travesti - é uma pessoa que foi designada homem no nascimento, mas se entende como figura feminina. Três entrevistadas identificaram-se como mulher cis - uma pessoa que nasceu com o órgão sexual feminino, tem atitudes e comportamentos relacionados ao papel de gênero feminino; um se reconheceu como homossexual - homem que é atraído afetivamente e/ou sexualmente por pessoas do mesmo sexo/gênero e não precisam ter tido, necessariamente, experiências sexuais com outros homens para se identificarem como gays; e 10 se reconheceram como homens cis, ou seja, nasceram com o órgão sexual masculino, tem atitudes e comportamentos relacionados ao papel de gênero masculino.

No que se refere à naturalidade dos entrevistados, cinco deles eram natural de Sobral - CE, quatro de Fortaleza - CE, um de Ipu - CE, um de Frecheirinha - CE, um de Maracanaú - CE, um de Altos - PI, um de Trairi - CE e um de Moraújo – CE.

Quadro 1 - Caracterização dos participantes da pesquisa. Sobral, Ceará, Brasil, 2022.

PARTICIPANTES	SEXO	IDENTIDADE DE GÊNERO	IDADES	NATURALIDADE
E1	M	Travesti	25	Sobral - CE

E2	M	Homem cis	41	Sobral - CE
E3	F	Mulher cis	35	Sobral – CE
E4	M	Homem cis	28	Frecheirinha - CE
E5	M	Homem cis	35	Ipú – CE
E6	M	Homem cis	44	Fortaleza – CE
E7	F	Mulher cis	39	Sobral – CE
E8	M	Homem cis	36	Maracanaú – CE
E9	F	Mulher cis	58	Altos – CE
E10	M	Homem cis	34	Trairi – CE
E11	M	Homem cis	49	Sobral – CE
E12	M	Homem cis	35	Moraújo - CE
E13	M	Homem cis	43	Fortaleza - CE
E14	M	Homem cis	43	Fortaleza – CE
E15	M	Homossexual	42	Fortaleza - CE

Fonte: Elaborado pelo próprio autor.

Dos 15 entrevistados que fizeram parte do estudo, dois revelaram orientação sexual diferente dos demais. Um denominava-se travesti e o outro homossexual masculino. Mesmo assim, durante as falas desses participantes, a orientação sexual foi identificada como um dos fatores que interferem no desejo dos mesmos de preferirem sair de suas casas e irem viver nas ruas.

Podemos pensar que a revelação em relação ao gênero tenha sido mascarada ou até mesmo omitida, afinal, a pesquisadora ainda era para eles uma desconhecida. Isso é apenas uma hipótese, que pode ter comprometido a real situação da população LGBTQIAP+ entre os entrevistados. Desta forma, torna-se este estudo inovador e de relevância social, sendo visto que estudos que sirvam de subsídios teóricos para fundamentação de estudos que envolvam temas relacionados a esta pesquisa, ainda, são escassos, dificultando a construção de políticas públicas voltadas para essa população.

De acordo com os autores Medeiros, Amorim e Nobre (2020), a Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua, realizada pelo Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS), traz poucos dados acerca dessa temática, são citados apenas os percentuais de homens e mulheres que se encontram

em situação de rua no Brasil, a partir das estimativas: 82% da população em situação de rua é masculina e o restante, 18%, feminina (BRASIL, 2009). Essa escassez de dados sobre questões de gênero e diversidade sexual no contexto da rua também pode ser vista no âmbito internacional. Os estudos concentram-se em pesquisas amplas, principalmente com o enfoque em adolescentes e jovens LGBTQIAP+ que se encontram em situação de rua, a maioria delas foi realizada nos Estados Unidos, no Reino Unido e outra na Austrália.

De acordo com pesquisa realizada pela Secretaria de Assistência e Desenvolvimento Social da cidade de São Paulo, em 2015, estima-se que porcentagem entre 5,3% e 8,9% de pessoas em situação de rua pertençam à população LGBTQIAP+.

Os participantes da pesquisa, ao relatar as histórias de vida, mencionaram o tempo de vivência na vida, locais das ruas de Sobral - Ceará que costumam permanecer, bem como o uso abusivo de drogas.

Daqueles que foram acometidos com o vírus do HIV, apenas um não fazia uso de drogas que aumenta a vulnerabilidade aos riscos às IST/Aids, mostrando a ineficiência das ações pontuais, que visam apenas a interrupção do uso de drogas e álcool, sem o devido suporte, fortalecendo, ainda mais, a necessidade de redes de apoio e incentivo para efetivas mudanças em suas vidas, como o fortalecimento das políticas de redução de danos no município. O Quadro 2 ilustra essa caracterização.

Quadro 2 - Caracterização dos participantes da pesquisa, de acordo com o tempo de vivência na rua, pontos da cidade em que permanecem, uso de drogas e soropositivo para o HIV. Sobral, Ceará, Brasil, 2022.

PARTICIPANTES	TEMPO DE VIVÊNCIA NA RUA	PONTO DE REFERÊNCIA ONDE FICA	USUÁRIO DE DROGAS	PVHA
E1	03 anos	Não tem lugar fixo	Sim	Sim
E2	02 anos	Não tem lugar fixo	Sim	Sim
E3	07 meses	Rodoviária	Sim	Não
E4	03 anos	Restaurante popular	Sim	Não
E5	03 anos	Restaurante	Sim	Não

		popular		
E6	22 anos	Rodoviária	Sim	Sim
E7	02 anos	Não tem lugar fixo	Sim	Não
E8	05 anos	Próximo à rodoviária	Sim	Não
E9	14 anos	Não tem lugar fixo	Sim	Sim
E10	8 meses	Próximo à rodoviária	Sim	Não
E11	10 anos	Não tem lugar fixo	Sim	Não
E12	Não soube dizer	Restaurante popular	Não	Sim
E13	22 dias	Restaurante popular	Sim	Não
E14	20 anos	Praça do Abrigo	Sim	Não
E15	01 ano	Praça de Cuba	Sim	Não

Fonte: elaborado pelo próprio autor.

Estudos como o de Brito e Silva (2022) revelam que, sob o ponto de vista da saúde, é alta a prevalência de doenças como tuberculose, HIV/Aids, dermatites, comorbidades psiquiátricas e uso abusivo de drogas. O etilismo e outras drogas, geralmente, estão relacionados tanto com a manutenção das pessoas na rua, quanto com a exposição delas à violência. A caracterização da PSR na literatura científica, em prontuários médicos, nas representações midiáticas e no senso comum perpassa por um conjunto de simbolismos sociais altamente estigmatizantes – extrema pobreza, desemprego, tuberculose, aids, doenças psiquiátricas, uso de drogas, “cracudo”, pessoa violenta, o que implica dificuldades de reintegração familiares e sociais.

De acordo com Campos (2018), a epidemia da aids no Brasil entre os usuários de drogas injetáveis denunciava a incipiência dos serviços de saúde mental destinados à questão das drogas, à ineficácia dos tratamentos e à falta de clareza sobre a magnitude do problema. Nesse mesmo período, começou-se a correlacionar vários problemas de saúde ao uso de álcool e outras drogas, dentre eles, comprometimentos

orgânicos, psíquicos e sociais, como doenças crônicas associadas ao uso abusivode bebidas alcoólicas, transmissão de 29 doenças infectocontagiosas, deterioração das relações interpessoais, prejuízo da capacidade produtiva e ocorrência de atos violentos.

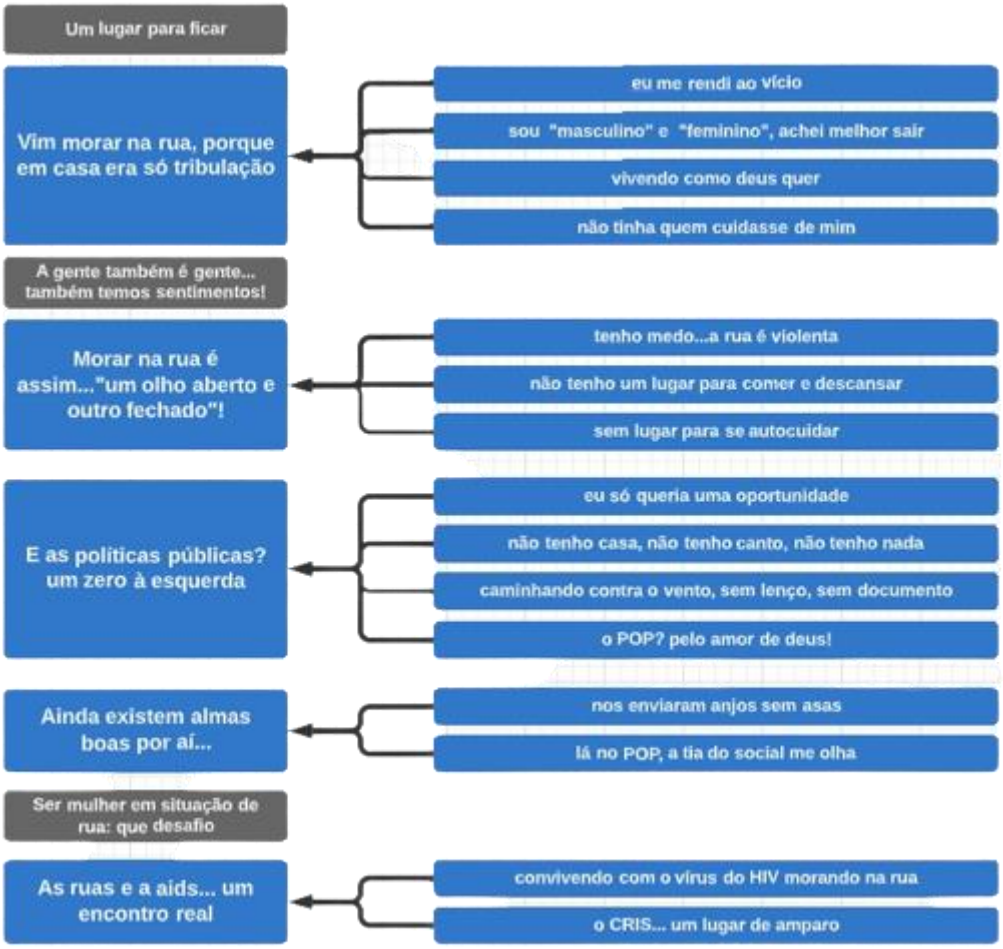
Atualmente, o relatório mundial sobre drogas estima que mais de 29 milhões de pessoas que usam drogas sofrem de distúrbios relacionados a esse uso, e 12 milhões de pessoas utilizam a droga injetável, dos quais, 14% possuem soropositividade para o HIV. Segundo esse relatório, o impacto do uso de drogas em termos de suas implicações para a saúde continua a ser devastador.

Essas variáveis que constituem características importantes das pessoas em situação de rua, ajudam a compreender também aspectos das histórias de vida que permitiram análise mais aprofundada.

6.2 A vivência nas ruas… um contexto de vulnerabilidades: análise das histórias de vida

A análise das histórias de vida das pessoas em situação de rua que tivemos a oportunidade de conviver com a realização desta pesquisa, permitiu a abstração de categorias e subcategorias que retratam a vivência de dores, sofrimentos, frustrações, abandono, violência e marginalização. Ousamos realizar discussões a partir dos depoimentos dos participantes, mediante o seguinte desenho de categorização, como mostra a Figura 1.

Figura 1 - Categorias e subcategorias extraídas das entrevistas, de acordo com análise de Bardin (2011). Sobral, Ceará, Brasil, 2022.



Fonte: Elaborado pelo próprio autor.

Seguimos com a análise e discussão das categorias abstraídas que expressam o contexto de vulnerabilidades vivenciadas pelas pessoas em situação de rua que participaram da pesquisa.

6.2.1 Um lugar para ficar

Esta categoria retrata os locais que as pessoas em situação de rua costumam ficar, abrigar-se, passar o dia ou apenas dormir, pois existe muita insegurança entre elas em ficar permanente apenas em um lugar, tendo que buscar todos os dias um lugar para dormir, comer e tomar banho. Ainda faltam pontos de acolhimento, centros provisórios e fixos, gerando atrito com a sociedade que fala que eles estão ocupando

a cidade, mas não lembram de falar da falta de políticas públicas ou ineficiência delas. Vemos aqui vulnerabilidades nas dimensões individual e programática. Essa realidade é visível nas seguintes falas dos entrevistados:

> … no Centro Pop, tem um monte de lugares assim, é variado, rodoviária, eu não fico em um lugar só não, eu vareio. (E1)
>
> … na verdade, eu fico ali pelo Centro POP. E, ao entardecer da noite, ao escurecer da noite, eu, eu... final da tarde, eu vou pra praça, de Cuba ou praça São Francisco, e por lá eu passo a noite, onde eu aderivo, onde eu recebo doações de alimentos de alguns voluntários e por lá passo a minha noite. (E2)
>
> … estacionamento da rodoviária, o local da gente dormir que é perigoso. (E3)
>
> … em frente ao antigo restaurante popular, eu prefiro as ruas mesmo. (E4)
>
> … no Centro Pop, porque quando cai a chuva, nós não conseguimos dormir (E5)
>
> … rodoviária, mas também a gente vira na rua como Deus quer. Tomando banho nas praças, muitas vezes nas lagoas. E a gente vai tentando, seguindo a vida. (E6)
>
> … rodoviária, no sinal, fico no sinal trabalhando. (E 10)
>
> …todas as praças, eu frequento, aqui, do centro, as praças aqui do centro. Não as do bairro, porque bairro não é muito compensador não. Violência todo canto tem. Mais bairro é mais violento do que no centro. (E11)
>
> … no antigo prédio do restaurante popular, pela aí e em outros locais. (E12)
>
> … aqui de frente ao centro POP tem uma mangueira veia pro cara tomar um banho. Isso aqui denigre a alma da pessoa. (E13)
>
> é shalom. Eu dormia lá, aí foi lá que eu levei a furada lá. Aí de lá, eu passei pra quadra lá do Luciano Feijão. … não consigo dormir direito. É um olho aberto e o outro (E14) … é uma assim, e o outro pastorando o outro. Porque, ninguém, passa todo tipo de gente, né?

Na literatura, autores como Fernandez e Carvalho (2022), apontam que na rua essas pessoas perdem a condição de humanas e passam a ser tratadas como parte da cena urbana, como se a rua fosse o lugar de direito. Perdem suas histórias e passam a ser identificadas não pelos nomes, mas pelas táticas de sobrevivência que desenvolvem ou pelos locais onde estão. Passam a ser o “Zé da esquina”, a mulher que fica sentada em frente à casa lotérica, o malabarista do semáforo. Tornam-se invisíveis enquanto seres humanos possuidores de direitos, deveres e saberes.

Isso nos faz refletir sobre a necessidade de fazer despertar na sociedade uma consciência sobre as particularidades dessa população, principalmente para aqueles

que fazem as políticas públicas do município de Sobral, Ceará.

6.2.2 Vim morar na rua, porque em casa era só tribulação!

Esta categoria revela os inúmeros desafios vivenciados pelos participantes muito antes de irem para as ruas, como desemprego, falta de moradia, problemas familiares, alcoolismo e uso de drogas ilícitas que, de certa forma, os afastaram dos vínculos familiares, quebrando, assim, os laços afetivos existentes.

A opção de morar nas ruas, na maioria das vezes, acontece em razão dos vínculos familiares fragilizados, laços afetivos rompidos, como o fim de um casamento, impulsionados por diversos outros motivos.

6.2.2.1 Eu me rendi ao vício…

O uso de drogas foi relatado por quase todos os participantes, uma vez que estes viveram a experiência de ter conhecido as drogas ainda na adolescência ou mesmo dentro da própria casa. Essa realidade está presente nas seguintes falas:

> … bebedeira, é coisas que minha mãe nunca aceitou. (...) e assim a pessoa beba não aceita ser julgada por ninguém (E1).
>
> … Aí, eu fui conhecer a um mundo escuro, o mundo das drogas, o mundo do álcool, muito cedo, com 13 anos. Com 9 anos, tinha uma senhora que trabalhava na minha casa, que morava mais meus avós, e ela...como era muita gente, todo mundo trabalhava, ela sempre contratava uma pessoa para auxiliar lá em casa, pra ficar fazendo tarefas domiciliares. Aí, ela fumava, depois do almoço. Normalmente, a gente almoçava, eu ficava em casa, aquele período da tarde, de meio dia pra tarde, eu ficava em casa pra ir pro colégio, aí, eu via ela fumando, e ficava curioso, como todo menino curioso, peguei, acabei me aprendendo, ela me ensinou a tragar aquele cigarro, no começo, eu me engasgava e tudo, mas eu aprendi a fumar. Me viciei em cigarro, mesmo com os castigos e as brigas que eu levava dos meus pais, que não queria, não aceitava de jeito nenhum, como todos os outros, acabei me viciando, não teve jeito. Aí, fui conhecendo outras coisas além do cigarro, depois veio a bebida, enfim, as drogas, na qual até hoje não consegui me libertar. A drogadição, e que faziam com que, fez com que eu alterasse meu humor, a alteração do humor, e que eu simplesmente, pela obsessão, pelo vício, pela droga, eu desconheci até os meus afetos em relação, aquela... eu não desrespeitava, mas também não me dava contade que eles também estavam sofrendo em relação as minhas ações, atitudese escolhas. E fez com que isso virasse um ciclo vicioso, na qual eles tomaram a decisão, de me simplesmente me tiraram, e eu fiquei impossibilitado da convivência com eles, até hoje (E2).
>
> … Uso, mas hoje graças a Deus não coloquei nada na boca ainda (E3).
>
> … mas o meu pai era alcoólatra, minha mãe era alcoólatra também. Mas tô

aqui né, nessa vida aqui. Porque a gente tem uma escolha, e a gente escolhe o caminho que quer seguir (E5).

… Quando eu não quero usar droga, por exemplo como eu tô aqui hoje, por mim eu ficava até mais tarde aqui hoje, mas aí quando é 10:00h os cara bota pra fora, aí infelizmente tenho que ir pro meio do mundo, né? Não vou ficar ali fora sendo besta, conversando merda com o pessoal ali se brigando direto, discutindo. Vou pro meio da rua, vou pro sinal trabalhar aí quando pego dinheiro pronto, crack. Se eu for trabalhar no sinal sem beber e sem usar droga, ixi Maria, fico aí devagar, não sei chegar na pessoa, fico com vergonha. Depois que eu bebo e fumo, menino, é ligeiro o negócio anda (E10).

…Aí, eu bebia, bebia direto, bebia. Aí ela me avisava e tal, que esses meninos tão crescendo aí, e se esse menino aí crescer, e arrumar uma mulher e essa menina arrumar um marido, tu com essas tuas cachaça aí,eu num vou aguentar não. Ela falava isso aí, pra mim entrava num ouvido e saía no outro. Parava bebida, e também outras drogas no meio, né? num era só bebida.Aí, deu que meu filho ficou adulto, arrumou a senhora dele. Ea minha filha ficou adulta,e arrumou também o marido dela. E eu na birita, na farra aí. Deu o que ela falou aí, teu filho tá com a mulher dele, a menina tá com o marido dela, tu com as tuas coisas aí, eu num vou aguentar não....
se eu viver lúcido, lúcido assim, sem efeito de drogas, sem efeito de álcool, de nada, aí não há dificuldade pra mim. Então, a dificuldade é isso aí, é eu controlar esses vícios que eu tenho, né? Do álcool, o álcool prejudica muito, né? Tanto que eu tô aqui, na rua, devido, principalmente ao álcool. O álcool ... ele, você começa no álcool, e depois cê tá alcoolizado, pode vir o que vier, que você topa ... é uma porta, é uma janela de entrada. Viver na rua ...
taí, eu não tô me aguentando, tá, hoje, segunda-feira, são 14 dias sem o álcool. Mas aí, é duro você viver num clima desse de tensão, terror, às vezes temor, violência muita…um local assim, pra chegar a noite, a pessoa ir dormir lá, assim, um canto. Porque você dorme assim, numa calçadas. Quem dorme assim. Eu não durmo assim, em qualquer canto, eu durmo escondido (E11).

… há 22 dias atrás eu tive uma queda, eu estava em sobriedade, né? Passei mais de 1 ano em sobriedade e infelizmente eu tive uma queda, então, a ponto que eu cai, rompi os laços familiares e eu tô em situação de rua. … mas por uma infelicidade um dia eu encontrei a questão da droga, né, da dependência química onde, onde ela, inicialmente a droga não se mostra um coisa ruim, não se mostra uma coisa feia não. Era até charmoso.Você no colégio, não sei se ainda é hoje, durante o, entre os adolescentes, era até charmoso a gente fumar uma maconha.… Aconselho a nunca entrar, viu? Porque é um funil, não é um funil. Infelizmente hoje também existe esse negócio do crack e esse crack veio pra devastar, pra destruir. E não tem, não é nem vergonha a gente abordar sobre isso, porque eu aprendi que não tem família nenhuma que possa tá apontando dedo pra ninguém, não tem, né? Ninguém usa porque é ruim, porque é safado porque é sem vergonha ninguém escolheu usar aquilo. Foram situações, às vezes, por muita das vezes por violência doméstica, ou muita das vezes na adolescência, aquela questão da rebeldia, a gente querer se distanciar, os pais não saberem como lidar naquele momento, a falta de um diálogo, a falta de uma abertura, de aceitação. Não é só, assim, aquele negócio de fazer o que eu digo não faça o que eu faço, não (E13).

… Em termo espiritual força, porque é muito difícil a gente na rua adquirir, sabe porquê? Porque na rua impera um certo sistema que onde tu luta sozinha, tu não tem força, realidade é essa. … Muitas das vezes esse menino aí usa uma droga, ou toma uma cachaça, uma coisa pra eles ter coragem de novo pra voltar lá pro sinal, coisa que se ele tivesse sóbrio ele não ia. Aí, o sistema, se cria um sistema, onde indiretamente escraviza ele pra ele ir,

> ninguém rouba por roubar, ninguém rai pedi no sinal pra pedir, não, tudo ali já tá condicionado ou então como o próprio tráfico diz ‘’Viciado bom é viciado devendo’’... porque o viciado devendo vai correr atrás, minha patroa, ele vai ter que dar os pulos dele, o viciado que tá devendo é me deitar e acabou-se (E13).

> .. Aí, depois eu entrei na bebida ... entrei na bebida, aí pronto. Só sei fazer só meu nome, ler eu sei um pouquinho ... eu perdi, perdi tudo, eu perdi tudo. Eu Tô ... na misericórdia de Deus. Perdi tudo, tudo, tudo. Porque, quando você tem sua mãe, primeiro lugar a mãe, porque meu pai nem se fala (E14).

> …comecei a trabalhar. E, neste dito trabalho, encontrei uma pessoa, e começamos a ficar e esta pessoa foi quem me falou as situações que me deu a primeira vez o crack, que eu provei a primeira vez o crack com essa pessoa. E Aí pronto, eu trabalhava, trabalhava. No final do mês, eu pegava, recebia o dinheiro, tinha uma saidinha com ele, nós fumava, dentro do motel. E aí, no mês, aí quando foi depois, foi passando pra quinzena. De quinzena, foi passando pra semana, eu consumindo e de semana, foi passando por dias. E, aí, foi dias, dias, dias, dias, dias e aí pronto. Quando deu fé, eu não tinha mais nada, já tava vendendo as coisas tudo minhas, que dava pra vender e eu consumir, e até chegar neste estado porque
> tem muita gente que não entende que isso é uma doença, a gente não consegue tá manobrando. A gente não consegue ter autocontrole.… por causa que sou alcoólatra, sou dependete do crack, Aí, quando eu consumo, sempre, depois, ou algum dia, em qualquer momento, mas sempre vou ter que arcar com alguma doença, alguma coisa (E15).

De acordo com Toigo (2021), a situação de vulnerabilidade em todas as suas dimensões contribuem para o uso abusivo de substâncias psicoativas e a situação de rua, no qual acaba expondo as fragilidades de muitas famílias, muitas vezes, exigindo que o paciente identificado assuma um papel que não é o seu. Famílias que vivem em situação de vulnerabilidade, agravada pela crise econômica, pelo desemprego e pelas situações de risco, tendem a se tornarem dependentes uns dos outros para sua sobrevivência.

Assim, o autor destaca ainda que os papéis confusos e não definidos, como um filho que faz papel de mãe, cuidando do irmão mais novo; ou um filho que faz papel de pai, trabalhando precocemente, não diz respeito somente aos padrões disfuncionais presentes no sistema familiar, mas envolvem aspectos mais amplos e complexos, como todo o desamparo social existente em famílias em vulnerabilidade. É possível pensar que um indivíduo em situação de rua representa a vulnerabilidade de um sistema familiar vítima de uma sociedade desigual e privativa, representando o estado mais real e cruel da exclusão social.

Na literatura, autores como Rodrigues, Lima e Holanda (2018) e Vedovatto (2010) apontam que essas pessoas passam a ter as vozes silenciadas e os direitos desrespeitados. Os autores mencionam que a pessoa que usa drogas não tem vez

nem voz, porque na formulação de Políticas Públicas voltadas à questão de drogas são chamados diversos atores sociais envolvidos na questão dasdrogas, como policiais, juristas, políticos, padres, pastores, médicos, psicólogos, sociólogos, dirigentes de comunidades terapêuticas, representantes de associações médicas, Ministério da Saúde, Secretaria Nacional de Políticas de Drogas e não são os representantes do público-alvo.

Campos et al. (2019) explicam que o consumo de álcool e outras drogas aparece na literatura, muitas vezes, como uma das causas principais que levam pessoas às ruas.

No entanto, "[...] o uso de álcool ou outras drogas se impõe muito mais como uma estratégia de subsistência, capaz de ampliar a alienação acerca da situação de rua do que uma condição ou característica que ajuda a definir esse contingente populacional" (CAMPOS et al., 2019). Apesar de a população em situação de rua compor um grupo social aparentemente submetido aos mesmos espaços físicos e culturais, não é possível defini-la a partir de um padrão estereotipado, em que todas as pessoas são vistas como "bêbadas" e "drogadas".

6.2.2.2 Sou "masculino e feminino", achei melhor sair

A não aceitação da orientação sexual por parte das famílias e a violência sofrida constituem motivos para que essas pessoas deixem suas casas e vivam fora do contexto familiar. E, para garantir a sobrevivência nas ruas, um dos participantes teve que usar como estratégia a prostituição. Essa realidade está presente nas seguintes falas:

> Minha vida é assim, eu saí de casa com 10 anos, não quis ficar em casa, porque minha mãe não me aceitava. … era eu ser travesti, ela não queria eu dentro de casa assim vestido de roupa de mulher, essas coisas. Não, pra mim seguir o que eu sou, vai ser o jeito eu seguir a rua, e saber o que é o mundo, até hoje eu vivo. …Para sobreviver, tia, eu vivo de todo jeito, peço. Agora, eu não vou vender minhas carnes e nem andar roubando. Mas assim mesmo, eu já vendi minhas carnes, pra mim comer e sobreviver na rua. … Sei entrar, sei sair e respeito todo mundo. Agora em agressão, porque eu não vou abaixar a cabeça se alguém vir tacar o dedo na minha cara ou tacar a mãozada na minha cara, porque eu já saí de casa pra não tá apanhando de ninguém. Mas não ando mexendo com ninguém, me respeitando, eu respeito do mesmo jeito (E1).
>
> …Minha vida foi um pouco turbulosa, porque eu sou homossexual, e minha família não admitiu, não aceitava. E a minha mãe, não admitia isso, me batia bastante. Qualquer coisa, era uma pisa, uma surra, tá entendendo? Teve uma

> vez que ela me deu uma e não suportei, tive que sair de casa com 11 anos de idade (E15).

Esses indivíduos passam, muitas vezes, por agressões físicas e verbais dentro de ambientes familiares, acadêmicos e laborais, esses últimos usualmente estruturados em sistemas machistas e com pouco espaço para mulheres. Essas mulheres transexuais, expulsas do meio familiar, escolar e do mercado de trabalho formal acabam sendo forçadas a sobreviverem na marginalidade, muitas vezes como profissionais do sexo (SANTOS, 2018).

O autor aponta que essas pessoas sofrem preconceito dentro dos núcleos familiares, sendo expulsas deste meio e se tornando pessoas em situação de rua pela orientação sexual ou identidade de gênero, o que é influenciado diretamente pela religião, pelo preconceito e pelas violências psicológicas sofridas em ambiente familiar.

6.2.2.3 Vivendo como Deus quer

O fato de se conformar com a vida como ela está e de não vê desvantagem em estar na rua, da forma de sobrevivência como pedinte, e a prostituição foram realidades presentes nas seguintes falas:

> … Aí, vivo, mangueio pro lado, pro outro, atrás de comida, alguma coisa, dinheiro, aí assim eu vou vivendo, ganho roupa, ganho minhas amizades... Até na hora de eu ir pedir uma comida, tem gente que fecha muito as portas pra mim, diz um não. Aí só quando diz o não, eu agradeço a Deus, porque Deus é maior, né? …Tia, é muito pouca gente que quer ajudar a pessoa, muitas poucas. Tem muita gente que diz um não, tem muita gente que vira as costas, às vezes até julga, manga, essas coisas assim (E1).
>
> …Minha infância foi tudo bem, até eu chegar nesse ponto de completar meus 34 anos e vir para esse mundo. … E hoje a gente é muito julgado, se a gente for num restaurante pedir comida. Eu só queria uma oportunidade de emprego (E3).
>
> … Minha vida está boa! Desse jeito aqui está bom. … Eu prefiro a rua mesmo, já tô acostumado na rua.… Rapaz, para mim não é difícil. Tem nada difícil hoje não, esquento não, prefiro na rua do que em casa. … Prefiro a rua, porque em casa é só tribulação (E4).
>
> … Mas, eu tenho uma filha, tô separado. Mas tô aqui, nessa vida aqui. porque a gente tem uma escolha, e a gente escolhe o caminho que quer seguir. … Mas, se Deus quiser, vai dar certo (E5).
>
> … fui criado por familiares de outras pessoas, e vim para rua, já com 14 anos,

> e até hoje tô vivendo como Deus quer (E6).
> … Aí sempre que eu posso, eu ganho duzentos reais por meses, do auxílio bolsa família. Aí mando 100 para eles e fico com 100 (E7).
>
> … Aí joguei no cara ou coroa. Literalmente no cara e coroa, porque na rodoviária fiquei em dúvida em Juazeiro e Sobral. E cá estou eu (E8).
>
> … Me batia e mandava eu fazer programa.… aí eu comecei em 2009 ficar na rua, aí pronto. Aí, de 2009 pra cá, vivo na rua. … É eu peço nas casas. É,vou no mercado, arrumo alguma coisa umas frutas. Eu ganho roupa. Às vezes vou à minha irmã, peço pra ela fazer uma feira , pra mim fazer comia lá no espei d'àgua. Aí é. Também tenho o meu auxílio que recebo.… porque quando tá chovendo eu já tenho um local que, sabe? não me molha. Eu tenho lençol pra me enrolar (E9).
>
> … Só a chuva mesmo, o inverno, o resto eu tiro de letra, o negócio é só essa chuva. … Tô ótimo, trabalho, ganho meu dinheiro, faço o que quero, não devo satisfação a ninguém. Não pago água, não pago luz, não pago aluguel (E10).
>
> … Num carrego nada, só uma sacola dessa aqui, e num tenho inveja de quem tem bens materiais não. Porque, no fundo, no fundo, nós somos todos iguais, né? Quando a gente receber o chamado de Deus, vai tudo pro buraco lá, e o que tem aqui ... Então, procurar fazer mais a vontade de Deus, né? Se puder ajudar, ajude. Não derrube ninguém, se não puder ajudar, não derrube. Respeitar o seu próximo, e é isso aí ... Admirar o bonito, o belo. Aprecie cada momento bom, é isso mesmo. Sou grato, porque a vida é um presente, a minha vida é igual a de um rei, de um bancário, é a mesma vida, né? É isso aí, pessoal (E11).
>
> … A minha infância tem algo que eu gosto de recordar e outros não, mas eu tô bem. … Atualmente eu tô mais tranquilo, tô mais ... eu relato muito que sou fã da leitura. … Mas ele disse que tinha uma pessoa que queria me pegar por trás, aí eu disse" Pera aí", depois me toquei que era um cabaré de prostituição (E12).
>
> … A gente chegar na porta de uma casa e pedir uma comida, o pessoal dar, mas a gente pedindo um banho? Quem vai deixar entrar, é esse o problema (E15).

Segundo Nascimento (2018), o ser humano que vive em situação de rua tem uma história de vida, tem afetividade, sexualidade, cria vínculos de relacionamentos, pode lutar por um processo de saída das ruas, mas também tem o direito, inclusive, de querer ficar na rua. Cabe ao Estado, por meio de políticas públicas, e da sociedade impedir a violação dos direitos desses cidadãos.

6.2.2.4 Não tinha quem cuidasse de mim

A dor dos que sofreram abandono afetivo e daqueles que por algum motivo tiveram que ser cuidados por terceiros esteve presente nas seguintes falas, em que é percebido que um dos motivos que levou os participantes a morarem nas ruas

esteve relacionado com as vivências de atos de violência intrafamiliar.

> … ficava com nossos avós, eles que cuidavam praticamente o dia todo da gente, porque minha mãe trabalhava sempre cedo, acordava cedo mais meu pai, trabalhavam numa fábrica, e a gente ficava em mãos de terceiros, de família ou de vizinho (E2).
>
> … Aí, eu ficava com a minha vó a maior parte do tempo... aí, eles sempre brigavam, e via a briga deles. Aí, com o tempo eu fui crescendo e graças a Deus a minha vida teve uma mudança, mas depois que minha avó faleceu, eu saí no mundão. Aí, tô até hoje nas ruas por conta disso (E5).
>
> … Não tinham condições de me criar, fui criado por familiares de outras pessoas, e vim para rua, já com 14 anos. … a falta de carinho de mãe e de família. … Após a morte da minha mãe de criação, eu não tive com quem ficar, então eu tive que vir para as ruas (E6).
>
> … Até meus 11 anos, dizer assim. Aí, foi o tempo que minha mãe foi embora pra Teresina, eu fui também. Com 12 anos eu saí de casa, porque eu sofri muito na mão da minha irmã, eu fugi de casa, fiz foi fugir mesmo,vim pra cá (E9).
>
> … Minha mãe me batia muito, e era 7 irmão e ela trabalhava, bebia muito tempo, aí, resolvi sair de casa com 12 anos, de lá pra cá eu vivo só, só assim. me virei desde os 12 anos de idade. Só que eu voltei de novopracasa com os 14, aí depois sai de novo com uns 16 e até hoje não voltei mais (E10).
>
> … A minha irmã tá cuidando. A minha família adotiva (E12).
>
> … a minha mãe, o que ela pode fazer, ela fez, fez tudo. Mas, meu pai teve culpa também, porque ele não me deixou só com a minha mãe. E aí ... me deixou só com minha mãe, ele sumiu, aí ... eu nunca, nunca vi ele (E14).
>
> … tive que sair de casa com 11 anos de idade. Aí, foi para uma pessoa lá de Fortaleza, que era na rua de lá, duas ruas depois da onde eu morava. E ele me deu a mão, tá entendendo? Cuidou de mim (E15).

Na literatura, autores como Reis, Prata e Parra (2018) apontam que a violência intrafamiliar sempre existiu, tendo sido assistida e aceita pela sociedade durante séculos como forma de educação e valores sociais. Contudo, principalmente nas últimas quatro décadas, tem-se assistido a um crescente interesse e preocupaçãopor este fato, que passou a ser objeto de investigação, atuação e busca de prevenção.

A violência intrafamiliar possui quatro principais formas de manifestação: física, sexual, psicológica e negligência. Normalmente, são praticados pelos pais, responsáveis e/ou pessoas da confiança das crianças e adolescentes. É importante destacar que nem sempre as manifestações de violência vão deixar marcas físicas, mas que nem por isso, deixam de ser graves, devido às consequências emocionais, marcas psíquicas e afetivas que existirão (REIS; PRATA; PARRA, 2018).

Os autores reforçam que o abuso e a violência psicológica são formas de violência que praticamente não aparecem nas estatísticas, pela condição de invisibilidade, manifestando-se na depreciação da criança ou do adolescente, por humilhações, ameaças, impedimentos, ridicularizações, que minam a autoestima, fazendo com que acredite ser inferior aos demais, sem valor, causando-lhe grande sofrimento mental e afetivo, gerando profundos sentimentos de culpa e mágoa, insegurança, além de representação negativa de si mesmo, que podemacompanhá-lo por toda a vida. A violência psicológica pode se apresentar, ainda, comoatitude de rejeição ou de abandono afetivo; de uma maneira ou de outra, provoca umgrande e profundo sofrimento afetivo às suas vítimas, dominando-as pelo sentimentode menos valia, de não merecimento, dificultando o processo de construção de identificação-identidade.

6.2.3 A gente também é gente... também temos sentimentos!

Esta categoria aponta a dificuldade da percepção do indivíduo em relação aos sentimentos dele na sociedade e revela os inúmeros desafios enfrentados pelos participantes em morar na rua, como a solidão, exclusão, medo, insegurança, constrangimento, desamparo, desrespeito e preconceitos. Essa população é a mais afetada com as consequências da desigualdade, estigmatizados pela sociedade, sofrem por falta de acesso a seus direitos. Essas dificuldades estão presentes nas seguintes falas:

> ... os próprios amigos querendo me bater, querendo me agredir. Aí, tipo, vai enfrentar, aí aonde vai pau vem, um agride o outro, mas só porque eu para evitar isso, eu saio. …É, tendo relação com outras pessoas. Mas, através que eu não posso tá com um e com outro, eu não vou fazer isso, tá entendendo? Eu tenho medo. (E1)… Mas, até hoje... que além de culpado, que o maior afetado, maior prejudicado, foi o próprio eu mesmo, né? Mas com isso, eu assumo essa minha parte, eu falo só da minha parte, do que eu fiz, não do que fizeram, do que aconteceu, porque tudo isso ficou pra trás (E2).
>
> … Não é que a gente vive em situação de rua, que a gente vai ficar desprezados não (E5).
>
> … E a gente vai tentando, seguindo a vida (E6).
>
> … E os riscos que a gente corre, de acontecer algo com a gente ou de alguém fazer alguma coisa com a gente. Graças a Deus não tenho intrigado, mas a gente corre o risco de tudo. … E para gente fazer cocô, na rua tem a hora de tudo, a gente não vai fazer em qualquer canto, tem que ter um companheiro

> para segurar um lençol, uma coisa. Para tomar um banho é a maior dificuldade, aqui não tem banheiro. O banheiro que aqui tá entupido, oralo está entupido (E7).
>
> … aí, você tá precisando de um atendimento do posto, mas eles não atendem porque é preciso a autorização do centro POP. Isso é totalmente errado, porque se a pessoa precisa de atendimento e o profissional não atende, chega ser até inconstitucional porque todos têm direito à saúde (E8).
>
> … Eu queria voltar ao mercado de trabalho. Vê se saia dessa situação, porque se disser que é boa, num é não. … Mas, aí, é duro você viver num clima desse de tensão, terror, às vezes, temor, violência muita (E11).
>
> … Graças a Deus, eu ainda tento me controlar nesse sentido, pra não tá devendo a ninguém pra poder dormir de certa forma em paz. … Eu sou até técnico de enfermagem, você sabia? Foi minha primeira profissão, em Fortaleza, eu trabalhei no pronto socorro dos acidentados, só com traumatologia, foi através do técnico de enfermagem que eu pagava minha faculdade de pedagogia (E13).
>
> … É porque eu, assim, eu, eu gosto muito de computador, eu queria tá no lugar dela ali ó. E ler, né? Pra começar a escrever, e tudo. E aprender alguma atividade (E14).

Esse cenário é bastante presente nas histórias de vida das pessoas em situação de rua, quanto maior a falta de recursos, maior também a insegurança psicológica e, em decorrência disso, a probabilidade e o risco de se desenvolverem transtornos mentais, como a depressão ou os transtornos graves de ansiedade. Vivemos sob o estigma e o isolamento social, sem perspectiva de um futuro melhor. Na rua, estão sempre submetidos a toda espécie de abandono e deterioração pessoal, como violência, frio, fome, cansaço, ausência de esperança, constante risco de contração de doenças, solidão, insegurança, entre tantos outros sentimentos.

6.2.4 Morar na rua é assim... “um olho aberto e outro fechado!”

Esta categoria revela os inúmeros desafios enfrentados pelos participantes em morar na rua, como a exposição à violência, especialmente física e moral; a ausência de um lugar digno para realizar as necessidades fisiológicas básicas e de autocuidado, bem como sono, repouso e alimentação.

6.2.4.1 Tenho medo, a rua é violenta…

O medo de viver nas ruas foi relatado PELOS participantes, uma vez que estes viveram a experiência de terem os pertences “tomados, furtados” pelos pares, e, além

disso, alguns foram agredidos fisicamente, inclusive por arma brancae pelos próprios amigos da rua. Essa realidade está presente nas seguintes falas:

> ... o que eu enfrento na rua, é muito... os próprios amigos querendo me bater, querendo me agredir. … um agride o outro, mas só porque eu para evitar isso, eu saio (E1).
>
> … É os riscos que a gente corre, de acontecer algo com a gente ou de alguém fazer alguma coisa com a gente. Graças a Deus, não tenho intrigado, mas a gente corre o risco de tudo. Tem muita falsidade, muitas fofocas (E7).

Conforme Fernandez e Carvalho (2022), a vida na rua está repleta de perigos. No entanto, esses perigos tornam-se pequenos quando comparados às manifestações de violência que se apresentam no universo familiar e nos bairros onde residem. Como resultado, o abandono desses espaços torna-se inevitável.

Para Michaud (1989, p. 10), a violência acontece quando em uma situação de interação, “um ou vários atores agem de maneira direta ou indireta, maciça ou esparsa, causando danos a uma ou várias pessoas em graus variáveis, seja em integridade física, em sua integridade moral, em suas posses ou em suas participações simbólicas ou culturais”.

6.2.4.2 Não tenho um lugar para comer e descansar

A falta de um lugar de permanência para essa população reflete o sofrimento passado por eles em não ter um lugar para descansar, haja visto que o equipamento que está funcionando provisoriamente como o Centro POP não permite esse conforto para a população em situação de rua, apenas funciona como um ponto de apoio para encaminhamentos de demandas ligadas à assistência social e fornecimento das quentinhas e café da manhã, sendo assim, eles não têm ondeguardar os pertences nem como ficar em segurança, pois tem horário determinado para permanecer dentro do prédio, passando do horário, eles são convidados a se retirarem.

> … Já, muito. Já na rua eu escondi num lugar, aí quando fui caçar, já não tava mais, mas só que eu via gente com as minhas coisas, mas não tinha coragem de reclamar, porque eu acho que tava precisando mais do que eu, né? … Tia, sobre a minha vida, que desde os 10 anos que vivo nessa vida, assim de sofrimento. Não tem paradeira (E1).

> … Mas, a gente tem que correr atrás, sempre, todos os dias, de um abrigo, de um lugar pra gente se manter...aquecido, sempre de umas cobertas no tempo frio, as dificuldades na noite de dormir ao ar livre, que não é seguro…. Sem falar, da tranquilidade, porque na rua, passa, além do trânsito, de pouca fluência, mas quando passa, eu tenho um sono muito maneiro. Até com uma pisada na calçada, eu já me acordo, e isso vai atrapalhando a pessoa ter um sossego bem relaxante mesmo, mais agradável (E2).
> … E hoje a gente é muito julgado, se a gente for num restaurante pedir comida (E3).
>
> … Aí, no final de semana, não tem alimentação, só na semana (E5).
>
> … Mas, a gente é um ser humano, morador de rua, a gente precisa de uma ajuda, de um apoio para dormir, de um canto melhor para viver (E6).
> … Quando eu não quero usar droga, por exemplo como eu tô aqui hoje, por mim eu ficava até mais tarde aqui hoje, mas aí quando é 10:00h os cara bota pra fora, aí infelizmente tenho que ir pro meio do mundo, né? (E10).
>
> … Dificuldade no momento da chuva, não ter um local. Em um momento de tempestade não ter uma roupa drapeada, um lençol, uma coisa para se sentir bem. E também se colocar no lugar dos outros, que se encontram também (E12).
>
> … As muriçocas castigam, não é brincadeira não. Quem já está encaliçado nessa vida é uma coisa, quem nunca, é difícil (E13).
>
> … O frio, é. E o medo, né? Só, e o medo também. Sabe lá, qualquer hora, né? a qualquer instante, qualquer minuto (E14).

Oliveira (2018) expõe que, apesar de os serviços de assistência possibilitarem alguma visibilidade desses sujeitos, uma vez que entregam documentos, contabilizam-os em levantamentos estatísticos, ao mesmo tempo em que reforça a exclusão social, ao não conseguir garantir acesso a alguns direitos sem o cumprimento de condicionalidades. Os serviços de assistência não conseguem, por exemplo, garantir que o sujeito durma em segurança sem que, em contrapartida, ele deixe de usar álcool/ drogas e cigarro. Cria-se um jogo, onde se busca incluir o sujeito, criando, porém, outras vias de exclusão, já que o fato de não deixar os vícios, impossibilita o acesso ao abrigo, então, passa a existir uma racionalidade que diz que os sujeitos que realmente querem ter uma vida mais digna estão abrigados enquanto que os outros preferem viver nas ruas. Essa racionalidade não considera que, de fato, podem preferir viver nas ruas, mas que ainda assim gostariam de poder fazê-lo com mais dignidade.

6.2.4.3 Sem lugar para se autocuidar

A ausência de um lugar para ser usado na hora do autocuidado das pessoas

em situação de rua é desafiante e afronta os direitos do indivíduo. As falas a seguir sinalizam as dificuldades encontradas na hora de fazer a higiene e o autocuidado.

> … Tia, de higiene não é todo dia, todos os meses eu tomo meu ganho, aí, num mês eu vou comprando, pasta, sabonete, essas coisas. Às vezes não tem nem tempo de tomar banho, porque vai atrás de alguma coisa para comer, num tem nem tempo. Aí já chega tarde, e toma banho à noite. (E1)
>
> … lá pelas ruas mesmo, procuro um canto que seja não adequado, mas que me favoreça. Para que eu falte ... aquele alívio, daquela necessidade. … E higiene a gente procura alguns locais que a gente possa ter necessidade para tomar um banho, trocar. (E3)
>
> … Aqui existe água, aí não, nessa torneira aí não. (E4)
>
> … de banho porque tem uma torneira aqui em frente. (E5)
>
> … Tomando banho nas praças, muitas vezes, nas lagoas. E a gente vai tentando, seguindo a vida. (E6)
>
> … Eu e meu companheiro compramos um shampoo e uma pasta. É uma mão lavando a outra.… até para trocar, quando estamos menstruada, é terrível estar nas ruas. E para gente fazer cocô, na rua tem a hora de tudo, a gente não vai fazer em qualquer canto, tem que ter um companheiro para segurar um lençol, uma coisa. Para tomar um banho é a maior dificuldade, aqui não tem banheiro. O banheiro que aqui tá entupido, o ralo está entupido. (E7)
>
> … Eu tomo banho no espei d'água ali. Todo mundo toma banho lá, todo mundo. Tem a mangueira lá fora, não sei se a senhora já viu? (E9)
>
> … Ah, onde for, onde tiver água, quando tomar não toma, passa de 2 dias sem tomar bain passa de 3. Quando toma tem o rio aí, o banheiro da lanchonete, tem ali uma torneira ali fora. Necessidade fisiológica de baixo da ponte, mijar em qualquer canto mija quem é homem escora em um muro e tchau. (E10)
>
> … A higiene, por mais que eu não consiga ainda me adaptar a tomar um banho aqui, eu tomei umas duas vezes, mas, no geral, eu vou ali num conhecido,do barzinho ali do centro ‘’Posso tomar um banho?’’ ‘’Pode’’, e ali a gente faza assepsia geral, né? faz a higienização. … banheiro a gente tem um banheiro aqui que a gente não pode urinar, não pode defecar porquea privada não desce, porque não tem um chuveiro pra se lavar. … como quea pessoa pode se sentir bem? Se sentir digna? Se ela não tem condição de tomar uma bain meu irmão, de fazer cocô e limpar a bunda,né? (E13)
>
> … Isso aí, eu vou pra uma lanchonete que tem ali, né? Também aqui, tava tendo a construção aqui da ... do negócio aí, mudando a cerâmica, naquele espelho d’água, e eles deixaram um buraco com água, e nesse buraco com água, tamo ressarcindo nele, no meio da rua. (E15)
>
> … Um banho. Um banho ...Que ia me renovar, aumentar minha autoestima, eu ia me sentir mais ser humano. (E15)

Carvalho e Rodrigues (2019) destacam que, para que haja a tão desejada

promoção de saúde e qualidade de vida, é necessário que os indivíduos se responsabilizem pela própria saúde a partir da manutenção de estilos de vida saudáveis, tendo em vista que a ideia de promoção à saúde para a PSR implica moradia, alimentação, saúde etc. Todavia, a rua não oferece tais recursos para essa promoção, dificultando o autocuidado. Assim, a população de rua pode ser considerada virtualmente doente, pois está sujeita às intempéries da rua, necessitando de moradia, alimentação, lugar para banhar-se e lavar as roupas, por exemplo.

6.2.5 E as políticas públicas?... um zero à esquerda

Esta categoria nos faz refletir a respeito dos direitos e da garantia do acesso aos serviços públicos das pessoas em situação de rua, urge, portanto, a nível federal, estadual e municipal, a implementação das políticas públicas existentes ligadas a essa população e de novas políticas que possam assistir, de forma digna e respeitosa, a essas pessoas. Os participantes mencionaram a necessidade de uma oportunidade de trabalho para sair das ruas, de documentos e acesso a bens e serviços em todos os setores.

6.2.5.1 Eu só queria uma oportunidade

A vontade de sair das ruas, associada à oportunidade de um emprego ficou muito visível nessas falas, o que ampliou ainda mais a percepção acerca da importância das políticas de equidade, principalmente das políticas destinadas a esse público.

> … Em termo da pessoa conseguir alguma coisa para trabalhar, ganhar um trocado é o mais difícil. … Acho que ele poderia abrir as portas de emprego para gente. Porque eu tenho profissão, eu sou manicure, sou auxiliar de cozinha. Meu marido trabalhava na Big Pneu, de carteira assinada, ele é borracheiro e tudo. E hoje a gente precisa muito ter um emprego. … Só uma oportunidade de ter uma casinha, para viver junto com eles. Só isso. (E3)

> … Mas, a gente é um ser humano, morador de rua, a gente precisa de uma ajuda, de um apoio para dormir, de um canto melhor para viver. (E6)

> … Sair da rua, porque eu não aguento mais. … Tem muita gente que tem tanto e a gente não tem quais nada. E tem pessoas que podem ajudar e não ajudam. (E7)

> Eu queria voltar ao mercado de trabalho. Vê se saia dessa situação, porque

> se disser que é boa, num é não. (E11)
>
> … Eu passei em terceiro lugar, vou lhe dizer, logo quando eu cheguei em Sobral, antes da pandemia uns 3 anos atrás, eu passei em terceiro lugar no concurso que teve aqui, onde era o Doutor Estevam, instituto Leandro Bezerra. Nunca chamaram ninguém, fizeram a gente fazer 4 fases, eu acho isso uma covardia com a categoria dos técnicos, até em Fortaleza a gente teve que ir, lá pro policia do Ceará fazer psicotécnico lá. Fizeram a gente gastar, primeiro foi a prova na escola Raul Monte, fizemos a prova, segundo foi esse psicotécnico, terceiro foi nós passamos 2 semana aqui dentro desse hospital Doutor Estevam lá no pronto socorro e nunca deram nem satisfação com o que a gente gastou da prova de matrícula. … existem tantas coisas, e fáceis, de baixo custo que poderiam ajudar a vida de um morador de rua, né? Micro Empreendedorismo. Eu sei fazer, por exemplo, fazer muito terço, fazer muita pulseira, eu sei fazer muito artesanato, mas cadê que eu tenho 10 reais? 20 reais? A gente tá falando de micro mesmo, né muito dinheiro não, 50, 100 reais aí daqui ... ô, o cara compra de artesanato, ele produz aqui dentro e presta conta. (E13)
>
> … É porque eu, assim, eu, eu gosto muito de computador, eu queria tá no lugar dela ali ó. E ler. Pra começar a escrever, e tudo. E aprender alguma atividade, nunca, nunca tive. (E14)

Barbosa (2018) pontua que para compreender as políticas públicas destinadas à população em situação de rua, torna-se essencial buscar melhores informações sobre este público e a trajetória dele em busca de reconhecimento e efetivação de direitos. O fato de termos apenas uma pesquisa nacional sobre essa população demonstra o descaso com o qual ela é tratada. Além disso, a ausência de informações dificulta o planejamento e a execução de políticas públicas para esse público e reforça sua invisibilidade social.

6.2.5.2 Não tenho casa, não tenho canto, não tenho nada

Além das dificuldades de morar pelas ruas, essa população também sofre por não ter acesso a tratamentos de doenças, acesso à rede de saúde mental, aos serviços de saúde, por não ter a vinculação com o território, e pela falta de acesso aos demais insumos, isso tudo está presente nas falas que seguem:

> … quando vai pedir algum exame, não, quando vai precisar tomar alguma injeção pra dor, alguma coisa assim, pra um comprimido, só isso. (E1)
>
> … sou beneficiário do projeto do SUS. E com isso, eu já tenho… já fiz até uma cirurgia há uns anos atrás, foi, demorou um tempo, demorou 1 ano pra eu conseguir, mas eu consegui. (E2)

> … quando é encaminhado pelo Centro POP, nós vamos para o posto e espera, porque é encaminhado pelo Centro POP. (E5)
>
> … muitas vezes, como eu sou morador de rua, é negado por eu não ter registro de residência. Mas, hoje com o Centro POP, a gente já consegue ser atendido, mas é complicado. (E6)
>
> … aí eu fui no posto, e não tinha remédio, só paracetamol. Aí fui no Padre, contei minha situação, aí ele comprou um xarope para mim. (E7)
>
> … no dia que não tem atendimento no centro POP, aí você tá precisando de um atendimento do posto, mas eles não atendem porque é preciso a autorização do centro POP. Isso é totalmente errado, porque se a pessoa precisa de atendimento e o profissional não atende, chega ser até inconstitucional porque todos têm direito à saúde.… se eu não tiver o papel do centro POP, eu não recebo atendimento. (E8)
>
> … mas, os posto de saúde, a questão, o governo, eu não sei o que ele tá fazendo, tá faltando um bocado de medicamento, principalmente os meus e injeção... a vacina, e a minha pomada, que é miconazol, e o quê mais. Aí eu vejo assim, um bocado de pessoal chegando na farmácia, tá faltando. Cadê o dinheiro público? (E14)

Na literatura, autores como Barba et al. (2022) afirmam que o processo de adoecimento do indivíduo e da população deve ser compreendido para além de uma perspectiva biológica, é necessário considerar a vivência do indivíduo na sociedade e o acesso às redes socioeconômicas e de serviços essenciais, uma vez que o contexto social e a história de vida individual e comunitária irão influenciar nesse processo. É possível notar na PSR determinantes sociais com potencial presença de iniquidades, como a falta de habitação, educação, trabalho e renda, exclusão cultural, redes sociais e comunitárias e com acesso limitado aos serviços, sejam de saúde e/ou de assistência social.

Nesse contexto que a Política Nacional para População em Situação de Rua se torna imprescindível, para transformar e mudar a vida dessa população tão negligenciada pelo poder público.

6.2.5.3 Caminhando contra o vento, sem lenço, sem documento

Nesta subcategoria, podemos identificar falas que registram a dificuldade que as pessoas em situação de rua passam, por não ter os documentos necessários que prove a visibilidade delas diante da sociedade.

> …tirar minha segunda via, da certidão de nascimento. Para renovar meus para ir atrás de um serviço. (E8)
>
> … eu cheguei aqui tá com 8 mês, perdi meus documento e até agora nada. Aqui até que tem um pessoalzinho que quer ajudar, mas parece que os outros ficam é fazendo descaso da gente. (E10)
>
> … eu perdi foi tudo, perdi minha identidade, perdi tudo. (E14)

Segundo a Tutela da População em Situação de Rua pelo Ministério Público, toda pessoa tem direito ao nome, compreendidos o prenome e o sobrenome, como preceituao artigo 16 do Código Civil. Deste modo, o acesso à documentação civil básica deve ser garantido à população em situação de rua, pois a posse da documentação potencializa o acesso aos programas sociais do Governo Federal, Estadual e Municipal e à rede de serviços.O documento ainda destaca que a certidão de nascimento é fundamental, pressuposto para o exercício da cidadania em muitos casos. Nela, estão registrados nome, sobrenome, filiação, local de nascimento e nacionalidade da pessoa. Permite ao cidadão adotar diversas providências cotidianas, de modo regular, como votar e ser votado, trabalhar com registro na respectiva Carteira de Trabalho, estudar, realizar casamento civil e se cadastrar em programas sociais. Somente com a certidão de nascimento será possível a expedição de outros documentos básicos.

6.2.5.4 O Pop? Pelo amor de Deus!

Esta categoria traz registros de falas que remetem ao desconforto diante da situação atual de onde está funcionando provisoriamente o Centro POP de Sobral. Algumas dessas pessoas em situação de rua são vindas de outras cidades e que já percorreram todo o estado do Ceará e tiveram a oportunidade de passar por abrigos e lugares de apoio melhores e, mesmo tendo consciência da importância do serviço para eles, ainda assim apontaram algumas críticas.

> … aquele prédio ali, estar sendo só provisoriamente, não tem estrutura de nada. (E2)
>
> … só dizer que os órgãos públicos devem dar mais atenção ao morador de rua, e não dá desprezo. Porque nós somos seres humanos igual aos outros. Só isso mesmo. (E5)

> … o que tem é esse Centro POP aqui que ave Maria pelo amor de Deus. … é o Centro POP, né? O principal, né? Como é que eles chamam aqui? O equipamento aqui é o que tem pra gente, né? E não tem nada. Quando começa chover, eles poderia colocar nós pra dentro, mas não, fica lá tomando bain de chuva, se molhando. Podia muito bem abrir o portão enquanto passa a chuva, podia, mas ah é porque é ordem de cima, que diabo, que isso? sobre o poder público, morador de rua eles não olham pra nós mesmo e nunca olharam, pra eles tanto faz como tanto fez, o dinheiro caindo na conta é o que importa. … o que me dá de café da manhã é sopa, comida é sopa, banheiro aqui acho que passou 4 mês sem banheiro. Pessoal tomando bain, cagando, mijando lá fora porque aqui dentro não tinha como fazer. O almoço aqui agora graça a Deus tem as quentinha que manda, porque se não fosse, ave Maria o almoço daqui era uma porcaria. (E10)
>
> … a gente é desassistido, viu? Muito desassistido, eu não vou mentir não. … aqui de frente ao centro POP tem uma mangueira veia pro cara tomarum bain. Isso aqui denigre a alma da pessoa. (E13)
>
> … mas não serve pra nada. Nem um banheiro, bem dizer, nós num temo pra fazer nossas necessidades. Nós fazemos nossas necessidade ali dentrodos matos, na beira do rio. Porque num pode usar, porque o banheiro é entupido. Num tem um banheiro pra gente tomar um banho, tá entendendo?Taí, a sopa que nós já merendemo, arroz, feijão, arroz, macarrão e soja dentro, pronto, sem um pingo de verdura, sem uma cebola, sem um tomate,o que é isso? Enquanto existe um monte de coisa, órgãos que eles poderiam pedir umas doação pra vir pra cá, né? (E15)

Segundo a cartilha de orientação **Tutela da População em Situação de Rua pelo Ministério Público**, o Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua – Centro POP – está previsto no Decreto nº 7.053/09 e na Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais. Esta instituição é uma unidade de referência da Proteção Social Especial de Média Complexidade, que se diferencia do Centro de Referência Especializado de Assistência Social – CREAS – por se voltar, especificamente, para o atendimento especializado à população em situação de rua.

A **Tutela da População em Situação de Rua pelo Ministério Público**, ainda, coloca que a Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais preconiza que os Serviços Especializados para Pessoas em Situação de Rua devem ser ofertados para aqueles que utilizam as ruas como espaço de moradia e sobrevivência. Esses equipamentos têm a finalidade de assegurar atendimento e atividades direcionadas para o desenvolvimento de sociabilidades, na perspectiva do fortalecimento de vínculos interpessoais e familiares que oportunizem a construção de novos projetos de vida.

6.2.6 Ainda existem almas boas por aí…

Esta categoria retrata a forma como as pessoas em situação de rua se referem àqueles que atuam profissionalmente ou como voluntários, principalmente à noite, na cidade de Sobral, à procura de pessoas sem teto, sem lugar para dormir e com fome. A caridade de ir à procura de quem mais precisa faz grande diferença para a vida dessa população tão sofrida e desassistida pela sociedade.

Para explorar as vivências dessa população em situação de rua, emergiram subcategorias que retratam as experiências de cuidado dos participantes da pesquisa que os tiram da invisibilidade.

6.2.6.1 Nos enviaram anjos sem asas

A gratidão, a fé em Deus e a felicidade de serem assistidos, mesmo de forma pontual, por essas pessoas generosas, é muito gratificante, porque por meio desses “anjos”, as pessoas em situação de rua têm a oportunidade de conhecer novas culturas, outras crenças e isso pode ser transformador na vida dessas pessoas. A gratidão a cada um desses voluntários está registrada nas falas a seguir:

> … ainda existem pessoas muito generosas, aí na cidade. Todo lugar onde quer que a gente vá, Deus sempre coloca aquelas pessoas nos caminhos daqueles necessitados, ele não desampara (E2).
>
> … eu vou ver se arrumo é uma rede, que tem a gaúcha que ajuda as pessoa. Aí ela arruma uma rede, um chinelo novo. É porque eu num tava aí no dia que ela chegou, que eu botei meu nome pra ela trazer uma rede pra mim (E9).
>
> … tem também os irmãozinho, que de noite vem aqui, tá entendendo? Da Mãe Rainha, do Shalom, os pessoal da igreja evangélica, os umbandistas. Até umbandista tá vindo deixar. … os pessoal que, e eles criticam tanto. Tanta gente critica o pessoal da religião afro-brasileira, da umbanda. Eles vêm deixar. Enquanto eles, que criticam, não fazem essa parte, ser humana, humana, que qualquer ser humano pode ter e puder ajudar, um outro ser humano em necessidade. Eles vem fazer isso (E15).

6.2.6.2 Lá no Pop, a tia do social me olha

As pessoas em situação de rua têm o direito de ser atendido por uma rede de acolhida e serviços: abordagem de rua, centros de referência, casas de acolhimento,

encaminhamento para retirada de documentos e projetos de capacitação, emprego e renda, tudo isso é feito no Centro POP, por intermédio das assistentes sociais que lá trabalham. Mas, ao analisar as falas, podemos identificar que muito além do acolhimento, essas profissionais se tornam muito importantes na vida de cada um que passa por lá. Vejamos a realidade nas falas:

> … no Centro POP, que eu encontrei umas amizade que me ajudou, que é a tia … e você. Como é seu nome? (E1)
>
> … como a gente mora na rua, eu sempre procuro a … , aí elas encaminham para o posto (E7).
>
> … eu quero mandar um beijo, uma mensagem pro Centro POP, a … a mãezinha lá que eu esqueci o nome dela. Das outra menina lá assistente social, esqueci o nome delas. … eu falo com a Carlinha lá, assistente social do centro POP, ela me dá o caminhamento e eu vou pro posto da Tamarina (E9).
>
> … eu confio muito nas meninas aqui, nas assistentes social, converso muito com elas, com elas eu tenho abertura pra perguntar as coisas, porque eu não sei, eu não sei (E13).
>
> … as meninas daqui elas fazem o que podem fazer, o que auxiliam pra elas pra elas poder auxiliar a gente, elas não tem culpa, quem tem culpa são as pessoas que tão acima delas (E15).

Conforme o Conselho Federal de Serviço Social (2019), as discriminações sofridas pelas pessoas em situação de rua vão desde denominações pejorativas, como “mendigos”, “drogados” e “cracudos”, até políticas e ações higienistas perpetradas pelo poder público e pela sociedade, como despejos, “recolhimento”, assassinatos e outras violações de direitos. O não acesso às políticas sociais por essas pessoas materializa a extrema violação de direitos a que estão submetidas. Nos casos de pessoas em situação de rua em uso de álcool e outras drogas, sobretudo de drogas ilícitas, essas ações são potencializadas pela “guerra às drogas”. Essa população integra o público assistido pelo serviço social e são esses profissionais que acompanham de perto todas as demandas levadas para o Centro POP, existindo aproximação mais integral com esse público, criando entre eles sentimento familiar, de laços de família.

6.2.7 Ser mulher em situação de rua: que desafio!

Esta categoria demonstra os inúmeros desafios enfrentados pelas mulheres em situação de rua, enfrentando gravidez na adolescência ou separação materna dos filhos, causando sentimento de impotência em não poder estar com os filhos porque a rua não permite esse tipo de afeto. São mulheres que um dia sonharam em ser mãe e almejam ficar juntas com os filhos, planejaram viver e construir uma família.

Entretanto, a realidade que elas se encontram hoje não permite a realização desses sonhos, mostrando os filhos afastados, sendo criados por pessoas da família ou instituições de acolhimento, sob tutela do Estado. Sem moradia fixa, algumas dependentes químicas, vivem em situação que as desautorizam a recuperar o direito de ser mãe. Essa realidade está presente nas seguintes falas:

> … tenho sim, três filhos. E hoje em dia eu vivo assim, mas não é em termo de ser minha família não. Foi escolha minha mesmo. … foi relacionamento, eu ter conhecido uma pessoa e pronto. Mas em termo da minha família não foi. Graças a Deus, até hoje eu chego lá e eles me recebem super bem. De boas. … só uma oportunidade de ter uma casinha, para viver junto com eles. Só isso. Moram com a minha mãe (E3).

> … minha adolescência foi muito conturbada, porque eu engravidei logo na adolescência, não estudei muito. Perdi meus estudos, porque logo com 14 anos fui mãe. … Aí me separei dele, porque ele me batia muito, aí ele tomou minha filha de mim, logo ele era mais experiente do que eu. … um fatoque me marcou muito é o meu bebê de 6 meses, que eu tenho. Eu moro nasruas, a pouco tempo engravidei, tive meu filho. Eu estou em situação de rua,ele está no abrigo para doação. O fato que mais me dói e chocante foi esse….é o fato que mais me choca e me magoa. Por não tem como cuidar de umbebê nas ruas. … Aí sempre que eu posso, eu ganho duzentos reais por meses, do auxílio bolsa família. Aí mando 100 para elese fico com 100 (E7).

> … quando eu vim de Teresina, de Fortaleza pra cá, eu tinha 15 ano, tava grávida ... E tem os meus filhos que é minha felicidade, minha vida. De vez em quandoeu vou ver eles, se é em Teresina ou Fortaleza. Hoje em dia, eu num sou muito feliz não. Choro (E9).

Sanchotene, Antoni e Munhós (2019) afirmam queo esboço de um ideal de maternidade no contexto de rua, em que a mãe dificilmente permanece com a guarda do filho, causa paradoxo identitário a essas mulheres. Ao mesmo tempo em que para elas ser mãe faz parte de ser mulher (e, portanto, parte de suas identidades), não podem exercer a maternidade da maneira que gostariam.

6.2.8 As ruas e a aids... um encontro real

Esta categoria revela as dificuldades enfrentadas pelas pessoas em situação de rua que levam consigo a marca de uma doença ainda tão estigmatizada e que se faz necessário um olhar mais especial por parte daqueles que fazem a saúde pública, uma vez que essa população é naturalmente suscetível à infecção e pode correr maior risco de exposição, de adquirir doenças oportunistas que venha agravar a condiçãode saúde, levando-os a óbito precocemente, em razão das condições de vulnerabilidade em que se encontram.

6.2.8.1 Convivendo com o vírus do HIV morando na rua

A fragilidade social vivenciada pelas pessoas em situação de rua, por não ter onde morar, como se alimentar bem e sem um emprego que lhe devolva a dignidade humana, aumenta ainda mais quando são diagnosticadas pelo vírus do HIV, dificultando a permanência pelas ruas. É importante que nesse momento a pessoa receba o resultado por um profissional capacitado, com boa escuta, que possa dar apoio emocional, orientação e encaminhamento para um serviço especializado, em que essa população possa se apoiar e, principalmente, tratar-se.

> … mas, sempre eu levo dentro da minha bolsa. Aí aonde eu vou, guardo, aí tiro e tomo, mas só que não tem um lugar certo pra guardar não. (E1)
>
> … eu não sei onde, onde isso aconteceu também, eu não tenho a certeza ainda, eu fiz o exame, mas eu não tenho a certeza, se foi aqui ou se foi em outro lugar (E2).
>
> … Interfere em maus-tratos, porque eu sou portador do vírus HIV, hoje a rua para mim é um perigo por conta de outras doenças. As doença oportunistas, então eu procuro não tomar banho de chuva a não dormi no cimento frio. E isso incomoda muito, e prejudica muito a saúde da gente (E6).
>
> … procurei um amigo meu no antigo Laredo restaurante, funcionário do seu Vitório, na Aldeota, Fortaleza-CE. Me convidou para um ambiente,um local disse que era gostoso entrar lá. Aí eu entrei, e quis sair com as parede toda preta, aí percebi que queria voltar. Mas ele disse que tinha uma pessoa que queria me pegar por trás, aí eu disse" Pera aí", depois me toquei que eraum cabaré de prostituição. … aí desse momento eu comecei a conhecer pessoas estranhas e tals. E começou esse momento caótico de doença. Umapessoa do hospital Carlos Ribeiro, detectou a doença e comunicou ... Vai atrás da pessoa que colocou a doença em ti (E12).

De acordo com Takeuchi (2018), as pessoas que vivem nas ruas se encontram em condições extremas de vulnerabilidade social, intensificando as condições objetivas de vida, principalmente na área da saúde, e os principais fatores para disseminação de epidemias, como IST e HIV, estão relacionados ao indivíduo e aos contextos sociais e institucional, além da não adoção de práticas seguras nas relações sexuais e no uso de drogas, desigualdade social e dificuldades de acesso aos serviços públicos, aspectos que perpassam fortemente o grupo social moradores em situação de rua.

Santos (2019) destaca que a epidemia de HIV/aids apresenta determinantes sociais que transcendem a infecção viral e desafiam a saúde pública, a assistência social, educação, direitos humanos, dentre outros. Além da doença do sistema imunológico, há a doença mais agressiva marcada pelo estigma, preconceito e pela discriminação que requer novas práticas para lidar com as populações-chave.

6.2.8.2 O CRIS... Um lugar de amparo

O Centro de Referência em Infectologia de Sobral (CRIS) é um serviço de saúde inserido na Atenção Especializada, tendo como missão “Cuidar de forma Integral da Saúde do Cidadão assegurando seus Direitos e respeitando as Diversidades". Assim, o serviço tem trabalhado de forma intersetorial com a assistência social, com intuito de melhorar o acesso para as pessoas vivendo em vulnerabilidade social, em especial as pessoas em situação de rua.

Dessa forma, os colaboradores dessa unidade de saúde estão sensíveis, no sentido de acolher bem a todos, em especial àqueles que mais precisam.

Muitas pessoas em situação de rua buscam cuidados relativos ao viver com HIV/aids, a procura de uma escuta qualificada por alguém que compreenda a carga de preconceitos que existem na rua, de medicamentos, devido a algumas infecções oportunistas, ou ainda para iniciar ou dar continuidade ao tratamento, em razão de um possível abandono ou transferência de um outro Serviço de Atendimento Especializado (SAE). Na rua, a vinculação com a instituição é muito frágil, é feita com pessoas.

Muitas dessas pessoas já têm algum vínculo com algum membro da equipe do CRIS e isso nos faz diferentes de toda a rede de apoio às pessoas em situação de rua. Considerando que os pacientes estão, muitas vezes, fragilizados por causa de

sintomas e doenças, esse diferencial ganha ainda mais importância. As falas que seguem evidenciam esta realidade:

> … não, tem diferença lá não, até merendo quando chego lá, as meninas gostam muito de mim, é como aqui no CRIS. … no CRISI e no Centro POP, que eu encontrei umas amizade que me ajudou. … vocês não, vocês ajuda de coração. Vocês tem um modo de ajudar mesmo, parece assim uma serva de Deus, ajuda com prazer, os outros não. Os outros ajuda querendo mas não querendo, tá entendendo? Tipo, virando as costas (E1).
>
> ..fui só uma vez pro CRIS fui bem entendido lá, graças a Deus. Fizeram meu exame, a moça me atendeu lá me atendeu muito bem. Fez meu examezinhos tudo, ela mandou eu voltar, queria que eu tomasse a injeção porque a mulher que eu vivi teve sífilis só que em mim não deu ela até explicou que deve não ter dado é porque não abriu a janela ainda, mas se caso você sentir alguma coisa você venha, mas eu não senti mais nada (E10).
>
> … as pessoas são muito acolhedoras, são muito gentil. O hospital CRIS, de referência aqui na cidade de Sobral também como todos e de maneira esse hospital é dessas qualidades que eu pronuncio (E12).

Araújo (2022) acrescenta que a articulação intersetorial entre os sistemas de saúde e assistência social é imprescindível para o cuidado da população em situação de ruas, pois as duas políticas públicas atuam sob as determinações sociais do processosaúde-doença e buscam a melhoria das condições sociais concretas de vida da mesma população e, por isso, compartilham algumas características: problemas articulados e complexos, a capilaridade no território e a organização em sistemas únicos hierarquizados e regionalizados.

Nos serviços de saúde, evidenciamos a discriminação da qual a PSR é alvo, seja pela aparência, ausência de documentos, domicílio ou pelo uso de drogas, estereótipo que justifica desassistência e cerceamento do direito, da cidadania e da vida (BRITO; SILVA, 2022).

Compreender que o acolhimento e uma boa assistência às Pessoas Vivendo com HIV/aids (PVHA) independente da situação de vulnerabilidade que se encontra e que faz uso abusivo de drogas é primordial para o alicerce de uma prática assistencial, coerente e eficaz.

6.3 As pessoas em situação de rua e um ensaio sobre as vulnerabilidades

Durante a análise das histórias de vida, identificamos as situações de

vulnerabilidade vivenciadas pelos participantes, considerando as dimensões propostas por Ayres (1996), por meio da construção de um quadro síntese, elencando as características das pessoas em situação de rua que remetem às vulnerabilidades (1) programática; (2) individual e (3) social, conforme fundamentado pelo referido autor.

Apresentadas e analisadas as categorias, construímos o Quadro 3 que destaca as vulnerabilidades em saúde vivenciadas pelos participantes, considerando as dimensões individual, social e programática, a partir dos pressupostos de Ayres (2012).

Quadro 3 - Situações de vulnerabilidades em saúde vivenciadas pelos participantes, considerando as dimensões individual, social e programática. Sobral, Ceará, Brasil, 2022.

VULNERABILIDADES INDIVIDUAIS	VULNERABILIDADES SOCIAIS	VULNERABILIDADES PROGRAMÁTICAS
- Estrutura familiar fragmentada; - Laços afetivos para com a PSR fragilizados; - Dificuldade de aceitação de morar na rua; - Abandono da família; - Condições de saúde da PSR afetadas; - Exposição a diversos tipos de violência; - Cuidado à saúde e autocuidado da PSR prejudicados; - Exposição ao uso e abuso de drogas; - Necessidades humanas básicas prejudicadas; - Proteção física e segurança ameaçadas;	- Baixa renda per capita da família; - Baixa escolaridade das PSR; - Pouca ou nenhuma qualificação profissional; - Falta de acesso à oportunidade de trabalho e empregabilidade; - Condições habitacionais da família precárias; - Acesso prejudicado à saúde, instituições socioeducacionais, cidadania e participação política; - Dificuldade de acesso aos direitos de proteção social (benefícios sociais).	- Recursos humanos e materiais insuficientes para promoção de políticas públicas sustentáveis; - (DES)responsabilização social e jurídica dos serviços; - Não participação das PSR no planejamento e na execução de políticas públicas específicas; - (IN)capacidade dos serviços de saúde em promover atenção integral; - Estrutura dos programas de atenção e proteção à saúde fragmentados.

- Expectativas de vida e perspectivas de futuro frustradas.		

Fonte: Elaborado pelo próprio autor.

A pesquisa permitiu identificar três dimensões interconectadas que compõem a vulnerabilidade entre as pessoas em situação de rua. As vulnerabilidades individuais encontradas entre as pessoas em situação de rua foram aquelas que o comportamento particular dos indivíduos e o modo de vida podem interferir frente ao processo de saúde-doença.

As vulnerabilidades sociais encontradas entre essa população foram aquelas apontadas a partir do que é socialmente construído, estabelecido em relações de poder,normas, possibilidades de acesso à vida material, à cultura, à política. Assim, a situação de cada sujeito na organização social pode determinar a condição de acesso a bens de consumo, serviços, conhecimento e direitos sociais, como a saúde.

As vulnerabilidades programáticas entre a população do estudo foram identificadas a partir das que dizem respeito às definições de políticas específicas para o setor saúde, além da coalizão destas com as demais políticas públicas no sentido intersetorial. A dimensão programática da vulnerabilidade avalia, inclusive, a integralidade e a equidade das ações, bem como o acesso aos serviços, a qualidade destes e a existência de equipes multidisciplinares, dialogando harmoniosamente com os princípios do Sistema Único de Saúde.

7 CONSIDERAÇÕE FINAIS

Os desafios vivenciados dessas pessoas antes de irem para as ruas, como desemprego, falta de moradia, problemas familiares, alcoolismo, uso de drogas ilícitas e a orientação sexual foram os motivos que os afastaram dos vínculos familiares. O uso e abuso de drogas foram relatadas por quase todos os participantes,pois viveram a experiência de tê-las conhecidas na adolescência ou dentro de casa. A pesquisa mostrou, ainda, que a população estudada vivenciava dores, sofrimentos,abandono, violência, marginalização e insegurança em ficar permanente apenas em um lugar, tendo que buscar todos os dias um lugar para dormir, comer e tomar banho.A violência, física e moral são desafios enfrentados em morar na rua, assim como ausência de um lugar para realizar as necessidades fisiológicas, sono, repouso e alimentação. E ser mulher em situação de rua é desafiador, pois aumenta ainda mais os desafios enfrentados, como a separação dos filhos, causando sentimento de impotência em não poder estar com eles, a rua não permite esse tipo de afeto.

É visível a dificuldade de acesso dessa população aos serviços de saúde, isso constitui um grande desafio. Há fragilidade no acesso à rede de saúde mental, aos serviços de saúde, por não terem vinculação com os territórios e nãopossuírem os documentos necessários que provêm visibilidades diante da sociedade. A aids é uma doença prevalente entre eles. A implantação do Consultório de Rua, vinculado à Atenção Primária à Saúde e ao Centros de Atenção Psicossocial seria o caminho para levar esse acesso até essas pessoas, pois é preciso romper com o estigma e preconceito que ainda é muito forte em torno dessas pessoas.

O cuidado interprofissional articulado entre os trabalhadores de diferentes áreas que atuam com as PSR seria outra forma de garantir o cuidado integral dessas pessoas. Para isso, é necessário criar encontros e espaços de diálogos entre esses profissionais para estreitar a comunicação entre eles e não fragmentar essa população que já sofre tanta violência. Antes, é necessário que os profissionais estejam sensíveis à causa e qualificados para lutar pelos direitos dessas pessoas, pois o adoecimento dessa população pode trazer sérias responsabilidades, não somente para o setor da saúde, como também para todo o sistema, ou seja para a rede de cuidado.

A vontade de sair das ruas, também, foi vista durante a pesquisa, associada à oportunidade de um emprego, algumas PSR não tinham os documentos necessários

para visibilidade diante da sociedade, o acesso à documentação civil básica deve ser garantido à população em situação de rua, pois a posse da documentação potencializa o acesso aos programas sociais do Governo e à rede de serviços. Isso fez ampliar a percepção acerca da importância das políticas de equidade, principalmente das políticas destinadas a esse público.

Dessa forma, faz-se necessário que os gestores responsáveis pela construção de políticas públicas voltadas para esse público reconheça a real situação dessas pessoas, a trajetória delas em busca de reconhecimento e efetivação de direitos. Assim, teremos políticas públicas fortalecidas destinadas à população em situação de rua, o conhecimento da real situação ocorre por meio de investimento e apoio às pesquisas sobre essa população, fato que ainda é muito escasso, demonstrando descaso com o qual o tema é tratado. Além disso, a ausência de informações dificulta o planejamento e a execução de políticas públicas para esse público e reforça a invisibilidade social.

A iniquidade é muito presente entre eles, o desemprego, o acesso limitado aos serviços de saúde e da assistência social são potencialmente visíveis. Logo, nesse contexto, as políticas públicas voltadas para população em situação de rua se tornam imprescindíveis, para transformar e mudar a realidade dessa população tão negligenciada pelo poder público.

Durante a pesquisa, buscamos realizar algumas intervenções acerca das necessidades das pessoas em situação de rua, em parceria com o Centro POP, como testagens rápidas em momentos pontuais para o diagnóstico precoce de IST, HIV/aids, busca ativa dos faltosos para o tratamento de HIV/aids, internamento de uma delas na Fazenda Esperança Feminina, encaminhamento para a Psicologia e para o Centro de Atenção Psicossocial, no intuito de promover a qualidade de vida dessa população ainda tão excluída pela sociedade.

A carência de acesso às políticas públicas mostra a negligência e a necessidade de organização do setor saúde e de demais setores do governo. Diante do aumento das pessoas em situação de rua no município de Sobral, urgem políticas que integrem essa população com equidade e possibilidades de mudanças para construção de uma sociedade mais humana e igualitária, com políticas que atuem na garantia de direitos dessas pessoas.

8 SUGESTÕES DA PESQUISADORA

- A implantação do **Consultório na Rua** vinculados à Atenção Primária à Saúde e aos Centros de Atenção Psicossocial seria o caminho para o acesso dessas pessoas;
- O **cuidado interprofissional articulado** entre os trabalhadores de diferentes áreas que atuam com as PSR seria outra forma de garantir o cuidado integral dessas pessoas;
- A necessidade de criar **encontros e espaços de diálogos** entre os profissionais para estreitar a comunicação entre eles e não fragmentar essa população que já sofre tanta violência;
- **Sensibilizar os profissionais à causa e qualificá-los** para o enfrentamento da luta pelos direitos das PSR;
- Encontrar estratégias para **corresponsabilizar** todo o sistema ou a rede de cuidado pelo adoecimento dessas pessoas;
- **O reconhecimento da real situação** dessas pessoas pelos gestores responsáveis pela construção de políticas públicas voltadas para esse público**, bem como da trajetória delas** em busca de reconhecimento e efetivação de direitos. Assim, teremos políticas públicas fortalecidas destinadas a essa população.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, I. D. M.; PUPO, L. R. **Articulação intersetorial entre a atenção psicossocial e o sistema único de assistência social: o cuidado ofertado à população em situação de rua em Franco da Rocha/SP**. 2022. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde Coletiva) – Instituto de Saúde, São Paulo, 2022. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1362405>.

AYRES, J. R. C. M. et al. Caminhos Da Integralidade: Adolescentes e Jovens Na Atenção Primária à Saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 16, n. 40, p. 67–81, 2012. Disponível em: < https://www.scielo.br/j/icse/a/txfWW9GtK4yKR6tSQt66fhG/?lang=pt>. Acesso em:

AYRES, J. R. C. M. et al. Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde. In: **Tratado de saúde coletiva**. 2006. p. 375-417.

AYRES, J. R. C. M.; CASTELLANOS, M. E. P.; BAPTISTA, T. W. F. Interview with José Ricardo Ayres. **Saúde Soc**, v. 27, n. 1, p. 51-60, 2018. Disponível em: < https://www.scielo.br/j/sausoc/a/5QM5j3Xmwbdgmfm5y85tckk/?format=pdf&lang=pt.

AYRES, L. S. XAVIER, B. R.; **Direito social à moradia para a população em situação de rua: análiseda atuação do ministério público do Ceará em Fortaleza – CE**. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Direito, Fortaleza, 2020.

ANDRADE, F. S. et al. **Invisíveis: Pessoas em situação de rua no Brasil significantes e significados**. São Carlos: Pedro & João Editores, 2022. 242 p. Disponível em: <https://pedroejoaoeditores.com.br/produto/invisiveis-pessoas-em-situacao-de-rua-no-brasil-significantes-e-significados/#:~:text=Essa%20rica%20experi%C3%AAncia%20de%20di%C3%A1logo,estar%20em%20situa%C3%A7%C3%A3o%20de%20rua>.

BARBOSA, J. C. **Implementação das políticas públicas voltadas para a população em situação de rua: desafios e aprendizados.** 2018. Trabalho de Conclusão de Mestrado (Pós-graduação em políticas públicas e Desenvolvimento) – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada.2018. Disponível em: <http://www.mestradoprofissional.gov.br/sites/images/mestrado/turma2/jose_carlos_gomebarbosa.pdf >. Acesso em: 06 nov. 2022.

BRITO, C.; SILVA, L. N. População em situação de rua: estigmas, preconceitos e estratégias de cuidado em saúde. **Ciencia & saude coletiva**, v. 27, p. 151-160, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/7LPJ5Lk7TZkZSG9fnprTPyg/>.

CALAZANS, G. J; PINHEIRO, T. F; AYRES, J. R. C. M. Vulnerabilidade programática e cuidado público: Panorama das políticas de prevenção do HIV e da Aids Voltadas para gays e outros HSH No Brasil. **Sexualidad, Salud y Sociedad – Revista Latinoamericana**, n. 29, p. 263-293, 2018. Disponível em: < https://www.scielo.br/j/sess/a/bfYWcm96qhvs45Rby64xzgh/?format=pdf&l>.

CESTARI, V. R. F. et al. A essência do cuidado na vulnerabilidade em saúde: uma construção heideggeriana. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 70, n. 5, p. 1171–1176, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/hRGq8VD7M8JPRCnPgkYy9Pz/?format=pdf&lang=pt>.

CYRIACO, A. F. F. et al. Qualitative research: key concepts and a brief overview of its application in geriatrics/gerontology. **Geriatr Gerontol Aging**, v. 11, n. 1, p. 4-9, 2017. Disponível em: <https://cdn.publisher.gn1.link/ggaging.com/pdf/v11n1a02.pdf>.

CONSELHO REGIONAL DE SERVIÇO SOCIAL. (2019) **Atuação de assistentes sociais na abordagem às pessoas em situação de rua**. 2019, 8 p. Disponível em: <https://www.cressrj.org.br/termo-de-orientacao/termo-de-orientacao-atuacao-de-assistentes-sociais-na-abordagem-as-pessoas-em-situacao-de-rua/>.

CAMPOS, L, C. M.; OLIVEIRA, J. F. **Pessoas em situação de rua e suas representações sobre drogas**. 2018. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2018. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/bitstream/ri/29548/1/Disserta%c3%a7%c3%a3o_Enf_Lorena%20Cardoso%20Mangabeira%20Campos.pdf>.

CAMPOS, L. C. M. et al. Representações sociais de pessoas em situação de rua sobre morador de rua que usa drogas. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 33, 2019. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/26778>.

SILVA CARVALHO, R. R.; RODRIGUES, A. J. S. Responsabilidade e Autonomiada População em Situação de Rua e os Impasses no Autocuidado. **Encontros de Iniciação Científica UNI7**, v. 9, n. 1, 2019. Disponível em: <https://periodicos.uni7.edu.br/index.php/iniciacao-cientifica/article/view/1104>. Acesso em: 06 nov. 2022.

FLORÊNCIO, R. S. et al. Significados Do Conceito de Vulnerabilidade Em Saúde: Uma Revisão de Escopo. **Brazilian Journal of Health Review**, n. 4, v. 3, p. 12817 – 12834, 2021. Disponível em: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BJHR/article/view/31156/pdf>.

FLORÊNCIO, R. S.; MOREIRA, T. M. M. Modelo de vulnerabilidade em saúde: esclarecimento conceitual na perspectiva do sujeito-social. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 34, p. 1-15, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/j5R4zLdBMPzwyPjKqYRHsFz/?format=pdf&lang=pt>.

CEARÁ. **Censo e Mapa de Riscos pessoal e Social do Estrado do Ceará**. Secretária da Proteção Social, Justiça, Cidadania, Mulheres e Direitos Humanos. Ceará, 2018. Disponível em: <https://www.sps.ce.gov.br/wp-content/uploads/sites/16/2019/11/CEMARIS-2018-PUBLICA%C3%87%C3%83O-compactado-1.pdf>.

HONORATO, B. E. F; OLIVEIRA, A. C. S. População em situação de rua e COVID-

19. **Revista de administração pública**, v, 54, n. 4, p. 1064 – 1078, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rap/a/6f3zjNgGvdyqV4Sxx3K74Gz/?format=pdf&lang=pt>.

JANCZURA, R. Risco ou Vulnerabilidade Social. **Textos e Contextos**, v. 11, n. 2, p. 301 – 308, 2012. Disponível em: <https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/view/12173>.

MAFFACCIOLLI, R.; OLIVEIRA, D. L. L. C.; BRAND, E. M. Vulnerabilidade e direitos humanos a compreensão de trajetórias de internação por tuberculose**. Saúde e Sociedade**, v. 26, n. 1, p. 286 – 299, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/ZCM3KpXXHHc9rXDpBjPjC7C/?format=pdf&lang=pt>.

MANCHINI, V. L. M.; TRINDADE, M. A. B. **O processo de trabalho no cuidado em saúde às pessoasem situação de rua no município de São Paulo**. Dissertação (Mestrado) - Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva da Coordenadoria de Recursos Humanos da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, 2018.
Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/09/1008041/veramanchini_dissertacao.pdf>.

MERHY, E. E. et al. Rede Básica, campo de forças e micropolítica: implicações para a gestão e cuidado em saúde. **Saúde em Debate**, v. 43, n. 6, p. 70 - 83, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/RXfnPp73B9Dpcz5pqcVnBdf/?format=pdf&lang=pt>.

MINAYO, M. C. S. Construção de indicadores qualitativos para avaliação de mudanças. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 33, n. 1, p. 83 - 91,2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/36mvLQPqTjRTp8kLXbs3b5Q/abstract/?lang=pt>.

MOREIRA, T. A. S. et al. Sobre “ser mulher e mãe” em situação de rua: invisibilidade na sociedade brasileira. **Revista Em Pauta: teoria social e realidade contemporânea**, v. 19, n. 47, 2021. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revistaempauta/article/view/56078>. Acesso em: 05 nov. 2022.

MOROSINI, M. V. G. C.; FONSECA, A. F.; LIMA, L. D. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. **Saúde em Debate**, v. 42, n. 116, p. 11 - 24, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/7PPB5Bj8W46G3s95GFctzJx/?format=pdf&lang=pt>.

MOURA, F. A.; ROCHA, L. L. F. Memória e história: entrevista como procedimento de pesquisa em Comunicação. **Revista Comunicação Midiática**, v. 12, n. 2, p. 161-176, 2017. Disponível em: <https://www2.faac.unesp.br/comunicacaomidiatica/index.php/CM/article/download/49/42/475>.

MOURA, S. L. O. et al. Percepção de mulheres quanto à sua vulnerabilidade às

Infecções Sexualmente Transmissiveis. **Escola Anna Nery**, v. 25, n. 1, p. 1-8, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/MPPjTYjH8c6Nb4BwKRMmxdh/?format=pdf&lang=pt>.

MEDEIROS, L. P.; AMORIM, A. K. M. A.; NOBRE, M. T. Narrativas LGBT de pessoas em situação de rua: repensando identidades, normas e abjeções. **Revista Pesquisas e Práticas Psicossociais**, v. 15, n. 1, p. 1-16, 2020. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-89082020000100007>.

MINISTÉRIO PÚBLICO. **A tutela da população em situação de rua**. Rio de Janeiro, 2018. Disponível em: <https://www.mprj.mp.br/documents/20184/150562/cartilha_tutela_populacao_situacao_rua_para_grafica_2.pdf>.

NATALINO, M. A. C. Estimativa da população em situação de rua no Brasil. **IPEA – Instituto de Psicologia e Economia Aplicada**. Brasília, 2016. Disponível em: < http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/7289/1/td_2246.pdf>.

NASCIMENTO, V. S.; RISTUM, M. "**Eu não quero ser pequeno nem grande, quero ser igual". Significações sobre o futuro construídas por pessoas em situação de rua**. 2018. Dissertação (Mestrado Psicologia) – Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2018. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/handle/ri/25936>.

OLIVEIRA, E. C. S.; ARAÚJO, M. F. Aproximações do Teatro do Oprimido com a Psicologia e o Psicodrama. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 32, n. 2, p. 340-355, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pcp/a/HGhymc65SpNCSR8qHV4mYyK/?lang=pt>.

OLIVEIRA, R. G. Health practices in contexts of vulnerability and neglect of diseases, people and territories: potentialities and contradictions in health care for homeless people. **Saúde e Sociedade**, v. 27, n. 1, p. 37-50, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/Jk43cn6rHKzGFNzYSnTHsKL/?format=pdf&lang=pt>.

OLIVEIRA, P. L. **Rastros de existência: possibilidades de constituição de si da população em situação de rua**. 2018. Dissertação de Mestrado (Programa de Pós-graduação em Psicologia) - Universidade Católica Dom Bosco, 2018. Disponível em: <https://site.ucdb.br/public/md-dissertacoes/1023594-final.pdf>.

PIO, D. N. et al. Vulnerabilidade Das Pessoas Em Situação de Rua e Seus Mencanismo de Sobrevivencia: Revisão Integrativa de Literatura. **Epitaya E-Books**, v. 1, n. 11, p. 161-171, 2020. Disponível em: <https://portal.epitaya.com.br/index.php/ebooks/article/view/16>.

SÃO PAULO. Estimativa do número de pessoas em situação derua da cidade de São Paulo Em 2003. **FIPE - Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas**. São Paulo, 2003. Disponível em:

<https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/00-publicacao_de_editais/2003.pdf>.

PROETTI, S. As pesquisas qualitativa e quantitativa como métodos de investigação científica: Um estudo comparativo e objetivo. **Revista Lumen**, v. 2, n. 4, 2018. Disponível em: <https://www.semanticscholar.org/paper/AS-PESQUISAS-QUALITATIVA-E-QUANTITATIVA-COMO-DE-UM-Proetti/fad6f32c8ef24b3b077fd2a1425ad84a56a0b36f>.

REIS, D. M.; PRATA, L. C. G.; PARRA, C. R. O impacto da violência intrafamiliar no desenvolvimento psíquico infantil. **Psicologia. pt**, p. 1-20, 2018. Disponível em: < https://www.psicologia.pt/artigos/textos/A1253.pdf>. Acesso em: 06 nov. 2022.

RODRIGUES, J. S.; LIMA, A. F.; HOLANDA, R. B. Identidade, drogas e saúde mental: narrativas de pessoas em situação de rua. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 38, p. 424-436, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pcp/a/fTxn4mz78xzZFZsmsYwPRsF/?lang=pt&format=html>

SANCHOTENE, I. P.; DE ANTONI, C.; MUNHÓS.; RUAS, A. A. MARIA, MARIA: concepções sobre ser mulher em situação de rua. **Textos & Contextos (Porto Alegre)**, v. 18, n. 1, p. 146-160, 2019. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1026614>.

SANTOS, G. P. A **voz da situação de rua na agenda de mudança social no Brasil: um estudo discursivo crítico sobre o Movimento Nacional da População em Situaçãode Rua (MNPR)**. 2017. Tese (Doutorado em Linguística) - Universidade de Brasília, Brasília, 2017. Disponível em: <https://repositorio.unb.br/handle/10482/24869>.

SANTOS, J. R. **Viver na rua e a atuação das redes em saúde.** 2019. Trabalho de Conclusão de Mestrado (Programa de Pós-graduação em Saúde Pública) – Universidade Federal do Ceará, 2019. Disponível em: <https://repositorio.ufc.br/handle/riufc/51144>.

SANTOS, T. E. S. **A visão do trabalho entre pessoas LGBT em situação de rua.** 2018. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharel em Administração) – Universidade de Brasília, 2018. Disponível em: <https://mail.google.com/mail/u/0/?tab=rm&ogbl#inbox/FMfcgzGqRQCxMSFdqRFWSqvQBgJkXzDq?projector=1&messagePartId=0.2>.

SARAIVA, Maria José Galdino et al. A Escola de Formação em Saúde da Família Visconde Sabóia: narrativas que resgatam uma história. **ABCS Health Sciences**, v. 40, n. 3, 2015. Disponível em: <https://xjournals.com/collections/articles/Article?qt=p4PH+csgLb3NXrc3XkMXmEKeD5tzkZdJvJjtfPil8TSRGLo18Zubo9z48Qm/b0GK>.

SEVALHO, G. O conceito de vulnerabilidade e a educação em saúde fundamentada em Paulo Freire. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 22, n. 64, p. 177-188, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/CCnBTxySpYqFqS93W5RN3Sv/abstract/?lang=pt>.

SICARI, A. A.; ZANELLA, A. V. Pessoas em situação de rua no Brasil: revisão sistemática. **Psicologia: ciência e profissão**, v. 38, n. 4, p. 662-679, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pcp/a/zZmF6jcYxpRqGS4b5QMX9sQ/?lang=pt>.

SILVA, A. B. et al. Pessoas em situação de rua e as aldeias: drogas, marginalização social e território de cuidado. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, n. suppl 1, p. 1-8, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/NHSsLJTmXBQcJhHCfwzfXjD/?lang=pt&format=pdf>.

SILVA, R. M. et al. Estudos qualitativos: enfoques teóricos e técnicas de coleta de informações. (Orgs). - Sobral: **Edições UVA**, 2018. Disponível em: <http://www.uvanet.br/edicoes_uva/gera_xml.php?arquivo=estudos_qualitativos>.

SOARES, C. H. A.; LINHARES, M. S. C. Vigilância à saúde no munícipio de Sobral-CE: aspectos históricos, conceituais e atuação na saúde pública. **Sanare**, v. 7, n. 1, p. 06 – 11, 2008. Disponível em: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/viewFile/48/43>.

SOUZA, L. P. S. História de vida de pessoas ostomizadas emsituação de rua atendidas pelo Centro de Reabilitação Adulto em município do Nordeste brasileiro. 2020. 78f. Dissertação (Mestrado Profissional em Práticas de Saúde e Educação) - Escola de Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2020. Disponível em: <https://repositorio.ufrn.br/handle/123456789/31890>.

TAKEUCHI, J. C. S. T.; NOZABIELLI, S. R. **Vidas nas ruas e IST-AIDS: sobrevivência e riscos na cidade de Santos**. 2018. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação Serviço Social) – Universidade Federal de São Paulo, Santos, 2019. Disponível em: <https://repositorio.unifesp.br/bitstream/handle/11600/51541/TCC%20SS%20J%c3%balia%20Cupello.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

TREMEA, D.; HILGERT, J. B. **Saúde Bucal e uso de álcool e drogas em população em situação de rua**. 2021. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2021. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/222469/001126682.pdf?sequence=1#:~:text=Esse%20estudo%20mostrou%20que%2C%20apesar,amostra%20de%20popula%C3%A7%C3%A3o%20em%20situa%C3%A7%C3%A3o>.

VALLE, F. A. A. L.; FARAH, B. F.; JÚNIOR, N. C. As vivências na rua que interferem na saúde: perspectiva da população em situação de rua. **Saúde em Debate**, v. 44, n. 124, p. 182-192, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/Jbg5jB3yFMBQjnyJkcTfy3f/abstract/?lang=pt>.

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

1) Registro dos esclarecimentos do pesquisador aos participantes da pesquisa.

Eu, **Sandra Maria Carneiro Flôr**, mestranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família, da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família, nucleadora Universidade Estadual Vale do Acaraú orientado pela Profa. Dra **Cibelly Aliny Siqueira Lima de Freitas**, convido você, população em situação de rua a participar de uma pesquisa com o título: **Histórias de vida com pessoas em situação de rua: um estudo de vulnerabilidades em saúde**.

a) Os objetivos desta pesquisa são: Analisar as situações de vulnerabilidade em saúde vivenciada pela população em situação de rua.

Caracterizar a população em situação de rua, participantes da pesquisa e Identificar as situações de vulnerabilidade programática, individual e social da população em situação de rua participantes da pesquisa.

b) Caso você participe da pesquisa, será necessário responder a uma entrevista semiestruturada. Na entrevista serão realizadas perguntas sobre sua história de vida.

c) Será assegurado cuidado de enfermagem ao participante que tiver algum desconforto com a abordagem, ou mesmo que precise de acolhimento ou orientação durante ou após a entrevista.

d) Os benefícios esperados com essa pesquisa são: Fomentar políticas públicas de assistência para a população em estudo, subsidiando com isso a qualificação da atenção que garanta uma vida com condições sociais mais dignas, além de contribuir para a elaboração da agenda da gestão do cuidado em saúde.

e) A pesquisadora responsável por esta pesquisa poderá ser contatado à rua Orgendina Gomes, 1221 – Renato Parente. Sobral - CE, 62033065, pelo e-mail: **Sandra_flor38@hotmail.com** e fone: **(88) 9 9275-7073** para esclarecer eventuais dúvidas que você possa ter e fornecer-lhe as informações que queira, antes, durante ou depois de encerrado a pesquisa. Podendo procurar também o Comitê de Ética em Pesquisa ao qual este trabalho foi submetido localizado na Av Comandante Maurocélio Rocha Ponte, 150 - Derby - Sobral/CE Derby, Sobral-CE. Telefone: (88) 3677-4255.

f) A sua participação nesta pesquisa é voluntária e se você não quiser mais fazer parte da pesquisa poderá desistir a qualquer momento e solicitar que lhe devolvam o termo

de consentimento livre e esclarecido assinado. A sua recusa não implicará na interrupção de seu atendimento e/ou tratamento, que está assegurado.

g) As informações relacionadas a pesquisa só poderão ser conhecidas por pessoas autorizadas – pesquisadores. No entanto, se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação, isto será feito sob forma codificada, para que a sua identidade seja preservada e mantida a confidencialidade. As respostas da sua entrevista serão gravadas e anotadas pelo pesquisador e utilizadas respeitando-se completamente o seu anonimato.

h) As despesas necessárias para a realização da pesquisa não são de sua responsabilidade e pela sua participação na pesquisa você não receberá qualquer valor em dinheiro.

i) Quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome, e sim um código.

2) Termo de Consentimento Pós-informado

Eu_____estou de acordo com a participação na pesquisa descrita acima. Fui devidamente esclarecido quanto aos objetivos da pesquisa. O pesquisador me garantiu disponibilizar qualquer esclarecimento adicional que eu venha a solicitar e ainda o direito de desistir da participação em qualquer momento, sem que a minha desistência implique em qualquer prejuízo a minha pessoa, sendo garantido anonimato e o sigilo dos dados referentes a minha identificação, bem como de que a minha participação nesta pesquisa não me trará nenhum benefício econômico, nem riscos e/ou danos. Declaro, ainda, que ao ser convidado a participar desta pesquisa, todos os esclarecimentos me foram dados pelo pesquisador.

Sobral, ____de_____20__

Eu concordo voluntariamente em participar desta pesquisa.

_____

(Assinatura do participante de pesquisa ou responsável legal

_____

Sandra Maria Carneiro Flôr - Pesquisadora Responsável

APÊNDICE B – ROTEIRO PARA ENTREVISTA

Identificação do participante

Nome:_____

Data de Nascimento:_____/_____/_____ Naturalidade:_____

Tempo de vivência na rua:_____

Pontos da cidade onde fica: _____

Fale sobre sua vida:

_____

_____

Dimensão Individual

1. O que levou você a viver na rua?
2. Quais as principais dificuldades em viver na rua?

Dimensão social

1. Que necessidades você apresenta hoje?
2. Como faz para atender suas necessidades de alimentação e higienização?
3. Quais as dificuldades da vida na rua que interferem na sua saúde?

Dimensão programática

1. Como você vê a atuação do poder público diante de suas necessidades, como pessoa em situação de rua?
2. Como é o seu acesso aos serviços de saúde?