



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA**  
**MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA**  
**FAMÍLIA**



**Fabiana Veloso Lima**

**SAÚDE E DOENÇA DE MULHERES EM SITUAÇÃO DE RUA:**  
**UM ESTUDO À LUZ DA HISTÓRIA ORAL**

**João Pessoa/PB**  
**2016**

Fabiana Veloso Lima

SAÚDE E DOENÇA DE MULHERES EM SITUAÇÃO DE RUA:  
UM ESTUDO À LUZ DA HISTÓRIA ORAL

Trabalho de Conclusão de Mestrado apresentado à banca de defesa do Mestrado Profissional em Saúde da Família, da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família, Universidade Federal da Paraíba, como pré-requisito para a obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

**Orientadora:** Prof.<sup>a</sup> Dra. Lenilde Duarte de Sá

**Coorientadora:** Prof.<sup>a</sup> Dra. Karen Mendes Jorge de Souza

**Área de Concentração:** Saúde da Família

**Linha de pesquisa:** Atenção e Gestão do Cuidado em Saúde

João Pessoa  
2016

L732s Lima, Fabiana Veloso.  
Saúde e doença de mulheres em situação de rua: um estudo à luz da história oral / Fabiana Veloso Lima.- João Pessoa, 2016.  
91f.  
Orientadora: Lenilde Duarte de Sá  
Coorientadora: Karen Mendes Jorge de Souza  
Trabalho de Conclusão (Mestrado) - UFPB/Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família  
1. Saúde pública. 2. Saúde da mulher. 3. População - situação de rua. 4. Serviços de saúde.

UFPB/BC

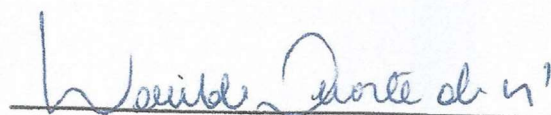
CDU: 614(043)

Fabiana Veloso Lima

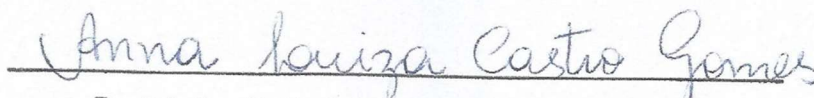
SAÚDE E DOENÇA DE MULHERES EM SITUAÇÃO DE RUA:  
UM ESTUDO À LUZ DA HISTÓRIA ORAL

Trabalho de Conclusão de Mestrado apresentado à banca de defesa do Mestrado  
Profissional em Saúde da Família, da Rede Nordeste de Formação em Saúde da  
Família, Universidade Federal da Paraíba

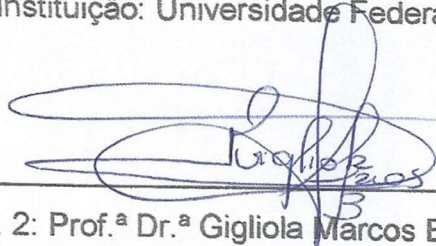
Banca Examinadora:



Presidente/Orientador: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Lenilde Duarte de Sá  
Instituição: Universidade Federal da Paraíba



Prof. 1: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Ana Luiza Castro Gomes  
Instituição: Universidade Federal da Paraíba



Prof. 2: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Gigliola Marcos Bernardo de Lima  
Instituição: Universidade Federal de Campina Grande

Aprovado em: 26 de setembro de 2016.

João Pessoa

2016

Dedico a realização deste sonho a meus pais, Lima e Mary, a meu esposo, Leonardo, e aos meus filhos, Leandro, Ludmila e Luan, pela compreensão, incentivo e amor incondicionalmente dedicados.

## AGRADECIMENTOS

A Deus, pelo dom da vida, força e alicerce, sempre presente, protegendo-me e guiando-me, mesmo nas horas de desespero, sendo luz no meu caminho. Gratidão eterna.

A meus pais, **Lima e Mary**, pela vida. Pelo profundo amor e dedicação a mim manifestados, pelo amparo nos momentos difíceis, pelos constantes gestos de incentivo e encorajamento. Enfim, por serem exemplos de honestidade, caráter e vida. Meu muito obrigada.

A meu esposo, **Leonardo**, amor eterno, sempre presente ao longo desses anos, compartilhando alegrias, tristezas, medos, sonhos e conquistas. Sua companhia alegre e seus conselhos me ajudam a enfrentar os desafios do dia a dia. Obrigado por fazer parte de minha vida.

A meus filhos, **Leandro, Ludmila e Luan**, pela paciência e compreensão nos momentos em que não pude estar presente; pelas cotidianas manifestações de amor e carinho. Seus sorrisos me incentivam a continuar sempre.

A minha futura nora, **Laryssa Neves**, por estar sempre presente, pela solicitude e atenção expressa a mim.

A **Lenilde Duarte de Sá**, minha querida orientadora, mulher forte e guerreira, sempre acreditando no meu potencial. Obrigada pelos ensinamentos e reflexões oportunizados, pelo compartilhar de sua experiência e sabedoria.

À querida professora **Káren Mendes**, minha coorientadora, que, mesmo distante, se fez tão presente na construção deste trabalho. Agradeço sua disponibilidade, presteza e contribuição.

Às professoras **Ana Luiza de Castro** e **Gigliola Bernardo de Lima**, por terem aceitado participar da minha banca, pelas valiosas contribuições, fundamentais para aprimoramento e conclusão deste trabalho.

Aos professores do Mestrado Profissional em Saúde da Família por compartilharem seus conhecimentos e estimularem processos reflexivos, bem como pelo compromisso na formação de profissionais de saúde que atuem de forma qualificada no SUS.

Aos colegas de turma, pelos debates e trocas, pelos bate-papos animados, pelo incentivo e força, mesmo distantes. Levo comigo o nosso lema “Força, Foco e Fé”. Sentirei saudades!

A amiga **Iza Neves**, que sempre de forma especial me deu força e coragem, compartilhando momentos de angústia e alegria. Obrigado, minha Amiga.

A **Annelissa** e **Séfora** pela ajuda e apoio na elaboração e consolidação deste trabalho.

Aos colegas da Diretoria da Atenção à Saúde pelo apoio e incentivo na realização deste sonho.

A todos que fazem parte do Centro POP, pelo acolhimento caloroso e abertura para realização desta pesquisa. Vocês fazem a diferença na assistência prestada às pessoas em situação de rua.

Às mulheres em situação de rua, colaboradoras da pesquisa, pela confiança a mim depositada e pelo compartilhar de suas histórias. Vocês me ensinaram muito.

Enfim, agradeço a todos os que porventura não tenha citado, mas que fazem parte da minha vida, que torceram, rezaram e acreditaram em mim. Meu muito obrigado!

## **Não somos lixo**

Não somos lixo.  
Não somos lixo nem bicho.  
Somos humanos.  
Se na rua estamos é porque nos desencontramos.

Não somos bicho nem lixo, temos voz.  
Por dentro da caótica selva, somos vistos como  
fantasma.  
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  
(Morador das Ruas de Salvador)



## RESUMO

LIMA, F.V. Saúde e doença de mulheres em situação de rua: um estudo à luz da História Oral. 2016. 91f. Trabalho de Conclusão de Mestrado. Mestrado Profissional em Saúde da Família. Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2016.

A população em situação de rua é um grupo de pessoas heterogêneas e vulneráveis, que vivem ou moram na rua e estão expostas a extrema pobreza e iniquidade social. Nesse cenário, as mulheres apresentam-se em número menor, contudo as vulnerabilidades por elas vivenciadas são intensificadas pela relação do gênero feminino na sociedade. O presente estudo objetivou analisar experiências de vida relacionadas ao adoecimento e enfrentamento de vulnerabilidades de mulheres em situação de rua. Tratou-se de um estudo de caso, com abordagem qualitativa, realizado segundo a técnica da História Oral Temática. A coleta dos dados foi desenvolvida no período de dezembro de 2015 e janeiro de 2016 no município de João Pessoa - Paraíba. Colaboraram com o estudo seis mulheres em vivência de rua, cadastradas e acompanhadas pelo Centro de Referência à População em Situação de Rua (Centro POP). Os procedimentos na produção do material empírico foram desenvolvidos segundo etapas da História Oral: entrevistas, transcrição do material gravado, textualização, transcrição e conferência do texto pelo colaborador. A técnica de análise de conteúdo temática foi empregada e resultou na construção de duas categorias temáticas: vulnerabilidades e adoecimentos de mulheres em situação de rua; e estratégias de enfrentamento de vulnerabilidades e adoecimento vivenciados pelas mulheres em situação de rua. Os principais pontos de convergência entre as histórias dessas mulheres foram ser negras, ter baixa escolaridade, ser vítimas de violência doméstica e fazer uso abusivo de álcool e/ou outras drogas. Entre os motivos que levaram a vivência nas ruas, foram citadas a desfiliação e a dependência química. Nas narrativas sobre o viver e adoecer nas ruas, foram identificadas vulnerabilidades individuais, sociais e pragmáticas. A partir dos relatos de adoecimentos, destacaram-se o sofrimento psíquico e adoecimento mental, o uso abusivo de álcool e outras drogas, problemas odontológicos e doenças transmissíveis. Como estratégias de enfrentamento de vulnerabilidades e adoecimentos, as mulheres relataram: o apoio de familiares e amigos, a rede social comunitária, o vínculo com os profissionais do

Centro POP e a busca de serviços de saúde. Concluiu-se que há particularidades no viver, adoecer e morrer nas ruas, porém todas as histórias expressam vivências de exclusão social e privação de direitos humanos. O enfrentamento efetivo dessa problemática deve partir da perspectiva interpretativa de quem vivencia a rua e ser garantido mediante políticas públicas contínuas e intersetoriais.

**Palavras-chave:** População em situação de rua. Saúde da Mulher. Processo saúde-doença

## ABSTRACT

Homeless is a group of heterogeneous and vulnerable people who live or reside on the street and are exposed to extreme poverty and social inequity. In this scenario, women present themselves in a fewer number, but the vulnerabilities experienced by them are intensified by female gender relationship in society. This study aimed to analyze life experiences related to illness and coping of vulnerabilities of women homeless. It was a case study with a qualitative approach carried out according to the technique of Thematic Oral History. Data collection was carried out between December 2015 and January 2016 in the city of João Pessoa - Paraíba. Six women with street experiences, registered and accompanied by the Center of Reference for Population in Street Situation (POP Center), collaborated with the study. The procedures in the production of empirical material were developed according to the stages of Oral History: interviews, transcription of recorded material, textualization, transcription and text verification by the collaborator. The thematic content analysis technique was employed and resulted in the construction of two thematic categories: vulnerabilities and sickening of women on the streets; and coping vulnerabilities strategies and illnesses experienced by women homeless. The main points of convergence in the women's stories were being black, having low education, being a victim of domestic violence and abusing alcohol and / or other drugs. Among the reasons that led to living on the streets, they mentioned disaffiliation and drug addiction. In the narratives about living and getting sick in the streets, individual, social and pragmatic vulnerabilities were identified. From the sickening reports, psychological distress and mental illness, the abuse of alcohol and other drugs, dental problems and transmissible diseases were highlighted. As strategies for dealing with vulnerabilities and sickenings, women reported: the support of family and friends, community social network, the link with professionals from the POP Center and the search for health services. It was concluded that there are peculiarities in living, sickening and dying in the streets, but all the stories express social exclusion experiences and deprivation of human rights. The effective coping of this problem must start from the interpretive perspective of people who experience the life on the streets and be guaranteed by continuous and intersectorial public policies.

**Key words:** Homeless Persons. Women's health. Health-sickness process.

## LISTA DE SIGLA

**CAPS** – Centro de Atenção Psicossocial

**Centro POP** - Centros de Referência à População em situação de rua

**CnaR** - Consultório na Rua

**DSS** - Determinantes Sociais de Saúde

**HIV** – Vírus da Imunodeficiência Humana

**IST** – Infecções Sexualmente Transmissíveis

**PSR** - População em situação de rua

**SAMU** – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

**SUAS** - Sistema Único de Assistência Social

**SUS** - Sistema Único de Saúde

**TB** - Tuberculose

# Sumário

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	14
<b>2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA</b> .....	19
<b>2.1 Pobreza, exclusão e vulnerabilidade social</b> .....	19
<b>2.2 População em Situação de Rua</b> .....	22
<b>2.3 Saúde e Doença da População em Situação de Rua</b> .....	25
<b>3 METODO</b> .....	32
<b>3.1 Tipo de estudo</b> .....	32
<b>3.2 Local e Período do estudo</b> .....	33
<b>3.3 Comunidade de destino e Colaboradores da pesquisa</b> .....	34
<b>3.4 Produção do material empírico</b> .....	34
<b>3.5 Análise dos dados</b> .....	36
<b>3.6 Aspectos éticos da pesquisa</b> .....	37
<b>4 RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	38
<b>4.1 História Oral das colaboradoras</b> .....	39
<b>4.2 Artigo Científico 1</b> .....	51
<b>4.3 Artigo Científico 2</b> .....	68
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	79
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	81
<b>APÊNDICES</b> .....	87
<b>ANEXOS</b> .....	92

## 1 INTRODUÇÃO

As iniquidades sociais decorrentes do modo de produção capitalista são uma realidade no Brasil e estão na base do processo de determinação social dos modos de viver, ter saúde, adoecer e morrer. O fenômeno da pobreza promove injustiças sob o aspecto da não consecução de direitos fundamentais à dignidade humana, como a educação, o emprego, a moradia, a privacidade, a seguridade social, entre outros, que interferem na qualidade de vida e saúde das pessoas (KUNZ, HECKERT, CARVALHO, 2014; BARATA et al, 2015).

No universo das injustas desigualdades sociais, a população em situação de rua é percebida como um grupo de pessoas, cujos direitos humanos básicos foram negados, em um processo contínuo de exclusão social. São pessoas ou famílias que vivem na rua e da rua, pernoitando em albergues, nos logradouros, em casas abandonadas ou terrenos, o que os torna mais vulneráveis a processos de adoecimento (CASTEL, 1997; FIORATI et al, 2014).

Para o Ministério da Saúde, a expressão População em Situação de Rua (PSR) é aplicada a um grupo populacional heterogêneo e dinâmico, que vive em condições de pobreza absoluta, com vínculos interrompidos ou fragilizados, marcados por um contexto social desumanizado e marginalizado (BRASIL, 2012). Essa expressão, em substituição à expressão Morador de rua, é mais indicada por compreender que essa terminologia é mais abrangente, não naturaliza nem culpabiliza a condição do sujeito e não desvaloriza o seu processo histórico.

Sartori (2008) conceitua PSR baseado na etimologia das palavras:

*Pessoa* indica pertencimento à humanidade, homogeneidade, categorização dessa população como seres de direitos, por mais que estejam isentos deles. Mas além dessa caracterização de unidade, *pessoas* está no plural para indicar a heterogeneidade dos indivíduos que constituem essa população; *em situação*, porque o fato que um indivíduo esteja vivendo nas ruas não quer dizer, necessariamente, que será permanente: indica uma situação transitória e *de rua*, é porque a população em destaque faz do espaço público o seu local privado (SARTORI; GRANADO; SANO, 2008, p. 129).

Dados do Censo do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome revelam que, em 2007, em um universo de 71 municípios brasileiros, existiam 31.922 pessoas em situação de rua, sendo 82% do sexo masculino, 53% na faixa etária de

25 e 44 anos de idade, 69% afrodescendentes autodeclarados e 52% sobreviventes com uma renda de R\$20,00 a R\$ 80,00 reais por semana (BRASIL, 2008a).

A presença das mulheres corresponde a, aproximadamente, 10 a 20% da população em situação de rua, havendo variações de uma região para outra no Brasil. Glória e Santos (2013) justificam esse quantitativo em função das questões de gênero, considerando que mulheres em situação de vulnerabilidade social não promovem a desfiliação familiar de imediato, para manter sua rede social de apoio e de interações pessoais mais fortes. Apenas diante de rupturas, perdas ou desentendimentos relacionais intensos, que promovam a desintegração dessa rede social, levariam a mulher a decidir pela situação de rua.

As mulheres, por construções sociais de gênero, estão voltadas ao ambiente doméstico e protetor, e, por consequência, ao vivenciar um espaço público de rua, sofrem maior vulnerabilidade. Contudo, apesar da sua menor participação, o fato não implica menor significância. Pelo contrário, essas mulheres são expostas a uma dupla desigualdade, não só a social, mas também a de gênero. A condição de viver na rua as torna mais vulneráveis à violência, sendo mais comum serem subjugadas e sofrerem abusos sexuais, espancamentos e preconceitos (GLORIA; SANTOS, 2013; ROSA; BRÊTAS, 2015).

As desigualdades socioeconômicas influenciam o processo de adoecer e morrer das mulheres em situação de rua, visto que o viver nas ruas implica uma segregação social e potenciais de desgastes da qualidade de vida, tornando-as sujeitas a estresse constante, violências, alterações climáticas extremas, ingestão de alimentos e água contaminados, além do uso abusivo de álcool e/ou drogas ilícitas (MORRISON, 2009; AGUIAR; IRIART, 2012). A condição de debilidade física e mental dessas mulheres aumenta a suscetibilidade a doenças e agravos diversos, tais como doenças respiratórias, principalmente a tuberculose, infecções sexualmente transmissíveis e aids, doenças dermatológicas, infestações, gravidez de alto risco, sofrimento mental e dependência química (KHANDOR et al, 2011; FESKE et al, 2013).

O processo de saúde e doença das pessoas em situação de rua apresenta características especiais, com influência dos determinantes e condicionantes socioeconômicos e coexistência de fatores pessoais intrínsecos, o que justifica a importância de se estabelecer estratégias de atuação singulares e integrais para essa população, como vem sendo desenvolvido pelo Consultório na Rua (CnaR),

atualmente vinculado a Atenção Primária à Saúde, que amplia o acesso dessas pessoas à rede de saúde (VARGAS, 2012).

É importante reforçar o papel do CnaR na construção de vínculo com as pessoas em situação de rua, a fim de favorecer o cuidado em saúde, respeitando-se assim os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), de integralidade, universalidade, acessibilidade, equidade (VARGAS, 2012).

No Brasil, a Secretaria de Desenvolvimento Social oferece à PSR uma rede de assistência, da qual fazem parte as Casas de Apoio e os Centros de Referência à População em situação de rua (Centro POP), que produzem serviços de assistência social de média e alta complexidade. O Centro POP atua no fortalecimento e apoio à população em situação de rua, diante das vulnerabilidades sociais, visando à resolução de necessidades identificadas e promovendo a inserção dessas pessoas na rede de serviços socioassistenciais e demais políticas públicas, na perspectiva da garantia de direitos (BRASIL, 2011).

Reconhecendo as vulnerabilidades vivenciadas por mulheres em situação de rua, que afetam o processo saúde-doença-cuidado, neste estudo, busca-se a compreensão das vulnerabilidades e adoecimentos a partir da perspectiva interpretativa dessas mulheres. Entende-se que os resultados desta pesquisa podem agregar conhecimentos à literatura científica sobre esta temática e, juntamente às experiências das políticas públicas locais, contribuir para o desenvolvimento de estratégias de acesso a serviços de saúde e de assistência integral a essa população, reduzindo sua morbimortalidade. É importante destacar, que, apesar de ser uma temática relevante e com impacto para a saúde pública, se observa escassez de estudos teóricos sobre ela.

As mulheres em situação de rua são grupos minoritários e excluídos, cuja voz a sociedade não permite escutar. Segundo Meihy (2007), por meio da História Oral, grupos considerados vulneráveis, como as mulheres em situação de rua, encontram espaço para expor suas palavras; por isso a escolha da referida técnica, que se caracteriza pela memória cultural de um grupo de pessoas, que, através das narrativas dos colaboradores, se propõe entender a sequência histórica, dando sentido social às experiências vividas sob diferentes circunstâncias.

A História Oral Temática é uma técnica onde se busca compreender acontecimentos ou situações segundo as narrativas dos colaboradores, focado em



uma temática ou evento específico, no caso do presente estudo, a saúde e a doença das mulheres em situação de rua (MEIHY, 2011).

A partir do exposto, este estudo visou responder os seguintes questionamentos: Quais as vulnerabilidades e dificuldades vivenciadas pelas mulheres em situação de rua? Do que adoecem as mulheres em situação de rua? Com uma abordagem qualitativa e histórica, este estudo proporcionará a produção de narrativas, sob a perspectiva de quem vive a rua, como uma história do presente e relevante para o campo da Saúde Coletiva e direitos humanos.

A motivação para realização deste estudo decorreu da vivência da autora na gestão como técnica da área de Saúde da Mulher, na Secretaria de Saúde do Município de João Pessoa. Por encontrar-se no cargo de secretária do Comitê Municipal de Prevenção da Morte Materna e Infantil do Município de João Pessoa, que, ao discutir um óbito materno de uma mulher em situação de grande vulnerabilidade social, percebeu a necessidade de articular diversos atores envolvidos, o Consultório na rua, as Maternidades e os profissionais da Atenção Básica, a fim de se organizar a rede de assistências à saúde da mulher em situação de rua, no período gravídico-puerperal, facilitando o seu acesso à assistência pré-natal e parto.

Frente à problemática e aos questionamentos, este estudo objetivou analisar as experiências de vida relacionadas ao adoecimento e enfrentamento de vulnerabilidades de mulheres em situação de rua. Os objetivos específicos foram conhecer os motivos que levaram as mulheres à situação de rua; identificar situações de adoecimento e vulnerabilidades de mulheres em situação de rua e descrever as estratégias de enfrentamento de vulnerabilidades e adoecimentos das mulheres em situação de rua.

A presente dissertação está configurada da seguinte forma: introdução, depois o referencial teórico, no qual se fez resgate e aprofundamento de conceitos fundamentais para a temática em questão, sendo subdividiu em três tópicos. O primeiro com o tema “Pobreza, exclusão e vulnerabilidade social”, o segundo intitulado “População em Situação de Rua” e o terceiro “Saúde e Doença da População em Situação de Rua”.

Em seguida, apresenta-se a metodologia, na qual demonstra-se os passos trilhados para a realização desta pesquisa. Realizou-se um estudo de caso, com

abordagem qualitativa, através da Técnica da História Oral Temática, sendo utilizado para análise dos dados a Análise de Conteúdo Temática, proposta por Bardin.

Os resultados e discussões dos dados foram distribuídos em forma de dois artigos científicos: O primeiro intitulado “Vulnerabilidade e adoecimento de mulheres em situação de rua”, no qual aborda os motivos que favoreceram as mulheres vivenciar as ruas e a situações de vulnerabilidades e adoecimento que as mesmas estão expostas. O segundo artigo tem como título “Mulheres em situação de rua: enfrentamentos direcionados às vulnerabilidades”, e descreve as estratégias de enfrentamento utilizadas pelas mulheres durante seu cotidiano nas ruas.

O trabalho termina com as considerações finais, momento em que se apresenta um resgate sucinto dos resultados encontrados e aponta-se possíveis contribuições, bem como, reflexões que poderão ser fontes para outras pesquisas.

## **2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA**

### **2.1 Pobreza, exclusão e vulnerabilidade social**

O sistema capitalista permite a geração de riqueza e abundância para uns e, ao mesmo tempo, de pobreza e exclusão para outros. O que parece contraditório nada mais é do que as regras intrínsecas desse sistema operativo, cuja ação produz riqueza e reproduz pobreza (MONTAÑO, 2012).

Segundo Friedman e Friedman (2014), o capitalismo, por não promover uma mínima equidade social, acaba por reforçar uma miséria já existente (situação de pobreza e indigência) ou institui mais precariedade nos empregos e mais desemprego entre os trabalhadores, caracterizando um processo de exclusão social. Com isso, a população economicamente marginalizada, socialmente excluída e politicamente destituída de direitos constitui-se um produto do sistema capitalista, cujas questões sociais emergem da pobreza, que cresce inversamente proporcional ao desenvolvimento do processo de acumulação.

A pobreza é um estado social resultante de um processo histórico de exploração, discriminação, anulação de direitos e concentração injusta de renda, riqueza e poder anterior ao capitalismo, porém potencializado pela sua evolução e desenvolvimento (YAZBEK, 2012).

Para Montaña (2012), a desigualdade é um componente estrutural do sistema, decorrente de processos de dominação e exploração. Essa desigualdade favorece a pobreza e a iniquidade social, a qual vai de encontro com os princípios do estado de bem-estar social, que rege que todos os indivíduos, em todas as fases do seu ciclo de vida, têm direito a um conjunto de bens e serviços, incluindo o direito a educação, a assistência médica gratuita, emprego, renda mínima, auxílio desemprego, entre outros.

Dessa multidimensionalidade dos processos que resultam em pobreza, emerge o termo exclusão social, cuja conotação reforça o processo vivenciado pela pessoa durante seu processo de marginalização, com ruptura da coesão social e fragmentação das relações sociais. A sociedade ocidental atual experimenta processos de exclusão e inclusão social, favorecendo com isso a formação de

diversos grupos, mais ou menos marginalizados, entre eles, a população em situação de rua (BARATA et al, 2015).

A situação de rua vivenciada por algumas pessoas não é um fenômeno social recente. É, contudo, crescente na sociedade contemporânea, principalmente nos grandes centros urbanos, cuja dinâmica favorece situações de desemprego ou subemprego, com precárias condições de vida. O grupo populacional que se encontra em uma zona instável, entre a integração e exclusão, o que dificulta o acesso a bens e serviços sociais, econômicos e culturais, e os torna mais vulneráveis e marginalizados (FIORATI et al, 2014).

O conceito de vulnerabilidade social encontra-se em constante transformação, devido a sua magnitude e complexidade, visto que perpassa diversas dimensões, como: econômica, ambiental, de saúde e de direitos. No campo da saúde, a noção de vulnerabilidade social teve destaque com o surto da infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), ampliando a perspectiva de susceptibilidade aos agravos de saúde (MONTEIRO, 2011). Nesse contexto, a vulnerabilidade passa a ser influenciada a partir da exposição de diversos fatores de risco, econômicos, sociais ou culturais, não se limitando ao aspecto individual, mas focando na perspectiva coletiva; o que requer um olhar amplo para o seu enfrentamento.

São diversos os condicionantes da vulnerabilidade social, formada por um conjunto complexo e multifacetado de fatores, como a precarização de recursos materiais capazes de garantir as necessidades básicas da população, o que limita ao acesso de bens e serviços, como educação, saúde, emprego/renda (BELLENZANI; MALFITANO; VALLI, 2005).

Para Monteiro (2011), a vulnerabilidade é uma relação dialética entre o interno e o externo, sendo o interno referente às características individuais, de grupos e comunidades, como condições de moradia, emprego, educação, saúde, acesso a bens e recursos materiais, relações interpessoais, entre outros. Já o externo, refere-se ao contexto de referência externa ao indivíduo, influência da macropolítica nas pessoas e na sociedade. Com isso, as situações de vulnerabilidade social caracterizam-se quando indivíduos ou grupos populacionais se encontram incapacitados para enfrentar as situações do cotidiano da vida social. Desse modo, observa-se que a vulnerabilidade a doenças e situações adversas da vida se apresentam de forma diferente entre indivíduos, regiões e grupos sociais, estando

correlacionada com a pobreza, economia, nível educacional e também dimensão geográfica (BARATA et al, 2015).

Ayres e colaboradores (2003) descrevem a existência de três eixos interligados: a vulnerabilidade individual, que diz respeito ao grau de informação que cada indivíduo possui sobre o problema e sua capacidade de compreensão da situação e transformação de sua prática individual; a vulnerabilidade social, que seria um conjunto de fatores sociais que determinam o acesso às informações, serviços, bens culturais, as restrições ao exercício da cidadania, exposição à violência, grau de prioridade política ou de investimentos dados à saúde e condições de moradia, educação e trabalho. E, por último, a vulnerabilidade programática, que se relaciona às ações que o poder público, iniciativa privada e organizações da sociedade civil empreendem, ou não, no sentido de diminuir as chances de ocorrência das enfermidades.

Segundo Sanchez e Bertolozzi (2007), a vulnerabilidade refere-se à chance do indivíduo de adoecer, como resultado de um conjunto de fatores intrínsecos e extrínsecos, ou seja, a relação do indivíduo com o seu coletivo, o que difere do conceito de risco, já que a vulnerabilidade busca identificar a coparticipação das variáveis que estejam envolvidas na susceptibilidade ao adoecer, sejam elas abstratas, subjetivas ou estruturais.

O conceito de risco e vulnerabilidade, por existir uma relação estreita entre eles, muitas vezes são utilizados erroneamente como sinônimos ou similares. Janczura, contudo, aponta que “o risco se refere à situação de grupos, e a vulnerabilidade deve ser usado para a situação fragilizada de indivíduos” (JANCZURA, 2012, p. 307).

Ayres conceitua risco na perspectiva epidemiológica, sendo a probabilidade de um indivíduo ou grupo populacional de adoecer frente à exposição de um agente agressor. Já a vulnerabilidade na saúde estaria relacionada às condições que podem deixar as pessoas fragilizadas e expostas ao adoecimento (AYRES, 2009).

Existem variáveis mecanismos de avaliação das condições de maior ou menor vulnerabilidade social individual e coletiva, sendo eles: nível de escolaridade, acesso aos meios de comunicação, disposição de recursos financeiros, políticas públicas efetivas, barreiras culturais, liberdade de expressão (AYRES et al, 2003). No caso da população em situação de rua, eles apresentam grande vulnerabilidade social, visto

que a ida para as ruas provoca uma ruptura das formas sociais legitimadas pela própria sociedade (ANDRADE; COSTA; MARQUETTI, 2014).

A evolução da sociedade contemporânea favoreceu processos de exclusão e inclusão sociais, contribuindo para o desenvolvimento de diferentes grupos, mais ou menos marginalizados, dos quais se destaca neste trabalho a população em situação de rua. Essas pessoas, apesar de apresentarem diferentes trajetórias de vida, exibem em comum a discriminação, a exclusão, a pobreza extrema, a negação de direitos, o que demonstra a sua grande vulnerabilidade social.

## 2.2 População em Situação de Rua

População em situação de rua (PSR) é a expressão utilizada para definir um grupo de pessoas heterogêneas, com vínculos familiares interrompidos ou fragilizados, que sobrevivem por meio de atividades produtivas desenvolvidas nas ruas (BRASIL, 2012).

Em algumas realidades internacionais, o morador de rua é classificado como a pessoa que não possui moradia, diferentemente do Brasil, no qual a expressão população em situação de rua refere a condição em que o sujeito se encontra em relação à rua, e não apenas a ausência de moradia (GRAEFF, 2012).

Para Castel (1997), a PSR é um grupo social de direitos negados por um processo de exclusão social, denominados “sobrantes”, em que as pessoas são reduzidas a condições subumanas, impossibilitados pela conjuntura econômica e social de exercer suas potencialidades humanas. Nesse contexto, homens, mulheres, famílias inteiras ou grupos, que, apesar das diferentes realidades, têm em comum a extrema pobreza e a exclusão social, cujo algum infortúnio em sua trajetória de vida, fizeram com que perdessem a perspectiva do projeto de vida e passaram a utilizar o espaço da rua como moradia e sobrevivência. Esses são denominados população em situação de rua (NATT; VISSOCI, 2014).

No Brasil, as pessoas em situação de rua são heterogêneas, não existindo uma única determinação para o sujeito estar nas ruas. É necessário compreender as diferentes vertentes do problema, identificar se a pessoa *está na rua* (recentemente), se *fica na rua* (circunstancialmente) ou se *é da rua* (permanentemente). *Ficar na rua*

indica uma situação de precariedade extrema, em que o indivíduo não tem o mínimo recurso para pagar uma pensão ou conseguir um albergue. O termo *estar* na rua reflete uma situação de desalento, em que essa pessoa já estabeleceu uma relação com outras pessoas da rua e, com elas, criam alternativas de sobrevivência. Já a expressão “*ser da rua*” é empregada para designar uma prática definitiva, de que o espaço da rua é sua moradia (ANDRADE; COSTA; MARQUETTI, 2014, *grifo do autor*)

Segundo Alvarez, Alvarenga e Della Rina (2009), nos últimos anos, houve transformações no modo de morar na rua, não só o aumento do número dessa população, mas também a associação gradativa com o uso e tráfico de drogas. São pessoas vítimas do preconceito e da exclusão social e, que, para manutenção da vida, assumem um movimento específico, respondendo ao crime com o crime, envolto na indiferença, depressão, drogas e mendicância.

De acordo com Graeff (2012), a vida nas ruas deprecia o indivíduo moralmente, excluindo-o dos valores de integridade e dignidade, reduz sua autoestima, e, com isso, essa pessoa tende a resistir a qualquer tentativa de reorganização. Para muitas pessoas que estão em situação de rua, o viver na rua representa uma “prisão difícil de sair”, onde relações com as drogas, o estado de abandono e exclusão são fatores negativos ao seu retorno à sociedade, impedindo o resgate de uma imagem positiva de si mesmo (ALVAREZ et al, 2011).

As causas que levam as pessoas às ruas são variadas. Entre elas, estão a perda de vínculos familiares, desemprego, violência, perda de algum ente querido, alcoolismo, envolvimento com drogas, sofrimentos psíquicos e perda da autoestima (KUNZ; HECKERT; CARVALHO, 2014). Mas, também, há os que vivem na rua por terem chegado há pouco tempo às grandes cidades e ainda não tiveram a oportunidade de conseguir emprego ou moradia; outros sobrevivem catando resíduos, e acabam por dormir nas ruas frente à dificuldade de retornar para casa em periferias distantes.

Os desajustes familiares associados às dificuldades econômicas, como no âmbito da renda e do trabalho, contribuem diretamente para que pessoas vivam nas ruas. Uma vez que o vício, a desinformação e a violência afastam essa população da lógica socialmente legitimada, há uma ruptura com o mundo da razão - essa vivência em exclusão, tornando-os cada vez mais distantes de vislumbrar um futuro digno (NATT; VISSOCI, 2014).

Analisando essa realidade na perspectiva de gênero, constata-se uma significativa diferença entre homens e mulheres na vivência nas ruas, inicialmente em relação à quantidade. Censos comprovam que a maioria (em média 80%) dos moradores de rua são homens, na faixa etária de 20 a 44 anos (BRASIL, 2008a), mas também na origem que os levou à rua e nas dificuldades enfrentadas no cotidiano das ruas. Para Tiene (2004), é mais complicado para as mulheres o dia a dia na rua, pois cresceram acostumadas e socializadas em locais domésticos e protetores. Já para o homem, a rua é um local público, no qual cresceram e se acostumaram a conviver.

No que diz respeito às causas que levam as mulheres à rua, Lopes, Borba e Reis (2003) afirmam ser decorrentes da ruptura na rede social de apoio, fato que promove a desfiliação e incentiva a decisão de enfrentar a vida nas ruas. Isso justifica o menor número de mulheres, visto que o perfil social feminino se vincula a essas redes de apoio através de laços fortes e difíceis de serem rompidos, comparado ao gênero masculino.

A família é uma importante rede social, na qual se tem o desenvolvimento de laços afetivos entre seus membros, gerando sentimentos de pertencimento e interdependência. A quebra da sociabilidade primária desse território familiar, associado a uma precariedade econômica, leva a privações que fragilizam as relações sociais, e isso resulta muitas vezes no isolamento, denominado por Castel de desfiliação (CASTEL, 2000).

Um olhar atento sobre essa realidade permite perceber que são mulheres que sofrem a violação dos direitos humanos e acabam sobrevivendo em meio a riscos e vulnerabilidades, utilizando diversas estratégias de sobrevivência, contando apenas com rede de serviços sociais e assistenciais e com a solidariedade da população (GLÓRIA; SANTOS, 2013; CARDOSO, 2009).

Prates e Abreu (2004), em sua pesquisa com moradoras de rua, confirmaram a fragilidade dessas mulheres. Os autores constataram uma desvalorização pessoal e uma postura de subalternidade na forma que se relacionavam com seus parceiros, até mesmo banalizando a violência sofrida. A referida pesquisa mostrou que as mulheres, muitas vezes, são trocadas por cigarros, drogas, cobertores, sofrem abuso sexual com frequência, o que as obriga, muitas vezes, a se disfarçar de homens para minimizar ou prevenir o risco. Com isso, elas buscam conviver em grupo como estratégia para manutenção de sua proteção; procuram companheiros visando



segurança; porém, algumas vezes, a violência é gerada pelo próprio parceiro, e “muitas vezes seus corpos revelam traços de utilidade-obediência” (TIENE, 2004, p. 156).

Para Zanella (2008), o conceito de gênero pauta-se na formalização social que adquire cada sexo, no que diz respeito a valores, atitudes e normas que os sujeitos desempenham na sociedade. Diversos estereótipos emergem em um contexto grupal, o gênero é milenar e se estabelece de acordo com a cultura local, crenças, valores e atitudes pessoais adequadas a homens e mulheres.

Em nossa sociedade patriarcal, a construção de gênero está pautada em enfatizar uma diferença entre homens e mulheres, não em termos biológicos, mas no que diz respeito a comportamentos, sentimentos, afetos, personalidade e intelecto. Barreto e Carvalho (2016) descrevem que apesar da visualização de mudanças no estereotipo feminino, no que se refere a independência no modo de agir, falar e direitos de escolha; a visão de mulher como sexo frágil ainda persiste, devido a naturalização do papel feminino como inferior e subordinado, o que a deixa susceptível a diversas formas de violência.

Adorno (2011) descreve que a problemática da PSR vem tomando maior visibilidade nos últimos anos, principalmente nas grandes capitais do Brasil. Esse fenômeno decorre tanto do aumento do número de pessoas em situação de rua, o que provoca repúdio a sociedade, quanto do maior risco de adoecimento dessa população, decorrente da maior desigualdade socioeconômica vivenciada, além dos riscos biológicos expostos, como variação climática, alimentos e água contaminada, pouca higiene e restrito acesso aos serviços de saúde (CEFAI, 2010).

A população em situação de rua, em especial as mulheres, necessita de um olhar diferenciado na perspectiva de atender as suas necessidades. O modo de viver na rua as deixa susceptíveis a diversas situações de vulnerabilidade, o que influencia diretamente o processo de saúde-doença e cuidado.

### **2.3 Saúde e Doença da População em Situação de Rua**

O processo de saúde e adoecimento vem sendo influenciado pelo modo como a sociedade se organiza e pelo modelo de atenção à saúde vigente. Varia de acordo

com a cultura local e com a forma como o ser interage com o meio onde está inserido (CAMARA; et al, 2012). Portanto a concepção do processo de saúde e doença é plural e varia de acordo com abordagens mais restritas, como rege o paradigma biologicista, a compreensões ampliadas e dialéticas, a exemplo do enfoque da determinação social do processo saúde-doença.

Segundo Fertoni e colaboradores (2015), a doença é consequente de um desequilíbrio consigo mesmo, com os outros ou com o meio, perpassando além de alterações morfofuncionais. O referido autor descreve a saúde como silenciosa, e a enfermidade ruidosa, porém nem sempre audível ao indivíduo ou ao profissional de saúde.

Alguns autores associam normalidade à saúde e anormalidade à doença. Pensando nessa ótica, a normalidade é objetiva e quantificada quando sua função está de acordo com o seu desenho esperado; já a doença, é quando se tem interferência nas funções normais de órgãos ou sistema do corpo humano. Admite-se que esse conceito se limita às funções biológicas, não fazendo referência às questões ambientais, sociais e psicológicas (VIANNA, 2012).

Segundo Canguilhem (2009), o conceito de saúde é complexo e de difícil definição; por isso propõe conceituá-la a partir da dimensão do ser, já que é nessa dimensão que ocorrem as alterações entre o normal e patológico, sendo diferente de pessoa para pessoa. Nesse sentido, o autor considera a saúde a capacidade do ser humano em consumir sua própria vida. Para Badziak e Moura (2010), a saúde é um direito interligado a outros, como educação, lazer, segurança, liberdade, igualdade etc., que contempla aspectos sociais e individuais; porém o direito individual não pode sobrepor-se ao direito coletivo.

A VIII Conferência Nacional definiu saúde como resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. Isto é, resultante das formas de organização social da produção (BRASIL, 2002).

Na I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde (Carta de Ottawa), apresentaram-se como condições para se ter saúde: paz, educação, habitação, alimentação, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade. Com isso, percebe-se a importância da intersetorialidade para a promoção da saúde e a influência dos múltiplos determinantes para a saúde individual e coletiva,

entre eles, os sociais (BRASIL, 2002). Segundo Fertoni e colaboradores (2015), nem sempre o indivíduo consegue “consumir” a vida da melhor forma possível, pois os determinantes sociais influenciam esse processo, comprometendo sua saúde e qualidade de vida.

Para a Comissão Nacional de Determinantes Sociais de Saúde, os Determinantes Sociais de Saúde (DSS) estão vinculados aos comportamentos individuais e às condições de vida e trabalho, bem como à macroestrutura econômica, social e cultural; são produtos da ação humana, e, portanto, podem ser transformados por ela. Reforça que a relação dos DSS não é uma simples relação de causa-efeito, e que existem vários modelos para expressar a influência dos determinantes sobre a saúde (BRASIL, 2008b).

O modelo de Dahlgren e Whitehead (1991) apresenta-se em camadas, em que a mais basal representa características individuais, as intermediárias perpassam estilo de vida, rede sociais e comunitárias, condições de vida e trabalho; e, na camada mais distal, encontram-se os macros determinantes econômicos, sociais e culturais da sociedade (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

O modelo de Diderichsen e Hallqvist (1998), adaptado por Diderichsen, Evans e Whitehead (2001), enfatiza a estratificação social gerada pelo contexto social, o que confere aos indivíduos condições sociais e de saúde distintas. Por exemplo, um indivíduo que ocupa determinada posição social o faz decorrente de diversos mecanismos sociais, como educação, trabalho, entre outros, e por isso está submetido a diversos riscos que podem causar danos à sua saúde; porém existe um diferencial individual de vulnerabilidade de desenvolver doença, frente a esses riscos, e um diferencial social e físico de evolução/prognóstico, uma vez desenvolvida a doença; e, por último, o impacto socioeconômico gerado pela doença no indivíduo e em sua família (BADZIAK; MOURA, 2010).

Para Laurell (1982), o processo saúde-doença possui caráter social, já que o perfil patológico de grupos populacionais muda de acordo com o momento histórico, e a formação social, de modo particular, combina-se com o desenvolvimento das forças produtivas e com as relações sociais de produção. Sendo assim, atualmente remete-se o processo saúde-doença aos determinantes, sendo condicionada à estrutura político-econômica, às carências e desigualdades sociais, a fatores culturais e à percepção dos indivíduos sobre saúde e doença. Sob essa perspectiva, as

peças em situação de rua estão expostas a condições negativas, com riscos de adoecimento e morte, frente às vulnerabilidades vividas (ARISTIDES; LIMA, 2009).

A determinação social da saúde busca caracterizar a saúde e a doença como fenômenos próprios do indivíduo - homem que trabalha, convive em sociedade, um ser político. Propõe um caráter social e biológico único, ou seja, o processo saúde doença “relaciona-se com o nível de desenvolvimento das forças produtivas e relações sociais de produção em um dado momento de uma formação social concreta” (LAURELL, 1982, p. 157).

Quanto maior for a desigualdade social e econômica de um país, maior será a repercussão na qualidade de vida de sua população e, conseqüentemente, o adoecimento de sua sociedade, uma vez que o processo de saúde-doença não se limita aos determinantes biológicos e psicológicos. No caso da PSR, o viver nas ruas quase sempre significa estar em risco, já que se encontra privado de suas necessidades básicas, como alimentação, higiene, vestuário, necessidades fisiológicas, além da exposição contínua a variações climáticas, violência, entre outros (NATT; VISSOCI, 2014).

As pessoas em situação de rua sofrem maior risco às condições de saúde, sendo eles: violência, variação climática, alimentação e sono inadequados, asseio precário, falta de acesso à água para consumo e escassos alimentos adequados, falta de acesso a locais para higiene pessoal e necessidades fisiológicas. Mas, para as mulheres, os riscos são maiores, tanto à susceptibilidade pessoal, quanto à fragilidade pessoal, tornando-as mais vulneráveis à violência sexual e física, à gravidez de risco, doenças sexualmente transmissíveis e doenças psiquiátricas. Elas também enfrentam questões psicossociais, baixa estima e preconceitos, o que lhes acarreta sofrimento emocional (VARGAS, 2012).

Segundo o Ministério da Saúde (2008a), a vida na rua pode ser causa ou consequência de problemas de saúde, pois há situações em que o viver na rua cause doenças, pelos riscos expostos e há situações onde o estar doente leva a pessoa a viver nas ruas. Esta última foi descrita por 7% dos moradores de ruas entrevistados na Pesquisa Nacional sobre População de Rua, desenvolvida pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome.

A PSR em geral faz uso abusivo de álcool ou outras drogas ilícitas, mas muitas vezes não se pode afirmar se esse uso abusivo se dá pelo frio e fome a que está

sujeita, ou se foi a dependência química do álcool ou outras drogas a causa que a levaram à rua. Esses hábitos, porém, deixam tal PSR mais susceptível a doenças, principalmente aids, tuberculose, sofrimentos mentais (ADORNO, 2011).

Segundo Milburn e colaboradores (2010), o maior problema na área da saúde que acomete as pessoas que vivem na rua, principalmente as mulheres, é o sofrimento mental associado a quadros de dependência química, neuroses e psicoses. Entre os fatores agravantes, está o constante medo. Medo de ser roubada ou agredida, de sofrer violência sexual, de sofrer agressões físicas por parte dos órgãos públicos de segurança. Medo é uma expressão constante utilizada pelas mulheres em situação de rua.

O processo de saúde-doença das mulheres em situação de rua tem influência especial também dos determinantes ambientais, já que estão mais susceptíveis a desenvolver problemas de pele e infestação por dormirem no chão, compartilharem aglomerados, pela falta de acesso ao asseio, pela falta de alimentação adequada, além das variações climáticas às quais estão expostas. Segundo pesquisa realizada em Belo Horizonte, por Botti e colaboradores (2010), os problemas de saúde declarados pela população em situação de rua, em entrevistas, foram problemas psiquiátricos, respiratórios, neurológicos, gastrointestinais, hepáticos, crônico-degenerativos e infectocontagiosos.

Segundo Aristides e Lima (2009), o estar ou não estar doente também está relacionado às estratégias de resolução do problema, como a busca pelo profissional de saúde, o acesso ao serviço de saúde, acesso à medicação, tempo oportuno do início do tratamento, utilização correta do tratamento etc. No caso da PSR, muitas dessas estratégias estão deficitárias, o seu acesso aos serviços e profissionais de saúde são negados devido, sobretudo, ao preconceito. Os serviços de saúde não acolhem nem realizam ações de busca ativa voltadas a esse público, limitando a atenção e atendimento a uma área de abrangência, exigindo comprovação de moradia. Outro fator importante de falha na estratégia de resolução do problema são tratamentos aplicados a comportamento regrados, como o caso da aids e da tuberculose, em que as pessoas que vivem na rua têm mais dificuldade para seguir as orientações e tratamentos (GRAEFF, 2012).

Cefai (2010) reflete que as medidas de intervenções tomadas atualmente para enfrentamento da problemática de adoecimento da PSR ainda se limitam a

“higienização do ambiente”, com ações desorganizadas e isoladas; relata a importância de se atentar para magnitude e complexidade do problema, a fim de se compreender a verdade sobre a vida em situação de rua, e com isso traçar ações efetivas e intersetoriais.

Pelo princípio da universalidade, o Sistema Único de Saúde (SUS) se obriga a garantir o atendimento integral, universal e equânime a todos os brasileiros, sem discriminação de acesso (VARGAS, 2012). Por isso, em 2009, foi instituída a Política Nacional para a População em Situação de Rua, por meio do decreto 7.053/2009, que tem como objetivos assegurar o acesso amplo e seguro aos serviços e programas que integram as políticas públicas de saúde, educação, previdência, assistência social, moradia, segurança, cultura, esporte, lazer, trabalho e renda; implantar centros de defesa dos direitos humanos para a população em situação de rua; incentivar a criação e divulgação de canais de comunicação para o recebimento de denúncias de violência contra a PSR; promover articulação entre o Sistema Único de Assistência Social (SUAS) e o Sistema Único de Saúde (SUS); entre outros (BRASIL, 2009a).

O fortalecimento do movimento social feminista fez emergir a discussão de gênero e a incorporação deste aspecto em diversas políticas públicas e programas governamentais, com o intuito de estabelecer políticas específicas ou direcionadas às mulheres. Dentre elas tem-se a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Mulheres, que busca a implementação de ações de saúde que garantam os direitos humanos das mulheres, com um enfoque de gênero, pautado na integralidade e a promoção da saúde como princípios norteadores, visando consolidar os direitos sexuais e reprodutivos, melhoria na atenção obstétrica, do planejamento familiar, da atenção ao abortamento inseguro e no combate à violência doméstica e sexual. Agrega, também, a prevenção e o tratamento de mulheres vivendo com HIV/aids e as portadoras de doenças crônicas não transmissíveis e de câncer ginecológico. Além disso, amplia as ações para grupos historicamente excluídos das políticas públicas, nas suas especificidades e necessidades, como é o caso de mulheres presidiárias, do campo, em situação de rua (BRASIL, 2009b).

Outro avanço importante na oferta de direito para as mulheres foi a criação da Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, cujo objetivo principal é promover a igualdade entre homens e mulheres e combater todas as formas de preconceito e discriminação herdadas de uma sociedade patriarcal e excludente. Busca garantir

com seus eixos de trabalho – educação e cultura, enfrentamento a violência, renda e trabalho, saúde/direitos sexuais e reprodutivos - a inclusão da mulher no processo de desenvolvimento social, econômico, político e cultural do País (BRASIL, 2013).

Segundo Cefai (2010), grandes avanços foram alcançados na assistência as mulheres e especificamente as mulheres excluídas e desvalorizadas, que vivem em situação de extrema adversidade; mas ainda é preciso haver ações intersetoriais efetivas, que garantam as condições mínimas de sobrevivência e retorno a uma vida social digna. E para isso seria necessária a implementação de programas de reinserção social que contemplassem trabalho, saúde, renda e reintegração ao seio familiar.

A compreensão das peculiaridades do modo de viver e adoecer das pessoas em situação de rua é um ponto importante para o desenvolvimento de ações que atuem de modo integral e se vislumbrem as reais necessidades dessa população, contemplando-se todos os aspectos envolvidos na questão, tais como: educação, saúde, trabalho e renda, moradia, entre outros.

### **3 METODO**

#### **3.1 Tipo de estudo**

A presente pesquisa caracteriza-se por um estudo de caso, de abordagem qualitativa, que utilizou o recurso da técnica de História Oral Temática a fim de compreender o processo de adoecimento e vulnerabilidades de mulheres em situação de rua no Município de João Pessoa - PB.

O estudo de caso baseia-se nas ciências sociais, podendo ser utilizado em diversas situações e contribui para compreensão profunda dos fenômenos individuais ou sociais. Visa reunir o maior número de informações de uma situação e descrever com complexidade um fato. Já a pesquisa qualitativa baseia-se em uma relação dinâmica entre o mundo real e a subjetividade do sujeito (MINAYO, 2014). Na pesquisa qualitativa, se compreende melhor a realidade, na medida em que se aprofunda o entendimento do sujeito, em sua singularidade, como pessoa com características únicas, pertencentes a um grupo social com crenças, valores e significados (MARCONI; LAKATOS, 2010).

A História Oral é um recurso utilizado na construção de documentos, arquivamentos e estudos, no que diz respeito à história social das pessoas e grupos. Reconta uma percepção do ocorrido no passado como algo contínuo do hoje, como processo histórico não finalizado (MEIHY, 2007). Segundo autor citado, a História Oral pode ser classificada em: História Oral de Vida, em que o sujeito narra sua experiência; História Tradicional Oral, na qual se revelam as estruturas e comportamentos de um grupo; e a História Oral Temática, que é narrada a partir de uma temática central.

A História Oral Temática corresponde a um recurso da História Oral, na qual se buscam, por meio da história pessoal dos colaboradores, aspectos úteis sobre um assunto central, utilizando-se de um roteiro para delimitar os temas a serem abordados (MEIHY, 2002). O presente estudo utilizou a História Oral Temática para que as mulheres em situação de rua relatassem suas vivências e experiências quanto a seu processo de adoecimento, à vulnerabilidades e estratégias de enfrentamento.



### 3.2 Local e Período do estudo

A coleta de dados foi desenvolvida no período de dezembro 2015 a janeiro de 2016, no Município de João Pessoa, cuja população estimada é de 791.438 habitantes. Aí se tem a atenção básica como eixo norteador do sistema de saúde, com 191 equipes de saúde da família, distribuídas em cinco Distritos Sanitários, perfazendo-se uma cobertura de 85%.

Os dados foram coletados no Centro POP, vinculado à Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social, Diretoria de Assistência Social, que constitui uma unidade de referência de média complexidade, que atende pessoas que utilizam as ruas como espaço de moradia e/ou sobrevivência. Fundado em 2012, atualmente encontra-se sediado em uma casa, com pouca infraestrutura, contendo dois consultórios, uma sala e terraço amplo, uma cozinha, uma lavanderia, sala de jogos, sala de guardar pertences, quarto masculino e feminino, banheiros e um quintal. Possui em seu quadro funcional um diretor, uma assistente social, uma psicóloga, uma cozinheira, três educadores sociais e um vigilante.

O Centro POP situa-se na Rua Treze de maio, 762, Centro, João Pessoa. Funciona no horário de 8 às 17 horas e possui 40 pessoas cadastradas, das quais, sete são mulheres. A instituição objetiva prestar atendimento e atividades direcionadas para o desenvolvimento de sociabilidades, na perspectiva de fortalecimento de vínculos interpessoais e/ou familiares que oportunizem a construção de novos projetos de vida e alternativas à saída de pessoas das ruas. Promove orientação individual e grupal e encaminhamentos a outros serviços sócio-assistenciais e intersetoriais (saúde, educação, justiça...) a fim de contribuir para a construção da autonomia, da inserção social e da proteção às situações de violência dessa população.

A escolha desse cenário ocorreu após a pesquisadora conhecer o serviço em questão e ter tido uma boa receptividade dos funcionários com relação à pesquisa. Além do que, a técnica da História Oral Temática necessita de uma etapa posterior de conferência dos dados coletados, e entrevistar mulheres em situação de rua que apresentam algum vínculo institucional, facilitaria o acesso as mesmas em um segundo momento.

### **3.3 Comunidade de destino e Colaboradores da pesquisa**

Segundo Meihy (2007), ao se utilizar a História Oral, é necessário inicialmente escolher a “Comunidade de destino”, que representa a unidade de um grupo, os fatores que identificam e determinam este grupo social. No presente estudo, a Comunidade de destino foi formada pela População em Situação de Rua.

A “Colônia” representa a primeira divisão da Comunidade de destino, que permite facilitar o entendimento coletivo em sua abrangência. Nesta pesquisa, a colônia foi representada pelas mulheres em situação de rua do Município de João Pessoa. A “Rede” é uma subdivisão da colônia, representa a menor parcela da Comunidade de destino, visando estabelecer parâmetros sobre quem vai ser entrevistado. No caso em questão, foram as mulheres em situação de rua cadastradas e acompanhadas pelo Centro POP do Município de João Pessoa.

Na referida pesquisa, entrevistaram-se seis mulheres em situação de rua que aceitaram participar do estudo. No Centro POP, havia sete mulheres cadastradas; uma delas, contudo, não foi localizada durante o período da coleta de dados.

### **3.4 Produção do material empírico**

Os procedimentos na produção do material empírico foram desenvolvidos segundo etapas da técnica da História Oral: entrevistas, transcrição do material gravado, textualização, transcrição e conferência do texto pelo colaborador (MEIHY, 2011).

A metodologia utilizada pela História subdivide-se em pré-entrevista, entrevista e pós-entrevista. A pré-entrevista é o primeiro contato com a colaboradora, em que se apresentou o projeto e se definiram o local e data da entrevista. A entrevista é o momento em que foi gravada a narrativa do colaborador. E a pós-entrevista foi subdividida em quatro etapas: transcrição, mudança do estágio de gravação oral para código escrito; textualização, supressão de eventuais perguntas; transcrição, recriação em sua plenitude, sem perder o contexto central. Por sua vez, a conferência

diz respeito ao momento de retorno do texto transcrito para o colaborador autorizar sua divulgação (MEIHY, 2007).

Inicialmente foi realizada pela pesquisadora uma visita ao Centro POP a fim de apresentar a proposta da pesquisa e conhecer a dinâmica do serviço. Após essa etapa inicial, a pesquisadora começou a ficar na sala de estar do Centro POP e, ao encontrar uma possível colaboradora, ela era abordada e realizada a pré-entrevista. No momento, apresentava a proposta da pesquisa às mulheres em situação de rua, esclarecendo seus objetivos, a confidencialidade do estudo e a utilização de recurso de um gravador digital para gravação das narrativas. Para as que aceitaram participar da pesquisa, agendava a entrevista, que, no caso em questão, ocorreram todas no mesmo dia em que foram realizadas as pré-entrevistas.

Sendo assim, a pesquisadora e a colaboradora foram para o consultório da Assistente Social, objetivando estabelecer um ambiente mais propício para realização da entrevista. Ambiente esse que favoreceu a privacidade, o vínculo e o respeito entre a pesquisadora e colaboradora. No momento das entrevistas, as mulheres em situação de rua assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A), autorizando a gravação e o uso das informações cedidas.

Segundo as orientações de Meihy (2011), antes da coleta das narrativas, algumas informações pertinentes foram registradas com o uso de gravador da marca Sony, como: a data e horário da entrevista, nome e nome fictício, idade, escolaridade e raça autodeclarada. Então foi realizada a entrevista, baseada em instrumento para coleta das informações, construído pelas pesquisadoras, no qual constaram questões norteadoras que dirigiram a narrativa de vida e a experiência de adoecimento/vulnerabilidade dessas mulheres em situação de rua (APÊNDICE B).

As questões norteadoras foram:

- 1) Conte para mim a sua história de vida até chegar a viver na rua.
- 2) Fale para mim sobre a sua vida na rua.
- 3) Fale para mim as dificuldades/problemas que você passa na rua.
- 4) Durante o tempo que você vive na rua, quais as doenças que você já teve?
  - a) Fale para mim alguma doença que você tenha no momento.
- 5) Conte para mim o que você faz quando adoece.

Após realização das entrevistas, adveio a fase de escuta do material gravado para transcrição dos depoimentos, momento esse de transformação da linguagem oral em documentação escrita. Para Meihy (2007), essa fase se subdivide em três etapas: a primeira de transcrição, cujas falas foram transcritas de forma fiel ao que foi narrado. Depois foi feita a textualização, ou seja, a reescrita suprimindo questionamentos, a fim de deixar o texto claro e conciso. Nesse momento, buscou-se encontrar o tom vital, ou seja, a frase guia do texto, o tom específico que cada mulher demarcou da sua própria vida. A última etapa, a transcrição, momento de recriação do material produzido foi feita realizando correções gramaticais e de vícios de linguagem, sem, no entanto, perder a identidade da narrativa, formando, então, o *corpus documental*.

Concluídas as etapas, procedeu-se à fase de Conferência, momento no qual se apresentou às colaboradoras o texto produzido, para que elas tivessem a liberdade de indicar mudanças e, por fim, autorizassem a versão final do texto mediante a assinatura da Carta de Cessão (APÊNDICE C).

O *corpus documental* será constituído inicialmente por uma janela de apresentação, na qual estão sendo apresentadas as características pessoais das colaboradoras. Objetivando manter o anonimato e respeitar a privacidade delas, durante as entrevistas, foi solicitado que elas escolhessem um codinome, sendo esse codinome a referência utilizada na descrição dos dados.

### **3.5 Análise dos dados**

A análise do material empírico se fez fundamentada na análise de conteúdo temática. Para Minayo (2010, p. 74), a análise de conteúdo visa "descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação cuja presença ou frequência signifique alguma coisa para o objetivo analítico visado".

A técnica de análise de conteúdo pressupõe algumas etapas sequenciais, sendo a primeira a pré-análise, fase de organização das ideias e leitura exaustiva, objetivando identificar pontos de convergentes e significativos da temática em estudo. A segunda etapa é denominada de codificação ou exploração do material, fase em que ocorreu o agrupamento das unidades de significados, por meio da formulação de eixos temáticos. Na última etapa, tratamento dos resultados, utilizaram-se a inferência

e a interpretação, a partir da fundamentação teórica e pressupostos referentes à temática em questão (BARDIN, 2011).

No estudo, foram identificados os seguintes eixos temáticos: os Motivos que levaram as Mulheres a viverem na rua; as Vulnerabilidades e adoecimentos de mulheres em situação de rua e as Estratégias de enfrentamento de vulnerabilidades e adoecimento vivenciados pelas mulheres em situação de rua.

### **3.6 Aspectos éticos da pesquisa**

O projeto respeitou a resolução nº. 466/12, do Conselho Nacional de Saúde em vigor no país, que determina que todos os envolvidos na pesquisa sejam esclarecidos quanto à importância da pesquisa, seus objetivos, os procedimentos utilizados e seu caráter confidencial. Foi mantido o anonimato e garantido o direito de desistência de participar da pesquisa se assim desejassem, sem prejuízo algum. A referida pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal da Paraíba, na 6ª reunião, realizada em 23/07/2015, sob o número 0374/15, CAAE 46080915.9.0000.5188.

## 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Este capítulo encontra-se dividido em dois momentos. O primeiro momento destina-se a retratar a História Oral das colaboradoras, mulheres em situação de rua acompanhadas pelo Centro POP de João Pessoa, Paraíba; e o segundo momento é a apresentação de dois artigos científicos produzidos a partir dos dados encontrados na referida pesquisa.

Na caracterização do primeiro momento, destacou-se o tom vital identificado em cada entrevista e uma janela de apresentação. O texto elaborado após a transcrição dos depoimentos foi descrito preservando a essência da fala.

Para compreensão do segundo momento, foram elaborados dois artigos científicos. O primeiro, intitulado “Vulnerabilidade e adoecimento de mulheres em situação de rua”, que está nas normas da Revista Latino Americana de Enfermagem. O segundo artigo tem como título “Mulheres em situação de rua: enfrentamentos direcionados às vulnerabilidades e processos de adoecimentos” e está nas normas da Revista Texto e Contexto.

## 4.1 História Oral das colaboradoras

### História de Ana Paula

Codinome Ana Paula, natural de João Pessoa - PB, parda, 33 anos, divorciada, com ensino fundamental incompleto, vive em situação de rua há quinze anos e, atualmente, possui um companheiro.

*“Esse negócio de viver na rua é muito difícil mesmo, só quem sabe é quem convive”*

Já fui casada e tenho dois filhos, que moram com minha mãe. Eu vivo nas ruas há quinze anos, por causa da minha dependência química. Meu companheiro e meu cunhado sempre me acompanham, porque somos todos viciados, mas reconheço que a dependência da droga é o que mais prejudica nossas vidas. Para conseguirmos dinheiro, eles trabalham ou mendigam nos semáforos, e, quando não conseguimos, esperamos doações de alimentos da comunidade à noite. Tenho essa situação difícil, mas uma coisa eu não faço: mexer no que não é meu, ou seja, eu não pratico roubo.

A vida nas ruas é difícil, só sabe quem vive. Entre as dificuldades que passo, a insegurança e o perigo estão em primeiro lugar. Você dorme e não sabe se vai acordar ou se vai ter como se alimentar adequadamente. Se adoecer, o acesso aos serviços de saúde fica complicado.

Não sei dizer como anda minha saúde. Neste tempo que estive nas ruas, já adoeci de tuberculose há oito anos e também já tive dengue hemorrágica. Sempre gosto de fazer uns exames de rotina, como citológico, exame de mama e de escarro, mas faz mais de seis meses que não faço nada. Da última vez que fiz, os exames estavam todos dentro da normalidade.

Quando estou doente, procuro o Centro POP, e eles me encaminham para assistência médica. Em uma situação mais grave, peço para algum vigilante de rua ou alguém que vai passando que acione o SAMU ou o corpo de bombeiros. Só vou à Unidade de Saúde da Família quando a assistente social do Centro POP marca a consulta médica, porque assim tenho a certeza que vou ser atendida.

Com tudo isso, eu tento enfrentar as dificuldades vivendo em grupo. Tento me esforçar sempre, para ser uma pessoa melhor, mas também tenho pessoas que me ajudam.

## História de Luana

Codiname Luana, natural de Alagoinha – PB, negra, 19 anos, solteira, com ensino fundamental incompleto, vive em situação de rua há cinco anos e teve duas filhas entregues à adoção.

*“É muito ruim a vida nas ruas... eu só queria sair da rua”*

Eu tinha quatorze anos quando briguei com minha mãe e vim parar na rua. Depois de um tempo, fui para um abrigo de menores, mas, quando engravidei, voltei para as ruas e já se passaram três anos. Dessa gestação, nasceram duas meninas, que deixei para adoção.

A minha vida nas ruas é muito ruim, ando sozinha, gosto de ficar só. Para conseguir dinheiro para me alimentar, me prostituo. Eu era dependente química, mas parei desde que engravidei.

Quanto a minha saúde, não percebo problemas. O uso do crack me deixou com dificuldades respiratórias e já tive uma hemorragia depois da gravidez das gêmeas. Hoje estou com uma dor no pescoço e na barriga, mas acho que é decorrente de um aborto que tive no mês passado. Eu estava em Recife quando começaram a dor e a hemorragia. Fui para a Unidade de Pronto Atendimento, e lá falaram que eu estava abortando. Isso é porque, quando eu me prostituo, nem sempre uso preservativo.

Outro problema de saúde que tenho é a depressão. Eu vinha sendo acompanhada por um psiquiatra, que me prescreveu uma medicação controlada. Eu tomava o remédio, mas não conhecia essa doença. Só sei que, por causa dela, já fui acompanhada por vários psiquiatras e pelo Centro de Atenção Psicossocial. Até que um dos médicos fez um relatório e me encaminhou para internação no Hospital Psiquiátrico Juliano Moreira. Então eu fugi de lá e voltei para as ruas, pois não tenho problemas psiquiátricos. Por ter abandonado o acompanhamento, estou sem tomar a medicação prescrita, mas percebo que preciso dela. Quando não tomo esse remédio, fico agitada, nervosa e começo a cortar meu próprio corpo.

Quando estou doente, eu procuro alguém para me ajudar, mas, muitas vezes, ninguém quer ajudar. Procuro auxílio pela rua ou aqui no Centro POP com as assistentes sociais, mas ontem eu solicitei ajuda, e ninguém se dispôs a colaborar;



então fui sozinha para a Maternidade Cândida Vargas. Chegando lá, disseram que não tinha médico. Não costumo procurar assistência nas Unidades de Saúde da Família, apenas quando eu morava em Alagoinha, que eu pegava anticoncepcional, mas engraidei porque eu esquecia de tomar.

Enfim, é muito ruim a vida na rua e eu só queria sair dela.

## História de Camila

Codiname Camila, 34 anos, negra, natural de João Pessoa, com ensino fundamental incompleto, três filhos, vive em situação de rua há vinte e dois anos e atualmente possui um companheiro.

*“Minha saúde é fraca... adoço com qualquer chuvinha”*

Minha mãe faleceu quando eu tinha 12 anos. Nesse dia, meu padrasto, que eu considerava como um pai, tentou me violentar. Por isso me revoltei e fugi de casa, fui crescendo na casa de um e de outro, até que vim para as ruas, onde estou até hoje, há 22 anos. Tive três filhos - dois foram entregues para adoção e um vive com minha mãe de criação no bairro do Distrito Mecânico, aqui em João Pessoa.

Nas ruas não fico sozinha, tenho um companheiro. Sempre ficamos perto de outros moradores de rua, mas não nos envolvemos com eles. Considero minha vida normal, porque não mexo com ninguém e não gosto de roubar. Nunca, nesse tempo todo que estou nas ruas, sofri violência, eu só sofri violência em casa.

Eu sou dependente do crack há bastante tempo. Antigamente eu não ficava aqui no Centro POP. Deixava minha bolsa no Centro POP e saía para mendigar dinheiro para manter meu vício. Atualmente venho tentando me livrar da dependência química, estou diminuindo o consumo, mas ainda não consegui. Meu companheiro tem me ajudado muito e, nessa tentativa, tenho ido passar uns dias na casa de minha mãe de criação.

Quanto à minha saúde, eu a considero frágil. Qualquer mudança climática, eu já adoço. Desenvolvi uma tuberculose por causa do crack e passei três anos e oito meses para terminar o tratamento. Só consegui depois que estava sendo acompanhada pelo Centro POP, pois a equipe me incentivou muito e me fornecia os medicamentos. Mas, ao término do tratamento, a médica que me acompanhava informou que meu pulmão ficou tão comprometido, que hoje só tenho praticamente um pulmão funcionando e, devido à sequela, apresento dificuldade respiratória aos pequenos esforços e adoço com muita facilidade.

Com relação à minha dependência química, já fiquei interna no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras drogas por três vezes. Ainda era para estar em

tratamento, mas o Centro POP está com dificuldades em conseguir carro e, para ir de ônibus, às vezes o motorista não quer dá carona.

Outro problema são meus dentes. Eu não sinto dor de dente, mas eles estão quebradiços e amolecidos. Eu tinha que arrancar e colocar uma prótese, mas tenho medo de injeção e da dor que possa ter durante o procedimento. Outra dificuldade que eu vejo é quando o Centro POP está fechado, no final de semana, porque fico sem apoio, sem alimentação, sem ter como tomar banho e lavar minha roupa.

Quando adoço, procuro a Unidade de Saúde da Família do Cordão Encarnado, onde fica a casa de minha mãe de criação, ou o Centro POP. Quando o Centro POP está fechado, e é apenas uma dor de cabeça, compro um anti-inflamatório, um analgésico e tomo. Porém, quando percebo que é mais grave, eu espero as assistentes sociais para me levarem ao hospital ou ao Clementino Fraga. Depende da situação. Eu sou assim. Quando sinto algo diferente em mim, já fico preocupada.

Eu passei muito tempo nas ruas e não conhecia o Centro POP. Faz um ano que estou sendo acompanhada por esse serviço. Gosto muito desse local, os funcionários me ajudam muito.

## História de Kátia

Codiname Kátia, 30 anos, negra, natural de João Pessoa, com ensino fundamental incompleto, separada, três filhos, vive em situação de rua há três anos. Atualmente possui um companheiro, porém o mesmo encontra-se preso.

*“É complicado! Você deixar de dormir em casa, na sua cama, para estar dormindo nas calçadas... Não entendo, não! Tá doido!”*

Minha vida antes da rua era normal. Eu fui mãe pela primeira vez com 13 anos de idade, com 16 anos tive meu segundo filho. Para poder manter meus filhos, tive que trabalhar em uma Seresta, onde entrei em contato com a droga e a prostituição. Passei um tempo da minha vida nessa dependência, mas depois consegui me manter longe do vício, foi quando conheci meu ex-marido, com o qual tive meu terceiro filho, porém ele me induziu ao uso de droga novamente. O relacionamento era difícil, havia discussões e agressões, então, há três anos, resolvi me separar e vim para as ruas.

Durante as gestações, eu fazia o pré-natal corretamente, nunca fumei cigarro normal quando estava grávida, enjoava até do cheiro. Graças a Deus, tenho três filhos, todos saudáveis. Hoje eles moram com minha mãe.

O meu dia a dia na rua é difícil, ruim e complicado. Eu gosto de ficar só. Entre as dificuldades que eu passo na rua, estão o frio, em primeiro lugar, e a falta de um local para descansar. Quem usa droga, raramente sente fome, ela só aparece depois de muitos dias sem se alimentar. Porém a alimentação não é o problema, pois tem o Centro POP que nos entrega durante o dia, e, à noite, sempre tem doação de alimentos pela comunidade.

Nesse tempo que estou na rua, graças a Deus, não tive nenhuma doença, nunca precisei ir ao médico. Só agora que estou tossindo. Começou há dois dias, por causa da mudança do clima. Teve uma forte chuva, e eu estava dormindo na frente de uma loja. Acho que a frieza e a neblina me fizeram adoecer. Às vezes eu adoço quando o tempo esfria.

Normalmente, eu costumo fazer exames. De tempo em tempo, eu volto para casa, faço meu cadastramento e meus exames no Posto de Saúde. Às vezes você sente saudade! Sinto falta da minha casa, das minhas coisas..., então eu volto para

casa e tento ficar, mas minha mãe começa a querer me controlar, então começam as discussões, e eu volto para as ruas de novo. Acho que não me habituo mais a morar em casa. Já me acostumei com a vida na rua. É complicado! Você deixar de dormir em casa, na sua cama, para estar dormindo nas calçadas. Não compreendo essa minha forma de viver, parece que eu estou doida.

Mas é isso. Graças a Deus, nunca adoeci, nunca tive nada! Nem febre! Nem dor de cabeça! E temos sorte de ter o Centro POP, essa casa de apoio onde passamos o dia; tem também a comunidade que nos auxilia com alimentação, roupa e calçado. Ajudam-nos muito!

## História de Natália

Codinome Natália, 41 anos, negra, natural de João Pessoa, possui o ensino médio completo, separada, um filho, vive em situação de rua há cinco anos; atualmente possui um companheiro.

“O Crack, ele é devastador... e eu não tenho mais vida, eu não tenho mais nada, tenho só o vício”

Eu nasci em João Pessoa. Ainda jovem, me casei com um europeu e fui morar na Itália. Fruto desse relacionamento, nasceu meu filho. Nessa época, eu tinha uma casa e família. Voltei para o Brasil há cinco anos, o tempo que estou no crack e nas ruas.

O uso abusivo de álcool e drogas começou cedo na minha vida. Iniciei a minha dependência com a cocaína, na época em que morava na Europa. Nesse tempo, eu tinha dinheiro e utilizava droga de qualidade. Atualmente estou no crack e no álcool. O crack é devastador. Ele arruinou a minha vida! Hoje eu não tenho mais nada, a não ser o vício, sou escrava e não tenho condições de me libertar, e isso me deixa muito triste.

As dificuldades que enfrento na rua são muitas: o perigo, a droga e a inveja estão presentes no meu dia a dia. Acordo pela manhã, quando consigo dormir! Meu sono é prejudicado, pois tenho medo de dormir na rua, de levar uma facada na madrugada. Geralmente, eu e meu companheiro dormimos em pousada, a não ser quando estamos brigados. Não me envolvo com outros moradores de rua nem venho ao Centro POP com frequência, pois tem muitas pessoas com inveja do meu jeito de ser, de falar e de me vestir. Então, para não ter confusão, prefiro não me envolver com ninguém.

Meu companheiro toma conta de carros, e, assim, conseguimos dinheiro para pagar a pousada e almoçar no Restaurante Popular. Recebo muita doação de alimentos e de roupas de amigos e da comunidade; à noite, é muito difícil utilizar o dinheiro para a alimentação.

Com relação à minha saúde, por muito tempo me considerava hipocondríaca, só vivia em hospitais, fazendo exames. Sei que tenho Hepatite C desde quatorze anos

de idade. Quando morava na Europa, fazia o acompanhamento médico periódico; os exames de controle estavam sempre dentro da normalidade; apresentava apenas gordura no fígado pela Ultrassonografia, mas hoje estou preocupada com o comprometimento do meu fígado em decorrência do meu uso abusivo de álcool.

Outro problema que reconheço é que estou depressiva e, por causa disso, acabo bebendo muito. Tenho medo de pegar Aids, pois, para conseguir dinheiro para manter meu vício, eu me prostituo e, muitas vezes, não uso preservativo. Eu sei que sou irresponsável com minha saúde. Mas, ao mesmo tempo em que me preocupo com minha saúde, não me cuido adequadamente e com isso estou me matando aos poucos.

Tive, há pouco tempo, uma pneumonia, mas, mesmo sabendo que o fumo prejudicava a minha saúde, continuei fumando. Nunca tive tuberculose, faço sempre o exame e dá negativo. O que tenho é uma hérnia inguinal, que pode estrangular, e um aneurisma na femoral. Eu precisaria fazer um ultrassom com *doppler* para acompanhar sua evolução, mas não tenho dinheiro para pagar o exame. Os médicos na Itália falaram que esse aneurisma foi decorrente do uso prolongado de droga injetável. Lá fizeram um procedimento cirúrgico e orientaram acompanhamento periódico com ultrassom.

Tenho medo de ter um tumor em algum lugar, pois sinto muita dor na barriga, próximo ao fígado. Percebo que fica endurecida essa região. Lembro que, quando eu morava em Fortaleza, na época, usava muito pouco o crack, eu senti uma forte dor abdominal e fui para o hospital. Lá me disseram que eu estava com pedra na vesícula.

Apesar de tudo isso, eu sempre procuro fazer meus exames de rotina. De tempo em tempo, vou ao Hospital Clementino Fraga fazer os testes rápidos de HIV e Sífilis, além do exame de escarro e do de Hepatite. Os últimos exames deram todos negativos. Também procuro anualmente fazer o exame citológico e o exame da mama, pois minha mãe morreu de câncer de mama; eu sei que posso desenvolver também.

Quando adoço, procuro logo assistência médica hospitalar. Vou sozinha para o Hospital Edson Ramalho, não preciso de encaminhamento. Para o Hospital Clementino, só vou quando é para avaliar essas doenças horríveis, como tuberculose, sífilis, aids e hepatite.

Eu só queria entender por que eu não consigo sair dessa situação. Várias pessoas tentam me ajudar, eu tenho muitas amizades, por isso fico muito no bairro onde fui criada, no bairro Tambiá. Lá as pessoas me conhecem e me ajudam, recebo muitas doações. O próprio diretor do Centro POP conseguiu um lugar para tratar a minha dependência química, mas eu só consegui passar uns dias e sai de lá. Eu acho que sou um caso perdido.



## História de Amanda

Codiname Amanda, 28 anos, parda, natural de João Pessoa, com ensino fundamental incompleto. Divorciada, teve um filho, que morreu antes de completar um ano. Vive em situação de rua há 11 anos e atualmente possui companheiro.

*“Levei oito tiros, meu irmão tentou me matar. Minha mãe passou a metade da vida na cadeia... meu padrasto me estuprou com oito anos de idade”*

Tive uma vida difícil, rodeada de violência. Minha mãe era presidiária, ficou encarcerada metade da minha vida, por ter matado quatro pessoas. Meu padrasto me violentou sexualmente quando eu tinha oito anos de idade. Meu irmão tentou me matar, levei oito tiros dele. Foi por isso que vim para as ruas. Saí de casa aos dezessete anos e já estou nas ruas há onze.

Aqui na rua, a violência continuou presente em minha vida. Sofri violência doméstica por parte do meu ex-marido, foram três facadas e várias tapas no rosto. Então decidi denunciá-lo, e ele foi preso. Ele vive mandando recado para eu ir visitá-lo na prisão, mas hoje vivo com o melhor amigo dele.

Tenho várias cicatrizes em meu corpo, facadas, tiros, não suporto mais. Eu sobrevivi a tanta violência porque eu creio em Deus. Outro dia, uma mulher da Comunidade que vem fazer doação de alimento à noite, me disse que Deus tinha um plano lindo para minha vida, falou que meus olhos brilhavam, e eu estava cheia do Espírito Santo. Porém respondi a ela que eu não tinha nada de melhor do que os outros, e que meu marido também era batizado no Espírito Santo. E ela me fez refletir tudo o que eu já tinha passado na vida. Uma coisa eu sei, muitas pessoas me fizeram mal, e eu não tenho pena delas, porque todas elas ou já morreram, ou foram esfaqueadas, ou estão presas.

A violência está sempre presente nas ruas. Dois dias atrás, eu vi um morador de rua ser esfaqueado perto de mim. Não tenho medo, já levei muito tiro e facada. Não percebo dificuldades na minha vivência nas ruas, acho normal; pelo contrário, a meu ver, a minha vida em casa era pior.

Quanto à minha saúde, não adoço, só gripe de vez em quando, principalmente quando pego chuva. Hoje mesmo estou gripada por causa das chuvas desta semana.

Um tempo atrás, tomei medicamento controlado para tratar uma epilepsia, mas hoje estou curada, não tomo mais nada. Eu acho que tenho problema no sistema nervoso, sou muito ignorante.

Eu tenho medo de agulha e dentista, arranco os dentes em casa. Devido à violência que sofri, passei um mês hospitalizada com sonda nasogástrica e vesical; enquanto estava lá, não comia nada, fiquei só no soro. Quando tiraram a sonda e me deram uma “quentinha” para comer, coloquei-a na cama, deitei em cima e comecei a pular, até arrancar o soro. Então me transferiram para o Centro de Atenção Psicossocial, porém eu fugi de lá, vim a pé até aqui, e os pontos das facadas eu mesmo tirei.

Sabe o que eu faço quando estou doente? Se estiver gripada, tomo banho de chuva; se estou com dor de dente, compro chiclete e mastigo. Eu sou assim, enfrento o mal com o mal. Não costumo fazer exames. Eu só vou para o hospital quando eu levo facada, tiro, batida de carro, pedrada na cabeça, muletada, batida de ônibus e umas coisinhas a mais que já aconteceram comigo. Fora isso, não procuro os serviços de saúde, não passo nem na porta.

Mas, às vezes, quando adoço, volto para a casa de minha mãe. Ela vive me pedindo para voltar para casa, ela sempre passa pelas ruas me procurando, mas eu não quero voltar a morar com ela. Já mataram meu tio lá, eu tenho amor a minha vida e ao meu filho que está no ventre, estou grávida novamente. Na minha primeira gestação, fazia uso abusivo de droga, e por isso minha filha nasceu com problemas cardíacos e faleceu nos primeiros meses de vida. Nesta gestação, estou tentando diminuir o consumo, mas pré-natal não faço e não vou fazer.

Hoje, graças a Deus, vejo que estou bem, estou grávida e até penso em voltar para casa.

## 4.2 Artigo Científico 1

### Vulnerabilidade e adoecimento de mulheres em situação de rua

Fabiana Veloso Lima

Lenilde Duarte de Sá

Káren Mendes Jorge de Souza

Annelissa Andrade Virgínio de Oliveira

Séfora Luana Evangelista de Andrade

Ana Luiza de Castro Gomes

#### RESUMO

**OBJETIVO:** Este artigo apresenta, através das histórias de vidas, as experiências de adoecimento e vulnerabilidades de mulheres em situação de rua acompanhadas por um Centro de Referência a essa população. **METODO:** Tratou-se de um estudo de caso, que entrevistou seis mulheres em situação de rua, utilizando a Técnica de História Oral Temática. Os dados foram analisados através da Técnica de Análise de Conteúdo Temática. **RESULTADOS:** As histórias de vida das mulheres entrevistadas foram caracterizadas por sofrimento e violência. Eram mulheres negras, pobres e com baixa escolaridade, que referem estar em situação de rua decorrente a um processo de desfiliação familiar, marcado por violência doméstica e dependência química. As vulnerabilidades encontradas foram vulnerabilidades individuais (prostituição e não busca por serviços de saúde), sociais (violência física e sexual, isolamento social e ausência de habitação) e pragmática (dificuldades no acesso aos serviços de saúde). Com relação ao processo de adoecimento, nas narrativas foram assinaladas: sofrimento psíquico e adoecimento mental, uso abusivo de álcool e outras drogas, problemas odontológicos e doenças transmissíveis. **CONCLUSÃO:** Com isso, observa-se que as mulheres em situação de rua entrevistadas apresentam inúmeras vulnerabilidades, que as deixam mais susceptíveis ao desenvolvimento de processos de adoecimento.

**Descritores:** Pessoas em Situação de Rua; Vulnerabilidade Social; Processo Saúde-Doença.

**Keywords:** Homeless Persons; Social Vulnerability; Health-Disease Process.

**Palabras clave:** Personas sin Hogar; Vulnerabilidad Social; Proceso Salud-Enfermedad.

#### Introdução

A população em situação de rua (PSR) é um grupo heterogêneo de pessoas que possuem a rua como seu principal espaço de sobrevivência e de identificação social. Esse conceito amplia

a visão reducionista das pessoas que moram na rua, para uma perspectiva de identidade, de um movimento de adaptação ao espaço público, que vai do transitório ao permanente <sup>(1)</sup>.

Atualmente, o número de pessoas vivendo em situação de rua vem crescendo no Brasil. Esse fenômeno é polissêmico e decorre de diversos fatores, tais como: situação financeira precária, desemprego, laços afetivos fragilizados, adoecimento, o uso abusivo de álcool e outras drogas, entre outros. Importante reforçar que não se trata apenas de um problema financeiro, de má distribuição de renda e carência material, pois essas pessoas são estigmatizadas, excluídas socialmente, consideradas sobrantes e perigosas à sociedade<sup>(2)</sup>.

As mulheres representam uma pequena parcela dessa população, e isso decorre do seu papel social de cuidadora, envolta no espaço domiciliar, que requer um processo de desfiliação intensa para favorecer a sua ida às ruas. Porém, ser em menor número, não significa uma exposição menor aos riscos; pelo contrário, elas convivem com uma dupla vulnerabilidade: a de gênero, pelo fato de serem mulheres em uma sociedade patriarcal e machista, na qual são mais susceptíveis à subordinação, inferiorização e violência física e sexual, bem como os riscos de adoecimento pelas variações climáticas, asseio deficitário, alimentos e água contaminados, nutrição precária, entre outros<sup>(3-4)</sup>.

A situação de saúde das mulheres que vivem na rua geralmente é precária. Apresentam alta prevalência de tuberculose, infecções sexualmente transmissíveis, incluindo sífilis e hepatites; observam-se problemas mentais, infecções respiratórias e doenças dermatológicas. Esses agravos são ocasionados pela extrema condição de vulnerabilidade social, associado ao elevado índice de uso de drogas e álcool e violências física e sexual<sup>(5-7)</sup>.

O conceito de vulnerabilidade é polissêmico, registra-se sendo empregado em diversas áreas, tendo conotações divergentes, porém sendo utilizado para expressar situações adversas. No presente estudo, tem-se como fundamento o conceito de vulnerabilidade proposto por Ayres, no qual se tenta superar a perspectiva da vulnerabilidade ancorada meramente no

conceito de risco, ampliando-a para múltiplas dimensões, como aspectos individuais, sociais e pragmáticos<sup>(8,9)</sup>.

Para Ayres e colaboradores<sup>(9)</sup>, a vulnerabilidade reflete como indivíduos ou grupos sociais ficam expostos a um agravo ou doença, a partir de três dimensões: a vulnerabilidade individual, na qual aspectos biológicos, comportamentais e afetivos influenciam na exposição ao agravo; a vulnerabilidade sociais ou coletiva, cujas características das relações coletivas e sociais, como gênero, raça/etnia, crenças religiosas, entre outros, determinam o acesso a informações, serviços, bens culturais, cidadania, condições de moradia, educação e trabalho. E, por último, a vulnerabilidade programática, que está relacionada às ações do poder público, iniciativa privada e organizações da sociedade civil é ou não empregada a fim de minimizar o desenvolvimento das enfermidades.

Observa-se que as mulheres em situação de rua estão expostas às três dimensões de vulnerabilidade acima descritas. Elas se encontram em uma zona de grande instabilidade, visto que elas possuem acesso restrito às oportunidades sociais, econômicas e culturais advindas do Estado e da sociedade, além de que as condições vivenciadas por elas determinam processos de saúde-doença e cuidado diferenciados, o que demanda novos arranjos assistenciais e políticas públicas intersetoriais específicas para a clientela em questão<sup>(10)</sup>.

Reconhecendo-se as vulnerabilidades vivenciadas por mulheres em situação de rua, compreendendo-se a sua influência no processo saúde-doença-cuidado e a escassez de estudos que abordem essa temática, justifica-se o presente estudo, cujos resultados pode vir a agregar conhecimentos à literatura científica sobre esta temática e, juntamente às experiências das políticas públicas locais, contribuir para o desenvolvimento de estratégias de acesso a serviços de saúde e assistência integral a essa população, reduzindo-se sua morbimortalidade.

Este artigo é um recorte da pesquisa *Saúde e Doença de Mulheres em Situação de Rua: um estudo a Luz da História Oral*, que tem como objetivo compreender experiências de vida, adoecimento e vulnerabilidades de mulheres em situação de rua.

## **Método**

Estudo de caso, com abordagem qualitativa, o qual utilizou a técnica de História Oral Temática, a fim de tornar pública a fala de uma população que vive em exclusão social. A História Oral Temática é uma modalidade da História Oral, proposta por Meihy<sup>(11)</sup>, que busca, por meio da história dos colaboradores, os aspectos centrais de um tema, a vulnerabilidade e o adoecimento das mulheres em situação de rua.

Para execução da técnica de História Oral Temática, é necessário delimitar-se a Comunidade de destino, que no presente estudo foi formada pela População em Situação de Rua; a Colônia, que foi representada pelas mulheres em situação de rua do Município de João Pessoa; e, por fim, a Rede, que foram as mulheres em situação de rua cadastradas e acompanhadas pelo Centro de Referência para a População em Situação de Rua (Centro POP) do Município de João Pessoa.

Participaram da pesquisa seis mulheres em situação de rua, cadastradas e acompanhadas pelo Centro POP, em João Pessoa, Paraíba, no período de janeiro a fevereiro de 2016. As mulheres que aceitaram participar do estudo e, após assinarem o termo de Consentimento Livre e Esclarecido, foram entrevistadas, utilizando-se um roteiro de semiestruturado, no qual constaram perguntas norteadoras que dirigissem a narrativa de vida e a experiência de adoecimento/vulnerabilidade dessas mulheres em situação de rua. As narrativas das colaboradoras foram gravadas através de um gravador digital portátil.

A preparação do material empírico se desenvolveu contemplando-se as etapas propostas pela História oral, que compreende a transcrição, momento no qual os áudios das entrevistas

foram transcritos na íntegra; textualização, na qual se suprimem questionamentos, a fim de deixar o texto mais claro e conciso, e, por final, a transcrição, momento de se recontar a história oral, sem se perder o contexto central e a identidade da narrativa. Depois do texto finalizado, foi ele apresentado às colaboradoras para assinatura da carta de cessão e autorização de sua divulgação, momento denominado de Conferência<sup>(11)</sup>.

A fim de manter o sigilo das narrativas das colaboradoras, essas foram codificadas por ordem numérica das entrevistas, como Colaboradora 1 (C1), Colaboradora 2 (C2), Colaboradora 3 (C3), assim sucessivamente. A análise do *corpus* documental ocorreu por meio da Análise de Conteúdo Temática, perpassando as etapas de leitura exaustiva, denominada de pré-análise; para então selecionar ideias centrais e codificá-las em eixos temáticos, e, por último, a interpretação e inferência dos resultados<sup>(12)</sup>.

Foram codificados três eixos temáticos: motivos que levaram as mulheres a viverem em situação de rua; vulnerabilidades referenciadas pelas colaboradoras e processos de adoecimentos referidos pelas colaboradoras. No primeiro eixo temático, foram identificados dois núcleos de significados: a desfiliação e a dependência química. No segundo eixo temático, identificaram-se os três tipos de vulnerabilidades propostos por Ayres: a vulnerabilidade individual, social e pragmática. E no eixo do processo de adoecimento, identificaram-se quatro núcleos de significados, sendo eles: sofrimento psíquico e adoecimento mental; uso abusivo de álcool e outras drogas; problemas odontológicos e outros adoecimentos.

## **Resultados**

Todas as colaboradoras eram do sexo feminino, se autodeclararam pardas ou negras, não possuíam renda fixa, tinham idade média de 30,8 (19-41 anos). Tinham em sua maioria baixa escolaridade (ensino fundamental incompleto); apenas uma tinha completado o ensino médio.

**Quadro 1** - Motivos que levaram as colaboradoras entrevistadas a viverem em situação de rua, João Pessoa-PB, Brasil, 2016.

<b>Motivos que levaram as mulheres a viverem em situação de rua</b>	
<b>Núcleos de Significados</b>	<b>Fragmentos da História Oral</b>
Desfiliação (ruptura dos laços afetivos familiares)	<p><i>Eu tinha quatorze anos, quando briguei com minha mãe e vim parar na rua (C2)</i></p> <p><i>Minha mãe faleceu quando eu tinha 12 anos. Nesse dia, meu padrasto, que eu considerava como um pai, tentou me violentar. Por isso me revoltei e fugi de casa, fui crescendo na casa de um e de outro, até que vim para as ruas, onde estou até hoje, há 22 anos (C3)</i></p> <p><i>Tive uma vida difícil, rodeada de violência. Minha mãe era presidiária. Meu padrasto me violentou sexualmente quando eu tinha oito anos de idade; meu irmão tentou me matar, levei oito tiros dele. Foi por isso que vim para as ruas (C6)</i></p> <p><i>O relacionamento era difícil [com o marido], havia discussões e agressões, então há três anos resolvi me separar e vim para as ruas (C4)</i></p>
Dependência química	<p><i>Eu vivo nas ruas há quinze anos, por causa da minha dependência química (C1)</i></p> <p><i>O crack, ele é devastador, foi depois dele que eu vim para as ruas (C5)</i></p>

**Quadro 2** – Vulnerabilidades referidas pelas mulheres em situação de rua, João Pessoa-PB, Brasil, 2016.

<b>Vulnerabilidades referenciadas pelas colaboradoras</b>	
<b>Núcleos de Significados</b>	<b>Fragmentos da História Oral</b>
Individual	<p><i>Para conseguir dinheiro para me alimentar, me prostituo (C2)</i></p> <p><i>... eu estava abortando. Isso é porque, quando eu me prostituo, nem sempre uso preservativo (C2)</i></p> <p><i>Tenho medo de pegar Aids, pois, para conseguir dinheiro para manter meu vício, eu me prostituo e, muitas vezes, não uso preservativo (C4)</i></p> <p><i>Não costumo fazer exames. Eu só vou para o hospital quando levo facada, tiro, batida de carro, pedrada na cabeça, muletada, batida de ônibus, e umas coisinhas a mais que já aconteceram comigo. Fora isso, não procuro os serviços de saúde, não passo nem na porta (C6)</i></p>
Social	<p><i>A vida nas ruas é difícil ... a insegurança e o perigo estão em primeiro lugar. Você dorme e não sabe se vai acordar... (C1)</i></p> <p><i>As dificuldades que enfrento na rua são muitas: o perigo, a droga e a inveja estão presentes no meu dia a dia. Meu sono é prejudicado, pois tenho medo de dormir na rua, de levar uma facada na madrugada... (C5)</i></p> <p><i>Aqui na rua ... sofri violência doméstica por parte do meu ex-marido, foram três facadas e várias tapas no rosto... Dois dias atrás, eu vi um morador de rua ser esfaqueado perto de mim... (C6)</i></p> <p><i>A minha vida nas ruas é muito ruim, ando sozinha, gosto de ficar só... (C2)</i></p> <p><i>... minha saúde, eu a considero frágil. Qualquer mudança climática eu já adoço... (C3)</i></p> <p><i>... estou tossindo... por causa da mudança do clima... acho que a frieza e a neblina me fizeram adoecer. Às vezes eu adoço quando o tempo esfria (C4)</i></p> <p><i>Entre as dificuldades que eu passo na rua, estão o frio, em primeiro lugar, e a falta de um local para descansar (C4)</i></p>
Pragmática	<p><i>Só vou à Unidade de Saúde da Família quando a assistente social do Centro POP marca a consulta médica, porque assim tenho a certeza de que vou ser atendida ... em uma situação mais grave, peço para algum</i></p>



	<p>vigilante de rua ou alguém que vai passando que acione o SAMU ou o corpo de bombeiros (C1)</p> <p>Quando adoço, procuro logo assistência médica hospitalar. Vou sozinha para o Hospital Edson Ramalho, não preciso de encaminhamento. (C5)</p>
--	---

**Quadro 3** – Processos de adoecimentos referidos pelas mulheres em situação de rua entrevistadas, João Pessoa-PB, Brasil, 2016.

<b>Processos de adoecimentos referidos pelas colaboradoras</b>	
<b>Núcleos de Significados</b>	<b>Fragmentos da História Oral</b>
Sofrimento psíquico e adoecimento mental	<p>Outro problema de saúde que tenho é a depressão. Eu vinha sendo acompanhada por um psiquiatra, que me prescreveu uma medicação controlada ... e me encaminhou para internação no Hospital Psiquiátrico Juliano Moreira. Então eu fugi e voltei para as ruas, pois não tenho problemas psiquiátricos... quando não tomo este remédio, fico agitada, nervosa e começo a cortar meu próprio corpo (C2)</p> <p>Outro problema que reconheço é que estou depressiva e, por causa disso, acabo bebendo muito... (C4)</p> <p>Um tempo atrás, tomei medicamento controlado para tratar uma epilepsia, mas hoje estou curada, não tomo mais nada. Eu acho que tenho problema no sistema nervoso (C6)</p>
Uso abusivo de álcool e outras drogas	<p>...somos todos viciados, mas reconheço que a dependência da droga é o que mais prejudica nossas vidas (C1)</p> <p>O uso do crack me deixou com dificuldades respiratórias... (C2)</p> <p>Eu sou dependente do crack há bastante tempo. Atualmente venho tentando me livrar da dependência química, estou diminuindo o consumo, mas ainda não consegui... (C3)</p> <p>Eu tinha dinheiro e utilizava droga de qualidade. Atualmente estou no crack e no álcool. O crack é devastador. Ele arruinou a minha vida! Hoje eu não tenho mais nada, a não ser o vício, sou escrava e não tenho condições de me libertar (C5)</p> <p>Na minha primeira gestação, fazia uso abusivo de droga e por isso minha filha nasceu com problemas cardíacos e faleceu nos primeiros meses de vida. Nessa gestação, estou tentando diminuir o consumo... (C6)</p>
Problemas odontológicos	<p>Outro problema são meus dentes. Eu não sinto dor de dente, mas eles estão quebradiços e amolecidos. (C3)</p> <p>Eu tenho medo de dentista, arranco os dentes em casa... se estou com dor de dente, compro chiclete e mastigo (C6)</p>
Outros adoecimentos	<p>Nesse tempo que estive nas ruas, já adoeci de tuberculose há oito anos e também já tive dengue hemorrágica (C1)</p> <p>Quanto à minha saúde, eu a considero frágil... desenvolvi uma tuberculose por causa do crack e passei três anos e oito meses para terminar o tratamento..., mas, ao término do tratamento, ... meu pulmão ficou tão comprometido, ... e apresento dificuldade respiratória aos pequenos esforços e adoço com muita facilidade. (C3)</p> <p>Com relação à minha saúde, por muito tempo me considerava hipocondríaca ... sei que tenho Hepatite C desde quatorze anos de idade... tenho medo de pegar Aids... tive, há pouco tempo, uma pneumonia, mas, mesmo sabendo que o fumo prejudicava a minha saúde, continuei fumando (C4)</p> <p>Já tive uma hemorragia depois da gravidez das gêmeas. Hoje estou com uma dor no pescoço e na barriga, mas acho que é decorrente de um aborto... (C2)</p>

## Discussão

Observou-se, nas histórias das mulheres em situação de rua, que, apesar da subjetividade e peculiaridade, há situações de similaridade em seus relatos. São vidas permeadas por dificuldades financeiras, violências domésticas, sofrimento/transtorno mental, dependência de álcool e outras drogas, com ruptura dos laços afetivos familiares e sociais.

Segundo Andrade, Costa e Marquetti<sup>(1)</sup>, para se compreender a complexidade da situação das pessoas que vivem na rua, é importante conhecer a multiplicidade dos fatores que possam influenciar a decisão de viver na rua, podendo ser estruturais, como: pobreza extrema e inexistência de moradia convencional regular, e também pessoais: ruptura nas relações familiares e outras adversidades, como dependência de álcool/drogas, perda de bens, transtornos mentais, o que corrobora as narrativas das colaboradoras quanto aos motivos que as levaram a viver em situação de rua

Um estudo com moradores de rua, realizado em Maringá/Paraná/Brasil, identificou que o atrito familiar/desfiliação, a dependência química e a violência, associados ao desajuste financeiro, colaboraram para que os sujeitos perdessem sua lógica social, contribuindo assim diretamente com a vivência dessas pessoas na rua<sup>(13)</sup>. Esses fatores também estão presentes nas histórias das mulheres entrevistadas.

Uma pesquisa sobre trajetória de vida de mulheres em situação de rua, realizada no Canadá, revelou que essas tinham testemunhado ou vivenciado em sua infância situações traumáticas de violência física, abuso sexual e vício. Muitas mulheres relataram terem sido introduzidas, desde pequenas, a padrões de relacionamentos pouco saudáveis e ao uso de substâncias ilícitas para lidar com o estresse<sup>(14)</sup>.

No que diz respeito à vulnerabilidade individual, as colaboradoras referiram praticar a prostituição a fim de conseguir renda e sobreviver nas ruas; houve, contudo, relato de sexo sem

proteção, o que as deixa mais vulneráveis ao desenvolvimento de infecções sexualmente transmissíveis, além de gravidez indesejada.

A prostituição é uma prática usual entre mulheres em situação de rua, sendo muitas vezes realizada sem proteção. Essa atitude, associada ao consumo de drogas, faz com que essas mulheres apresentem elevado risco de infecção pelo HIV, de infecções sexualmente transmissíveis, além do desenvolvimento de uma gestação não planejada. A prevalência dessas infecções é maior entre as mulheres quando comparada aos homens, o que se justifica pela ocorrência de abuso sexual ou prostituição. A situação de gestação em mulheres que vivenciam a rua é considerada um risco social e de saúde pública, decorrente da precariedade das condições de vida e dificuldade de acesso aos serviços de saúde, promovendo risco materno e fetal<sup>(6,15-16)</sup>.

Outro ponto importante de vulnerabilidade referenciada por algumas mulheres entrevistadas foi a vulnerabilidade individual de não procurar periodicamente a assistência à saúde preventiva, que fica restrita a situações de gravidade por elas percebidas. Segundo Borysow e Furtado<sup>(17)</sup>, as pessoas que vivem em situação de rua raramente procuram assistência médica e, quando o fazem, já estão em estágio avançado e procuram direto a rede hospitalar.

Percebe-se, pela caracterização das colaboradoras, que essas apresentavam situações de vulnerabilidade social, no que diz respeito a raça, sexo, escolaridade e renda. Segundo Giorgetti<sup>(18)</sup>, o fator gênero agudiza a situação de vulnerabilidade social da mulher em relação ao homem, principalmente se ela for negra, uma vez que as mulheres possuem maior dificuldade de inserção no mercado de trabalho, menor renda, menor oportunidade de estudo e uma maior desqualificação social.

Outras situações de vulnerabilidade social identificadas nas narrativas das colaboradoras foram situações de violência, tanto urbana, quanto doméstica; além do isolamento social e a ausência de moradia convencional, o que as deixa expostas a intempéries climáticas e outras situações adversas.

A violência, tanto física como sexual, figurou nas histórias das mulheres entrevistadas como tema central, perpassando desde causa como efeito do viver nas ruas. A violência urbana foi descrita por algumas colaboradoras como uma dificuldade vivenciada, o que reforça a perspectiva de gênero, na qual as mulheres sofrem mais violência do que os homens, por serem consideradas mais frágeis fisicamente e estarem acostumadas a um ambiente protetor e doméstico.

As mulheres em situação de rua adquirem certa tolerância à violência física e até uma negação ou negligência da violência psicológica ou verbal. Para outras, o impacto da violência sofrida e das relações abusivas as levaram à falta de confiança em si mesmas, medo, pânico, isolamento e até desenvolvimento de desordens mentais<sup>(14)</sup>.

Em uma pesquisa com pessoas em situação de rua, em Salvador/Bahia/Brasil, verificou-se que a violência é uma preocupação constante para essas pessoas, havendo relatos de medo de agressões noturnas. A fim de minimizar esse risco, geralmente preferem dormir durante o dia e ficar acordadas à noite, além de se organizarem em grupos<sup>(19)</sup>.

Segundo Rosas e Bretas<sup>(3)</sup>, as mulheres em situação de rua estão submetidas a diversas formas de violência, como a praticada por pessoas que não aceitam a situação de extrema pobreza e atuam de modo higienista. Há também a violência praticada por outros moradores de rua, cuja motivação é a disputa de território, pequenos furtos, dívidas com traficantes. Registra-se também a violência sexual praticada pelo parceiro ou não, que pode causar na mulher agravos físicos e mentais irreparáveis, sendo muitas vezes obrigadas a se masculinizar para minimizar ou prevenir o risco de violência.

Outra situação identificada nos relatos das colaboradoras, em relação às vulnerabilidades sociais, foi a falta de moradia adequada, que as deixa susceptíveis ao adoecimento pelas intempéries climáticas, além de privar-lhes de conforto, segurança e privacidade, que configuram um direito humano básico. Aristides e Lima,<sup>(20)</sup> em sua pesquisa

com moradores de rua em Londrina/Paraná/Brasil, observaram que o cotidiano nas ruas favorece o adoecimento, em função de fatores como: alimentação precária, sono prejudicado, exposição a baixas temperaturas.

No que diz respeito à vulnerabilidade pragmática, as mulheres entrevistadas sinalizaram em suas falas barreiras no acesso aos serviços de saúde, que muitas vezes são justificadas por problemas organizacionais da Atenção Básica, ao exigir documentação completa, residir em habitação tradicional, ter cadastro na unidade e restringir o atendimento em demanda espontânea, como também preconceitos e vínculos precários com essa população<sup>(21)</sup>.

Outro fator que influencia o acesso aos serviços de saúde e a adesão às terapêuticas é a concepção de saúde-doença-cuidado de pessoas excluídas socialmente, sendo, então, necessárias ações direcionadas às especificidades dessa população, com ênfase em suas características históricas, valores e sentidos produzidos no processo de adoecimento<sup>(22,23)</sup>.

Quando indagadas sobre as experiências prévias de adoecimento, as mulheres em situação de rua mencionaram a tuberculose (TB), a pneumonia, a hepatite C, as infecções respiratórias, os distúrbios psiquiátricos, a dengue grave.

As doenças infectocontagiosas são frequentes a pessoas que vivem na rua devido ao aglomerado de pessoas, ao asseio precário, ao compartilhamento de seringas, entre outros. A incidência de tuberculose entre pessoas em situação de rua é 48 vezes maior quando comparada à população geral, visto que se alimentam mal, possuem hábitos pouco saudáveis, moram em ambientes insalubres e têm dificuldade de adesão ao tratamento<sup>(24)</sup>.

Entre as patologias que mais incidem nas pessoas em situação de rua, estudiosos mencionam a tuberculose pulmonar, a hepatite B e C, as infecções cutâneas, as doenças sexualmente transmissíveis, a Aids/HIV, os transtornos mentais/psiquiátricos, os problemas odontológicos, dermatológicos, oftalmológicos e gastrointestinais, como também os processos álgicos e traumatismos. Nas mulheres especificamente, é mais frequente encontrarmos, entre

os transtornos psiquiátrico, a depressão, a esquizofrenia e os quadros psicóticos, associados ou não à dependência de álcool ou drogas <sup>(19,25)</sup>.

Estudos revelam que as condições socioeconômicas precárias e a rede social de apoio fragilizada influenciam o aparecimento dos transtornos mentais. Deste modo, a população em situação de rua está mais vulnerável a situações de sofrimento mental. Pesquisas nos Estados Unidos da América e na Inglaterra apontam alta prevalência de transtornos mentais em pessoas que vivenciam a rua, tendo como fatores desencadeantes as condições adversas a que essas pessoas ficam submetidas na sobrevivência nas ruas <sup>(26,14)</sup>.

Barata e colaboradores<sup>(2)</sup> reforçam a importância de se não rotular as pessoas que vivem na rua pelo critério psiquiátrico, no qual são consideradas anormais, loucas e necessitando de internação, simplesmente pelo fato de se contraporem ao critério de normalidade imposto pela sociedade, pelo qual é legitimado como normal, terem uma residência fixa, trabalho formal e constituir uma família tradicional.

Outro fator de adoecimento percebido nas histórias das colaboradoras foi o uso abusivo de álcool e outras drogas, que, além do efeito lesivo sobre o organismo, intensifica a vulnerabilidade a abuso sexual, à prática de sexo sem proteção e ao desenvolvimento de distúrbios psiquiátricos.

Atualmente, a dependência química é vista como um fenômeno social grave que acarreta custos para os setores do judiciário e da saúde, além de provocar desajustes familiares e desfiliação. O consumo abusivo de álcool e de outras drogas adquiriu repercussão mundial, decorrente da sua alta frequência, dos danos sociais e da violência gerada pelo comércio ilegal da droga<sup>(27)</sup>.

Estudos transversais realizados em Londres evidenciaram que os moradores de rua possuem altas prevalências de alcoolismo e tabagismo, além do uso abusivo de substâncias ilícitas. Registros hospitalares apresentaram maior número de admissão de pessoas em situação

de rua por desordens psiquiátricas e complicações do uso abusivo de drogas, além de um risco sete vezes maior de morte por overdose comparada a pacientes não moradores de rua<sup>(4)</sup>.

Segundo Schmidt e colaboradores<sup>(14)</sup>, mais da metade das mulheres em situação de rua entrevistadas em sua pesquisa lutavam contra a dependência química, referindo o início do uso abusivo de substâncias ilícitas em função da tristeza decorrente de traumas e abusos vivenciados na infância, e sua manutenção atrelada ao enfrentamento dos desafios e dificuldades diárias da rua.

Estudos nas últimas duas décadas, nos Estados Unidos, com mulheres em situação de rua, têm mostrado que 31% a 41% fazem uso abusivo de álcool e até 82% referem ser dependentes químicas de substâncias ilícitas. Esses mesmo estudos mostram que a dependência química é um fator importante para o desemprego e instabilidade habitacional, favorecendo a manutenção da situação de rua<sup>(28)</sup>.

Segundo Marangoni e Oliveira<sup>(27)</sup>, o uso abusivo de álcool vem aumentando entre as mulheres, o que as deixa mais susceptíveis a desenvolverem cirrose hepática comparativamente aos homens; provavelmente justificada pela ação de hormônios femininos, que colaboram na lesão hepática causado pelo álcool. Do mesmo modo, existem indícios de que algumas patologias evoluem de forma mais insidiosa nas mulheres com dependência química do que em homens, sendo elas: hipertensão arterial, anemia, desnutrição, úlceras gastrintestinais, cardiopatias e transtornos psiquiátricos.

Ainda com relação a situações de adoecimento, algumas mulheres referenciaram em suas histórias que possuem problemas odontológicos, porém não buscam cuidados preventivos e curativos.

O ambiente público dificulta o acesso a condições adequadas de higiene corporal e odontológica. Associado a isso, a alimentação inadequada e o uso de drogas favorecem o surgimento de problemas odontológicos. Durante pesquisa realizada com pessoas em situação

de rua, em Salvador/Bahia/Brasil, nas intervenções de campo, Aguiar e Iriart<sup>(19)</sup> constataram grande comprometimento na saúde bucal dos entrevistados - muitos já não tinham mais dentes.

Dessa forma, observam-se nas narrativas das mulheres em situação de rua vulnerabilidades individuais, sociais e pragmáticas que, em alguns casos, antecedem a chegada às ruas, deixando-as mais susceptíveis ao adoecimento, tanto físico como mental.

### **Considerações Finais**

As histórias narradas pelas mulheres em situação de rua em João Pessoa mostraram vulnerabilidades nas dimensões individuais, sociais e pragmáticas, as quais podem influenciar o processo de saúde-doença-cuidado delas, já havendo relatos de processos de adoecimentos.

Observaram-se pontos de conversão em suas histórias, principalmente sobre as causas que as levaram à vivência na rua, como o caso do processo de desfiliação familiar. A partir disso, percebe-se a importância do fortalecimento dos laços sociais de apoio e das estratégias de prevenção da violência doméstica contra a mulher.

Outro ponto de conversão e complexidade na vida dessas mulheres foi o uso abusivo de álcool e de outras drogas, sendo ele referenciado em alguns momentos como causa e, em outros, como efeito do viver nas ruas; na maioria das vezes, porém, descritos com muito sofrimento pela manutenção do vício e impotência para sua reabilitação.

As narrativas das mulheres em situação de rua mostraram processo de adoecimento pregresso e atual, tais como: infecções respiratórias, dengue hemorrágica, tuberculose, processos algicos musculoesqueléticos, hepatite C, depressão, dependência química, problemas odontológicos. Entretanto, observou-se, em algumas narrativas, uma percepção diferenciada do processo saúde-doença, na qual a pesquisadora identificou situações de adoecimento e as mulheres se percebiam saudáveis, tais como: desnutrição, problemas dermatológicos, entre outros.



Este estudo foi delimitado sobre as experiências de um grupo de mulheres assistidas pelo Centro POP, mediante as Políticas Públicas da Assistência Social. Desse modo, se faz necessário ampliar a investigação sobre as vivências de mulheres que não possuem vínculo ou apoio institucional, o que provavelmente implicará vulnerabilidades mais incisivas.

Esta pesquisa trouxe discussões pertinentes sobre o processo de adoecimento e vulnerabilidade a que as mulheres em situação de rua estão expostas, e como isso pode ofertar subsídios para o planejamento de ações de prevenção e promoção de saúde direcionadas às necessidades dessa população em seus contextos reais de vida.

## Referências

1. Andrade LP, Costa SL, Marquetti FC. A rua tem ímã, acho que é a liberdade: potência, sofrimento e estratégia de vida entre moradores de rua na cidade de Santos, no litoral do estado de São Paulo. *Saúde Soc.* 2014; 23(4): 1248-61.
2. Barata RB, Carneiro Júnior N, Ribeiro MCSA, Silveira C. Desigualdade social em saúde na população em situação de rua na cidade de São Paulo. *Saúde Soc.* 2015; 24 (supl.1): 219-32.
3. Rosa AS, Brêtas ACP. A violência na vida de mulheres em situação de rua na cidade de São Paulo, Brasil. *Interface, Comunicação, Saúde e Educação.* 2015; 19(53): 275-85.
4. Morrison DS. Homelessness as an independent risk factor for mortality: results from a retrospective cohort study. *International Journal of Epidemiology.* 2009; 38: 877-83.
5. Adorno RCF. Atenção à saúde, direitos e o diagnóstico como ameaça: políticas públicas e as populações em situação de rua. *Etnográfica.* 2011; 15(3): 543-67.
6. Grangeiro A, Holcman MM, Onaga ET, Alencar HDR, Placco ALN, Teixeira PR. Prevalência e vulnerabilidade à infecção pelo HIV de moradores de rua em São Paulo, SP. *Rev Saúde Pública.* 2012; 4(46): 674-84.
7. Ministério da Saúde (BR). Saúde da população em situação de rua: um direito humano. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.
8. Oviedo RAM, Czeresnia D. O conceito de vulnerabilidade e seu caráter biossocial. *Interface (Botucatu).* 2015; 53(19): 237-49.
9. Ayres JRMC. Organização das Ações de Atenção à Saúde: modelos e práticas. *Saúde e Sociedade.* 2009; 18 (supl.2): 11-23.

10. Fiorati RC, Carretta RYD, Panúncio-Pinto MP, Lobato, BC, Kebbe LM. População em vulnerabilidade, intersetorialidade e cidadania: articulando saberes e ações. *Saúde Soc.* 2014; 23(4):1458-70.
11. Meiry JCSB. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec; 2007.
12. Bardin L. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70 Brasil; 2011.
13. Natt EDM, Vissoci JRN. Quando o invisível nos salta aos olhos: moradores de rua em uma cidade “orgulhosamente” sem favelas. *In: II Congresso Brasileiro de Estudos Organizacionais, 2014. Soc. Bras. de Estudos Organizacionais, 2014.*
14. Schmidt R, Hrenchuk C, Bopp J, Poole N. Trajectories of women’s homelessness in Canada’s 3 northern territories. *Int J Circumpolar Health.* 2015; (74): 1-9.
15. Cederbaum JA, Song A, Hsu HT, Tucker JS, Wenzel SL. Adapting an evidence-based intervention for homeless women: engaging the community in shared decision-making. *J Health Care Poor Underserved.* 2014; 4(25): 1552–70.
16. Costa SL, Vida CPC, Gama IA, Locatelli NT, Karan BJ, Ping CT, *et al.* Gestantes em situação de rua no município de Santos, SP: reflexões e desafios para as políticas públicas. *Saúde Soc.* 2015; 24(3): 1089-1102.
17. Borysow IC, Furtado JP. Acesso, equidade e coesão social: avaliação de estratégias intersetoriais para a população em situação de rua. *Rev. Esc. Enferm USP.* 2014; 6(48): 1069-76.
18. Giorgetti C. *Moradores de rua: uma questão social?* São Paulo: Faspep educ.; 2014.
19. Aguiar MM, Iriart JAB. Significados e práticas de saúde e doença entre a população em situação de rua em Salvador, Bahia, Brasil. *Cad. de Saúde Pública.* 2012; 1(28): 115-24.
20. Aristides J L, Lima JVC. Processo saúde-doença da população em situação de rua da Cidade de Londrina: aspectos do viver e do adoecer. *Revista Espaço para a Saúde.* 2009; 10(2): 43-52.
21. Carneiro Júnior N, Jesus CH, Crevelim MA. A Estratégia Saúde da Família para a equidade de acesso dirigida à população em situação de rua em grandes centros urbanos. *Saúde Soc.* 2010; 19(3): 709-16.
22. Khandor E, Mason K, Chambers C, Rossiter K, Cowan L, Hwang SW. Access to primary health care among homeless adults in Toronto, Canada: results from the Street Health survey. *Open Medicine.* 2011; 2(5): 94-103.
23. Bordignon, JS, Silveira CCS, Delvivo EM, Araújo CP, Lasta LD, Weiller, TH. Adultos em situação de rua: acesso aos serviços de saúde e constante busca pela ressocialização. *Revista Contexto & Saúde.* 2011; 10(20): 629-34.

24. Feske ML, Teeter LD, Musser JM, Graviss EA. Counting the Homeless: a previously incalculable tuberculosis risk and its social determinants. *American Journal of Public Health*. 2013 março 14.
25. Martins B. A saúde passa longe das ruas. *Revista ser médico (on line)*. 2011; 57: 14.
26. Botti NCL, Castro CG, Silva AK, Silva MF, Oliveira LC, Castro ACHOA, *et al.* Padrão de uso de álcool entre homens adultos em situação de rua de Belo Horizonte. *SMAD - Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas*. 2010; 6(especial): 536-55.
27. Marangoni SR, Oliveira MLF. Fatores desencadeantes do uso de drogas de abuso em mulheres. *Texto Contexto Enferm*. 2013; 3(22): 662-70.
28. Upshur C, Weinreb L, Bharel M, Reed G, Frisard C. A randomized control trial of a chronic care intervention for homeless women with alcohol use problems. *J Subst Abuse Treat*. 2015; 51:19-29.

### 4.3 Artigo Científico 2

#### **Mulheres em situação de rua: enfrentamentos direcionados às vulnerabilidades e processos de adoecimentos**

Fabiana Veloso Lima

Lenilde Duarte de Sá

Káren Mendes Jorge de Souza

Annelissa Andrade Virgínio de Oliveira

Gigliola Marcos Bernardo de Lima

Ana Luiza de Castro Gomes

#### **RESUMO**

**OBJETIVO:** O presente estudo visa descrever estratégias de enfrentamento de vulnerabilidades e de adoecimentos desenvolvidas por mulheres diante das dificuldades do viver em situação de rua. **MÉTODO:** Trata-se de um estudo de caso qualitativo, utilizando a Técnica da História Oral Temática, no qual foram entrevistadas seis mulheres em situação de rua acompanhadas e cadastradas em um Centro de Referência para a População em Situação de Rua (Centro POP). A análise dos dados transcorreu pela análise de conteúdo temática, na qual, após leitura exaustiva, selecionaram-se as ideias centrais, codificando os núcleos de significados em eixos temáticos, para posterior inferência e interpretação dos resultados. **RESULTADOS:** As histórias orais das colaboradoras foram permeadas pela singularidade do viver de cada mulher. Contudo, mostraram situações de convergência como violência física e sexual e uso abusivo de álcool e outras drogas. Inúmeras são as dificuldades encontradas nos depoimentos dessas mulheres em seu viver nas ruas, desde ausência de condições básicas de vida a situações de violência, insegurança, prostituição. Apesar desse contexto, essas mulheres elaboram cotidianamente diferentes estratégias de sobrevivência, tais como manutenção, mesmo que precário, de vínculo com familiares e amigos, relacionamento com Redes Comunitárias de Apoio, acesso aos serviços de referências específicos para a população em situação de rua e busca por acesso aos serviços de saúde, nem que seja hospitalar. **CONCLUSÃO:** Essas mulheres, apesar de vivenciarem diariamente uma zona de grande instabilidade e vulnerabilidade, conseguem estratégias de recriação do seu modo de sobreviver, a partir das condições que seu próprio meio oferece.

**Descritores:** População em situação de rua. Saúde da Mulher. Enfrentamento. Processo saúde-doença. Vulnerabilidade Social.

## Introdução

População em situação de rua (PSR) é um tema atual e de grande relevância, que está permeado por contradições e mitos, e pautado em uma incomensurável complexidade social. Essa população vem crescendo no mundo e no Brasil, tanto em número como em visibilidade, principalmente nas grandes capitais, na qual se apresentam bolsões de pobreza e sua dinâmica favorece a situações de desemprego ou subemprego <sup>1-3</sup>.

A PSR são pessoas ou grupo populacional que se encontram à margem da sociedade, subexistem em condições precárias e possuem os direitos humanos básicos negados, por um processo de exclusão social. Vivem e sobrevivem na rua e da rua, pernoitam em logradouros, terrenos baldios, casas abandonadas ou abrigos <sup>4-5</sup>.

Esse grupo populacional encontra-se em uma zona de instabilidade, o que o torna mais susceptível ao adoecimento e a situações de risco. São homens, mulheres e famílias que, apesar das diferentes realidades vivenciadas, apresentam em comum a vulnerabilidade social, a qual os deixa expostos a violência, intempéries climáticas, consumo de alimentos e águas contaminados, uso abusivo de álcool e outras drogas <sup>6-7</sup>.

A condição da mulher em situação de rua ainda é mais preocupante porque, além das vulnerabilidades referenciadas, ainda se tem enraizado uma perspectiva de gênero, na qual as mesmas estão mais susceptíveis a subalternidade, a sofrerem abuso sexual e a violência doméstica. Essas mulheres acabam por se adaptarem ao meio utilizando diversas estratégias de sobrevivência, tais como andar em grupo, se masculinizar, buscar apoio nas redes de serviços sociais e assistenciais <sup>8-10</sup>.

Segundo Ceifa <sup>11</sup>, as pessoas que estão em situação de rua são forçosamente estimuladas a enfrentar as demandas da exclusão vivenciada, visto que as estratégias das políticas públicas ainda são incipientes, de caráter emergencial e de cunho higienicista.

Diversas são as artimanhas utilizadas por essas pessoas para enfrentarem as dificuldades vivenciadas, entre elas: fazer trabalhos informais, para terem uma renda mínima. No caso das mulheres, é comum recorrer-se à prostituição como renda; manter relações sociais entre a comunidade a sua volta (bares, restaurantes, padaria), a fim de conseguir alimento e utilizar o ambiente para manter seu asseio; como também manter bom relacionamento com outros moradores de rua, objetivando minimizar riscos com a violência <sup>12</sup>.

Importante ressaltar que a formação de rede sociais não significa atitudes rígidas, visto que, ao mesmo tempo que favorece os laços afetivos de suporte, igualmente pode culminar em

conflitos e alienação<sup>13</sup>. Contudo, Andrade, Costa e Maquetti<sup>12</sup> reforçam que a fragilidade e fugacidade dessas relações sociais favorece a vulnerabilidade social, e as redes de suporte efetivas auxiliam no equilíbrio entre a integridade e vulnerabilidade.

Segundo Kunz, Heckert, Carvalho<sup>14</sup>, no cotidiano das pessoas em situação de rua, essas apresentam diversas estratégias, táticas e astúcias que favorecem a recriação da sua própria sustentação, como forma de vida. É necessário que se compreenda esse indivíduo como ser único, dotado de perspectivas, anseios, medos, capaz, continuamente, de se adaptar e se reorganizar<sup>15</sup>.

Schmidt e colaboradores advertem para não se generalizar, por uma ótica cartesiana e higienista, que o viver em condições de precariedade e vulnerabilidade, necessariamente, é viver em uma situação patológica, na qual não se possuem perspectivas futuras, nem possibilidade de adaptações e superações<sup>16</sup>. Pensar dessa forma é não compreender o papel social intrínseco do ser humano, que, mesmo em condições desfavoráveis, é capaz de superar estados e condições de morbidades, por meio de uma auto-organização, que constrói e reconstrói a sua vida e o processo saúde-doença, a partir das possibilidades que o próprio meio lhe oferece<sup>15</sup>.

Reconhecendo a relevância do tema no campo da saúde coletiva e da escassez de estudos, o objetivo desta pesquisa foi descrever as estratégias de enfrentamento utilizadas pelas mulheres em situação de rua frente ao processo de adoecimento e as vulnerabilidades vivenciadas.

## **Método**

O presente estudo é um recorte da pesquisa *Saúde e Doença de Mulheres em Situação de Rua: um estudo a Luz da História Oral*, cujo método foi um estudo de caso, com abordagem qualitativa, utilizando a técnica de História Oral Temática, que busca, através da história dos seus colaboradores, dar visibilidade ao discurso de uma população à margem da sociedade, assumindo como aspecto central um tema<sup>17</sup>.

A Comunidade de destino foi formada pela População em Situação de Rua; a Colônia foi representada pelas Mulheres em Situação de Rua do Município de João Pessoa e a Rede foram as mulheres em situação de rua cadastradas e acompanhadas pelo Centro de Referência para a População em Situação de Rua (Centro POP) do Município de João Pessoa.

A coleta dos dados ocorreu no período de janeiro a fevereiro de 2016. Participaram da pesquisa seis colaboradoras em situação de rua, que, após aceitarem participar do estudo e assinarem o termo de Consentimento Livre e Esclarecido, foram entrevistadas, e suas narrativas gravadas por meio de gravador digital portátil.

A preparação do material empírico através da História Oral constitui-se em quatro momentos: transcrição, textualização, transcrição e conferência. A transcrição, momento no qual as falas são copiadas em sua íntegra; textualização, ocasião onde se suprimem os vícios de linguagem e indagações; transcrição, na qual a pesquisadora reescreve o texto, mantendo o foco principal da história narrada, e, por fim, a conferência, cujo texto finalizado é reapresentado às colaboradoras para assinatura da carta de cessão e autorização de sua divulgação <sup>17</sup>.

A análise do material empírico transcorreu por meio da Análise de Conteúdo Temática, a partir da leitura exaustiva e organização das ideias, seguido da seleção dos núcleos de significado e então codificação nos eixos temáticos e, por fim, interpretação dos resultados trabalhados <sup>18</sup>.

## Resultados

**Quadro 1** – Estratégias de enfrentamento referidas pelas mulheres em situação de rua frente às vulnerabilidades e adoecimentos, João Pessoa-PB, Brasil, 2016.

<b>Estratégias de enfrentamento utilizadas pelas mulheres em situação de rua</b>	
<b>Núcleos de Significados</b>	<b>Fragments da História Oral</b>
Apoio de familiares e amigos	<p><i>“Eu tento enfrentar as dificuldades vivendo em grupo ... também tenho pessoas que me ajudam”</i> (C1)</p> <p><i>“Nas ruas não fico sozinha, tenho um companheiro. Sempre ficamos perto de outros moradores de rua, mas não nos envolvemos com eles... Tenho ido passar uns dias na casa de minha mãe de criação”</i> (C3)</p> <p><i>“Às vezes você sente saudade! Sinto falta da minha casa, das minhas coisas..., então eu volto para casa e tento ficar, mas minha mãe começa a querer me controlar, então começam as discussões e eu volto para as ruas de novo...”</i>(C4)</p> <p><i>“Várias pessoas tentam me ajudar, eu tenho muitas amigas, por isso fico muito no bairro onde fui criada ... Lá as pessoas me conhecem e me ajudam, recebo muitas doações”</i> (C5)</p> <p><i>“Mas às vezes, quando adoço, volto para a casa de minha mãe ...”</i> (C6)</p>
Rede Comunitária de Apoio	<p><i>“Para conseguirmos dinheiro, eles trabalham ou mendigam nos semáforos, e, quando não conseguimos, esperamos doações de alimentos da comunidade à noite”</i> (C1)</p>

	<p><i>“Tem também a comunidade que nos auxilia com alimentação, roupa e calçado. Ajudam-nos muito!” (C4)</i></p> <p><i>“Recebo muita doação de alimentos e de roupas de amigos e da comunidade à noite, é muito difícil utilizar o dinheiro para a alimentação” (C5)</i></p>
Acesso e vínculo no Centro POP	<p><i>“Quando estou doente, procuro o Centro POP, e eles me encaminham para assistência médica” (C1)</i></p> <p><i>“Eu passei muito tempo nas ruas e não conhecia o Centro POP. Faz um ano que estou sendo acompanhada por esse serviço. Gosto muito desse local, os funcionários me ajudam muito” (C3)</i></p> <p><i>“Só consegui [terminar o tratamento da tuberculose] depois que estava sendo acompanhada pelo Centro POP, pois a equipe me incentivou muito e me fornecia os medicamentos” (C3)</i></p> <p><i>“E temos sorte de ter o Centro POP, essa casa de apoio onde passamos o dia” (C4)</i></p> <p><i>“O próprio diretor do Centro POP conseguiu um lugar para tratar a minha dependência química” (C5)</i></p>
Busca aos serviços de saúde	<p><i>“Quando adoço, procuro a Unidade de Saúde da Família do Cordão Encarnado, onde fica a casa de minha mãe de criação” (C3)</i></p> <p><i>“Normalmente, eu costumo fazer exames. De tempo em tempo, eu volto para casa, faço meu cadastramento e meus exames no Posto de Saúde” (C4)</i></p> <p><i>“Apesar de tudo isso, eu sempre procuro fazer meus exames de rotina. De tempo em tempo, vou ao Hospital Clementino Fraga fazer os testes rápidos de HIV e Sífilis, além do exame de escarro e do de Hepatite... Quando adoço, procuro logo assistência médica hospitalar. Vou sozinha para o Hospital Edson Ramalho [Hospital Geral], não preciso de encaminhamento” (C5)</i></p>

## Discussões

Nas histórias narradas pelas mulheres em situação de rua, percebe-se a individualidade e singularidade da vida de cada uma. Contudo, muitas situações se convergem, como as dificuldades financeiras, a violência doméstica, o sofrimento/adoecimento mental, a dependência de álcool e outras drogas, a ruptura dos laços afetivos familiares, o que favorece a diversas formas de vulnerabilidade.

Contudo, apesar das inúmeras vulnerabilidades vivenciadas pelas mulheres em situação de rua, que as deixam mais susceptíveis ao desenvolvimento de situações de adoecimento foram reveladas, em suas narrativas, formas de enfrentamento, dentre as quais, se destacam o apoio



de amigos ou familiares, o acesso e vínculo ao Centro POP, a rede comunitária de apoio e a busca por alguns serviços de saúde.

Importante ressaltar que algumas dessas situações, ditas como enfrentamento, também foram referenciadas como causa de vivência nas ruas, como é o caso da desfiliação familiar. Apesar de as colaboradoras relatarem que estão nas ruas devido à ruptura dos laços afetivos, apontam, mesmo que frágil, um apoio de familiares a amigos, no caso de adoecimento ou de uma situação mais grave nas ruas.

A família representa um lugar social, de identidade e pertencimento, na qual, apesar de fragilidade e ruptura dos laços afetivos serem muitas vezes determinantes para a vivência na rua, existe uma complexidade nessa relação, que se fundamenta no reconhecimento das diferenças entre seus membros e na produção de relacionamentos a partir da valorização de um modelo de família, cuja unidade mínima de identidade é um grupo doméstico, e não um ser social isolado <sup>19</sup>.

Kunz, Heckert e Carvalho <sup>14</sup> refletem que estar em situação de rua não quer dizer necessariamente que os vínculos familiares foram definitivamente rompidos, mas que, muitas vezes, apenas estão fragilizados, sendo esse um ponto de partida importante para se reestabelecer um possível vínculo futuro.

Outra rede de apoio social referenciada pelas mulheres em situação de rua foi o movimento social da Igreja Católica, Pastoral da População em Situação de Rua, que passa diariamente, à noite, ofertando alimentos, material de higiene pessoal e vestuário. Apesar de cunho assistencialista e imediatista, esse serviço de apoio social, oferta a população em situação de rua a garantia mínima de uma refeição diária.

Segundo Adorno<sup>1</sup>, o papel social proposto pela igreja é milenar. No caso em questão, população em situação de rua, o movimento social da Igreja Católica emergiu na perspectiva de restauração da dignidade humana por meio da caridade e da espiritualização, influenciada pela “teologia da libertação”.

O “Grito dos Excluídos”, mobilização popular que ocorreu em sete de setembro de 1995, foi um marco na luta pelos direitos da população em situação de rua. Esse evento foi promovido pela Pastoral Social das Igrejas Cristãs em parceria com movimentos e organizações da sociedade civil, o que mostra a influência de uma rede comunitária de apoio organizada na visibilidade e busca da igualdade social <sup>20</sup>.

De acordo com Lemões <sup>21</sup>, embora haja diferentes forma que envolvam a aquisição de alimentos e outros ganhos pela população em situação de rua, os grupos caritativos adquirem

notável destaque, devido à sociabilidade que promovem nos espaços onde atuam e vínculos que são gerados entre os membros desses grupos e os beneficiários de suas ações.

Um importante serviço de apoio para o enfrentamento das vulnerabilidades sociais vivenciadas, descrito pelas mulheres em situação de rua entrevistadas, foi o Centro POP. Isso se deu provavelmente pelo grande vínculo que essas mulheres apresentam com o serviço em questão, visto que são cadastradas e acompanhadas há algum tempo por aquele Centro.

O Decreto nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009, no seu artigo 7º, prevê a criação dos Centros de Referência Especializados para a População em Situação de Rua, pertencentes à Proteção Social Especial de Média Complexidade e vinculados ao Sistema Único de Assistência Social (SUAS), que tem como preceito a oferta de serviços, programas e projetos socioassistenciais especializados, destinados ao acolhimento de indivíduos e famílias com risco pessoal e social, com direitos negligenciados ou negados <sup>22</sup>.

O Centro POP é uma porta de entrada importante na oferta de serviço especializado a esse segmento social de direitos negados. Visa intervir no contexto de rua, promovendo vínculo gradativo, atendendo às necessidades mais imediatas dessa população e introduzindo-a na rede de proteção social. Vale ressaltar o valor da articulação intersetorial, na qual o Centro POP busca integrar-se como rede de serviços e benefícios socioassistenciais, como também os órgãos de defesa de direitos e as diversas políticas públicas, tais como: Saúde, Trabalho e Renda, Habitação, Educação, Segurança Alimentar e Nutricional <sup>20</sup>.

Outra forma de enfrentamento das dificuldades vivenciadas pelas mulheres em situação de rua foi a busca pela assistência à saúde, referenciando algumas o fato como um processo periódico, outras como uma situação esporádica.

Estudos demonstram que as pessoas em situação de rua representam o grupo populacional com menos acesso aos serviços de saúde; por isso o Ministério da Saúde instituiu as Equipes de Consultório na Rua, a fim de subsidiar as equipes de Atenção Básica, na assistência, prevenção e promoção da saúde a partir do território, sendo “um serviço de referência na rua, com a rua, pela rua e por meio da rua” <sup>22:923</sup>. Não se constatou, contudo, nas narrativas das mulheres entrevistadas, o acesso aos serviços de saúde através do Consultório na Rua. Isso pode ser em decorrência do vínculo com o Centro POP, visto que este articula o atendimento de saúde às mulheres cadastradas e acompanhadas pelo serviço.

Percebe-se nas narrativas das mulheres em situação de rua entrevistadas alguns pontos de contradição no que diz respeito à busca de cuidados de saúde, principalmente na perspectiva preventiva. Algumas relatavam que buscavam as unidades básicas de saúde, porém ao serem

indagadas quando tinha sido a última vez, referiam-se a um longo tempo. Outras só referiam a busca pelos serviços de média e alta complexidade.

Vários estudos demonstram o pouco acesso aos serviços de saúde pela população em situação de rua, e, quando o fazem, procuram a assistência hospitalar. Esse fato é justificado pelo vínculo precário dessa população, com os serviços de atenção básica e pelas dificuldades organizacionais impostas pelo sistema, como exigência de morar no território, ser cadastrada na unidade de saúde, ter documentação, entre outros<sup>23-24</sup>.

A concepção do processo saúde-doença e cuidado das pessoas em vivência de rua influencia também a busca pelos serviços de saúde. Essas pessoas que sobrevivem em grande vulnerabilidade social apresentam uma percepção de saúde vinculada à capacidade de estar vivo e enfrentar o cotidiano das ruas, tendo o adoecimento como um acontecimento que impossibilite a subsistência. Decorrente disso, a busca pelos serviços de saúde para tratamento de suas enfermidades só é feita, em último caso, quando realmente interfere em sua vida e traz risco de morte, sendo geralmente levadas por serviços de resgate ou por órgãos assistenciais aos quais são vinculados<sup>7, 25-27</sup>.

Frente a isso, se fazem necessárias ações conjuntas dos diversos atores envolvidos, como: Saúde, Assistência Social, Educação, entre outros, objetivando o resgate da cidadania e das especificidades dessa população, com ênfase em suas características históricas, valores e processo de adoecimento, a fim de se elaborar projetos efetivos de promoção, prevenção e reabilitação da saúde.

### **Considerações Finais**

A população em situação de rua, principalmente as mulheres, sobrevive nas ruas expostas a grandes vulnerabilidades, mas diversas são as estratégias utilizadas para enfrentar as dificuldades encontradas no cotidiano da rua.

As mulheres em situação de rua entrevistadas são mulheres marcadas por grande sofrimento, como violência física e sexual, abandono, prostituição, dependência do álcool e outras drogas, mas que apresentaram em suas histórias de vida táticas de recriação diária de sua sobrevivência nas ruas, entre elas o manter-se em grupo; a manutenção de um vínculo, mesmo que fragilizado, com membros da família ou amigos; o acesso ao Centro POP e a alguns serviços de saúde.

Essas mulheres são fortes e batalhadoras. E, apesar das dificuldades, medos e inseguranças na vivência da rua, são capazes continuamente de se readaptar e reorganizar seu cotidiano a partir do meio em que vivem. Contudo, não se deve deixar de se refletir no papel do Estado em favorecer o resgate a cidadania dessas mulheres, compreendendo-se a singularidade dessa população e elaborando-se estratégias e ações de curto, médio e longo prazo, que favoreçam sua reinserção social.

O presente estudo aprofundou-se na temática em questão, relativa a um grupo de mulheres em situação de rua que já são assistidas pelas Políticas Públicas de Assistência Social, o Centro POP, o que favorece e facilita algumas estratégias de enfrentamento. Por isso, se fazem necessários mais estudos que abordem essas mulheres, principalmente as que não possuem nenhum vínculo ou apoio institucional, a fim de se avaliar se surgiriam diferentes estratégias de enfrentamento.

Este estudo trouxe discussões pertinentes sobre as formas de enfrentamento das vulnerabilidades à qual as mulheres em situação de rua estão expostas, e como isso pode ofertar subsídios para o planejamento de ações que potencializem o acesso às necessidades dessa população em seus contextos reais de vida.

## Referências

1. Adorno RCF. Atenção à saúde, direitos e o diagnóstico como ameaça: políticas públicas e as populações em situação de rua. *Etnográfica*. 2011; 15(3): 543-67.
2. Fiorati RC, Carretta RYD, Panúncio-Pinto MP, Lobato, BC, Kebbe LM. População em vulnerabilidade, intersetorialidade e cidadania: articulando saberes e ações. *Saúde Soc*. 2014; 23(4):1458-70.
3. Natt EDM, Vissoci JRN. Quando o invisível nos salta aos olhos: moradores de rua em uma cidade “orgulhosamente” sem favelas. *In: II Congresso Brasileiro de Estudos Organizacionais*, 2014. Soc. Bras. de Estudos Organizacionais, 2014.
4. Graeff L. Corpos precários, desrespeito e autoestima: o caso de moradores de rua de Paris-FR. *Psicologia USP*. 2012; 23(4): 757-75.
5. Giorgetti C. *Moradores de rua: uma questão social?* São Paulo: Faspep educ.; 2014.
6. Morrison DS. Homelessness as an independent risk factor for mortality: results from a retrospective cohort study. *International Journal of Epidemiology*. 2009; 38: 877-83.
7. Aguiar MM, Iriart JAB. Significados e práticas de saúde e doença entre a população em situação de rua em Salvador, Bahia, Brasil. *Cad. de Saúde Pública*. 2012; 1(28); 115-24.

8. Vernaglia TVC, Vieira RAMS, Cruz MS. Usuários de crack em situação de rua – características de gênero. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2015; 6(20): 1851-59.
9. Glória MDG, Santos CVM. Pensando gênero no consultório na rua: Relato de experiência em setting não convencional. *In: Seminário Internacional Fazendo Gênero*, 2013, Florianópolis. *Anais Eletrônico*, 2013.
10. Vargas T. Consultório na Rua: novas políticas para a população de rua. Rio de Janeiro: Agência Fiocruz de Notícias; 2012.
11. Cefai D. Provações corporais: uma etnografia fenomenológica entre moradores de rua de Paris. *Lua Nova*. 2010; (79): 71-110.
12. Andrade LP, Costa SL, Marquetti FC. A rua tem ímã, acho que é a liberdade: potência, sofrimento e estratégia de vida entre moradores de rua na cidade de Santos, no litoral do estado de São Paulo. *Saúde Soc*. 2014; 23(4): 1248-61.
13. Canesqui AM, Barsaguini RA. Apoio social e saúde: pontos de vista das ciências sociais e humanas. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2012; 5(17): 1103-14.
14. Kunz GS, Heckert AL, Carvalho SV. Modos de vida da população em situação de rua: inventando táticas nas ruas de Vitória/ES. *Fractal Rev.Psicol*. 2014; 26(3): 919-42.
15. Porto L, Backes DS, Diefenbach GDF, Costenaro RGS, Rangel RF, Lucio DBM, *et al*. Viver saudável: Significado para os moradores em situação de rua do Município de Santa Maria. *Rev Enferm UFSM*. 2012; 1(2): 59-66.
16. Schmidt R, Hrenchuk C, Bopp J, Poole N. Trajectories of women’s homelessness in Canada’s 3 northern territories. *Int J Circumpolar Health*. 2015; (74): 1-9.
17. Meiry JCSB. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec; 2007.
18. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70, Brasil; 2011.
19. Lemões T. A família, a rua e os afetos: uma etnografia da construção de vínculos entre homens e mulheres em situação de rua. Rio Grande do Sul: Novas Edições Acadêmicas; 2013.
20. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (BR). Orientações Técnicas: Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua – Centro Pop. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
21. Lemões T. A corporificação do sofrimento e o trânsito entre vítima e algoz: novas reflexões a partir de etnografias com População em Situação de Rua. *Cadernos do LEPAARQ*. 2014; XI(21): 45-61.
22. Presidência da República (BR). Decreto nº 7.053 de 23 de dezembro de 2009. Política Nacional para a População em situação de rua. *DOU*; 2009.

23. Macerata I, Soares JGN, Ramos JFC. Apoio como cuidado de territórios existenciais: Atenção Básica e a rua. *Interface*. 2014; 18 (sup.1): 919-30.
24. Borysow IC, Furtado JP. Acesso, equidade e coesão social: avaliação de estratégias intersetoriais para a população em situação de rua. *Rev. Esc. Enferm USP*. 2014; 6(48): 1069-76.
25. Carneiro Júnior N, Jesus CH, Crevelim MA. A Estratégia Saúde da Família para a equidade de acesso dirigida à população em situação de rua em grandes centros urbanos. *Saúde Soc*. 2010; 19(3): 709-16.
26. Khandor E, Mason K, Chambers C, Rossiter K, Cowan L, Hwang SW. Access to primary health care among homeless adults in Toronto, Canada: results from the Street Health survey. *Open Medicine*. 2011; 2(5): 94-103.
27. Bordignon, JS, Silveira CCS, Delvivo EM, Araújo CP, Lasta LD, Weiller, TH. Adultos em situação de rua: acesso aos serviços de saúde e constante busca pela ressocialização. *Revista Contexto & Saúde*. 2011; 10(20): 629-34.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo buscou trazer reflexões de experiências de vida, situações de vulnerabilidade e adoecimento de mulheres em situação de rua e as estratégias de enfrentamento utilizadas no cotidiano da rua, através da História Oral Temática.

Os depoimentos das mulheres em situação de rua evidenciaram diversos motivos que as levaram a viver na rua, como o processo de desfiliação, com ruptura parcial ou total dos laços afetivos familiares, decorrente algumas vezes de violência doméstica ou do uso abusivo de álcool e outras drogas. A ruptura dos laços afetivos e a dependência química perpassam, contudo, as histórias de vida das mulheres como causa e efeito da ruarização.

As mulheres em situação de rua entrevistadas vivenciam diariamente situações de vulnerabilidades, tanto individuais quanto sociais e pragmáticas. Observaram-se comportamentos de risco como uso de drogas, prostituição, prática de sexo sem proteção, além das precárias condições básicas de sobrevivência, como moradia, alimentação adequada, renda mínima etc. Além disso, elas estão sujeitas à violência urbana e sexual e às intempéries climáticas, o que as deixa mais susceptíveis ao adoecimento.

No período de vivência das ruas, as colaboradoras relataram já terem adoecido de tuberculose, hepatite C, dengue grave, hemorragia por abortamento, infecções respiratórias (pneumonia e estados gripais), problemas odontológicos, além do sofrimento mental e doenças psiquiátricas.

Apesar das dificuldades e vulnerabilidades em que as mulheres em situação de rua se encontram, as histórias narradas mostram pontos de superação. Diversas são as estratégias desenvolvidas por elas para se manterem na rua. Dentre elas, destacam-se: conviver em grupo; manter laços, mesmo que fragilizados, com familiares e amigos; estar em acompanhamento no Centro de Referência a População em situação de rua (centro POP); buscar ajuda e manter vínculo com a Rede de Apoio Comunitária, principalmente a Pastoral da Igreja; como também a busca voluntária por alguns serviços de saúde.

Os resultados mostram que essas mulheres passam por situações de grande exclusão social, permeadas de uma ambiguidade, na qual, ao mesmo tempo em que referem sentir saudades e o desejo de sair das ruas, não conseguem se desvincular da situação atual.

Uma questão de reflexão é que, apesar dos esforços individuais de superação diárias das vulnerabilidades impostas durante o viver na rua, essas ações são intrínsecas e efêmeras, sendo necessária a elaboração/execução de Políticas Públicas Intersetoriais (saúde, educação, justiça, seguridade social) efetivas de curto, médio e longo prazo, pautadas na realidade local, que possam ofertar ações que contemplem a peculiaridade do grupo em questão.

É importante destacar que o grande desafio das Políticas Públicas e da sociedade em geral é conhecer as verdadeiras causas, efeitos e dificuldades enfrentadas pelas pessoas em vivência de rua, e com isso descartar o preconceito e as ações puramente higienistas e de curto prazo, que não promovem mudanças estruturais no problema em questão.

A presente pesquisa delimitou-se entrevistar mulheres em situação de rua cadastradas e acompanhadas por um Centro de Referência, o que já é um ponto positivo no enfrentamento das situações de risco, visto que apresentam um dispositivo de acesso aos serviços públicos. É interessante a complementação com novos estudos, que abordem as mulheres sem vínculos institucionais, visto que a temática é de grande relevância e possui poucos estudos que fazem o recorte de gênero.

Reforçar-se que a pesquisa conseguiu identificar os motivos pelos quais as mulheres entrevistadas estão nas ruas, e isso corrobora com os achados na literatura. Contudo surge uma outra indagação, digna de ser posteriormente investigada: quais os motivos que fazem essas mulheres permanecer nas ruas, visto que, em algumas situações reveladas na pesquisa, tiveram elas várias oportunidades de saírem dessa situação?

Os aspectos apontados com o referido estudo servirão de base para fomentar discussões intersetoriais sobre a temática, articulando ações da Secretaria de Saúde com a Secretaria de Políticas Públicas para Mulheres, no que diz respeito à violência doméstica, educação e geração de renda, como também para aproximar-se com a Secretaria de Desenvolvimento Social, objetivando ampliar e favorecer o acesso dessas mulheres aos serviços de saúde. Outra sugestão seria a criação de um Fórum Municipal de Discussão Permanente sobre a temática, que seria formado pelos diversos atores envolvidos, visando à discussão periódica com proposição de estratégias de ação a curto, médio e longo prazo.



## REFERÊNCIAS

- ADORNO, R.C.F. Atenção à saúde, direitos e o diagnóstico como ameaça: políticas públicas e as populações em situação de rua. **Etnográfica**, v. 15, n. 3, p. 543-567, 2011.
- AGUIAR, M.M.; IRIART, J.A.B. Significados e práticas de saúde e doença entre a população em situação de rua em Salvador, Bahia, Brasil. **Cad. de Saúde Pública**, v.1, n. 28, p. 115-124, jan. 2012.
- ANDRADE, L.P.; COSTA, S.L.; MARQUETTI, F.C. A rua tem ímã, acho que é a liberdade: potência, sofrimento e estratégia de vida entre moradores de rua na cidade de Santos, no litoral do estado de São Paulo. **Saúde Soc.**, v.23, n.4, p. 1248-1261, 2014.
- ALVAREZ, A.M.S.; ALVARENGA, A.T.; DELLA RINA, S.C.S.A. Histórias de vida de moradores de rua, situações de exclusão social e encontros transformadores. **Saúde e sociedade**, v.18, n.2, p. 259-272, 2009.
- ALVAREZ, A.M.S.; et al. Pesquisa-Ação-Formação inter e transdisciplinar com pessoas envolvidas com a questão do morador de rua. **Saúde e Sociedade**, v. 20, n.2, p. 300-313, 2011.
- ARISTIDES, J. L.; LIMA, J. V. C. Processo saúde-doença da população em situação de rua da Cidade de Londrina: aspectos do viver e do adoecer. **Revista Espaço para a Saúde**, Londrina, v. 10, n. 2, p. 43-52, jun. 2009.
- AYRES, J. R. C. M. et al. **O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios**. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Org.). *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.
- AYRES, J.R.C.M. Organização das Ações de Atenção à Saúde: modelos e práticas. **Saúde e Sociedade**, v.18, supl.2, 2009.
- BADZIAK, R.P.F.; MOURA, V.E.V. Determinantes sociais da saúde: um conceito para efetivação do direito à saúde. **R. Saúde Pública**, Florianópolis, v. 3, n. 1, p. 69-79, 2010.
- BARATA, R.B. et al. Desigualdade social em saúde na população em situação de rua na cidade de São Paulo. **Saúde Soc.**, v. 24, supl.1, p. 219-232, 2015.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70. Brasil, 2011.
- BARRETO, E.C.; CARVALHO, G.B.V. A questão de gênero e a violência contra a mulher no Brasil: avanços e impasses jurídicos. **Diálogos Possíveis**, Salvador, n. 1, p. 110-133, jan./jun. 2016.

BELLENZANI, R.; MALFITANO, A.P.S.; VALLI, C.M. **Da vulnerabilidade social à vulnerabilidade psíquica**: uma proposta de cuidado em saúde mental para adolescentes em situação de rua e exploração sexual. In: Simpósio Internacional do Adolescente, 2005. Disponível em: <[http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=MSC000000082005000200010&lng=en&nrm=abn](http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=MSC000000082005000200010&lng=en&nrm=abn)>.

BORDIGNON, J.S., et al. Adultos em situação de rua: acesso aos serviços de saúde e constante busca pela ressocialização. **Revista Contexto & Saúde**, v. 10, n. 20, Jan/Jun, 2011.

BORYSOW, I.C.; FURTADO, J.P. Acesso, equidade e coesão social: avaliação de estratégias intersetoriais para a população em situação de rua. **Rev. Esc. Enferm USP**, v. 6, n. 48, p. 1069-76, 2014.

BOTTI, N.C.L. et al. Padrão de uso de álcool entre homens adultos em situação de rua de Belo Horizonte. **SMAD - Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas**, v. 6, p. 536-555, nov. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **As Cartas da Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

\_\_\_\_\_. Ministério do Desenvolvimento e Combate à Fome. Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação. **Pesquisa Nacional sobre População em Situação de Rua**. Ministério da Saúde, 2008a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Comissão sobre Determinantes Sociais em Saúde. Relatório Final da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. **As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008b.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. Casa Civil. **Decreto nº 7.053 de 23 de dezembro de 2009**. Política Nacional para a População em situação de rua. DOU, 2009a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Saúde da Mulher. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009b.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. Secretaria de Políticas para as Mulheres. **Plano Nacional de Políticas para as Mulheres**. Brasília: Secretaria de Políticas para as Mulheres, 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual sobre o cuidado à saúde junto à população em situação de rua**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Orientações Técnicas: Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua – Centro Pop**. SUAS e População em Situação de Rua, v. 3, Brasília, 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Saúde da população em situação de rua: um direito humano**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, p. 77-93, 2007.

CAMARA, A.M.C.S; et al. Percepção do processo saúde-doença: significados e valores da educação em saúde. **Rev. Bras. De Educação Médica**, v. 36, n. 1, supl1, p. 40-50, 2012.

CANESQUI, A.M; BARSAGUINI, R.A. Apoio social e saúde: pontos de vista das ciências sociais e humanas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.5, n.17, p.1103-1114, 2012.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. 6 ed. Rio de Janeiro (RJ): Forense Universitária, 2009.

CARDOSO, B.F. Mulher em situação de rua: merece um lugar especial. **Webartigos**, 2009. Disponível em: <http://www.webartigos.com/artigos/mulher-em-situacao-de-rua-merece-um-olhar-especial/23576/>. Acesso em: 10 jun. 2015.

CARNEIRO JÚNIOR, N; JESUS, C.H. CREVELIM, M.A. A Estratégia Saúde da Família para a equidade de acesso dirigida à população em situação de rua em grandes centros urbanos. **Saúde Soc.**, São Paulo, v.19, n.3, p.709-716, 2010.

CASTEL, R. As dinâmicas do processo de marginalização: da vulnerabilidade à desfiliação. **Cadernos CRH**, n. 26/27, p. 19-40, jan./dez. 1997.

CASTEL, R. As armadilhas da exclusão. In BELFIORE-WANDERLEY, M; BÓGUS, L.; YAZBEK, M.C. (Orgs.). **Desigualdade e a questão social**. 2. ed. São Paulo: EUC, 2000.

CEDERBAUM, J.A. et al. Adapting an evidence-based intervention for homeless women: engaging the community in shared decision-making. **J Health Care Poor Underserved**. v. 4, n. 25, p. 1552–1570, 2014.

CEFAI, D. Provações corporais: uma etnografia fenomenológica entre moradores de rua de Paris. **Lua Nova**, n. 79, p. 71-110, 2010.

COSTA, S.L. et al. Gestantes em situação de rua no município de Santos, SP: reflexões e desafios para as políticas públicas. **Saúde Soc**. São Paulo, v.24, n.3, p.1089-1102, 2015.

FERTONANI, H.P. et al. Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**, n.6, v. 20, p.1869-1878, 2015.

- FESKE, M.L. Counting the Homeless: a previously incalculable tuberculosis risk and its social determinants. **American Journal of Public Health**, v.1, mar 2013.
- FIORATI, R.C. et al. População em vulnerabilidade, intersetorialidade e cidadania: articulando saberes e ações. **Saúde Soc.**, v.23, n.4, p.1458-1470, 2014.
- FRIEDMAN, M.; FRIEDMAN, R.D. **Capitalismo e Liberdade**. Rio de Janeiro: LTC, 2014. Vital Source Bookshelf Online.
- GIORGETTI, C. **Moradores de rua: uma questão social?** São Paulo: Faspep educ., 2014.
- GLORIA, M.D.G; SANTOS, C.V.M. Pensando gênero no consultório na rua: Relato de experiência em *setting* não convencional. **Seminário Internacional Fazendo Gênero** (Anais Eletrônicos), Florianópolis, 2013.
- GRANGEIRO, A. et al. Prevalência e vulnerabilidade à infecção pelo HIV de moradores de rua em São Paulo, SP. **Rev. Saúde Pública**, v. 4, n. 46, p. 674-84, 2012.
- GRAEFF, L. Corpos precários, desrespeito e autoestima: o caso de moradores de rua de Paris-FR. **Psicologia USP**, v. 23, n. 4, p. 757-775, 2012.
- JANCZURA, R. Risco ou vulnerabilidade social? **Textos & Contextos**, Porto Alegre, v. 11, n. 2, p. 301 - 308, ago./dez. 2012.
- KHANDOR, E. et al. Access to primary health care among homeless adults in Toronto, Canada: results from the Street Health survey. **Open Medicine**, v .2, n. 5, p. 94-103, 2011.
- KUNZ, G.S.; HECKERT, A.L.; CARVALHO, S.V. Modos de vida da população em situação de rua: inventando táticas nas ruas de Vitória/ES. **Fractal Rev. Psicol.**, v. 26, n. 3, p. 919-942, set./dez. 2014.
- LAURELL, A.C. La salud-enfermedad como processo social. **Revista Latinoamericana de Salud**, v. 2, p. 7-25, México, 1982.
- LEMÕES, T. **A família, a rua e os afetos**: uma etnografia da construção de vínculos entre homens e mulheres em situação de rua. Rio Grande do Sul: Novas Edições Acadêmicas, 2013.
- LEMÕES, T. A corporificação do sofrimento e o trânsito entre vítima e algoz: novas reflexões a partir de etnografias com População em Situação de Rua. **Cadernos do LEPAARQ**, n. 21, v. XI, p. 2014.
- LOPES, R.E.; BORBA, L.O.P.; REIS, T.A.M. Um olhar sobre as trajetórias, percursos e histórias de mulheres em situação de rua. **Cad. de Terapia Ocup. da UFSCar**, v. 11, n. 1, 2003.

- MACERATA, I.; SOARES, J.G.N.; RAMOS, J.F.C. Apoio como cuidado de territórios existenciais: Atenção Básica e a rua. **Interface**, Botucatu, v.18, sup.1, p.919-930, 2014.
- MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Técnicas de Pesquisa**: planejamento e execução de pesquisa; amostragens; técnicas de pesquisa e elaboração, análise e interpretação de dados. 7 ed. São Paulo: Atlas, 2010.
- MARANGONI, S.R.; OLIVEIRA, M.L.F. Fatores desencadeantes do uso de drogas de abuso em mulheres. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 3, n. 22, p. 662-70, jul/set. 2013.
- MARTINS, B. A saúde passa longe das ruas. **Revista ser médico** (on line), n. 57, out.-dez. 2011. Disponível em: <<http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=Revista&id=569>>
- MEIHY, J.C.S.B. **Saúde**: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2007.
- MEIHY, J.C.S.B. **Manual de história Oral**. 4 ed. São Paulo: Loyola, 2002.
- MEIHY, J.C.S.B; HOLANDA, F. **História Oral**: como fazer, como pensar. 2 ed. São Paulo: Contexto, 2011.
- MILBURN, N.G. et al. Discrimination and mental health problems among homeless minority young people. **Public Health Reports**, v. 125, jan/feb. 2010.
- MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 14 ed. São Paulo: Hucitec, 2014.
- MINAYO, M.C.S. **Pesquisa Social**: Teoria, Método e Criatividade. 29ª. ed. Petrópolis: Vozes, 2010.
- MONTAÑO, C. Pobreza, “questão social” e seu enfrentamento. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 110, p. 270-287, abr./jun. 2012.
- MONTEIRO, S.R.R.P.M. O marco conceitual da vulnerabilidade social. **Sociedade em Debate**, Pelotas, v. 2, n.17, p. 29-40, jul.-dez. 2011.
- MORRISON, D.S. Homelessness as an independent risk factor for mortality: results from a retrospective cohort study. **International Journal of Epidemiology**, n. 38, p. 877-883, 2009.
- NATT, E.D.M.; VISSOCI, J.R.N. Quando o invisível nos salta aos olhos: moradores de rua em uma cidade “orgulhosamente” sem favelas. **Soc Bras de Estudos Organizacionais**. In: II Congresso Brasileiro de Estudos Organizacionais, 2014. Disponível em: <http://icbeo.com.br/anais/1221GT2.pdf>. Acesso: 10 jun. 2015.
- OVIEDO, R.A.M.; CZERESNIA, D. O conceito de vulnerabilidade e seu caráter biossocial. **Interface**, Botucatu, v. 53, n.19, p. 237-49, 2015.

PORTO, L.; et al. Viver saudável: Significado para os moradores me rua do Município de Santa Maria. **Rev Enferm UFSM**, v. 1, n. 2, p. 59-66, Jan/Abr, 2012.

PRATES, J. C.; ABREU, P. **Mulheres em situação de rua**. In: BULLA et al. As múltiplas formas de exclusão social. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2004.

ROSA, A.S.; BRÊTAS, A.C.P. A violência na vida de mulheres em situação de rua na cidade de São Paulo, Brasil. **Interface, Comunicação, Saúde e Educação**, v.19, n. 53, p. 275-285, 2015.

SÁNCHEZ, M.A.I.; BERTOLOZZI, M.R. Pode o conceito de vulnerabilidade apoiar a construção do conhecimento em Saúde Coletiva? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 2, n. 12, p. 319-324, 2007.

SARTORI, J.; GRANADO, K.; SANO, L. **Pessoas em situação de rua no Município de São Carlos-SP**: subsídios à reflexão participativa em torno das possibilidades de superação de dimensões econômicas e extraeconômicas de vulnerabilidade. In: SIMPÓSIO NACIONAL POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA, 2008. São Carlos. Universidade Federal de São Carlos, 2008.

SCHMIDT, R. et al. Trajectories of women's homelessness in Canada's 3 northern territories. **Int J Circumpolar Health**, n. 74, p. 1-9, 2015.

TIENE, I. **Mulher moradora de rua – entre violências e políticas sociais**. Campinas: Alínea, 2004.

UPSHUR, C. et al. A Randomized Control Trial of a Chronic Care Intervention for Homeless Women with Alcohol Use Problems. **J Subst Abuse Treat.**, v. 51, p. 19-29, abr. 2015.

VARGAS, T. **Consultório na Rua**: novas políticas para a população de rua. Agência Fiocruz de Notícias. 2012. Disponível em: <<http://www.fiocruz.br/ccs/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?inford=4848&sid=3>>. Acesso: 15 mar. 2015.

VERNAGLIA, T.V.C.; VIEIRA, R.A.M.S.; CRUZ, M.S. Usuários de crack em situação de rua – características de gênero. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 6, n. 20, p. 1851-1859, 2015.

VIANNA, L.A.C. **Processo Saúde Doença**. 2ª ed. Especialização em Saúde da Família UNA-SUS, UNIFESP, 2012. Disponível em: <[http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca\\_virtual/esf/1/modulo\\_politico\\_gestor/Unidad\\_e\\_6.pdf](http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/modulo_politico_gestor/Unidad_e_6.pdf)> Acesso em: 10 jun. 2015.

YAZBEK, M.C. Pobreza no Brasil contemporâneo e formas de seu enfrentamento. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 110, p. 288-322, abr./jun. 2012.

ZANELLA, A.V. et al. **Psicologia e práticas sociais** [online]. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2008. Disponível em: <http://books.scielo.org>. Acesso em: 30 set. 2016.

## APÊNDICES

### APENDICE A

REDE NORDESTE EM FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA - RENASF  
UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

#### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidada a participar da pesquisa intitulada “**SAÚDE E DOENÇA DE MULHERES EM SITUAÇÃO DE RUA: UM ESTUDO À LUZ DA HISTORIA ORAL**” que está sendo coordenado pela Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Lenilde Duarte de Sá e tem como colaboradora a discente de pós-graduação Fabiana Veloso Lima. Solicitamos que leia atentamente as informações a seguir e, em caso de dúvida, consulte as pesquisadoras responsáveis ou o Comitê de Ética em Pesquisa.

**JUSTIFICATIVA, OBJETIVOS E PROCEDIMENTOS:** O presente estudo se justifica pela vulnerabilidade que as mulheres em situação de rua vivenciam no seu cotidiano, em que compreender do que adoecem essas mulheres facilitará a proposição de estratégias de acesso e assistência integral a essa população, reduzindo-se a sua morbimortalidade. Por isso, o objetivo da pesquisa é compreender o processo de adoecimento das mulheres em situação de rua do Município de João Pessoa. Aí será realizada, em conjunto com as ações do Consultório na Rua, uma entrevista que será gravada, com posterior transcrição das falas.

**DESCONFORTOS, RISCOS E BENEFÍCIOS:** Os riscos serão mínimos, visto que não haverá utilização de nenhum tipo de conduta terapêutica, mas apenas a realização de uma entrevista. Mesmo assim, caso você se sinta desconfortável, estará livre para não aceitar participar da pesquisa. Por isso, convidamos a senhora para participar desta pesquisa respondendo algumas perguntas sobre dados relacionados ao processo de adoecimento das mulheres em situação de rua. Por ocasião da publicação dos resultados, o nome da senhora será mantido em sigilo. Informamos que será garantido seu anonimato, bem como assegurada sua privacidade e o direito de autonomia referente à liberdade de participar ou não da pesquisa, bem como o direito de desistir da mesma e que não será efetuada nenhuma forma de gratificação da sua

participação. Como benefícios estão: Compreender o processo histórico do adoecimento das mulheres em situação de rua e sua singularidade, o que proporcionará subsídios para desenvolvimento de estratégias e ações de saúde que promovam a atenção integral às mulheres em situação de rua. **RESSARCIMENTO:** Não é prevista nenhuma despesa na participação da pesquisa. **PARTICIPAÇÃO VOLUNTÁRIA E SIGILOSA:** A participação é estritamente voluntária. O voluntário, a qualquer momento, poderá deixar a pesquisa, com garantia das informações fornecidas, que se manterão em caráter confidencial. Em relação à publicação dos resultados, sua identificação será mantida em total sigilo. **AUTORIZAÇÃO PARA PUBLICAÇÕES:** Solicito sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos científicos e publicações em revistas científicas.

Este termo será elaborado em duas vias rubricadas em todas as suas páginas e assinadas ao seu término pelo participante da pesquisa ou seu representante legal, assim como pelo pesquisador responsável.

**GARANTIA DE ESCLARECIMENTO, LIBERDADE DE RECUSA E GARANTIA DE SIGILO:** A Sr<sup>a</sup> será esclarecida sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar, estando livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária, e a recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade ou perda de prestação de serviços aqui no estabelecimento.

Os pesquisadores irão tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Os resultados da pesquisa permanecerão confidenciais, podendo ser utilizados apenas para a execução desta pesquisa. Você não será citada nominalmente ou por qualquer outro meio que a identifique individualmente, em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo. Uma cópia desse consentimento informado, assinada pela Sr.<sup>a</sup>, na última folha, e rubricada nas demais, ficará sob a responsabilidade do pesquisador responsável, e outra será fornecida à Sr.<sup>a</sup>.

As pesquisadoras responsáveis estarão à sua disposição para qualquer esclarecimento, que considere necessário, em qualquer etapa da pesquisa e se compromete a cumprir as exigências contidas na resolução 466/12.

**DECLARAÇÃO DO PARTICIPANTE OU DO RESPONSÁVEL PELO PARTICIPANTE:** Eu, \_\_\_\_\_,

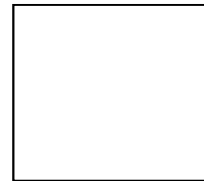


fui informado dos objetivos da pesquisa acima, de maneira clara e detalhada, e esclareci todas as minhas dúvidas. Sei que, em qualquer momento, poderei solicitar novas informações e desistir de participar da pesquisa se assim o desejar. O pesquisador certificou-me de que todos os dados desta pesquisa serão confidenciais, no que se refere à minha identificação individualizada, e deverão ser tornados públicos através de algum meio. Ele compromete-se, também, a seguir os padrões éticos definidos na Resolução CNS 466/12. Também sei que, em caso de dúvidas, poderei contatar com:

Fabiana Veloso Lima - End.: Rua Professora Maria Sales, 431 – aptº. 102 – Tambaú,  
Fone: (83) 3023-9149 / 9302-4947

Diante do exposto, eu declaro que fui devidamente esclarecido e dou o meu consentimento para participar da pesquisa e para publicação dos resultados. Estou ciente de que receberei uma cópia deste documento.

Assinatura do Participante da Pesquisa



Assinatura da Testemunha

Espaço para impressão  
dactiloscópica

DECLARAÇÃO DO INVESTIGADOR e DATA:

**Eu certifico que revisei o conteúdo deste formulário com a pessoa que o assinou acima, que, em minha opinião, entendeu a explanação. Eu expliquei os riscos e benefícios conhecidos desta pesquisa.**

Ass. do investigador: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Pesquisador Orientador:

## APENDICE B

### ROTEIRO DE ENTREVISTA

Identificação:

Idade:

Escolaridade:

Cor/Raça:

- 1) Conte para mim sua história de vida até chegar a viver na rua.
- 2) Fale para mim sobre a sua vida na rua (como é seu dia a dia...).
- 3) Fale para mim as dificuldades/problemas que você passa na rua.
- 4) Durante o tempo que você vive na rua, quais as doenças que você já teve?
  - Fale para mim alguma doença que você tenha no momento?
- 5) Conte para mim o que você faz quando adoecer?

**APENDICE C**

REDE NORDESTE EM FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA - RENASF  
UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

**CARTA DE CESSÃO**

João Pessoa, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Eu, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, declaro, para os devidos fins, que participei de forma voluntária, como colaboradora, da pesquisa intitulada “**Saúde e doenças de mulheres em situação de rua: um estudo à Luz da História Oral**”, bem como cedo os direitos de minha entrevista transcrita, textualizada e transcrita, e autorizo que Fabiana Veloso Lima, mestranda em Saúde da Família, nucleadora UFPB, possa usá-la integralmente ou em partes, sem restrições de prazos e citações, desde a presente data. Da mesma forma, autorizo o uso de terceiros para ouvi-la e usar citações, ficando vinculado o controle à mestranda responsável pela realização e guarda desta pesquisa.

Abdicando de direitos meus e de meus descendentes, subscrevo a presente carta.

\_\_\_\_\_  
Assinatura da colaboradora



Impressão digital

## ANEXOS

### Anexo A – Certidão de aprovação da pesquisa pelo CEP




UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

#### CERTIDÃO

Certifico que o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba – CEP/CCS aprovou por unanimidade na 6ª Reunião realizada no dia 23/07/2015, o Projeto de pesquisa intitulado: **“SAÚDE E DOENÇAS DE MULHERES EM SITUAÇÃO DE RUA: UM ESTUDO À LUZ DA HISTÓRIA ORAL DE VIDA”**, da pesquisadora Fabiana Veloso Lima. Protocolo 0374/15. CAAE: 46080915.9.0000.5188.

Outrossim, informo que a autorização para posterior publicação fica condicionada à apresentação do resumo do estudo proposto à apreciação do Comitê.

  
Andrea Márcia da C. Lima  
Mat. SIAPE 1117510  
Secretária do CEP-CCS-UFPB