



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ – UFC**  
**FACULDADE DE MEDICINA**  
**DEPARTAMENTO DE SAÚDE COMUNITÁRIA**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA**  
**CURSO DE MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE PÚBLICA**

**JANETE ROMÃO DOS SANTOS**

**VIVER NA RUA E A ATUAÇÃO DAS REDES EM SAÚDE**

**FORTALEZA - CE**

**2019**

JANETE ROMÃO DOS SANTOS

VIVER NA RUA E A ATUAÇÃO DAS REDES EM SAÚDE

Dissertação de mestrado submetida à coordenação do Curso de Mestrado em Saúde Pública da Universidade Federal do Ceará, como requisito para obtenção do grau de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Epidemiologia das doenças transmissíveis.

Orientador: Prof. Dr. Roberto da Justa Pires Neto.

Coorientadora Prof.<sup>a</sup> Dra. Lídia Valesca Bonfim Pimentel Rodrigues.

FORTALEZA - CE

2019

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação  
Universidade Federal do Ceará  
Biblioteca Universitária  
Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

---

- S235v Santos, Janete Romão dos.  
Viver na Rua e a atuação das redes em saúde / Janete Romão dos Santos. – 2019.  
86 f. : il. color.
- Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Medicina, Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Fortaleza, 2019.  
Orientação: Prof. Dr. Roberto da Justa Pires Neto.  
Coorientação: Profa. Dra. Lídia Valesca Bonfim Pimentel Rodrigues.
1. Pessoas em Situação de Rua. 2. Redes de apoio social. 3. HIV. I. Título.

CDD 610

---

JANETE ROMÃO DOS SANTOS

VIVER NA RUA E A ATUAÇÃO DAS REDES EM SAÚDE

Dissertação de mestrado submetida à coordenação do Curso de Mestrado em Saúde Pública da Universidade Federal do Ceará, como requisito para obtenção do grau de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Epidemiologia das doenças transmissíveis.

Aprovada em: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_.

BANCA EXAMINADORA

---

Prof. Dr. Roberto da Justa Pires Neto (Orientador)  
Universidade Federal do Ceará (UFC)

---

Prof. Dra. Lídia Valesca Bonfim Pimentel Rodrigues (Coorientadora)  
Centro Universitário Farias Brito

---

Prof. Dra. Ângela Maria Bessa Linhares  
Universidade Federal do Ceará (UFC)

---

Prof. Dra. Nancy Costa de Oliveira Caetano  
Universidade Federal do Ceará (UFC)

## AGRADECIMENTOS

Ao pai amado criador universal, que permitiu a concretização deste trabalho.

Ao pai amado presente de Deus, que me deixou o exemplo da simplicidade, amor, resiliência e esteve presente em essência me embalando nos momentos em que a força declinava.

A minha esplendorosa mãe, exemplo de sabedoria e força, que me ajudou incondicionalmente em todos os momentos sem medir esforços.

Ao orientador Prof. Dr. Roberto da Justa Pires Neto, pela oportunidade, pelo mergulho na temática, confiança, dedicação e apoio constante.

À Coorientadora Profa. Dra. Lídia Valesca Bonfim Pimentel Rodrigues, por ter abraçado a pesquisa com amor, zelo, carinho e pelo aprendizado vivo e potente.

Ao amigo e mestre Leonardo Rodrigues, por ter me ajudado a enxergar as redes invisíveis, me apresentado ao Tratamento Comunitário e me presenteado com o trabalho na Casa da Sopa.

Aos membros da banca examinadora, Ângela Linhares e Nancy Costa, pela leitura atenta e as ricas contribuições.

Às irmãs Janife, Célia, Carla e Rafaela, pela ajuda sempre que solicitada e o companheirismo em todos os momentos.

Aos amigos da Área Técnica de IST/aids e Hepatites Virais/ SMS, Fabiana Sales por ter me incentivado a fazer a especialização, residência e o mestrado. À Mirleide Figueiredo pela amizade sincera, aprendizado e os momentos de alegria. Ao Marcos Paiva pelos ensinamentos no campo material e espiritual. Ao Diego Medeiros pelo apoio à pesquisa, as potentes discussões sobre produção do saber, redes vivas, e a serenidade transmitida nos momentos de angústia.

## RESUMO

O presente estudo versa sobre o cuidado voltado à população em situação de rua com foco em sujeitos vivendo com HIV/aids. Nesse contexto, buscou-se investigar as redes de produção de cuidados formais e informais, tendo em vista que o trabalho em rede está intimamente ligado à produção do cuidado, principalmente quando se trata de populações mais vulneráveis. No campo conceitual, o termo população em situação de rua (PSR) foi construído em substituição a outros carregados de estigmas e preconceitos, como morador de rua, mendigo, pedinte, além da busca pelo reconhecimento como sujeitos de direitos. Na atual conjuntura socioeconômica e política brasileira, a existência de pessoas em situação de rua é uma constante a ser observada nas grandes cidades. Um fenômeno complexo, multicausal e que requer olhar aprofundado e cuidadoso. Outro fenômeno de importância para a saúde pública é a epidemia de HIV/aids que, ao longo das décadas, apresentou múltiplas dimensões e tendências, envolvendo aspectos sociais, econômicos, culturais e comportamentais, cujo crescimento concentrado em algumas populações exige novas estratégias. O objetivo da pesquisa foi analisar a atuação das redes de produção de cuidados das pessoas que estão em situação de rua em um território de Fortaleza. Trata-se de um estudo com abordagem qualitativa que se propôs a realizar a análise de redes dos referidos sujeitos. O cenário da pesquisa foi o Hospital São José e a organização não governamental Grupo Espírita Casa da Sopa, localizada no centro de Fortaleza, território com expressivo número de PSR. A construção dos dados ocorreu em dois momentos: o primeiro com três sujeitos, dois do sexo masculino e um do sexo feminino, utilizando a técnica de entrevista semiestruturada a partir de um roteiro, posteriormente realizando o mapeamento da rede primária do sujeito e, a partir das narrativas, observando os pontos de interlocução com a rede formal e informal; o segundo momento foi de mapeamento da rede, visitas e entrevistas a 16 instituições formais e informais existentes para prestar cuidados a PSR no centro de Fortaleza e adjacências. A análise das informações se deu por meio da análise de redes e pressupostos da hermenêutica. Foi possível observar que a rede da população em situação de rua é diversa. Tem suas singularidades e limitações, porém, protagoniza o cuidado. Cada instituição com o seu modo de fazer, o fazer que não tem “receita de bolo” e não acontece somente por diretrizes e protocolos. Um dos achados do estudo que chama atenção é que a rede de cuidados que ora surgiu a partir dos sujeitos, se apresentou por equipamentos majoritariamente da assistência social e ONGs. A saúde apareceu timidamente, demonstrando fragilidade no trato com as pessoas vivendo na rua. Historicamente as demandas da PSR foram todas direcionadas a assistência social, a perspectiva do trabalho em redes vivas apresenta possibilidades de corrigir esses equívocos, acolher o sujeito integralmente, reconhecer sua autonomia e a rede por ele criada, além de partilhar o cuidado sem preconceitos.

**Palavras-chave:** Pessoas em situação de rua. Redes de apoio social. HIV.

## ABSTRACT

This study deals with the care of homeless people living with HIV / AIDS. We sought to investigate the formal and informal care production networks. Networking is closely linked to the production of care especially when it comes to the most vulnerable populations. In the conceptual field, the term People in Street Situation (PSS) was generally constructed in place of others loaded with stigma and prejudice such as homelessness, beggar, as well as the search for recognition as subjects of rights. In the current Brazilian socioeconomic and political conjuncture, the existence of homeless people is a constant to be observed in large cities. A complex, multicausal phenomenon that requires thorough and careful look. Another phenomenon of importance for public health is the HIV / AIDS epidemic that over the decades has presented multiple dimensions and trends involving social, economic, cultural and behavioral aspects, its concentrated growth in some populations requires new strategies. The objective of the research was to analyze the performance of care production networks of people who are homeless in a territory of Fortaleza. This is a study with a qualitative approach that aimed to perform the analysis of networks of homeless people living with HIV / AIDS. The research scenario was Hospital São José and the non-governmental organization Spiritist Group Casa da Sopa, located in the Center of Fortaleza, territory with significant number of PSS. The construction of the data took place in two moments, the first with three subjects, two male and one female, using the semi-structured interview technique from a script, then mapping the subject's primary network and from the narratives observed the points of dialogue with the formal and informal network. The second moment was the mapping of the network, visits and interviews with 16 existing formal and informal institutions to provide care to PSS in Fortaleza's down town and surrounding areas. The analysis of the information took place through the analysis of hermeneutic networks and assumptions. It was observed that the network of the homeless population is diverse. It has its singularities and limitations, however, protagonizes the care. Each institution with its own way of doing, that has no "cake recipe" and it doesn't happen only by guidelines and protocols. The finding of the study that draws attention is that the care network that now emerged from the subjects, was presented by equipment mainly from social assistance and NGOs. Health appeared shyly, demonstrating fragility in dealing with people living on the street. Historically the demands of the PSS were all directed to social assistance, the perspective of working in live networks presents possibilities to correct these misconceptions, fully embrace the subject, recognize their autonomy and the network they create, and share care without prejudice.

**Keywords:** Street people. Social support networks. HIV.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

<b>Figura 1</b> - Mapa 1. Áreas central com permanência de PSR em Fortaleza .....	41
<b>Figura 2</b> - Mapa 2. Divisão de Fortaleza por Secretarias Regionais .....	42
<b>Figura 3</b> - Mapa 3. Instituições mapeadas e localização por Secretaria Regional .....	42
<b>Figura 4</b> - Rede da APTU .....	44
<b>Figura 5</b> - Rede da Fundação Ana Lima .....	46
<b>Figura 6</b> - Rede da Obra Lúmen .....	48
<b>Figura 7</b> - Rede da Pastoral do Povo do Rua .....	49
<b>Figura 8</b> - Rede do Albergue Shalom .....	51
<b>Figura 9</b> - Rede da Toca de Assis .....	52
<b>Figura 10</b> - Rede do Refeitório São Vicente de Paulo .....	53
<b>Figura 11</b> - Rede do Grupo Espírita Casa da Sopa .....	55
<b>Figura 12</b> - Rede do Centro Pop Benfica .....	57
<b>Figura 13</b> - Rede do Centro Pop Centro .....	59
<b>Figura 14</b> - Rede do Abrigo Institucional para Mulheres e Família .....	61
<b>Figura 15</b> - Rede do Corre pra Vida .....	62
<b>Figura 16</b> - Rede da Pousada Social .....	64
<b>Figura 17</b> - Rede do Abrigo dos Homens .....	66
<b>Figura 18</b> - Rede da Casa de Passagem .....	67
<b>Figura 19</b> - Rede do Consultório na Rua .....	68

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
APS	Atenção Primária em Saúde
APTU	Associação de Amparo aos Pacientes com Tuberculose
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPR	Centro de Atendimento à População de Rua
CEPOP	Comitê Estadual de Políticas para a População em Situação de Rua
COMPOP	Comitê Municipal de Políticas para a População em Situação de Rua
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
CREAS	Centro de Referência Especializado de Assistência Social
Centro-Pop	Centro de referência especializado para População em Situação de Rua
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CT	Comunidade Terapêutica
ESF	Estratégia Saúde da Família
GECS	Grupo Espírita Casa da Sopa
HABITAFOR	Secretaria Municipal de Desenvolvimento Habitacional
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
MDS	Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome
MP	Ministério Público
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONG	Organização Não Governamental
OSC	Organizações da Sociedade Civil
PMF	Prefeitura Municipal de Fortaleza
PSR	População em Situação de Rua
PVHA	Pessoas Vivendo com HIV/Aids
RAISSS	Rede Americana de Intervenção em Situação de Sofrimento Social
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
SAE	Serviço de Atendimento Especializado em HIV/Aids
SDHDS	Secretaria Municipal dos Direitos Humanos e Desenvolvimento Social

SEJUS	Secretaria da Justiça e Cidadania do Estado do Ceará
SENAD	Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas
SETRA	Secretaria Municipal do Trabalho, Desenvolvimento. Social e Combate à Fome
SINE	Sistema Nacional de Emprego
SMS	Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza
SPA	Substância Psicoativa
SPD	Secretaria Especial de Políticas Sobre Drogas
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
SUS	Sistema único de Saúde
TB	Tuberculose
TDO	Tratamento Diretamente Observado
UBS	Unidade Básica de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

## SUMÁRIO

<b>1 MOTIVAÇÕES PARA A PESQUISA</b> .....	<b>11</b>
<b>2 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>14</b>
<b>3 OBJETIVOS</b> .....	<b>17</b>
<b>3.1 Objetivo geral</b> .....	<b>17</b>
<b>3.2 Objetivos específicos</b> .....	<b>17</b>
<b>4 REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	<b>18</b>
<b>4.1 Conhecendo a população em situação de rua</b> .....	<b>18</b>
<b>4.2 Caracterização do processo saúde-doença</b> .....	<b>19</b>
<b>4.3 Redes</b> .....	<b>21</b>
<b>5 PERCURSO METODOLÓGICO</b> .....	<b>24</b>
<b>5.1 Tipo do estudo</b> .....	<b>24</b>
<b>5.2 Cenário da pesquisa</b> .....	<b>24</b>
<b>5.3 Sujeitos da pesquisa</b> .....	<b>25</b>
<b>5.4 Construção dos dados</b> .....	<b>26</b>
<b>5.5 Análise e interpretação dos dados</b> .....	<b>27</b>
<b>5.6 Aspectos éticos e legais da pesquisa</b> .....	<b>28</b>
<b>6 RESULTADOS E DISCUSSÕES</b> .....	<b>29</b>
<b>6.1 O sujeito em situação de rua e a vivência do HIV</b> .....	<b>29</b>
<b>6.1.2 João Liberdade</b> .....	<b>29</b>
<b>6.1.2.1 Quem é?</b> .....	<b>29</b>
<b>6.1.2.2 Vida na Rua: da liberdade ao encarceramento</b> .....	<b>29</b>
<b>6.1.2.3 Tuberculose e o HIV</b> .....	<b>31</b>
<b>6.1.3 Pedro: o real e a fantasia</b> .....	<b>32</b>
<b>6.1.3.1 Quem é?</b> .....	<b>32</b>
<b>6.1.3.2 Vida na Rua: a reviravolta após a coinfeção TB/ HIV</b> .....	<b>32</b>
<b>6.1.4 Nágila</b> .....	<b>36</b>
<b>6.1.4.1 Quem é?</b> .....	<b>36</b>
<b>6.1.4.2 Vida na Rua</b> .....	<b>36</b>
<b>6.1.4.3 Descoberta do HIV</b> .....	<b>38</b>
<b>7 MAPEAMENTO DA REDE DE CUIDADOS À PSR</b> .....	<b>40</b>
<b>7.1 Análise do mapeamento das instituições governamentais e não governamentais</b> <b>68</b>	
<b>7.1.1 Como se dá o funcionamento e o limiar de acesso</b> .....	<b>69</b>

<i>7.1.2 Garantia de direitos e autonomia</i> .....	72
<i>7.1.3 Análise da Rede</i> .....	74
<b>8 CONCLUSÃO</b> .....	77
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	78
<b>APÊNDICES</b> .....	84

## 1 MOTIVAÇÕES PARA A PESQUISA

Durante a graduação em enfermagem no ano de 2009, vivenciei um estágio extracurricular na Secretaria Executiva Regional II, no distrito de saúde, setor de imunização. Certo dia, a equipe foi solicitada para aplicar vacinas em um evento no centro de Fortaleza, em um torneio de futebol chamado “Jogos da População de Rua”. Preparamos as vacinas, demais insumos necessários e seguimos.

Aquele foi meu primeiro contato com a população de rua que, naquela ocasião, era majoritariamente composta de homens jogadores de futebol, empolgados, cheios de vitalidade, movidos pelo sentimento de sair vitoriosos com suas medalhas. Pude observar também receios, pois alguns recusavam a vacina com medo de ser furados, da dor, de o álcool cortar o efeito da vacina, etc., de modo que fomos travando um diálogo no intuito de esclarecer todas as dúvidas e levando muitos a aceitarem a aplicação.

Em um dado momento, um rapaz que não estava em situação de rua se aproximou, desejando ser vacinado. Assim, explicou-se que a vacinação era prioritária aos moradores de rua e o jovem não gostou da resposta, ficando aborrecido e dizendo “onde já se viu, tem vacina pra morador de rua vagabundo, mas não tem para o cidadão”. Tentei explicar que ele poderia tomar a vacina em um posto de saúde em qualquer dia da semana, porém aquela população não podia ir até o posto por vários motivos. Explicações em vão, pois o rapaz saiu resmungando inconformado.

Esse episódio me trouxe na prática a noção da importância da equidade aprendida nos bancos da faculdade e a confusão que causa o discurso ouvido corriqueiramente de que todos são iguais.

Passado um ano, finalizei o curso de enfermagem e fui trabalhar na Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza (SMS), na área técnica de DST/aids e Hepatites Virais, um espaço de muita aprendizagem e descobertas, sobretudo acerca de populações mais vulneráveis. Nele, tive a oportunidade de realizar trabalhos pontuais com a População em Situação de Rua (PSR), rodas de conversa sobre DST/aids, distribuição orientada de insumos de prevenção, vacinação contra hepatite B, campanhas de testagem rápida para HIV, sífilis e hepatites.

Acompanhei, mesmo de longe, o período onde existiu a equipe do consultório de rua ligada à Saúde Mental. Falava-se da necessidade de discutir sexualidades e prevenção de DST na rua, pois era demanda identificada pelos educadores, até que um enfermeiro da nossa

equipe foi convidado a trabalhar no consultório de rua para articular essas questões mais especificamente.

Após quatro anos na SMS, saí em busca de novas descobertas e fui então experienciar a Residência Integrada em Saúde (RIS) no hospital São José, referência em doenças infecciosas para o estado do Ceará. Ao longo de dois anos, chamou-me a atenção a presença de pessoas internadas repetidas vezes, principalmente com diagnóstico de tuberculose e/ou HIV. Alguns não conseguiam chegar até a alta hospitalar, pois saíam de alta a pedido; a equipe já tinha um certo descrédito com esses pacientes e dizia algo como “aquele ali é morador de rua e usuário de drogas, vai embora rapidinho”.

Nesse contexto, observei a interação de elementos complexos como o uso de substâncias psicoativas, o viver na rua, o desafio do tratamento de ambas as doenças, universalidade, equidade, integralidade, enfim, o cuidado e o direito à saúde. Eis que, das minhas inquietações, surge a desconfiança de que as redes teriam grande potencial para promover o cuidado à PSR.

O maior e mais importante fator que me moveu a mergulhar na seara deste estudo foi a experiência intensa e potente de ser voluntária desde 2015 do Grupo Espírita Casa da Sopa (GECS), instituição não-governamental com atuação junto à PSR há 29 anos. A Casa tem um espaço humilde e acolhedor, uma escola que ensina pelos gestos, pelo fazer, sutilezas, respeito e autonomia para com os sujeitos em situação de rua.

Recebi o convite, então, para compor a equipe de cuidados em saúde que sofria com a rotatividade de voluntários. Já tinha havido participação de enfermeiras, técnicas de enfermagem, médicos e fisioterapeutas.

Na Casa da Sopa, no setor de cuidados em saúde, percebi que havia inúmeros motivos para a busca dos atendimentos: lesões de pele, tosse prolongada, diarreias, agressão física, febre, uso problemático de drogas, infecções sexualmente transmissíveis, dor de dente, dor de cabeça, dores da alma, banho, falta de alimento, escuta, dentre outros.

Além das questões problematizadas aqui, a escassez de estudos acerca da temática também contribuiu para a escolha do tema.

Ao ingressar no mestrado, construí um desenho de pesquisa epidemiológica focado na incidência de HIV/aids e outras ISTs na população de rua. Em processo de amadurecimento da proposta, meu orientador fez a provocação de construirmos um seminário para discutir os cenários e desafios da PSR em Fortaleza. Reunimos membros do Fórum da Rua de Fortaleza para pensarmos a programação com foco nas políticas públicas, experiências exitosas e pesquisas na área. O Seminário aconteceu com expressiva participação da gestão

municipal da Saúde e Assistência, Ministério Público, Residência Integrada em Saúde, profissionais e voluntários da rede, além dos próprios sujeitos em situação de rua e pesquisadores.

Esse evento foi um divisor de águas para minha pesquisa, ao mesmo tempo que fui me inserindo na metodologia do tratamento comunitário durante momentos de estudo na Casa da Sopa e um curso promovido pela Rede Americana de Intervenção em Situação de Sofrimento Social (RAISSS).

O encontro com a PSR ao longo da trajetória trouxe provocações e reflexões quanto à saúde desses sujeitos, acerca do potencial das redes formais e não formais. Pensando nas redes de saúde, assistência social, ONG, comunidade e redes de amigos desses sujeitos foi que o projeto de pesquisa criou outro formato e, assim, o estudo que apresento agora discute o mapeamento das redes da população em situação de rua de Fortaleza.

## 2 INTRODUÇÃO

O presente estudo versa sobre a saúde da População em Situação de Rua (PSR), com foco na investigação das redes de produção de cuidados que atuam com e para as pessoas em situação de rua, fazendo um recorte dos sujeitos vivendo com HIV/aids.

Na atual conjuntura socioeconômica e política brasileira, a existência de pessoas em situação de rua é uma constante a ser observada nas grandes cidades. Fenômeno complexo, multicausal e que requer olhar aprofundado e cuidadoso.

Para Schuch e Gehlen (2012), há duas perspectivas acerca da compreensão desse fenômeno, uma pautada pela visão de que estar na rua é um problema que requer intervenções e práticas de governo determinadas a suprimir tal fenômeno a partir da simples retirada das pessoas da rua, e a outra pautada num diagnóstico de causalidades macroestruturais, que subentende as pessoas em situação de rua como os sujeitos da “falta”. Não há, portanto, uma “receita de bolo” para a atuação das políticas públicas.

No campo conceitual, o termo população em situação de rua, de forma geral, foi construído em substituição a outros carregados de estigmas e preconceitos, como morador de rua, mendigo, pedinte, além da busca pelo reconhecimento como sujeitos de direito. A definição de PSR foi elaborada a partir do decreto presidencial nº 7.053 de 2009, que instituiu a Política Nacional para PSR e considera como grupo populacional heterogêneo que possui em comum a pobreza extrema, os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados e a inexistência de moradia convencional regular, e que utiliza os logradouros públicos e áreas degradadas como espaço de moradia e sustento, de forma temporária ou permanente, bem como as unidades de acolhimento para pernoite temporário ou como moradia provisória.

Embora populações sem paradeiro fixo, andarilhos, miseráveis e necessitados de ordens diversas tenham sido constantes na história do mundo, a forma de concebê-los, administrá-los e os significados relacionados à sua existência não são homogêneos, assim como também não o são os próprios modos de vida, as trajetórias, as práticas e as concepções de mundo dos sujeitos colocados nessa situação social (SCUCH et al., 2008, p. 13).

O Brasil não conta com dados oficiais da PSR, conforme censo das pessoas que possuem domicílio. Esse fato reforça a invisibilidade e prejudica a implementação de políticas públicas; porém, há algumas estimativas.

Conforme o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (NATALINO, 2016), por meio de estimativa da PSR no Brasil, utilizando dados disponibilizados por 1.924 municípios via Censo do Sistema Único de Assistência Social (Censo Suas), estimou-se que existiam, em 2015, 101.854 pessoas em situação de rua no Brasil.

Em Fortaleza, a quinta maior capital do País, observa-se um crescente número de pessoas vivendo em situação de rua, acompanhando uma tendência das grandes metrópoles brasileiras. Os números também não são exatos, mas ousaram estimar, de acordo com a Pesquisa Nacional Censitária sobre a PSR realizada em 2008, que havia 1.701 pessoas nessa condição em Fortaleza (BRASIL, 2009).

Já em outro levantamento, de acordo com Costa (2013), no relatório anual de 2012, o Centro Pop apresentou o dado de 2.610 usuários cadastrados, entre homens e mulheres vivendo nas ruas da capital. Dados da Secretaria Municipal do Trabalho, Desenvolvimento Social e Combate à Fome (SETRA) indicam que, em 2014, 1.718 pessoas viviam em situação de rua na cidade de Fortaleza.

O higienismo, modelo de atuação do Estado que exclui a pessoa em situação de rua, é um dos desafios do Brasil de modo geral; em Fortaleza, especificamente, isso representa o “calcanhar de Aquiles” da gestão municipal, que vem deparando-se com o crescimento do número de pessoas em situação de rua (RODRIGUES, 2018).

Outro grave problema são as barreiras de acesso e recusa do atendimento de saúde a esse público, uma realidade que chega a violar um direito fundamental. Em pesquisa realizada pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS) com 32 mil pessoas em situação de rua, revelou-se que 18,4% dos entrevistados já passaram por experiências de impedimento de receber atendimento na rede de saúde (BRASIL, 2009).

A PSR geralmente é alvo de práticas discriminatórias, que classificam e constituem, de forma depreciativa e opressora, as vidas desses indivíduos. O estigma é a representação desse processo de marginalização, fornecendo à pessoa que o porta um reconhecimento perverso de inferioridade frente aos demais (MOURA JÚNIOR; XIMENES; SARRIERA, 2013).

O atual modelo de atenção à saúde tem como porta de entrada principal a Atenção Primária à Saúde (APS). Um dos seus componentes é a Estratégia Saúde Família (ESF) que tem atuação com base em um território geográfico bem delimitado e número de pessoas residentes naquele espaço. A PSR não comporta essa organização, uma vez que não possui residência; a ideia de território se desmaterializa para uma noção de desterritorialização.

Há uma incongruência para o acesso à rede de saúde ao pensarmos na complexidade da PSR. Milanese (2012) aponta que as instituições do setor público e grandes organizações, como hospitais, escolas, centros de acolhimento, entre outros, têm um nível burocrático e organizacional que pode ser um freio para o acesso a pessoas gravemente excluídas.

É nesse debate que se insere o conceito de rede, polissêmico e utilizado por diversas correntes e tradições de conhecimentos. Sua aplicação para as políticas de saúde vem ganhando espaço, assim como os estudos de redes no campo da saúde coletiva. No escopo teórico, decidimos abordar aqui o conceito de redes vivas.

Merhy et al. (2014) definem redes vivas como aquelas que são construídas por todos os que frequentam os cenários de práticas de trabalho e cuidado em saúde sob agenciamentos fora dos espaços instituídos. A rede é um processo vivo, inclusive porque a própria conexão entre as redes hipertextuais (digitais), existenciais e institucionais ocorrem sem que tenhamos controle absoluto sobre elas. Outra discussão que se soma a essa é a ideia de que os usuários são Redes Vivas de si próprios, estão o tempo inteiro produzindo movimentos, elaborando saberes, construindo e compartilhando cuidados.

A PSR, portanto, está diariamente produzindo suas próprias redes vivas. Esse exercício, quando necessário, atravessa os equipamentos públicos formais, instituições da sociedade civil que trabalham com assistência às PSR ou, ainda, espaços que, a priori, não identificamos como específicos de cuidado, mas contribuem sobremaneira para a produção do cuidado, tais como espaços religiosos, amigos sensíveis à situação de vulnerabilidade da PSR, pontos comerciais, entre outros.

A compreensão dessa tessitura de rede requer que nos debruçemos sobre os protagonistas desse processo. A PSR nos auxiliará na visibilidade dessa rede continuamente construída e, assim, poderemos visualizar essa configuração.

Diante do exposto, questiona-se: como se configuram as redes de cuidados para população em situação de rua de Fortaleza?

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo geral**

Analisar a atuação das redes de produção de cuidados das pessoas que estão em situação de rua em Fortaleza.

#### **3.2 Objetivos específicos**

- Investigar a rede primária das pessoas que vivem com HIV/aids e estão em situação de rua;
- Mapear as redes formais e informais promotoras de cuidados para população em situação de rua;
- Compreender o contexto de atuação das redes de cuidados formais e informais em relação à população em situação de rua.

## 4 REFERENCIAL TEÓRICO

### 4.1 Conhecendo a população em situação de rua

A produção de saberes sobre a PSR teve início com as pesquisas na área das Ciências Sociais no final dos anos 1970, que traziam a questão das pessoas vivendo nas ruas das principais metrópoles do País. Tais pesquisas introduziram no debate a relação da “mendicância” como resultado do desemprego, da migração e dos conflitos familiares (OLIVEIRA, 2016). Atualmente, a produção científica se expandiu para o campo da saúde, assistência social e direito.

Os primeiros estudos sobre população em situação de rua no Brasil datam do final da década de 1980, no contexto da redemocratização, com os trabalhos do Padre Júlio Lancellotti, mas sem um olhar acadêmico. Na década de 90, mais precisamente em 1993, foi realizado o Fórum de Estudos sobre População de Rua.

Por longos anos, essas pessoas resistiram sem o olhar do poder público até que, em dezembro de 2009, foi instituída a Política Nacional para Pessoas em Situação de Rua, por meio do Decreto-Lei 7.053. Essa política foi construída conjuntamente com o Movimento Nacional do Povo de Rua (MNPR), um marco para os direitos da PSR. A partir de então, os estados e municípios começaram a se organizar para efetivação da política a nível local.

Atualmente, o município de Fortaleza possui os seguintes serviços para PSR: dois Centros Pop, uma pousada social e três abrigos, sendo um voltado ao acolhimento de famílias e os outros dois voltados ao público masculino. Além do “Corre pra Vida”, com ações voltadas para o atendimento da PSR que faz uso de substâncias psicoativas e que é vinculado à Secretaria Especial de Políticas Sobre Drogas (ESMERALDO FILHO; NUNES; PONTES, no prelo).

Quanto ao perfil da PSR em Fortaleza, em censo realizado em 2015, foram contabilizadas 1.718 pessoas, revelando que a maioria tinha baixa escolaridade, 49,2% tinham faixa etária entre 25-39 anos de idade, 79,8% eram do sexo masculino, quase 30% estavam na rua há mais de cinco anos, 42,9% possuíam vínculos familiares rompidos, 79,8% declararam fazer uso de algum tipo de droga, 71,4% exerciam alguma atividade remunerada, 54,4% informaram já ter sofrido algum tipo de violência, sendo a violência policial mencionada em

34,9% dos casos e, finalmente, a maioria permanecia no centro e bairros adjacentes (PMF, 2015).

Um dado surpreendente é que a maioria exerce atividade remunerada, diferentemente do que se ouve falar, de que quem está na rua é desocupado, vagabundo. Ao contrário, estão sempre em movimento, mesmo que seja em subempregos e submetendo-se à exploração.

A rua é movimento, há uma descontinuidade das ações. Por isso, tudo pode acontecer, o inesperado ronda a vida de quem mora na rua. Por não acreditar que existe um tempo físico, universal, eminentemente mecânico, percebe-se que o tempo da rua não é único, ele opera sobreposto a vários ritmos. Principalmente o ritmo dos transeuntes que passam apressados (RODRIGUES, 2005).

## **4.2 Caracterização do processo saúde-doença**

A saúde, enquanto direito, é uma preocupação de todos os povos, interpelando em sua defesa vários órgãos nacionais e internacionais. Nesse contexto, a saúde ganha sentido de direito humano. Entende-se por direitos humanos aqueles inerentes à natureza humana, desvinculados de considerações espaço-temporais e ligados a concepções jusnaturalistas, numa clara acepção: “sou humano e existo; logo, tenho direitos” (MOREIRA; CORREIA, 2018).

O crescimento desordenado dos grandes centros urbanos trouxe vários conflitos, presentes em diversas grandes cidades do Brasil, incluindo Fortaleza, tais como a violência urbana e todas as outras formas de violência, o uso abusivo de álcool e outras drogas, o desemprego, o aumento de pessoas morando em áreas de risco, bem como a desagregação social, comunitária, familiar e individual (ESMERALDO FILHO, 2010).

Os pontos mencionados acima têm relação direta com o cenário de vulnerabilidades para a saúde da PSR. Conforme Brasil (2012) enfatiza, dos problemas clínicos, os mais comuns em PSR são: problemas nos pés, infestações, tuberculose (TB), infecções sexualmente transmissíveis (IST), HIV/aids, gravidez de alto risco, uso de álcool e outras drogas, doenças crônicas e precária saúde bucal (BRASIL, 2012).

Em pesquisa sobre condições de saúde de PSR, 29,7% dos entrevistados afirmaram ter algum problema de saúde, cujos problemas mais prevalentes foram: hipertensão (10,1%), problema psiquiátrico/mental (6,1%), HIV/aids (5,1%) e problemas de visão/cegueira (4,6%) (MDS, 2008). Esses indicadores são agravados pela condição extrema

de vulnerabilidade social, com elevado índice de uso de drogas e álcool (74%), episódios de encarceramento em casas de detenção (27%), falta de documentos oficiais (43%), renda insuficiente para a subsistência e experiência de sofrer violência na rua (67%) (FUNDAÇÃO INSTITUTO DE PESQUISAS ECONÔMICAS, 2010).

Grangeiro et al. (2012) analisaram a prevalência e o perfil de vulnerabilidades ao HIV de 1.405 pessoas em situação de rua de São Paulo, encontrando prevalência de 4,9%. As taxas maiores ocorreram em indivíduos com prática homossexual (13,6%), que não tiveram acesso ao ensino formal (9,2%), que possuíam sorologia positiva para sífilis (12,5%) e que relataram uso de cocaína injetável na vida (10,3%).

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

A Organização Mundial de Saúde OMS (2014), define populações-chave como grupos específicos que, devido a comportamentos de alto risco, têm maior vulnerabilidade à infecção pelo HIV.

De acordo com a UNAIDS (2016), o apoio governamental eficaz e os programas comunitários de implementação de prevenção e tratamento do HIV que fornecem serviços personalizados para cada grupo são atualmente muito poucos e muito pequenos para resultar em redução significativa das novas infecções.

A fim de atingir a meta de reduzir as novas infecções por HIV entre as populações-chave em 75% até 2020, são necessários um grande aumento dos programas e a criação de um ambiente social e jurídico favorável. São cinco as populações-chave principais: homens que fazem sexo com homens (HSH), usuários de drogas, privados de liberdade, trabalhadores do sexo e pessoas transgêneros.

De acordo com Brasil (2017), outros seguimentos populacionais no País também estão inseridos em contextos que aumentam as suas vulnerabilidades, constituindo-se em populações prioritárias para a resposta ao HIV, como população jovem, população negra, população indígena e população em situação de rua.

Em um breve olhar da PSR nas ruas de Fortaleza, observa-se, sem generalizar, a presença de usuários de drogas, trabalhadores do sexo, egressos do sistema prisional, HSH, gays e travestis. Encarar o viver na rua e se expor aos riscos diários acarretam, ao longo dos anos, sérios prejuízos à saúde dos sujeitos em questão. Considerando o cenário vulnerável da

rua para o contexto das IST/HIV/aids, percebemos a fragilidade da chegada das políticas públicas até essas pessoas.

Há, também, outra doença que merece destaque por manter forte relação com a exclusão social e, conseqüentemente, com a PSR: a tuberculose, uma doença antiga que já deveria ter sido erradicada do País, porém exige mais do que a distribuição dos medicamentos e novas tecnologias para o diagnóstico; necessita do olhar que enxergue as diferenças, desigualdades e iniquidades presentes de forma diferenciada no Brasil.

Quando o indivíduo é infectado pelo HIV e tuberculose concomitantemente, dispara uma série de questões, de forma a aumentar a complexidade da situação. A coinfeção pelo HIV alterou as perspectivas de controle da tuberculose no mundo, devido ao risco de adoecimento, por essa doença ser 20-37 vezes maior em infectados pelo HIV. A tuberculose é responsável por mais de um quarto das mortes entre pessoas que vivem com o HIV, constituindo um dos critérios de definição de aids (SEISCENTO, 2011). Um indivíduo infectado por *M. tuberculosis* e coinfectado com HIV possui risco anual de 7 a 10% para desenvolvimento de TB ativa (PIRES NETO et al., 2012).

Rodrigues Júnior, Ruffino Netto e Castilho (2014) relatam que a tuberculose é a causa mais comum de óbito por doenças transmissíveis em países em desenvolvimento, ocorrendo em ambientes com más condições de nutrição, pobreza e aglomeração populacional.

A partir das singularidades desse grupo e diante das fragilidades na promoção da saúde e garantia dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) a essas pessoas, observa-se o adoecimento da PSR na complexa relação com as políticas públicas.

As PVHA são portadoras de direitos atravessando a Declaração Universal dos Direitos Humanos, a Constituição Brasileira e a Declaração dos Direitos Fundamentais da Pessoa Portadora do Vírus da Aids, criada em 1989 por profissionais da saúde e sociedade civil, organizada com o apoio do Ministério da Saúde

### **4.3 Redes**

O trabalho em rede está intrinsecamente ligado à produção do cuidado, principalmente quando se trata de populações mais vulneráveis, o que nos provoca a buscar pistas para pensar novas estratégias.

A compreensão para o fenômeno das infecções de HIV/aids entre a PSR requer que analisemos a interação desses sujeitos. Para esse intento, as redes que a PSR vai tecendo em sua caminhada darão indícios preciosos para a análise.

A rua cria uma miríade de serviços de atendimento – sociais, jurídicos, psicológicos, psiquiátricos, educativos, profissionalizantes, de cuidado em saúde, do higienismo ao sopão, da Cristolândia à Cracolândia. A rua alimenta uma série de saberes: da epidemiologia à psiquiatria, dos doze passos à redução de danos, do jornalismo à arquitetura e às ciências sociais (RUI; MARTINEZ; FELTRAN; 2016).

Para Mehry et al. (2014 p. 5), as ruas, como tomadas em nossas reflexões, traduzem-se por diferentes movimentos e conexões, onde as pessoas é que vão produzindo as linhas e suas infinitas possibilidades, nas afecções que os encontros com os “outros” agenciam e, nesses contextos, os sujeitos são efetivas redes vivas em produção. Isso nos permite pensar que a discussão de redes de cuidado em saúde, olhada a partir da macropolítica, tem baixa potência por não abarcar a dimensão micropolítica das experiências cotidianas.

O reconhecimento do protagonismo de usuários na fabricação de redes é a questão fundamental. Geralmente colocado no lugar de quem se relaciona com o serviço de saúde como receptor de procedimentos, o usuário tem se demonstrado, nos estudos sobre as redes de cuidado em saúde, um poderoso protagonista com grande potência para fabricar redes e o seu cuidado.

O conceito de redes sociais (*social network*) no campo das ciências sociais data dos anos 30 do século XX, cunhado pelo antropólogo John Barnes para pesquisar uma comunidade de pescadores em determinada comunidade. Barnes estabeleceu os “nós” que seriam pontos (pessoas, instituições, grupos) e os “laços” que interligam os nós para compreender como funcionava aquela sociedade de pescadores (FIALHO, 2015).

Milanese (2012, p. 103) indaga: por qual motivo começaram a trabalhar com redes? Porque as pessoas que estavam estudando os fenômenos sociais e que tratavam de aplicar ações sociais (por exemplo, nas grandes migrações da época) perceberam que havia fenômenos nos quais estavam envolvidos grupos de pessoas que não podiam ser chamados grupos. Eram demasiadamente instáveis, em constante movimento; sua dimensão aumentava e diminuía, mas suas relações pareciam ser mais constantes.

A palavra rede tem várias representações, e origina-se do latim *retis*, que demonstra um entrelaçamento, uma organização formal e não formal que possibilita dar vida aos processos sociais, construindo formas de conexão e flexibilidade às demandas

produzidas. O conceito de rede como sistema de organização, por sua vez, provém da Biologia, e tem hoje importância fundamental na nossa sociedade, na qual podemos considerar “rede” um dispositivo social que ajuda o sujeito na sua vida produtiva e nas suas relações (CARVALHO; FRANCO, 2014).

A construção das redes requer que utilizemos algumas questões norteadoras, tais como: Quem? O quê? Como? Quem faz parte das redes? Quais os conteúdos dos fluxos das redes? Quais as normas que regulam sua ação?

Trabalharemos com as redes egocentradas (*egocentric network*) em que o ego (um sujeito) será o disparador na construção da rede. O ego definirá os nós e os laços que farão parte da sua rede (PORTUGAL, 2007).

Esses questionamentos farão parte da investigação da rede subjetiva, componente do Tratamento Comunitário que, de acordo com Milanese (2012, p. 29), “(...) é entendido como um conjunto de ações, instrumentos e práticas organizados em um processo, cujo objetivo é promover a melhoria das condições de vida das pessoas que abusam de drogas e vivem em situação de exclusão social grave”.

## **5 PERCURSO METODOLÓGICO**

### **5.1 Tipo do estudo**

Trata-se de um estudo com abordagem qualitativa que se propõe a realizar análise de redes de sujeitos em situação de rua vivendo com HIV/aids.

A pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares. Ela se ocupa, nas ciências sociais, com um nível de realidade que não pode ou não deveria ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, crenças, valores e atitudes (MINAYO, 2010).

Atualmente, a pesquisa qualitativa tem sido muito difundida no campo da saúde, em busca da compreensão de fenômenos complexos. De acordo com Bosi (2012), as questões de pesquisa vinculam-se aos problemas da existência humana, problemas que transcendem as potencialidades do modelo tradicional da saúde, o modelo da ciência positiva.

A escolha por essa abordagem se deu por entender que era a mais adequada em desvelar as relações do sujeito com as redes, onde a quantificação não dá conta da subjetividade, complexidade, transterritorialidade e sofrimento social.

### **5.2 Cenário da pesquisa**

A pesquisa aconteceu no município de Fortaleza-CE, em territórios diversos onde atuam atores implicados com a PSR. A primeira etapa ocorreu no Hospital São José e no Grupo Espírita Casa da Sopa, com os sujeitos em situação de rua e vivendo com HIV/aids; a segunda etapa ocorreu nas instituições governamentais e não governamentais que prestam cuidados à PSR e estão localizadas nas Regionais I, II e IV.

O Hospital São José de Doenças Infecciosas (HSJ) é uma instituição pública referência para doenças infecciosas no estado do Ceará. Inaugurado em 1970, tem capacidade para até 120 leitos de enfermagem e 8 leitos de UTI, possuindo também atendimento ambulatorial e Programa de Atendimento Domiciliar (PAD).

O Grupo Espírita Casa da Sopa (GECS) teve origem em 1989 com jovens espíritas que observaram as necessidades da PSR e passaram a desenvolver o trabalho de cuidado social, cuidados básicos em saúde, formação de vínculos, alimentação, banho, vestimentas e escuta fraterna à PSR. É uma instituição sem fins lucrativos que se mantém de voluntários e doadores.

Localiza-se no Centro, bairro pertencente à Secretaria Regional II e que concentra grande número de PSR. Fortaleza tem uma população de 2.627.482 habitantes, de acordo com a estimativa de 2017 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE); é a quinta cidade mais populosa do Brasil. Atravessa um panorama marcado por grandes desigualdades sociais, configurando várias Fortalezas em uma.

No território do Centro, a Praça do Ferreira, tradicional local de encontro para os fortalezenses, há alguns anos passou a ter expressivo número de PSR. Levantamento realizado em agosto de 2017 pela Secretaria de Desenvolvimento Social de Direitos Humanos e Combate à Fome (DSHS) revelou que 247 pessoas viviam na Praça do Ferreira. O desafio é desvelar a dimensão das histórias de vidas, relações e vínculos, pois tudo isso impacta na produção do cuidado de cada um/uma.

### **5.3 Sujeitos da pesquisa**

A pesquisa partiu de três sujeitos alcançando a rede de atendimento de cada um; foram dois homens e uma mulher maiores de 18 anos que vivenciaram a experiência de ter HIV/aids e estar em situação de rua por pelo menos um ano. Desse modo, a pesquisa expandiu para a rede de atendimento formal e informal, de atores governamentais e não governamentais. Os três faziam acompanhamento no HSJ e dois também eram acompanhados pelo GECS. Optou-se por estabelecer tempo mínimo de um ano em virtude da necessidade de vivência dos fenômenos para melhor compreensão do objeto estudado.

Ressalto que, em minha experiência de trabalho no GECS, não raramente chegavam os nossos parceiros (denominação advinda do tratamento comunitário utilizada em substituição a usuário, paciente, atendido, dentre outros) em busca de cuidados relativos ao viver com HIV/aids, podendo ser demanda de ordem emocional, por alta carga de preconceitos na rua, demandas medicamentosas, por infecções oportunistas, ou desejo de iniciar ou retomar o tratamento no Serviço de Atendimento Especializado (SAE). Por já existir um relativo processo de vínculos entre os sujeitos e trabalhadores do GECS, foi possível convidá-los a participar da pesquisa sem ferir os preceitos éticos, principalmente do sigilo e confidencialidade, quanto ao diagnóstico do HIV/aids.

A amostra foi configurada a partir de informantes-chave e baseada em critérios de exequibilidade da pesquisa e dimensão do objeto. Minayo (2015) aponta que a extensão do objeto e a complexidade do estudo é que devem orientar o tamanho da amostra.

A partir das entrevistas, foi mapeada a rede do sujeito, observando, dentre outros aspectos, pontos de interlocução com a rede formal de cuidados, considerando a saúde ou assistência social.

#### **5.4 Construção dos dados**

Desse modo, a construção dos dados ocorreu por meio da técnica de entrevista gravada através de um aplicativo para *smartphone*. Foram dois momentos: no primeiro, entrevistas semiestruturadas com os 03 participantes em situação de rua e vivendo com HIV/aids; no segundo, foi o mapeamento da rede de cuidados formal e informal existente para PSR, onde os responsáveis pelas instituições ou outros profissionais foram entrevistados a partir de um roteiro prévio de questões disparadoras, tais como: origem do serviço; objetivos e ações dos trabalhos; funcionamento da instituição, quadro de trabalhadores ou voluntários, financiamento e parcerias. Um dos serviços não permitiu a gravação das informações, então os registros foram feitos por escrito.

Esta foi uma etapa longa da pesquisa por questões burocráticas e de logística, além da aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) foi necessário abertura de dois processos para autorização junto à Coordenadoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde da Secretaria Municipal da Saúde (SMS) e a Secretaria Municipal dos Direitos Humanos e Desenvolvimento Social (SDHDS). Após a autorização de ambas as Secretarias, iniciou-se o processo de ligações telefônicas para agendamento das visitas e entrevistas, fato que em alguns momentos gerou estranheza e receio por parte de alguns gestores, que aparentemente temiam ser uma fiscalização.

De forma geral após esclarecimentos a grande maioria colaborou e compreendeu a importância da pesquisa. A dificuldade em conciliar agenda para as entrevistas foi uma realidade tanto nas instituições formais como informais o que alongou o período de construção dos dados.

As entrevistas com os sujeitos aconteceram no período de 13 de novembro a 04 de dezembro de 2018; a primeira foi realizada no interior do HSJ, durante a internação da participante; a segunda no GECS e a última na Praça José Bonifácio, localizada no Centro, em Fortaleza.

Utilizou-se um roteiro com a intencionalidade de gerar narrativas que provocassem desdobramentos das vivências, relações, vínculos e estratégias de enfrentamento do viver com HIV/aids na rua, através de diálogo aberto. De acordo com Minayo (2004), o

guia de entrevista deve conter apenas alguns itens indispensáveis para o delineamento do objeto em relação à realidade empírica, facilitando abertura, ampliação e aprofundamento da comunicação.

O segundo momento ocorreu de 14 de novembro de 2018 a 21 de março de 2019, quando foram realizadas ligações telefônicas e agendamento de visitas e entrevistas às 16 instituições que atuam com a PSR, sendo 8 governamentais, majoritariamente equipamentos da assistência social, e 8 Organizações da Sociedade Civil (OSC). A quantidade de instituições que desenvolvem ações para PSR são muitas e, por motivo de exequibilidade da pesquisa, limitamo-nos a mapear as localizadas no Centro e adjacências.

A entrevista é uma oportunidade de conversa face a face, utilizada para “mapear e compreender o mundo da vida dos respondentes”; ou seja, ela fornece dados básicos para “uma compreensão detalhada das crenças, atitudes, valores e motivações” em relação aos atores sociais e contextos sociais específicos (MINAYO, 2008; CERVO; BERVIAN, 2007).

## **5.5 Análise e interpretação dos dados**

Após coleta de informações, como descrita anteriormente, iniciou-se a análise de dados. A análise de redes sociais, um instrumento tradicionalmente utilizado para estudar as redes “invisíveis”, informais, espontâneas e não intencionais oriundas das inter-relações em sociedade (GROSSETTI, 2003).

O interesse científico e prático em compreender como diferentes atores interagem configurando redes sociais tem crescido, já que essas permitem analisar fenômenos singulares (RIBEIRO; BASTOS, 2011). A análise de redes permite identificar e compreender as relações entre os sujeitos e grupos a partir da visualização gráfica das interações, complementada com os dados empíricos.

Para a construção da rede, foram realizados os seguintes passos: a partir das informações obtidas, foi elaborada uma matriz no programa Excel com a rede informada pelo sujeito, considerando os processos relacionais, familiares, amigos, conhecidos, cuidadores, institucionais, dispositivos acessados, dentre outros. Para a rede de instituições, buscou-se conhecer os serviços que tinham vinculação ou articulação para as ações. Posteriormente, para analisar e representar as interações, foram elaborados gráficos utilizando a plataforma dos *softwares* UCINET versão 6.678 e o NETDRAW 2.167, programas para a análise de redes sociais, outros atributos e representação gráfica.

Os gráficos permitem observar a homogeneidade ou heterogeneidade da rede, interação entre a rede formal e informal, grau de centralidade e elementos para compreender como essa relação se interliga com o cuidado às pessoas em situação de rua.

Para a interpretação dos dados empíricos, utilizou-se o método hermenêutico-dialético, onde a fala dos atores sociais é situada em seu contexto para melhor ser compreendida. Essa compreensão tem como ponto de partida o interior da fala. E como ponto de chegada, o campo da especificidade histórica e totalizante que produz a fala (MINAYO, 2003).

## **5.6 Aspectos éticos e legais da pesquisa**

A pesquisa seguiu os preceitos da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde sobre pesquisa com seres humanos, garantindo autonomia, beneficência, não maleficência, justiça e equidade. Além disso, todas as atividades de produção de dados somente se iniciaram após o consentimento verbal do entrevistado e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, garantindo o sigilo das informações.

O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará/PROPESQ-UFC e obteve aprovação com CAE 99294218.5.0000.5054.

## 6 RESULTADOS E DISCUSSÕES

### 6.1 O sujeito em situação de rua e a vivência do HIV

#### 6.1.2 João Liberdade

##### 6.1.2.1 Quem é?

João tem 39 anos, dos quais 24 foram na rua. Tem estatura mediana, negro, corpo franzino, analfabeto, professa religião católica, gosta de liberdade. Saiu de casa e foi criado pela tia, por não suportar o uso de álcool e a violência do pai para com a mãe. Tinha quatro irmãos, três mulheres e um homem, mas o irmão que vivia também no contexto da rua foi assassinado. Tem 4 filhos com mulheres diferentes, porém só teve contato com dois.

Durante o longo tempo na rua, alternou com a vivência familiar na casa do pai, no município de Horizonte. O pai, cujo nome também é João, é idoso, aposentado, cuida da casa e de dois netos, um deles com deficiência cognitiva. O pai tem sequelas de hanseníase e chegou a morar em leprosário. A mãe de João faleceu em 2014, durante uma internação por doença pulmonar no Hospital do Coração. João Liberdade externa grande pesar em não ter podido ir ao velório da própria mãe, pois na época estava em privação de liberdade.

Aos 15 anos dentro de casa, teve o primeiro contato com drogas. Experimentou um cigarro de maconha oferecido pelo irmão mais velho e passou a usar todas as noites. Foi aumentando o consumo e depois começou a consumir cocaína e álcool. Apresenta-se como clínico geral no assunto. Reflete que a dependência de drogas teve influência na sua ida à rua.

##### 6.1.2.2 Vida na Rua: da liberdade ao encarceramento

A vida nas ruas teve início por volta dos 16 anos, quando já era pai de uma menina e morava junto com a companheira. Ele relata com certo orgulho que tinha responsabilidade, trabalhava como ajudante de pedreiro junto com o pai. O trabalho que fazia na região do Centro exigia as noites na construção e, durante o dia, ele ia para casa. Às vezes, fazia o movimento contrário, dia pelo Centro e a noite em casa; assim, iniciou a descoberta do centro da cidade e, com o passar do tempo, já não queria ir mais para casa. Ficava o dia e a noite pela rua. João relata que o sentimento de liberdade na rua foi o que mais o atraiu: não ter que dar satisfação a ninguém.

Foi então que se separou da companheira e foi viver na rua de vez. No começo, ainda manteve os vínculos, ia visitar a filha e levar algum dinheiro; depois, foi se distanciando. Existem dois locais onde prefere ficar: a Praça do Ferreira e a Praça da Gentilândia, no bairro Benfica. Lá tem amizades, cita com gratidão a irmã Inês que o ajudou muito após a saída do presídio e conseguiu para ele a permanência de um ano em um sítio em Aquiraz, para “tratar” dependentes de SPA.

Em relação à alimentação, diz ser fácil conseguir se alimentar na rua, tem o hábito de almoçar na irmã Inês e à noite, na Praça do Ferreira, tem farto cardápio distribuído principalmente por organizações religiosas: quentinha, sopa, cachorro-quente. Também compra seu alimento quando consegue dinheiro trabalhando como flanelinha. Quanto à sua higiene pessoal, toma banho pela manhã na irmã Inês e à tarde no container do “Corre pra Vida”. Antes de existir o container, tomava banho no riacho Pajeú. Não tem hábitos de lazer nem esporte, mas faz várias caminhadas ao longo do dia, do Centro para o Benfica.

Os laços de amizade são frágeis. Gosta de ficar sozinho, diz que sua companhia é Deus, que na rua não existe amigo de verdade, apenas colegas. Tem uma companheira cuja relação acontece desde a chegada à rua, porém, com momentos de separação e agressão física dela para com ele. Conta que ela deu os filhos deles, reataram o relacionamento e ela está em busca do aluguel social. A irmã de João também o acolhe na casa dela sempre que é necessário.

Durante muito tempo, a única fonte de renda era oriunda do trabalho informal, vigiando carros em frente ao Hospital Antônio Prudente. Em 2007, envolveu-se pela primeira vez em um delito que custou sua tão amada liberdade. Certo dia, fixou a ideia de fazer um arrombamento em um escritório localizado no bairro nobre da cidade, conseguindo adentrar o imóvel e levando objetos. Ficou voltando para buscar mais, até que foi preso em flagrante e permaneceu por 30 dias no 34º distrito policial. Na segunda vez, realizou assalto para roubar um aparelho celular; foi detido pela população, passou 15 dias na Delegacia de roubos e furtos, depois mais 15 dias na Delegacia de capturas e, por conta da superlotação, os presos iniciaram greve de fome para pressionar transferência, então João foi transferido para o Centro de Privação Provisória de Liberdade (CPPL1) no município de Itaitinga, onde permaneceu por 9 meses. Teve envolvimento em mais 3 episódios, acusado por pequenos furtos.

### 6.1.2.3 Tuberculose e o HIV

Quando João esteve por um ano na Casa de Recuperação para usuários de droga, iniciou quadro de cansaço extremo, sonolência, perda de apetite, emagrecimento, febre e aumento do volume abdominal. Por intermédio de Leonardo da Casa da Sopa, foi orientado a fazer o exame de baciloscopia com a enfermeira Argina da APTU, descobrindo o diagnóstico de tuberculose (TB) e iniciando o tratamento.

Após os primeiros dias de tratamento, foi preso em 2014, interrompendo-o. Ele narra que tentou por diversas vezes atendimento médico, porém os agentes penitenciários não davam a mínima importância a seu pedido; segundo ele, achavam que era mentira. Ficou na cela bacilífero junto com os outros internos.

Quando teve a concessão da liberdade, estava mais debilitado ainda; a barriga era semelhante à de uma gestação, bastante emagrecido, com gânglios cervicais aumentados, pálido, febre alta e adinamia. Em dezembro de 2016, buscou ajuda na Casa da Sopa, acompanhado do pai bastante preocupado. Foi atendido e encaminhado ao ambulatório de TB do Hospital São José (HSJ), mediante contato prévio com o médico responsável. Antes da data da consulta, precisou ser internado na UPA de Horizonte e, após exames de imagem, teve o diagnóstico de ascite e tumor de pâncreas. Retornou à Casa da Sopa, teve novamente a consulta articulada e precisou ser internado no HSJ, pois apresentava estado geral grave. Passou 15 dias internado, dos quais 5 foram na Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Teve o diagnóstico de TB disseminada (pulmonar, ganglionar e intestinal), síndrome consumptiva e vírus HIV. A revelação diagnóstica do HIV gerou tristeza, medo de uma doença que ele não sabia bem o que era e nem como lidar.

Durante esse período de internação, foi acompanhado pela equipe da Casa da Sopa, recebia visitas regularmente e aplicação de passe magnético três vezes por semana. Depois da alta, passou a se preocupar mais com a saúde, reduziu o uso de drogas e começou a usar preservativo. Apresentou dificuldade inicialmente para reconhecer os medicamentos, pois eram vários, antibióticos, tuberculostáticos, antirretrovirais e vitaminas, mas recebia orientações também da equipe de saúde da Casa da Sopa. Teve boa adesão ao tratamento comprovada pelos exames de linfócitos TCD4, o primeiro em janeiro de 2017 estava 439 células, 4 meses depois subiu para 802; a carga viral se mantém indetectável nos últimos 3 exames; é assíduo e pontual nas consultas.

Desde a primeira internação, luta para conseguir o Benefício de Prestação Continuada (BPC); teve pedido negado por duas vezes. Por conta das sequelas da TB, ele tem

cansaço aos médios esforços, às vezes dificuldade para respirar e dores na coluna. Mesmo finalizando o tratamento corretamente, João apresentou recidiva de TB ganglionar, tendo que reiniciar o tratamento.

Ao longo dos anos se inventando e reinventando, João construiu relações delineando sua rede de apoio: o pai, a irmã, a companheira, a irmã Inês do Refeitório São Vicente de Paula, Argina da APTU, Fernanda da Pastoral do Povo da Rua, Leonardo, Janete e Inácio da Casa da Sopa, Corre pra Vida, Hospital São José, CAPS AD da regional II.

### ***6.1.3 Pedro: o real e a fantasia***

#### *6.1.3.1 Quem é?*

Pedro recusou ser entrevistado na Casa da Sopa, escolhendo a Praça José Bonifácio, também conhecida como Praça do 5º Batalhão, arborizada, com pessoas fazendo caminhada e atividade física. Sentamos num banco abaixo de uma árvore e começou o diálogo.

Pedro, 37 anos, é natural da cidade de Curitiba, solteiro, sem filhos, possui ensino médio completo, educado, discurso bem articulado, professa religião espírita, negro, estatura mediana, emagrecido, pesa 43kg, seu último emprego em 2007 foi como vigia em um condomínio na Parquelândia. Adepto da leitura, teatro e filmes, era frequentador assíduo da antiga sede do Centro Cultural do BNB localizado no Centro de Fortaleza, com vasta programação gratuita e biblioteca. Gosta de ler sobre filosofia, exalta o diálogo de Platão e Sócrates.

Filho único, com o pai, veio morar em Fortaleza em 1996, após separação dos pais. A narrativa se perde um pouco na cronologia, característica da rua que tem sua temporalidade própria, por vezes confusa. Relata que a mãe faleceu em maio de 1991, vítima de câncer. Seu pai, o sr. Athaide, construiu outra família; tem esposa e 3 enteados, é aposentado, acometido por diabetes, reside no bairro Álvaro Weyne. Platão conta que não mora com ele por causa da outra família, mas a visita a cada 15 dias.

#### *6.1.3.2 Vida na Rua: a reviravolta após a coinfeção TB/ HIV*

No final de 2007, Pedro trabalhava, tinha um relacionamento com uma pessoa e moravam juntos. Iniciou quadro de febre durante as tardes associado a mal-estar geral e, pela persistência dos sintomas, buscou atendimento médico. Teve o diagnóstico de tuberculose disseminada, ficou internado por 15 dias no Hospital do Coração. Abalado emocionalmente, relata que um certo dia o médico perguntou se ele aceitava fazer o exame para HIV. Ele aceitou, assinou o termo de consentimento e o médico disse que, independente do resultado, só daria depois que ele melhorasse psicologicamente. No dia da alta hospitalar, recebeu a notícia que o exame foi positivo e orientações acerca do tratamento de ambas as doenças.

Revela que o médico teve postura acolhedora, foi muito humano, conversou, ouviu, fez o encaminhamento para o São José, explicou sobre o direito ao sigilo e possíveis preconceitos. Mas ele se sentia sufocado, precisava desabafar, diz que num ato de desespero decidiu contar ao patrão e à pessoa com quem convivia.

Devido aos 15 dias de internação que eu passei, eles botaram falta. Souberam que eu tinha tuberculose e HIV e não me quiseram mais. Entrou logo na questão do preconceito né, pra quê a gente vai querer um funcionário com HIV aqui? Porque quando eu descobri, pensei logo em Cazusa, eu pensei logo num estado terminal, e eu tive todo um acompanhamento psicológico, de pessoas dizendo “olha, não é assim, existem outras alternativas hoje”. Então eles não me aceitaram mais, perdi meu emprego, perdendo meu emprego, perdi minha autonomia. A pessoa que convivia comigo também decidiu se separar e eu fui viver minha primeira experiência na rua. [...] Eu contei pra pessoa meu diagnóstico, ela foi num armariozinho pequenininho que tinha, abriu e disse “é, eu não queria te contar antes, mas eu já faço tratamento...” A pessoa já tinha, a gente tinha relação sem preservativo e ela nunca me contou. O primeiro sentimento foi de cólera, você se revolta, mas depois eu perdoei, disse “ah, tinha que acontecer, é sinal que vai me servir de um aprendizado, eu não sou o único no mundo” e aí fui viver minha primeira experiência de dormir nos bancos de praças.

Ele também buscou o pai, contou que o exame de HIV tinha dado positivo, o pai questionou se sua internação não tinha sido por tuberculose, ele esclareceu que estava com as duas doenças, seu pai disse “então sempre que vier por aqui, aquele copo, prato e talher são seus”.

À noite, dormia nos bancos da Praça do BNB, em frente ao prédio da Justiça Federal. Durante o dia, ficava no Centro Cultural BNB; foi então que conheceu um rapaz chamado Paulo Augusto que o apresentou ao Centro de Convivência e Creche Madre Regina, instituição filantrópica sem fins lucrativos voltada à assistência de PVHA e crianças com HIV. Funcionava durante o dia e ofertava alimentação, vale transporte, atendimentos sociais, psicológicos, pedagógicos, capacitações, oficinas, rodas de conversa, fazia parte do Fórum ONG/Aids Ceará e tinha convênio com a Secretaria Municipal de Saúde.

Começou a frequentar e participar das atividades do Madre Regina de segunda a sexta-feira. Durante todo o dia, ficava longe da rua. Relata boa alimentação, cuidados e vínculos construídos, o que contribuiu para aderir ao tratamento da TB. Era acompanhado pelo Hospital do Coração em relação à TB e pelo São José para o HIV/aids. Em uma das idas ao São José, uma Assistente Social, avaliando o contexto da rua, o encaminhou para a Casa de Apoio Sol Nascente, instituição que abriga PVHA em contexto de vulnerabilidades. As duas instituições tinham parceria, então ele passava o dia no Madre Regina e à noite na Sol Nascente. Depois de 6 meses, finalizou o tratamento da TB, ganhou peso, chegando aos 63 kg, teve melhora da imunidade, mas foi desligado da Sol Nascente, pois, segundo ele, o tempo de permanência era só até finalizar o tratamento da TB e melhorar. Retornou, então, para a rua.

Continuou tendo apoio do Madre Regina por uns dois anos. Menciona como pessoa de confiança a Assistente Social Doutora Anésia, com quem desenvolveu vínculos e obteve apoio. Houve mudança na gestão da congregação e o trabalho foi reestruturado, não tendo mais o foco para as PVHA. Atualmente, no prédio, funciona o abrigo institucional para mulheres e famílias.

“A gente batia papo nas rodas de conversa, tinha alimentação da melhor qualidade, cursos, fazia peça de teatro no projeto pra quando fosse no final do ano apresentar no pátio do São José, mas o projeto acabou, aí tive que voltar pras ruas, esperava dá o horário de 2 horas da tarde pra poder ir nos restaurantes pra vê se pegava algum resto de comida”.

Pedro diz que só ficou 3 anos na rua, mas pela linha do tempo traçada são cerca de 10 anos em situação de rua, embora em alguns períodos tenha morado em casa alugada, que servia apenas para dormir. Dependia da rua para buscar alimentação, roupas, higiene, espiritualidade; nunca mais conseguiu emprego, nem atividade que gerasse renda. Diz não ter coragem de pedir esmolas, nem roubar; apenas no período da copa do mundo passou a vender álbuns e figurinhas. Não foi contemplado com benefícios como o BPC. Permanecia na Praça do Ferreira e se alimentava quando os grupos religiosos passavam doando.

O estado de saúde foi piorando do diagnóstico. Até julho de 2019, foram 5 internações, 2 em 2011, 1 em 2017 e 2 em 2019 por motivos de TB, pneumocistose, abscesso por herpes, sífilis, dermatite infectada. Em cada uma, relata o medo de não voltar. “Quando cheguei a primeira vez ao São José, fui apresentado ao Dr. Lacerda, é meu médico até hoje, quem me ajudou a concluir o tratamento da TB foi o Dr. Roberto, me submeteu a exames minuciosos né e deu minha alta. ”

Seu diagnóstico do HIV foi tardio, já em estágio de doença avançada. De 2007 até 2011, não há registros de nenhum atendimento no Hospital São José. O primeiro exame de linfócito CD4 só foi realizado em 2011, durante a internação, com resultado de 3 células/ $\mu$ l e carga viral acima do limite máximo de mensuração.

Ao longo de 12 anos de doença, constam apenas três exames de CD4, registro de difícil adesão ao tratamento, muitas faltas às consultas ambulatoriais e muitas idas à emergência. Ele narra que vai sempre às consultas e só ficou sem tomar os antirretrovirais por um mês devido a uma depressão. Conta ainda que o único serviço de saúde que frequenta é o Hospital São José, não costuma ir à Unidade Básica de Saúde e nem acessa o Consultório na Rua.

Sobre a sua rotina de vida, diz que pela manhã acorda cedo, faz uma prece e, quando está se sentindo bem, vai tomar café no Centro Pop Benfica. Às 11:00h segue para almoçar na irmã Inês, às vezes vai para a biblioteca do SESC ou retorna para casa, toma banho e dorme; à noite, caminha para comer na Praça do Ferreira. No momento da entrevista, ele estava morando em um pequeno cômodo na rua 24 de maio, alugado por amigos; meses depois, estava novamente na rua.

Possui também uma rotina para fortalecer a espiritualidade. Dia de segunda-feira à noite vai para a Casa da Sopa, terça ao GEPE, quinta à Obra Lúmen. Conhece as redes de pessoas vivendo com HIV/aids (RNP e RSP), mas não participa das atividades. Frequenta a Casa da Sopa desde a sua chegada à rua, em 2008, diz que contribui para o seu equilíbrio emocional, recebe alimento e acolhimento, cita como vínculos o Léo, Janete e a Bete, já tendo por um mês ajudado nos trabalhos da Casa, porém, não aguentou, pois, segundo ele, trabalhar com PSR é muito difícil.

Quando indagado sobre relações, é enfático em dizer que gosta de ficar sozinho, não tem amigos da rua e relacionamento afetivo o último foi antes da descoberta da sorologia positiva para o HIV. Nunca mais se relacionou com ninguém por opção.

“Na rua não tenho esse intercâmbio de amizades, foi uma decisão minha. Porque tem a questão que muitos cometem delitos e mesmo que você não tenha nada a ver com determinadas situações que eles venham a cometer, o fato de você estar acompanhado pode te prejudicar, então eu... é só “oi, tudo bem?” e pronto”.

Pedro narra que tem um amigo que não é da rua e deposita confiança nele, denominando-o de anjo da guarda. É o Daniel, conheceram-se no Grupo Espírita Paulo e Estevão (GEPE), participando do atendimento espiritual (ATE), que tem um conjunto de

ações terapêuticas com o objetivo de auxiliar o equilíbrio do indivíduo. Com o término do período do ATE, os dois passaram a ser facilitadores e Pedro construiu um ciclo de amizades dentro do GEPE. Segundo ele, são cerca de 15 pessoas que ele pode contar quando precisa.

Quanto ao uso de drogas, nega a utilização de álcool, maconha e crack, diz que já experimentou, mas seu organismo “não se deu”, passou mal e não quis mais. Contudo, frequenta espaços de uso de SPA. Esse e outros pontos da história de Pedro são controversos, como a sexualidade e a vida ou morte dos pais. Em consulta ao prontuário, em cada internação há informações divergentes; o pai é deficiente físico, por isso não pode visitá-lo, o pai faleceu de câncer de próstata, o pai está vivo e tem contato, a mãe faleceu de infarto, em outro momento de câncer, seriam mortes simbólicas? Haveria receio de expor uma sexualidade diferente da heteronormativa?

Para a nossa investigação, o uso de drogas, sexualidade e laços familiares são pontos importantes para a construção da rede de apoio, para produção de práticas de cuidado e prevenção. Pedro se mostra isolado na rua, por mais que frequente alguns equipamentos, ele demonstra postura séria e reservada. Relata que tem um sonho de viajar a França para conhecer os castelos onde viveram os cavaleiros templários e os cátaros, e conhecer o santuário do povo celta, pois gosta da cultura celta.

#### **6.1.4 Nágila**

##### **6.1.4.1 Quem é?**

Mulher, 30 anos, natural de Maracanaú, ensino fundamental incompleto, pele queimada por exposição ao sol, magra, é mãe de José Luís de 8 anos, que reside com a tia paterna. Tem um companheiro, quatro irmãos, Leandro, que é pastor da igreja Universal do Reino de Deus, o Weverton, que vive em situação de rua, a irmã Veridiana, com quem demonstra maior vínculo e uma outra irmã, que ela não citou o nome mas demonstrou não ter boa relação. Os pais moravam no município de Baturité e atualmente residem no bairro Parque Santa Rosa. Quanto à religião, já foi evangélica em alguns momentos da vida; conta que já foi banhada nas águas.

##### **6.1.4.2 Vida na Rua**

O espaço onde o diálogo aconteceu foi no Hospital São José, durante a internação de Nágila. Ela estava em uma enfermaria de 4 leitos e havia o movimento de pacientes, acompanhantes e profissionais que entravam e saíam a todo momento. Decidimos ir para uma sala mais reservada, no centro de estudos. Era uma manhã, Nágila já tinha tomado café da manhã, recebia hidratação endovenosa, meio sonolenta, pálida, despenteada e bastante emagrecida.

Iniciamos o exercício de revisitar o passado. Os acontecimentos e o tempo algumas vezes se desencontravam, mas seguimos o tempo da narrativa dela. Nágila lembra que foi viver na rua aos 10 anos de idade, mas nesses 20 anos houve períodos de voltar para a casa da mãe. Morou um tempo em casa, com o pai do filho dela, porém conflitos familiares ocorriam e ela acabava retornando à rua.

Questionada quanto aos motivos que a fizeram morar na rua, ela é direta e responde que foi a droga. Relembra que começou a cheirar cola quando criança, à época em que morava com os pais no bairro Alto Alegre. Depois passou a usar maconha, álcool, crack e cocaína. Não detalha como era a vida em família durante a infância, o tipo de relação com os pais e irmãos.

Seu espaço da rua onde costuma ficar é na comunidade do Oitão Preto, localizada nas proximidades da Santa Casa de Misericórdia. Pertence ao bairro Moura Brasil da Regional I. Uma comunidade pobre com múltiplas vulnerabilidades, esquecida pelo poder público e carregada de estigmas. Em matéria publicada no Jornal O Povo, de 05/09/2013, destaca-se que o Moura Brasil já foi um campo de concentração de retirantes da seca, informação fundamentada no artigo *Curral do Bárbaros: os campos de concentração no Ceará* (1915 e 1932), publicado em 1995 pelo historiador e professor da Universidade Federal do Ceará Frederico de Castro Neves.

Atualmente, muitas pessoas em situação de rua frequentam a comunidade, principalmente para o uso de drogas. Nágila passa todo o tempo por lá em intenso consumo de crack, diz que é da “galera do 2”, um grupo que costuma ficar na entrada da comunidade.

“Eu fico o dia e a noite usando crack, só lá direto. Alimentação, de manhã tenho que sair pedindo, é na sorte, depois é quando os crentes vai lá, traz água, traz sabão. Banho eu tomo de graça no container. Pra dormir é em cima da parada de ônibus da Praça da Estação, pega um pedaço de colchão, nós bota um lençol, se enrola e dorme”.

Em relação a roupas, às vezes pega na casa da mãe ou recebe de doações dos grupos religiosos, mas não dura muito. Conta que ocasionalmente é necessário cortar para

confeccionar absorvente durante o período menstrual. A forma de obter dinheiro para a compra do crack é por meio de pequenos furtos, mas, principalmente, por programas sexuais. Cobra o valor entre R\$15,00 e 20,00, são cerca de 5 a 10 programas por dia, utiliza os motéis das proximidades da Praça da Estação e Santa Casa. No tocante ao uso do preservativo, relata que, se o cliente recusar, ela faz mesmo assim. “Aí é ele e a sorte. Eu faço. Eu faço, já sei que tô doente e ele não quer usar camisinha, faço.”

Quanto às relações de confiança, ela diz que na rua não existem amigos, apenas colegas, que não confia nem mesmo no próprio irmão Weverton, que está em situação de rua. Mas, reconhece que ele a ajuda quando está doente, com fome ou frio. Tem um namorado há dois meses, chamado Jeferson, que também vive em situação de rua. Nágila não acessa equipamentos para a população de rua, exceto o projeto Corre pra Vida, para tomar banho. Durante toda a entrevista, falava da saudade do filho e que o pior de estar na rua é conviver com a dor da ausência dele. O sonho da vida dela é ter uma casa e o filho de volta, menciona o desejo de parar o uso de drogas e voltar para casa.

#### *6.1.4.3 Descoberta do HIV*

Provavelmente em 2013, Nágila não soube precisar o ano, descobriu que estava grávida em torno da 20<sup>o</sup>, 24<sup>o</sup> semana; era sua segunda gestação. A irmã resolveu levá-la até a Maternidade Escola Assis Chateaubriand; não se recorda se tinha algum sintoma.

“A minha irmã me levou pra Maternidade Escola, chegando lá o bichinho já tava morto, era todo perfeito, era um meninozinho. Aí fizeram o teste, aí lá no teste deu que eu tava com HIV, fizeram o teste três vezes, descobri lá. Fiquei desesperada... Aí depois de cinco anos foi que eu vim me tratar”.

Atribui a morte do filho a um medicamento analgésico que tomou, ela sentia muita dor de dente, automedicou-se com Dorflex e apresentou uma hemorragia. Seu conhecimento sobre o HIV/aids era pouco, sabia apenas que tinha tratamento, mas não tinha cura. No momento do diagnóstico, conta que não recebeu orientações, apenas foi encaminhada ao Hospital de Maracanaú.

“No Maracanaú, bateram a chapa lá do meu pulmão, nem a médica sabia o que era que tinha no meu pulmão, que era o começo da tuberculose. Aí me encaminharam pra cá, aqui descobriram que era tuberculose, aí disseram que eu tava com sífilis, tava com enfraquecimento nos ossos, tava com o sangue fraco, tava com uma ruma de doença, passei quase uns três meses internada aqui”.

Em consulta ao prontuário de Nágila no Hospital São José, consta o histórico de cinco internações, a primeira em 2017 por HIV, tuberculose disseminada, sífilis e insuficiência renal aguda; a segunda e a terceira vez em 2018, por um quadro diarreico; quarta em 2019, por tuberculose disseminada, asma, quadro convulsivo e síndrome consumptiva; quinta vez em 2019, com possível neurotoxoplasmose e infecção do trato urinário.

O primeiro exame de CD4 e carga viral foi realizado em 2017, durante a internação. O resultado foi de 223 células/ $\mu$ l e 225.33 cópias virais; mesmo após iniciar o tratamento com os antirretrovirais, a carga viral se manteve alta.

O contexto social e o uso intenso de drogas prejudicam a adesão ao tratamento, como ela mesma reconhece que, ao sair do hospital, só pensa em consumir crack. Revela também que o diagnóstico de tuberculose é antigo. Desde a época da sua primeira gravidez, em 2010, realizou o tratamento, mas nunca teve a certeza da cura. Quanto à sorologia do filho José Luís, é negativa.

Depois do diagnóstico do HIV, surgiu o preconceito de alguns membros da família. Uma das irmãs passou a não permitir que Nágila conversasse com as sobrinhas. Na rua, ela não revela a ninguém, nem mesmo aos namorados. Ao conhecer sua sorologia, achava que ninguém mais iria se relacionar com ela, mas depois achou normal e essa condição não a impediu de vivenciar sua sexualidade.

## 7 MAPEAMENTO DA REDE DE CUIDADOS À PSR

Por iniciativa durante anos, grupos informais, religiosos, de associações foram surgindo espontaneamente a partir de um senso humanitário, fraterno e caridoso das pessoas, em sua maior parte faziam distribuição de alimentos e roupas.

O serviço público, na perspectiva da garantia de direitos e proteção social, surgiu somente em 2007, instituído pela prefeitura de Fortaleza: o Centro de Atendimento à População de Rua (CAPR). Após a elaboração da Política Nacional para PSR, em 2009, o município guiado pela política, criou novos equipamentos.

Nesse estudo, listamos os equipamentos públicos, bem como as organizações da sociedade civil que atuam com a PSR, é importante ressaltar que não necessariamente se configura uma rede, uma vez que, para caracterização de uma rede, é preciso um requisito primordial, que é a existência do processo de relação, conexão. O trabalho executado isoladamente descaracteriza o fluxo do processo de cuidados em rede.

Realizamos o mapeamento, visitas, entrevistas e caracterização de 16 instituições que atuam no âmbito do cuidado à PSR no município de Fortaleza. Estão localizadas nas Regionais I, II, III e IV. A seguir, apresenta-se o quadro e os mapas com a divisão por regional e os respectivos endereços.

**Quadro 1** - Instituições mapeadas que atuam no cuidado à População em Situação de Rua em Fortaleza

INSTITUIÇÃO	ENDEREÇO	REGIONAL
Associação de Amparo aos Pacientes com Tuberculose - APTU	Rua Carneiro da Cunha, nº 195, Jacarecanga	I
Fundação Ana Lima	Av. Presidente Castelo Branco, nº 2615, Carlito Pamplona	
Obra Lumen / Casa São Francisco	Rua Conselheiro Estelita nº 255, Jacarecanga	
Abrigo dos homens	Avenida Francisco Sá nº 1833, casa C, Jacarecanga	
Projeto Corre pra Vida	Rua Senador Jaguaribe SN, Moura Brasil	
Pastoral do Povo da Rua da Arquidiocese de Fortaleza	Av. Dom Manuel nº 339, Centro	II
Albergue Shalom / Casa São Francisco	Rua Floriano Peixoto nº 1717, Centro	
Grupo Espírita Casa da Sopa	Rua Assunção nº 431, Centro	
Consultório na Rua	Rua 25 de março nº 607, Centro	

Acolhimento Institucional para Mulheres e Família	Rua Tenente Marques nº 131, Bairro Presidente Kennedy	III
Refeitório São Vicente de Paulo / Irmã Inês	Av. da Universidade nº 3106, Benfica	IV
Toca de Assis	Av. João Pessoa nº 5052, Damas	
Casa de passagem	Av. da Universidade 1885, Benfica	
Centro pop – Centro	Rua Jaime Benévolo nº 1059, José Bonifácio	
Centro pop – Benfica	Av. da Universidade nº 3215, Benfica	
Pousada Social	Rua Solon Pinheiro nº 898, José Bonifácio	

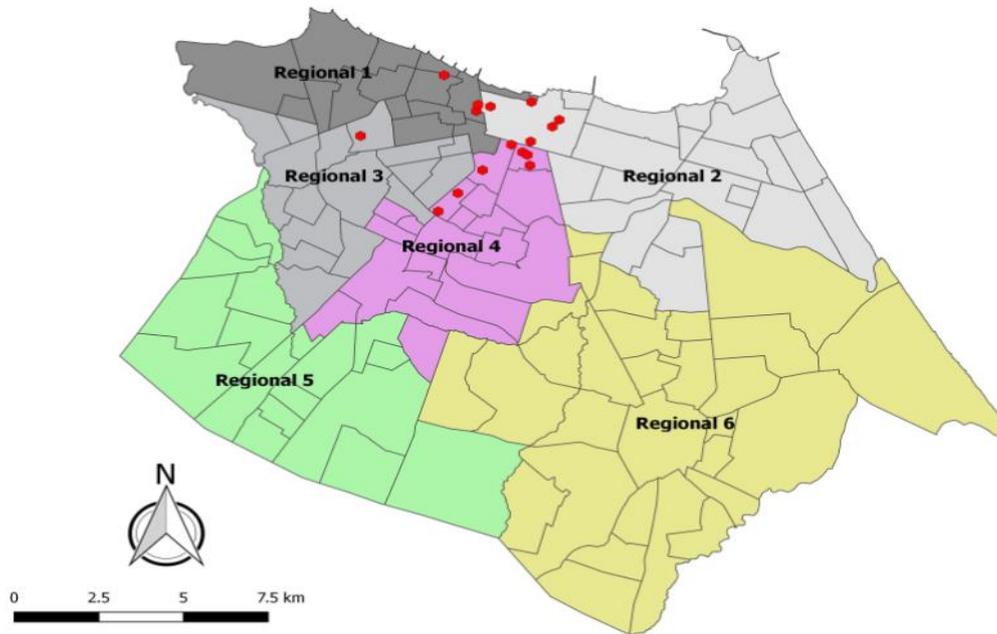
Fonte: Própria autora (2019).

**Figura 1 - Mapa 1. Áreas central com permanência de PSR em Fortaleza**



Fonte: Google Maps.

**Figura 2 - Mapa 2. Divisão de Fortaleza por Secretarias Regionais**



Fonte: Própria autora (2019).

**Figura 3 - Mapa 3. Instituições mapeadas e localização por Secretaria Regional**



Fonte: Própria autora (2019).

A seguir, expomos a descrição das instituições mapeadas.

APTU – Associação de Amparo aos Pacientes com Tuberculose. Localização: Rua Carneiro da Cunha, nº 195, bairro Jacarecanga, Regional I.

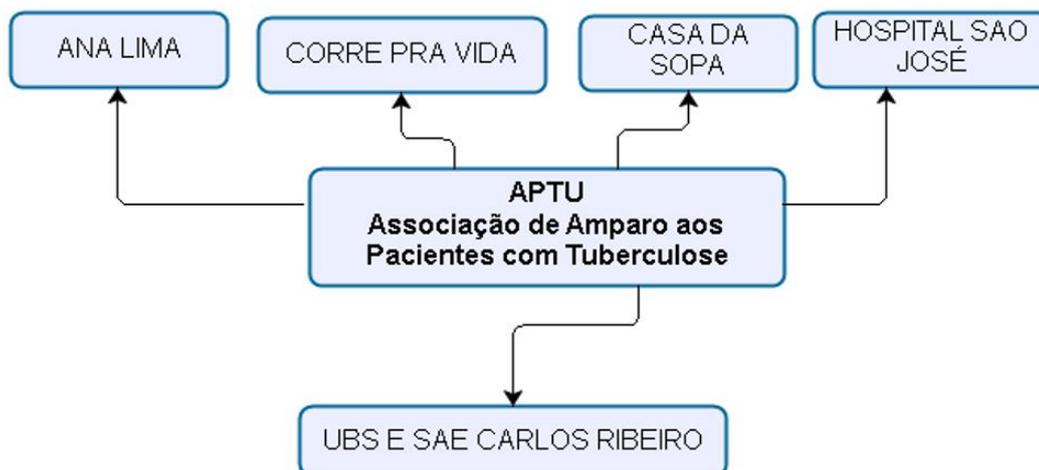
Em 2001, iniciou-se o processo de planejamento da APTU, idealizado pela enfermeira Argina Gondim, com a ajuda de acadêmicas de enfermagem da UFC e UNIFOR, após observar os estigmas e preconceitos da sociedade e até de profissionais de saúde para com as pessoas adoecidas pela tuberculose (TB). Posteriormente, teve a participação dos pacientes em tratamento para tuberculose e, em 2005, conseguiu envolver os profissionais da Unidade Básica de Saúde (UBS) Carlos Ribeiro que, por algum tempo, funcionou como sede da APTU. No movimento de consolidação da instituição, foi necessário formalizá-la e, no ano de 2006, teve sua fundação oficializada já com o alvará de funcionamento e sua primeira sede oficial localizada na comunidade Morro do Ouro, onde funcionou por mais de um ano. Mudaram-se para a Aldeota e, atualmente, a sede funciona no bairro Jacarecanga.

Com 13 anos de atuação, inicialmente teve o intuito de combater o preconceito sofrido pelos pacientes com TB. As ações focavam em palestras nas empresas e outras instituições em que funcionários tinham sofrido preconceito, porém, ao longo do tempo, ao observar um indivíduo em situação de rua com tuberculose, percebeu-se que se elevava o padrão de preconceito. Foi então que as ações de prevenção e diagnóstico da TB passaram a ser focadas para PSR, realizando periodicamente cafés da manhã precedidos por coleta de escarro, seguindo com almoços, atividades lúdicas como jogos, teatro, música e discutindo a temática da TB.

Em 2016, a instituição celebrou um projeto em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza (SMS) e passou a intensificar o diagnóstico da TB na rua, realizar o Tratamento Diretamente Observado (TDO), fornecer alimentação e acompanhar os pacientes por meio de uma equipe atuando diretamente na rua.

Quanto ao funcionamento, na época do projeto, era diariamente e, no momento, funciona às sextas-feiras e no terceiro domingo de cada mês. Tem equipe composta por 4 voluntários. A APTU possui articulação de ações com outras instituições, como Casa da Sopa, Fundação Ana Lima, Corre pra Vida, UBS e SAE Carlos Ribeiro e Hospital São José. Durante esses anos, já fez cerca de 1000 atendimentos de PSR com TB, tendo como grande desafio a elevada incidência de abandono de tratamento, coinfeção TB/HIV, TB multirresistente, óbitos e baixo percentual de cura.

**Figura 4 - Rede da APTU**



Fonte: Própria autora (2019).

#### FUNDAÇÃO ANA LIMA

Localização: Avenida Presidente Castelo Branco, nº 2615, bairro Carlito Pamplona, Regional I.

A entidade é a extensão social do Hapvida Saúde e atua nos estados do Ceará, Pernambuco e Bahia, prestando serviços em duas áreas, com a missão de contribuir para a segurança alimentar de pessoas em situação de vulnerabilidade e proporcionar o desenvolvimento de crianças e adolescentes, viabilizando a sua entrada no mercado de trabalho.

Seu início foi ainda no ano 2000, por meio de profissionais do Hospital Ana Lima, no município de Maracanaú/CE. Os trabalhadores observavam as crianças das proximidades, que estavam constantemente na rua à procura de alimentação e lazer, e iniciaram um trabalho doando um pouco de comida e atenção. A iniciativa cresceu, necessitou de um espaço e o trabalho passou a dar acesso também a atendimento odontológico, médico e pedagógico para o resgate da cidadania.

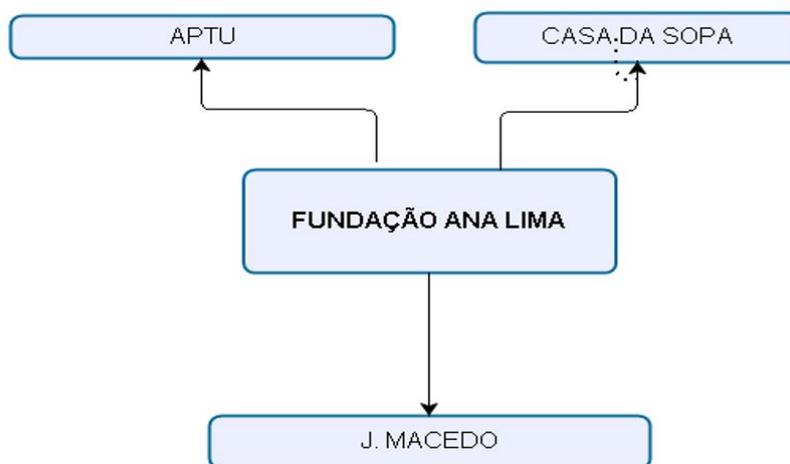
Desenvolvem ações com cerca de 160 crianças a partir dos oito anos de idade na comunidade do grande Pirambu, promovendo lazer, educação, atividades lúdicas e alimentação. Há também o acompanhamento das famílias por meio de visitas domiciliares que no momento estão suspensas devido ao contexto de violência promovido por facções. A equipe é composta por psicóloga e assistente social.

Quanto às ações direcionadas à PSR, há distribuição de alimentos, trabalho com as pessoas em uso problemático de drogas e encaminhamentos a serviços de saúde. Dois profissionais com o apoio de um veículo fazem abordagem, percorrendo alguns pontos de concentração de PSR, principalmente na região do Centro e Beira-Mar, distribuem café da manhã e no período noturno a sopa. Esse é o momento em que se iniciam diálogos, oportunizando identificar as pessoas interessadas em acompanhamento para o uso de substância psicoativa (SPA). De uma forma geral, as próprias pessoas, por conhecerem o trabalho, já manifestam o interesse em “se internar”.

A Fundação Ana Lima mantém duas unidades do abrigo Desafio Nova Vida, situadas nos bairros Mucunã e Jaçanaú, em Maracanaú, para o público em situação de rua com dependência de SPA. Tem capacidade para 30 usuários de ambos os sexos, porém a predominância é masculina; a permanência é de até 9 meses, mas a rotatividade é frequente; eles têm acompanhamento psicológico, atividades de arte terapia, rodas de conversa e culto religioso.

O fluxo de acesso ao serviço se dá a partir dos encontros na rua, no momento da distribuição dos alimentos e algumas vezes encaminhamentos de outras instituições. Esporadicamente, alguns moradores da comunidade ou parentes das crianças atendidas no contexto de vulnerabilidade social e uso de drogas também são contemplados com esse atendimento. Outras ações desenvolvidas são o atendimento odontológico e oftalmológico, com doação de óculos pelo Hapvida, acompanhamento da PSR a atendimentos de saúde em Postos, Hospitais, UPAs e a busca da realização de exames quando solicitados junto ao SUS. Ocorre da seguinte forma: uma trabalhadora se desloca até a instituição de saúde e monitora o exame daquele usuário que se encontra na fila de espera.

Quanto ao trabalho com outras instituições, há parceria com a APTU, Casa da Sopa e com a empresa J. Macedo, por meio do programa Jovem Aprendiz. O programa foi instituído pela lei nº 10.097/2000 e regulamentado pelo decreto nº 5598/2005, com o objetivo de ofertar vagas de emprego a jovens de 14 a 24 anos.

**Figura 5** - Rede da Fundação Ana Lima

Fonte: Própria autora (2019).

#### OBRA LUMEN/Casa São Francisco

Localização: Rua Conselheiro Estelita, nº 255, bairro Jacarecanga, Regional I.

A Comunidade Obra Lumen foi fundada há 30 anos e, dois anos depois, surgiu o trabalho de ordem social, executando ações com crianças das periferias. Possui sede em Fortaleza, Salvador e São Paulo, mas também desenvolve trabalhos em Maracanaú, João Pessoa, Brasília e Rio de Janeiro. Atualmente, em Fortaleza, atende a 17 comunidades.

Sua origem foi por volta do ano de 2001, quando três jovens caminhavam em direção a uma missa e se encontraram com um irmão de rua (como denominam), pedindo ajuda. Eles o ajudaram, tomaram café juntos e o levaram à missa; depois disso, passaram a ter contato com outras pessoas em situação de rua e, com o passar do tempo, criaram o projeto Jesus nas Ruas. Tomando como exemplo São Francisco de Assis, o projeto tem como objetivo identificar no irmão de rua o próprio Cristo abandonado e concretamente amá-lo. Ofertam mensalmente no 4º domingo do mês missa na igreja Nossa Senhora do Rosário/Praça dos Leões, seguida de café da manhã que anteriormente acontecia na Praça do Ferreira. Outro projeto desenvolvido é o Perfeita Alegria, iniciado em 2013 e que ocorre as quintas-feiras, promovendo higiene pessoal, atividades recreativas, esportivas, culturais, educativas e espirituais, finalizando com um almoço.

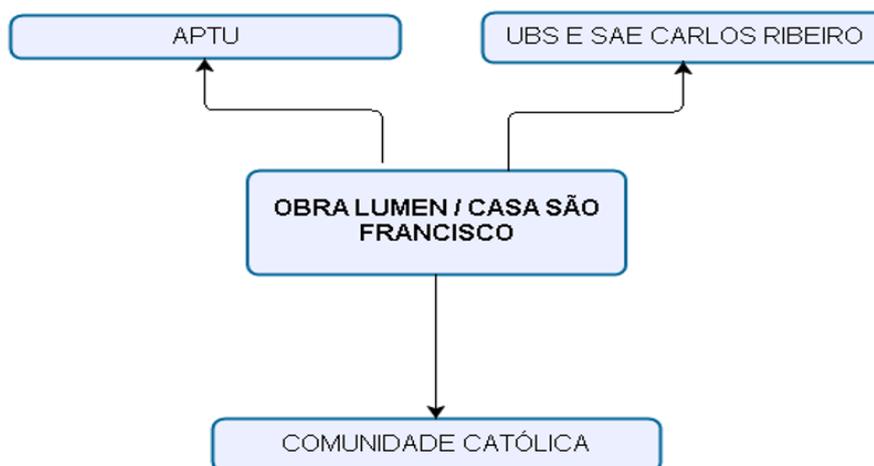
A comunidade Obra Lumen foi buscando conhecer outras obras que executassem trabalho semelhante e com mais experiência, como a Missão Belém, que é um movimento religioso nascido na arquidiocese de São Paulo, difundido pelo Brasil, Itália e Haiti, atuando com a PSR. Então, algumas pessoas que fazem parte da coordenação do trabalho de Fortaleza

viajaram até São Paulo em busca de experiência e retornaram com o ideal de atuar com usuários de drogas.

A comunidade católica abriu então 110 vagas para PSR do sexo masculino com uso problemático de drogas, divididas em 3 casas. A casa São Francisco, em Fortaleza, também conhecida como casa de triagem, onde os acolhidos passam inicialmente por lá e permanecem no mínimo por 20 dias. Nesse período, surgem os primeiros sintomas da crise de abstinência e a forma que eles têm de lidar com a situação é com conversa, orações e amor; em casos mais extremos, levam a uma UPA (Unidade de Pronto Atendimento). Não são concebidas estratégias de redução de danos: o objetivo é manter a abstinência total e a ressocialização. Depois seguem para a casa de caminhada, um sítio de 19 hectares localizado no município de Pacatuba. Nesse, os acolhidos permanecem por um período de nove meses e, passado esse ciclo, seguem para uma das duas casas de ressocialização: a Dom Bosco e a Santa Clara, localizadas em Fortaleza no CEU (Condomínio Espiritual Uirapuru), onde ficam por um tempo médio de nove meses vivenciando o período via luz por meio de missões em outros estados.

As casas, mesmo tendo orientação religiosa católica, acolhem PSR de qualquer religião. Não possuem convênio com o município e o financiamento é todo de doações da comunidade católica. Os trabalhadores são todos voluntários e residem nas próprias casas; algumas das atividades desenvolvidas com os acolhidos são oficinas de artesanato, esporte e atividades religiosas. O acesso das pessoas ao serviço é na própria rua a partir do projeto Perfeita Alegria. O acolhido, ao ingressar na casa é informado das 32 normas; se tiver de acordo, assina e ao longo do processo precisa respeitar todos os quesitos.

Quanto à articulação em rede, há uma relação com ciclo de instituições católicas, APTU, com a UBS e SAE Carlos Ribeiro, principalmente para o diagnóstico e tratamento do HIV e da tuberculose. Existe a dinâmica de realizar exames ao entrar na Casa São Francisco pois, caso haja o diagnóstico de alguma doença, já são buscadas as consultas e os medicamentos. Não há nenhum tipo de vinculação com o CAPS; de acordo com a coordenação, o trabalho desenvolvido para cessar o uso de drogas não é medicamentoso, exceto em extrema necessidade.

**Figura 6 - Rede da Obra Lúmen**

Fonte: Própria autora (2019).

### PASTORAL DO POVO DA RUA DA ARQUIDIOCESE DE FORTALEZA

Localização: Av. Dom Manuel nº 339, bairro Centro, Regional II.

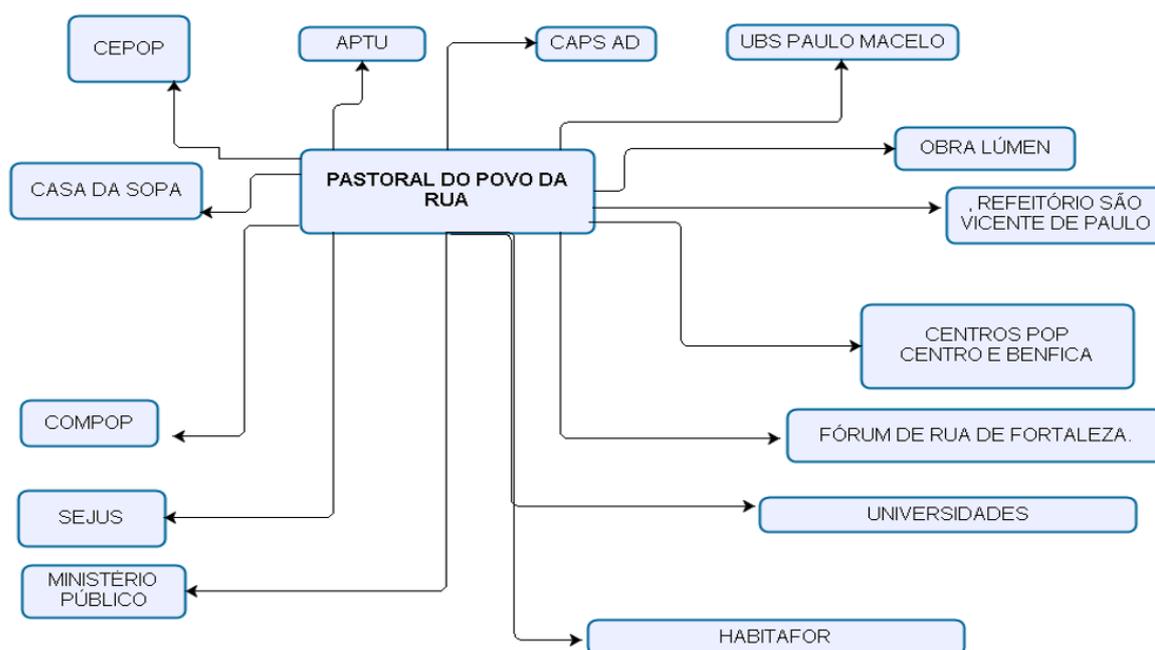
A Pastoral é de ordem religiosa católica com perfil ecumênico. O trabalho em Fortaleza se iniciou com a arquidiocese em 2004, tendo foco na PSR adulta e catadores de materiais recicláveis do grande Jangurussu e do bairro Barroso, acompanhando questões sociais, de trabalho e inserção na comunidade. O trabalho é articulado com as irmãs vicentinas na perspectiva da organização e do cuidado, produzem sabão ecológico a partir do recolhimento de óleo na comunidade e realizam terapia comunitária.

Os trabalhadores são ao todo 25 agentes de pastoral, todos voluntários. Os eixos do trabalho são a convivência fraterna, o cuidado, a espiritualidade libertadora e a garantia do protagonismo. Durante 2 anos, o trabalho foi somente na rua, com visitas, acompanhamento e rodas de conversa. Foi então que surgiu a necessidade de um espaço físico para dar continuidade aos processos e, em 2008, com o apoio do bispo Dom José Aparecido, fundaram a Casa do Povo da Rua Dom Luciano Mendes. Contam com apoio do curso de psicologia da UNIFOR e funciona 3 vezes por semana, no período da tarde, como espaço de convivência e de conquista de direitos e espiritualidade. Desde 2015, levantam a bandeira da luta por moradia.

Trabalhamos com muitas questões, mas o centro é a pessoa humana. Quando a gente faz a opção de trabalhar com o povo da rua, é reconhecendo que esse homem e essa mulher que estão nas ruas das cidades são pessoas humanas portadoras de direitos, dignidade, filhos e filhas de Deus e cidadãos e cidadãs da cidade.

O objetivo do trabalho é garantir a concretude dos direitos da pessoa humana, lutar pela implementação das políticas públicas, cidadania e denunciar as estruturas de opressão e violência. Quanto ao trabalho em rede, é considerado fundamental e desde o início buscaram-se parcerias com outras instituições que já trabalhavam com População em Situação de Rua, como Casa da Sopa, irmã Inês, APTU, Obra Lumen, Centro Pop, Consultório na Rua, UBS Paulo Marcelo, CAPS AD, Universidades, HABITAFOR, SEJUS, Ministério Público, Comitê Estadual de Políticas para a População em Situação de Rua (CEPOP), Comitê Municipal de Políticas para a População em Situação de Rua (COMPOP), Fórum de Rua de Fortaleza, etc. Com o poder público, a rede é ampla e plural e deve-se garantir e proteger a vida, fortalecer as discussões acerca das políticas públicas e o monitoramento.

**Figura 7 - Rede da Pastoral do Povo do Rua**



Fonte: Própria autora (2019).

### CASA SÃO FRANCISCO/ALBERGUE SHALOM

Localização: Rua Floriano Peixoto, nº 1717, bairro Centro, Regional II.

O Albergue Shalom é uma instituição religiosa católica, com origem no ano 2004 a partir de um pedido do Bispo de Fortaleza feito ao fundador da casa diante da realidade de muitas pessoas em situação de rua nos arredores da Catedral Metropolitana, fato que gerou

incômodo e foi pensado em um local para cuidar das pessoas. Inicialmente, proporcionava apenas a dormida; posteriormente, tornou-se um abrigo, ou melhor, uma casa, como os funcionários a identificam. A casa tem 6 funcionários contratados, 1 assistente social, 4 monitores e 1 coordenador, não possui convênio com a prefeitura nem estado, e as despesas são custeadas por doação de benfeitores.

O objetivo da instituição é abrigar temporariamente PSR de 30 a 90 dias, período para elaborar um projeto de vida, buscar reinserção no mercado de trabalho e seio familiar. A casa dispõe de vinte vagas exclusivas para homens, dormitórios, 4 refeições ao dia, atividades religiosas, cujo coordenador enfatiza ser o diferencial da casa em relação aos abrigos da prefeitura.

A rotina desses homens se inicia com o despertar às 6:00. 6:45h tomam café da manhã e depois realizam atividades de arrumação e limpeza da casa. Às 09:00h fazem contagem e separação de notas fiscais doadas, 10:00h assistem ao programa do padre Reginaldo Manzotti, 11:00h tomam banho, 12:00h almoçam e depois descansam. Às 14:00h, novamente é feita contagem de notas fiscais, 15:00h rezam o terço da misericórdia, 18:00h rezam o terço Mariano, algumas noites têm grupo de oração e acompanhamento com voluntários da comunidade da promoção humana, realizam missas e oração das mil Ave-Marias.

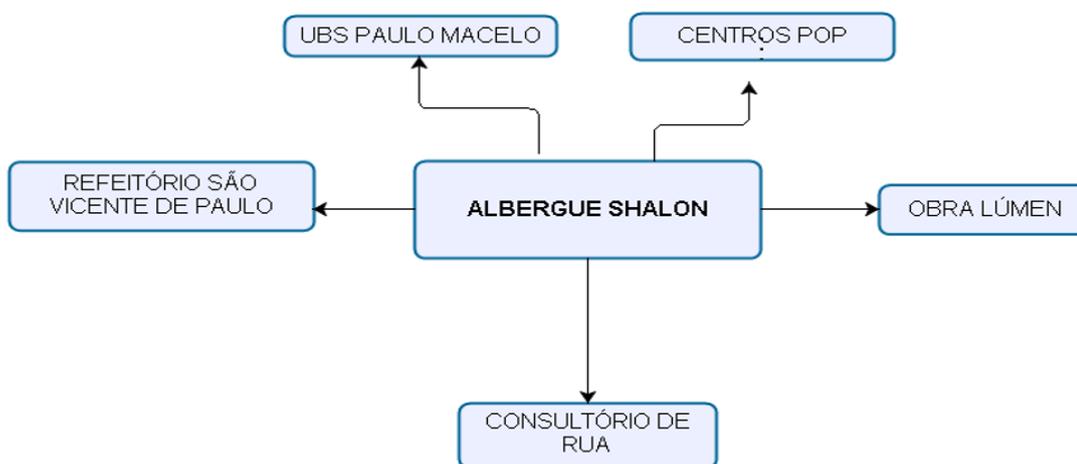
O serviço social da casa reconhece a necessidade de desenvolver outras atividades para além das religiosas e futuramente, para o planejamento estratégico do ano, pretende incluir acompanhamentos médico, psicológico, de habitação, emprego, articular voluntários para ministrar palestras, cursos profissionalizantes, instituir os 12 passos para dependentes de álcool e trabalhar um projeto de vida para eles.

O fluxo para acessar a instituição é por demanda livre, algumas vezes a própria pessoa chega e pede abrigo e, em outros casos, chega por meio de encaminhamentos do Centro Pop, Irmã Inês e Obra Lumen. Quando são acolhidos, é realizada uma triagem, solicitados documentos, averiguada a folha corrida e, caso tenham conflito com a lei, como mandato em aberto, não é permitida a permanência do mesmo. Em caso de pessoas com uso problemático de drogas e que desejem acompanhamento, são encaminhadas a outras instituições católicas que desenvolvam trabalho com esse público. Um fato novo que tem ocorrido é a chegada de imigrantes venezuelanos encaminhados pela polícia federal.

Quanto às condições de saúde, são apontados como adoecimentos mais frequentes os transtornos de ansiedade, depressão e viroses, esporadicamente pessoas vivendo com HIV.

A equipe afirma boa articulação com o consultório na Rua e UBS Paulo Marcelo para consultas, imunização e palestras.

**Figura 8 - Rede do Albergue Shalom**



Fonte: Própria autora (2019).

### TOCA DE ASSIS

Localização: Avenida João Pessoa, nº 5052, bairro Damas, Regional IV.

A Toca de Assis é a extensão social do Instituto das Filhas e Filhos da Pobreza do Santíssimo Sacramento Religioso presente em vários estados e fora do país (São Paulo, Rio de Janeiro, Minas, Mato Grosso, Paraná, Ceará e Quito, no Equador). Teve sua origem em 1994, na cidade de Campinas/SP, com um seminarista chamado Roberto sensibilizado pelo carisma Franciscano. Começou um trabalho com a PSR na Praça do Carmo, no Centro de Campinas. O trabalho consistia em dar alimentação e assistência espiritual, foi crescendo e ganhando mais colaboradores e, em 1997, a congregação das freiras aderiu ao carisma, termo entendido como um chamado de vida para uma determinada causa, que envolve devoção e total dedicação, tem a vertente social e amor ao pobre de rua. Essas irmãs são do Instituto das Filhas da Pobreza do Santíssimo Sacramento.

Em Fortaleza, o trabalho iniciou em 2001 com abertura das casas feminina e masculina e com a PSR diretamente na rua. As irmãs são responsáveis pela casa das mulheres e os irmãos pela dos homens, que funciona no bairro Castelão.

O objetivo da instituição é tirar a pessoa da rua e dar dignidade humana e espiritual. A partir da Pastoral de Rua da Toca de Assis e dos trabalhos diurnos e noturnos,

acontece a distribuição de alimentos, corte de cabelo, doação de roupas e evangelização na Praça do BNB e Praça dos Leões, semanalmente. Os encontros são oportunos para primeira abordagem, conhecer um pouco da vida das pessoas na rua, saber das necessidades e crenças.

A instituição pode acolher pessoas de várias religiões, porém dá preferência aos que professam a fé católica, justificando-se pela adaptação à rotina da casa. Na rua, eles fazem uma espécie de triagem para avaliar a possibilidade de acolher aquela pessoa institucionalmente. No momento, estão com 4 mulheres acolhidas há aproximadamente 15 anos, sem perspectiva de retorno à família, todas com transtorno mental, acompanhadas pelo CAPS e com idades entre 59 e 63 anos.

A rotina delas é de atividades religiosas e com alguns voluntários fisioterapeutas e educador físico que mensalmente fazem um passeio para momento de lazer. Quanto aos trabalhadores da casa, as religiosas são voluntárias, no total de 8, mas há 3 funcionários contratados: cozinheira, motorista e secretária, custeados por doações, bem como a alimentação, água e energia. A renda da casa também vem das vendas de artesanatos feitos pelas irmãs.

Em relação ao trabalho em rede, acontece ainda de forma restrita apenas com instituições exclusivamente católicas.

**Figura 9 - Rede da Toca de Assis**



Fonte: Própria autora (2019).

## REFEITÓRIO SÃO VICENTE DE PAULO / IRMÃ INÊS

Localização: Avenida da Universidade, nº 3106, bairro Benfica, Regional IV.

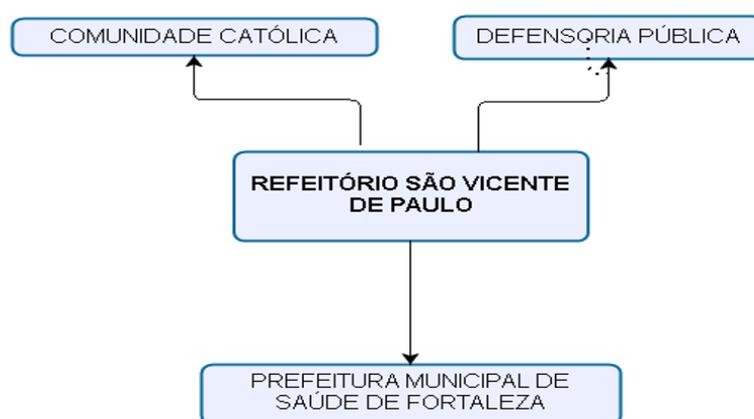
O trabalho iniciou no ano de 2003 a partir da idealização da conhecida e respeitada freira irmã Inês de Barros Lima, que observou o abandono da PSR e a inexistência

de cuidados mínimos para ela. Decidiu abrir o refeitório com o apoio da comunidade das filhas de caridade e outras congregações católicas. No início, as irmãs iam até as praças do Centro e faziam o convite às pessoas para conhecerem o espaço; posteriormente, o local foi ficando conhecido e bastante frequentado pela PSR.

O refeitório abre diariamente de 7:30h até as 13:00h e atende até 100 pessoas por dia, com uma média de 80. O serviço é direcionado aos homens e, eventualmente, as companheiras e filhos são atendidos. A instituição oferta banho, que no momento está suspenso, palestra diária, atividades religiosas e a principal refeição do dia, que é o almoço. Possui equipe de voluntários e 2 funcionários contratados para a cozinha e limpeza. A manutenção do trabalho depende de doações; quanto à aquisição de alimentos, a prefeitura fornece.

O objetivo do trabalho é atender as necessidades da população de rua, sobretudo a fome. O cenário da saúde traz como as mais frequentes demandas doença pulmonar, micoses e dependência de álcool e outras drogas. A instituição também tem uma casa, nas palavras da irmã, para os que querem verdadeiramente se libertar do problema das drogas, localizada no município de Aquiraz, com capacidade para 12 pessoas. Acolhe somente homens, por até 8 meses. No tocante à relação com outras instituições, não há algo bem estabelecido. Já foram visitados pela equipe do Consultório na Rua, mas não há articulação mais próxima para prestação de cuidados compartilhados ou encaminhamentos. A cada 15 dias, médicos voluntários fazem atendimento e, uma vez ao mês, uma defensora pública presta serviço à PSR.

**Figura 10 - Rede do Refeitório São Vicente de Paulo**



Fonte: Própria autora (2019).

## GRUPO ESPÍRITA CASA DA SOPA

Localização: Rua Assunção, nº 431, bairro Centro, Regional II.

A Casa da Sopa, como é convencionalmente chamada, é uma instituição não governamental sem fins lucrativos que desenvolve trabalho social junto à PSR e cuja equipe atuante são todos voluntários. Há relativa rotatividade, mas são 25 voluntários diretos que participam das ações e 15 indiretos que contribuem com doações de lanche, cesta básica, produtos de limpeza, roupas e ajuda financeira para os gastos da Casa.

Os projetos desenvolvidos na instituição são vários, fortalecimento de vínculos familiares, geração de renda por meio dos pequenos negócios e saúde e espiritualidade, ocorrem em vários dias durante a semana, especificamente na segunda-feira, terça e no quarto sábado de cada mês, são encontros presenciais com os sujeitos envolvidos. De acordo com os dados a Casa atende em média cerca de 180 pessoas semanalmente.

O início do trabalho foi a partir de um grupo de jovens espíritas que decidiram construir vínculos com a PSR por meio da música, alimentação, vestimentas e escuta fraterna nas ruas do Centro de Fortaleza em 1989.

Com o decorrer do tempo, o trabalho foi se solidificando e surgiu a necessidade de ter uma sede, tendo isso ocorrido em 1995, com a primeira casa localizada na rua Solon Pinheiro. Surge, assim, a primeira experiência em Fortaleza de agregar PSR em uma instituição para proporcionar cuidados básicos, alimentação, banho, apoio para retirada de documentos, espiritualidade, troca de tampas de garrafas pet por peças de roupas, processos de acompanhamento e fortalecimento de vínculos entre eles e os trabalhadores.

Seguindo a linha de cuidados prestados, de acordo com o seu dirigente, no início a Casa experimentou o método da terapia comunitária que iniciava no projeto 4 varas com o Dr. Adalberto Barreto e outros profissionais.

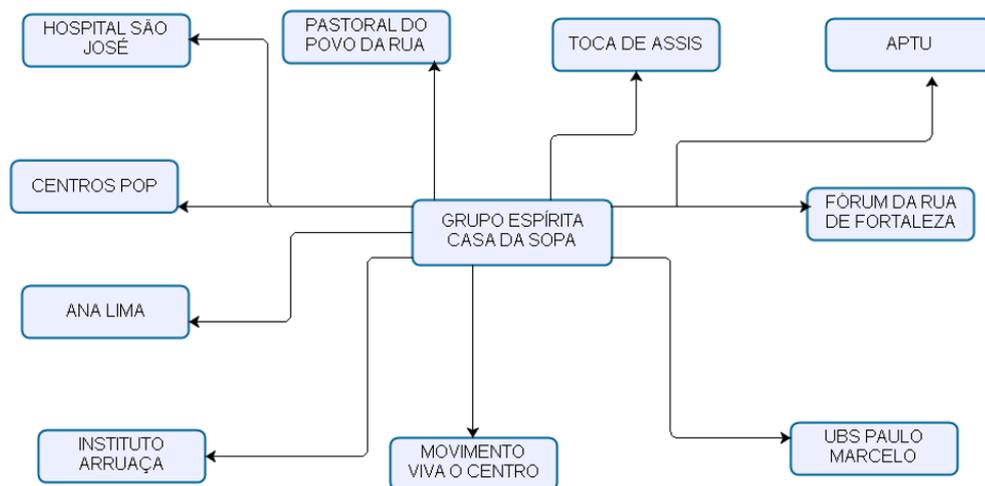
Em 2007, a política de assistência inaugurou o primeiro equipamento para a PSR, o Centro de Atendimento à População de Rua (CAPR) e a Casa da Sopa, por ser uma instituição de referência, foi convidada a participar do processo de formação dos profissionais do CAPR. Nesse contexto, o grupo foi buscando conexões com outras instituições, como a Pastoral do Povo da Rua, citada por ele como uma instituição irmã e parceira, que juntas criaram o Fórum da Rua de Fortaleza para pensar a política para PSR. Ambas as instituições, o Movimento Nacional de População de Rua e catadores de materiais recicláveis participaram ativamente da construção da Política Nacional para População de Rua em 2009.

Seguindo as articulações, em 2011 a Casa iniciou parceria com a associação Lua Nova, uma organização de São Paulo que na época desenvolvia um trabalho com meninas usuárias de drogas e mães em Sorocaba. O projeto foi eleito e premiado pela Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas (SENAD) e passou a disseminar a metodologia para outras instituições do Brasil. Foi nesse momento que a Casa da Sopa foi convidada a participar da capacitação e depois iniciou projeto de geração de renda com mulheres em situação de rua por um ano. Iniciou-se processo de capacitação em tratamento comunitário em Recife e São Paulo.

Atualmente, a Casa da Sopa integra a Rede Americana de Intervenção em Situação de Sofrimento Social (RAISSS), desenvolve trabalhos de geração de renda por meio de pequenos negócios, acompanhamento da rede dos sujeitos em situação de rua, atua no cuidado em saúde, espiritualidade e acompanhamento de famílias que estão no processo de saída da rua, porém, ainda no contexto de vulnerabilidade e pobreza extrema.

A metodologia em rede comunitária é o eixo norteador da instituição, que tem como parceiros a Pastoral do Povo da Rua, APTU, Toca de Assis, Centro Pop, Associação Ana Lima, Instituto Arruaça, UBS Paulo Marcelo, HSJ, Movimento Viva o Centro e o Fórum de Rua de Fortaleza.

**Figura 11 - Rede do Grupo Espírita Casa da Sopa**



Fonte: Própria autora (2019).

## CENTRO POP – BENFICA

Localização: Av. João Pessoa, nº 4180, Damas, Regional IV.

O Centro Pop é um Centro de referência especializado para a população em situação de rua, regulamentado pelo decreto 7.053/2009, o mesmo que instituiu a Política Nacional para PSR. É uma unidade de referência estratégica do Sistema Único de Assistência Social (SUAS). Pela tipificação nacional de serviços socioassistenciais, está classificado como de média complexidade e ligado à Proteção Social Especial (PSE).

Tem como objetivos possibilitar condições de acolhida na rede socioassistencial, contribuir para a construção de novos projetos de vida, contribuir para restaurar e preservar a integridade e a autonomia da PSR e promover ações para reinserção familiar e comunitária. Possui como dimensões norteadoras a acolhida, o acompanhamento especializado e a articulação em rede.

O Centro Pop Benfica existe desde novembro de 2013. Em maio de 2019, ganhou o novo endereço, pois antes funcionava na avenida da Universidade, nº 3215, no bairro Benfica. O trabalho desenvolvido é direcionado às Regionais IV, V e VI, é específico para o público de jovens, adultos e idosos, não atua com crianças, nem adolescentes. O acesso ao equipamento é mediante a realização de um cadastro para todos, quesito obrigatório; também é averiguado o atestado de antecedentes criminais, popularmente conhecido como folha corrida e é feita revista em todos os usuários. É proibida a entrada de pessoas sob efeito de álcool e outras drogas, portar drogas ou armas; o descumprimento das normas ocasiona sanções, como suspensão por diferentes períodos. Quanto a equipes, são 31 funcionários, dentre assistentes sociais, advogado, psicólogos, educadores e profissionais no apoio. As atividades ocorrem de segunda a sexta-feira, de 08:00 às 17:00h.

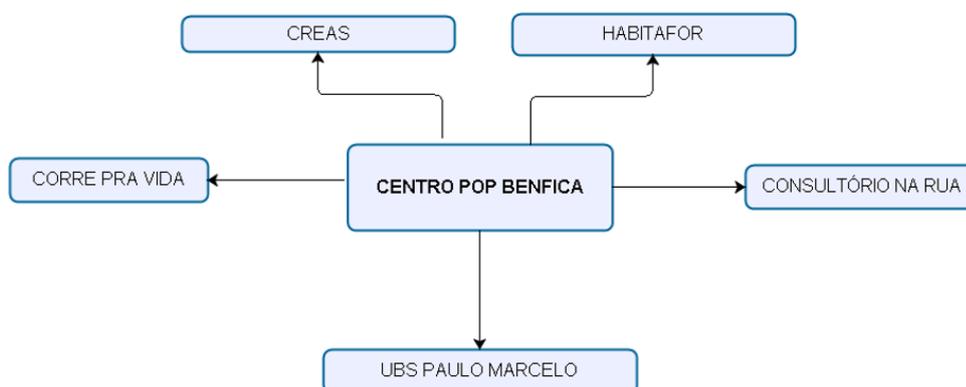
O serviço oferece a inclusão no CadÚnico, orientação para a retirada de documentação, acesso aos programas de transferência de renda e habitação, assessoria jurídica, atendimento psicológico, assistentes sociais e educadores. Há grande demanda por encaminhamentos para saúde e para abrigos, casa de passagem, abrigo dos homens e o abrigo para famílias. Em média, são cerca de 4 mil atendimentos por mês, porém, não são 4 mil pessoas, pois acontece de uma mesma pessoa receber vários tipos de atendimentos no mesmo dia ou turno e a equipe contabiliza por atendimento. O serviço oferta 4 refeições ao dia para os atendidos: café da manhã, almoço, lanche e jantar.

Quanto à questão da habitação, 88 pessoas foram contempladas com o aluguel social e 16 receberam apartamentos no ano de 2018, mediado pela Secretaria Municipal de Desenvolvimento Habitacional (HABITAFOR). Muitos não conseguiram a casa própria por

apresentar-se inadimplentes com a Caixa Econômica Federal, devido à abertura de crédito no passado.

Em relação ao trabalho em rede, há articulação com o projeto Corre pra Vida, que realiza semanalmente oficinas de redução de danos e outras temáticas, o Consultório na Rua, UBS Paulo Marcelo que disponibiliza vacinas, testes rápidos para HIV e sífilis e orientações. Acerca de Pessoas Vivendo com HIV (PVHA), a coordenadora relata conhecer 6 usuários, 3 fazem acompanhamento ambulatorial e os outros 3 não. A existência de coinfectados TB/HIV também acontece. Existe forte articulação com Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) que atua em casos mais complexos e vulneráveis e HABITAFOR.

**Figura 12 - Rede do Centro Pop Benfica**



Fonte: Própria autora (2019).

#### CENTRO POP – CENTRO

Localização: Rua Jaime Benévolo, nº 1059, José Bonifácio, Regional IV.

No momento da visita, o prédio encontrava-se em reforma em virtude de adequações na infraestrutura exigidas a partir da visita e constatação feita pelo Ministério Público (MP), por isso alguns atendimentos ocorriam na Praça do Ferreira. O equipamento já funcionou em três endereços, e o atual tem cerca de um ano de funcionamento. Antes, funcionava na rua Antônio Pompeu e anteriormente a primeira sede inaugurada em 2007 na rua Rodrigues Júnior, no Centro de Fortaleza.

O atendimento é organizado com base na divisão do território. Esse equipamento é responsável pelas Regionais I, II e III, porém acolhe qualquer usuário que chegue e para os “pertencentes” a outras Regionais, orienta sobre o outro Centro Pop. Caso a pessoa não queira ou não possa, fica sendo atendida neste.

Quanto ao funcionamento, é de segunda a sexta-feira, de 08:00 às 12:00h e das 13:00 às 17:00h. Porém, na quarta-feira não há atendimento ao público, pois nesse dia a equipe se dedica à capacitação, leitura de textos e estudos de caso. São cerca de 30 profissionais, equipe multidisciplinar composta por assistentes sociais, advogados, psicólogos, facilitadores de oficina e educadores que trabalham em campo, fazendo abordagem na rua. Há também motoristas, cozinheiro e porteiro. A dinâmica dos atendimentos segue da seguinte forma: média de 70 a 80 atendimentos por dia. Ao chegarem, passam por uma triagem feita pelos educadores que vai identificar se a demanda é jurídica, psicológica ou social. Para os que não querem nenhum desses atendimentos, assinam o registro para fins estatísticos e adentram ao espaço, tomam café da manhã, lavam roupas, participam de oficinas e rodas de conversas, com limite máximo de 20 participantes justificado pela necessidade de qualidade do momento.

O serviço conseguiu articular com a gestão o fornecimento de almoço para os 20 participantes, mesmo não estando na tipificação do equipamento, mas eles compreendem a importância da alimentação na perspectiva da redução de danos. Há um grupo de mulheres que surgiu a partir de questões de gênero e violências, e aos poucos foram chegando também mulheres trans e o grupo as acolheu. Há cerca de 15 participantes, utilizam a música, colagem e artes para fomentar as discussões e a autonomia, e o grupo tem se consolidado e já foi apresentado durante a mostra de Direitos Humanos.

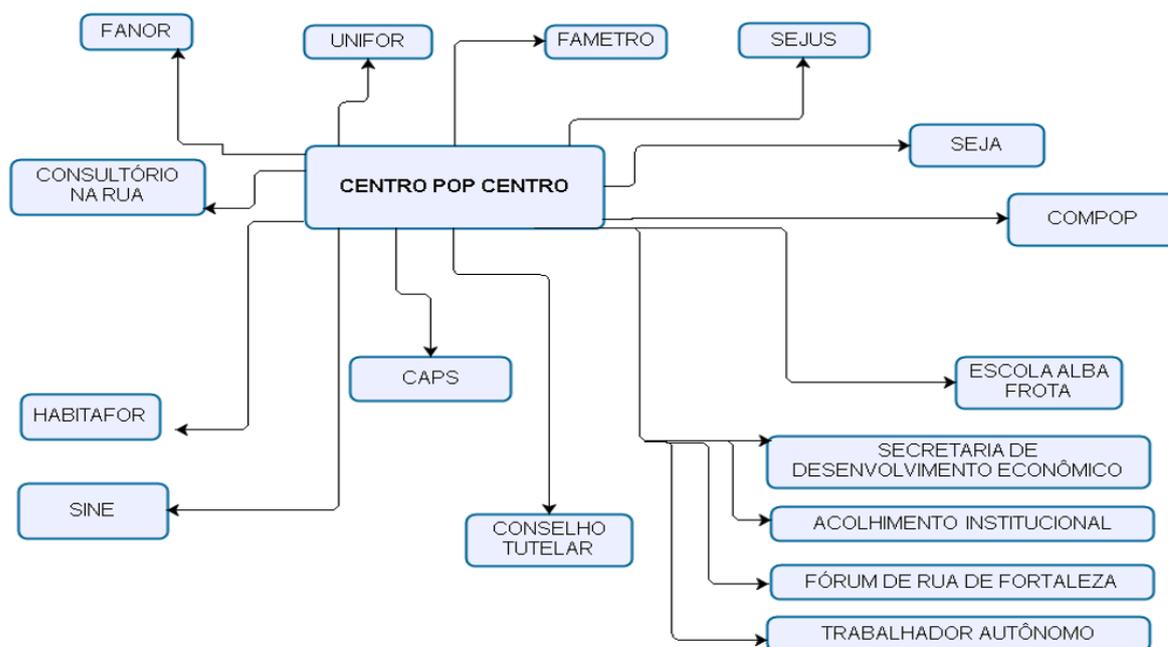
Após discussões e reflexões quanto à qualidade do serviço ofertado, o número de atendimentos por cada profissional foi limitado em 5 por turno, havendo flexibilidade dependendo da complexidade do caso.

O trabalho em rede parte da intersetorialidade que atravessa o processo de cuidado e muitos encaminhamentos e acompanhamentos são feitos para a saúde, CAPS, Consultório na Rua, educação, escola Alba Frota, Centro de Educação de Jovens e Adultos (CEJA), FANOR, UNIFOR, FAMETRO, assistência social, acolhimento institucional, HABITAFOR, Sistema Nacional de Emprego (SINE), Centro do Trabalhador Autônomo, Secretaria da Justiça e Cidadania do Ceará (SEJUS), Secretaria de Desenvolvimento Econômico, Conselho tutelar, Fórum de Rua de Fortaleza e COMPOP.

Quanto aos entraves, foi destacado o atendimento a crianças em situação de rua, pois o perfil da instituição é para adultos. A garantia de direitos da criança atravessa os pais que algumas vezes não compreendem, por exemplo, a importância de se manter a criança na escola, daí a importância da articulação com o Conselho Tutelar.

Com a crise internacional econômica e política, surgiu um novo desafio, que é o atendimento aos imigrantes ou refugiados. Têm aparecido haitianos e venezuelanos, pessoas em outro contexto de sofrimento social, mas que, ao chegarem a Fortaleza, estão recorrendo aos mesmos serviços para PSR.

**Figura 13 - Rede do Centro Pop Centro**



Fonte: Própria autora (2019).

## ACOLHIMENTO INSTITUCIONAL PARA MULHERES E FAMILIAS EM SITUAÇÃO DE RUA

Localização: Rua Tenente Marques, nº 131, Presidente Kennedy. Regional III

O espaço de acolhimento para mulheres e famílias em situação de rua já funcionou no bairro Joaquim Távora, mas em 2016 foi deslocado para a Parangaba, na rua Oswaldo Aranha, nº 3 e, em 04 de junho de 2018, ganhou nova sede no bairro Presidente Kennedy. O prédio atual do equipamento é do Lar São Francisco de Assis na Providência de

Deus, instituição religiosa que tem sede em Jaci, São Paulo. Os organizadores vieram a Fortaleza em busca de desenvolver uma obra social, elaboraram um projeto para Prefeitura por meio da SDHDS e firmaram um termo de fomento e convênio em 2017. Após os trâmites burocráticos e reforma na infraestrutura para adequações, foi inaugurado em 2018, gerido em regime de cogestão.

Os objetivos do trabalho são acolher a PSR, dar apoio biopsicossocial, reintegrar os vínculos familiares e a reinserção no mercado de trabalho. São 32 funcionários, uma parte contratada pelo Lar e a outra pela Prefeitura. A equipe técnica é formada por psicóloga, assistente social e a coordenadora; há outros profissionais de apoio que são os cuidadores, técnico de enfermagem, apoio administrativo, vigilantes, porteiros, cozinheiras e serviços gerais.

Quanto ao fluxo de acesso das pessoas, é via encaminhamento do Centro Pop, Conselho Tutelar, CREAS e Casa da Mulher Brasileira. Os usuários não podem acessar o equipamento diretamente. Caso estejam sob efeito de drogas, não entram e podem ser desligados por esse motivo. Ao chegarem, têm suas bolsas e bagagens revistadas, é proibido entrar com alimentos, portar armas ou objetos perfurocortantes. Durante o dia, podem sair livremente, mas precisam retornar até as 18:00h. O acolhimento tem capacidade para até 50 pessoas, conforme a tipificação nacional para serviços socioassistenciais. No momento da entrevista, havia 43 pessoas acolhidas e o funcionamento é ininterrupto por 24h. Essas pessoas têm um tempo de permanência previsto de 6 meses, porém, há flexibilidade de acordo com cada caso. Há pessoas na instituição há mais de dois anos. O serviço busca a locação social e a inserção no mercado de trabalho através do SINE, mas o número de pessoas que conseguem um emprego e avançam para morar em sua casa e reestruturar a vida é bem baixo. Existe a dificuldade de qualificação que a instituição busca superar com futuras capacitações.

O trabalho em rede é desenvolvido com o CRAS, CREAS, Centro Pop, SINE, CAPS, UBS Ivana Paes, com destaque para a Agente Comunitária de Saúde (ACS) e escola. Quanto às demandas de saúde, as mais frequentes são para a saúde mental e dependência de drogas. Às vezes aparece PVHA e a equipe tenta dar maior atenção para acompanhar aquele usuário. Presa pelo respeito ao sigilo, há uma preocupação em incentivar a testagem para HIV e tuberculose quando o técnico de enfermagem identifica algum sinal que ele considera sugestivo.

**Figura 14 - Rede do Abrigo Institucional para Mulheres e Família**



Fonte: Própria autora (2019).

## PROJETO CORRE PRA VIDA

O Projeto Corre pra Vida atua com pessoas em situação de rua e em outros contextos de vulnerabilidades que fazem o uso de álcool e outras drogas. É coordenado pela Secretaria Especial de Políticas Sobre Drogas (SPD). Foi inspirado em uma experiência de Salvador, quando, na época, a secretária Miriam Sobreira e a equipe da SPD viajaram para conhecer a experiência e compreender melhor como lidar com a questão do uso de drogas atrelado aos eixos do trabalho, que é o acolhimento, a prevenção, redução de danos, tratamento e reinserção social. Dispararam o processo de diálogo com a rede, Pastoral do Povo da Rua e outras ONGs, CRAS, CREAS e construíram o Projeto adequando às necessidades de Fortaleza.

O Projeto funciona desde de outubro de 2015. O primeiro container foi contemplado para a região do Centro e Moura Brasil, comunidade conhecida como Oitão Preto. Buscaram inserção na comunidade do Oitão Preto por meio da apresentação do trabalho às lideranças do bairro. Em 2018, em parceria com o Ceará Pacífico, o Projeto foi ampliado para as áreas do Mucuripe e Parangaba, tendo a escolha dos locais sido motivada pelos dados do censo da PSR realizado em Fortaleza. A necessidade de mais de um ponto de atuação se desenhou pela presença da PSR em vários territórios da cidade e por haver uma divisão geográfica bem delimitada imposta pelo crime organizado em facções, então algumas pessoas têm restrições para circular em determinadas áreas da cidade.

No container do Centro são cerca de 200 atendimentos por dia. Há o cadastro de mais de 800 pessoas que passaram pelo Projeto. A equipe multidisciplinar do Centro é

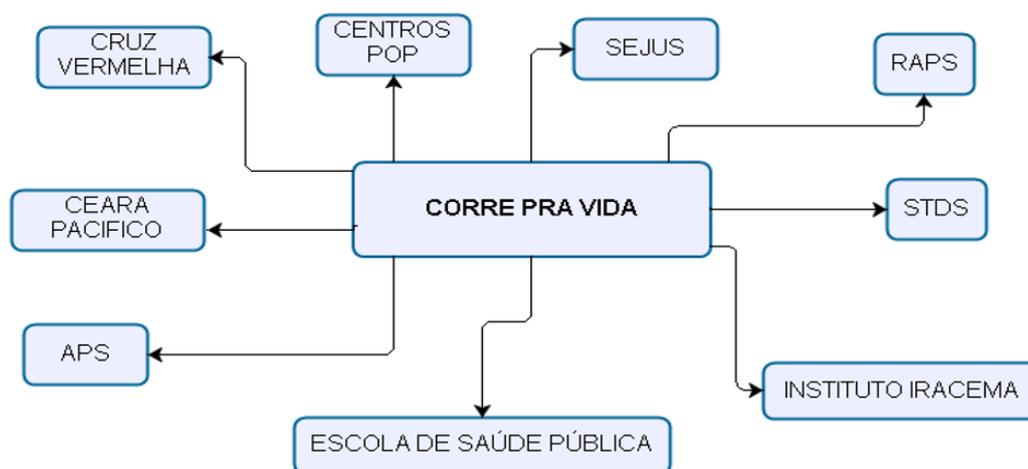
formada por 12 profissionais, dentre os quais assistente social, enfermeiro, fisioterapeuta, psicólogo, educadores, redutores de danos e supervisor. As outras duas têm equipe menor, com 8 profissionais. O funcionamento é de segunda a sexta, de 08:00 às 16:30h, e sábados, de 08:00 às 12:00h. Há uma agenda com algumas atividades noturnas e aos finais de semana.

O quadro de funcionários tem contratação por regime de CLT e os recursos para a manutenção do trabalho são oriundos de emendas parlamentares.

As ações ofertadas são palestras, rodas de conversa, banho, autocuidado, escuta qualificada e cuidados em saúde. Quanto ao trabalho desempenhado para o uso de SPA, alguns usuários são encaminhados para o acompanhamento no CAPS, outros para Comunidades Terapêuticas (CT). Há um entendimento de que, para recuperação, algumas pessoas se adequam melhor às CTs, onde se trabalham a disciplina, espiritualidade e busca de laços familiares por um período de até 9 meses. Existem 17 credenciadas pelo Governo do Estado. Outras pessoas preferem o acompanhamento terapêutico do CAPS, sem precisar ficar reclusa em instituição e tendo a possibilidade de continuar sua rotina de vida na rua ou na comunidade.

O Projeto já foi criado com a proposta de trabalhar em rede, atuando com as grandes redes como da Assistência Social, RAPS, APS, além da SEJUS e Cruz Vermelha.

**Figura 15 - Rede do Corre pra Vida**



Fonte: Própria autora (2019).

## POUSADA SOCIAL CIRLÂNDIO RODRIGUES DE OLIVEIRA

Localização: Rua Solon Pinheiro, nº 898, José Bonifácio, Regional IV.

O equipamento foi inaugurado em dezembro de 2014 no antigo endereço situado à rua Major Facundo, no Centro de Fortaleza. Por problemas estruturais, em outubro de 2015 foi realocado para o atual endereço. São dois serviços que funcionam no mesmo local, o Centro de Convivência classificado como média complexidade durante o dia, e a Pousada Social de alta complexidade durante a noite. Ambos os serviços não constam na tipificação nacional de serviços socioassistenciais. A Prefeitura Municipal de Fortaleza (PMF), por meio da antiga SETRA e por uma demanda dos usuários, buscou inspiração na experiência de outro estado e criou os dois equipamentos.

O público atendido são homens e mulheres adultos; crianças e adolescentes só entram com responsáveis. Durante o dia, é oferecido espaço para higiene pessoal, banho, lavagem de roupas, alimentação, espaço para guarda de documentos e pertences. Um dos objetivos é trabalhar a redução de danos, partindo da compreensão de que enquanto o usuário está no serviço, reduz danos de violência, fome, uso abusivo de drogas e tem a oportunidade de vivenciar a arte, cultura e o reconhecimento de direitos por meio de oficinas, rodas de conversa, grupo de teatro, grupo do batuque que já fazem apresentações em eventos, capoeira e o grupo de mulheres. As rodas de conversa têm os temas escolhido pela PSR e são desenvolvidas em parceria com o Corre pra Vida e o Consultório na Rua.

A PSR chega ao serviço por intermédio da equipe de abordagem de rua ou encaminhados pelo Centro Pop. O Centro de Convivência inicia as atividades às 08:00h, oferece quatro refeições ao longo do dia e encerra as 20:00h. Para os que estão com vaga na Pousada, podem dormir na instituição.

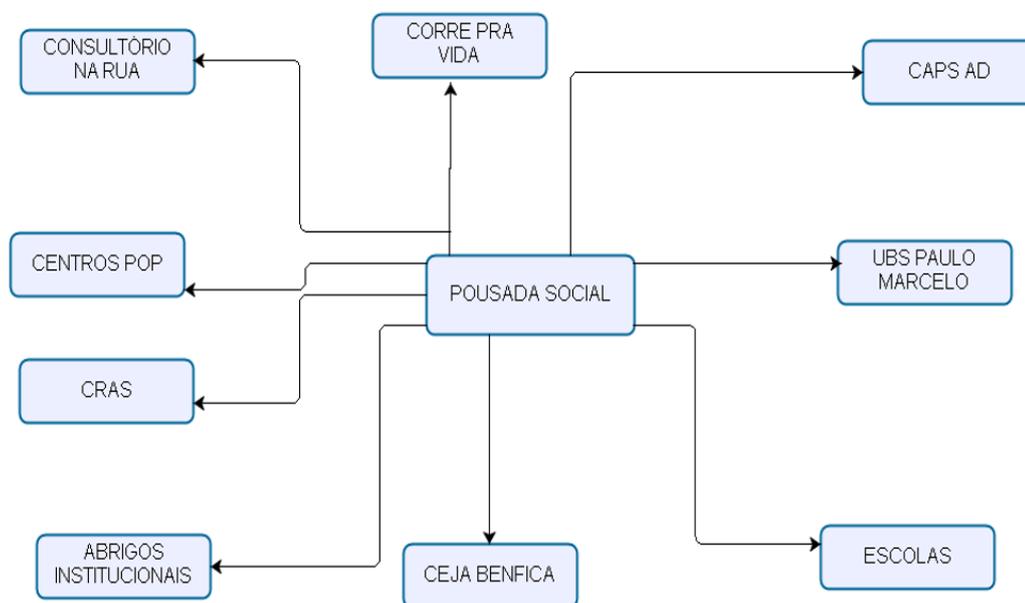
Cada pessoa tem um prontuário e também é feito um projeto de vida. O ambiente é disciplinado por normas, horários rígidos para entrada, saída, alimentação, dormir e acordar. Na entrada, as bolsas são revistadas, é proibido portar objetos perfurantes ou cortantes, armas ou drogas. Em caso de descumprimento, sofrem suspensão. Aos usuários em conflito com a lei, são encaminhados à advogada para orientações jurídicas, porém não podem frequentar o equipamento até a resolução da pendência.

Em relação à composição da equipe, há 7 educadores sociais, 2 assistentes sociais, 1 psicólogo, 1 advogada, 3 no apoio administrativo, 1 coordenador, vigilantes, cozinheiras e serviços gerais terceirizados. Quanto às demandas de saúde, a assistente social afirma que são muitas para APS, Saúde Mental e especialidade de oftalmologia. Eles realizam muitos encaminhamentos para o CAPS e UBS, porém há resistência da PSR em ir até a Unidade

Básica por experiência de já não terem sido atendidos, falta de médico, medicamentos, marcação de exames e consultas com especialistas agendadas para 4 ou 5 meses depois, fatores que distanciam a população de acessar a APS.

Em relação à presença de pessoas com HIV, foi relatado o complexo caso de uma jovem grávida com transtorno mental e HIV, cujo companheiro faleceu por conta do vírus. A mesma teve um surto ao saber que o exame do bebê foi reagente, tinha passado pela emergência do Hospital Mental de Messejana, várias consultas agendadas no CAPS e Hospital São José sem comparecimento. Recebia medicamentos, mas não aderiu ao tratamento. As ações em rede se dão com a UBS, Consultório na Rua, CAPS, Corre pra Vida, Centros Pop, CRAS, CEJA do Benfica, SINE, Escolas e Conselho Tutelar.

**Figura 16 - Rede da Pousada Social**



Fonte: Própria autora (2019).

### ABRIGO DOS HOMENS

Localização: Av. Francisco Sá, nº 1833, Casa C, Jacarecanga, Regional I.

A Instituição foi inaugurada em 2014, tendo como perfil de usuários homens de 18 a 60 anos. Não é uma Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI). A equipe é formada por cerca de 17 profissionais, dentre cuidadores, assistente social, psicóloga,

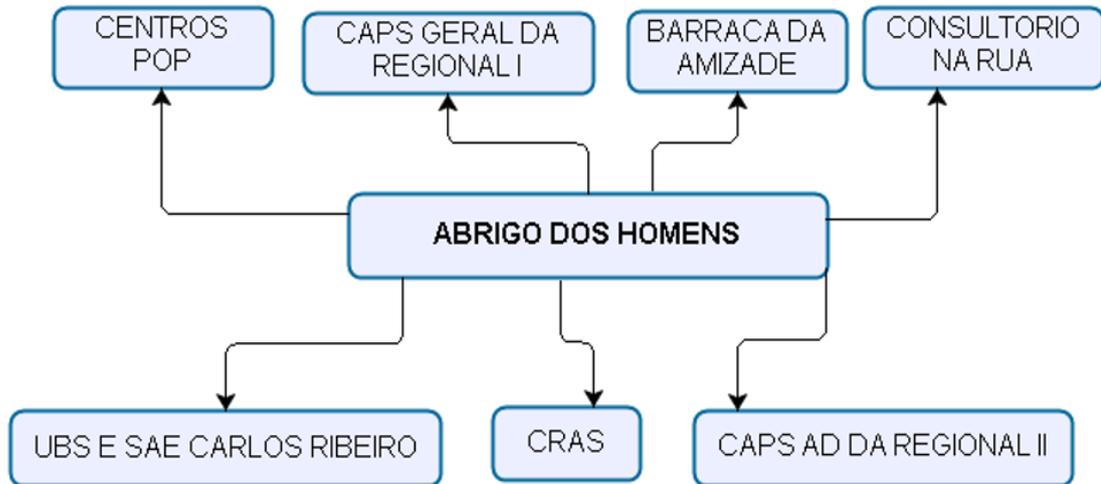
coordenador, cozinheiras e auxiliares, apoio administrativo, serviços gerais, porteiro e vigilante.

O acesso é via Centro Pop ou CREAS. Não existe entrada por demanda livre e há uma central de vagas na SDHDS que avalia o perfil do usuário para encaminhar a um dos abrigos. No ato da entrada, eles são orientados quanto ao regimento interno e assinatura do termo de compromisso. Nos documentos, são abordados direitos, deveres, regras e proibições como, por exemplo, prática de relação sexual e uso de SPA.

No momento da visita, havia 40 usuários abrigados, alguns com comprometimento físico, mental, dois com diagnóstico de HIV, um fazendo tratamento e o outro descobriu há dois anos, mas resiste ao acompanhamento. Não há um centro de convivência com atividades programadas, a rotina são as refeições, sala de estar para assistir televisão e uma minibiblioteca feita pelos próprios usuários. O foco do serviço é estimular a saída dos usuários para que ao longo do dia busquem resolver suas demandas, evitando institucionalização longa e fortalecendo a autonomia do sujeito. O acesso é livre para entradas e saídas das 06:00h às 18:00h.

Para cada usuário, é feito um prontuário e o PIA (Plano Individual de Acompanhamento), onde são vistas demandas e encaminhamentos para retirada de documentação, atendimento em saúde, vínculo familiar, dentre outros. Quanto ao tempo de permanência, é instituído de seis a doze meses, dependendo de cada caso. Porém, muitos saem antes de seis meses por descumprimento das regras, um dos mais recorrentes sendo pernoitar sem autorização e chegar ao abrigo sob efeito de drogas. O outro extremo são os que chegam ao limite da permanência de um ano sem ter conquistado emprego, moradia, nem reatar laços familiares. Esses casos são analisados pela equipe de acompanhamento para decidir se prolonga a permanência um pouco mais ou desliga o acolhido.

Quanto ao vínculo de trabalho com outras instituições, existe articulação com a ONG Barraca da Amizade, CTA/SAE Carlos Ribeiro, Consultório na Rua, CRAS, Centros Pop, CAPS geral da Regional I e CAPS AD do Centro que, mesmo não sendo o de referência para o território, é preferido pelos usuários por terem vinculação com os profissionais de lá.

**Figura 17 - Rede do Abrigo dos Homens**

Fonte: Própria autora (2019).

#### CASA DE PASSAGEM ELIZABETE DE ALMEIDA LOPES

Localização: Avenida da Universidade, 1885, Benfica, Regional IV.

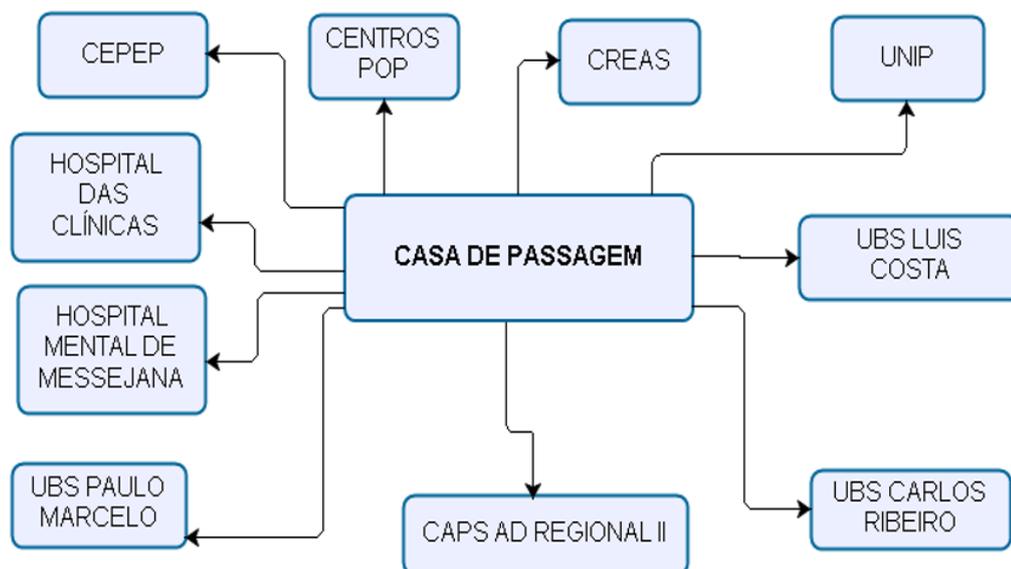
A Casa de Passagem é um serviço que integra a Proteção Social Especial, classificado como de alta complexidade. É um equipamento destinado a acolher temporariamente a PSR, pessoas em desabrigo por abandono, migração e pessoas em trânsito sem condições de auto-sustento. O perfil são homens adultos em situação de rua e a média de tempo deveria ser de três meses, mas muitos permanecem por período superior. A equipe é composta de uma assistente social, coordenador, dois auxiliares administrativos, seis cuidadores, três cozinheiros, três serviços gerais e vigilante.

O acesso é a partir dos Centros Pop ou CREAS. Ao entrarem, são informados das regras e os motivos que geram advertência. Cada usuário pode ter no máximo três advertências. Os principais motivos que geram tal penalidade é entrar sob efeito de uso de drogas e pernoitar (passar a noite fora da instituição). Quanto ao funcionamento, ocorre durante 24h, porém, com horários determinados para entradas e saídas. A capacidade é para até 45 acolhidos. No momento da visita, havia 38 homens dos quais muitos eram idosos, um colostomizado, um deficiente visual, diabéticos, hipertensos, PVHA acompanhado pelo HSJ (esses com comprometimento de saúde acabam permanecendo na instituição por longos períodos).

Em relação ao trabalho em rede, acontece articulação com o CEPEP por meio do curso de Recursos Humanos para encaminhamentos de emprego, de acordo com as habilidades e experiência profissional, Hospital Universitário Walter Cantídio, Hospital

Mental de Messejana, CAPS AD Centro, UBS Carlos Ribeiro, Paulo Marcelo e Luís Costa, abrigos e Universidade Paulista (UNIP).

**Figura 18 - Rede da Casa de Passagem**



Fonte: Própria autora (2019).

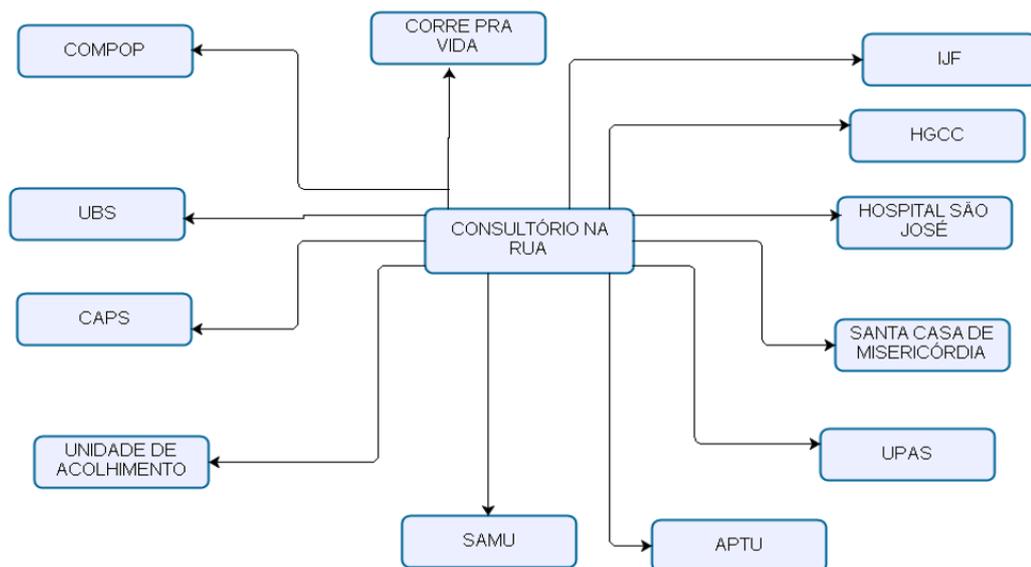
### CONSULTÓRIO NA RUA

O Consultório na Rua (CnR) está integrado à Política de Atenção Básica do SUS. Suas atribuições são orientadas pela portaria 122 de 25 de janeiro de 2011 que define as diretrizes de organização e funcionamento das equipes de Consultório na Rua. A equipe é composta por sete profissionais, duas assistentes sociais, duas enfermeiras, duas técnicas de enfermagem e uma psicóloga.

Da memória dos profissionais surge a data de implantação da primeira equipe de Fortaleza em novembro de 2016, fruto de reivindicação do COMPOP. O serviço tem como base de atendimento a UBS Paulo Marcelo que atua no território do Centro da cidade. No início das atividades relataram que realizaram um mapeamento das instituições com atuação para PSR e se debruçaram em estudar a legislação e política nacional. Realizam atendimentos dentro da UBS e criaram uma agenda de atividades em outros equipamentos da prefeitura, recebem muitas demandas de abordagem de rua de toda a cidade, porém, não têm como atender locais mais distantes.

Quanto ao trabalho em rede, têm articulação com UBS, CAPS, SAMU, UPAS, HSJ, IJF, HGCC, Unidades de Acolhimento, Santa Casa de Misericórdia, Corre pra Vida, COMPOP, e a APTU.

**Figura 19 - Rede do Consultório na Rua**



Fonte: Própria autora (2019).

### 7.1 Análise do mapeamento das instituições governamentais e não governamentais

Após as entrevistas e construção do quadro, o estudo conseguiu mapear 16 instituições atuantes para a PSR nas Regionais I, II, III e IV, oito instituições são equipamentos da Prefeitura e as outras oito são ONG. Certamente existem outras, porém, o nosso fio condutor foi a fala dos sujeitos em situação de rua.

Percebemos que existe muitas pessoas envolvidas no processo, as instituições governamentais e não governamentais têm o mesmo intuito de atender e prestar cuidados a PSR, contudo, apresentam focos diferentes, as governamentais têm um expressivo engajamento por parte dos profissionais que ultrapassa o fazer convencional e se assemelha a uma militância, principalmente, por direitos das PSR, elas apontam as inúmeras dificuldades existentes, mas demonstram desprendimento na atuação. As não governamentais, atuam numa dimensão mais fraterna, para as que são engajadas ao Fórum de Rua de Fortaleza, observamos que há um foco mais voltado para a conquista de direitos e autonomia, enquanto que as

instituições que não são engajadas, apresentam postura mais de caridade. Entretanto, todas demonstram voluntarismo e dedicação pela causa.

### ***7.1.1 Como se dá o funcionamento e o limiar de acesso***

De acordo com os resultados encontrados, observou-se que as instituições governamentais funcionam com dias e horários bem estabelecidos, de um modo geral período diurno, de segunda a sexta-feira. Para as ONGs, é mais difícil manter voluntariado trabalhando todos os dias, então desenvolvem ações em alguns dias da semana, noites e ou finais de semana.

A forma como as pessoas são recebidas ou acolhidas gera impacto na vinculação entre os atendentes e os usuários e, conseqüentemente, com a instituição e seus serviços. Um modo de avaliar essa questão, é saber o que acontece na porta de entrada. Para tanto, apresentamos o conceito de limiar de acesso, advindo do tratamento comunitário. Esse conceito é entendido como o conjunto de elementos e fatores que facilitam ou dificultam o acesso a um serviço ou a uma forma de ajuda, todo tipo de elemento que incremente a distância entre uma pessoa e qualquer tipo de entidade que possa satisfazer ou dar uma resposta a suas necessidades (MILANESE, 2012).

Um dos grandes desafios do tratamento comunitário é encontrar o equilíbrio entre a necessidade de reduzir os obstáculos para o acesso das pessoas e ao mesmo tempo a necessidade de aumentar a qualidade das respostas (melhorar a eficácia) (MILANESE, 2018).

As instituições mapeadas apresentam limiares de acesso variados, porém, a maioria caracterizou-se como alto limiar, ou seja, maior grau de dificuldades para serem acessadas, como, por exemplo, o horário de funcionamento de 08:00h às 17:00h de segunda a sexta-feira, dificultando o atendimento. Caso um usuário necessite ser atendido sexta-feira à noite, precisará esperar até segunda pela manhã; dependendo da necessidade, pode ser que não possa esperar e essa prática distancia o usuário, provoca descrédito e se configura como uma barreira de acesso ou alto limiar de acesso. A seguir, algumas falas para exemplificar diversos tipos de barreiras.

O fluxo é o Centro Pop ou a Central de vagas lá da secretaria, o fluxo é esse, ou vai para o Centro Pop, passa pela triagem lá, aí tem instituição que já triam né, Conselho tutelar, CREAS, Casa da mulher brasileira, eles ligam para a Central de vagas ou então encaminham para o Centro Pop para trazer para cá (Coordenadora do Acolhimento Institucional para Mulheres e Famílias).

Eles vêm através dos Centros Pops, a gente só recebe encaminhado do Centro Pop, não é demanda livre, por exemplo, se chegar alguém e bater, a gente não pode receber, nem de hospital, nem de outra instituição, a gente até recebe, mas um técnico do Centro Pop e um técnico do abrigo vai até o serviço discutir o caso, avaliar o caso pra ver se tem condições de receber (Psicóloga do Abrigo dos Homens).

O trato institucional disciplinador emerge de uma necessidade de organização dos serviços, mas que por vezes dificulta a entrada do usuário. De acordo com Cabral Júnior e Costa (2016), o tratamento homogeneizante do Estado à população em situação de rua configura uma barreira para uma consolidação da cidadania por intermédio de políticas sociais. Os serviços não desenvolvem suas estratégias levando em conta o princípio da heterogeneidade.

Para Amaral e Bosi (2017, p. 429),

[...] em um contexto de rede, um serviço que considera determinada demanda inadequada para si, tem ainda a responsabilidade de manejá-la adequadamente em direção a outro serviço apropriado. Cria-se, com isso, um objeto de trabalho que vai além da responsabilidade individual de um serviço, tornando-se um objeto da rede.

Usualmente, costuma-se dizer que o sujeito é (pertence) a uma determinada instituição; na perspectiva acima, dever-se-ia compreender que ele é de uma rede, ou melhor, participa dela e constrói a sua.

[...] Como essa Casa já é bem conhecida né, muito deles já vem pra cá, chegam batendo na porta, outras vezes é encaminhamento da Prefeitura, Centro Pop. É feita uma triagem quando eles chegam, aí a gente pede alguns documentos, identidade, folha corrida, porque é necessário, se tiver conflito com a lei, foragido, aí não fica não (Coordenador da Casa São Francisco/Albergue Shalon).

A gente não tem como revistar a pessoa, não é da nossa competência, a gente não pode fazer isso, mas a questão das bolsas são revistadas, mesmo porque eles não podem entrar com alimentos, nem com objetos perfurantes, cortantes, nada disso (Coordenadora do Acolhimento Institucional para Mulheres e Famílias).

Por mais que tenha capacitação e tudo, a gente percebe em alguns profissionais que não querem que o usuário entre, sei lá... não é nem sem camisa, sei lá, ele tomou algumas doses a mais e a gente diz “Não, mas ele é o nosso público, é o nosso perfil, deixa ele entrar”, a não ser que a pessoa esteja armada, que a pessoa esteja com alguma coisa, aí realmente... (Assistente Social do Centro POP – Centro).

Imaginemos que o trabalho vivo em ato é autogovernável e, portanto, passível de subverter a ordem e a norma, e abrir linhas de fuga em que ele possa se realizar com maiores graus de liberdade, mostrando sua potência criativa (FRANCO, 2006).

No pensamento de Franco, essa questão está numa percepção subjetiva, de uma ação objetiva, deixar ou não deixar entrar.

Eles não podem entrar sob efeito de nenhuma substância, aí nós temos um termo de advertência quando o usuário pernoita (não dorme na casa), ele sai hoje pra chegar amanhã, vamos dizer, ele saiu 6:00h da tarde pra chegar 8:00h da manhã do dia seguinte, se até 8:00h ele não chegar, então ele já não entra, ele já leva advertência, eles têm três advertências, a terceira ele já sai da casa (Coordenadora Interina da Casa de Passagem).

Desse modo, aquele profissional, no caso das de instituições governamentais e o voluntário no caso das não governamentais, podem subverter o alto limiar de acesso, mas para alguns profissionais, essa mudança é mais difícil.

Neste ponto, cabe refletirmos também o uso de drogas entre a PSR. De acordo com o último censo realizado em 2015, em Fortaleza, 79,8% declararam fazer uso de algum tipo de droga, um serviço idealizado para atender a essa população e impedir o acesso. Por esse motivo, reduz-se a potência do acolhimento e desconsideram-se as singularidades dos sujeitos.

Merhy et. al (2014) apontam que é preciso colocar em análise o conjunto de práticas ofertadas por nossas instituições de saúde, educação, assistência social, entre outras. Mapear a existência e a invenção de espaços para fora do muro nos quais os usuários/as também percorrem suas trajetórias, bem como reconhecer os ditos informais e os sentidos que são produzidos nele são uma boa forma de enxergar o quanto esse mundo tem elementos em aberto, não capturados, trabalho vivo em ato dependente e que se expressam como tensões e disputas pelo seu sentido.

Se tiver aqui respondendo em aberto, o usuário não pode ficar no equipamento, se não tiver direitinho indo assinar, porque todo atendimento aqui a advogada tira a folha corrida deles. Todo usuário que entrar aqui tem que fazer o cadastro, tendo documentação ou não, tem que fazer, é obrigado (Coordenadora Centro Pop Benfica).

Limiar de acesso zero dos trabalhos da Casa da Sopa se dá na ambiência da rua, o território da rua permite o encontro sem barreiras, sem limiar de acesso formal. É o encontro direto, então ir para a rua manter o dispositivo de visita e de relação na rua. O acesso à Casa e aos dispositivos da casa também é de baixíssimo limiar, está relacionado mais ao horário em que a casa está aberta, as pessoas não precisam para entrar nenhum tipo de documento, não precisam fazer nenhum tipo de cadastro, então o acesso é direto, não há nenhuma restrição. Mas o limiar de acesso um pouco maior dentro dos dispositivos da Casa é a lojinha social, a pessoa recebe a roupa

mediante sua participação, como juntar tampas de garrafas pet ou lacre de latinhas de refrigerante, aumentar um pouco esse limiar é também privilegiar a autonomia da pessoa pra que ela não só receba né, e também trabalhar o conceito de parceria e isso é positivo (Coordenador Casa da Sopa).

Claro que a gente não exclui no sentido de ter uma acolhida ou um acolhido que não professa fé, mas que isso auxilia bastante se o acolhido for da mesma fé, por quê? Porque temos também todo um cronograma da nossa fé dentro das nossas casas, já que é uma casa religiosa, então, assim, se os acolhidos/as professam a mesma fé, eles entram nesse circuito das orações, dos momentos, claro que não é uma coisa obrigatória de impor, de imposição, mas a gente convida (Freira da Toca de Assis).

### ***7.1.2 Garantia de direitos e autonomia***

Um aspecto a ser observado é o campo da garantia de direitos, a forma como se dão as relações entre as instituições e PSR que podem direcionar o sujeito para emancipação ou aprisionar em condições mantenedoras de miséria.

A efetivação dos direitos da PSR, desde a promulgação do decreto nº 7.053 (2009), constitui permanente desafio, que deve ser analisado com a complexidade que essa população exige. Aprimorar os dispositivos constitucionais garantidores de direitos por meio de formulação de políticas públicas é o primeiro passo, mas isso nem sempre significa a efetivação dos direitos em questão (RODRIGUES, 2018).

Em um estudo desenvolvido por Cabral Júnior e Costa (2016), objetivaram identificar as barreiras à cidadania nas políticas sociais para a PSR. A sétima barreira encontrada foi a ação assistencialista que pode revestir as políticas sociais. Esclarecem que o mero implemento de ações de bem-estar social para solucionar efetivamente os problemas sociais como a exploração e a miséria, olvidando de erradicar as causas da dependência, a despeito da perspectiva da igualdade e da justiça social, configura a prática assistencialista e não de assistência.

Cobrar o que é de dever do Estado é um caminho para implementação de ações efetivas que minimizem o sofrimento social e oportunizem melhores condições de vida. Conforme Rodrigues (2018), quando se enfocam as políticas públicas para garantia de direitos e a mitigação da desigualdade social, impõe-se a reflexão acerca do papel do Estado no capitalismo e o princípio de bem-estar social como alavanca para a redução da pobreza.

Os Direitos individuais possuem muito mais respaldo jurídico e garantias judiciais efetivas do que os direitos sociais. Enquanto existem instrumentos como o Habeas Corpus, Mandado de Segurança, o princípio da legalidade, entre outros, destinados à garantia do cidadão contra arbitrariedades estatais, verificamos a absoluta falta de instrumentos e garantias jurídicas que protejam, com a mesma eficácia, os direitos

sociais, culturais e econômicos. Enquanto os direitos civis e políticos exigem, basicamente, uma abstenção por parte do Estado, os direitos sociais exigem uma ação efetiva do Estado (HAMADA et. al, 2018, p. 466 apud AITH, 1999).

A gente tem conseguido garantir que a Casa do Povo da Rua seja um espaço de convivência fraterna e espaço de conquista de direitos. É lá na casa que nós fazemos as reuniões e rodas de conversas sobre os direitos, sobre a cidade, sobre a questão dos direitos dos excluídos, sempre às quartas-feiras à tarde. Nós acreditamos que não adianta só ajudá-los a refletir, discutir questões de direitos, políticas públicas sem pensar na corresponsabilidade, sem pensar no acompanhamento. A Pastoral do Povo da Rua lançou em 2015 a campanha de moradia: “Chega de omissão, queremos habitação” e essa temática vem fortalecendo muito todo dia (Pastoral da Rua).

Os especialistas e os militantes dos direitos da pessoa em situação de rua vêm alertando que a base para garantia de direitos se encontra no direito à habitação. A falta de moradia digna repercute na vulnerabilidade, em outras áreas da vida, como trabalho, educação e saúde (RODRIGUES, 2018).

De acordo com Feijão (2017), a PSR encontra entraves à consolidação de seu direito à cidade e à moradia digna, deparando-se com barreiras mercadológicas, institucionais e sociais. A isso seguem outros direitos, como a saúde, o lazer e a cultura, em virtude de estigmas sociais. “(...) mas, assim, o nosso foco é fazer com que o usuário saia do serviço pra resolver as demandas dele, a gente não quer que ele se institucionalize aqui dentro, a gente não quer que ele se acomode aqui dentro” (Psicóloga do Abrigo dos homens).

[...] porque a gente trabalha a autonomia do sujeito. A gente aqui trabalha essa autonomia desde o início, ele vem, a gente escuta, “Aqui os seus direitos são x y e z, agora vamos para os seus deveres”, e aí assim, o primeiro dever deles é documentação, não se faz nada sem documentação, nem bolsa família, nem BPC, nem nada, aluguel social, nada, e aí é a autonomia do sujeito de ter sua identidade ao ser abordado na polícia enfim (Assistente Social do Centro POP – Centro).

Nas narrativas encontradas, observa-se que os profissionais têm em mente a importância da busca pela autonomia do sujeito, porém, os meios efetivos para conseguir alcançar esse intento se dissolve na complexidade estrutural do fenômeno viver na rua. Pois não depende somente do sujeito, nem só do profissional ou serviço, envolve toda a rede dessa pessoa e políticas públicas efetivas.

Quanto às OSC, em especial as de ordem religiosa, caberia reflexão acerca do assunto. Em um dos abrigos visitados, era comum as usuárias permanecerem longos anos, acolhidas até a morte, sem perspectivas de reatar laços familiares, trabalhar, construir relações fora do abrigo e adquirir autonomia.

O trabalho de criar, né, a autonomia dos parceiros é um longo processo de construção e também de desconstrução de determinados valores. A Casa da Sopa foi fundada dentro de um contexto espiritual que em algum momento trabalhava a caridade num sentido de doação de quem tem para quem não tem, ela vive um processo de desconstrução dessa maneira, de ver a caridade e entender caridade como relação entre iguais, a ideia de criar autonomia dentro desse contexto é pensar que essa pessoa é um parceiro e não um assistido e não um beneficiário e não um usuário, mas um parceiro. A Casa também tem se preocupado em gerar autonomia financeira e por isso tem um foco voltado para os pequenos negócios para que a pessoa se torne independente, a ponto da pessoa pagar o seu aluguel, comprar sua alimentação [...] (Coordenador Casa da Sopa).

Na realidade, a nossa missão é acolher as pessoas vivendo em situação de rua, dar esse apoio psicossocial, e tentando reinserir, reintegrar também os vínculos familiares, a gente busca muito isso, é uma das coisas. As pessoas saem muito daqui porque voltam para a família, tem pessoas que a gente consegue, e também a questão da vida, melhorar a qualidade de vida, de reinserir no trabalho, ter a sua casa, a questão do aluguel social (Coordenadora do Acolhimento Institucional para Mulheres e Famílias).

### ***7.1.3 Análise da Rede***

A análise de rede é uma ferramenta importante para representar as relações existentes entre grupos, indivíduos ou serviços. Por conter características peculiares, foram necessárias técnicas para ordenar e representar graficamente as interações entre os serviços. Ressalta-se que essa é uma forma de se tentar compreender as informações geradas. Um gráfico isolado não permite a análise em profundidade, pois requereria mais elementos. “Um passo decisivo para entender as dinâmicas próprias do trabalho em rede é entender como a vida natural sustenta e se autoproduz, pois o conceito de rede foi criado a partir do estudo dos sistemas vivos” (FIALHO, 2014, p. 11).

Importante reconhecer que essa é uma fotografia do momento das entrevistas e que foi captada a partir da fala de cada entrevistado. Pode ter ocorrido a perda de alguns elementos, pois nem sempre todos os trabalhadores de uma instituição conhecem sua própria rede, podendo haver fragilidade no fluxo interno de comunicação.

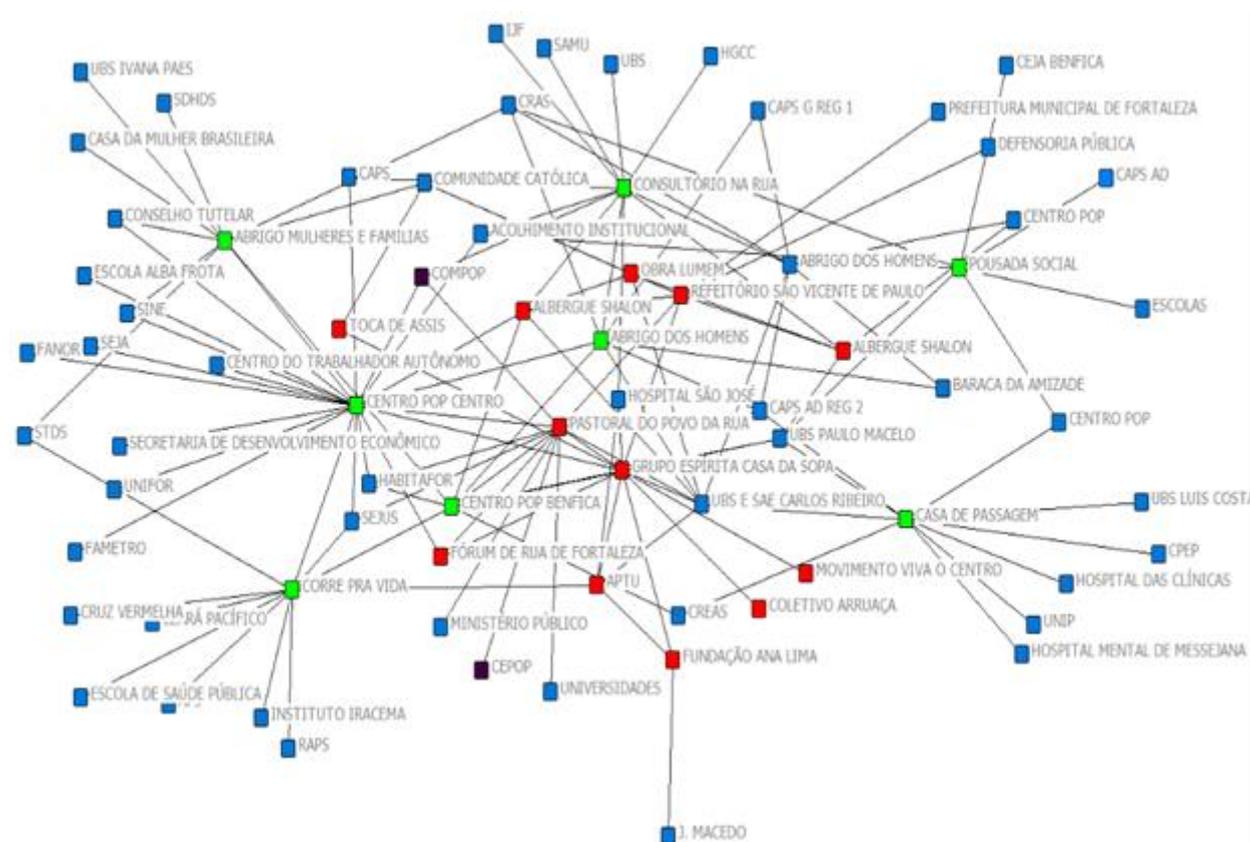
A rede é composta de instituições, mas instituições por si só não se relacionam, são os indivíduos que fabricam os laços de vinculação, amizades, cooperação e solidariedade. Gomide e Schutz (2015) alertam que, mesmo sendo intencionais e planejadas, essas formas de organização em rede dependem de seus responsáveis e de suas inter-relações sociais. A estrutura da rede se faz coletivamente pelas ligações estabelecidas entre cada indivíduo, a partir de suas escolhas e afinidades.

Outro ponto de reflexão são quando as redes foram citadas de uma forma macro, por exemplo, em vez de ter relação com a UBS X, foi mencionada a relação com a Atenção

Primária em Saúde, ações não com o CAPS Y e sim com a RAPS. A rede é viva e ilimitada, pode se ramificar para vários pontos; contudo, a relação parte de um campo micro mais palpável para ampliação, então citações muito genéricas podem revelar um distanciamento dos equipamentos.

No gráfico 1 temos quadrados vermelhos representando as OSC, os quadrados na cor verde são as instituições governamentais, os azuis são instituições citadas como a rede das entrevistadas, os dois em preto são os comitês.

**Gráfico 1 - Rede geral das Instituições que atuam com a PSR em Fortaleza**



Fonte: Própria autora com uso do NetDraw (2019).

As instituições localizadas mais ao centro exercem trabalhos diretamente com a PSR. As que estão periféricas não têm como objetivo direto cuidar da PSR, mas independente disso estão prestando cuidados a essa população. O espaço central apresentou também algumas instituições que ganharam esse posicionamento mesmo não atuando diretamente com a PSR, fato que se explica pelo motivo de atenderem com frequência a PSR e estarem interligadas com vários pontos da rede. Desse modo, o gráfico desloca a instituição para o

centro quando ela referencia muito e também é referenciada pelas outras. Esses são indícios de uma relação mais forte e recíproca. Essa conformação indica papel importante no fluxo da rede e demonstra a existência de várias redes que acontecem de forma paralela.

Quanto à interação da rede, observa-se que as instituições governamentais são mais homogêneas por terem predominância de relações com outras governamentais, enquanto que as OSC são mais heterogêneas, demonstram interconexão tanto com o poder público quanto entre elas; essa é uma forma de ampliar o leque de oportunidades para utilizar os recursos da grande rede.

Milanese (2012) reflete que redes muito homogêneas têm a tendência a fechar-se, a perder a capacidade de flexibilidade e adaptar-se a situações fluidas, situações com alto grau de turbulência. A comunidade dispõe de uma riqueza de recursos com potencial para fortalecer as relações e modificar a realidade de pessoas altamente vulneráveis. Se as instituições formais ampliassem o leque de parcerias com as OSC e dentro do território, fortaleceria a atuação da rede. Analisando o mapeamento da rede, percebe-se que essa relação existe, mas foi timidamente expressada por tais instituições.

## 8. CONCLUSÃO

Com base na análise da interação da rede, foi possível observar que a rede da população em situação de rua é diversa. Tem suas singularidades e limitações, porém, protagoniza o cuidado. Cada instituição com o seu modo de fazer, o fazer que não tem “receita de bolo” e não acontece somente por diretrizes e protocolos.

O universo da rua produz a noção de cuidado nas pessoas, a rede de instituições informais teve em suas raízes a solidariedade como elemento propulsor para construir o seu trabalho. Espontaneamente foi se inventando, tecendo sua rede, interconectando instituições formais da habitação, saúde e assistência social, além de desenvolver relações com outras instituições informais em busca de fortalecimento.

Por outro lado, a dinâmica das instituições formais já vem de um escopo de rede como preconiza o SUAS e as Redes de Atenção à Saúde, têm o seu papel bem estabelecido e normatizado, a relação existe, mas sobretudo, delimitada no âmbito institucional. Para além desse arcabouço, observou-se em alguns profissionais o desprendimento em não fazer apenas o normatizado, eles atuam com engajamento, criatividade e se reinventando dentro das estruturas limitantes das instituições públicas.

O achado do estudo que chama atenção é que a rede de cuidados que ora surgiu a partir dos sujeitos, se apresentou por equipamentos majoritariamente da assistência social e ONGs. A saúde apareceu timidamente, demonstrando fragilidade no trato com as pessoas vivendo na rua. Historicamente as demandas da PSR foram todas direcionadas a assistência social, a perspectiva do trabalho em redes vivas apresenta possibilidades de corrigir esses equívocos, acolher o sujeito integralmente, reconhecer sua autonomia e a rede por ele criada, além de partilhar o cuidado sem preconceitos.

Na perspectiva do tratamento comunitário, o trabalho com as múltiplas redes e a valorização da comunidade, apontam caminhos para melhorar a qualidade de vida dos sujeitos em situação de rua. Aos que estão nessa condição e se infectaram com o vírus do HIV observou-se elementos preocupantes como, o diagnóstico tardio, tuberculose presente nos 3 sujeitos, múltiplas infecções oportunistas, dificuldades na adesão ao tratamento, uso de drogas, elevado número de internações e a fragilidade de cuidados no âmbito da Atenção Primária em Saúde. Um hospital de nível de complexidade terciária, não tem meios para abarcar isoladamente o cuidado necessário fora dos muros da instituição, daí a compreensão de que a rede é o caminho para superar essa realidade.

## REFERÊNCIAS

AMARAL, C. E. M.; BOSI, M. L. M. O desafio da análise de redes de saúde no campo da saúde coletiva. **Revista Saúde e Sociedade**, v. 26, n° 2, p. 424-434, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Prevenção Combinada do HIV/Sumário Executivo**. Brasília/ DF: Ministério da Saúde, 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico da tuberculose**. v. 46, n° 9. Brasília: DF, 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia de Vigilância em Saúde**. 1ª ed. Brasília: DF, 2014.

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

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil**. Ministério da Saúde, Brasília/DF: Ministério da Saúde, 2011.

\_\_\_\_\_. Decreto 7053 de 23 de dezembro de 2009. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 23 dezembro de 2009. Seção 1.

\_\_\_\_\_. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Rua: aprendendo a contar: Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua**. MDS, Brasília/DF: Secretaria Nacional de Assistência Social, 2009. Disponível em: <[http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia\\_social/Livros/Rua\\_aprendendo\\_a\\_contar.pdf](http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Livros/Rua_aprendendo_a_contar.pdf)>. Acesso em: 02 set. 2017.

BOSI, M. L. M. Pesquisa qualitativa em saúde coletiva: panorama e desafios. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, v. 17, nº 3, p. 575-586, 2012.

CABRAL JÚNIOR, L. R. G.; COSTA, J. R. C. Barreiras à cidadania nas políticas sociais para a população em situação de rua. **Revista Brasileira de Políticas Públicas** (Online), v. 6, nº 2, p. 236-249, 2016.

CARVALHO, M. N.; FRANCO, T. B. Cartografia dos caminhos de um usuário de serviço de saúde mental: produção de si e da cidade para desinstitucionalizar. **Revista da Saúde Coletiva**, v. 25, nº 3, p. 863-884, 2015.

CERVO, A. L.; BERVIAN, P. A.; SILVA, R. **Metodologia científica**. 6ª ed. São Paulo: Pearson, 2007.

COSTA, L. P. C. **Política Municipal de atendimento à população em situação de rua de Fortaleza: Desafios para uma proposta de inclusão**. 2013. Dissertação (Mestrado) – Mestrado Acadêmico em Políticas Públicas e Sociedade, Universidade Estadual do Ceará, 2013.

ESMERALDO FILHO, C. E.; NUNES, L. F.; PONTES, B. R. O Teatro do Oprimido como estratégia de fortalecimento de pessoas em situação de rua no município de Fortaleza-CE: um relato de experiência. In: NOBRE, M. T.; AMORIM, A. K. A. A.; MEDEIROS, F. C. de (Org.) **Vozes, imagens e resistências na rua: a vida pode mais! No prelo**.

ESMERALDO FILHO, C. E. **Necessidades de saúde dos moradores de rua: desafios para as políticas sociais do município de Fortaleza-CE**. 2010. Dissertação (Mestrado) – Mestrado Acadêmico em Saúde Pública, Universidade Estadual do Ceará, 2010.

FEIJÃO, D. A. M. J.; **CIANO: Uma proposta de equipamento para atendimento à população em situação de rua no Centro de Fortaleza**. 2017. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – Centro de Tecnologia, curso de Arquitetura e Urbanismo, Universidade Federal do Ceará, 2017.

FIALHO, J. Pressupostos para a construção de uma sociologia das redes sociais. **Sociologia, Revista da Faculdade de Letras da Universidade do Porto**, v. 29, p. 59-79, 2015.

FRANCO, T. B. As redes vivas e o cuidado em saúde: a pesquisa se faz ao pesquisar. In: JORGE, M. S. B. et al. **Práticas, potencialidades e desafio na produção do cuidado em saúde, cartografia nos territórios da rede cegonha e rede oncológica** [livro eletrônico]. 1ª ed. Ananindeua: Itacaiúnas, 2016. p. 391- 412.

FRANCO, T. B. As Redes na Micropolítica do Processo de Trabalho em Saúde. In: PINHEIRO, R.; MATOS, R. A. **Gestão em Redes**. LAPPIS-IMS/UERJ-ABRASCO, Rio de Janeiro, 2006.

GOMIDE, M.; SCHUTZ, G. E. Análise de Redes Sociais e práticas avaliativas: desafios à vista. **Revista Physis de Saúde Coletiva**, v. 25, nº 3, p. 819-842, 2015.

GRANGEIRO, A. et al. Prevalência e vulnerabilidade a infecção pelo HIV de moradores de rua em São Paulo SP. **Revista Saúde Pública**. v. 46, nº 4, p. 674-684, 2012.

GROSSETTI, M. Dynamiques des réseaux et des cercles. Encastrements et découplages. **Revue d' économie industrielle**, v. 2, p. 327-355, 2003.

HAMADA, R. K. F. et al. **População em Situação de Rua**: a questão da marginalização social e o papel do Estado na garantia dos Direitos humanos e do acesso aos serviços de saúde no Brasil.

MERHY, E. E. et al. Redes vivas: multiplicidades girando as existências, sinais da rua; implicações para a produção do cuidado e a produção do conhecimento em saúde. **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, nº 52, p. 153-164, out. 2014.

MILANESE, E. **Tratamento comunitário, manual de trabalho**: conceitos e práticas. 2ª ed. Instituto Empodera, 2012.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**. Pesquisa qualitativa em saúde. 14ª ed. São Paulo: Hucitec, 2015.

\_\_\_\_\_. **Pesquisa social:** teoria, método e criatividade. 29ª ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.

\_\_\_\_\_. **O desafio do conhecimento.** 11ª ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

\_\_\_\_\_. **Pesquisa social:** teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes, 2004.

\_\_\_\_\_. SOUZA, E. R. **A violência sob o olhar da saúde.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

MOURA JÚNIOR., J. F.; XIMENES, V. M.; SARRIERA, J. C. Práticas de discriminação às pessoas em situação de rua: histórias de vergonha, de humilhação e de violência em Fortaleza. **Revista de Psicologia**, v. 22, nº 2, p. 18-28, 2013.

MOREIRA, T. M. M.; CORREIA, E. C. Saúde como direito. In: ROUQUAYROL, M. Z.; SILVA, M. G. C. **Epidemiologia e Saúde.** 8ª ed. Rio de Janeiro: Medbook, 2018. p. 487.

NATALINO, M. A. C. **Estimativa da população em situação de rua do Brasil. 2246 Texto para discussão.** Ministério do planejamento, desenvolvimento e gestão, Brasília/DF: Ipea, 2016.

OLIVEIRA, L. F. A construção das “populações-alvo” nas políticas públicas. In: RUI, T; MARTINEZ, M.; FELTRAN, G. (Org.) **Novas faces da vida nas ruas.** v. 1. São Carlos: EDUFSCAR, 2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS/WHO). **Consolidate guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations.** 2014.

PIRES NETO, R. J. et al. Características clínico-epidemiológicas de pacientes com coinfeção HIV/tuberculose acompanhados nos serviços de referência para HIV/AIDS em Fortaleza, Ceará, entre 2004 e 2008. **Caderno de Saúde Coletiva**, v. 20, nº 2, p. 244-249, 2012.

PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA. **Revista Fortaleza 2040**, v. 2, nº 1, 2015.

PORTUGAL, S. Contributos para uma discussão do conceito de rede na teoria sociológica. **Oficina do CES**, nº 271, mar. 2007. Disponível em: <<http://www.ces.uc.pt/publicacoes/oficina/271.pdf> > Acesso em: 20 mai. 2018.

RIBEIRO, E. M. B. A.; BASTOS, A. V. B. Redes sociais interorganizacionais na efetivação de projetos sociais. **Psicologia e Sociedade**, v. 23, p. 282-292, 2011.

RODRIGUES, L. V. B. P. Políticas públicas de atendimento à população de rua: reflexões sobre efetivação de direitos em fortaleza. **Revista Conhecer: debate entre o público e o privado**, v. 8, nº 20, p. 88-99, 2018.

RODRIGUES, L. V. B. P. **Vidas nas ruas, corpos em percursos no cotidiano da cidade**. 2005. Tese (Doutorado) – Doutorado em Sociologia da Universidade Federal do Ceará, 2005.

RODRIGUES JÚNIOR, A. L.; RUFFINO-NETTO, A.; CASTILHO, E. A. Distribuição espacial do índice de desenvolvimento humano, da infecção pelo HIV e da comorbidade AIDS-tuberculose: Brasil, 1982 – 2007. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 17, suppl. 2, p. 204-215, 2014.

RUI, T.; MARTINEZ, M.; FELTRAN, G. (Org.) **Novas faces da vida nas ruas**. v. 1. São Carlos: EDUFSCAR, 2016.

SCHUCH, P.; GEHLEN, I. A “Situação de Rua” para além de determinismos: explorações conceituais. In: DORNELLES, A. E.; OBST, J.; SILVA, M.B. (org). **A Rua em Movimento: debates acerca da população adulta em situação de rua na cidade de Porto Alegre**. 1ª ed. Belo Horizonte: Didática editora do Brasil, 2012.

SCHUCH, P. et al. “População em Situação de Rua: conceitos e perspectivas fundamentais”. In: GEHLEN, I.; SILVA, S. R.; Marta (Org.). **Diversidade e Proteção Social: estudos quanti-qualitativos das Populações de Porto Alegre: afro-brasileiros; crianças, adolescentes e adultos em situação de rua; coletivos indígenas; remanescentes de quilombos**. POA, Century, 2008. p. 13-30.

SEISCENTO, M. Tuberculose em situações especiais: HIV, Diabetes mellitus e insuficiência renal. **Pulmão RJ**, v. 21, nº 1, p. 23-26, 2011.

UNAIDS. **Global aids update**, Switzerland, 2016.

## APÊNDICES

### APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa intitulada “VIVER NA RUA E A ATUAÇÃO DAS REDES EM SAÚDE” que acontecerá em dois locais: Grupo Espirita Casa da Sopa e Hospital São José de Doenças Infecciosas. Você não deve participar contra a sua vontade. O objetivo é analisar a atuação das redes de produção de cuidados das pessoas que estão em situação de rua em um território de Fortaleza. Os riscos para você são mínimos, como por exemplo, algum constrangimento diante de assuntos delicados, fragilidade emocional e você poderá escolher por não responder. Todos os possíveis riscos e transtornos gerados serão minimizados pelos pesquisadores que estarão capacitados para conduzir tais acontecimentos. Dessa forma, pedimos a sua colaboração nesta pesquisa para responder a uma entrevista, na verdade estabelecer uma conversa. A conversa será gravada por meio de um aplicativo de celular, terá 21 questões e duração de no máximo 40 minutos. Todas as informações serão mantidas em sigilo (segredo) e sua identidade não será revelada, pois não haverá divulgação de nomes. Vale ressaltar que sua participação é voluntária e você poderá a qualquer momento deixar de participar, sem qualquer prejuízo ou danos. Comprometemo-nos a utilizar os dados coletados somente para pesquisa e os resultados poderão ser veiculados através de artigos científicos em revistas especializadas e/ou encontros científicos, sempre protegendo sua identificação. Como benefício a pesquisa trará o aprofundamento da compreensão sobre as redes que atuam com a PSR, bem como suas potencialidades para contribuir com a produção da saúde das pessoas que vivem em situação de rua. Ressaltamos novamente, a liberdade para não participar quando assim achar mais conveniente. A qualquer momento você poderá ter acesso às informações referentes a pesquisa pelos telefones e endereço abaixo indicados:

Pesquisadora mestranda em Saúde Pública: Janete Romão dos Santos, Telefones (85) 98745-2419 ou (85) 3366-8045, endereço: Rua Professor Costa Mendes, nº 1608, bloco Didático do Departamento de Saúde Comunitária, 5º andar, Bairro Rodolfo Teófilo, Fortaleza-CE, CEP 60.430-140, horário de 08:00 às 17:00h.

Atenção se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a sua participação na pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UFC/PROPESQ, localizado na Rua Coronel Nunes de Melo, 1000 - Rodolfo Teófilo, fone: 3366-8346/44. (Horário:

08:00-12:00 horas de segunda a sexta-feira). O CEP/UFC/PROPESQ é a instância da Universidade Federal do Ceará responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos.

Este termo está sendo elaborado em duas vias, sendo uma para o participante da pesquisa e outra para o arquivo dos pesquisadores.

-----  
Eu, \_\_\_\_\_, tendo sido esclarecido (a) a respeito da pesquisa, aceito participar da mesma.

Fortaleza - CE, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do participante

Digital do participante em caso de não alfabetizado



\_\_\_\_\_  
Assinatura da testemunha\*

(\*para os casos de participantes analfabetos, semianalfabetos ou portadores de deficiência visual ou motora.)

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste participante ou representante legal para a participação neste estudo.

\_\_\_\_\_  
Assinatura da pesquisadora

Fortaleza - CE, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

## APÊNDICE B

### ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

#### **1- A vida na rua**

- Lugar onde prefere estar
- Trabalho, emprego, atividade para subsistência
- Alimentação e lazer
- Relacionamentos
- Amigos que confia (com quem você pode contar)
- Família
- Fatores que contribuíram para o processo de ida para rua
- Álcool e outras drogas

#### **2- A vida na rua e HIV/aids**

- Conhecimento sobre HIV/aids
- Descoberta do diagnóstico
- Mudanças após a descoberta
- Acesso aos Serviços de Saúde
- Preconceitos
- Apoio
- Internações
- Estratégias para se cuidar

#### **3- Rede de apoio**

- Com quem você conta quando adoecer?
- Como você é atendido nos serviços de saúde?
- Como você é atendido nos serviços da assistência social?
- Possui contato com alguma ONG?
- Fale sobre seu relacionamento com amigos, colegas, companheiro/a