



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
CENTRO DE HUMANIDADES
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

SAMYLA FERNANDES DE SOUSA

**POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA E O SEU PROCESSO SAÚDE-
DOENÇA-CUIDADO**

FORTALEZA

2023

SAMYLA FERNANDES DE SOUSA

POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA E O SEU PROCESSO SAÚDE-DOENÇA-
CUIDADO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de mestre em Psicologia. Área de concentração: Psicologia.

Orientador: Profa. Dra. Verônica Morais Ximenes.

FORTALEZA

2023

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Sistema de Bibliotecas

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

S698p Sousa, Samyla Fernandes de.
População em situação de rua e o seu processo saúde-doença-cuidado / Samyla Fernandes de Sousa. – 2023.
159 f. : il. color.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Centro de Humanidades, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Fortaleza, 2023.

Orientação: Profa. Dra. Verônica Morais Ximenes.

1. Pessoas em situação de rua. 2. Saúde. 3. Cuidado. 4. Apoio Social. 5. Covid-19. I. Título.

CDD 150

SAMYLA FERNANDES DE SOUSA

POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA E O SEU PROCESSO SAÚDE-DOENÇA-
CUIDADO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de mestre em Psicologia. Área de concentração: Psicologia.

Aprovada em: 27/04/2023.

BANCA EXAMINADORA

Profª. Dra. Verônica Moraes Ximenes (Orientadora)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Profª. Dra. Huana Carolina Cândido Moraes
Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB)

Prof. Dr. Marcelo Dalla Vecchia
Universidade Federal de São João Del-Rei (UFSJ)

Às pessoas em situação de rua no Brasil, que são invisibilizadas, porém, donas de histórias de vida únicas que tornaram esse trabalho possível. A vocês que, me presentaram com seus bens maiores: tempo, experiências, história, confiança e até mesmo amizade, obrigada.

À minha tia Salvina e ao meu grande amigo Edson.

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, por serem o meu lar, minha força, por acreditarem tanto em mim, pela confiança que me depositam, por serem meu suporte, por estarem comigo incondicionalmente e sonharem junto comigo, vocês são a minha inspiração. Aos meus avós, por toda força e amor. À minha família por serem minha força e me incentivar a fazer perceber que nunca estou sozinha, pelo amor tão profundo que me repassa. Obrigada por compreenderem minhas ausências e sempre acreditar em minha pessoa e nos meus projetos.

Aos meus amigos, pela força, companheirismo e compreensão pelas ausências, em especial a Eliza, Sabrina, Rarilene, Lisiani, Priscila, Mailson, Ythalo, Iury, Gutemberg, Ailton, Manu e Iza, obrigada por estarem comigo no momento que mais precisei e sempre me apoiarem em tudo, por clarearem a minha vida e por todos os momentos felizes. “Que o amor é uma coisa linda de se acreditar”. Às minhas grandes amigas, Rayssa Modesto e Kayline Macêdo com quem tive a honra de caminhar lado a lado nesse trajeto cheio de obstáculos, que foi o mestrado, e me derem o mais lindo presente, a amizade de vocês.

Ao meu companheiro Rhuan, por compreender minhas ausências, pelo amor, pela dedicação, por ter sido tão paciente, amoroso e companheiro, obrigada pelo seu amor.

À minha orientadora, Verônica Ximenes, pela paciência, zelo, companheirismo, ensino, compartilhamento de reflexões e por todo seu tempo dedicado a essa pesquisa e a mim. Agradeço pela compreensão das minhas limitações e alguns problemas que surgiram no decorrer desta pesquisa, agradecendo também pelo apoio e afeto que foram tão importantes para trilhar esse caminho. Obrigada por ter confiado em minha pessoa e no meu potencial, aprendi e ainda aprendo muito com você, um exemplo de pessoa, pesquisadora e professora que quero sempre seguir.

Aos amigos que o NUCOM me deu para a vida, Ailton Lima, Andrea Esmeraldo, Andressa Pontes, Aparecida Sobreira, Bruno Barbosa, Carlos Eduardo Esmeraldo (Cadu), Carolina Marinho, Camilo Augusto, Felipe Coura, Gutierrez Moreno, Isabel Monteiro, Natacha Farias, Nilberto Santos, Patrícia Lemos, Renata Façanha, Sâmia Carliris, Sara Soares, Vilkiane Barbosa.

Aos colegas de turma do mestrado e aos professores e professoras do Programa de Pós-Graduação, pela importância em minha formação acadêmica.

Aos companheiros de luta em defesa das pessoas em situação de rua que tive o prazer de conhecer e com quem muito aprendi durante essa jornada de pesquisa, Emilie Kluwen e André Foca (arRUAça), Fernanda Gonçalves (Pastoral do Povo de Rua), Messias (Pesquisador) e Arlindo, Josivan e Serena (Movimento Nacional da População de Rua) e aos integrantes do Fórum de Rua.

Ao querido Elias, coordenador do Centro POP e todos os funcionários, pela parceria e apoio no decorrer da pesquisa.

Ao professor Paulo Jorge, por ser minha grande inspiração e por me impulsionar a “sair da minha bolha” e por encorajar-me a acreditar em meu trabalho.

Agradeço também a banca por aceitarem fazer parte desse importante momento de minha formação, pela dedicação de tempo para essa pesquisa e por todas as contribuições. Agradeço ao professor Dr. Marcelo Vecchia por ser uma referência para mim como pesquisador, agradeço à professora Dra. Huana Carolina por ser inspiração e referência como pesquisadora, Enfermeira e por estar sempre me ensinando a amar a pesquisa.

Ao apoio financeiro da CAPES através de bolsa de pesquisa, que tornou viável minha permanência no Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFC e a realização da minha dissertação.

“As pulgas sonham em comprar um cão como sonham os Ninguéns em fugir da pobreza... E que algum dia, por magia, dos céus chovam cântaros de sorte, que a sorte os bafeje, mas como a sorte não lhes sorriu ontem, não lhes sorri hoje nem nunca na vida lhes sorrirá e jamais uma gota de sorte lhes será enviada dos céus, por mais que os Ninguéns a clamem, por mais que se corte na mão esquerda, se ergam do chão com o pé direito ou comecem o ano a trocar de vassoura, os Ninguéns serão sempre filhos do incógnito e donos do nada.

Os Ninguéns, os nenhuns, negados por todos, correndo como coelhos, morrendo ao longo da vida, serão eternamente anônimos, chulados, fodidos, re-fodidos e mal pagos, fugindo constantemente da vida que lhes é caucionada...

Aqueles que não são alguém, mesmo que o sejam...

Aqueles que não falam idiomas, mas dialetos...

Aqueles que não professam religiões, mas superstições...

Aqueles que não fazem arte, mas artesanato...

Aqueles que não são seres humanos, mas recursos humanos...

Aqueles que não têm cultura, mas folclore...

Aqueles que não têm rosto, mas braços...

Aqueles que não têm nome, mas são um número...

Aqueles de quem não reza a história universal, mas aparecem nos rodapés dos jornais são os Ninguéns, que valem menos do que a bala que os mata e se suicidam... a eles, com eles e para eles...

Aos que morrem de fome... aos que padecem dos abusos...

A eles, com eles e para eles”

(Eduardo Galeano- OS NINGUÉM)

RESUMO

A População em Situação Rua (PSR) sofre com a pobreza extrema, insegurança, exposição de riscos e são negados como seres humanos. Sofrem com falta de bem-estar físico e emocional, evidenciando vulnerabilidade às doenças infectocontagiosas, crônicas, psiquiátricas entre outras. Embora, a PSR tenha o direito de acessar os serviços de saúde, o acesso se torna limitado por preconceitos, imposições indevidas e alta demanda de usuários. Diante dessas barreiras, a PSR vai formando novas formas de cuidados que não estão somente ligados às políticas públicas de saúde, mas que envolvem outras políticas públicas, os recursos informais, populares e do contexto das suas relações tecidas nas ruas. Assim, a pesquisa tem como objetivo geral compreender o processo saúde-doença-cuidado vivenciado pela população em situação de rua e, como objetivos específicos, analisar os significados da saúde, da doença e do cuidado na visão delas, como também, descrever o impacto da pandemia do COVID-19 no processo saúde-doença-cuidado desse grupo e identificar as práticas de cuidados em saúde desenvolvidas por elas. Para alcançar os objetivos partimos de um método qualitativo, realizando entrevistas semiestruturadas. A pesquisa aconteceu no Centro Pop Unidade Centro de Fortaleza-CE, da qual participaram dessa pesquisa 7 participantes que viviam em situação de rua a pelo menos 1 ano, e que fazia atendimento ou eram acompanhados pelo Órgão Social citado. Os participantes foram nomeados com nomes fictícios. O corpus da pesquisa foi composto pela transcrição das entrevistas gravadas em áudio, e a análise dos dados utilizados de conteúdos temáticos com apoio do *software* Atlas T.I. As categorias de análise foram situação de rua, condições de vida, pandemia da COVID-19, processo saúde-doença e cuidado. Os resultados e as análises apontaram que as condições de vida dos participantes são circunscritas a inúmeras dificuldades e relações sociais marcadas por preconceito, desvalorização e estigmatização. A PSR sofre com condições insalubres e sem acesso as necessidades básicas, mostrando todo sofrimento das suas vivências. A pandemia da COVID-19 atravessou a vida dessas pessoas de forma desafiadora, tornando suas condições de vida ainda mais difíceis. Notamos que não ocorre uma homogeneidade de significados de saúde-doença bem delineados, quando ponderados sob a ótica desses participantes. Seus processos de saúde-doença-cuidado estão envoltos dos seus contextos de vida, suas subjetividades e estão relacionadas às questões socioeconômicas, políticas, ambientais e

culturais que influenciam esse processo. Em relação aos cuidados é perceptível a redes de apoio nos cuidados com esse grupo e como adquiriram estratégias para o cuidado de si de acordo com os seus contextos de vida. Pensar na saúde, como atualmente é conceituada em uma perspectiva ampla, se distancia das condições de vida da PSR, que merecem mais políticas públicas e ações baseadas nos seus contextos de vida e que tratem com dignidade suas questões nos seus processos saúde-doença-cuidado para que tenham saúde e vida com qualidade.

Palavras-chave: pessoas em situação de rua; saúde; cuidado; apoio social; covid-19.

ABSTRACT

The Homeless Population suffers from extreme poverty, insecurity, exposure to risks and are denied their status as human beings. They suffer from lack of physical and emotional well-being, showing vulnerability to infectious, chronic, and psychiatric diseases, among others. Although the Homeless Population has the right to access health services, the access becomes limited by prejudice, undue impositions, and high demand of users. Facing these barriers, the Homeless Population is creating new forms of care that are not only linked to public health policies, but that involve other public policies, informal and popular resources and the context of their relationships on the streets. Thus, the research aims to understand the health-illness-care process experienced by the homeless population and, as specific objectives, to understand the meanings of health, disease, and care in the perspective of homeless people, to describe the impact of the COVID-19 pandemic on the health-illness-care process of this group, and to identify the health care practices developed by them. To achieve the purposes we used a qualitative method, conducting semi-structured interviews. The research took place in the Centro Pop Center of Fortaleza-CE, which participated in this research 7 participants who lived on the streets for at least 1 year, and were assisted or accompanied by the mentioned social equipment. The participants were named with fictitious names. The corpus of the research was composed by the transcription of the audio recorded interviews and the data analysis used the thematic content analysis with the support of the Atlas T.I. software. The results and analysis pointed out that the living conditions of the participants are circumscribed to numerous difficulties and social relations marked by prejudice, devaluation, and stigmatization. The homeless population suffers from unhealthy conditions and lacks access to basic needs, showing all the suffering of their experiences. The pandemic of COVID-19 crossed the lives of these people in a challenging way, making their living conditions even more difficult. We noticed that there is no uniformity of well-defined meanings of health-illness, when considered from the point of view of these participants. Their health-illness-care processes are involved in their life contexts, their subjectivities, and are also related to socioeconomic, political, environmental, and cultural issues that influence this process. Regarding care, it is perceptible the support networks in the care of this group and how they acquired strategies for self-care according to their life contexts. Thinking about health, as it is

currently conceptualized from a broad perspective, distances itself from the living conditions of the homeless population, which deserve more public policies and actions based on their life contexts and that treat with dignity their issues in their health-disease-care processes so that they have health and life quality.

Keywords: homeless people; health; care; social support; COVID-19.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1- Mapa de Fortaleza.....	25
Figura 2- Modelo Adaptado de Dahlgren e Whitehead.....	44
Figura 3- Modelo dos Determinantes Sociais da Saúde proposto por Solar e Irwin.....	46

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Organização dos códigos em categorias de análise	38
--	----

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AB	Atenção Básica
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APS	Atenção Primária à Saúde
ASMARE	Associação dos Catadores de Materiais Recicláveis
CadÚnico	Cadastro Único para Programas Sociais
CAPR	Centro de Atendimento à População em Situação de Rua
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEP	Comitê de Ética da Pesquisa
CENTRO POP	Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua
CF	Constituição Federal
CID	Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde
CnaR	Consultório na Rua
CNDSS	Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CREAS	Centro de Referência Especializado de Assistência Social
COVID-19	Coronavírus disease 2019
CONGEMAS	Colegiado Nacional de Gestores Municipais de Assistência Social
DSS	Determinantes Sociais da Saúde
EAN	Espaço de Acolhimento Noturno
eCnaR	Equipes de Consultório na Rua
EPI	Equipamento de Proteção Individual
ESF	Estratégia Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IPECE	Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
MDS	Ministério de Desenvolvimento Social

MNPR	Movimento Nacional da População de Rua
MS	Ministério da Saúde
NASF's	Núcleos Ampliados de Saúde da Família
NIS	Número de Identificação Social
NUCOM	Núcleo de Psicologia Comunitária
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONG	Organização Não-Governamental
OSC	Organização da Sociedade Civil
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNAS	Política Nacional de Assistência Social
PNAD	Plano Emergencial de ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção de Álcool e outras Drogas
PNSPSR	Pesquisa Nacional Sobre a População em Situação de Rua
PNPSR	Política Nacional sobre a População em Situação de Rua
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PSE	Proteção Social Especial
PSR	População em Situação de Rua
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RD	Redução de Danos
SARS- CoV- 2	Severe Acute Respiratory Syndrome
SDHDS	Secretária dos Direitos Humanos e Desenvolvimento Social
SEMAS	Secretária Municipal de Assistência Social
SPS	Secretária de Proteção Especial
SUAS	Sistema Único da Assistência Sociais
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFC	Universidade Federal do Ceará

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	17
2. CAMINHO METODOLOGICO	22
2.1 Desenho de Pesquisa.....	23
2.2 Local da Pesquisa e inserção da pesquisadora.....	24
2.3 Sujeitos da Pesquisa e formas de vinculação com a pesquisadora.....	30
2.4 Procedimento de coleta e instrumentos de construção dos dados.....	33
2.5 Análise de dados	36
2.6 Aspectos Éticos e Legais da pesquisa.....	39
3. SAÚDE NAS RUAS	40
3.1 Conceitos saúde-doença	41
3.1.1 <i>Viver nas ruas: Pessoas em situações de rua e os seus modos de vida</i>	<i>49</i>
3.1.2 <i>Processo saúde-doença e seus significados para população em situação de rua.....</i>	<i>60</i>
3.2 Políticas Públicas voltadas para População em Situação de Rua	72
3.3 Contexto da pandemia da COVID-19 para População em Situação de Rua	80
3.3.1 <i>Pandemia da COVID-19.....</i>	<i>80</i>
3.3.2 <i>Desigualdade social e os impactos da pandemia de COVID-19 na vida nas ruas.....</i>	<i>83</i>
4. CENÁRIOS DE CUIDADO NAS RUAS	89
4.1 Reflexões sobre o cuidado	89
4.2 Cuidados nas ruas.....	94
4.2.1 <i>Redes de apoio social da população em situação de rua como estratégias para fortalecimento da saúde</i>	<i>105</i>
4.2.2 <i>Práticas de cuidado da população em situação de rua como estratégias para fortalecimento da saúde.....</i>	<i>113</i>
4.3 Cuidados com a PSR em um cenário pandêmico	119

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	125
REFERÊNCIAS	131
APÊNDICE A – TÓPICOS GUIA PARA ENTREVISTA	148
APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO	150
ANEXO A –PARECER CONSUBSTÂNCIADO DO CEP.....	153

1. INTRODUÇÃO

Essa pesquisa aborda sobre o processo saúde-doença-cuidado das Pessoas em Situação de Rua (PSR), que sofrem com invisibilidade social, com extrema pobreza e tem suas condições de saúde de forma precária, para entender como se dá esse processo, é necessário conhecer os contextos de vida dos sujeitos, seus modos de vida, suas percepções sobre o processo, identificar os determinantes sociais da saúde e até mesmo suas formas de cuidado. Essa pesquisa parte, então, da relevância de compreender o processo saúde-doença-cuidado da PSR, considerando a realidade vivida por estes indivíduos.

A aproximação com o tema vem de um processo que surge desde o Curso de Graduação em Enfermagem, impulsionada por alguns professores com inquietações e reflexões a respeito da saúde coletiva, da determinação social da saúde e principalmente do processo saúde-doença de grupos populacionais com vulnerabilidade social que iniciei minhas pesquisas, estudos e trabalhos envolvendo essas temáticas, sempre priorizando a subjetividade do outro e considerando que saúde é um direito de todos. Em relação às pessoas em situação de rua, minha aproximação se deu durante o mestrado, através da professora Verônica Ximenes e do Núcleo de Psicologia Comunitária (NUCOM)¹.

O desenvolvimento do capitalismo, a urbanização acelerada e a hegemonia do neoliberalismo têm contribuído com o aumento da desigualdade social. Diante disso, há o aumento do número de pessoas que sofrem com a exclusão dos direitos humanos

¹ O NUCOM é um núcleo de ensino, pesquisa e extensão do Departamento de Psicologia da Universidade Federal do Ceará (UFC), criado oficialmente em 1992 sob a coordenação do professor Cezar Wagner e da aluna Ana Luisa Teixeira Menezes e coordenado pela professora Verônica Moraes Ximenes desde 2003. As ações do NUCOM buscam a construção de sujeitos comunitários por meio do fortalecimento da identidade individual e social, o aprofundamento e sistematização da Psicologia Comunitária no Ceará e a formação e profissionalização dos estudantes. Atualmente o NUCOM também tem atuado com Políticas Públicas, Implicações Psicossociais da Pobreza, Pessoas em situação de rua, Processos de preconceito e de enfrentamento e outros. Mais informações podem ser encontradas no site www.nucom.ufc e nas redes sociais @nucomufc no Instagram.

básicos, como segurança, educação, habitação, trabalho, lazer e saúde. Dentre essas pessoas, se encontra a população em situação de rua, que vivencia a invisibilidade social e a pobreza extrema, encontrada nos diferentes espaços urbanos, um local de moradia, rompendo com as formas socialmente aceitas de sobrevivência (PAIVA *et al.*, 2016).

A definição de População em Situação de Rua é complexa, para Rosa, Cavicchioli e Brêtas (2005) é formada por pessoas que não tem moradia, que pernoitam nos logradouros da cidade, terrenos baldios, casas abandonadas e albergues, cemitérios ou em depósitos de sucata e papelão. Enquanto para Paiva, Ramos e Guimarães (2018) o termo “população em situação de rua” se constitui através do caráter processual da vida nas ruas e se remete mais a situação do sujeito em relação à rua do que “mera ausência de casa”.

A População em Situação de Rua é marginalizada socialmente e tem sua presença negada e indesejada. Apesar da heterogeneidade, algumas características são comuns a esses grupos. Geralmente apresentam contexto de rupturas familiares, desemprego, fragilização com vínculos sociais, invisibilidade, exposição a violências e o uso de álcool e outras drogas que, muitas vezes, surgem como fatores para a ida às ruas. Essas razões são ignoradas e são perpassadas por preconceitos da sociedade. Esses sujeitos ainda têm que viver com a insegurança, exposição de riscos e até mesmo serem negados como seres humanos (ESMERALDO FILHO, 2010).

Hino, Santos e Rosa (2018) descrevem que essas pessoas têm como habitação os albergues públicos ou filantrópicos e os logradouros, enquanto suas condições de vida e trabalho se dão de forma bastante precária, bem como suas inserções sociais. Para além dessas questões, essas pessoas são prejudicadas também, com a falta de condições socioeconômicas, de bem-estar físico e emocional, segurança e identidade, vivendo em condições de fragilidade, por conta das condições de vulnerabilidade das quais estão expostas e tendo suas necessidades básicas também comprometidas. Esmeraldo Filho (2010) descreve que essas pessoas não dispõem de moradia, alimentação adequada, lazer, trabalho, lugar para fazer sua higiene pessoal, para dormir e até mesmo segurança.

Para além dessas necessidades básicas não atendidas, a estigmatização e as vulnerabilidades de viver nas ruas, trazem implicações na saúde da PSR. Vale e Vecchia (2019a) apontam que esse grupo está mais vulnerável às doenças infectocontagiosas, crônicas, psiquiátricas, apresenta também dermatites e estão mais expostas a infecções

sexualmente transmissíveis, doenças respiratórias, problemas nos pés, problemas de saúde bucal, uso problemático de álcool e outras drogas, como também, no caso das mulheres, a gravidez de risco. Essas vulnerabilidades e implicações se tornam ainda mais acentuadas em um contexto pandêmico.

A partir do começo de 2020, o mundo enfrentou uma pandemia causada pelo novo coronavírus SARS-CoV-2, que causa a doença COVID-19, podendo acometer qualquer pessoa, independentemente da idade. Uma doença que traz complicações graves e que, rapidamente, se espalhou pelo mundo, causando um número alarmante de mortes, tornando-se uma grande preocupação mundial, onde a cada dia aumenta o número de vítimas e causa grandes impactos na saúde pública e na economia (HONORATO; OLIVEIRA, 2020).

A COVID-19 está presente em diferentes contextos e espaços, e, sua gravidade e as suas consequências se tornam mais evidentes principalmente em situações de extrema desigualdade socio sanitária, atingindo a PSR de forma preocupante que, conseqüentemente, é mais suscetível à exposição e infecção do vírus por conta das suas condições de vida e também pelas dificuldades de acesso nos serviços de saúde pública e aos apoios sociais (BRITO *et al.*, 2021), já que essas pessoas com menos de 65 anos tem uma mortalidade, por todas as causas, 5 a 10 vezes maior que comparado a população geral (BAGGETT *et al.*, 2013). Essa mortalidade pode crescer ainda mais com a probabilidade de uma infecção por COVID-19 (TSAI; WILSON, 2020). Ocasionalmente implicando no processo saúde-doença dessa população.

A saúde é considerada como resultado das condições de trabalho, moradia, alimentação, educação, renda, lazer, questões culturais e o acesso aos serviços de saúde e suas intervenções. A distribuição desigual de renda provoca uma problematização na saúde, pois abandona a ideia de saúde proposta pela Organização Mundial da Saúde (OMS), onde saúde é o estado de completo bem-estar físico, mental e social (WHO, 1948) e reflete como uma sociedade estruturalmente desigual, implica em disparidades em distribuição e controle de recursos e no acesso de bens e serviços que geram desigualdades em saúde (ALMEIDA FILHO; PAIM, 2014). Portanto, ao se pensar no processo saúde-doença é necessário considerar essas desigualdades resultantes das relações de poderes econômicos, políticos e sociais, que geram consequências na qualidade de vida dos sujeitos e efeitos na distribuição desigual dos determinantes da saúde-doença que se transformam em iniquidades em saúde.

A saúde dessa população se dá de maneira muito complexa e não está somente relacionada aos determinantes sociais da saúde, mas também, na compreensão das histórias de vida de cada sujeito, seja antes das ruas e durante. As vivências nas ruas provocam modos de vida que lhes são próprios, onde essa população conduz seus processos de saúde e doença a partir desses contextos. Diante desta realidade, é necessário um maior foco das políticas públicas que atuem de forma integralizada, principalmente as de saúde, na oferta de cuidados para essa população.

Essas pessoas que vivem na rua, contam com o direito constitucional de acessar o Sistema Único de Saúde (SUS) e com as políticas públicas, como a Política Nacional Sobre a População em Situação de Rua (PNPSR), criada em 2009, que visa assegurar a integralidade das políticas públicas e principalmente do acesso aos direitos humanos e de cidadania à PSR (BRASIL, 2009a). A PNPSR reforça que a população em situação de rua tem direito ao acesso a todas as políticas públicas de saúde, entretanto, o alcance desses sujeitos a esses direitos se torna limitado por preconceitos e dificuldades, e ainda é pautado no assistencialismo e higienismo que mantêm a invisibilidade das reais necessidades dessas pessoas.

Nesse contexto, Hino, Santo e Rosa (2018) dizem que no campo das políticas de saúde voltadas para a população em situação de rua, ainda persistem problemas de acesso estando relacionado com a desarticulação de setores, falta de investimentos, alta demanda nos serviços, estigmas e o preconceitos que afetam o processo saúde-doença dessa população. Esboçam também a inabilidade dos profissionais de saúde para um acolhimento adequado de acordo com as necessidades dessa população, pois não consideram suas particularidades e acabam homogeneizando-as sob olhares carregados de estigmas e discriminação, ocasionando uma menor adesão e qualidade nesses serviços, faz com que a PSR seja cada vez mais prejudicada nas suas condições de saúde e na oferta de cuidados. No sentido de tentar compreender os modos como se efetiva a construção do atendimento à PSR, vale a pena parafrasear Rosa, Cavicchioli e Brêtas (2005, p: 582) quando afirmam: “O cuidado, observado apenas pelo prisma biológico e tecnicista, não é suficiente para compreender o processo saúde-doença-cuidado do povo da rua”.

Assim, as práticas de cuidados voltadas para essas pessoas ainda estão distantes das suas realidades e dos seus contextos. A PSR sofre com a inoperância das políticas públicas e enfrenta dificuldades no acesso aos serviços de saúde. Desta

maneira, a PSR vai tecendo novas formas de cuidado, onde este cuidado está relacionado aos seus modos de vida e ao seu território, a rua, com as suas diversas conexões e sua própria rede de cuidado. Portanto, entende-se que o cuidado envolve vários aspectos, sejam eles, individuais, sociais, culturais e intrassubjetivos, tornando assim polissêmico (SILVA *et al.*, 2020). O cuidado de si envolve modos de ser e o decorre de conhecimentos diversos, seja pela disponibilidade dos serviços, as crenças, os rituais e as demais possibilidades de cuidado e atenção à saúde (VALE; VECCHIA, 2019a).

Nesse sentido, o processo de cuidado da PSR está envolto das suas histórias de vida, das suas trajetórias, experiências e com suas redes tecidas nas ruas. Aguiar e Iriart (2012) contam que a população em situação de rua, quando está acometida com algum problema de saúde, acaba buscando conselhos de pessoas mais próximas, uso da bebida alcoólica para amenizar os sintomas, automedicação e a busca de conforto espiritual. Desse modo, a PSR demonstra inúmeras habilidades e estratégias para lidar com o adoecimento e constituir suas práticas de cuidado e que não estão somente relacionadas ao adoecimento. Sendo assim, as vivências e as formas de sobrevivências trazem a relação com a experiência, com a rua e com o outro, que vão ser retratadas no cuidado de si e em sobreviver.

A partir das discussões apresentadas, o problema de pesquisa está presente nas condições de vida da população em situação de rua que determinam seu processo saúde-doença-cuidado. Visto que, diante de uma pandemia causada pela COVID-19 e do processo de adoecimento, que envolve a dificuldade de acesso a serviços públicos de saúde e às redes de apoio social, a PSR vai formando novas formas de cuidados que não estão somente ligados às políticas públicas de saúde, mas que envolvem os recursos informais, populares e do contexto das suas relações tecidas nas ruas. Então, apresenta-se o questionamento sobre: Como o processo saúde-doença-cuidado é vivenciado pela população em situação de rua?

Como objetivo geral, visa-se compreender o processo saúde-doença-cuidado vivenciado pela população em situação de rua. Como objetivo específico, procura-se analisar os significados da saúde, da doença e do cuidado na visão das pessoas em situação de rua; descrever o impacto da pandemia do COVID-19 no processo saúde-doença-cuidado desse grupo e identificar as práticas de cuidados em saúde desenvolvidas por elas.

A estrutura dessa dissertação se inicia com essa parte introdutória. O capítulo dois com “Caminho metodológico” onde são apontados os percursos trilhados no processo da pesquisa, ilustrando a nossa abordagem de pesquisa qualitativa, ao contexto da pesquisa, os interlocutores, o percurso da pesquisadora que permitiu a aproximação com a população em situação de rua, os instrumentos de construção dos dados, com entrevistas semiestruturadas as técnicas de análise dos dados utilizadas, bem como, os compromissos sociais e éticos que desempenhamos ao realizar a pesquisa.

O próximo capítulo é referente à “Saúde nas Ruas”, apresenta uma discussão a respeito das diferentes conceituações de saúde, o perfil da população em situação de rua no contexto nacional, expondo o processo saúde-doença e as necessidades de saúde dessa população, bem como, sobre a importância de compreender suas significações sobre saúde e doença. O capítulo também apresenta o percurso sócio-histórico que antecedeu a Política Nacional para População em Situação de Rua, além do aparato das demais políticas públicas destinadas para a PSR e uma contextualização delas na cidade de Fortaleza. Há também uma discussão sobre a pandemia da COVID-19 e como isso influencia nos contextos de vida da população em situação de rua.

O quarto capítulo intitulado “Cenários de cuidados nas ruas”, aborda sobre as conceituações de cuidado, bem como sobre as práticas de saúde para a população em situação de rua e procura discutir sobre o processo de cuidar desses sujeitos, considerando o seu contexto de vida, particularidades e salientando os cuidados envolvidos nas ruas a partir das redes de apoios sociais e das próprias práticas de cuidados tecidas pelos próprios sujeitos nas suas vivências. Por fim, é levantada uma série de medidas sobre o cuidado com a PSR durante a pandemia.

Por fim, as “Considerações Finais” apresentam as sínteses metodológicas e reflexivas analíticas que percorremos durante o desenvolvimento dessa dissertação, destacando os principais resultados, bem como as contribuições teóricas dessa pesquisa. Por fim, foram apresentadas as lacunas, dificuldades da pesquisa, e a importância sobre demais estudos sobre a temática.

2. CAMINHO METODOLOGICO

A presente pesquisa retrata sobre o processo saúde-doença-cuidado das pessoas em situação de rua e busca contribuir com discussões sobre os contextos de

vida desse grupo populacional e suas condições de saúde. Os desafios metodológicos para a pesquisa com pessoas em situação de rua no contexto atual são muitos. Desde as particularidades, suas heterogeneidades e suas complexidades, que envolvem um cuidado especial do/a pesquisador/ra, na procura de construir vínculos e o sentimento de confiança para que se possa conhecer melhor os contextos de vida que essas pessoas estão inseridas, conhecer suas necessidades, desafios, demandas, recursos, características de saúde e suas produções de cuidado.

Feitas essas considerações iniciais, apresentamos adiante os caminhos metodológicos trilhados nessa pesquisa, partindo de uma pesquisa social em saúde que busca compreender o processo saúde-doença-cuidado e seus contextos de vida.

2.1 Desenho de Pesquisa

O presente estudo trata-se de uma abordagem qualitativa, e a escolha por essa abordagem se deu por ser a mais pertinente para alcançar os objetivos propostos pela pesquisa. De acordo com Sampieri, Collado e Lucio (2013), o enfoque qualitativo é escolhido para pesquisas que pretendem compreender como os participantes percebem a subjetividade da sua realidade, através de fenômenos que os rodeiam, compreendendo seu ponto de vista, opiniões e significados e aprofundando sua experiência.

Segundo Minayo (2001), o método qualitativo se preocupa com a realidade, de uma forma que não pode ser quantificado. Em outras palavras, o método qualitativo se dá por um universo de significações, motivos, valores e atitudes, correspondendo a um espaço mais profundo das relações, dos fenômenos e dos processos que não podem ser resumidos à operacionalização de variáveis. Para Minayo (2014), a pesquisa qualitativa é estudo da história, das crenças, relações, percepções e das opiniões que são produtos da maneira como os seres humanos vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam, pois o ser humano se distingue não só por agir, mas por pensar e interpretar suas ações.

Na procura em compreender de como a ciência é permeada por fenômenos sociais e por questões subjetivas que buscamos aproximar com a Pesquisa Social. Minayo (2014) compreende Pesquisa Social como os diferentes tipos de estudos que tratam o ser humano em sociedade, desde sua história, suas relações, instituições e de sua produção simbólica e nascem da inserção do real, nele encontrando razões e

objetivos. Minayo (2014) também descreve a Pesquisa Social em Saúde como todas as investigações que tratam do processo saúde-doença, de sua representação para as instituições de políticas e de serviços e os profissionais e usuários.

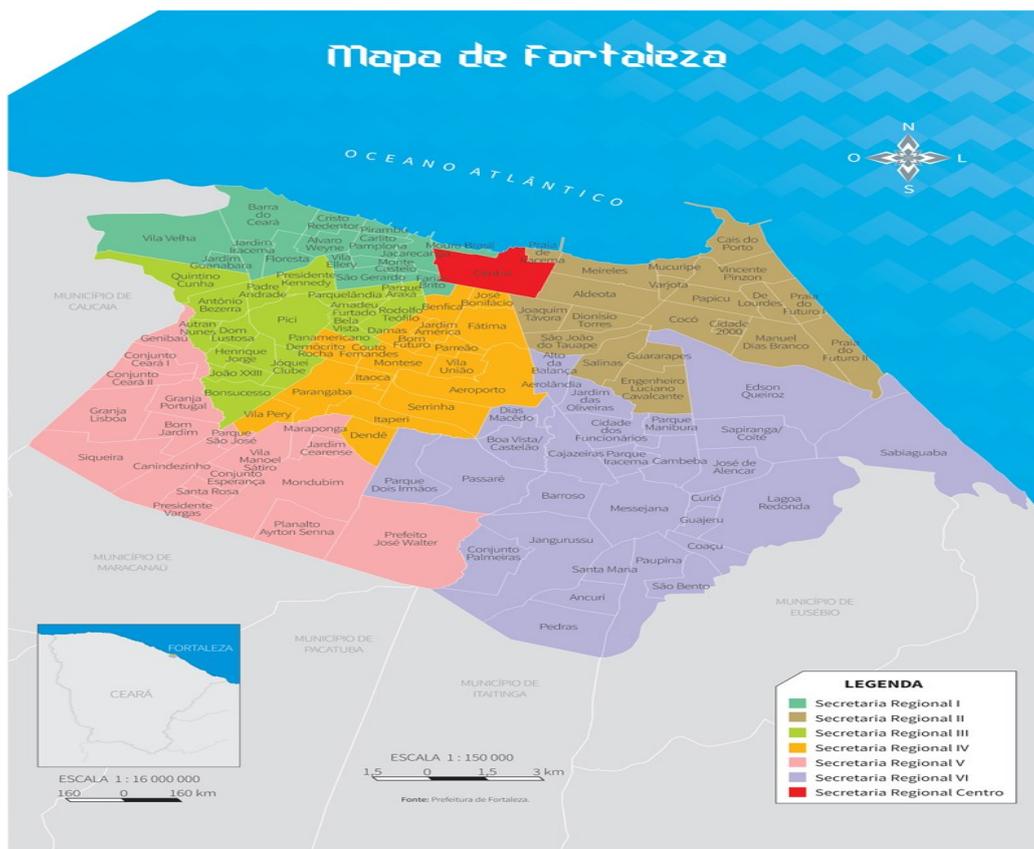
Esse método vai de encontro com objetivo proposto da pesquisa, da qual se dá em compreender o processo saúde-doença-cuidado vivenciado pela população em situação de rua, fazendo emergir o cotidiano das ruas e a vida da população em situação de rua. É por meio dessas informações que podemos conhecer suas realidades de vida, estratégias de sobrevivência, seu processo de saúde-doença-cuidado, as políticas públicas e as redes de apoio voltadas para essa população, seus significados de saúde e doença e suas práticas de cuidado em saúde.

2.2 Local da Pesquisa e inserção da pesquisadora

A pesquisa aconteceu no Centro POP Centro da cidade de Fortaleza, capital do estado do Ceará. A cidade conta com 2.703.391 habitantes, tendo densidade populacional de 8.373 habitantes por km², sendo a maior densidade demográfica entre as capitais brasileiras. Fortaleza tem a 5ª maior população do país e tem o 9º maior PIB do país. A cidade possui 312.441 km² de área total. Atualmente Fortaleza está dividida administrativamente em 12 Secretarias Executivas Regionais, que vão de 1 a 12, e fazem parte da Secretaria Municipal da Gestão Regional, abrigando 121 bairros do município, como está ilustrado na Figura 1 (FORTALEZA, 2021b).

A capital cearense é marcada pela desigualdade social, sendo umas das cidades mais populosas do Brasil. A cidade de Fortaleza é um dos cinco municípios mais desiguais do Brasil (SANTOS, 2020). De acordo com os dados do Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará- IPECE (CEARÁ, 2012), em 2010, cerca de 134 mil fortalezenses viviam no contexto de pobreza extrema, a pesquisa do IPECE tem como base o censo demográfico do IBGE, realizado em 2010, que expõe um pouco sobre o mapa da exclusão em Fortaleza e mostra que 5,5% de sua população total vivem nessa situação.

Figura 1- Mapa de Fortaleza



Fonte: Jornal O POVO- Anuário do Ceará 2022-2023.

Para Monteiro (2011), Fortaleza é uma cidade na qual a desigualdade socioeconômica pode ser facilmente percebida. Salata e Ribeiro (2020) apontam que Fortaleza tem tido um crescimento na desigualdade, sendo a sexta Região Metropolitana mais desigual do país, com coeficiente de Gini acima da média. Esmeraldo Filho (2010) acredita que a desigualdade existente na cidade se dá pelo processo caótico, descontrolado e acelerado da urbanização que produz ainda mais pobreza e violência. Fortaleza cresce economicamente e nas desigualdades sociais. Ao mesmo tempo que, existe concentração de riqueza, há um aumento do número de miséria, desemprego e de violência urbana, refletindo até na diferenciação dos acessos a equipamentos e serviços de infraestrutura básica (MONTEIRO, 2011).

Nesse contexto de desigualdade social e pobreza extrema se encontra a população em situação de rua. Segundo a Cartilha de Políticas Públicas para a População em Situação de Rua de Fortaleza (FORTALEZA, 2018), que apresenta os dados do I Censo e Pesquisa Municipal sobre População em Situação de Rua realizado pela Prefeitura de Fortaleza, constatou que viviam 1.718 pessoas em situação de rua, a maioria composta do sexo masculino (83,5%), com idade entre 19 a 44 anos (74,6%), da qual tinham vínculos fragilizados com a família (42,9%), ganhavam menos que 100 reais por semana (46,1%) e não recebiam benefício público (79,8%). O I Censo também apontou que essa população não utilizava serviços públicos (38,35%), tinham problemas de saúde (37,2%), usavam drogas (79,8%) e já sofreram algum tipo de violência (45,6%) (FORTALEZA, 2018).

De acordo com os dados do II Censo Geral da População em Situação de Rua de Fortaleza (FORTALEZA, 2021a), realizado no ano de 2021, foram identificadas 2.653 pessoas vivendo em situação de rua, demonstrando um aumento de 54,4% em relação ao I Censo, onde a maioria se encontrava na Regional 12 (Centro, Moura Brasil e praia de Iracema), com 36,7%, 56,7% da PSR entrevistadas estavam nas calçadas, seguidas de 18,1% que estavam nas praças. Ainda de acordo com o relatório do II Censo, 81,5% das pessoas abordadas eram do sexo masculino, sendo 77% pardas ou pretas, com a faixa etária variando de 31 a 49 anos de idade, correspondendo 49,1%, onde 30,8% estavam a mais de cinco anos em situação de rua e 23,1% estavam na rua a menos de 6 meses (FORTALEZA, 2021a).

O II Censo também revelou que a principal atividade desenvolvida pela PSR para ganhar dinheiro é a mendicância, correspondendo a 27,7%, o motivo que leva as

peças pesquisadas a estarem na rua é pela questão dos conflitos familiares (58,7%) e dependência química (29,7%), em relação às questões de documentação, 70% das pessoas em situação de rua não possuíam documentação civil, 29,5% relataram que já foram impedidos (as) de entrar em algum local por serem pessoas em situação de rua. Dentre os serviços mais acessados pela PSR, o Centro POP tem mais notoriedade, responsável por 51,7% dos atendimentos, seguido pela Higiene Cidadã, com 29,8% (FORTALEZA, 2021a).

O município de Fortaleza conta com equipamentos sociais e de saúde específicos para a PSR, estão divididos em sua maioria na área de Assistência Social como o Acolhimento para Pessoas em Situação de Rua, Centro de Convivência para Pessoas em Situação de Rua, Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua (Centro POP), Pousada Social, Restaurante Popular e os Centros de Referências Especializados de Assistência Social (CREAS), enquanto na saúde a PSR pode contar com todos os serviços públicos de saúde constituídos pelo SUS, existem dispositivos específicos para PSR, como é o caso dos Consultórios na Rua, onde atualmente a cidade só conta com apenas um dispositivo (LIBERATO, 2020).

Considerando o objetivo da pesquisa, de compreender o processo saúde-doença-cuidado vivenciado pela população em situação de rua diante da pandemia causada pelo novo coronavírus e levando em consideração o contexto e as dinâmicas das vidas nas ruas, respeitando os modos de vida das pessoas em situação de rua, optamos em escolher o Centro POP Centro como local da pesquisa. O Centro POP é um equipamento de Proteção Social Especial (PSE) previsto pelo Sistema de Assistência Social (SUAS) que tem como objetivo assistir os indivíduos em situação de rua com ações de promoção de direito, fortalecimento da autonomia dessa população e oferecer serviços aos mesmos (BRASIL, 2011). O Centro POP está ligado aos serviços de assistência social e às políticas públicas (BRASIL, 2011) e se tornou um equipamento de grande importância para população em situação de rua.

O Centro POP Centro, atualmente se localiza no Bairro José Bonifácio e funciona de segunda à sexta, das 8h às 17h, e atende por volta de 80 a 100 pessoas por dia. A escolha por esse local se dá principalmente por estar localizado em uma região central da cidade, onde, boa parte da população em situação de rua prefere viver por conta da forte atividade comercial e da grande circulação de pessoas, que favorecem a garantia das suas necessidades básicas de sobrevivência, como trabalhos informais e na

obtenção de alimentação e locais para higiene. Assim, a região central da capital cearense concentra 30,6% da PSR, sendo o local com mais concentração de pessoas em situação de rua da cidade (FORTALEZA, 2018). A região também conta com maior número de praças públicas, 28 no total, que acabam virando abrigos para a PSR, além disso, o Posto de Saúde Paulo Marcelo está localizado na região e é referência para PSR em relação a demandas de saúde (LIBERATO, 2020).

A opção pelo Centro POP, se dar por ser um equipamento social especializado da população em situação de rua e pelo seu papel de proteção a mesma, a partir de atendimentos especializados. O equipamento também se configura como apoio social para essa população por ser uma rede de suporte para essas pessoas, ou seja, uma política que estabelece vínculos e fonte de cuidado, por oferecer serviços como atendimentos jurídicos, psicossociais e possibilitar à participação desse grupo social em oficinas, cursos de qualificação para o trabalho e promover a interação com outras pessoas em situação de rua e ajudar no acesso a benefícios e recursos sociais. Além do mais, essa política de Assistência Social também funciona como porta de entrada para a política pública de saúde, já que faz muitos encaminhamentos para os equipamentos de saúde. A relevância está retratada nos dados do II Censo da PSR de Fortaleza (FORTALEZA, 2021a), o Centro POP é um dos serviços mais importante para as pessoas em situação de rua, onde atende 51,7% dos sujeitos que vivem nas ruas de Fortaleza, por satisfazer as necessidades básicas de sobrevivência da PSR, sendo reconhecido por eles.

Para reforçar a importância do Centro Pop e sua vinculação com as pessoas em situação de rua em Fortaleza, queremos destacar a pesquisa de Esmeraldo Filho (2021), que aponta que o Centro POP, como um dos dispositivos mais acessados por essas pessoas, por funcionar como equipamento que atua diretamente no acesso a direitos sociais. O Centro POP, também foi apontado como apoio social mais citado por Ximenes *et al.* (2021), que também pesquisou a PSR de Fortaleza. O Centro POP é um equipamento de referência para PSR, uma estratégia de enfrentamento e um forte apoio social para essas pessoas.

Também pensamos nesse local, por conta da mediação entre os profissionais que atuam nesse dispositivo e pela parceria entre o Núcleo de Psicologia Comunitária da UFC (NUCOM), que realiza ações com a população em situação de rua, na qual me insiro como pesquisadora e que desenvolve atividade de extensão universitária com a

instituição. O NUCOM é um núcleo de ensino, pesquisa e extensão do Departamento de Psicologia da UFC, atualmente é coordenado pela professora Verônica Morais Ximenes. O NUCOM pesquisa e desenvolve atividades com pessoas em situação de rua na busca de compreender os seus processos psicossociais relacionados à pobreza e à estigmatização, descrever os seus modos de vida, mensurar a pobreza multidimensional, analisar processos psicossociais de opressão presentes na vida dessas pessoas, analisar processos psicossociais de libertação presentes nos enfrentamentos e identificar as implicações dos preconceitos, dos estigmas e da violência na vida da PSR.

O NUCOM faz parte e tem grande importância no processo de construção dessa pesquisa e do meu contato e aproximação com PSR, através das questões teóricas, pesquisas, estudos e até mesmo as intervenções que são desenvolvidas por esse grupo de pesquisa, mantendo sempre uma posição atuante na defesa da garantia dos direitos das pessoas em situação de rua. Através do NUCOM pude conhecer mais a realidade e debater sobre o contexto de vida da PSR, que me abriu portas para estar mais presente em espaços que lutam pela defesa dos direitos dessas pessoas. A partir do NUCOM, participei do Seminário População em Situação de Rua em Fortaleza: Desafios e Estratégias diante do Censo POPRUA 2021 na Assembleia Legislativa onde foram desenvolvidos grupos de trabalho para pensar propostas para a elaboração de uma política municipal para PSR, na rua junto ao Fórum de Rua abordando as discussões do seminário e reunindo propostas da PSR, em plenária na Assembleia Legislativa que pautava as demandas da PSR, em reuniões do Comitê Estadual de políticas públicas para a população em situação de rua, no ato político no dia 19 de agosto, Dia Nacional de Luta da PSR, dentre outros espaços políticos.

Com os novos decretos da Prefeitura de Fortaleza em respeito à prevenção da COVID-19, algumas atividades retornaram, bem como, impulsionaram a circulação da população sem tantas restrições e com o avanço da campanha de vacinação, entrei em contato com o coordenador do Centro POP Centro, em abril de 2022 fui conhecer o equipamento, apresentar minha pesquisa e discutir a possibilidade da realização da pesquisa no equipamento. Durante todo o mês de abril/22, visitei semanalmente o Centro POP centro, dando início ao processo de vinculação com os profissionais e com as pessoas em situação de rua que frequentavam o equipamento. O Centro POP centro conta com uma infraestrutura que minimizou os riscos de infecção pela COVID-19, sendo possível realizar essa pesquisa em um cenário incerto de novas variantes da

COVID-19 que estamos enfrentando. É importante salientar que durante as visitas ao equipamento mantive o uso dos EPIs, bem como meu quadro vacinal contra a COVID-19 estão atualizados e com todas as doses disponíveis para minha profissão e idade.

Contudo, é importante também destacar que com o meu processo de aproximação com a PSR e como militante social em defesa dessa população, conheci o Grupo Espírita Casa da Sopa, que é uma Organização da Sociedade Civil sem fins lucrativos (OSC) que atua há 25 anos no campo da assistência social, promovendo a saúde e defesa dos direitos da população em situação de rua na cidade de Fortaleza, onde, suas atividades ocorrem nas noites de segundas, terças e sextas-feiras, bem como, uma atividade mensal no quarto mês sábado do mês. Nas quartas-feiras, acontece a reunião com o Grupo Margaridas, composto por mulheres em situação de rua que se reúnem para discutir sobre a situação de rua, desafios e possibilidades, políticas e direitos, assim, todas as quartas-feiras estava presente nas reuniões e conheci duas mulheres que acessavam o Centro POP e aceitaram agendar um horário comigo para serem participantes da minha pesquisa.

2.3 Sujeitos da Pesquisa e formas de vinculação com a pesquisadora

Os interlocutores desta pesquisa foram 7 participantes os quais foram chamados com nomes fictícios de Dorival, Elis, Bethânia, Raul, Marisa, Milton e Chico. Os participantes atenderam aos critérios de inclusão desta pesquisa, ser homem ou mulher vivendo em situação de rua a pelo menos 1 ano, ter mais de 18 anos, que estejam inseridos em atendimento ou acompanhamento no Centro POP centro de Fortaleza, manifestar interesse de participar da pesquisa e assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A opção por buscar participantes adultos, maiores de 18 anos, diz respeito ao lócus de pesquisa que escolhemos, o Centro POP Centro, que se trata de um serviço destinado a adultos.

Ressalta-se que a escolha dos participantes se deu por conveniência, onde segundo Sampieri, Collado e Lucio (2013), trata-se simplesmente de casos disponíveis aos quais temos acesso, por se tratar de uma população andarilha, que não tem um lugar fixo para viver, onde estão constantemente mudando o seu lugar de moradia na rua. A escolha dos participantes se deu a partir das relações estabelecidas durante as observações de campo, partindo de um primeiro contato e conversas informais que era

lançado o convite para conhecer a pesquisa e se tinha interesse de participar. A parceria do NUCOM com os profissionais do Centro POP foram essenciais para esse momento de aproximação com público-alvo do estudo, a escolha dos participantes também se deu a partir das indicações dos profissionais do Centro POP que mediaram apresentações de algumas pessoas que estava dentro dos critérios de inclusão da pesquisa e que tinham interesse em participar da mesma.

Para vinculação e aproximação com os sujeitos dessa pesquisa foram elaboradas diversas estratégias, como o processo das observações, o acompanhamento da rotina do equipamento, conversas informais nos locais de convívio e até mesmo educação em saúde como enfermeira nesses locais, que contribuíram com a aproximação, com a construção de vínculos, minimizando o sentimento de desconfiança dos participantes. Como também com a verificação dos critérios de inclusão antes que se iniciassem as entrevistas. A observação foi muito importante para a aproximação dos usuários deste equipamento, pois minha presença despertava curiosidade e depois se tornava vínculo, que foi possível para que os entrevistados e entrevistadas se sentissem seguros e abertos para conversar comigo, tornando esse encontro com mais naturalidade. Houve um cuidado com as pessoas que participaram dessa pesquisa e com as que frequentavam o equipamento, mantendo uma necessária convivência, ao invés de uma interferência direta que pudesse deixar os usuários desconfortáveis ou não interessados em contribuir com as trocas propostas pela pesquisa.

Contudo, aconteceram algumas limitações nesse processo, como estava em um equipamento que fornecia serviços, muitos ficavam ansiosos para o seu atendimento e não queria iniciar o processo da entrevista, dificuldade de comunicação, estar sob efeito de bebida alcoólica, desconfiança que pudesse ser prejudicado de alguma forma, sono, indisposição mental e física, pressa para sair do local, existiu também dificuldades em marcar um dia e horário com os poucos que manifestavam interesse, pois não compareciam. Outra limitação foi a respeito de entrevistar mulheres em situação de rua, visto que durante o processo de coleta de dados, muitas estavam acompanhadas dos seus companheiros e sempre negavam uma aproximação e entrevista por estarem com pressa. Diante desta dificuldade, e em concordância com a minha orientadora, comecei a visitar a Casa de Sopa, nas quartas-feiras em que aconteciam as reuniões do Grupo das Margaridas, grupo composto por mulheres em situação de rua.

Através dessas visitas, tive aproximação e vinculação e consegui entrevistar Elis e Marisa, que estavam cadastradas e realizavam atendimento no Centro POP. Apesar dessas limitações, não aconteceu problemas para escolher participantes que estivessem dentro dos critérios de inclusão, com o vínculo estabelecido permitiu que as entrevistas tivessem a profundidade necessária para conhecer mais sobre seus modos de vida e conhecer seu processo saúde-doença-cuidado.

Desta maneira, foram atribuídos nomes fictícios para os participantes para respeitar sua identidade e suas informações pessoais. Algumas informações de cada participante favorece a aproximação com a realidade vivida por essas pessoas.

✓ Dorival, tinha 62 anos na ocasião, é branco, solteiro, é aposentado como sargento da polícia militar do Ceará, mora na rua há 15 anos, veio viver nas ruas para ser 'livre', vive na Praça do Ferreira no centro de Fortaleza.

✓ Elis tinha 30 anos na ocasião da entrevista, é negra, solteira, estudou até o ensino médio, mora na rua há cinco anos, afirmou possuir renda mensal de aproximadamente R\$ 600,00, sendo beneficiária do programa Bolsa Família, atualmente trabalha vendendo balas no sinal do centro de Fortaleza, vive atualmente na Praça da Bandeira no centro de Fortaleza.

✓ Bethânia, tinha 32 anos na ocasião da entrevista, é branca, casada, é uma mulher transgênero, estudou até a quarta série, mora na rua há quatro anos com o seu companheiro, está desempregada, afirmou possuir renda mensal de aproximadamente R\$ 600,00, sendo beneficiária do programa Bolsa Família, vive atualmente na praça do Ferreira no centro de Fortaleza.

✓ Raul, tinha 30 anos na ocasião da entrevista, é branco, solteiro, tem nível superior completo no Curso de Ciências Sociais, está em situação de rua há um ano, trabalha como vendedor ambulante de carteiras de plástico no centro da cidade.

✓ Marisa, tinha 39 anos na ocasião da entrevista, é parda, casada, tem ensino fundamental completo, esteve em situação de rua por cinco anos e há cerca de 8 meses saiu da situação de rua. Há cerca de oito meses foi beneficiada pelo Programa aluguel social. Atualmente mora numa quitinete no centro da cidade com seu companheiro, mas relata viver na Praça do Ferreira.

✓ Milton, tinha 49 anos na ocasião da entrevista, é preto, viúvo, tem nível médio, está desempregado, morou na rua por quase três anos. Há um mês foi

beneficiado pelo programa aluguel social, mora em uma casa no centro de Fortaleza, com mais dois amigos que também estavam em situação de rua.

✓ Chico, tinha 34 anos na ocasião da entrevista, está em situação de rua há quase 3 anos. Trabalha vendendo balas no sinal do centro, recebe benefício assistencial à pessoa com deficiência, relata viver na Praça da Bandeira no centro de Fortaleza.

As entrevistas foram sucedidas até o momento em que as informações coletadas se tornaram reincidentes e houve uma complementaridade das informações, sendo esse momento descrito na pesquisa qualitativa como o ponto de saturação. Segundo Minayo (2017, p. 10) para perceber quando efetivamente a pesquisa atingiu a saturação, o pesquisador deve ter em mente que não há uma medida estabelecida, um exato ponto definido que possa estimar essa saturação, pois a diversidade identificada nos discursos da pesquisa qualitativa não permite essa previsão, desta maneira “o que precisa prevalecer é a certeza do pesquisado de que, mesmo provisoriamente, encontrou a lógica interna do seu objeto de estudo – que também é sujeito – em todas as suas conexões e interconexões”. Dessa forma, nesta pesquisa, foram entrevistadas de forma individual sete (07) pessoas em situação de rua com diversidade e intensidade de informações necessárias para alcançar os objetivos desta pesquisa, considerando o tempo, recursos que dispomos.

Sampieri, Collado e Lucio (2013) descrevem a flexibilidade do número de participantes em uma pesquisa qualitativa, acreditam que nos estudos qualitativos a quantidade de participantes não é definida *a priori*, ou seja, antes da coleta de dados. O número de participantes deve estar ligado à extensão do objeto e a complexidade do estudo e vai sendo avaliada e redefinida permanentemente. Os autores também argumentam que nas pesquisas qualitativas o tamanho da quantidade de pessoas não é importante do ponto de vista probabilístico, pois se busca é a profundidade na indagação e não generalizar os resultados do estudo com uma população mais ampla. O que nos interessa é a qualidade dos resultados e respeitar as multiplicidades dos contextos da rua em que os participantes apresentavam.

2.4 Procedimento de coleta e instrumentos de construção dos dados

A inserção no campo da pesquisa é primordial para a produção das informações. Sampieri, Collado e Lucio (2013) contam que a primeira tarefa é explorar

o campo da pesquisa, visitar e avaliar e constituir relação com ambiente, realizando uma imersão completa no campo de pesquisa proposto, no caso o Centro POP centro. Estabelecendo vínculos e uma relação de respeito e cuidado com os possíveis participantes da pesquisa e com a instituição pesquisada. Para a construção dos dados deste estudo, foram realizadas entrevistas.

Minayo (2014) defende que a entrevista é a estratégia mais usada no processo de trabalho de campo e se dá por sentido amplo de comunicação verbal e descreve a entrevista como uma conversa a dois, ou entre vários interlocutores, desempenhada por iniciativa do entrevistador e sempre cumprindo um objetivo. Para Sampieri, Collado e Lucio (2013), a entrevista qualitativa é mais flexível e aberta e argumentam que a partir das entrevistas conseguimos uma comunicação e ao mesmo tempo, uma construção de significados a respeito de algum tema pesquisado.

A construção de dados ocorreu através de uma entrevista semiestruturada. A entrevista semiestruturada consente ao participante a liberdade de falar sobre o tema sem se prender a questões específicas. Deve provocar as narrativas das vivências dos entrevistados, o entrevistador deve abordar tópicos que sejam importantes para pesquisa (MINAYO, 2014). Sampieri, Collado e Lucio (2013) acreditam que esse tipo de entrevista se baseia em um roteiro de assuntos ou perguntas, mas o entrevistador pode fazer outras perguntas que não estavam predeterminadas para que ele possa obter mais informações sobre os temas desejados, revelando-se assim a flexibilidade desse tipo de entrevista. Tornando assim, um processo mais aberto e dinâmico e possibilitando mais liberdade, que contribui para conhecer as histórias e os processos que se desenvolvem no cotidiano das pessoas em situação de rua. Já Triviños (2013) argumenta que a entrevista semiestruturada tem seus pontos positivos por se tratar de um tipo de entrevista em que valoriza a presença do pesquisador e abre espaço para que a pessoa entrevistada tenha liberdade e autenticidade, assim, engrandecendo o processo investigativo.

Desta maneira, a entrevista se deu através de tópicos guias (Apêndice A), estabelecemos 5 tópicos centrais, situação de rua, condições de vida, pandemia da COVID-19, processo saúde-doença e cuidado. Para cada tópico foram pensados temas relacionados, na “situação de rua”, os temas foram “vida” antes da rua, chegada e adaptação às ruas, vida nas ruas, processo formativo e educacional, questões sociofamiliares. No “condições de vida” necessidades e dificuldades enfrentadas nos

seus contextos e modos de vida, alimentação, trabalho e renda, enquanto, na “pandemia da COVID-19” os temas foram contexto da pandemia da COVID-19 e como afetou suas vidas. No tópico “processo saúde-doença”, os temas foram saúde, serviços de saúde e o atendimento, situações de estigmatização e preconceito, percepção sobre o processo saúde-doença e suas questões. E por fim, no tópico “cuidado” os temas foram significação sobre cuidado, processos de cuidado nos serviços de saúde, estratégias de cuidado, redes de apoio e o cuidado de si. Essa rede de tópicos e temáticas auxiliou com a articulação dos objetivos com as categorias de análise.

As entrevistas aconteceram de forma presencial, respeitando as medidas sanitárias e os decretos de prevenção da COVID-19. A condução da entrevista aconteceu através de uma apresentação aos possíveis entrevistados que frequentam o Centro POP, é de suma importância apresentar a proposta da pesquisa para os entrevistados, deixando-os livre para aceitarem ou não a participação na pesquisa. Após aceite e assinatura do termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B). As entrevistas foram gravadas em áudio, a fim de permitir o repasse fiel das falas dos entrevistados, após isso, as falas foram armazenadas em uma mídia digital, para que assim, permita a transcrição integral dessas conversas que foram analisadas.

Após aceitarem participar da pesquisa, pedimos a coordenação do Centro POP um espaço reservado que garantisse o sigilo e o conforto dos participantes, assim, era disponibilizado um espaço que não estava ocupado no momento por algum profissional do equipamento, geralmente as entrevistas foram realizadas na sala da advogada do serviço no período que ela estava ausente, na sala de reunião dos educadores sociais ou em salas que estivessem disponíveis. É importante salientar que foi respeitado a disponibilidade e o tempo dos participantes. As entrevistas aconteceram de novembro a dezembro de 2022, o tempo das entrevistas variaram de 41 minutos a 1h | e 20 min.

Ressalta-se que as entrevistas só começaram em novembro após a aprovação do Comitê de ética. Antes da realização das entrevistas, foram feitas visitas de campo ao lócus da pesquisa. As visitas de campo se iniciaram em abril de 2022 e terminaram em dezembro do mesmo ano, essas visitas aconteciam semanalmente, principalmente nas terças-feiras, quartas-feiras e sextas-feiras pela manhã, dias acordados com a coordenação do Centro POP, com foco na observação da rotina de atendimento, das relações sociais que se davam no local, acompanhando as falas e o

comportamento dos funcionários e das pessoas em situação e superação de rua e por fim, para uma aproximação concreta com a realidade e os contextos da PSR, mergulhamos na realidade dos mesmos, indo até mesmo ao encontro das ruas do centro através do auxílio com educadores sociais do equipamento, de trabalhos voluntários com ONGs.

2.5 Análise de dados

No processo qualitativo, a análise não se deu de forma padronizada, pois cada estudo depende de um esquema próprio de análise, Minayo (2014) descreve que a dificuldade no processo de sistematização dos dados de análise se dá pela possibilidade de aprofundar os significados das informações partilhadas pelos sujeitos pesquisados. Para a autora, a análise de informações tem como finalidade a compreensão dos dados pesquisados e responder às questões inicialmente formuladas e ampliar conhecimento acerca do assunto em questão.

Em nosso processo analítico utilizamos, enquanto corpus da pesquisa, as entrevistas transcritas e optamos pela realização da Análise de Conteúdo, que consiste em técnicas de pesquisa que permitem tornar replicáveis e válidas interferências sobre os dados de um determinado contexto, através de procedimentos científicos (MINAYO, 2014). Para Bardin (2016), a análise de conteúdo tem como eixo a dedução e a inferência perante o material coletado contido nas mensagens e na subjetividade que lhe é inerente, a fim de poder evidenciar a sua objetividade. Nessa análise se aspira ao rigor pela superação das incertezas, assim como o desejo pela descoberta, de compreender o que está além do aparente. Desse modo, a análise de conteúdo:

É um conjunto de técnicas de análise de comunicações. Não se trata de um instrumento, mas de um leque de apetrechos; ou, com maior rigor, será um único instrumento, mas marcado por uma grande disparidade de formas e adaptável a um campo de aplicação muito vasto: as comunicações (BARDIN, 2016, p.37).

Enquanto nas questões operacionais, Minayo (2014) descreve que análise de conteúdo parte de uma leitura de primeiro plano das falas, depoimentos e documentos, para depois, atingir um nível mais profundo, que ultrapassa os sentidos manifestados do

material, pois, habitualmente todos os procedimentos estão relacionados a estruturas semânticas (significantes) junto com as estruturas sociológicas (significados) dos enunciados e a articulam os enunciados dos textos com os elementos que articulam suas propriedades como variáveis psicossociais, contexto cultural e produção da mensagem.

Em nosso processo de análise utilizamos dentre várias modalidades de análise de conteúdo, a análise temática, da qual o conceito central é o tema, Minayo (2014) explica que fazer uma análise temática, corresponde em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação, na qual frequência ou presença referem-se a alguma coisa para o objeto analítico desejado. Bardin (2016) descreve que a análise de conteúdo se organiza em três polos cronológicos: a de pré-análise, exploração do material e o tratamento dos resultados obtidos e interpretação. De acordo com Silva e Fossá (2015), a pré-análise consiste na leitura geral do material eleito para análise, e na retomada das hipóteses e dos objetivos iniciais da pesquisa. Efetua-se a organização do material a ser pesquisado, para compreensão do mesmo e na interpretação final. Que se estrutura nas seguintes tarefas: Leitura Flutuante, Constituição do Corpus, Formulação e reformulação de Hipóteses e Objetivos e nas unidades de registro, unidade de contexto, os recortes, as formas de categorização e codificação e os conceitos teóricos.

Silva e Fossá (2015) acreditam que a exploração do material obtido representa a construção das operações de codificação. Referido passo se utiliza de recortes de textos em unidades de registro, que podem se constituir de palavras, frases, acontecimentos e temas. Ressalta-se que é utilizado também a forma de categorização, que é um método para redução dos textos para palavras e expressões significativas. Esta segunda etapa se dá também na contagem, classificação e agregação das informações. Em relação ao tratamento dos resultados obtidos e interpretação consistem em absorver os conteúdos manifestos e latentes do material coletado. Para analisar e realizar as interpretações, Silva e Fossá (2015) sugerem que “a análise comparativa é realizada da justaposição das diversas categorias existentes em cada análise, ressaltando os aspectos considerados semelhantes e os que foram concebidos como diferentes”, permitindo assim, destacar as informações obtidas.

Dessa forma, após todas as sete (07) entrevistas serem transcritas, realizamos uma pré análise dos materiais elaborados a partir do método de leitura flutuante do corpus em um documento no *software Word*, em seguida com a etapa de exploração do material e com o tratamento dos resultados e interpretação. Enquanto

para a etapa de tratamento de dados, importamos as entrevistas transcritas para o *software* Atlas T.I, de acordo com Silva Júnior e Leão (2018), o *software* Atlas T.I é uma potente ferramenta para pesquisadores de diversas áreas, pois possui uma grande variedade de recursos que permitem seu uso em inúmeras áreas do conhecimento, além de possuir uma interface que propicia a análise de diversos tipos de dados. Assim, iniciamos o processo de codificação do conteúdo das entrevistas em unidades de registro que emergiram das próprias entrevistas.

Em seguida, sistematizamos esses códigos a partir de relações de sentido em nossas categorias e depois analisamos com base em nossas discussões teóricas. Foram criadas 5 grandes categorias de análise, a saber: situação de rua, condições de vida, pandemia da COVID-19, processo saúde-doença e cuidado, que posteriormente os códigos foram agrupados como está apresentado na Tabela 1.

Tabela 1- Organização dos códigos em categorias de análise

CATEGORIAS	CÓDIGOS
SITUAÇÃO DE RUA	Vida antes das ruas
	Relações familiares e sociais
	Trabalho e Renda
	Tempo nas ruas
	Relações interpessoais nas ruas
CONDIÇÕES DE VIDA	Dificuldades e necessidades nas ruas
	Alimentação e higiene
	Estratégias de vida nas ruas
PANDEMIA DA COVID-19	COVID-19
	Modos de vida na pandemia da COVID-19
	Vacinação
	Estratégias de cuidado na prevenção da COVID-19
PROCESSO SAÚDE-DOENÇA	Acesso aos serviços de saúde
	Condições de saúde
	Significados de saúde e doença
	O uso de álcool e outras drogas
	Estigma e preconceito nos serviços de saúde

CUIDADO	Estratégias de cuidado
	Significação de cuidado
	Redes de apoio

Fonte: elaborada pela autora (2023).

2.6 Aspectos Éticos e Legais da pesquisa

O estudo respeitou os princípios ético da pesquisa, de modo que o projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética da Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Ceará, preconizada pela Resolução CNS nº 510/2016 (BRASIL, 2016), referida pela Ética na Pesquisa na área de Ciência Humanas e Sociais e da Resolução nº466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) sobre pesquisa com seres humanos, garantindo autonomia, beneficência, não maleficência, equidade e justiça, com parecer de número 5.739.431 e CAAE: 59989622.0.0000.5054 (Anexo A).

A pesquisa foi apresentada à Secretaria dos Direitos Humanos e Desenvolvimento Social- SDHDS de Fortaleza, e a partir do consentimento dela, apresentado por meio da Carta de Autorização, a pesquisa foi oficialmente apresentada à coordenação do Centro POP Centro que assinou um Termo de Anuência comprovando concordância quanto a realização da pesquisa.

Considerando os preceitos éticos da pesquisa, os participantes foram informados a respeito dos objetivos e procedimentos do estudo, dos possíveis riscos e benefícios caso concordassem com a realização da entrevista e participação na pesquisa, do compromisso ético de sigilo e da possibilidade de recusa de participação ou permanência na pesquisa a qualquer momento do processo, evitando, sempre, constrangimento entre os envolvidos. Todas as atividades de produção de dados, só iniciaram após o consentimento verbal do(a) entrevistado(a), bem como a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice B), referido termo é um documento que garante todos os direitos dos participantes, garantindo-lhe confidencialidade e anonimato, neste termo tem todas as informações da pesquisa, bem como os objetivos, justificativa, riscos e benefícios. A participação dos entrevistados se deu de forma voluntária, não sendo remunerados e podendo desistir em qualquer momento da pesquisa. Os dados coletados foram usados somente para gerar informações para a pesquisa e para outras publicações decorrentes dela.

A presente pesquisa pode envolver riscos aos participantes como leve desconforto durante a entrevista ou manifestação de sentimento desagradáveis, pelo fato de terem suas histórias de vida e o seu processo saúde-doença e cuidado compartilhado. A pesquisadora se comprometeu em tomar precauções para minimizar esses riscos, como a construção de vínculos com os participantes antes das entrevistas, de amparar o participante, conversar e oferecer apoio e conforto, realizando as entrevistas em locais que permitissem sigilo e privacidade. Entretanto, os participantes poderão desistir em qualquer momento da pesquisa. A pesquisadora garante sigilo das identidades dos participantes. Enquanto, os benefícios, esta pesquisa trouxe informações importantes sobre o processo saúde-doença e cuidado das pessoas em situação de rua, bem como, a reflexão sobre maior visibilidade dessa população e das suas demandas de saúde e reflexões sobre o cuidado de si.

3. SAÚDE NAS RUAS

O presente capítulo pretende apresentar uma breve discussão acerca da população em situação de rua e o seu processo saúde-doença. Discutir sobre a saúde da população em situação de rua é importante, pois, essas pessoas possuem suas particularidades específicas que determinam seu processo saúde-doença, além de que sofrem com a vulnerabilidade social, estigmatização e morbidades que também influenciam na sua saúde. É necessário, tornar acessível o direito sobre saúde e não mais submeter essas pessoas aos modelos padrões de saúde impostos e discutir sobre como o contexto econômico, cultural, político e social influenciam na saúde.

Considerando todos esses aspectos, também é necessário discutir sobre o impacto da atual crise sanitária, econômica e humanitária provocada pela pandemia da COVID-19 na vida da população em situação de rua, as deixando ainda mais vulneráveis e repercutindo no seu processo saúde-doença. Assim, procurando compreender o processo saúde-doença vivenciado pela população em situação de rua diante da pandemia causada pelo novo coronavírus.

Assim, o capítulo é dividido em tópicos que visam explicar, ainda que de forma breve, sobre questões referentes ao processo saúde-doença da população em situação de rua, as políticas públicas voltadas para essa população e as implicações da COVID-19 na saúde delas. Inicia-se, portanto, trazendo as concepções de saúde, os

significados de saúde para população em situação de rua e como os seus modos de vida influenciam na sua saúde, em seguida abordo sobre políticas públicas voltadas para essa população. Por fim, apresento um pouco do contexto das consequências da pandemia da COVID-19 na vida das pessoas em situação de rua.

3.1 Conceitos saúde-doença

Para discutir sobre o processo saúde-doença da população em situação de rua é necessário compreender como se dá esse processo, abordar as concepções de saúde, buscando considerar suas várias dimensões, seja a biológica, individual, social, coletiva e a psicológica. Definir a saúde é algo muito complexo, segundo Batistella (2007), a dificuldade em apontar um conceito se dá pelo fato que existem diferentes dimensões e questões constitutivas. O autor aponta que algumas concepções acabam seguindo apenas uma dimensão e negligenciando outras, da qual não conseguem definir saúde, reduzindo-se a somente abordar o conceito de doença. Como é o caso do modelo de saúde como ausência de doença.

Para Almeida Filho e Paim (2014), isso se dá pelo fato que a maioria das teorias dão ênfase a referência biológica, conseqüentemente, nota-se uma ênfase nos níveis subindividual e individual, operando efetivamente nos processos patológicos e vivências. Para Batistella (2007), a saúde como ausência de doença está ligada ao modelo biomédico, o autor acredita que a atenção tem se voltado mais a doença, seu manejo prático e suas questões, enquanto a saúde não tem ganhado a atenção que merece, assim, como na hegemonia do modelo biomédico, que centraliza na doença e o conceito de saúde fica em segundo plano.

Para Camargo Júnior (2007), a concepção de doença no modelo biomédico se articula com três ordens de dificuldades interligadas: a indefinição conceitual, o reducionismo biológico e a reificação da noção de doença. Em relação à indefinição conceitual, o autor apresenta que a racionalidade biomédica apresenta uma noção limitada pela classificação das doenças, como Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID), ou seja, o eixo teórico da Biomedicina se restringe a uma teoria das doenças. Assim, essa concepção para o autor acaba se transformando em um retrato “natural” das enfermidades.

No que diz respeito ao reducionismo biológico, o autor destaca que, para o modelo biomédico do processo saúde-doença, excluem-se as condições sociais ou individuais subjetivas, que apresentam implicações para todas as intervenções da saúde. Já no que tange à reificação da categoria doença e enuncia que a doença passou ser o foco do médico, e não do portador dessa doença, do sujeito, tornando-se uma concepção reducionista e restringe toda a compreensão teórica-conceitual sobre o processo saúde-doença.

Conforme Canguilhem (1995), saúde como perfeita ausência de doença está no campo da anormalidade. Fleury-Teixeira (2009) também apresenta crítica a respeito dessa concepção de saúde como ausência de doença, para o autor esse conceito não traz uma análise a respeito da determinação social da saúde, pois a desconsidera por completo. Deste modo, as dimensões sociais que determinam o processo saúde-doença são desconsideradas por esse conceito negativo de saúde, onde acaba sendo mais centralizada na doença.

Dentre as conceituações de saúde, cabe destacar o conceito positivo de saúde da Organização Mundial de Saúde, em que define saúde como o completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doenças, mas existem muitas controvérsias em relação a esse conceito (ALMEIDA FILHO; PAIM, 2014). Assim, esse conceito abrange uma saúde de forma ampliada, que vai além dos aspectos biológicos, individuais e tecnológicos, mas se trata de um conceito utópico por apresentar um ideal de saúde em que o ser humano precisa estar bem em todos os aspectos da sua vida.

Nesse sentido, Sanmartí (1985) argumenta que esse conceito apresenta aspectos positivos, por se tratar de uma definição de saúde que inclui também a área mental e social para além dos aspectos biológicos. Mas também apresenta um aspecto negativo, a utopia do conceito, já que o completo bem-estar é algo inalcançável, relacionado a sua definição e subjetividade. Por outro lado, Czernia, Maciel e Oviedo (2013) defendem que esse conceito é criticável por apresentar uma ideia de uma vida livre de dificuldades, o que não corresponde à situação concreta de qualquer ser humano.

Existiram muitas propostas para a adaptação desse conceito utópico de saúde proposto pela OMS. Uma das propostas mais conhecidas é a da Carta de Ottawa da Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada no Canadá,

em 1986. Onde defende a proposta que “a saúde deve ser vista como um recurso para a vida, e não como objetivo de viver. Nesse sentido, a saúde é um conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e pessoas, bem como as capacidades físicas” (BRASIL, 2002, p.19).

É preciso também destacar a concepção do conceito ampliado de saúde, a partir da VIII Conferência Nacional de Saúde (VIII CNS), realizada no ano de 1986, em Brasília, descendente das mobilizações sociais que lutaram pela democracia e da Reforma Sanitária Brasileira, foi proposto um novo conceito de saúde, que passa a ser entendida como decorrente das condições de vida saudáveis, ou seja, o acesso apropriado a alimentação, educação, habitação, meio ambiente, renda, emprego, transporte, lazer, segurança e serviços de saúde (BRASIL,1986).

Para Batistella (2007), essa concepção de saúde ampliada procura mostrar a importância das dimensões sociais, políticas e econômicas na produção da saúde e da doença de um indivíduo e da população, de forma geral, rompendo então com o modelo biomédico, da qual é centrado na abordagem mecanicista do corpo, do indivíduo, na doença e principalmente na figura do médico e na abordagem de cunho hospitalar. Pensar na saúde a partir do modelo da VIII CNS é compreender a necessidade de como as condições de vida da população, de um sujeito, afeta a sua saúde, afeta sua qualidade de vida e do quanto se faz fundamental que as pessoas tenham acesso a condições que favoreçam essa saúde.

Para Constituição Federal (CF) de 1988, a saúde representa o ambiente político de redemocratização do país, sobretudo pela força do movimento sanitário na luta pela cidadania e da ampliação dos direitos sociais, segundo o artigo 196 da constituição, a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantindo mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988). Dessa forma, Batiteslla (2007) conta que o grande mérito desta concepção se dá na elucidação dos determinantes sociais da saúde, muitas vezes desconsiderados nas concepções que priorizam a abordagem individual e subindividual.

Em relação ao modelo dos determinantes sociais da saúde, Almeida Filho e Paim (2014) defendem que esse modelo incluem as condições mais gerais, sejam elas socioeconômicas, ambientais de uma sociedade, e estão relacionadas com as condições de trabalho e de vida, como saneamento, ambiente, habitação, serviços de educação e

saúde, os autores também destacam as tramas de redes sociais e comunitárias como determinantes no processo saúde-doença. Para a Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS) são os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população (BUSS; PELEGRINI FILHO, 2007).

Segundo Rouquayrol et al. (2018), a CNDSS produziu um amplo trabalho de revisão sobre o conhecimento produzido pelos determinantes sociais da saúde e idealizou algumas abordagens para o estudo dos mecanismos mediante a implementação de ações sobre os determinantes sociais com o propósito de reduzir iniquidades em saúde, os autores apresentam dois modelos como referência o de Dahlgren & Whitehead e de Solar & Irwin. Os autores justificam que esses modelos buscam estabelecer uma hierarquia de determinações através das condições vinculadas com a macroestrutura econômica, cultural e social e aqueles relacionados com as condições de vida e trabalho, bem como fatores biológicos e com os comportamentos individuais e com os estilos de vida.

Figura 2- Modelo Adaptado de Dahlgren e Whitehead



Fonte: Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION et al. 2008).

Como está exposto na Figura 2, os indivíduos estão na base do modelo, com suas características individuais, seguida pelos fatores genéticos, que influenciam de certa forma nas condições de saúde, na camada seguinte aparecem o comportamento e os estilos de vida individual que sofrem influência dos próprios DSS, já que condiz com ao acesso a moradia, alimentação adequada, espaços de lazer, acesso a informações etc.

Na camada posterior assenta com a influência das redes comunitárias e de apoio, que exerce um papel importante na saúde, essa camada é seguida pelas condições de vida e de trabalho, ao acesso a serviço de bens essenciais como educação, serviços sociais de saúde, água e saneamento básico, bem como as condições de habitação e emprego, essa camada é a que mais demonstra o quanto as desigualdades sociais influenciam negativamente na saúde. Na última camada, a camada distal, estão os macrodeterminantes, que são as condições econômicas, culturais e ambientais, que influenciam nas demais camadas (BUSS; PELEGRINNI FILHO, 2007).

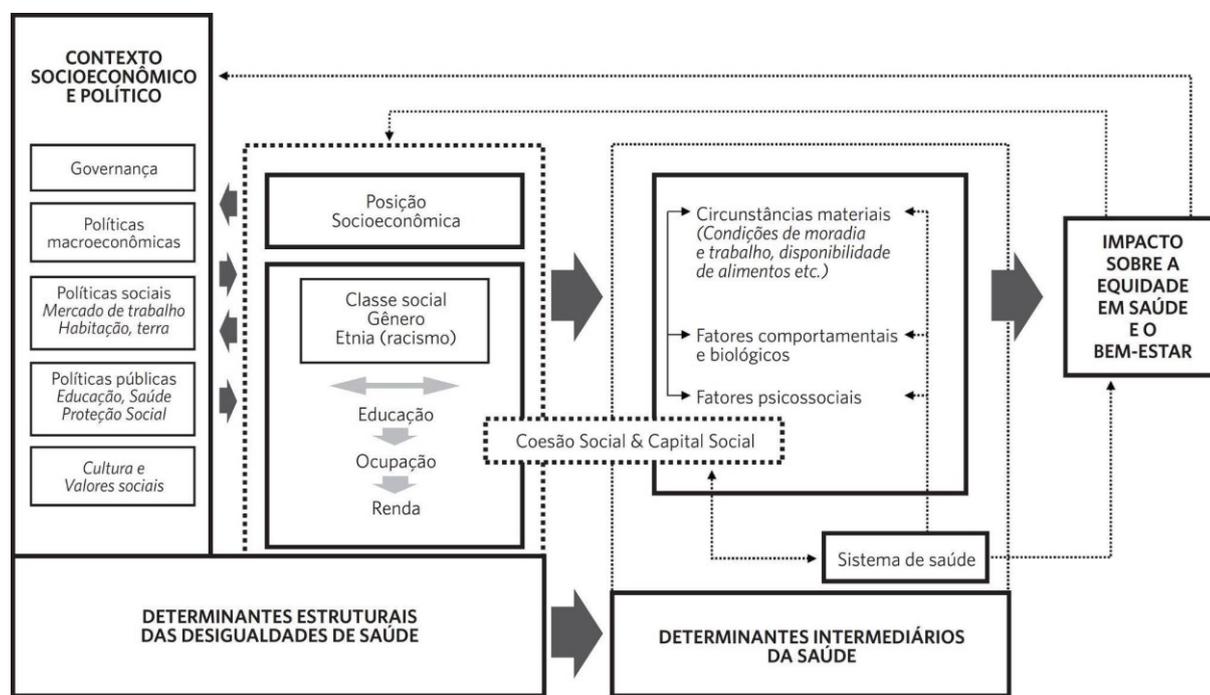
Enquanto o modelo de Solar e Irwin (2010) (Figura 3) indica um conjunto de determinantes intermediários como operadores dos determinantes estruturais, que moldam os efeitos na saúde. A instância estrutural demonstra como as condições sociais, políticas e econômicas formam um conjunto de posições socioeconômicas, na qual, acontece a estratificação de grupos populacionais através da renda, educação, ocupação, gênero, também com a raça/etnia e outros fatores. Tais posições, por sua parte, determinam vulnerabilidades e agravos na saúde (determinantes intermediários) e revelam o espaço das pessoas no conjunto das hierarquias sociais (GARBOIS; SODRÉ; ARAÚJO, 2017).

Solar e Irwin (2010) destacam os seguintes fatores relacionados ao contexto socioeconômico e político, que atuam como determinantes estruturais da desigualdade da desigualdade em saúde e estão vinculados à construção e preservação da hierarquia social: sistema de governança e os aparatos de participação social; políticas macroeconômicas (fiscais, monetárias, de mercado e mercado laboral); políticas sociais, de mercado de trabalho, de habitação e de ocupação da terra; políticas públicas voltadas para educação, saúde, seguridade social e proteção social e sistema de cultura e os valores sociais.

Enquanto os determinantes intermediários correspondem ao grupo de elementos classificados como ‘circunstâncias materiais’ (condição de moradia e trabalho, qualidade do ar, acesso a disponibilidade de alimentos, dentre outros); ‘fatores comportamentais’ (estilos de vida, expressos nos padrões de consumo de tabaco, álcool e na ausência de atividade física, por exemplo) e ‘biológicos’ (condição genética); além dos ‘psicossociais’ (tais como situações estressantes, inexistência de apoio social). De acordo com esse esquema analítico, o sistema de saúde aparece como determinante intermediário da saúde, evidenciando fundamentalmente a importância das barreiras de

acesso. A coesão social e o capital social atravessam tanto a dimensão estrutural, quanto a intermediária (SOLAR; IRWIN, 2010).

Figura 3- Modelo dos Determinantes Sociais da Saúde proposto por Solar e Irwin



Fonte: Solar e Irwin (2010).

Os Determinantes Sociais da Saúde são importantes para construir intervenções de acordo com as condições de vida das pessoas, já que considera as condições socioeconômicas, culturais, ambientais e o próprio acesso aos serviços sociais e de saúde como parte do processo saúde-doença. Os DSS são importantes para pensar na inter-relação das circunstâncias sociais com a saúde e são considerados como avanços na busca em prol da equidade social.

A perspectiva dos DSS e do relatório final da CDSS propõem uma crítica fundamental, pois reconhece que as assimetrias de poder são geradas e reproduzidas pelas questões socioeconômicas e políticas que privilegia grupos diferenciáveis por etnia, gênero, classe social, ocupação, educação e renda (posição socioeconômica), contribuindo assim para padrões diferenciados de vulnerabilidade e exposição aos determinantes intermediários de saúde, na qual, determinam as iniquidades sociais em saúde (BORDE; HERNÁNDEZ-ÁLVEREZ; PORTO, 2015).

Entretanto, esses modelos sobre determinantes sociais da saúde sofreram muitas críticas no âmbito da saúde coletiva e da medicina social latino-americana (BREILH, 2013; GARBOIS; SODRÉ; DALBELLO-ARAÚJO, 2017; NOGUEIRA, 2010; BORDE; HERNÁNDEZ-ÁLVAREZ; PORTO, 2015). Essas críticas se dão através da diferenciação entre determinantes sociais da saúde e a determinação social do processo saúde-doença. Onde, a OMS apresenta os determinantes sociais da saúde sob o ponto de vista ‘fatores’, ou seja, condições de vida, de moradia, de educação, de trabalho, de transporte etc., ‘contextos’, ‘circunstâncias’ e ‘condições’, empregando, assim, uma concepção reducionista e fragmentada da realidade social (GARBOIS; SODRÉ; DALBELLO-ARAÚJO, 2017).

Dificultando, assim, o enfoque de uma compreensão mais ampla da multiplicidade de processos (socioeconômicos, ecobiológicos, psicológicos e culturais) envolvidos nas conexões dinâmicas do objeto saúde-doença, levando em conta que não percebe as configurações patológicas são conformadas e modificadas em cada sociedade em diferentes tempos. Da mesma maneira que, posiciona as estruturas sociais como variáveis, e não em categorias analíticas do processo de produção e reprodução social (GARBOIS; SODRÉ; DALBELLO-ARAÚJO, 2017).

Garbois, Sodré e Dalbello-Araújo (2017) descrevem que o modelo de Dahlgren e Whitehead, a dinâmica das causalidades estruturais (na forma de determinantes distais ou macrodeterminantes econômicos e sociais) aparece de forma periférica na explicação conceitual da noção dos DSS. Enquanto o modelo de Solar e Irwin, os fatores se apresentam como prioridade causal na explicação das iniquidades em saúde e na conformação das condições de vida, além de apresentar uma compreensão sobre as conexões entre determinantes estruturais e intermediários da saúde. Breilh (2013) aponta que esse modelo não chega a representar uma mudança de paradigma da epidemiologia convencional imposta pelo modelo biomédico.

Segundo Nogueira (2010), em alguns modelos de DSS, a doença continua ser entendida como um evento clínico-biológico, enquanto suas causas são consideradas fatores sociais isolados, portanto, sem que sejam baseadas em uma análise social. Borde; Hernández-Álvarez e Porto (2015) apontam que a proposta da CDSS, centraliza no que produz a sociedade em termos desigualdades e reduz a margem de compreensão e de denúncia aos fatores mensuráveis e visíveis, da qual, esperam, que por si só, seja o suficiente para reverter o problema, não propondo uma análise compreensiva das

relações de poder e dos padrões de exploração, marginalização e dominação que manifestam as hierarquias sociais.

Deixando de lado as relações de produção, reprodução social, importantes categorias de análise do âmbito das ciências sociais, impossibilitando uma análise mais crítica em relação a acumulação capitalista e a dinâmica social da sociedade de mercado e todos os seus impactos decorrentes da exploração da vida humana e da reprodução natural das desigualdades sociais, que interferem diretamente no processo saúde-doença dos sujeitos (BREILH, 2013). Concordamos com Nogueira (2010) quando ele descreve que a abordagem dos determinantes sociais da saúde e da CDSS desconsidera os processos de produção e reprodução social e toda multidimensionalidade e complexidade do processo saúde-doença, que vão muito além de fatores sobre a saúde e doença das populações.

Enquanto a noção da determinação social dos processos saúde-doença tem objetivo de compreender e reconhecer as dinâmicas sociais que constituem os processos de reprodução dos então, padrões de exploração, marginalização e dominação nas sociedades, que estabelecem as dinâmicas dos modos de vida e se manifestam nos processos saúde-doença (BORDE; HERNÁNDES-ÁLVAREZ; PORTO, 2015). A concepção da determinação social da saúde parte do caráter histórico e social dos problemas de saúde e do processo saúde-doença (ALMEIDA FILHO; PAIM, 2014).

A determinação social da saúde nasce da abordagem latino-americana baseada no referencial teórico do materialismo histórico-dialético, da qual tem relação direta com o processo saúde-doença e a dinâmica da produção capitalista (SILVA; BICUDO, 2022). Consequentemente, tem como base a análise e problematização da estrutura de classes sociais para a compreensão das iniquidades em saúde (DOWBOR, 2008). Entendemos então que a determinação da saúde está ligada ao processo saúde-doença e entende esse processo além de fatores de causalidade e de uma associação empirista entre condições de saúde e fatores sociais.

Esmeraldo Filho (2010) compreende a saúde como capacidade dos indivíduos e coletividades, que é socialmente determinada para evitar, enfrentar as dificuldades e problemas da vida (processos de adoecimento), como também para a satisfação ativa da vida, onde segundo o autor essa satisfação está relacionada à possibilidade de transformar a realidade e as condições materiais vigentes. Nas palavras do autor essa concepção de saúde considera seus múltiplos processos determinantes.

Não é, portanto, redutível a qualquer dos seus aspectos isoladamente, seja o individual, psicológico ou biológico, seja o social.

Concebemos a saúde a partir da concepção de Esmeraldo Filho (2010), do conceito ampliado de saúde e da determinação social da saúde, pois as condições de um indivíduo, como suas condições socioeconômicas, seus hábitos e estilos de vida, sua cultura e o meio ambiente em que vivem e se relacionam determinam o seu o processo saúde doença. Assim, para compreender o processo saúde-doença da população em situação de rua levaremos em conta a determinação social da saúde decorrente das suas condições de vida na rua, permitindo assim entender um pouco mais a realidade de vida dessa população, o contexto das desigualdades sociais e da pobreza enfrentada por essas pessoas, trazendo uma postura crítica e tentar aprofundar nas discussões das iniquidades em saúde e das suas significações em saúde.

3.1.1 Viver nas ruas: Pessoas em situações de rua e os seus modos de vida

A Política Nacional para a População em Situação de Rua, estabelecida em 2009a, adota o termo população em situação de rua e define 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 as áreas degradadas como espaço de moradia e de sustento, de forma temporária ou permanente, bem como as unidades de acolhimento para pernoite temporário ou como moradia provisória (BRASIL, 2009a, p. 16).

Segundo a Pesquisa Nacional Sobre a População em Situação de Rua (PNPSR) (BRASIL, 2009b), realizada entre agosto e março de 2008, pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, em 71 municípios brasileiros (23 capitais e 48 municípios com mais de 300 mil habitantes), foram constatadas 31.922 pessoas vivendo em situação de rua, sendo maiores de 18 anos, onde puderam traçar um perfil dessa população: a maioria (82%) eram pessoas do sexo masculino e se declaravam pardas (39,1%), onde a maior parte (53%) tinha a idade entre 25 e 44 anos, 70,9 % exerciam alguma atividade remunerada, como catador de material reciclável e flanelinha e 74% sabiam ler e escrever e 24,8% não possuíam nenhum documento de

identificação (BRASIL, 2009b). A pesquisa relatou as razões que levaram as pessoas a viverem nas ruas e se destacaram a falta de emprego, moradia, uso constante de drogas lícitas e ilícitas e o rompimento de laços familiares, mas há uma multiplicidade de fatores para essas pessoas irem viver nas ruas sejam de forma temporária ou permanente.

A Pesquisa Nacional da População em Situação de Rua (BRASIL, 2009b) também relatou que 54,5% dos cidadãos em situação de rua passaram por situações que envolviam discriminação ou impedimento de acessar veículos de transportes públicos, estabelecimento comerciais, obter documentos pessoais e de acessar a algum serviço da rede pública. De acordo com os dados do I Censo e Pesquisa Municipal sobre População em Situação de Rua (2015), realizado pela prefeitura de Fortaleza, viviam 1.718 pessoas em situação de rua, a maioria composta do sexo masculino (83,5 %), com idade entre 19 a 44 anos (74,6%), da qual tinham vínculos fragilizados com a família (42,9%), ganhavam menos que 100 reais por semana (46,1%), não recebiam benefício público (79,8%) e não utilizava serviços públicos (38,35%) e se já sofreram algum tipo de violência (45,6%). (FORTALEZA, 2018).

Segundo Sicari e Zanella (2018), em um levantamento de pesquisas produzidas sobre pessoas em situação de rua, identificaram que os motivos e razões que levaram pessoas a viverem nas ruas são frequentemente apontados como: o uso abusivo de álcool e outras drogas, rompimentos de vínculos e os conflitos familiares (incluindo separação conjugal), o desemprego e o prazer da liberdade que é vivenciado nas ruas.

Na tentativa de compreender os caminhos que levam as pessoas a viverem nas ruas, a caracterização da maioria das narrativas das respostas se refere a uma escolha que não estavam previstas nas suas vidas, mas que houve certos caminhos e motivações em cada trajetória e singularidade e se diferenciam aos “motivos que os levaram para a rua, o tempo de permanência nela e o grau de vínculos familiares existentes” (ROSA; CAVICCHIOLI e BRÊTAS, 2005, p. 278). Dentre os motivos que levaram as pessoas a terem os logradouros públicos como moradia estão o desemprego, conflitos familiares, dependência química de álcool e/ou drogas:

Agora da última vez eu estava desempregado e estava morando na casa de uns familiares, aí não deu muito a convivência né, para não acontecer algo pior, aí eu não, dessa vez eu vou para rua, aí eu não vou me poupar disso (E.4- Raul).

Observamos a fala de Raul, que tinha completado um ano na rua, ele narra que primeiro ficou desempregado e faltava oportunidades de emprego, teve que morar na casa de parentes e que durante sua estadia lá a convivência com os familiares não deu muito certo e resolveu ir para as ruas. As causas que o levaram para a rua são o desemprego e conflitos familiares.

A fragilização ou cessação dos laços familiares e sociais é uma das características desse grupo populacional, conforme com a PNPSR (2009). A trajetória de vida que os levaram para às ruas exprime, na maioria das vezes, ao uso de drogas lícitas e/ou ilícitas:

Minha vida era boa, eu era casado, eu tinha uma família, aí me viciiei na bebida, comecei na maconha, a maconha foi a porta de entrada das outras, aí meu casamento acabou, mas eu sempre fui um cara trabalhador, lutei para manter meus vícios. Nunca mexi em nada de ninguém, nunca roubei, sou um profissional em cozinha, sou pintor, sou cozinheiro, sou chapeiro, sou churrasqueiro, tenho várias profissões (E.6- Milton).

Minha vida antes das ruas, era uma vida normal, longe é (...), aí quando eu comecei a conhecer a droga, porque a droga tem vários fatores né, o ponto em situação de rua, a minha foi a dependência química que me levou para as ruas, a chegar no ponto de rua (E.7- Chico).

Percebemos nas falas das entrevistadas Elis e Bethânia sobre os motivos da ida para ruas, a correlação de conflitos familiares, violência e o uso de drogas:

É que a gente se perdeu, sabe? ele começou a usar a droga e eu também, tudo que a gente ganhava era pra usar e aí foi ficar difícil a nossa situação, ele perdeu o emprego, fazia uns bicos, mas gastava tudo com as bebidas e as drogas, ele usava muito e não dava mais nada para dentro de casa e aí ele começou a ser violento comigo sabe? e aí a gente foi para rua, porque tudo que a gente ganhava era pra drogar (E.2- Elis).

Minha vida era assim né, porque eu conheci ele eu comecei a usar drogas, conheci ele, aí peguei nós se ajuntemo, aí depois fomo lá pra casa, aí passou um tempo não deu certo, porque os meus irmão não gostaram dele porque tipo assim, ele era agressivo entendeu? comigo. Aí peguei ele veio pra rua e eu também, ele ficou na rua e eu fiquei com ele (E.3- Bethânia).

Nesse processo de desvinculação sociofamiliar, o uso abusivo de álcool e/ou outras drogas e a presença de vínculos sociais de violência marcando suas vidas, se faz presente dos motivos para a ida as ruas. “Considerando que a desvinculação no eixo sociofamiliar é um processo de fragilização que pode converter-se em isolamento e vazio social, o álcool é uma forma de preencher esse vazio ou, melhor, uma maneira de sequer senti-lo” (Escorel, 1999, p. 167). São marcados por processos de fragilização, exclusão e desafios que repercutem nos seus processos de identidade, consciência e sentimento de pertença. Segundo os dados do II Censo e Pesquisa Municipal sobre População em Situação de Rua (2021) de Fortaleza, os principais motivos para estarem em situação de rua foram, conflitos familiares 58,7%, a dependência química 29,7% (somados o uso de drogas lícitas e ilícitas), a perda da moradia 18%, e a perda de trabalho 18% (FORTALEZA,2021).

Segundo Fraga (2015), o abandono do espaço doméstico e o rompimento com a família ocorre por múltiplos fatores, determinado pelas mais diversas relações cotidianas, a ida para as ruas não ocorre necessariamente por uma escolha, mas como consequência de um processo histórico e social, em que pesam fatores como a renda, a cor da pele e a escolaridade, que estão estritamente relacionados entre si, e que determinam, muitas vezes, as oportunidades e ausência delas na vida de um indivíduo.

Os modos de produção de vida da PSR não são estáticos, alguns entrevistados/as narram suas estratégias de sobrevivência nas ruas, de acordo com suas experiências pessoais em decorrência das dificuldades que enfrentam nas ruas, uma dessas é o trabalho informal, eles e elas citam a venda de balas e carteirinhas nos sinais como também favores domésticos em troca de dinheiro ou até mesmo alimentos:

Eu vendo carteirinhas, aí se o cliente não comprar, eu pergunto, mas você tem 10 ou 5 centavos que podem me ajudar? Aí, eu ganho uma ajudinha por fora, lavo roupa também do pessoal do galpão, o pessoal fala assim, “ah te dou um real ou 2 reais por peça”, ah, mas eu nunca coloco o valor por peça, aí vem pra cá e lavo aqui (centro POP), aí compro sabão, aí ser 10:30 ou 11:00 e não ter seco, eu levo para frente do galpão e deixei secar lá, tem uns varais do lado de fora (E.4-Raul).

Eu pego as caixinhas de pastilha e vou para dentro dos coletivos e dá pra mim com aspas ganhar dinheiro de forma honesta (...) eu não manguieio, manguiar se torna uma coisa muito humilhante, melhor pegar, vamos dizer, colocar uma caixinha de pastilha na mão e colocar algo que eu possa

mostrar para as pessoas que é aquele produto, aquele material que eu sobrevivo (E.7- Chico).

Eu vendo balinha nos sinais, dá até pra fazer um dinheirinho às vezes, mas tem dia que a gente não ganha nada, mas é isso, um dia de cada vez, mas tento né, para não depender tanto dos outros (E.2- Elis).

Eu faço favor, favor assim, tem uma menina que me chama de vez enquanto para limpar a casa dela, toda semana ela me convida, ela me dá 50 reais, alguns alimentos, ela me ajuda, ganho o auxílio Brasil também, aí eu vou sobrevivendo (E.5-Marisa).

Segundo Tiengo (2016), a PSR procura nos trabalhos informais os seus meios de sobrevivência, para tentar se manter, evitar discriminação nas ruas e até mesmo afirma-se como ser humano e descreve que essas pessoas não têm direitos trabalhistas, independente de horário, de suas condições físicas e das questões climáticas. De acordo com os resultados da PNSPSR (BRASIL, 2009b), grande parte dessas pessoas tem como fonte de renda as atividades no mercado informal (52%), tais como: são catadores de material reciclável (27,5%), flanelinhas (14,1%), trabalhadores da construção civil (6,3%) e limpeza (4,2%), carregadores e estivadores (3,1%). A maioria nunca teve carteira assinada ou não trabalhou formalmente há muito tempo. No que se refere à mendicância, apenas 15% das pessoas da amostra deste estudo foram descritas como pedintes.

As condições de trabalho na rua se dão de forma precarizada (TIENGO, 2020). De acordo com Escorel (1999), existem diversos grupos de atividades laborais produzidas pela PSR, são elas: catadoras materiais recicláveis, carregadores de cargas, guardadores de carro e outras atividades informais. Para PSR, o trabalho se revela como um papel característico da subjetividade, e muitas vezes, tendo sentido de honestidade e pertencimento social e sendo usado para sua sobrevivência.

O dinheiro que conseguem, geralmente garante apenas o necessário para suprir alguma necessidade do dia. A PSR é vista, pela maioria da sociedade, como vagabundos, preguiçosos e que não se esforçam bastantes para conseguir emprego ou sair daquela situação de rua, e muitas vezes são considerados inúteis por não ter empregos formais. Entretanto, essas pessoas sofrem dificuldades em conseguir trabalhos formais, são elas a falta de comprovante de residência, sofrem com preconceito e

discriminação na busca de emprego. Oliveira (2015) descreve que são escassas as oportunidades de emprego para PSR devido a estigmatização e ausência de endereço fixo, mesmo que a pessoa tenha qualidade e competência para exercer o cargo do qual se candidatou.

Por ser uma questão de sobrevivência, os trabalhos informais estão presentes na vida das pessoas em situação de rua, entretanto, o que ganham não garantem o atendimento das suas necessidades básicas, apresentam precarização e acabam influenciando no processo saúde-doença dessas pessoas. É necessário a inserção em atividades produtivas para estas pessoas, a fim de viabilizar a geração de renda e manter suas necessidades básicas, para isto, é importante a presença das políticas públicas para promover a presença dessas pessoas no mercado de trabalho e garantir o acesso aos seus direitos trabalhistas. São necessárias medidas de capacitação e qualificação profissional para estimular mudanças nas suas condições de vida.

São muitas questões e desafios diários que interferem na saúde da PSR, de acordo com as entrevistas realizadas, percebemos que muitas vezes essas pessoas não têm o mínimo para garantir sua sobrevivência, no que se refere a alimentação, questionamos aos participantes dessa pesquisa, como eles faziam para se alimentar e essas são algumas das respostas:

Só que é muita dificuldade pra mim porque eu moro na rua, se eu não for pedir meu almoço e minha merenda, não cair do céu, não tem quem me der e eu tenho que ir atrás (...)eu vou pedir nos restaurantes, às vezes tem os estouros na praça do Ferreira, tem sopa, essas coisas, aí pega e eu como desse jeito (E.3- Bethânia).

Minha dificuldade é um arroz, é um feijão, porque eu tenho que me alimentar né, é difícil aqui nas ruas, tem os estouros, mas às vezes você sente vontade de comer algo diferente, tomar um suco e não tem né, um dia desses eu estava desejando tomar uma Coca-Cola, mas o que eu tinha eu tinha que comprar algo para ajudar na comida (E.6- Milton).

Meu dia a dia nas ruas é assim né, procuro esses ambientes que tem e que servem uma alimentação pra gente que somos moradores de rua e o dia é assim mesmo, a rotina é cansativa, chega uma hora que a pessoa cansa né? E eu cheguei nesse ponto de cansar (E.7- Chico).

Segundo o relato dos participantes, os alimentos geralmente são adquiridos de diversas maneiras, seja através dos serviços e equipamentos sociais da prefeitura de Fortaleza, como também de doações de restaurantes locais, instituições religiosas, ONG's, por caridades, por meio de manguear (pedir dinheiro), por meio do dinheiro que conseguem através dos seus trabalhos informais e até mesmo pelos auxílios governamentais. Apesar das possibilidades citadas, alguns sujeitos expõem ter passado fome e nem sempre conseguem suprir suas necessidades diárias de nutrientes, os deixando ainda mais vulneráveis e comprometendo sua saúde. É importante também lembrar que nos finais de semana essas pessoas enfrentam ainda mais dificuldades, já que alguns comércios são fechados e geralmente é reduzido o número de pessoas circulando pelo centro.

Nos finais de semana é meio complicado né? Os comércios estão fechados e as vezes eu não consigo pegar comida com o pessoal que ajuda a gente né? Então a gente se junta e cada um contribui com algo que de para comprar comida pra gente fazer e a gente vai se virando (E.2-Elis).

Antes de vim para rua eu tinha nojo de comida no chão e não tinha coragem de comer, agora, teve um dia que eu estava com tanta fome e não consegui nada e aí eu estava passando por um lixo e vi um resto de comida no lixo, eu não quis nem saber, peguei e comi, pra você ver né? (E.4- Raul).

A escassez de alimentos é uma realidade para essas pessoas, muitas vezes eles têm que submeter a condições extremas para garantir sua sobrevivência, para alguns sobreviver do lixo é uma saída na escassez de alimentos e suprimentos. Percebemos o quanto a pobreza extrema é um determinante social na saúde dessas pessoas. Para Schervinsk et al. (2017), a alimentação inadequada pode acarretar o desenvolvimento de doenças crônicas de saúde como: diabetes, hipertensão, dentre outras.

A falta de alimentação os aflige, vivem com fome, desnutrição, adoecimentos e dor e até mesmo à obesidade, por ingestão de alimentos inadequados (TSAI; ROSENHECK, 2013). Na pesquisa de Paula (2021), apareceram pessoas em situação de rua que estavam com sobrepeso e obesidade, na qual foi associada a alimentação inadequada, o autor descreve que a falta de alimentos com nutrientes é sugestiva do aparecimento de problemas de saúde.

Dentre as necessidades básicas para garantir a sobrevivência de um ser humano, a alimentação é uma das principais, a PSR vive em condição de insegurança alimentar e nutricional. A alimentação e nutrição constituem requisitos básicos para a promoção e a proteção da saúde, possibilitando a afirmação plena do potencial de crescimento e desenvolvimento humano, com qualidade de vida e cidadania. Deste modo, a alimentação condiciona e determina a saúde (BRASIL, 2012a).

De encontro com os discursos dos participantes desta pesquisa encontramos relação com as pesquisas de Aguiar e Iriar (2012), em Salvador/Bahia sobre as questões relacionadas a alimentação, que apontam para diversas estratégias para conseguir se alimentar como: doações de instituições de caridade, particulares ou resto de restaurantes, busca de alimentos no

lixo ou em lugares insalubres e restaurantes populares. Para quem vive nas ruas, ter acesso a alimentação se torna um desafio nos seus dias, mesmo para aqueles que desenvolvem atividades informais, se alimentar pelo menos três vezes ao dia, com qualidade se torna uma grande dificuldade para essas pessoas. Segundo a PNSPSR (BRASIL, 2009b), a maioria (79,6%) consegue fazer ao menos uma refeição ao dia, sendo 27,1% as que compram a comida com o seu próprio dinheiro e 4,3% as que utilizam o restaurante popular, e 19% não conseguem se alimentar todos os dias

Segundo os dados do II Censo de Fortaleza (FORTALEZA, 2021) sobre a alimentação da PSR foi apontado que 49,5% responderam que ganhavam de pessoas nas ruas, 39,7% conseguiam os alimentos em algum serviço da Prefeitura de Fortaleza, 37,8% relataram que recebem a comida de algum grupo que distribui comida nas ruas 33,7% relataram que ganhavam a comida de algum restaurante, lanchonete ou bar, 24,8% ganhavam de entidades sociais, 21,7% afirmaram comprar em restaurante/lanchonete/bar, 14,8% relataram que comem no serviço refeitório social. 7,7% coletam ou catam a comida na rua, e apenas 7,2% preparam o próprio alimento

A Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948 (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 1948) alega que a alimentação adequada, incluindo o acesso à água potável, é um dos componentes necessários para assegurar a todo ser humano um padrão de vida saudável. A Constituição Federal Brasileira assegura a alimentação como direito social, entretanto esse direito só foi garantido em 2010 através da Emenda Constitucional 64 (BRASIL, 2010b).

São assegurados também pelas políticas públicas brasileiras como: o Programa de Segurança Alimentar e Nutricional, Programa Bolsa Família, Programa Restaurante Popular, Políticas de inclusão social, dentre outros. Contudo, esse direito que não chega a muitos brasileiros, apesar de constitucional, é um desafio e aflige milhares de brasileiras e brasileiros em todo o país, comprometendo sua saúde.

Diante do aspecto da pobreza extrema e das condições de vida impostas nas ruas, as pessoas em situação de rua sofrem com a falta de acesso a recursos que garantam sua sobrevivência e a garantia das suas necessidades básicas. Dentre estes recursos, se encontra a questão da água, de locais para lavar roupa, dificuldade de tomar banho e manter sua higiene.

Para beber água eu peço nos restaurantes/bares, eu também consigo no Shalom, o que complica é os finais de semana né, tudo fechado, a gente passa até sede (E.2-Elis).

Bom, eu sinto muita dificuldade na higiene e para lavar as roupas, eu moro na praça, me diga onde tem um lugar para lavar uma roupa e estender aqui? Não tem e eu não gosto de ficar indo para o Centro POP (E.3- Bethânia).

Nossa, tem dias que dá tanta vontade de beber uma água gelada sabe? A gente na rua se vira né? Eu consigo água através de doações e vou me virando com o que dá né? (E.7-Chico).

A exclusão dessas pessoas do acesso à água mínima para beber, higienizar-se e ao saneamento básico, mostra o quanto vivemos em uma sociedade desigual, a pobreza extrema os aflige e os deixam mais vulneráveis a problemas de saúde e o quanto os direitos sociais são negados a essas pessoas. Diante do aspecto da pobreza extrema e das condições de vida impostas nas ruas, as pessoas em situação de rua sofrem com a falta de acesso a recursos que garantem sua sobrevivência e a garantia das suas necessidades básicas. Todo ser humano necessita de água de qualidade para proteção e manutenção de sua saúde.

Dentre todas as vulnerabilidades em que essas pessoas são expostas, a água passa longe de ser um direito e se torna um item de caridade pública (BRASILCxa, 2004), violando ainda mais a vida dessas pessoas. Desse modo, a falta de acesso adequado aos serviços de água e saneamento tem relação com a higiene e

consequentemente proporciona o aparecimento de diversas doenças (NEVES-SILVA; MARTINS; HELLER, 2018).

Sem ter lugares para tomar banho de forma adequada, lavar suas roupas, também interfere na privacidade e na dignidade na vida dessas pessoas. Segundo Neves-Silva, Martins e Heller (2018,) essas situações refletem a relação horizontal entre direitos humanos e saúde. Percebemos o quanto a pobreza extrema, a marginalização e o desamparo sociopolítico influem e determinam as condições de saúde da PSR. A falta de locais adequados para tomar banho, sem lugar para lavar suas roupas também inflinge a privacidade e dignidade dessas pessoas. É urgente e necessárias políticas públicas capazes de garantir as necessidades dessas pessoas, proporcionando ambientes saudáveis que garantam seus direitos, pois todas essas demandas são questões de saúde pública e que devem estar em pauta nas ações sociopolíticas.

Em relação às mulheres em situação de rua, essa questão da higiene se agrava ainda mais, já que essas mulheres passam por ciclos fisiológicos, como o período menstrual:

É difícil, mas a gente consegue manter a higiene né? O que complica mesmo é no período menstrual, tem dias que a gente consegue tomar apenas um banho por dia, imagina nesse período? (E.5-Marisa).

Ser mulher e estar em situação de rua é muito complicado, é muito ruim ficar sem tomar banho, principalmente quando estou menstruada, teve dias que eu não tinha absorvente e tinha que me virar e era ruim, não me sinto bem (E.2-Elis).

A dificuldade em manter a higiene menstrual é uma realidade que é vivida por essas mulheres a cada ciclo fisiológico, essas mulheres vivem em condições de pobreza menstrual, que não está somente relacionado a itens de higiene, como também se dá através da falta de acesso ao saneamento básico, informações sobre menstruação e até mesmo do manejo da higiene menstrual e a falta de acesso aos itens higiênicos reutilizáveis (MOTTA; BRITO, 2022). Todas essas questões junto com a falta de instalações sanitárias adequadas operam negativamente na saúde dessas mulheres, tornando-as mais vulneráveis, vivendo com o sofrimento, exclusão e vergonha que afetam sua dignidade e reduzem sua autoestima.

As mudanças climáticas também se apresentam como desafios para vivências nas ruas, como segue no relato de Milton que está em situação de rua há três anos:

Peguei inverno, peguei chuva, peguei frio e estou há quase três anos na rua. Eu peço a Deus pra me tirar da rua, da praça que eu moro, que é praça da Bandeira, eu peço muito a Deus que me tire dessa situação, porque não é situação para ser humano você morar na rua, ser humano nenhum nasceu para morar na rua, isso não existe (E.6- Milton).

Os locais onde as pessoas em situação de rua vivem influenciam diretamente em sua qualidade de vida (BRASIL, 2012b). Estar em situação de rua gera sofrimento, pois essas pessoas vivenciam dificuldades nos seus cotidianos, passam por frio, calor, fome e inúmeras formas de exclusão, por não possuírem residências, essas pessoas estão expostas às condições climáticas. Estas variações climáticas são fatores que geram sofrimento, dificultam consideravelmente a vida de quem vive na rua e precipitam problemas de saúde (BRASIL, 2012b).

Por questões de sobrevivência, muitos adquirem táticas para tentar lidar com essas mudanças climáticas, seja em barracos improvisados, contanto com apoio de instituições religiosas que oferecem ajuda para enfrentar dias mais frios ou fazem uso de bebida alcoólica e/ou outras drogas para aguentar o frio (PAULA, 2021). Demonstrando o quanto essas pessoas têm suas vidas expostas a problemas de saúde decorrente das suas condições de vida e da pobreza extrema. Viver em situação de rua, muitas vezes, dificulta a (sobre)vivência em condições adequadas, haja vista as circunstâncias desfavoráveis que se encontram.

Hino, Santos e Rosa (2018), em um estudo para conhecer a produção científica brasileira dos últimos dez anos (2007 a 2016) sobre as pessoas que vivenciam situação de rua sob o olhar da saúde, descrevem que as condições e os modos de vida deste grupo de indivíduos determinam o processo de saúde e doença e de cuidado de forma diferenciada e apresentam diversas vulnerabilidades às quais se encontram suscetíveis.

Tendo a rua como moradia, reinventam diariamente soluções para a sua sobrevivência. Os participantes descrevem que não é uma vida fácil, mas que nem por isso ela deixa de ser legitimada como uma possibilidade, um caminho, talvez o único existente. É perceptível também que a complexidade dessa realidade está relacionada a

aspectos sociais para justificar sua permanência, principalmente no que diz respeito à garantia e o acesso aos direitos básicos humanos e de um cidadão brasileiro.

É difícil né, viver nas ruas não é fácil, é difícil porque é diferente você está em uma casa e está nas ruas. Nas ruas, vamos dizer assim, a gente não dorme, é só um passar um tempo, porque nas ruas, ela tem muitas coisas que fazem a gente procurar as drogas, coisas fáceis, a rua leva pra isso aí mesmo (E.7-Chico).

É muito ruim, porque você sofre, aí abre 5 horas da manhã, aí você tem que levar seu colchão pra outro canto, aí se chover pra onde vai tem que levar entendeu? E quando molha você tem que dormir no papelão, entendeu? (E.3-Bethânia).

Durante o período de campo, estando entre eles, construindo vínculos com eles e elas, percebe-se que seus dias decorrem de muito esforço árduo por sua (sobre)vivência, são pessoas que enfrentam todos os dias dificuldades, mas tentam criar estratégias que garantam pelo menos que sobrevivam mais um dia e enfrentam as adversidades inerentes ao contexto das ruas. Essas situações denunciam o abandono das pessoas pelo Estado e mostram a urgência em se buscar estratégias para o atendimento à problemática social que se apresenta cotidianamente em todo o país.

3.1.2 *Processo saúde-doença e seus significados para população em situação de rua*

O contexto das ruas se constitui como local de exposição e situações de extrema vulnerabilidades que interferem na saúde dessa população, debilitando suas condições de vida, refletindo na falta de condições que favoreçam os cuidados à saúde, as pessoas que estão em situação de rua são expostas a falta de alimentação adequada, exposição a violências, mudanças climáticas e a lugares adequados e privativos para a realização da sua higienização pessoal, dentre outros (FARIA *et al.*, 2014) que resultam em desigualdades em saúde.

A desigualdade social em saúde é entendida por (BARATA, 2017, p.488), como “as diferenças produzidas pela inserção social dos indivíduos e que estão relacionadas com a repartição do poder e da propriedade”, essas diferenças são

derivadas dos processos excludentes de acesso a bens e serviços, da pobreza, envolvendo as questões sociais, econômicas, culturais e políticas que afetam fortemente a saúde dos sujeitos.

Assim, podemos compreender que o processo saúde-doença é resultado das complexas determinações sociais, das condições concretas de vida da população, dessa maneira, as condições de vida da população em situação de rua se dão por contextos de desigualdades sociais em saúde. Segundo os dados do Manual sobre o Cuidado à Saúde junto à População em Situação de Rua elaborado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2012b), os problemas de saúde mais recorrentes na população em situação de rua são: doenças crônicas como diabetes e hipertensão; problemas nos pés; infecções sexualmente transmissíveis; tuberculose, problemas na saúde bucal, gravidez de alto risco e consumo excessivo de álcool e outras drogas.

Para Aguiar e Iriart (2012), os problemas de saúde que mais afligem as pessoas em situação de rua são transtornos mentais/psiquiátricos, problemas dermatológicos e gastrointestinais. Dentre a literatura pesquisada, queremos destacar que as doenças pulmonares, como tuberculose, sempre estiveram relacionadas às pessoas em situação de rua (SILVA *et al.*, 2021; ZUIM; TRAJMAN, 2018; ALECRIM *et al.*, 2016). A PSR apresenta uma incidência 10 a 85 vezes maior de infecções por tuberculose quando comparadas à população geral (RANZANI *et al.*, 2016). Diante deste cenário, a PSR está incluída no Programa Nacional de Controle da Tuberculose como população prioritária (BRASIL, 2018).

A PSR também apresenta lesões em membros inferiores por conta da mobilidade prejudicada pelo uso de calçados inadequados e pelos seus modos de vida (HALLAIS; BARROS, 2015). Faria *et al.* (2014) relatam que as doenças que mais acometem a PSR estão associadas à alimentação inadequada ou mesmo à falta de alimentação, sendo comuns doenças como hipertensão arterial, diabetes, desnutrição. Essa é a mesma conclusão de Moquillaza-Risco *et al.* (2015), da qual os resultados evidenciaram uma alta prevalência de doenças crônicas nessa população, apontando também transtornos mentais e demências como problemas de saúde.

Fiorati *et al.* (2016) mostram que as maiores causas de mortalidade precoce na vida PSR estão relacionadas com: tuberculose, Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST's), principalmente pelo vírus da imunodeficiência adquirida HIV,

hepatites B e C e assassinatos, constatando que as doenças citadas muitas vezes não adquiridas nas ruas, mas no decorrer das suas vidas nas ruas, elas podem se agravar.

No contexto de saúde da população em situação de rua residente de Fortaleza, segundo os dados do II Censo sobre a População em Situação de Rua de Fortaleza, os problemas de saúde mais prevalentes são a dependência química (33,8%), dores crônicas (20,3%), sendo 13,2% de hipertensão arterial, depressão/doença nos nervos (19,5%), problemas de saúde bucal (19,5%), alguns relatam sofrerem com consequências de acidentes (16,8%), seguida por problemas respiratórios (16,3%) e doenças no aparelho digestivo (14%) (FORTALEZA, 2021a).

Quando questionamos as condições de saúde das pessoas entrevistadas, alguns e algumas se consideram pessoas saudáveis por acreditar que a concepção de saúde está relacionada diretamente com a ausência de doenças e por frequentemente realizarem exames preventivos, como podemos observar nas falas:

Eu estou muito bem, 69 anos e olha que eu bebo muito viu? e eu nunca preciso ir no médico, vem a topique na praça, mas eu não vou, porque não sinto nada, graças a Deus (...) (E.1- Dorival).

Minha saúde está perfeita, já fiz prevenção semana passada no posto, fiz vários exames, da mama e tireoide, estou perfeita, eu sempre vou no posto aqui do centro fazer meus exames, porque eu me cuido e estou perfeita, nenhuma doença (E.5- Marisa).

Percebemos nos discursos, expressões de medicalização, seguindo um modelo biomédico que é imposto na sociedade, como, na não atribuição das suas condições de vida aos seus processos de adoecimento, como também direcionar a sua saúde somente a falta de medicações e exames preventivos, por meio de consultas médicas. Alguns participantes dessa pesquisa relataram problemas de saúde como: IST's e acidentes com animais peçonhentos causados pela vulnerabilidade de viver nas ruas:

Um pouco, meu ex-marido que me contaminou com o HIV e eu vim descobrir quando eu fiquei doente e fiz o exame né e deu né, (...) sou soropositiva, quando eu descobri foi um choque (E.2- Elis).

Não, a dificuldade que eu estou levando só é o meu dedo mesmo, que foi uma mordida de escorpião (...) o ferrão ainda está no meu dedo e dói muito, olha como ele está todo roxo e eu sinto tanta dor que eu não consigo dormir e eu fico pra lá e pra cá na praça com e febre, está sendo um sofrimento (E.3- Bethânia).

Durante o processo de campo e na construção de vínculos com os/as participantes da pesquisa, me identifiquei como Enfermeira, que despertava certa curiosidade para os/as entrevistados/as, quando chegava a questionar sobre suas questões de saúde, eles me viam como uma figura da saúde, foi dessa maneira, Elis se aproximou de mim e teve coragem para relatar o que lhe mais angustiava além da situação de rua, era que vivia com o vírus do HIV há dois anos, ela me contou que no começo foi bastante difícil, pois só descobriu quando estava no início do seu processo para ida para ruas. O Ministério da Saúde (MS) aponta uma incidência de pessoas em situação de rua serem portadoras de IST/HIV/aids, sendo primordial medidas de prevenção e controle (BRASIL, 2012c).

Pessoas em situação de rua já são estigmatizadas por suas condições, pessoas portadoras de HIV/aids são bastantes estereotipadas, estar em situação de rua e ser soropositiva acarreta mais estigmas. Conforme Paula (2021), o HIV evidencia, para a PSR, a desfiliação familiar e a ida para o viver nos logradouros públicos, despertando processos negativos, violentos e discriminatórios que interferem na adesão de tratamento. Para Antunes, Rosa e Brêtas (2016), as pessoas em situação de rua sofrem tanto o estigma de sua condição de vida, como também das doenças a que estão expostas, para os autores a discriminação devido às doenças podem se dão de forma mais intensa por estarem em situação de rua, provocando sofrimentos psíquicos e até mesmo riscos de suicídio.

Considerando os contextos na qual as pessoas estão inseridas, na qual, já enfrentam barreiras de acesso aos serviços de saúde, sofrem com preconceitos, discriminação e culpabilização, suscitando em mais vulnerabilidades de viver nas ruas. Garcia (2013, p.1015) aponta que “[...] a situação de rua aparece como direta ou indiretamente responsável pela infecção e o aparecimento da doença, ao mesmo tempo em que o impacto emocional desta descoberta aparece como fator predisponente a se continuar em situação de rua [...]”.

Garcia (2013) descreve que a PSR é ainda mais vulnerável e tem maior prevalência à infecção por HIV, quando comparada com a população geral e enfatiza que a vulnerabilidade às violações de direitos humanos. HIV já é uma doença extremamente estigmatizante, quando relacionada a uma pessoa em situação de rua sofre com mais discriminação, preconceitos e até mesmo com a violência.

A vulnerabilidade de viver nas ruas acarreta também em problemas com animais peçonhentos, como foi o caso de Bethânia, que por dormir em um colchão velho em frente a uma loja de departamento no centro da cidade, acabou sofrendo um acidente com um animal peçonhento. As condições de viver nas ruas são propensas a acidentes com animais peçonhentos.

Nos discursos também foi possível identificar problemas mentais/psiquiátricos, foram relatadas esquizofrenia e depressão, e nos diferentes contextos os participantes alegavam também o uso de álcool e/ou outras drogas, como forte dependência, como pode ser evidenciado nos seguintes trechos:

Eu tenho a cabeça fraca, desde pequeno que eu sou assim nervoso, hoje em dia eu não sei se eu tô melhorando mais e tô em tratamento, ansioso, nervoso, tenho esquizofrenia (...) eu tomo paroxetina, risperidona que é para esquizofrenia e a carbamazepina (...) ao todo, eu comecei a dar convulsão esse ano, eu acho que eu já devo ter dado umas 20 convulsões ao todo (E.4- Raul).

Aí veio a depressão, começou a beber de novo, aí a bebida é a porta de entrada para as outras coisas, aí foi aquela recaída, aí como eu falei eu estou passando quase três anos nesse sofrimento, a depressão, a bebida e o uso da droga de novo (E.6- Milton).

Eu sou dependente de crack, da maconha, remédio psiquiátrico, uma droga que ela chama para outras drogas, ela nunca chega do ponto de eu querer só usar aquela droga, eu quero usar várias drogas (E.7- Chico).

Eu faço, não vou mentir, eu faço uso quase todo dia, tanto da bebida e da cocaína, maconha e cigarro, eu já tentei ficar sem, mas eu não vou mentir, eu estou doente sabe? eu sou dependente (E.2- Elis).

É importante destacar que durante o trabalho de campo, os/as interlocutores dessa pesquisa relataram com frequência o consumo de bebidas alcoólicas, crack, maconha e cocaína, sendo as duas primeiras substâncias mais usuais entre os entrevistados. O consumo dessas substâncias psicoativas foi sendo apresentado como circunstâncias para a ida às ruas como também para a situação de rua.

O uso prejudicial de álcool e outras drogas é uma situação de saúde pública, Esmeraldo Filho (2010) conta que as consequências do abuso de drogas podem desencadear alguns problemas para a PSR, tendo Escorel (2009) também relatado um adoecimento intensificado, como também dificuldades para se alimentar, dormir e seguir tratamentos de saúde por conta desse uso prejudicial. Já na pesquisa de Paula (2021), ele descreve que o uso constante de álcool e outras drogas relacionado às

díficeis condições de vida podem fragilizar imunologicamente a PSR, os levando a adoecer e envelhecer apressadamente, na mesma perspectiva Esmeraldo Filho (2021) também destaca a vulnerabilidade dos moradores de rua a doenças infecciosas pelo uso prejudicial de álcool e outras drogas.

O uso das drogas é um dos fatores mais determinantes para a ida às ruas por parte da PSR (PAIVA *et al.*, 2016), como também gera mais estigmatização as pessoas em situação de rua, já que essas pessoas muitas vezes são reconhecidas como unicamente usuárias de drogas (MOURA JR; XIMENES; SARRIERA, 2013). Goffman (1998) relata que o sujeito portador de uma identidade social estigmatizada somente se sente estigmatizada a partir da identificação dos outros, reproduzindo ainda mais em opressões vivenciadas por essas pessoas e anulando suas identidades e outras formas de reconhecimento.

O uso de drogas entre as pessoas em situação de rua é algo discutido recorrentemente como principal problemática entre o processo saúde-doença e o estilo de vida dessas pessoas. No entanto, existe uma carência sobre as reflexões dos sentidos que podem estar relacionados ao uso e à dinâmica das ruas e das subjetividades, como também das relações entre as pessoas que nela vivem.

Na percepção de Elis e Chico, o consumo de álcool e outras drogas se dá também como uma válvula de escape diante do cotidiano das vidas nas ruas, das dificuldades que caracterizam suas vidas:

Porque a droga ela não é um remédio, eu chego, eu uso a droga pra me esquecer das coisas, pra esquecer dos problemas, da situação que eu estou passando, porque não é fácil, é difícil (E.7- Chico).

É triste, mas eu preciso delas pra viver sabe, eu perdi tudo por conta disso, mas eu preciso delas para poder encarar essa minha vida agora (E.2- Elis).

Na rua existem muitas dores que crescem e se alimentam dos sujeitos que ali vivem, diante desse contexto e das falas dos entrevistados, existe uma relação do uso como um processo para lidarem com os seus sofrimentos e os efeitos das vulnerabilidades. Segundo Matos (2018), o uso das drogas vem com a intenção de suprir o vazio no sentido de proporcionar um escape da realidade, Botti *et al.* (2010) acreditam que as drogas têm o poder de oferecer proteção psíquica diante da dificuldade de viver nas ruas.

O uso das drogas também tem relação com estratégias de socialização, Silva *et al.* (2020a) refletem que esse uso fortalece as relações nas ruas, mas também se torna

um território de reconhecimento, sendo um local de convivência entre os usuários nas ruas, tornando-se um espaço de afeto, construindo vínculos familiares e promovendo sentimentos de pertencimento. Para Medeiros (2014), os usuários constroem suas identidades, redes simbólicas de proteção, até mesmo de pertencimento, solidariedade que constituem também nas suas questões de sua sobrevivência.

Entretanto, para além da estigmatização, essas pessoas também sofrem com a violência, já que a maior vulnerabilidade à violência para as pessoas que fazem uso de drogas, especialmente as drogas ilícitas, está relacionada à questão do estigma do usuário de drogas. Considerando a perspectiva punitivista e de guerra contra as drogas, há um processo de criminalização da pobreza e do usuário de droga que legitima a violência estatal e da sociedade em geral, de modo que as pessoas em situação de rua usuários de drogas estão no grupo dos que carregam o estereótipo de inimigo da sociedade, ou seja, pobre, negro e jovem, sendo, portanto, alvo da violência urbana (MENDES; RONZANI; PAIVA, 2019).

Por conta do seu contexto de vida e de suas características, a população em situação de rua acaba gerando diversas necessidades em saúde que lhes são próprias, para contemplar todas essas necessidades é preciso pensar em uma saúde mais ampla, considerando a relação de saúde-doença e o modo como essas pessoas vivem e trabalham (PAIVA *et al.*, 2016). Uma saúde que esteja mais próxima da realidade de vida dessas pessoas e entender como elas concebem e identificam suas verdadeiras necessidades, ou seja, que esteja relacionada com a subjetividades dessas pessoas, suas narrativas e todas as questões que envolvem seus modos de vida.

Segundo Carneiro-Junior et al. (1998), pensar no processo saúde-doença da PSR, deve se dar de forma diferenciada por conta das condições precárias em que vivem. Como vimos no decorrer de capítulo e até mesmo pelos discursos das pessoas em situação de rua, essas pessoas lutam por sua sobrevivência, vivem de forma vulnerável e com a falta das suas necessidades básicas, diante desse contexto, é importante refletir como esses sujeitos formulam sentidos sobre a saúde, os modos como enfrentam os problemas de saúde e compreender seus discursos sobre suas percepções do processo saúde-doença.

O processo saúde-doença encontra-se nas racionalidades distintas da compreensão e das vivências humanas e se dão de forma inerente. Contribuindo, nesse sentido Minayo (1998) acredita que as percepções de saúde e doença se dão sob a

perspectiva da população por suas condições reais de existência. Dessa maneira, conhecer as concepções da PSR sob a situação de vida, é aprofundar nos seus contextos sociopolíticos, socioculturais, socioeconômicos e socioambientais e de suas próprias experiências vivências que condicionam na determinação social dos seus processos de saúde.

Sobre os significados de saúde, os/as interlocutores desta pesquisa descrevem que saúde com o bem-estar físico e mental, não estar doente ou sentir dor, se sentir bem e ter cuidado consigo, buscar acompanhamento médico, ter uma alimentação adequada e destacando também o uso de preservativos:

Pra mim ser saudável é antes de tudo sentir o bem estar mental e físico, eu sentir que eu estou bem, eu sentir que eu não estou cansado, eu sentir que as minhas ideias são congruentes né, os pensamentos né, isso é (...) antes de tudo o bem-estar né? (Raul- E.4).

É seguir à risca a recomendação médica, procurar fazer check up com frequência, não se automedicar, sentir algum problema, procurar ajuda médica, outra coisa, usar sempre camisinha, super importante (...) isso é ter saúde (...). Você sabe uma boa alimentação (Marisa- E.5).

Esses discursos demonstram uma relação com bem-estar físico, psicossocial, sobretudo relacionados à prevenção, a ideia de ausência de doenças, bem como a realização de exames preventivos e procedimentos. Por tanto, a saúde é vista como ausência de doença, relacionada com a normalidade do corpo e com a ausência de sintomas de doenças. Entretanto, tais percepções estão moldadas por sistemática imposta pelos padrões sociais de saúde que são voltadas para práticas que proporcionem o bem-estar de um modelo biomédico.

A PSR é vista como corpos doente por suas características e modos de vida, assim aparentam problemas de saúde, de fato, pessoas em situação de rua são mais vulneráveis a adoecimentos e problemas que possam comprometer sua saúde por suas condições de vida (HALLAIS; BARROS, 2015). Contudo, segundo Paula (2021), a PSR naturaliza as situações que afetam sua aparência física e/ou funções orgânicas e com elas convivem de forma que, no seu entendimento, estão saudáveis.

Entre os/as entrevistado/as houve noção de saúde para além de uma boa alimentação, mas também pela relação da rua com as questões de adoecimento, das vulnerabilidades que sentem ao viver nas ruas, descrevendo de forma metafórica como uma selva da qual existem perigos que refletem na saúde:

Pra mim saúde é um bom repouso, uma boa alimentação, onde eu posso ter um canto para estar deitado com a minha perna pra cima, não estar no meio da rua, no frio, no relento, porque na rua você não tem isso ou você vai atrás de comida, mas como eu te falei, tem as drogas, têm o alcoolismo, tem as formações e tudo e tem outras coisas que eu não gostaria nem de comentar, que é onde tem essas facções. Na rua tem as covardias, os irmãos, esse pessoal, a rua é uma selva, é uma selva que você não aprendeu andar, você é devorado (Milton- E.6).

Pra mim ter saúde é eu viver bem, está no meu cantinho com o homem que eu gosto dele, entendeu? e viver minha vida, só que pra isso a pessoa tem que lutar, porque quando está na rua né, tem mais dificuldades, muitas demais (Bethânia- E.3).

A rotina de vida dessas pessoas é marcada por processos de exclusão, vulnerabilidades, violência, seus espaços são violados, sofrem com preconceitos, vivendo em condições de privações e de pobreza extrema que influem em iniquidades em saúde, a partir dessas falas citadas, compreendemos que saúde para essas pessoas é não sofrer mais com as vulnerabilidades sociais, com a violência e ter garantia dos seus direitos humanos e suas necessidades básicas, e a urgência de sair das ruas.

No caso das pessoas em situação de rua, cabe compreender tanto os aspectos culturais e estruturais que originam suas condições de vida e práticas de enfrentamento, como também, suas ações individuais. Nesse sentido, apesar de compartilharem a condição de pobreza e exposição a diferentes formas de violência, essas pessoas também demonstram riqueza e criatividade no enfrentamento das adversidades cotidianas e na busca pela sobrevivência (KUNZ; HECKERT; CARVALHO, 2014). É importante também trazer a percepção de Dorival que mora há 20 anos na rua sobre saúde, para ele ter saúde é viver do seu modo na rua

“Deixa eu pensar aqui, ter saúde... é o que eu tenho hoje, ter essa vida aqui, na rua eu posso fazer o que eu quiser, eu estou que nem um pássaro livre para voar, a rua é a minha casa, é onde eu escolhi morar” (Dorival- E.1). Dorival descreve que o motivo que lhe levou para rua foi o seu desejo de ter mais liberdade, suas relações familiares eram muito controladoras, que o sufocaram com o tempo, lhe trazendo angústia e sofrimento. Para Dorival ter saúde na rua tem um significado de liberdade, apesar das vulnerabilidades e desafios nas ruas. Para ele, a rua é o seu lugar. Geralmente, uma das razões que levam as pessoas para as ruas são a fragilização da sua rede familiar, com os seus suportes e cobranças, a rua se

torna um espaço que não lhe garante o suporte, mas pode oferecer uma maior liberdade e independência.

Gaspar (2006), acredita que na rua é onde acontece a formação das relações humanas e de identidades. Através dos seus cotidianos, das diferentes práticas sociais e de suas interações sociais que vão moldando o também os seus modos de vida nas ruas, assim, carregam uma identidade construída na rua e a partir dela que vai se dá os seus cotidianos. Moura Júnior (2012) defende que a rua é um espaço de construção de vínculos e demonstração afetiva de liberdade.

Segundo Oliveira (2012), a rua não pode ser vista e considerada estritamente como um espaço de miséria e violência, mas que rua também pode ser um espaço de “capacidade humana da transformação, pois nela se constroem laços afetivos como amizades e amores, novos rearranjos e experiências na cidade” (p.141). A rua também é um espaço de possibilidades e integração, é nela que as pessoas se reinventam, constroem suas relações e até mesmo encontram sua sonhada liberdade. As pessoas em situação de rua carregam suas subjetividades e seus modos de vida que lhe são próprios e percebe-se essas singularidades nas falas sobre os significados de saúde.

Aguiar e Iriart (2012), sobre significados e práticas de saúde e doenças entre a população em situação de rua, relatam a concepção de saúde para essa população que está atrelada à capacidade de estar vivo, de resistir ao cotidiano e as dificuldades das ruas. Enquanto a doença para essas pessoas, está associada com o enfraquecimento de não conseguir realizar suas atividades laborais para conseguir dinheiro, comida e quando seu corpo não aguenta mais, padece com o sofrimento e enfraquecimento (AGUIAR; IRIART, 2012). Carneiro Júnior *et al.* (1998) expõem que a população em situação de rua concebe doenças com a incapacidade de locomover-se por lugares, ambientes que possam fornecer alimentação ou até mesmo dinheiro, meios que possibilitam a sobrevivência para esse grupo.

O processo saúde-doença tem relação com os modos de vida das pessoas em situação de rua, assim, as condições de vida dessas pessoas vão moldando a sua percepção, com relação aos significados de doença, foram atribuídos a estar na rua, não ter alimento, ver suas necessidades e de outras pessoas que compartilham a rua como o mesmo lugar de moradia não sendo atendidas, como também a incapacidade de realizar suas atividades:

Doença pra mim é você procurar um alimento e não ter, é você está na rua, é você ver o sofrimento do irmão aí do seu lado, como eu já vi muitos irmãos sofrem à míngua e incomodam aí (Milton- E.6).

Doença não é legal, não é legal de maneira nenhuma, porque ela bate, ela aflige a pessoa, ela impede que a pessoa faça outras coisas. Às vezes quando você está doente, você pode deixar a outra pessoa doente também, é (...) psicologicamente, fisicamente, de todas as maneiras, você também pode adoecer o próximo, é não é legal. Doença não é legal de jeito nenhum (Raul- E.4).

Doença pra mim são muitas coisas, doença pra mim é quando eu chego num ponto que eu olho pra mim mesmo, não tenho mais ânimo, não tenho mais coragem pra nada (Chico- E.7).

Não adoecer nas ruas é primordial para a PSR, a saúde está diretamente associada à vantagem social em termos absolutos; quanto mais recursos sociais de indivíduos e comunidades, maior a probabilidade de uma saúde melhor (STARFIELD, 2006). Dessa forma, a desvantagem social que os coloca frente a frente no cotidiano os faz ter o reconhecimento de que a saúde pode ser um bem inacessível pela sua própria condição e, dessa maneira, não é possível ter saúde vivendo em situação de rua (FARIAS et al., 2014).

Tal concepção apresenta-se com uma forte ligação às necessárias condições materiais de existência. Seu impacto, por vezes, pode ser muito traumático e difícil de superar, de modo que implica na impossibilidade de sobrevivência já tão difícil em um ambiente hostil como a rua, que já compete muito para concretização dessa subsistência. Viver nas ruas já é um fenômeno social que implica em problemas de saúde pública e que gera consequências das desigualdades sociais (PAIVA et al., 2016). Segundo Vale e Vecchia (2019a), as más condições de higiene, a dificuldade de acesso a uma alimentação adequada e o sono inapropriado são considerados como impasses para ter uma qualidade de vida e saúde.

Esses sofrimentos marcados nos corpos dos indivíduos que habitam as ruas indicam insígnias de uma vida que simbolicamente os faz vivenciar tais angústias, dados os inúmeros fatores cotidianos que se inscrevem em ciclos com desfechos de inúmeras consequências atribuídas a essas emoções. Sentir-se saudável ou doente são

formas de percepção própria que o indivíduo elabora sobre sua condição (HELMAN, 2009)

A concepção de doença está associada principalmente à força de trabalho e com o corpo, Aguiar e Iriart (2012) contam que para a população em situação de rua o corpo é o seu bem mais precioso, através dele é garantida a sobrevivência. Boltanski (1989) revela que a compreensão do corpo está intrinsecamente ligada à forma como os sujeitos se inserem na hierarquia social e como garantem o seu sustento. Esmeraldo Filho (2010) complementa que o corpo para essa população é como se fosse a sua casa, pois serve como suporte para carregar seus bens pessoais, tais como roupas e documentos. As pessoas em situação de rua usam seu corpo de forma extrema para garantir sua resistência, sua manutenção de vida e trabalho.

É importante descrever e abordar os significados de saúde e doença para pessoas em situação de rua, é permitir dar espaços às necessidades dessas pessoas, suas questões e seus modos de vida e como atribuem essa vocalização, já que são pessoas que tendem a ser invisíveis perante a sociedade e muitas vezes não tidos como cidadãos brasileiros com os seus direitos.

Antunes, Rosa e Brêtas (2016) constatam sobre a importância e a urgência de pesquisas sobre a significados do processo saúde-doença sob a ótica da PSR, para os autores, compreender essas percepções é facilitar um espaço de vocalização para esses sujeitos, garantindo que suas reais necessidades em saúde sejam atendidas.

A situação que essas pessoas se encontram, o seu cotidiano, a forma como trabalham, se alimentam, a violência urbana que sofrem cotidianamente, a perda de vínculos familiares e sociais, a utilização do corpo como instrumento de sobrevivência, bem como, outros fatores implicam diretamente na concepção de saúde e doença, no cuidado e até mesmo no acesso aos serviços de saúde. Com isso, é preciso uma concepção da saúde-doença de forma diferenciada.

Mendes, Chagas e Penna (2020) acreditam que para a construção da compreensão do processo saúde-doença não se pode apenas limitar-se nos dados epidemiológicos, é necessário ir além das questões patológicas/biológicas. Deve-se compreender como os marcadores sociais atingem a saúde dessa população e as deixam mais vulneráveis a essas doenças. A saúde recebe interferência diretamente da dimensão social, a forma como organização social tem relação com a determinação das doenças e na sua intensidade e na distribuição desigual dos índices de morbidade e mortalidade.

Para Mendes, Chagas e Penna (2020), as abordagens atuais voltadas para as pessoas em situação de rua, especialmente no contexto de saúde pública, reduzem essa questão complexa a uma perspectiva patologizante, da qual enfatizam os aspectos individuais como se fossem apartados dos fatores sociais. Apesar do contexto de vida na rua, das suas características e das experiências vivenciadas, não é possível individualizar a situação de rua, dado que esta condição tem correlação pertinente com fatores macroestruturais, com a ordem socioeconômica e sobretudo com aprofundamento das rupturas sociais.

Mendes, Chagas e Penna (2020) complementam que com o avanço das desigualdades e vulnerabilidades sociais, até mesmo a negação de direitos, pertence a condições estruturais, funcionais relacionadas em como a sociedade está organizada. Almeida Filho e Paim (2014) contam que as desigualdades sociais estão correlacionadas com as disparidades de educação, renda, poder político e saúde, por implicações de relações dos poderes econômicos, políticos entre sujeitos sociais.

Assim, pensar no processo saúde-doença da PSR é ir além do modelo de um sistema de saúde, hegemonicamente, centrado no modelo biomédico, distante da realidade e das necessidades sociais e de saúde dessa população. É necessário considerar os marcadores sociais e as questões condicionantes que influenciam na saúde, entrar em contato com as subjetividades, os contextos de vida e as relações desses sujeitos. Pensar em novas abordagens em saúde junto a PSR, que respeitem a trajetória de vida dessas pessoas e que estejam próximas das suas percepções e das representações das suas vivências e com os seus modos de ser e estar no mundo.

3.2 Políticas Públicas voltadas para População em Situação de Rua

Para começar a falar de políticas públicas para população em situação de rua é necessário dar destaque a incansável luta dessa população em busca de reconhecimento e efetivação dos seus direitos, ou seja, para produção e efetivação de políticas públicas que as contemplassem. Mas foi somente na década de 90, que as mobilizações em prol da população em situação de rua ganharam destaque e as reivindicações se tornaram mais intensas.

Cabe destacar as ações de organizações que envolviam especialistas, estudiosos e movimentos de igrejas, entre outros (BRASIL, 2011). Salientando também

o Fórum Nacional de Estudos sobre a População em Situação de Rua, em 1993, que garantiu mais visibilidade às reivindicações da população em situação de rua pelo acesso à saúde, cidadania, moradia e assistência social (BRASIL,2011).

Barbosa (2018) cita duas grandes experiências em favor dessa população, a primeira é a criação do Fórum Coordenador dos Trabalhos com a População em Situação de Rua em São Paulo, que teve grande influência na formulação da Lei Municipal de Atenção à População em Situação de Rua, da qual foi normalizada em 2001. A outra experiência citada pelo autor foi a criação do Programa População de Rua e do Fórum da População de Rua em Belo Horizonte, em 1993. Segundo o autor, esse fórum realizou o Primeiro Censo da População de Rua em Belo Horizonte.

Os anos 2000 também foram definidos com grandes mobilizações, como o Movimento Nacional dos Catadores de Materiais Recicláveis, em 2001, formado por pessoas em situação de rua que trabalhavam com material reciclável que proporcionou cooperativas e associações de catadores (MNPR, 2010). De acordo com Rodrigues *et al.* (2020), nos dias entre 19 e 22 de agosto de 2004, moradores de rua foram atacados e assassinados no centro da cidade de São Paulo, esse episódio ficou conhecido como massacre da Praça da Sé, a partir dele foi criado o Dia Nacional de luta da População em Situação de Rua (19 de agosto). Barbosa (2018) complementa que desde ocorrido, grupos da população de rua deram início a mobilização para fundar o Movimento Nacional para População em Situação de Rua (MNPR), essa tragédia também foi o estopim para que os movimentos sociais exigirem a participação social na política de assistência social, como também na construção de uma política nacional destinada à população em situação de rua.

Segundo Barbosa (2018), grupos da população em situação de rua de vários locais do Brasil, lideranças dessa causa, colaboraram com o 4º Festival Lixo e Cidadania, realizado em setembro de 2005, em Belo Horizonte, promovido pela Associação dos Catadores de Materiais Recicláveis (ASMARE). A partir desse evento, foi consolidado de fato o Movimento Nacional da População em Situação de Rua. Conforme a cartilha do MNPR (2010), os objetivos do movimento são:

(...) o Movimento Nacional da População de Rua surgiu para enfrentar os riscos na rua. E mais, para repudiar o preconceito, a discriminação, as violações dos direitos humanos. Surgiu para reivindicar políticas públicas que atendam às necessidades e à dignidade humana (MNPR, 2010 p.28)

Vale salientar também o governo do Presidente Lula, que começou a dialogar com os representantes dos movimentos e reconhecer suas mobilizações, para Barbosa (2018), em 2003, o presidente começa a se reunir por meio de evento de natal com pessoas em situação de rua e catadores de material reciclável que aproveitaram a ocasião para exigir políticas públicas nacionais e a busca de reconhecimento e efetivação dos seus direitos. Apoiado nisso, em 2005, a Secretaria Nacional de Assistência Social do Ministério de Desenvolvimento Social (MDS) realiza o I Encontro Nacional de População em Situação de Rua, que teve a finalidade de discutir estratégias e desafios para construção de políticas públicas para população em situação de rua, participaram deste encontro representantes da população em situação de rua de várias cidades, organizações da sociedade civil e integrantes do MDS (BARBOSA, 2018).

Assim, em 2003, a partir do governo Lula que surge uma política nacional que tratasse a problemática da população em situação de rua, surgiu então, o Sistema Único da Assistência Social (SUAS), um sistema público que organiza os serviços de assistência social no Brasil. Tem como base o modelo de gestão participativa, com articulação dos esforços e recursos dos três níveis federativos, isto é, municípios, estados e a União (BRASIL, 2003).

O SUAS organiza ações da assistência social para proteção social, com base na Proteção Social Básica, que se destina à prevenção de riscos sociais e pessoais, mediante a oferta de projetos, serviços, programas e benefícios a indivíduos e famílias em situação de vulnerabilidade social. Tem como base também na Proteção Social Especial, designada a família e indivíduos que já estão em situação de risco e que tiveram seus direitos violados por consequência de maus-tratos, abuso sexual, uso de drogas, abandono, entre outros (BRASIL, 2003). Essa política é importante e necessária para prestação de serviços de forma integrada e para superação de situações de vulnerabilidades em que as pessoas em situação de rua se encontram.

Um ano depois da criação do SUAS, criou-se a Política Nacional de Assistência Social (PNAS), editada em 2004, que procura incorporar e efetivar as ações da assistência social como direito de cidadania e responsabilidade do Estado, garantindo uma atenção particular a pessoas que se encontram em vulnerabilização pessoal e social, assegurando também, que elas tenham acesso às demais políticas públicas existentes no país (BRASIL, 2004). No ano seguinte, efetuou-se a promulgação da Lei 11.258, de 30

de dezembro de 2005, que modificou a Lei Orgânica da Assistência Social, tornando a obrigatoriedade da criação de programas voltados para população em situação de rua (BRASIL, 2005).

Conforme Rodrigues *et al.* (2020) foi somente no ano de 2008, que surgiu uma política exclusiva para as pessoas em situação de rua, a Política Nacional para Inclusão Social das Populações em Situação de Rua, aprovada em maio de 2008 e publicada em dezembro de 2009, por meio do Decreto nº 7.053, sob reflexos e debates do Grupo de Trabalho Interministerial para Elaboração da Política Nacional de Inclusão Social da População em Situação de Rua, através do Decreto s/nº, de 25 de outubro de 2006, composto pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, Ministério da Saúde, Ministério da Educação, Ministério das Cidades, Ministério da Cultura, Ministério do Trabalho e Emprego, Ministério da Justiça, Secretaria Especial de Direitos Humanos e Defensoria Pública da União, além da fundamental participação de representantes do Movimento Nacional de População de Rua (MNPR), da Pastoral do Povo da Rua e do Colegiado Nacional dos Gestores Municipais da Assistência Social (CONGEMAS).

A criação dessa política significa um processo de afirmação dos direitos dessas pessoas pelo poder público, onde deve ser implementada de forma descentralizada e articulada entre os três entes federativos e tem como um dos seus objetivos “assegurar o acesso amplo, simplificado e seguro aos serviços e programas que integram as políticas públicas de saúde, educação, previdência, assistência social, moradia, segurança, cultura, esporte, lazer, trabalho e renda” (BRASIL, 2009a). Isso significa, que o Estado reconhece a importância da efetivação dessa política e da indispensabilidade de assegurar o acesso dessas pessoas às demais políticas públicas existentes no país.

Os princípios preconizados na Política Nacional para Inclusão da População em Situação de Rua são:

I-Promoção e garantia da cidadania e dos direitos humanos; II- Respeito à dignidade do ser humano, sujeito de direitos civis, políticos, sociais, econômicos e culturais; III- Direito ao usufruto, permanência, acolhida e inserção na cidade; IV- Não- discriminação por motivo de gênero, orientação sexual, origem étnica ou social, nacionalidade, atuação profissional, religião, faixa etária e situação migratória; V- Supressão de todo e qualquer ato violento e ação vexatória, inclusiva os estigmas negativos e

preconceitos sociais em relação à população em situação de rua (BRASIL, 2009a, p.14).

Para Barbosa (2018) essa política visa assegurar a integralidade das políticas públicas e principalmente do acesso aos direitos humanos e de cidadania à PSR, destina-se também a estabelecer diretrizes que possibilitem a reintegração dessas pessoas às suas redes comunitárias e familiares, da mesma maneira que garantem o acesso a oportunidades de desenvolvimento social pleno, considerando o contexto e os significado das vidas nas ruas.

Outra importante política nacional destinada à população em situação de rua é o Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua- Centro Pop, componente do Sistema Único de Assistência Social – SUAS, previsto no Decreto Nº 7.053/2019 e na Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais, faz parte da Proteção Social Especial (PSE) de Média Complexidade, de cunho público e estatal. Cujo propósito é o atendimento especializado à população em situação de rua, na qual deve ofertar o Serviço Especializado para Pessoas em Situação de Rua, também, ofertar o Serviço Especializado em Abordagem Social (BRASIL, 2011).

O Centro Pop deve contribuir para a redução das violações dos direitos socioassistenciais e dos detrimientos causados pelas violações de direitos, para a construção de novos projetos de vida e para preservar a proteção social às famílias e indivíduos. Conforme as normativas do Ministério do Desenvolvimento Social, as unidades devem estar abertas ao público por, no mínimo, cinco dias úteis por semana, enquanto o horário de funcionamento pode ser, pelo menos, de oito horas diárias. Conforme Liberato (2020) o Centro POP deve disponibilizar orientação individual e grupal, conceder espaços para higiene pessoal, alimentação, guarda de pertences e provisão de documentação civil, além de promover encaminhamentos a outros serviços da assistência social e para serviços que favoreçam a autonomia, inserção social e proteção às situações de violência.

De acordo com Liberato (2020) essa política nasce de uma demanda para o alcance dos objetivos da Política Nacional para População em Situação de Rua e passa a compor um local de oferta de serviços voltadas às pessoas que residem e/ou sobrevivem nas ruas, a fim de garantir acompanhamento especializado com atividades destinadas para desenvolvimento de sociabilidade, fortalecimento ou construção de novos vínculos

interpessoais e/ou familiares, resgate, levando em consideração a construção de novos projetos e trajetórias de vida, para possibilitar um processo gradativo de saída das ruas e a obtenção de direitos para estas pessoas. Essa política prevê também a necessidade de articulação com a rede de assistência social e com a integração de ações de outras áreas:

As ações desenvolvidas pelo Centro POP e pelo Serviço Especializado para Pessoas em Situação de Rua devem integrar-se às demais ações da política de assistência social, dos órgãos de defesa de direitos e das demais políticas públicas- saúde, educação, previdência social, trabalho e renda, moradia, cultura, esporte, lazer e segurança alimentar e nutricional- de modo a compor um conjunto de ações públicas de promoção de direitos, que possam conduzir a impactos mais efetivos no fortalecimento da autonomia e potencialidades dessa população, visando à construção de novas trajetórias de vida (BRASIL, 2011 p.10).

Reforça-se, portanto, a necessidade e a relevância da intersetorialidade no atendimento e no planejamento de ações para população em situação de rua. A Política Nacional para a População em Situação de Rua afirma essa necessidade, principalmente com os serviços de saúde, com isso um dos seus objetivos é criar meios de articulação entre o Sistema Único de Assistência Social e o Sistema Único de Saúde para qualificar a oferta de serviços.

As políticas públicas de saúde voltadas para o cuidado a esse grupo especificamente são recentes e se iniciaram no campo da saúde mental, com os Consultórios de rua, que surgiram em Salvador, em 1990, através de uma experiência formada pelo professor Antônio Nery Filho, para responder a problemática do uso de drogas entre menores de idade em situação de rua. Somente no ano de 1999 que os Consultórios de Rua foram concretizados através de uma parceria com a prefeitura de Salvador- Bahia, vinculados com o Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e Drogas (CAPS-AD) (ENGSTROM; TEIXEIRA, 2016).

Em 2009, o Ministério da Saúde reconheceu os Consultórios de Rua como política pública pelo Plano Emergencial de ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção de Álcool e outras Drogas (PENAD), através da Portaria nº 1.190 (BRASIL, 2009c). Mendes, Chagas e Penna (2020) descrevem essa política como um ambiente

que ofertasse atendimentos de cuidados em saúde aos usuários em seus locais de permanência e que fossem adaptados ao contexto de vida deles. Essa estratégia em saúde tinha como objetivo proporcionar uma maior acessibilidade aos serviços da rede institucionalizada e a assistência integral, possibilitando também a criação de laços entre a equipe e o usuário, promovendo intervenções pautadas na redução de danos recomendados da PENAD.

A partir da Portaria 122, de 25 de janeiro de 2012, surge uma nova modalidade de serviço: os Consultórios na Rua (CnaR) e as diretrizes das equipes de Consultório na Rua, surgindo assim uma nova modalidade dessa estratégia, importante componente das políticas de saúde, instituída pela Política Nacional de Atenção Básica e vinculada a Rede de Atenção Psicossocial, que tem como objetivo atuar nas necessidades e nos problemas de saúde da PSR, de forma que esteja preconizada com o SUS (BRASIL, 2012c).

Os Consultórios na Rua são compostos por profissionais da enfermagem, assistência social, terapia ocupacional, psicologia, medicina e técnicos da área da saúde e os agentes de saúde (BRASIL, 2012c). Esses profissionais devem atuar de forma articulada, com ações intersetoriais e interinstitucionais para ofertar o melhor suporte e cuidado para a população em situação de rua, sendo um desafio, pois a saúde ainda é centrada em modelos higienistas, curativistas e hospitalocêntricos. Para uma total efetivação dessa política é necessário superar e romper com o enfoque biomédico, com a desarticulação dos setores, preconceitos, com a escassez de acesso aos recursos públicos e privados.

As equipes do consultório na rua devem estar vinculadas a pelo menos uma Unidade Básica de Saúde (UBS) e preconizam a construção de vínculos e ampliação do acesso da PSR aos serviços de saúde (BRASIL, 2014). O dispositivo também deve ações integradas e compartilhadas com os Núcleos Ampliados de Saúde da Família (NASF's), Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e aos Serviços de Urgência e Emergência e outros pontos de atenção, bem como, ao Centro POP ou a outro dispositivo do Sistema Único de Assistência Social, ou qualquer estabelecimento público, sempre de acordo com a necessidade do usuário (BRASIL, 2012c). Segundo a Nota técnica n. 57/2011, esses serviços também devem realizar a busca ativa e o cuidado aos usuários de crack, álcool e outras drogas (CONASS, 2011).

De acordo com Santana (2014) essa política deve ampliar em ações voltadas para a saúde da população em situação de rua, principalmente no acesso à atenção primária à saúde, essas ações que abrangem no atendimento ao tratamento de patologias pulmonares, infecções sexualmente transmissíveis, á gestantes, a doenças crônicas, como hipertensão e diabetes, doenças na pele e problemas ortopédicos, indo além do foco na saúde mental e no atendimento de pessoas usuárias de álcool e outras drogas. Segundo a autora o CnaR se torna uma estratégia de porta de entrada aos serviços de saúde para população em situação de rua junto com as Unidades Básicas de Saúde (UBS), atuando de forma integrada com as Redes de Atenção à Saúde (RAS), com as equipes dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), bem como as outras redes intersetoriais.

Assim, ampliasse a efetivação dos direitos à saúde dessa população, seja na promoção, proteção e recuperação da saúde, na redução de danos e na própria manutenção da saúde, tendo em consideração os contextos de vida dessas pessoas. O consultório na rua é uma importante estratégia de acesso à saúde para população em situação de rua, bem como para garantir seus direitos à saúde, representa uma mudança em relação às políticas públicas destinadas a esse público, mudança que se foi possível com adoção da Política Nacional para a População em Situação de rua.

No caso de Fortaleza cabe aqui destacar também as políticas públicas para população em situação de rua da cidade, de acordo com Liberato (2020) essas políticas deram início na gestão da prefeita Luizianne Lins, que instituiu a primeira Secretaria Municipal de Assistência Social (SEMAS) no de 2007, com objetivo de elaborar estratégias para proteção social especial. Com base nessa secretária foi criado o Programa Municipal de Atenção Integral à População de Rua, importante componente na formação da rede socioassistencial para essa população.

Liberato (2020) destaca também a criação do Centro de Atendimento à População de Rua (CAPR) pela SEMAS em 2008, esse equipamento atendia as demandas da população em situação de rua, realizavam atividades socioeducativas, encaminhavam para a rede socioassistencial se caso fosse necessário, também promoviam a participação social. A autora conta que em 2011 a CAPR foi reformulada através das orientações da Tipificação Nacional dos Serviços Socioassistenciais e passou a ser o Centro POP, da qual hoje a cidade de Fortaleza conta com 2 unidades desse equipamento.

Segundo Esmeraldo Filho (2010), em novembro de 2009, foi composto o Espaço de Acolhimento Noturno (EAN), serviço de acolhimento temporário e noturno de adultos e famílias que vivem em situação de rua, esse serviço também disponibilizava acesso a ambientes de higiene pessoal, alimentação e atendimento e encaminhamento a outros serviços. Hoje, segundo os dados da Prefeitura de Fortaleza, essa estratégia é denominada como Pousada Social (LIBERATO, 2020).

Fortaleza também conta com o Acolhimento para Pessoas em Situação de Rua que disponibiliza ambiente que proporcione higiene pessoal, quatro refeições durante o dia e segurança do sono, funciona de forma integral, para ter acesso a esse equipamento é necessário que os usuários sejam encaminhados pelos Centro POP e os Centros de Referências Especializados de Assistência Social (CREAS) (LIBERATO, 2020). A cidade também possui o Centro de Convivência para Pessoas em Situação de Rua que efetua atividades de sociabilidade e convivência, oferta cursos profissionalizantes e serviços de lavagem e secagem de roupas e alimentação. Esse equipamento tem como objetivo proporcionar o desenvolvimento de sociabilidade e possibilitar a construção do processo de saída das ruas. O município também instituiu um Restaurante Popular em 2019, segundo Liberato (2020) o restaurante oferece refeições gratuitas para população em situação de rua, mas este grupo deve estar cadastrado nos equipamentos sociais como o Centro POP e unidades de acolhimento institucional da prefeitura.

No entanto, para que os objetivos, diretrizes e princípios expostos na PNPSR sejam efetivados é necessário ainda travar algumas batalhas, levando em consideração que os direitos da população em situação de rua continuam sendo negados, violados e invisibilizados. Cabe ao Estado a função de promover políticas públicas que atendam às necessidades dessas pessoas, conferindo e garantindo os direitos a todos esses cidadãos. É importante ressaltar que este é um tópico teórico e não contém nenhuma fala dos entrevistados.

3.3 Contexto da pandemia da COVID-19 para População em Situação de Rua

3.3.1 *Pandemia da COVID-19*

Em dezembro de 2019, em Wuhan, na China, foi identificado pela primeira vez a “*Coronavirus disease 2019*” (COVID-19), doença que acomete as vias

respiratórias inferiores, causando pneumonia e síndrome respiratória aguda grave, provocados pelo Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavírus 2 (SARS-CoV-2). A transmissão do vírus COVID-19 ocorre de pessoa para pessoa por meio de contato físico através de gotículas de saliva, tosse, espirro e catarro, mas também pode ser transmitido através de objetos contaminados (DAMASCENO; FAÇANHA, 2020).

No dia 30 de janeiro de 2020, a Organização Mundial da Saúde (OMS) anunciou a epidemia da COVID-19, uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional, isto é, deixou o mundo em alerta para a possível disseminação do vírus para mais países. Semanas depois, a OMS decretou no dia 11 de março de 2020 que o mundo estava vivendo uma pandemia causada pelo novo coronavírus (DAMASCENO; FAÇANHA, 2020). Desde então, quase todos os continentes foram atingidos, cerca de 180 países relatam casos confirmados de COVID-19 (VALERO-CEDEÑO, 2020). Entende-se como pandemia à situação epidêmica que tenha uma distribuição de forma espacial, ou seja, a ocorrência de uma doença ou agravos em grande número de pessoas, atingindo vários países (ROUQUAYROL; BARBOSA; MACHADO, 2018). Para Ribeiro (2020), a demora em reconhecer o surto de coronavírus como pandemia favoreceu a disseminação do vírus por meio da manutenção do processo de globalização e seus intensos fluxos de pessoas, produtos e materiais.

Segundo Bueno, Souto e Matta (2021) no dia 26 de fevereiro de 2020 foi detectado o primeiro caso de COVID-19 no Brasil, foi na cidade de São Paulo, logo após o carnaval, se tratava de um homem branco, com 61 anos de idade, que tinha acabado de voltar de uma viagem da Itália. Verdélio (2020) conta que no dia 12 de março foi confirmada a primeira morte causada pelo vírus, uma mulher que tinha 57 anos e que estava internada em um hospital municipal na cidade de São Paulo, em um período de 50 dias morreram 4 parentes da vítima. Desde então o vírus se espalhou rapidamente pelo país, causando inúmeras contaminações e mortes, passando a ser um grande desafio.

Para tentar prevenir a infecção e a transmissão da COVID-19 a OMS e outros países passaram a recomendar e promover medidas de proteção que frisassem principalmente na higienização das mãos, desinfecção dos ambientes, uso de máscaras e a adoção do isolamento social e no distanciamento social (SOUSA; AGUIAR, 2020). Damasceno e Façanha (2020) contam que no Brasil essas medidas também foram adotadas em diferentes esferas federativas pelas autoridades sanitárias, além da

aplicação das restrições sociais e proibição do funcionamento presencial de alguns setores educativos, locais de convívio e comércios considerados não essenciais.

Entretanto, a adoção dessas medidas entrava em conflito com as posições do governo federal, caracterizado por negligência e do negacionismo das evidências científicas. Bueno; Souto e Matta (2021) contam que o ex- Presidente da República Jair Bolsonaro mantinha um discurso negacionista que minimizava a gravidade do vírus e da doença e declarava um apoio para o não fechamento do comércio e que a economia não poderia parar, além também de querer implementar o uso de medicamentos preventivos para COVID-19 sem nenhuma eficácia ou embasamento científico para o uso. Ximenes *et al.*(2021) complementam que as repetidas trocas de ministros do Ministério da Saúde e esse negacionismo tem dificultado o controle durante o percurso da pandemia no país, favorecendo o avanço da mesma e alastrando a saúde e a vida de muitos brasileiros e brasileiras.

Além da visão negacionista do governo Bolsonaro, o sistema de saúde já tinha passado por um duro corte em seu orçamento pela Emenda Constitucional 95/2016, aprovada pelo governo de Michel Temer (2016-2018), da qual cortou 20 bilhões do orçamento da saúde, ampliando a fragilização orçamentária do SUS (ORTEGA; BEHAGUE, 2020). O rápido alastramento da COVID-19 no mundo inteiro causou impactos severos na saúde e nas questões sociais e econômicas, além de produzir complicações graves e aumentar o número de mortes no mundo (HONORATO; OLIVEIRA, 2020).

Em novembro de 2021, o número de mortes causada pela COVID-19 ultrapassou a marca de 5 milhões, tornando-se a maior emergência sanitária e humanitária dos últimos cem anos, no final do segundo ano da pandemia, em 2021, o Brasil teve mais de 22 milhões de casos confirmados da doença e 619.056 mortes causadas pela COVID-19 (CONASS, 2021). O estado do Ceará foi um dos epicentros nacionais com 943.927 casos, sendo 458.918 deles ocorridos na Região Metropolitana de Fortaleza (RMF). A taxa de letalidade na RMF é de 3,3% enquanto no Brasil e no Ceará é de 2,8% e 2,6%, respectivamente (CONASS, 2021).

Houve uma sobrecarga nos sistemas de saúde do mundo inteiro (MESENBURG *et al.*, 2021), provocando medidas mais restritivas de forma urgente. Contudo, os protocolos elaborados para prevenir e conter o avanço do vírus muitas vezes desrespeitam e invisibilizam as condições dos mais pobres, pois não consideram

que nem todos têm condições psicológicas, sociais, culturais e econômicas para manter distanciamento social, adquirir produtos de higiene pessoal, utilizar equipamentos de proteção individual e principalmente obedecer aos protocolos de lockdown (THE LANCET, 2020).

3.3.2 Desigualdade social e os impactos da pandemia de COVID-19 na vida nas ruas

Apesar de ser uma doença que pode acometer qualquer pessoa, mas nem todos tem a chance de evitar a exposição ao vírus, é o que retrata Calmon (2020) ao descrever que a COVID-19 está longe de ser uma doença democrática, pois causa mais letalidade a segmentos populacionais marcados pela vulnerabilidade, que não dispõem das mesmas condições de prevenção e cuidados. O Brasil é um país populoso, com aproximadamente 210 milhões de habitantes, a pandemia da COVID-19 intensificou ainda mais as desigualdades sociais existentes no país que leva à morte de muitos brasileiros e brasileiras, por não terem as mesmas oportunidades de prevenção à exposição do vírus ou de acesso a algum tratamento disponível (SCHMIDT *et al.*, 2021).

A COVID-19 acentuou ainda mais uma crise econômica existente no país, segundo dados do IBGE (2019), no ano de 2018, cerca de 25% da população brasileira viviam abaixo da linha da pobreza. Nessa direção, Oliveira *et al.* (2020) descreve que com o avanço da pandemia o número de pessoas em situação de pobreza extrema tenha aumentado, por conta dos indicadores de desemprego e com perda de renda da população, culminando assim em grupos populacionais mais vulneráveis pela exclusão social e pelos danos da COVID-19. Navarro *et al.* (2020, p.1), descreve que “a pandemia da COVID-19 anuncia algo nunca vivido na contemporaneidade. Um vírus que cronifica uma série de desigualdades e processos que incidem diferentemente sobre os sujeitos”. Apesar de ser um vírus que pode acometer qualquer indivíduo, o vírus encontra, na desigualdade social, condições ideais para atingir sujeitos historicamente menos favorecidos.

As medidas adotadas ignoraram e desconsideraram os fatores socioeconômicos da população em um modelo de gestão da saúde pode aumentar a mortalidade quando se trata de COVID-19. Segundo Santos (2022), as pessoas que vivenciam a pobreza foram e são os mais afetados pela crise econômica gerada pela

pandemia e no Brasil argumenta que o crescimento das desigualdades é resultado da falta de interesse dos governos, principalmente do governo federal (Bolsonaro, 2019-2022, PL) em gerir os danos causados pela pandemia. É importante mostrar a relação entre as desigualdades sociais e os indicadores epidemiológicos da COVI-19, uma vez que, as desigualdades colaboraram para o aumento das chances de infecções pelo o SARS-CoV-2. Todavia, a COVID-19 aprofundou as disparidades e elevou o número de desempregados, aumentando do número de pessoas em pobreza extrema e até mesmo a elevação dos preços dos alimentos.

Dentre esses grupos se encontra a população em situação de rua, segundo dados de uma pesquisa realizada por Natalino (2020) em março de 2020 existiam 222 mil pessoas em situação de rua no país, representando um aumento de 140% desde setembro de 2012. Segundo o autor, o crescimento desse número se dá mais nas cidades grandes (cidades com mais de 100 mil habitantes), que pode ser justificado pelo grande aumento da pobreza e desemprego nos últimos anos no país. Em um novo levantamento de Natalino (2022), baseado nos dados do Censo Suas, que se utiliza dos dados do Cadastro Único para atualizar a estimativa desde o último Censo Suas (2021) até o último dado do Cadastro Único disponível (julho de 2022), estima-se que, em 2022, existam 281.472 pessoas em situação de rua no Brasil. O número é 38% maior que o valor estimado em 2019, e 211% superior ao estimado uma década atrás, em 2012, para os anos de 2020 e 2021, os números estimados são de 214.451 e 232.147 pessoas, respectivamente.

Durante o processo das entrevistas, deparamos com a história de Milton, que conta que sua vida mudou por conta de “vírus miserável”, que lhe tirou sua companheira, sua casa, seu trabalho e “bagunçou sua vida”:

Eu peguei COVID e minha esposa também, ela tinha um problema no coração, aí ela não resistiu, a imunidade dela baixa, aí o vírus praticamente a matou, daí então esse vírus bagunçou a minha vida novamente (...) eu fiquei sem ela, perdi meu emprego e não tinha mais como pagar meu aluguel e sem ela eu não conseguia fazer mais nada e tive que vim parar na rua(...) então, esse vírus mexeu muito, não só comigo, com muitas famílias, com o mundo inteiro (E.6- Milton).

A realização é um processo, pois ninguém vai para na rua porque quer, mas sim, pelas diversas circunstâncias que os levam para as ruas e percebemos pelo discurso de Milton, o quanto a pandemia teve influência na ida para as ruas. Silva, Natalino e Pinheiro (2021) acreditam que o número de pessoas em situação de rua tenha aumentado nos últimos meses por conta da crise econômica que o Brasil está enfrentando em consequência da pandemia da COVID-19. Visto que, essas pessoas vivenciam a pobreza extrema, vínculos familiares interrompidos e sofrem com a exclusão social, e com pandemia, essas pessoas passaram a sofrer mais limitações nos seus meios de sobrevivência. A população em situação de rua se encontra nesse contexto de desigualdade, vulnerabilidade e pobreza extrema, Hino; Santos e Rosa (2018) contam que essa população vive com a alimentação irregular, privação do sono, exposição às variações climáticas, dificuldade no acesso à água potável, além da falta de moradia ou habitam em residência provisórias coletivas.

Segundo levantamento feito por Esmeraldo Filho e Ximenes (2021), a condição de extrema pobreza caracteriza esse grupo em crescente situação de risco e precariedade, oriundo de fatores estruturais próprios do sistema capitalista que provoca a desigualdade social como elemento necessário à sua manutenção. Enfrentando assim, a dificuldade de se adequar às medidas de prevenção para infecção do novo coronavírus, já que não dispõem de moradia para se adequar as medidas de distanciamento social, também não dispõem de água para higienização das mãos e nem dos mecanismos para a proteção individual como máscaras e álcool em gel. Todos esses fatores afetam o processo saúde-doença dessa população e contribuem para a vulnerabilidade da disseminação do vírus na vida dessas pessoas, as tornando mais suscetíveis à doença e a todos os impactos decorrentes dela.

Eu acho que eu nunca tinha ouvido falar o que era uma pandemia, já tinha ouvido falar de peste e isso e aquilo outro, mas pandemia nunca, aí eu tive um pouco de medo (...) é (...) isso só foi no primeiro ano, o medo mesmo (E.4- Raul).

Olha, foi complicado demais no começo, o pessoal tudo com medo e eu sem entender nada do se tratava esse vírus que todo mundo tinha medo (E.2- Elis).

O primeiro desafio da PSR é tentar compreender uma doença desconhecida, questionamentos vinham à tona sobre uma “pandemia”, um “vírus”. Os outros desafios enfrentados pela PSR é a diminuição do tráfego de pessoas e carros, dos comércios fechados, além do que os trabalhos informais desenvolvidos pela PSR também foram comprometidos, o que afeta diretamente na sua (sobre)vivência.

Estava tudo fechado, não tinha como arrumar comida, nós pegava e ia para o mercado atrás de ossada, arrumava um pouquinho de feijão e aí fazia na lenha pra comer um caldo, uma coisa, pra tomar banho, eu tomava banho em uma ponte que tinha ali nas bandas do centro. É desse jeito (E.3- Bethânia).

Não vou mentir, foi sério viu, foi sério, negócio de alimentação foi sério viu? O comércio estava fechado, foi bom você tocar no assunto viu, porque não tinha nada na rua e o pessoal com medo de chegar nas ruas, os irmãos, pois é, estouro lá foi zero, foi sério (E.1- Dorival).

Olha, foi difícil, primeiro que diminuiu muita gente na rua né? Os comércios tudo fechado e não circulava muita gente não viu? Eu me virei porque eu recebo meu benefício, mas como eu vendia minhas balas nos sinais, se o pessoal parecia que tinha ainda mais medo da gente? Vi gente aqui passando muita necessidade viu (E.7- Chico).

Em referência a pandemia da COVID-19, Boaventura Santos (2021, p.103) revela como “com extrema agressividade todas as vulnerabilidades que marcam o dia a dia da grande maioria da população mundial. E não só as revela, como as faz sangrar ainda mais”. Deixando- a PSR ainda mais invisível e esquecida. Segundo Paula *et al.* (2020), o avanço da pandemia da COVID-19 fez com que a população em situação de rua passasse a enfrentar mais dificuldades na busca de alimentos e de dinheiro por conta do isolamento social e do fechamento do comércio local que afetou no número de pessoas circulando pela cidade, acentuando assim, na escassez de doações e dos trabalhos informais que essa população realizava para garantir sua sobrevivência.

Eu me senti como nada, a gente ia nos supermercados atrás de manguiar e conseguir restos de ossadas dos frigoríficos e quando a gente chegava lá o povo tinha medo da gente, eu me senti um nada, parecia que eu não era um ser humano, antes da gente falar algo o povo já saía de perto. Parece

preconceito né? Eu sei que tinha que usar máscaras e tudo, mas eu estava com fome, eu só queria arrumar uns trocados para conseguir alguma coisa né? (E.2- Elis).

Todo contexto pandêmico potenciou ainda mais os processos de exclusão social, já que essa população passou a ser vista também como a figura de possível transmissão (PAULA *et al.*, 2020) dificultando ainda mais na obtenção de doação e aumentando ainda mais o estigma, invisibilidade e o preconceito que são presentes na vida dessas pessoas, bem como aprofundar o sentimento de desamparo e solidão. Os autores descrevem que a sociedade concebia a rua como um espaço de inseguranças e riscos, pelo receio despertados pela violência, com avanço da pandemia da COVID-19 a rua passou a ser um espaço ainda mais temido, pois passou a ser vista como área de transmissão do coronavírus. O grande número de circulação de pessoas e a aglomeração decorrente dela facilita a propagação e reprodução do vírus, mas são essas grandes circulações humanas que favorecem a sobrevivência das pessoas em situação de rua.

Essa população também enfrentou dificuldades em receber o auxílio emergencial, um benefício social proposto no primeiro semestre de 2020 pelo Governo Federal, primeiro ano da pandemia, destinado a pessoas de baixa renda e pessoas que realizam atividades informais que incluíam transferência direta de renda por via do auxílio emergencial. Visto que, para receber o benefício, era necessário a disposição de um aparelho celular com internet para inscrição e movimentação do benefício, tornando-se uma dificuldade para as pessoas em situação de rua, que muitas vezes não dispunham de tal recurso e nem condições financeiras para custear a internet no aparelho, outra dificuldade é a questão da ausência de documentação para realizar o cadastro e conseguir acessar o benefício (SILVA; NATALINO; PINHEIRO, 2020).

Eu não consegui em 2020 o auxílio emergencial, deu muito problema aí no meu cadastro, eu não tinha meus documento todo, aí em 2021 eu consegui, o auxílio brasil, até hoje eu recebo, mas deu certo por conta do Centro POP, mesmo eles colocando muita dificuldade, é desse jeito, pra gente conseguir alguma coisa é muita luta, teve gente que tentou e não deu certo e não foram mais atrás, mas eu fui, tô aqui ainda recebendo (E.3-Bethânia).

Nesse sentido, Brito *et al.* (2021) contam que essa população acredita que não são passíveis de direitos, ou seja, pensam que não tem direitos a esse benefício, isso

se torna um grande problema e mostra como está enraizado a normalização da falta de garantia dos direitos dessa população. Somando com a falta de informação e de acesso digital, cresceram as objeções para ter acesso a esse benefício emergencial.

A opção pela violência e morte neste governo é incorporada aos processos institucionais, numa espécie de industrialização da morte, como a que estamos presenciando neste contexto da pandemia. A burocratização, por exemplo, para acesso ao auxílio emergencial, em tempos de Coronavírus, proposto pelo governo é um exemplo explícito de como estes mecanismos institucionais acabam contribuindo para aumentar cada vez mais os índices de desigualdade social no País por meio de uma política de morte, arquitetada nos porões do Planalto. (CASTILHO; LEMOS, 2021. p 271).

Assim, a pandemia ressoou de forma ainda mais negativa na vida dessas pessoas que se encontram nesse contexto de vulnerabilização por conta das suas más condições de moradia e higienização, informalidades do trabalho e das dificuldades em saúde, já que o contexto de vida da população em situação de rua proporciona o adoecimento e por uma política de governo que desassistiu as populações mais vulneráveis. De acordo com Schmidt *et al.* (2021), a COVID-19 deixa ainda mais visível as implicações na saúde dessas pessoas que vivem nas ruas, por conta do contexto de vida dessa população que contribuem para a existência de fatores de riscos na saúde, que afetam o processo saúde-doença dessas pessoas e as deixam mais vulneráveis a problemas de saúde, além da dificuldade em acessar os serviços de saúde pública e enfrentar também a invisibilidade diante das políticas públicas, ou seja, impedindo ainda mais na manutenção de saúde dessas pessoas e na garantia de direitos, pois não possuem as mesmas garantias de proteção e cuidado, as tornando mais vulneráveis aos riscos de complicações e óbitos pela COVID-19.

Brito *et al.* (2021) descrevem que outro ponto que deixa a população mais vulnerável a COVID-19 é a não-persistência no tratamento, que causa mais gravidade, para os autores a população em situação de rua tem um comportamento de negar, não identificar e enfatizar a existência de sintomas ou até mesmo descontinuar o tratamento, para Hino, Santos e Rosa (2018) essas pessoas tem dificuldade de adesão a tratamentos em saúde, que implica no controle de doenças e que está associada com as condições de vida dessas pessoas, e é resultado das desigualdades sociais e as de saúde.

A pandemia da COVID-19 propagou de forma mais cruel na vida dessas pessoas que residem nas ruas, por se tratar de uma população que já enfrentava grandes dificuldades para manter sua sobrevivência, como a falta de oportunidade de trabalho e renda, alimentação regular, falta de moradia e com complicações no estado de saúde. Pondo o agravo da desigualdade social, das iniquidades em saúde e da pobreza à mostra. Em razão disso, faz necessário que os setores da saúde, assistência social e órgãos de garantia de direitos e sociedade civil atuem de forma articulada para formulação de ações resolutivas alinhadas às demandas dessa população. Essas pessoas precisam e têm direito à garantia de condições dignas de saúde.

4. CENÁRIOS DE CUIDADO NAS RUAS

Esse capítulo apresenta o contexto do cuidado com a população em situação de rua, partindo das reflexões das concepções de cuidado nas práticas de saúde e dos modos de cuidado. Assim, queremos defender uma concepção de cuidado e práticas de saúde que estejam ligados a subjetividade da PSR, contemplando todo seu processo saúde-doença, estando relacionado aos determinantes sociais de saúde dessa população. Dessa maneira, acreditamos que o cuidado da PSR deve estar relacionado ao seu contexto social, considerando suas próprias noções de cuidado e saúde.

Compreendemos que a vida nas ruas é algo muito complexo, principalmente quando pensamos em cuidados nesse cenário. Dessa forma, abrangemos as várias concepções de cuidado em saúde, discutimos sobre os cuidados em saúde voltados para população em situação de rua, partindo das políticas públicas e dos territórios existenciais das ruas, defendendo a integralidade e a intersetorialidade das políticas voltadas para o cuidado dessa população. Apesar da existência dessas políticas, a PSR sofre dificuldades em acessá-las. Diante disso, discutimos e apresentamos a importância das várias práticas de cuidado de si que essa população cria nos cenários das ruas, como também, das suas redes de apoio social tecidas nas ruas que tem grande importância para o processo saúde-doença-cuidado desses sujeitos. Por fim, apresentamos os cuidados voltados para PSR diante do cenário da pandemia da COVID-19.

4.1 Reflexões sobre o cuidado

O cuidado é uma temática muito presente nas pesquisas da área da saúde, principalmente no contexto da Saúde Coletiva, que se faz presente nas pesquisas relacionadas ao processo saúde-doença-cuidado (ALMEIDA FILHO, 2000). Assim como a saúde, abordar uma definição de cuidado é muito complexo, principalmente quando se aborda o cuidado em saúde, pois existem várias conceituações relacionadas ao cuidado. Thomas (1993) acredita que a definição de cuidado é algo muito problemático, por conta da existência de muitas definições, que são muito amplas ou muito restritas. A autora argumenta que o cuidado é uma categoria empírica que para ser explorada precisa estar relacionada com as categorias teóricas. Na mesma direção Barros e Gomes (2011), argumentam que noção de cuidado é polissêmica e se dá por diferentes abordagens metodológicas e conceituais, sendo importante pensar nos sentidos adotados nos diferentes contextos e até mesmo os efeitos que eles produzem.

No latim, a palavra cuidado, deriva de cura, ou na sua forma mais antiga, *mera*, e referia-se a contexto de relações de amizade e amor, manifestando atitudes de cuidado, de preocupação, de atenção e de inquietação por uma pessoa amada ou por um objeto de estimação (BOFF, 2014). Outra derivação da palavra cuidado é *cogitare-cogitatus* e de sua corruptela *coyedar, coidar, cuidar*, que significa cogitar, mostrar interesse, pensar, colocar atenção e demonstrar preocupação (BOFF, 2014). Assim, por sua própria filologia a palavra cuidado tem duas significações, que estão interligadas. Uma indica atitude de atenção, desvelo com o outro, enquanto a outra se dá por demonstrar preocupação com o outro pela parte de quem cuida, decorrente do envolvimento e da responsabilização com o outro. Segundo Boff (2014), cuidar é mais que um ato; é uma atitude. Conseqüentemente, abrange mais que um momento de atenção, de zelo e desvelo. O autor acredita que cuidar representa uma atitude de ocupação, preocupação de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro. Cuidado é uma reflexão, uma emoção, um sentimento, é o que nos distingue como seres humanos, onde há cuidado, existe atenção, zelo, interesse e respeito.

Ayres (2004a) apresenta a visão de Martin Heidegger (1889-1976) em *Ser e tempo*, onde, concebe o cuidado como algo constitutivo do ser humano, em que é o ‘ser que concebe o ser’, na qual um ser está sempre na presença do outro, executando uma “curadoria” sobre si mesmo e sobre o mundo, nem sempre de forma controlada, consciente e intencional. Boff (2014), a partir também, das reflexões da filosofia heideggeriana, considera o cuidado em sua dimensão ontológica, ou seja, constitutiva do

ser humano. O autor defende que o cuidado entra na natureza e na constituição do ser humano, o cuidado faz parte da essência humana, o cuidado está presente em tudo, o cuidado é vivido e se estrutura em nós mesmos.

Boff (2014) acredita que o cuidado é a forma como o ser humano se realiza e se estrutura no mundo com os outros e como se fundamenta as relações que se constituem. Cuidar é um modo ser-no-mundo. Cuidar, é então, conhecer o outro como sujeito, cuidar é um modo de ser essencial. Nessa direção, Waldow (2004, p.175) aponta que o cuidado humano é “uma atitude ética em que seres humanos percebem e reconhecem os direitos uns dos outros e que se relacionam de uma forma a promover o crescimento e o bem-estar dos outros”. Assim o cuidado, é uma forma de se expressar, uma potencialidade, é proporcionar o bem-estar para o outro e estar mais próximo do outro, cuidar faz parte da condição humana.

No campo das práticas de saúde, o cuidado também tem várias definições, é necessário considerar a complexidade e os vários discursos sobre esse conceito. Algumas conceituações de cuidado na saúde estão ligadas ao modelo biomédico, na qual o ato de cuidar é considerado como prevenir doenças, diagnosticar e tratar, e tem sua base de conhecimento concebido no campo técnico-científico. Contatore, Malfitano e Barros (2017) descrevem que a ontologia do cuidado sob a ótica biomédica tem ligações na ampliação da compreensão, observação e intervenção sobre as causas do adoecimento concebidas a partir da lógica médica científica, delineada sob a ótica do saber clínico e do desenvolvimento tecnológico, o que leva a limitação da significação de saúde e do cuidado. Os autores complementam que esse cuidado sob a ótica biomédica é chamado de ‘pragmática do cuidado’, pertinente à lógica da racionalidade médica científica contemporânea.

A ‘pragmática do cuidado’ representa uma atenção e cuidado à saúde que se dá por um conjunto de procedimentos técnicos e tecnológicos cuja sua atenção é voltada somente ao tratamento da doença, caracterizada por um saber e poder no médico. Desta maneira, esse cuidado torna-se hegemônico, direcionando suas práticas de cuidados em saúde e até mesmo determinando as crenças culturais e sociais de cuidados à saúde dos sujeitos. Assim, o cuidado sob a ótica biomédica, distância as práticas individuais e cotidianas de cuidado dos sujeitos, não considerando a subjetividade, que é inerente em cada sujeito no seu próprio processo de saúde-doença.

Discutir sobre o cuidado é também discutir sobre a saúde e até mesmo a sua definição. Caguilhem (2009), ao defender que saúde e doença não são polaridades, faz a diferenciação de norma e normal, onde, na conceituação de norma, relaciona-se a um substantivo que se dá pelas formas de se relacionar com o mundo e viver, enquanto normal, o autor remete a uma adjetivação para definir valores, em outras palavras, formas de tentar qualificar a norma. Sendo assim, o autor apresenta a saúde relacionada à capacidade normativa dos indivíduos, para as suas normas, sem se estruturar no que é normal, ou que é colocado como tal. Dessa maneira, a saúde se dá na capacidade dos sujeitos de produzirem suas próprias normas, ou seja, suas formas de viver e ser, de estar em produção, restabelecer equilíbrio que lhe seja possível e estar em produção.

Pensar na saúde dessa maneira, é pensar em uma saúde que considera a subjetividade e pensar nas práticas de cuidado em saúde que rompem com o modelo biomédico, que no seu sentido, exclui o próprio sujeito do seu processo saúde-doença. Apesar de ser um modelo que ainda é presente nos contextos dos serviços de saúde e em todos os aspectos da vida, é necessário romper com essa abordagem, principalmente quando tratamos de cuidados que estão ligados à subjetividade.

Nessa direção, Ayres defende a necessidade de um novo pensamento sobre o conceito de 'cuidado' nas práticas de saúde, considerando o contexto da intersubjetividade e o cuidado é mais do que intervenção do uso de procedimentos técnicos, o cuidado se dá através: "interação entre dois ou mais sujeitos, visando o alívio de um sofrimento, ou alcance de um bem-estar, sempre mediada por saberes especificamente voltados para essa finalidade" (AYRES, 2004a, p.74). Para o autor, cuidar requer superar a lógica reducionista e estática das técnicas direcionadas à cura e ao tratamento. Nesse sentido, o significativo desenvolvimento científico e tecnológico das práticas em cuidado de saúde encontra grandes limitações para resolver efetivamente as complexas necessidades dos sujeitos, necessitando de propostas alternativas para essas práticas.

Assim, o modelo biomédico, um modelo tecnicista de cuidado, não dá conta das reais necessidades em saúde das populações, principalmente quando este cuidado está voltado para população em situação de rua. É necessário pensar em cuidado da saúde mais integralizado, considerando as questões sociais, culturais, econômicas, políticas e ambientais, baseando-se nos diversos contextos sociais e nos sentidos dos processos saúde-doença que cada um atribui, é necessário compreender

também os significados de cuidado e os modos de cuidado, para que os sujeitos tenham suas necessidades de saúde atendidas e tenham o seu direito à saúde. Em outras palavras, um cuidado que não está envolto somente nas tecnologias, nos saberes dos profissionais de saúde e nas noções e conceitos de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação e sim, envolto da realidade de vida dos sujeitos e das suas noções de cuidado.

Desta maneira, pensar em uma forma de cuidado que esteja relacionado às necessidades em saúde dos sujeitos, que considera suas vivências, a partir das suas histórias e das suas complexidades, é também pensar em um cuidado que está relacionado com a autonomia dos sujeitos. Cruz (2009) compreende a autonomia como o processo de maior capacidade dos sujeitos de compreender a si e agir sobre si mesmos, até mesmo sobre o seu contexto e acredita que o cuidado se destina a uma construção que vai além das ações de saúde e doença e das práticas de saúde. O cuidado para o autor, permeia na possibilidade de aumentar a autonomia dos sujeitos, da qual os mesmos, estarão comprometidos com o seu próprio processo saúde-doença-cuidado, suas vivências e nas suas formas de ser. O cuidado vai além de protocolos, normas, rotinas e técnicas, o cuidado está presente na essência e na subjetividade do ser humano.

Méllo (2009) descreve o cuidado como encontro com o outro, onde, no ato de cuidar, às vezes o sujeito cuida, ou às vezes, o sujeito é cuidado. Sousa (2016) argumenta que pensar nessa horizontalidade do cuidado, é confrontar com as formas de construção conjuntas da subjetividade, na qual podem estabelecer relações de poder, relações de tutela, por conta que muitas práticas de gestão de cuidado em saúde agem de maneira que torna o outro incapaz, desqualificando à sua maneira de cuidar e de ser cuidado, da sua condição de ser e viver, através de julgamentos do que é certo ou errado. Esses julgamentos e desqualificações se dão através da lógica do modelo de cuidado biomédico e cientificista que não aceita e desqualifica todo conhecimento que não siga sob a ótica tecnicista.

Na perspectiva de reorientar as práticas de cuidado em saúde, Ayres (2004b) defende a necessidade de considerar conhecimentos não técnicos, mas que tenham importância para manutenção e recuperação da saúde, o autor acredita que não considerando essas novas formas de cuidado, às necessidades de saúde das pessoas deixam de ser assistidas. Necessita de novos modelos de atenção para o cuidado, principalmente quando pensamos em uma saúde que está relacionada aos determinantes

sociais de saúde decorrentes das condições de vida do sujeito, que consiga atender a toda integralidade do sujeito, principalmente quando pensamos em um cuidado voltado para a população em situação de rua. Nesse sentido, o cuidado com a saúde deve se basear nos contextos sociais e até mesmo nas diversas concepções do processo saúde-doença que cada sujeito tem. É necessário conhecer as crenças, valores, ritos, contexto econômico, político, sociocultural e os modos de vida e histórias de vida de cada sujeito.

Dentre os novos modelos de atenção à saúde, damos destaque para o modelo de atenção integral à saúde, próximo a conceituação de saúde que nos propusemos. Miceli (2009), descreve que esse modelo é baseado no indivíduo que é considerado um ser integral e inserido em um contexto e na comunidade, na qual também deve ser cuidada, os cuidados em saúde devem estar direcionados ao sujeito e o seu contexto de vida. Sousa (2016) conta que esse modelo tem suas ações realizadas em rede, na qual não existem hierarquias de saberes, sendo valorizada a comunicação entre todos os envolvidos no processo de cuidar. Esse modelo é muito importante quando pensamos em um cuidado que esteja ligada à subjetividade e aos contextos de vida, considerando as necessidades em saúde dos indivíduos.

Assim, consideramos que o cuidado está presente na produção de autonomia e protagonismo na vida dos sujeitos. Acreditamos que o cuidado em saúde está relacionado com a capacidade de redimensionar as concepções de saúde e doença e até mesmo da cura e do próprio cuidado do sujeito. É necessário superar as formas de cuidado que colocam o sujeito como objetos, da qual são feitas intervenções que não condizem com as realidades e necessidades dos sujeitos, os afastando das suas ipseidade. É importante reconhecer que as subjetividades não podem ser compreendidas através somente de conhecimentos técnicos, mas que está relacionada com todo os contextos e os modos de vida.

4.2 Cuidados nas ruas

A realidade das ruas é caracterizada por vivências singulares, marcadas geralmente por rupturas sociais e familiares, por sentimentos de solidão, medo, violências, desemprego, maus tratos e buscas constantes de sobrevivência. Diante disso, as pessoas que moram nas ruas se submetem a condições de vulnerabilidades. As

condições de vida dessa população são atravessadas por desigualdades sociais e iniquidades em saúde, decorrente das situações que essa população enfrenta, como a alimentação incerta, exposição a situações de violação dos seus direitos, violências, dificuldade de acesso à água, variações climáticas, uso abusivo de álcool e outras drogas, privação de sono e de afeição, bem como as condições relacionadas ao estigma, vergonha, humilhação, raiva e o sentimento de invisibilidade que atravessa essa população que conseqüentemente afetam o seu processo saúde-doença-cuidado. Pensar no cuidado com essas pessoas é pensar em cuidado que considere as necessidades desse grupo populacional e contexto das ruas.

A partir da Política Nacional para a População em Situação de Rua (BRASIL, 2009a) que se tem avanços nas garantias de direitos básicos e de cidadania para PSR, através de políticas públicas e de programas intersetoriais, principalmente regulamentando a assistência das políticas sociais e de saúde. No campo da saúde, Ministério da Saúde (MS), em 2012, institui o Comitê Técnico de Saúde da População em Situação de Rua objetivando à redução de iniquidades em saúde, através da Portaria nº 3.305/09, da qual dispõe propor ações que visem garantir o acesso à atenção à saúde a essa população (BRASIL, 2012c).

No mesmo ano, o Ministério da Saúde criou o manual sobre cuidado à saúde junto à população em situação de rua, sendo um marco na atenção à saúde dessa população no SUS. Que tem como objetivo ampliar o acesso e a qualidade da atenção integral à saúde da PSR (BRASIL, 2012b). Priorizando as redes de serviços da atenção básica para o fortalecimento do cuidado e com a criação de vínculo na rede de atenção à saúde, viabilizando uma inserção efetiva no SUS, tendo como porta de entrada prioritária a Atenção Básica (AB). Assim, o cuidado para a PSR foi realinhado às diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), em 2012, destacamos aqui um trecho desta política:

A responsabilidade pela atenção à saúde da população de rua, como de qualquer outro cidadão, é de todo e qualquer profissional do Sistema Único de Saúde com destaques especiais para atenção básica. Em situações específicas, com o objetivo de ampliar o acesso destes usuários à rede de atenção e ofertar de maneira mais oportuna a atenção integral à saúde, pode-se lançar mão das equipes dos consultórios na rua que são equipes da atenção básica, compostas por profissionais de saúde com responsabilidade exclusiva

de articular e prestar atenção integral à saúde das pessoas em situação de rua (BRASIL, 2012d, p.64).

Esse nível de atenção à saúde se caracteriza por um conjunto de ações de saúde, a nível de âmbito individual e coletivo, envolvendo a promoção e a proteção da saúde, como também, a prevenção de agravos e a manutenção de saúde, com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que repercute na situação de saúde e autonomia dos sujeitos e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (BRASIL, 2012d). A atenção básica representa o primeiro contato dos indivíduos, da família e da comunidade com os serviços de saúde do SUS, sendo uma estratégia muito importante para o processo de cuidado à saúde da PSR, por conta da sua formulação, essa política deve levar o cuidado aos lugares onde as pessoas vivem e trabalham, baseando-se nas demandas e nas necessidades de saúde da população, construindo um cuidado centrado na pessoa e não enfermidade. Um cuidado voltado para as singularidades sobre cada processo de vida dos sujeitos, um cuidado baseado na integralidade.

Seguindo a lógica do processo de cuidado da AB, queremos também destacar outros pontos importantes para um cuidado efetivo com a PSR, como a abordagem do acolhimento e o território. O acolhimento é muito importante para qualquer usuário do SUS, mas quando se trata da PSR, se torna ainda mais significativo, pois a partir do acolhimento que se pode conhecer e compreender o contexto de vida dessas pessoas. Para atender as especificidades da PSR e os contextos das ruas, o manual de cuidados junto à população em situação de rua, recomenda também para a assistência com a PSR, que alguns dispositivos trabalhem com essa população *in locu* (BRASIL, 2012b), ou seja, com as equipes de estratégia de saúde da família e os consultórios na rua trabalhem no próprio território da PSR.

O Ministério da Saúde define o território como um “espaço geográfico, histórico, cultural, social e econômico que é construído coletivamente e de forma dinâmica por uma série de sujeitos e instituições que aí se localizam e circulam” (BRASIL, 2009d, p. 8). O manual de cuidado sobre a população em situação de rua concebe território como um processo que vai além da sua extensão geográfica, retrata também uma complexidade de fatores que, na complexidade das ruas devem ser considerados, como as questões sociais, sanitárias, culturais, administrativas, políticas, demográficas, econômicas, entre outras (BRASIL, 2012b).

Deste modo, o território é um espaço que produz saúde, bem como, doença e está relacionado também com os determinantes sociais da saúde, e abrange todas as características, significados compostos por identidades das pessoas e grupos que ali se encontram. Para a PSR, o seu território, no caso a rua, é o seu principal lugar de sobrevivência e de construção das suas relações e identidades. Por isso, a implementação do cuidado para a PSR por parte da AB e dos demais serviços de saúde, deve levar em consideração as características e dinâmicas que abrange cada território, para que assim, possa desenvolver ações para responder às demandas de saúde dessas pessoas.

A partir desse cuidado focado no território, o MS prioriza diretrizes da atenção básica, bem como, todos os dispositivos da mesma que trabalhem com ações que estejam presentes com a realidade de vida das PSR e que vão de encontro com essas pessoas (BRASIL, 2012b). É importante garantir o acesso da PSR aos serviços de saúde, assegurando a continuidade das ações e a longitudinalidade do cuidado em saúde. A pessoa que vive em condição de rua tem que ser contextualizada de acordo com o território que está inserida, tratando seu processo saúde-doença-cuidado de forma singular, são muitos desafios em torno das condições de vida e de saúde dessas pessoas nos grandes centros urbanos. Diante desta realidade, faz-se necessário uma postura nos processos dos serviços de saúde e dos profissionais que deles fazem parte de forma mais criativa, inovadora, e intrínseca às necessidades da PSR (ENGSTROM; TEIXEIRA, 2016).

Conhecer a realidade vida e criar vínculos com a população é a melhor maneira de reconhecer as reais necessidades e proporcionar um cuidado adequado. A atenção básica, no seu princípio, deve construir uma relação mais direta com o cotidiano da vida das pessoas, assegurando uma maior amplitude de acesso por se tratar de uma atenção que se aproxima dos territórios e das questões de saúde local. Deste modo, pensando na construção de linhas de cuidado em saúde na Atenção Básica voltadas para a PSR, que o Consultório na Rua (CnaR) foi pensado e implementado. O CnaR é um equipamento específico para a PSR, que desenvolve ações integrais de saúde individuais e coletivas, trabalhando com a promoção e proteção da saúde, bem como, a prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, manutenção da saúde e a redução de danos (BRASIL, 2012c).

O CnaR é um equipamento muito importante para a saúde e cuidado da PSR, pois desenvolve suas ações no próprio território da PSR, ou seja, na rua, propondo responder às necessidades de saúde das pessoas em situação de rua, desempenhando uma abordagem ampliada que permita que a PSR tenha acesso ao cuidado da sua saúde como um direito, garantindo a promoção, prevenção e recuperação da saúde dessas pessoas. Para Engstrom e Teixeira (2016), o CnaR tem como objetivo estabelecer vínculos com a PSR, promovendo práticas de cuidados, que priorize a autonomia, subjetividade dos indivíduos, impulsionando a participação no seu próprio processo de cuidado. Segundo Couto (2019), o consultório na rua permite a produção de cuidado que tem como base o foco nos usuários, com uma prática baseada no diálogo e no reconhecimento das necessidades dos sujeitos.

Com o objetivo de prestar um cuidado integral para PSR, o CnaR também atua com a estratégia de Redução de Danos (RD), que pode ser compreendida uma forma de abordar questões de saúde, com o propósito de proporcionar uma reflexão ampliada sobre a possibilidade de diminuir danos relativos a alguma prática que cause ou possa causar danos (BRASIL, 2012d). A RD favorece a possibilidade de informações sobre riscos, danos, práticas seguras, cidadania, direitos e saúde, para que assim, os sujeitos possam tomar suas decisões, seja, na busca de atendimentos de saúde (quando necessários) e que tenham a garantia dos seus direitos e cidadania (TRINO; MACHADO; RODRIGUES, 2015). Essa estratégia de RD pretende manter o contato e a aproximação com a PSR, oferecendo um cuidado que se dispõe a singularidade de cada usuário, que muitas vezes são silenciados através do estigma, preconceito, sofrimento e exclusão social.

O CnaR tem a finalidade de facilitar e estimular a chegada dessa população aos serviços de saúde, bem como, na construção de vínculos com esses serviços, devendo ser um serviço de referência na rua, com a rua e se dando por meio da rua. Durante as entrevistas, algumas pessoas, falavam com muita frequência, que o acesso aos serviços de saúde se dava através da equipe de CnaR que atua na Unidade Básica do Centro.

Tem um posto de saúde bem aqui, tem exame, tem receita, tudo pertinho da gente, pega a receita e vai pegar remédio no posto de saúde, pode até tomar banho lá, pode merendar lá, posto de saúde daqui do centro, você não pode

reclamar de nada não, tem o pessoal que cuida só da gente (em referência ao CnaR) (E.1- Dorival).

Aqui a gente tem atendimento só para a gente (em referência ao CnaR), somos muito bem tratados, quando eu preciso de algo vou pra lá e o pessoal do posto ajuda, faço exames, faço prevenção, vivo no posto (risos), mas a gente tem que se cuidar né? (E.5- Marisa).

Eu sou muito bem atendida no postinho e onde eu faço meu tratamento, no posto tem uma sala que é só para a gente (em referência ao CnaR) e a gente é muito bem atendida, eles são muito bons com a gente (E.2- Elis).

O CnaR é uma política importante para PSR por desempenhar o cuidado na própria rua, na qual rompe com o olhar de distância e se aproxima do modo de vida dessas pessoas, que é repleto de recusas e exclusão. Segundo Oliveira et al. (2012), o CnaR apresentou mudanças positivas no sistema de saúde, quando relacionado aos cuidados com a PSR, demonstrando assim, a importância do equipamento na estruturação da rede de saúde. Deste modo, o consultório na rua apresenta essa forma de cuidado, por permitir uma aproximação com a PSR, estabelecendo vínculos, relações de confiança entre os profissionais de saúde com os sujeitos nas ruas.

Atualmente a cidade de Fortaleza conta apenas com uma equipe CnaR, de modalidade I, sendo que o município é respaldado pela portaria nº 125, de 18 de junho de 2021 para ter seis consultórios na rua, seguindo as modalidades implementadas pelo MS (BRASIL, 2021). Com a crise econômica acelerada pela pandemia da COVID-19 e com aumento desenfreado das desigualdades sociais, muitas pessoas estão vivendo em situação de pobreza extrema, aumentando o número de pessoas em situação de rua na capital cearense, com o número 2.653 pessoas em situação de rua (FORTALEZA, 2021), somente um CnaR se torna insuficiente para atender toda a PSR da cidade, já que a cada dia o número de pessoas indo para as ruas aumentam mais.

Valle e Vecchia (2019b) apontam que apesar de toda o aparato dos consultórios de rua e de todos os cuidados em saúde que realizam junto com a PSR, a cobertura desses dispositivos ainda é pequena diante do quantitativo de PSR, isso acontece por conta da restrição da oferta desse serviço a alguns municípios de médio porte e grandes cidades, e pela disponibilidade da CnaR somente em algumas áreas, demonstrando então a inoperância da política. É necessário mais dispositivos do CnaR no país, pois o número de pessoas em situação de rua cresce a cada dia.

É inegável a importância da Atenção Básica e dos seus programas para os usuários do SUS, principalmente quando falamos de pessoas que habitam as ruas, agravados pela situação de vulnerabilidade e pobreza extrema, contar com equipamento como o CnaR é fundamental para os processos de saúde-doença-cuidado e para garantia dos direitos da PSR. Contudo, é um desafio para os profissionais de saúde da CnaR, já que recebem muitas demandas e acreditamos que esse equipamento não deve operar sozinho, são necessárias mais ações das demais políticas públicas.

A PSR apresenta uma multiplicidade de questões que favorecem o adoecimento, junto com os modos de vida, em consequência das desigualdades sociais e dos contextos de exclusão que estão inseridas, somadas com a falta de direitos básicos essas pessoas necessitam de cuidados à saúde, mas pelas suas trajetórias de exclusão, acreditam, muitas das vezes que não tem direito a esse cuidado. Cada sujeito tem trajetórias diferentes e suas singularidades que os caracterizam, alguns dos entrevistados (as) relatam que não necessitam e/ou não procuram serviços de saúde. Dentre os discursos estão presentes a falta de demandas para procurar esses serviços e a busca da maioria deles parece se dar devido a uma urgência ou dado pontual de padecimento.

Eu moro há muito tempo na rua e nunca fiquei doente, nunca procurei serviço de saúde, apesar de vim até aqui, mas é porque eu não preciso mesmo, nunca senti nada, também nunca passei mal (E.1- Dorival).

Vou te contar que eu sou muito negligente com a minha saúde, eu só fui bater no hospital quando eu ia perder essa minha perna aqui (aponta para perna esquerda com uma profunda lesão), a médica me disse que se eu tivesse demorado mais eu poderia perder minha perna (E.6- Milton).

Apesar dos princípios doutrinários do SUS, que reafirmam que a saúde é um direito de todos, e cabe ao Estado a provisão de serviços e de ações que o assegura, e que a atenção em saúde deve considerar as necessidades específicas de pessoas ou grupos, sendo endossados pela Constituição Federal de 1998, a PSR acaba ainda se invisibilizada nas questões de saúde. Durante o processo das entrevistas, nos chamou a atenção as dificuldades apontadas pela PSR em relação aos serviços, que vão desde a alta demanda, preconceito, discriminação e principalmente a falta de uma atenção maior dos serviços de saúde para essas pessoas.

Eu não procuro atendimento em saúde, já fui muito destrutado, preconceito né? Eu sei da minha condição, mas o pessoal finge que a gente não é gente, olha só eu sou morador de rua e sou dependente químico, o povo não gosta e acha que a gente está nessa condição porque quer, mas não é assim (E.7-Chico).

Sério, se for um acidente com alguém importante, ali está todo o socorro, rápido chega, se for um morador que está passando mal ou que foi atropelado, você cansa de ligar e só chega quando o irmão já tem perdido a vida, a vida já tem sido escorrida pelo ralo (E.6-Milton).

Segundo Engstrom e Teixeira (2016), a PSR tem dificuldade de acessar a principal porta de entrada dos serviços de saúde do SUS, a Atenção Primária à Saúde (APS) e deve ser implementada seguida pelos seus atributos de primeiro contato, vínculo longitudinal, integralidade e coordenação da atenção. O que contraria o princípio da hierarquização dos serviços de saúde proposto pelo SUS e provoca a reflexão sobre o modelo de atendimento oferecido a essa população (ROSA; SECCO; BRETAS, 2006). Entretanto, a PSR tem vivenciado a contrariedade do preceito da equidade na atenção, impactando fortemente a saúde dessas pessoas que vivenciam diversas vulnerabilidades.

Tal realidade é ilustrada, ao fazer alusão ao acesso das PSR aos serviços de saúde. As razões que impedem ou atrasam a procura por um serviço de saúde, são diversas, no estudo de Hino, Santos e Rosa (2018), eles descrevem que o preconceito e a discriminação em relação a aparência e higiene da população em situação de rua impedem que essas pessoas procurem um serviço de saúde, ocasionando uma menor adesão e qualidade nesses serviços. Barata et al. (2015) acreditam que outra barreira no acesso aos serviços de saúde pela população em situação de rua é percepção de discriminação, também acreditam que as dificuldades também perpassam pela falta de vínculos sociais com as instituições, junto com a pouca ou nula confiança nas mesmas.

Para Wijk e Mângia (2019), as dificuldades se dão por questões burocráticas, como a falta de documentos e de comprovante de residência, e das restrições no agendamento de consultas que ampliam o processo de exclusão presente na vida dessas pessoas e complementam que outra dificuldade vivenciada pela PSR é a imposição da presença de algum responsável ou familiar, feita por hospitais e prontos socorros, que geralmente impedem o atendimento e internação dessas pessoas nas

unidades. Reforçar-se, assim, uma forma de exclusão e que está associada à burocratização dos serviços de saúde e ao preconceito e estigma com essas pessoas.

Na rua, a garantia de sobrevivência para eles e elas depende dos itinerários que percorrem em busca dos meios que lhes garantam a subsistência. Assim, em detrimento da luta pela preservação pelas suas vidas, rotineiramente não buscam cuidados em saúde por causa das rotinas de atendimentos nas unidades, que não condizem com suas realidades dadas as características dos seus protocolos institucionais rígidos. Esperar horas pelo atendimento traduz-se em perda da alimentação e de outros recursos, como o pouco dinheiro para suprir suas necessidades naquele dia. Deste modo, em detrimento de sobreviverem, ignoram a busca por atendimentos quando necessitam, como narrou uma participante:

Olha, eu procuro o posto nas últimas mesmo sabe? Por que a gente perde o dia todo da gente né? E só passam uns remédios e pronto, tai meu dedo desse jeito (em referência a um acidente com animal peçonhento) e eu não posso ir mais um dia porque eu perco meu almoço, minha merenda e não tem ninguém para mim dá não (E.3- Bethânia).

Hino, Santos e Rosa (2018) retratam que a alta demanda de usuários nos serviços de saúde, bem como, o longo período de espera se configura também como barreiras de acesso. Esboçam a inabilidade dos profissionais de saúde para um acolhimento adequado de acordo com as necessidades dessa população, pois não consideram suas particularidades e acabam homogeneizando-as sob olhares carregados de estigmas e discriminação. Chagas (2015) enfatiza que a PSR, geralmente, só procura o atendimento emergencial de saúde, quando não tem mais uma alternativa para aguentar os sintomas de alguma enfermidade. Assim, todas essas barreiras no acesso a esses serviços, desencorajam a inserção da PSR nos serviços de saúde, bem como, vai contra aos princípios de universalidade, equidade e integralidade a assistência nos serviços de saúde do Sistema Único de Saúde brasileiro.

Segundo Macerata, Soares e Ramos (2014) compreender que historicamente as PSR tem sido um dos grupos populacionais que menos têm acesso aos serviços de saúde e entender que a sociedade representa a rua como um local de tudo que não deu “certo”, que não tem mais lugar e que acabou perdendo a sua legitimidade por fatores financeiros, sociais, afetivos e/ou orgânicos é de fundamental importância para entender esse ciclo saúde-doença e que as demandas trazidas por esses personagens estão

vinculadas a vulnerabilidades sociais extremas que são de difícil compreensão. Essa dificuldade pode ser entendida sob dois aspectos:

(i) dificuldade em considerar a integralidade das dimensões da saúde, a complexidade das formas de vida, a inseparabilidade entre saúde biológica, subjetiva e social; (ii) dificuldade em atender uma realidade com modos de vida variados, diferindo muito dos padrões “normais” na cidade: de outra relação com o tempo, com o trabalho e outras dinâmicas nos seus laços afetivos. (MACERATA; SOARES; RAMOS, 2014, p. 924).

A PSR apresenta dificuldade no acesso aos serviços de saúde, na literatura encontramos que a assistência a esse grupo populacional tem se dado predominantemente por meio de ações assistencialistas e higienizadoras, influenciados pelas lógicas hegemônicas, que acaba mantendo uma relação de isolamento e não cabendo na lógica de uma perspectiva de saúde universal, igualitária e equânime. Essas pessoas, encontram-se à margem da rede de atenção à saúde, recebendo políticas de saúde focalizadoras, que ignoram a complexidade dos seus modos de vida. Merhy et al. (2016) descrevem que quando as pessoas em situação de rua adentram nos serviços de saúde, é como se elas fossem convidadas a deixar suas histórias de vida do lado de fora. O que torna contraditório ao que o SUS pensa sobre saúde. A PSR necessita de formas de cuidados que viabilizem, valorizem suas vivências e suas experiências.

Entendemos a importância do CnaR para saúde da PSR, entretanto, os cuidados voltados para essa população não devem se dar somente por esse equipamento, é necessário uma atuação mais efetiva dos serviços de saúde, em especial, da atenção básica e de todos os seus componentes. O contexto de vida da PSR é marcado por inúmeras vulnerabilidades sociais, relacionados a exclusão social que essas pessoas vivenciam, as necessidades de saúde dessas pessoas se dão por várias questões, pelo seu contexto de vida e pelos seus determinantes sociais de saúde. Assim, esse cuidado não deve estar implicado somente nas políticas de saúde, é necessário um cuidado compartilhado com outras políticas públicas, implicado em redes, um cuidado compartilhado com as redes intersetoriais. Borysow e Furtado (2014) evidenciam a necessidade de fortalecimento e desenvolvimento de uma rede intersetorial para melhor atender as necessidades e dar atenção nos cuidados em saúde para esse grupo populacional.

Existem muitos conceitos para intersetorialidade, seguindo de que a intersetorialidade é um princípio da promoção da saúde, procuramos discutir a terminologia através do conceito proposto por Junqueira (1998) a intersetorialidade está vinculada a saberes e experiências no planejamento, realização e avaliação de ações para alcançar efeito sinérgico em situações complexas visando o desenvolvimento e a inclusão social. Junqueira (2000, p. 42) descreve que a intersetorialidade “é uma nova lógica para a gestão da cidade, buscando superar a fragmentação das políticas, ao considerar o cidadão na totalidade. Isso passa pelas relações homem/natureza e homem/homem que determinam a construção social da cidade”, assim dizendo, intersetorialidade é um processo de garantir o acesso igualitário aos desiguais e condições de vida saudáveis e a prevenção de doenças, através de ações que envolvam o ambiente da saúde, político, econômico, social, cultural e educacional.

Serafino e Luiz (2015) acreditam que as ações intersetoriais são muito significativas para responder às necessidades da PSR, e para a garantia de uma promoção e prevenção da saúde. O Ministério da Saúde recomenda a articulação intersetorial entre profissionais de várias áreas que trabalham com a PSR, a intersetorialidade é fundamental, principalmente entre as equipes da saúde e assistência social (BRASIL, 2015). Entretanto, a intersetorialidade ainda se apresenta como um desafio para o cuidado integral da PSR, Westphal (2017) expõe que a dificuldade se dá pela persistência da lógica setorial e da fragmentação e desarticulação do modelo administrativo tradicional.

Trino, Machado e Rodrigues (2015, p. 32) apontam que para ter êxito no compartilhamento de redes e intersetorialidade é fundamental: “(...) um trabalho de alinhamento conceitual e de ações, que se viabiliza no diálogo permanente entre os diversos atores e equipamentos e equipamentos do território, e que, por seu turno, torna, possível a realização de ações integradas intersetorialmente”. É preciso mais investimento na formação de profissionais que atuam na Atenção Primária e nos Consultórios nas Ruas e nas ações em diversos âmbitos das políticas públicas, nas redes intersetoriais para que atuem de forma efetiva, sejam elas da saúde, assistência social, direitos humanos e justiça.

É fundamental ter essas redes de forma compartilhada e cooperativa para o fortalecimento desse cuidado. Redes que atuem sob a ótica da multicausalidade, sob o contexto de vida dessas pessoas e respeitando a singularidade dos sujeitos que estão em

situação de rua, como também, respeitando suas possíveis redes que trazem essas multiplicidades para o campo do cuidado. Outro fator importante que envolve o cuidado com a PSR é o contato com suas realidades, suas formas de ser e estar no mundo, suas condições de vida e de saúde nas ruas. Diante disso, é imprescindível pensar em cuidado operando a partir das necessidades reais dos sujeitos, além das meramente curativas. A ampliação dos modos de cuidado relacionado com reais necessidades de saúde e que estejam envoltos dos contextos de vida e das subjetividades.

4.2.1 Redes de apoio social da população em situação de rua como estratégias para fortalecimento da saúde

A população em situação de rua apresenta taxas altas de morbidade e mortalidade em decorrência das suas condições de vida, não tendo suas necessidades de saúde atendidas, onde, muitas vezes o cuidado prestado a essas pessoas vem se dando através dos serviços de urgência e emergência (ROSA; SECCO BRÊTAS, 2006). Apesar dos avanços na saúde brasileira e do direito constitucional garantindo a todos os brasileiros o acesso universal aos serviços de saúde, a PSR sofre com as desigualdades em saúde e vivência obstáculos para acessar os serviços de saúde, que carregam preconceitos, que mantêm a PSR invisível perante o sistema, dificultando a efetivação do cuidado integral em saúde e não ofertando uma ‘porta de entrada’ para esses sujeitos que vivem nas ruas.

Diante dessa dificuldade de acesso aos serviços de saúde e pelas suas singularidades, histórias de vida, suas percepções de saúde e doenças, essas pessoas concebem novas formas de práticas de cuidado à sua saúde, não restritas ao modelo biomédico, a lógicas burocráticas, onde esse cuidado está intrinsecamente ligado ao seu contexto de vida, suas subjetividades, suas estratégias de sobrevivência, suas questões sociais e culturais, suas relações com outros e com a rua e das suas redes de apoio social.

Para Fonseca e Moura (2008), o apoio social está envolvido com as relações entre os seres humanos, os laços afetivos, as emoções e o ambiente social onde as pessoas estão inseridas. O apoio social se dá pelas relações interpessoais, onde possa existir a disponibilidade das pessoas em confiar, valorizar, comunicar-se, expressar

preocupação com o outro, ajudar e assistir com os recursos disponíveis. Para Rodriguez e Cohen (1998), o apoio social representa a relação entre as características e as funções das relações sociais, bem como, os estados de bem-estar, saúde física e mental.

Victor Valla, um dos precursores na discussão do apoio social no campo da Saúde Pública no Brasil, define o apoio social “como sendo qualquer informação, falada ou não, e/ou auxílio material, oferecidos por grupos e/ou pessoas, com as quais teríamos contatos sistemáticos, que resultam em efeitos emocionais e/ou comportamentos positivos” (VALLA, 1998, p.156) e destaca a sistematicidade na construção e na manutenção de vínculos entre os sujeitos e grupos sociais. O apoio social tem relação com as condições gerais de saúde e com a qualidade de vida (VALLA, 1998). Na mesma direção, Lacerda (2002) aponta o apoio social, o autocuidado e até mesmo o ambiente saudável se constituem como partes integrais da promoção da saúde, na qual, os três estão relacionados.

O apoio social influencia no processo saúde-doença-cuidado e tem sua relevância nos enfrentamentos a doenças, na promoção da saúde e até mesmo no desenvolvimento da cidadania (CANESQUI; BARSAGLINI, 2012). Pensar no apoio social como uma das estratégias de promoção da saúde, é pensar em uma nova construção do modelo saúde-doença e se abrir para o modelo saúde-doença-cuidado (LACERDA, 2010). Diante disso, percebemos que o cuidado está fortemente ligado ao apoio social, pois, como descreve Merhy (1998), cuidar é ação interativa que opera nas relações de intersubjetividade por meio das tecnologias leves, demonstrando a importância das redes de apoio social tecidas pelos sujeitos nos seus processos de cuidado, pois envolve a escuta, acolhimento, histórias de vida e inclusive o respeito pelo sofrimento do outro.

Valle e Veccia (2019) consideram as redes sociais como fonte de cuidado, de adesão nos tratamentos e suporte emocional no processo saúde-doença. Assim, essas redes são importantes potencializadores para promoção, prevenção e recuperação da saúde e devem ser consideradas como parte dos processos de cuidado. Valla, Guimarães e Lacerda (2004) apontam que essa rede de apoio social se dá através dos grupos religiosos, trabalhos desenvolvidos em organizações não-governamentais, movimentos sociais, associações comunitárias, grupos de promoção da saúde, entre outros. As redes de apoio se dividem em redes informais e formais. Ximenes *et al.* (2021) descrevem que a rede informal pode ser composta por amigos/amigas, familiares e vizinhos/vizinhas;

enquanto a rede formal se forma através de instituições que fazem parte das políticas públicas de saúde e da assistência social. Tanto o apoio social formal, quanto o informal, possibilita o desenvolvimento do sentimento de confiança e capacidade de lidar com os problemas, também potencializa a saúde, ajudando no fortalecimento do sistema imunológico, tornando-se um grande suporte para saúde do sujeito (ANDRADE;VAITSMAN, 2002).

Esmeraldo Filho (2021) destaca que no caso da PSR, essas redes de apoio social estão situadas no apoio comunitário, por conta, das redes de solidariedade existentes nas ruas, como os comerciantes e a sociedade em geral, mas a PSR, também conta com o apoio religioso e institucional, advindos tanto de organizações governamentais como não governamentais, na qual assistem esses sujeitos, com a alimentação, higiene pessoal, retorno para a cidade natal, encaminhamento para outros serviços, retirada de documentos, oferecimento de cursos etc.

A partir das narrativas dos entrevistados/entrevistadas, podemos identificar e compreender que suas redes de apoio são compostas por entidades não governamentais; instituições governamentais pactuadas por políticas públicas; sociedade civil e por fim, pela própria PSR, que por meio dos seus modos de vida e de suas rotinas nas ruas constroem suas próprias relações que lhe são fonte de apoio mútuo.

As políticas públicas mais acessadas e que os/as participantes vinculavam como rede de apoio e cuidado estão Centro de Referência Especializado de Assistência Social para População em Situação de Rua (Centro Pop) e o Serviço de Abordagem Social, Centro de Convivência para Pessoas em Situação de rua, ambos dispositivos da política pública de assistência social, e, no âmbito da saúde, o Consultório na Rua. Durante os relatos era perceptível o quanto essas pessoas acessavam às instituições na busca de garantir uma necessidade básica, cada um com suas especificidades apontaram como estratégias para sobreviver. Elis (E.2) conta que recorre muito ao Centro POP quando precisa se alimentar, higienizar-se e até mesmo na busca de um profissional da Psicologia:

Toda quarta-feira e sexta-feira tem oficina lá no Centro Pop e eles dão almoço depois que acaba, eu aprendo e ainda garanto comida, então toda semana eu estou presente né? Aproveito lavo minhas roupas lá, tomo um banho e comecei também a procurar a psicóloga (...) sempre fui bem atendida lá, quando eu preciso eu corro para lá (E.2- Elis).

Como eu posso te falar? Eu conto muito com o centro de convivência, lá eles dão almoço para gente e eu gosto de ir lá quando eu preciso mesmo sabe? Aí hoje eu vim aqui no Centro POP porque eu perdi meus documentos, mas aqui de vez enquanto rola umas oficinas e hoje apareceu você para conversar comigo, isso importante né? Saber quem eu sou e contar minha história (E.7-Chico).

Bom (risos) eu venho todo dia de oficina para cá (em referência ao Centro POP) eu aprendo algo e ainda dão uma refeição e todos esses locais que ajudam a gente, assim né, só tenho a agradecer a Deus todos os dias (E.4-Raul).

Essa estratégia social, para além de trabalhar como política social para essas pessoas, e para o acesso da garantia de direitos, encaminhamento de documentações. Esmeraldo Filho (2021) conta que essas instituições sociais auxiliam também na satisfação das necessidades básicas da PSR, como alimentação e higiene. A esse respeito, Valle e Vecchia (2019b) referem a assistência social também como um setor de cuidado para população em situação de rua. Esses equipamentos da assistência social também se tornam porta de entrada para os serviços de saúde dessa população.

Com esse meu problema (em referência a esquizofrenia) e como já tinha parado o tratamento, eu procurei a psicóloga daqui (em referência ao Centro POP) e ela me encaminhou para o CAPS, lá eu conversei com o médico, estou fazendo meu tratamento e eu agradeço muito a ela que me ajudou e vou com frequência para minhas consultas (E.4- Raul).

Varanda e Adorno (2004) constataram que uma parte da PSR só se submete a assistência em saúde, quando é levada para serviços de resgate ou pelos serviços da assistência social. Percebe-se a importância da assistência social para os cuidados junto com PSR, já que assistência social para além de promover o cuidado integral à saúde, promove também o acesso aos direitos sociais para PSR, reforçando-se a importância das redes de apoio sociais e intersetorialidade no processo saúde-doença-cuidado dessas pessoas. Diante desse contexto, é essencial um trabalho de rede com a PSR, considerando o contexto da qual está inserida, potencializando a intersetorial e construir articulações entre os diferentes âmbitos, com o objetivo do cuidado e a garantia dos seus direitos e fortalecendo as redes que lhes atendem.

Em relação a religiosidade, queremos destacar, o papel dessa rede de apoio na vida da PSR, atuando não só nas questões de problemas de saúde, mas também, como estratégia para superar os dias difíceis, os/as participantes apontaram algumas instituições religiosas e grupos de pessoas que atuam em conjunto com elas:

Toda segunda-feira dá uns kitsinhos, sabonete, xampu, desodorante, sabonete e pasta, eles dão às coisas, aqui não pode reclamar de nada de saúde aqui não, não pode reclamar, quem mora na praça do Ferreira, não pode reclamar de nada não, dá roupa, está entendendo, dá roupa, dá toalha, dá banho (E.1-Dorival).

Como nunca tinha uma pomada que eu precisava e eu sempre era demorado pra ser atendido, então, eu corria para o Shalom, lá são eles que fazem meus curativos e cuidam de mim (...) eu procuro sempre manter meu curativo ajeitado, tomar um banho na instituição, no Shalom, lá tem um café da manhã reforçado e tem um repete, aí lá tem médico, enfermeiro pra você fazer um curativo, tem assistente social pra caso você queira se internar em uma casa de recuperação, tem os irmãos pra ajudar os próximos, lá eles ajudam muito (E.6-Milton).

Sim, as irmãs com certeza, porque as irmãs elas ajudam, elas trazem kit de higiene pessoal, toalhas esterilizadas, elas trazem roupas, você vai lá e escolhe a roupa que você veste, tem irmã que vem deixar absorvente pra nós mulheres, vem deixar roupa, deixar lençol, vem deixar calcinha com etiqueta, vem deixar kit, porque sabe da necessidade menstrual de que a gente tem todo mês, elas ajudam demais a gente (E.5-Marisa).

Para a PSR, as instituições religiosas são fundamentais nas suas estratégias de sobre(vivência), diante das falas aqui expostas, compreendemos o quanto são importantes para essas pessoas e os cuidados prestados com eles, além das questões de religiosidade, auxiliam em ações de saúde, serviços de saúde com profissionais para atendimento, alimentação, higiene, roupas, acolhimento e/ou abrigamento e até mesmo com produtos de higiene menstrual. As instituições mais citadas foram a Casa da Sopa, Shalom, Pastoral do Povo de Rua, instituições essas que também foram citadas na pesquisa de Pessoa (2021) quando estudou sobre a PSR de Fortaleza e notou que essas instituições atuam há muitos anos como uma rede de apoio para esse grupo e atuam com parceria com os representantes do Movimento Nacional da População de Rua.

Na pesquisa de Costa (2005), os projetos sociais, as organizações não governamentais, que inclui as instituições religiosas atendem e auxiliam nas necessidades básicas da PSR, compondo estratégias para que a PSR supra suas necessidades básicas e sobrevivam nas ruas. Nesse sentido, Cunha *et al.* (2017) acreditam que a questão da religiosidade é uma tática de enfrentamento diante da hostilidade das situações das vidas nas ruas. Guimarães e Moreira (2011) descrevem que esse tipo de apoio se dá através dos integrantes de igrejas e grupos religiosos.

Outra rede bastante mencionada e sinalizada pelos (as) participantes foi a rede de apoio entre a própria PSR, esse apoio se dá através do compartilhamento de alimentos, produtos de higiene, cobertores, agasalhos e álcool e outras drogas e de suas relações e práticas que envolvem companheirismo, cooperação e cuidado um pelo outro.

Tem muitos irmãos aqui que se ajuda né, ajuda a gente sabe? Um tem um feijão, outro o arroz, uns se juntam e compram o frango e dá para fazer algo né, a gente se junta e se ajuda sabe? (E.2- Elis).

Um ajudando outro, um abraçando outro, cuidando um dos outros, por exemplo, se eu vejo um dormindo sem lençol, eu vou lá arrumo um lençol e cuido dele, se ele me vir sem lençol, ele vem e me cobre (E.5- Marisa).

Eu tenho uma pessoa que me ajuda né? Ela me ajuda, eu a ajudo, uma protegida a outra e a vida é essa. Uma vez eu dormi, levaram o meu lençol, levaram minhas coisas, minha roupa, meu chinelo, até o meu lençol me tiraram que eu nem senti, fiquei só com a roupa do corpo e ela dividiu o pouco que ela tinha comigo (E.3-Bethânia).

Outro aspecto mencionado é o apoio recebido logo na chegada à rua, segundo o participante Raul, assim, que ele chegou na rua foi acolhido por um grupo de pessoas que já estavam em situação de rua que lhe ajudaram, fornecendo informações para suprir as principais demandas, de onde conseguir alimentação, locais para higiene e quais equipamentos sociais que deveria acessar e os locais mais seguros para dormir, ele narra que se sentia muito sozinho e com o tempo foi se afeiçoando e estabelecendo relações com outras pessoas que dividiam a rua com ele como lugar de moradia, estabelecendo relação de cuidado uns com os outros.

É um só né, porque aqui a gente já conhece os locais onde dá as refeições, no primeiro dia de rua já me ensinaram, isso né, também a questão da humanidade do pessoal de rua, porque eles gostam de ensinar de mostrar,

eles levam e tal, aí tal quanto do material de higiene, isso e aquilo outro, assim é legal por parte dos moradores de rua (E.4- Raul).

Por entender os contextos, dinâmicas e as relações tecidas nas ruas, a própria PSR apresenta as informações sobre essas dinâmicas e assim aconselham e constroem novas relações com as pessoas que estão chegando. De acordo com Bronfenbrenner (1979/1996), o conceito de rede de apoio deve seguir as transformações que acontecem ao longo da vida, em seu ambiente, não somente com a pessoa, pois suas interações e sua capacidade de descobrir podem estabelecer e sustentar futuras relações.

Construir e consolidar redes são processos intimamente ligados à convivência e aos processos vividos juntos, diante das falas narradas acima, aprendemos que as vivências e as relações tecidas nas ruas, muitas vezes se dão fortemente por cuidado conjunto que se transformam em um apoio social. Segundo Brito e Koller (1999), o apoio social tem conexão com as relações que uma pessoa estabelece na vida e que pode influenciar na sua vida e que esses laços sociais são importantes e se tornam contínuos à medida que fornecem e recebem ajuda para suas necessidades, enfrentando e superando tais momentos.

A PSR constitui suas relações nas ruas, estabelecendo novos laços sociais, são redes de afeto, respeito e cuidados formando até mesmo uma rede familiar, nesse sentido, Vernaglia, Vieira e Cruz (2015) descrevem que esses laços se constituem através de solidariedade, onde tanto homens como mulheres compartilham entre si comida, apoio, proteção e até mesmo drogas, como crack.

Olha, eu tive que me afastar da praça por conta dos meus irmãozinhos, sabe como a gente fazia? Se um tinha uma cachaça levava para todos, a gente dividia tudo e todos se juntavam em frente ao meu barraco, tinha gente que a gente arruma maconha e cachaça, mas a gente não se juntava só para drogas não viu? A gente cozinhava juntos, se um chegava ali na praça a gente chamava para comer com a gente, uma amizade, meus irmãozinhos e me ajudaram muito com essa minha perna viu, todo mundo aqui é por todo mundo, mas infelizmente eu tive que me afastar para vencer esse vício né? (E.6-Milton).

O uso de drogas para essas pessoas, muitas vezes, se dá como forma de lidar com problemas e até mesmo como meio de socialização, Rodríguez (2010) argumenta

que o consumo de drogas pode ser uma forma de socialização, além do uso, existe a possibilidade participar de outras atividades como praticar esportes ou jogos de cartas. Na mesma direção, Medeiros (2019) que o uso das drogas contribui para socialização e relações de reciprocidade, favorecendo vínculos sociais.

A PSR apresenta vínculos fragilizados e rupturas sociais, mesmo com a ida para as ruas, são pessoas que constituem novas configurações relacionais (CUNHA *et al.*, 2017), ou seja, a PSR constitui sua própria rede de apoio social, seja formal ou informal. O apoio social é importante para construção do processo de cuidado da população em situação de rua, superando o enfoque do cuidado de cunho biomédico, estando mais próximo da realidade de vida dessas pessoas, visto que, é fundamentada por vínculos, envolvendo a troca de afetos, de saberes e conhecimento, da sua subjetividade, além de estar envolvido diretamente no processo saúde-doença-cuidado dessa população. Essa rede de apoio social da PSR é tecida nos contextos das ruas, ancoradas pelas suas relações intersubjetivas atravessados pelo campo afetivo-social e nos vínculos, que formam sua rede de cuidados produzidas a partir das suas necessidades, que vão além do contexto da saúde.

Os cuidados nas ruas são um desafio, entretanto, a rua é um espaço de cuidado, desde que, consideremos que as demandas dos sujeitos têm níveis diferenciados, que precisam ser acolhidas em espaços igualmente diferenciados, que devem ser articulados uns aos outros e reconhecer que a pessoa em situação de rua é produtora de cuidado em seu cotidiano. Compreender a rede de apoio tecida nos territórios é importante para construção de cuidados que estão na realidade dessas pessoas com o propósito de fortalecer suas potencialidades e visibilizar suas necessidades e que operem na garantia dos seus direitos e respeitem sua subjetividade.

Para Tiene (2004), as relações criadas pelas pessoas no espaço das ruas, sejam com as instituições, serviços e os movimentos sociais, formam representações capazes de gerar demonstrações das práticas de cuidados distintos. Entretanto, é necessária mais visibilidade para essas redes tecidas, já que não atuam somente com olhar na saúde, mas também, na garantia dos direitos sociais dessa população, no reconhecimento desses sujeitos que impactam diretamente na saúde desses sujeitos.

Nesse sentido, é importante fortalecer essas redes de apoio, mas também cobrar mais ações por parte das políticas públicas e das esferas de poder, pois as redes tecidas nas ruas não podem dar conta sozinhas das necessidades das pessoas em

situação de rua, sem articulações e estratégias dessas políticas. Diante dessa realidade, é necessário um trabalho integrado, favorecendo redes intersetoriais que dialoguem com as redes de apoio, com as subjetividades das PSR e visem um cuidado intersetorial e em rede, garantindo direitos e acesso às políticas públicas de qualidade e integradas.

4.2.2 Práticas de cuidado da população em situação de rua como estratégias para fortalecimento da saúde

Além das redes tecidas nas ruas, o processo de cuidado da população em situação de rua também está relacionado com suas percepções de saúde e cuidado, com suas estratégias para suprir suas necessidades e (sobre)viver que formam suas práticas de cuidado. Nos contextos das ruas, essas pessoas possuem suas particularidades, seus comportamentos e modos de vivenciar a saúde e o cuidado de si. É importante compreender como o cuidado está envolvido com o contexto social de relações familiares, profissionais, amigos, comunidade, com as questões culturais e políticas, com os valores, crenças, ritos e modos de vida e histórias de vida de cada sujeito.

As pessoas produzem suas práticas de cuidado para suprir suas necessidades de saúde e não seria diferente com a PSR. Nesse sentido, procuramos identificar e compreender como as pessoas em situação de rua concebem o cuidado:

Cuidado em saúde é você ter uma boa alimentação, uma casa para morar, você ter os seus remédios ali certos, que você possa conseguir esse remédio pelo SUS ou doado, que você possa tomar na hora certa, isso para mim é ter uma boa saúde (E.6- Milton).

Cuidado para mim é muita coisa, tenho que estar experimentado fora da rua, estar dentro de um ambiente em que eu possa cuidar de mim, em que eu possa gostar de mim mesmo, é isso aí pra mim. Isso seria uma forma de cuidado, né? (E.7-Chico).

Spink (2015) descreve que o cuidado está associado ao aspecto relacional e na sua multiplicidade, sendo circunstancial e fluido, dependendo dos múltiplos contextos históricos e culturais e acredita que a multiplicidade do cuidado se dá através das diversidades dos contextos, personagens, funções, acesso à serviços, estruturas e tecnologias. Assim, não existe uma maneira única de cuidado, as ruas como territórios existenciais, que tecem suas próprias redes, suas conexões e suas formas de cuidado são

invisíveis para área da saúde e rompem com modelo de cuidado das redes de atenção à saúde. Nesse sentido, Merhy *et al.* (2016) ressaltam que a rede de cuidados ainda é centralizada nas suas próprias lógicas de saberes, tornando o usuário, como seu objeto de ação, alguém que não dispõem de conhecimentos, experiências, onde os profissionais de saúde reafirmam o modo “mais saudável, a melhor forma de viver” e condicionam ao usuário.

Merhy (2009) acredita que essa maneira imposta de cuidado e saberes, acaba transformando as diferenças de saberes em desigualdades. Desse modo, essas diferenças de saberes e essa imposição do cuidado, acaba produzindo invisibilidade na produção de múltiplas formas de vida e de cuidado, principalmente quando falamos dessa produção de cuidados que vem das ruas. Assim, é importante conhecer e compreender as práticas de cuidados e formas saberes produzidas nos territórios existenciais das ruas.

Em relação às práticas de cuidados, observamos a história de Raul (E.4), que teve problemas na pele assim que chegou nas ruas e que buscou ajuda em um posto de saúde, mas que não teve uma atenção e nem um tratamento continuado e os problemas persistiam e ele sentia muito prurido na pele, ocasionando assim, que ele buscou uma alternativa para lidar com o problema:

Me cuidei tomando banho de mar, tinha um amigo e toda vida que dava 8 horas da manhã, eu descia para praia com ele, eu ficava de 8hs até uma 10hs da manhã só dentro da água e depois sol, depois água de novo e sol, aí pronto fui ficar melhor, mas o meu braço ainda está todo cheio de cicatriz, não tinha cicatriz não, mas agora eu tenho (E.4- Raul).

A estratégia de cuidado que o participante arrumou foi tomar banho de mar e ficar no sol, segundo ele, só conseguiu melhorar a partir dessa estratégia. Raul criou sua própria prática de cuidado a partir dos recursos que tinha disponíveis, entretanto, antes de chegar a essa solução, ele foi negligenciado e não teve uma atenção de saúde de qualidade. Como já evidenciamos, a PSR enfrenta muitas dificuldades, principalmente quando se trata de saúde e dos direitos de saúde, sendo negligenciados, e expostos a maiores riscos e vulnerabilidades, levando a traçar novas rotas de cuidado, seja em outras instituições, redes de apoio ou até mesmo criando suas próprias táticas de cuidado.

Portanto, compreende-se que, nesse contexto de dificuldades, os movimentos individuais e sociais são primordiais para refletir na forma como as PSR representam a saúde, seu cuidado, constituem-se como atores sociais e políticos, produzindo maneiras de ser/estar no mundo. É importante explorar os sentidos atribuídos ao cuidado em saúde por essas pessoas. Compreender essas práticas de cuidado e pensar nas suas questões subjetivas e nas suas singularidades para refletir seu processo saúde-doença-cuidado.

As narrativas dos/as entrevistados/as retratam as formas e os dinamismos dos contextos das ruas e suas adaptações e arranjos para sua sobrevivência. São exemplos que demonstram o quanto essas pessoas se articulam com as possibilidades que nem sempre são ideais em seu meio para que sobrevivam ao cotidiano; trata-se, aparentemente, do maior desafio diário, conseguir a cada dia uma estratégia diferente para que se atenha a um critério de sobrevivência com menores danos.

Da minha saúde eu cuido, eu pago para tomar um banho, eu olho como é que eu tô, eu vou no posto, eu faço os exames, é desse jeito paga pra tomar um banho, aí o que eu ganho é sabonete, e escova e eu vou só guardando pra quando se acabar uma, eu usar outra, o ruim é pra lavar roupa que não tem onde estendida na praça do Ferreira, entendeu? É desse jeito! Mesmo assim, eu me cuido (E.3- Bethânia).

Os cuidados da saúde, o principal é a higiene pessoal né? Principalmente lavar as mãos, da boca e das partes íntimas e saber controlar onde você vai tocar isso e aquilo outro, eu acho que só com isso a pessoa pode ir longe e ser saudável pelo resto da vida (E.4- Raul).

Eu me cuido muito bem, de manhã cedinho, isso para mim, já é saúde, porque eu estou me cuidando, me limpando, me alimento, tomo meu cafézinho com leite, minha saúde é isso aí, porque me alimento bem, saúde para mim é ter isso aí sabe? (E.1- Dorival).

Pelas falas narradas acima, percebemos o quanto as questões de “higiene” e “alimentação” estão relacionadas ao cuidado, questões essas que estão ligadas diretamente a necessidades básicas humanas e o quanto essas pessoas muitas vezes não contam com isso, e nas suas trajetórias e se esforçam para manter suas necessidades atendidas, quando não estão assistidos dos seus direitos e indiferentes perante as políticas públicas. NASCIMENTO et al.(2011) realizaram uma pesquisa com homens

na Região Metropolitana de Belo Horizonte-MG e descreveram que a saúde para eles está relacionada em se alimentar bem, esse seria o cuidado que mais falaram, onde o cuidado estaria relacionado com a alimentação. É importante também salientar a discussão intersetorial, o quanto os cuidados voltados para PSR deve ser trabalhado em redes, com políticas de renda, alimentação, acesso a emprego que garanta que essas pessoas tenham suas necessidades atendidas.

Nessa direção, Oliveira (2017) salienta que saber compartilhado é baseado em vivências, crenças, valores, cultura e experiências que se estabelecem nas relações. Diante disso, os saberes compartilhados são ancorados em práticas como se prevenir e tomar banho, e mostra que a saúde perpassa por atitudes e comportamento simples do cotidiano, mas que se configuram em grande significado para o grupo social investigado. Na pesquisa de Silva *et al.* (2018) também aparecem as palavras “higiene” e “prevenir-se”, para os participantes de ambas as pesquisas, essas ações são formas de práticas de cuidado, sendo um autocuidado e uma responsabilização pela própria saúde, essas ações são comportamentos baseados na normatividade e na construção social da forma certa ou errada de viver e cuidar da saúde.

De acordo com Silva *et al.* (2020b), as práticas de prevenção para os participantes se dão através de práticas como: fazer exames, usar preservativos, escovar os dentes, tomar banho, tomar vacinas, dentre outras. Silva *et al.* (2018) descrevem que essas formas de cuidado são importantes para a qualidade de vida e da saúde da PSR, por serem mais suscetíveis a ter algumas vulnerabilidades em saúde.

O meu cuidado em saúde é (...) se eu sentir algum problema, eu procuro um posto, um médico para me examinar, eu não tenho vergonha de fazer uma prevenção. Outros cuidados, não transar sem camisinha com seu ninguém, entendeu? (E.5- Marisa).

Cuidado para mim é, como eu vou conseguir te explicar (...)é ir no médico, tomar os medicamentos bem direitinho, fazer o tratamento é importante né e cuidar de você né? (E.2-Elis).

A perspectiva do cuidado é construída a partir dos contextos, dos cotidianos e até mesmo baseados na construção social, a questão de “ir ao médico” utilizada como uma questão de prevenção e até mesmo como manutenção da saúde foi relatada por alguns participantes durante as entrevistas, essa concepção está ancorada em

concepções hegemônicas do modelo biomédico, que pode causar em práticas medicalizadoras, tanto pela PSR, quando por profissionais que atendem.

Essa perspectiva de cuidado também apareceu na pesquisa de Silva *et al.* (2018) que procuraram saber quais eram as palavras que pessoas em situação de rua associavam com as práticas de cuidado em saúde. O termo mais citado foi “médico”, a figura do médico foi posta como o profissional que detém o conhecimento e vai ajudar no que eles precisam. Silva *et al.* (2020b) descrevem que a figura do médico está muito presente nas práticas de cuidado para a população em situação de rua, demonstrando o quanto a imposição do modelo biomédico ainda está muito presente nas representações do cuidado, seguindo ainda por uma lógica biologicista e medicalizadora. Também demonstra ser um desafio em consequência das dificuldades de acesso aos serviços de saúde impostas a essa população.

Valle e Vecchia (2019a) evidenciaram que uma das formas de cuidado se dá através do auto tratamento, assim como na de Barata *et al.* (2015) onde a principal forma de cuidado é automedicação. É comum que esses tipos de cuidados nas classes populares, por se tratar de recursos que vêm de experiências anteriores, que é proveniente da cultura, quanto da biomedicina e das suas experiências anteriores, do cotidiano e até mesmo das relações, Valle e Vecchia (2019a) destacam os remédios caseiros ou comerciais de preço acessível, conselhos de amigos próximos e alterações na alimentação. Essa forma de cuidado consigo, que advém de outros saberes e até da sua própria vivência é muito importante para a própria construção do processo saúde-doença-cuidado da PSR.

A produção de cuidado da PSR se dá de múltiplas formas, durante o processo de campo e das entrevistas, nos chamou a atenção a história de Milton (E.6) e sua luta contra o álcool e outras drogas.

Eu fiz uma estratégia, eu não deixei de falar com os irmãos, não fiquei de mal de nenhum, eu sei que eles ainda estão no uso ainda do álcool, da droga, mas eu não vou mais a estouro, eu não estou indo nas praças, isso foi uma rota de fuga que eu elaborei, uma estratégia para me ajudar para recuperar, e eu não vou mais em estouro (E.6- Milton).

Os desafios para PSR são muitos e encontram modos de sobreviver nas ruas, muitos elaboram estratégias conforme suas necessidades, indo de encontro ao seu processo de autonomia desses sujeitos, Milton está enfrentando um vício e está tentando

ficar “limpo” (palavras dele). Segundo Botti et al. (2010), tem uma função socializadora, por permitir a inserção em grupos, além de amenizar o sofrimento característico da vida na rua. Entretanto, como apontam Cunha et al. (2017), quando acontece limites para o uso de álcool e outras drogas, o vínculo pode ser facilmente rompido no caso de suspensão do consumo.

Sendo assim, a estratégia de parar o uso de álcool e outras drogas, ocasiona também o rompimento dos vínculos construídos na rua, sendo uma estratégia usada como prática de cuidado. O uso de álcool e outras drogas, como já relatamos Silva et al. (2020b) também descreve evocação “não beber” e “estar limpo” como prática de cuidado, para os participantes a não ingestão do álcool e outras drogas traz benefícios para o cuidado de si, garantias para sua saúde e qualidade de vida, entretanto a ingestão de álcool e a utilização de drogas também se manifesta como ferramentas para enfrentar os cotidianos das ruas, usado também como prática de cuidado.

Dejeane Silva (2019) acredita que o cuidado de si estando nas ruas, é um encontro dos saberes individuais que constantemente estão se inter-relacionando, onde, se constitui através de diversas culturas, crenças, grau de escolaridade, raças e etnias e gerações. Para a autora, estar na rua e se cuidar, demanda formas, táticas que são complexas e inovadoras diante das barreiras encontradas nas ruas. Essas barreiras se dão pelo acesso aos serviços de políticas públicas, dificuldades com as questões de alimentação, higiene, sono e repouso.

Assim essas pessoas constituem suas práticas de cuidado a partir do contexto que estão inseridas, dos seus próprios saberes e do que consideram cuidado. Segundo Helman (2009), a maioria das práticas de cuidados em saúde ocorre através de recursos dos setores informais e populares, onde, as práticas de cuidado advindas do setor informal geralmente são de conselhos de outras pessoas e da automedicação e dependem das crenças individuais sobre a saúde, com rituais e hábitos específicos para sua prevenção. Enquanto o setor popular envolve os curandeiros, pessoas que sejam ligadas à fé e práticas espiritualistas ou com experiência em cuidado à saúde, ou seja pessoas que possuem conhecimento sobre a maneira de cuidados alternativos ao modelo biomédico

A vivência em situação de rua exhibe uma realidade de pessoas que sofrem com as desigualdades sociais, com a falta dos direitos humanos e com as iniquidades em saúde que influenciam no seu processo saúde-doença. Entretanto, as ruas também são,

um lugar onde as existências atuam e se produzem, não sendo apenas um local de moradia, mas a rua é um espaço de (sobre)vivência, de conquistas e resistências, histórias, valores. As ruas são constituídas por vínculos e relações que se produzem na realidade dos sujeitos, da qual se modificam cotidianamente e são marcadas pelos processos subjetivos. A rua também é lugar de autonomia e solidariedade, a rua é um lugar de cuidado. Assim, compreender as práticas de cuidado dessas pessoas é compreender o seu processo saúde-doença-cuidado e suas formas de fazer saúde.

4.3 Cuidados com a PSR em um cenário pandêmico

A população em situação de rua enfrenta dificuldades em acessar as políticas públicas existentes no Brasil, como já discutimos, a efetivação dessas políticas públicas destinadas para essa população continua sendo um desafio, principalmente nas questões de cuidado, onde se dão mais nos serviços de saúde e na assistência social. Não seria diferente no contexto pandêmico da COVID-19, a crise sanitária causada por essa pandemia, deixou mais evidente as desigualdades sociais sentidas no país, mostrando ao mundo os problemas já existentes do sistema de produção capitalista. Com o baixo acesso às medidas de proteção contra o vírus, a população em situação de rua se tornou mais vulnerável e excluída e invisível pelo Estado e pela sociedade.

O risco de contrair o vírus da SARS-CoV-2 e desenvolver complicações graves da doença é consideravelmente maior para essa população por conta das vulnerabilidades já vividas por essas pessoas, somadas às dificuldades de acesso às políticas públicas e as impossibilidades de acessar os cuidados de saúde. As medidas preventivas contra COVID-19 se deram pelo distanciamento social, isolamento e higiene, medidas distantes da realidade de vida da PSR, além do fechamento dos estabelecimentos e de órgãos públicos que dificultou na manutenção das necessidades dessas pessoas (HONORATO; OLIVEIRA, 2020). O avanço da pandemia contribuiu para o agravamento das condições adversas enfrentadas por essa população, além também de ser um dos fatores para o aumento da PSR no país, pelo acúmulo de desvantagens sociais, como a pobreza extrema, desigualdade social, estigmas, preconceitos e as dificuldades no acesso às políticas de saúde.

O cenário pandêmico exige mudanças na agenda pública do Estado, para que se possa ter políticas de caráter emergencial, intersetorial e eficientes para atender

as necessidades da população e minimizar os efeitos do curso da pandemia da COVID-19. Em relação a PSR, as ações governamentais se deram no âmbito do sistema de saúde e da assistência social, com medidas de ampliação e readequação dos serviços existentes, além da implementação de medidas inovadoras. Segundo a Portaria nº 69, de 14 de maio de 2020 (BRASIL, 2020), foi estabelecido aos municípios: proporcionar informações às PSR acerca dos COVID-19; orientações sobre os locais de atendimento dos serviços do SUS e do SUAS; os horários e formas de acesso aos serviços; bem como o compartilhamento de itens básicos das necessidades humanas, como água, alimentação, produtos de higiene, limpeza, Equipamentos de Proteção Individual (EPI) e outros; abrigo; medidas relacionadas a espaços e materiais para higiene pessoal dessa população; inclusão no Cadastro Único; e a garantia do acesso a programas sociais já existentes e novos, como o benefícios e auxílio emergencial (BRASIL, 2020).

Segundo Silva, Natalino e Pinheiro (2021), a partir de um levantamento das medidas emergenciais adotadas pelos estados e municípios no primeiro ano da pandemia (2020), as ações mais reportadas foram no sentido do abrigo, higiene, alimentação, atividades específicas de orientação e formas de prevenção, respectivamente. Entretanto, a mesma pesquisa relatou que dentre as medidas emergenciais adotadas, teve limitações, como a dificuldade de testagem da PSR, insuficiência das vagas de abrigo para toda as pessoas que vivem nas ruas, além do impasse para a inclusão dessas pessoas em programas de transferência de renda, como o benefício social, pela falta de acesso à informação, documentação e tecnologias disponíveis para que houvesse o cadastramento.

Apesar da existência dessas medidas e ações governamentais, a maioria das pessoas em situação de rua continuam sofrendo desvantagens em relação às políticas públicas, das quais, a oferta de serviços ainda é insuficiente e não atende às necessidades destas pessoas. Cabe aqui lembrar, que essas dificuldades foram ainda mais elucidadas na crise pandêmica, demonstrando como a população em situação de rua sofre com a violação de direitos, invisibilidade e com a falta de cuidados à saúde. Acreditamos que os cuidados voltados para essa população devem se basear nas suas subjetividades, para responder às suas necessidades é fundamental estratégias intersetoriais para assegurar um maior acesso, de forma integral, ampla e segura aos programas e serviços de saúde e sociais.

No segundo ano da pandemia em 2021, as ações realizadas pela Prefeitura de Fortaleza com a população em situação de rua foram reforçadas, por meio de um trabalho de cunho intersetorial entre as Secretaria de Saúde e Secretaria dos Direitos Humanos e Desenvolvimento Social (SDHDS), que adotaram medidas como oferta de alimentação, acesso a EPIs, espaços para higiene pessoal, apoio e atendimento psicossocial e encaminhamento para demais políticas públicas. Essas ações foram realizadas pelos equipamentos sociais como Centro Pop e Espaço de Higiene Cidadã (FORTALEZA, 2021c).

A prefeitura também disponibilizou acolhimento provisório para quarentena e isolamento dessa população, ampliando procedimentos de cuidado e reduzindo a transmissão comunitária da COVID-19 entre o segmento, além de conter a disseminação do vírus. Os acolhidos com COVID-19 poderão ser encaminhados por serviços da própria SDHDS e demais políticas públicas, rede socioassistencial, rede de atuação com a população de rua, rede de saúde, dentre outras. A porta de entrada para o serviço é a Central de Regulação de Vagas da SDHDS, que avalia as situações e as possibilidades de vagas (FORTALEZA, 2021). Os cuidados voltados para PSR se dão principalmente pelas estratégias do SUAS, mostrando o quanto esses equipamentos estão mais próximos dos contextos de vida dessas pessoas e sua importância nos processos de saúde e cuidado desses sujeitos, diferente dos serviços de saúde, onde a vinculação e o acesso continua sendo um obstáculo, principalmente nesse cenário de crise sanitária.

A realidade das ruas ficou ainda mais difícil durante a pandemia da COVID-19, já que para garantir a sobrevivência nas ruas, a PSR conta com o comércio aberto e a circulação de pessoas nas ruas com o objetivo de conseguir doações, alimentação, dinheiro e até mesmo para realizarem seus trabalhos informais. Desse modo, a população em situação passou a contar com o trabalho de voluntários, sendo formadas pelos movimentos sociais, instituições religiosas, coletivos sociais e outros para conseguir alimentos, cestas básicas, EPIs, água e até meios para a realização de higiene pessoal. Esses trabalhos voluntários não agiram somente a fim de subsidiar as necessidades básicas da PSR, mas prestaram cuidados a essa população, formando uma rede de solidariedade e prestaram ações de educação em saúde, bem como ações para prevenção e promoção da saúde (MENDONÇA *et al.*, 2020).

Podemos observar esse contexto, pelos dados do II Censo geral da População em Situação de Rua da cidade de Fortaleza, de acordo com os dados desse censo a respeito dos recursos disponíveis para prevenção contra a COVID-19, 63,8 % dos entrevistados revelaram que receberam doações de álcool em gel ou máscaras das pessoas que fazem doações, 30 % recebem da prefeitura ou de algum órgão público, 13,8% ganham das Organizações Não Governamentais (ONG) ou de igrejas e 11,3% relataram que não conseguem máscaras e nem álcool em gel (FORTALEZA, 2021a).

Segundo Rodrigues (2022), durante o *lockdown* em Fortaleza, as organizações da sociedade civil se organizaram rapidamente, realizando ações imediatas para população em situação de rua, como distribuição de alimentos, água, materiais de higiene, máscaras, atendimento e orientação em saúde. Uma rede de rua constituída inicialmente pelo Grupo Espírita Casa da Sopa, Pastoral do Povo de Rua, Núcleo de Psicologia Comunitária (NUCOM), Coletivo Arruaça, Pequeno Nazareno, Pastoral do Povo de Rua, Rede de Médicas e Médicos populares e Associação de Amparo à Pessoa com Tuberculose impulsionou estratégias e ações para ajudar a PSR de Fortaleza, formando parcerias, interagindo com diversos segmentos da sociedade, como empresas e universidades. As ações se deram em uma grande rede para um agir colaborativo construindo pontes entre pessoas e organizações formando um traçado em rede solidária.

Durante a pandemia, a gente contou com muita gente de bom coração que ajudou a gente, muita gente boa mesmo, que vinha dá água, comida, máscara, álcool e quando a gente precisava de algo mais, eles davam uma ajuda para gente né (E.2- Elis).

O povo do Shalom e as irmãs foram essenciais, ajudou muito a gente durante a pandemia, logo que aconteceu no meu primeiro ano de rua né, eu contei com essas pessoas, foram meu apoio, cuidaram da gente (E.6- Milton).

Olha, se não fosse as irmãs e povo que a gente ajuda, não sei o que seria da gente viu, porque a gente é muito abandonado pela prefeitura e por essas coisas que diz faz coisas pela gente, mas cadê, esse presidente (Em referência ao ex-presidente Bolsonaro) é ruim demais com a gente da rua, é desse jeito a vida da gente (E.3- Bethânia).

Como já discutimos, os cuidados com a população em situação de rua não acontecem somente pelas políticas de saúde, mas se dá também através das redes de

apoio social tecidas nas ruas e das suas próprias práticas de cuidado, com a pandemia, essas redes foram de grande importância para o cuidado com essa população, a exemplo desses trabalhos voluntários. Para além do cuidado em saúde, essas redes proporcionam também a garantia de direitos e a visibilidade dessas pessoas, bem como a criação de vínculos, fortalecendo assim uma rede de cuidados, fundamental para manutenção de vida e no enfrentamento da COVID-19.

Com o avanço da pandemia, cientistas de todo mundo começaram a 'corrida' da vacina, com o propósito do desenvolvimento de vacinas seguras e eficientes, a fim de reduzir a disseminação desse vírus e os agravos decorrentes da doença. No Brasil, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), aprovou quatro vacinas, sendo as vacinas da Oxford/Astrazeneca, Janssen, CoronaVac e Pfizer, com custos e eficácias diferentes e um meio de ação específico (BRASIL, 2021a). A Campanha Nacional de Vacinação contra COVID-19, foi iniciada em janeiro de 2021, começando com os grupos prioritários, que inclui a PSR, o Ministério da Saúde, através da nota técnica nº 768/2021 disponibilizou orientações referentes à vacinação de pessoas em situação de rua contra COVID-19, essa nota destaca que o atendimento a PSR deve ser realizado, independente delas possuírem o Cartão SUS ou comprovante de residência, sendo um direito dessas pessoas (BRASIL, 2021b).

Diante das dificuldades enfrentadas pela PSR em acessar os serviços de saúde do SUS, se faz necessário elaborar estratégias para a vacinação contra COVID-19, que cheguem nos seus territórios a partir da busca ativa dessas pessoas para garantir o acesso a imunização, o MS propôs a 'Vacinação Extramuro', na qual se dá na colaboração das autoridades sanitárias e epidemiológicas municipais e estaduais em realizar a vacinação fora das salas de vacina. Para a realização dessa busca ativa é necessário que a Rede Serviços de Atenção Primária (APS), Equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF) e as Equipes de Consultório na Rua (eCnaR) trabalhem de forma intersetorial com as estratégias da assistência social, como o Centro de Referência Especializado para a População em Situação de Rua (Centro Pop), Centro de Referência Especializada de Assistência Social (CREAS), bem como o Movimento Nacional da População de Rua (MNPR), instituições da sociedade civil organizada para viabilizar os direitos em saúde dessa população e conseguir realizar a vacinação extramuro (BRASIL, 2021b).

Essa busca ativa é uma prática de saúde muito importante e necessária para os cuidados envolvidos com a PSR, já que vem sendo realizada a partir da colaboração das equipes multidisciplinares e se dá a partir do contexto de vida dessas pessoas, ou seja, essa ação se dá no território das ruas e acaba favorecendo na criação de vínculos e refletem no cuidado e no direito à cidadania dessas pessoas. Em Fortaleza, a Secretaria de Proteção Social, Justiça, Cidadania, Mulheres e Direitos Humanos (SPS) e a Secretaria Municipal da Saúde (SMS) da Prefeitura de Fortaleza conduziram a vacinação da PSR a partir de uma estratégia chamada Caminhão Cidadão (IPC, 2022).

O Caminhão Cidadão tem como objetivo fazer com que uma equipe circule pelos bairros de Fortaleza para imunizar a população em situação de rua com o auxílio da Estação Móvel de Políticas sobre Drogas, onde a ação foi realizada em 11 pontos estratégicos da capital cearense, considerando os territórios mais centrais para PSR, a partir da busca ativa deste público (CEARÁ, 2022a). A imunização além de ser um direito básico de todo cidadão brasileiro, amplia a imunidade e minimiza os riscos de contaminação da COVID-19, como também no agravamento do quadro clínico da doença do novo coronavírus. A vacina é importante para a saúde da PSR, por conta do seu contexto de vida, que as tornam mais vulneráveis a COVID-19.

O Caminhão do Cidadão, além de realizar a imunização contra COVID-19 também ofertou serviços para emissão de documentos de identificação básica, como RG, CPF, atestados de antecedentes criminais e consultas de Título de Eleitor e do Número de Identificação Social (NIS), no Cadastro Único para Programas Sociais (CadÚnico) (CEARÁ, 2022b). Essa estratégia demonstra o quanto o trabalho intersetorial é importante, seja com ofertas de cuidados voltados para a saúde, mas também na garantia de cidadania para essas pessoas que são tão invisibilizadas e desassistidas.

Segundo os participantes da pesquisa a maioria recebeu doses da vacina e completou seu esquema vacinal:

Eu tomei todas as vacinas que tinha para tomar, todas, vinha o pessoal vacinar a gente nas primeiras, as outras eu tomei no posto e deu tudo certo, tenho guardado os comprovante né (...) Eu não senti muita coisa não sabe? Agora teve gente aqui na rua que sentiu febre e não quis mais tomar mais, o povo não sabe que dá os efeitos colateral né? É para o nosso bem, mas eles

não entende, sei que se tiver mais, eu vou tomar, eu não sou besta (risos) (E.5-Marisa).

Eu tomei 3, foi tranquilo e aproveitei e fui outros dias tomar outras vacinas que eu não tinha, tomei hepatite B e outra lá do tétano parece? Foi tranquilo demais receber na rua e ir depois lá né (Em referência ao posto) (E.7-Chico).

Eu não tomei nenhuma minha filha, e eu nem vou tomar, não acredito muito nessas coisas não e tenho medo de reação que falam né? Não tomei e nem vou (E.1-Dorival).

Apesar de todas ações aqui citadas, o acesso a vacina contra a COVID-19 pela PSR, não se deu de forma tão efetiva e ampliada, já que, o II Censo sobre a População em Situação de Rua de Fortaleza, apontou que 40,2% das pessoas em situação de rua, ainda não havia tomado a primeira dose da vacina, 10,2% teriam tomado a primeira dose, mas ainda não haviam tomado a segunda dose até a data da coleta de dados, 1,3% afirmaram que teriam tomado a primeira dose, mas que não tomariam a segunda dose, 15,5% declaram que não iriam se vacinar, e 32,2% estavam com o esquema completo de vacinação contra COVID-19 (FORTALEZA, 2021a).

Diante do cenário da pandemia da COVID-19 e dos seus impactos sobre a população em situação de rua, investimentos e criação de estratégias para garantir cuidados a essas pessoas deve ser prioridade das políticas de saúde e assistência social, visto que essa população é um dos grupos mais vulneráveis para o adoecimento, uma vez que a contaminação é facilitada pela desigualdade sociais, essas pessoas são mais suscetíveis para as consequências decorrentes das crises sanitárias, econômicas, políticas e sociais. Nesse sentido, é necessário mais investimento nos cuidados sobre essa população, a fim de realizar uma promoção de saúde capaz de proteger a saúde dessa população de forma digna, com políticas que estejam intersetorialmente ligadas para que possam ampliar e fortalecer o cuidado e proteção social durante e após a pandemia.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Essa dissertação teve a proposta de compreender o processo saúde-doença-cuidado das pessoas em situação de rua, considerando a complexidade das ruas e a subjetividade dessas pessoas, bem como, o acesso a políticas públicas e suas ações e

a atenção para suas necessidades básicas. Considerando também a pandemia causada pela COVID-19 que influencia nos processos de saúde-doença. Partindo da seguinte indagação: como o processo saúde-doença-cuidado é vivenciado pela população em situação de rua? Esse questionamento provocou um objetivo geral “compreender o processo saúde-doença-cuidado vivenciado pela população em situação de rua” e três objetivos específicos.

Os levantamentos iniciais, com teorias e publicações demonstraram que os contextos de vida, bem como, seus modos de vida se davam de maneira bastante precárias, das quais essas pessoas não possuíam o mínimo de garantia para o atendimento das suas necessidades básicas e dos seus direitos humanos. Esses contextos e modos das vidas nas ruas estão relacionados diretamente com o processo saúde-doença-cuidado.

No capítulo 3, *Saúde nas ruas*, foi apresentado um conteúdo sobre a conjuntura teórica da concepção da saúde, os contextos de vida da PSR, seu processo saúde-doença e suas significações desse processo, desta maneira, o primeiro objetivo específico “analisar os significados da saúde, da doença e do cuidado na visão das pessoas em situação de rua” foi contemplado somente as questões de saúde e doença, mas que estão ligadas também com o cuidado.

Para chegar a compreender seu processo saúde-doença-cuidado e até mesmo suas percepções sobre esse processo, foi e é necessário mergulhar em todo o contexto de vida dessas pessoas e considerar as questões sociais, políticas, econômicas, culturais e ambientais em que estão inseridas. Primeiramente, o viver nas ruas não vem de escolhas, mas sim, de processos que os levaram até esse lugar, é neste ambiente que se tornam mais marginalizados e estigmatizados pelo imaginário social, mas é também neste lugar que reconstroem e modificam suas histórias de vida e que tentam sua sobrevivência. Na rua, as condições cotidianas se mostraram com inúmeras dificuldades em relação a alimentação, nutrição, higiene, mudanças climáticas, trabalhos informais e baixa estimativa de renda e acomodações precárias que afetam suas condições de saúde e cuidado. Esse grupo populacional também enfrenta preconceitos, estigmatização e desvalorização social.

A partir do conceito ampliado de saúde, dos princípios doutrinários do SUS e das questões da determinação social dos sujeitos, percebe-se que as pessoas em situação de rua são negligenciadas nas suas questões de saúde, sofrem com entraves ao

cuidado em saúde, e suas realidades de vida trazem à tona a desigualdade social, de saúde que essas pessoas passam. Nos seus territórios predomina a escassez de materiais essenciais à subsistência humana e para qualidade de vida, tornando-os mais perceptíveis ao adoecer, essa escassez gera inúmeros sofrimentos. Sendo necessárias mais ações e desenvolvimento de políticas que visibilizem todas suas questões de vida e que desenvolvam soluções.

Durante o período de campo, estando entre eles e elas, observando e construindo vínculos com eles e elas, percebe-se que suas rotinas e seus contextos se dão em um esforço grande de garantir sua sobrevivência, enfrentam dificuldades, mas conseguem criar estratégias de cuidados nos contextos das ruas. Observamos, que essas pessoas mesmo acessando um equipamento social, tendo garantias e direitos, são pessoas que enfrentam adversidades constantemente e sofrem com o abandono estatal e que todos esses processos afetam o processo saúde-doença-cuidado e suas condições de vida.

Em relação a suas percepções sobre o processo saúde-doença-cuidado, não existe homogeneidade de significados sobre a saúde, doença e cuidados, existe uma multiplicidade, singularidades e complexas realidades que estão presentes nos discursos. Suas percepções estão atreladas a suas histórias de vida, suas realidades, ao saber que vem das ruas, e conduzem suas formas de cuidados. São percepções de saúde que estão ligadas aos contextos das ruas, sejam elas marcadas pelas vulnerabilidades sociais, exclusão, violência e as condições de privação, das iniquidades em saúde que se transformam na urgência de sair das ruas, na urgência da garantia dos seus direitos humanos e de suas necessidades básicas ou até mesmo do cessamento do seu sofrimento. Entretanto, os contextos das ruas, trouxe significados atrelados às possibilidades de liberdade e a construção de vínculos.

Percebe-se que, ao longo desta pesquisa, as significações sobre o processo saúde-doença-cuidado das pessoas em situação de rua, apresentam elementos que se tornam potencializadores ou frágeis diante dos cuidados e adesão aos tratamentos de saúde, considerando também suas demandas e necessidades. Em relação aos tratamentos de saúde, o consultório na rua é uma política atuante e necessária na vida dessas pessoas, entretanto, uma cidade do tamanho de Fortaleza, não pode contar com apenas um CnaR com equipe mínima, é importante e necessário mais equipamentos e profissionais capacitados para compreender as complexidades, diversidades dos

processos de saúde-doença-cuidado de cada pessoa que reside na rua, é necessário também que o suporte em saúde não fique somente na responsabilidade da CnaR.

São cuidados que muitas vezes estão pautados pelo assistencialismo, que não favorecem a saúde e o acesso da PSR aos equipamentos e serviços da rede de proteção social. A Atenção Básica e os demais serviços de saúde do SUS devem ofertar uma assistência qualificada, efetiva, universal, que vise a integralidade e equidade para cada cidadão, é importante a construção de vínculos, principalmente quando se pensa em saúde para PSR, ações de saúde que estejam interligadas aos processos que condizem com a cultura das ruas e com maneiras de ser, existir e resistir nos espaços urbanos, que muitos tem como o único lugar para (sobre)viver. É necessário a quebra de processos institucionais burocráticos assistências, que muitas vezes, estão constituídos em um modelo biomédico, focado na doença, que não visam outros determinantes, contextos socioeconômicos, não priorizam a longitudinalidade, nem ações resolutivas para promover a saúde dessas pessoas.

O capítulo 4 *Cuidado nas ruas*, procura responder os objetivos anteriormente citados sobre o processo saúde-doença-cuidado da PSR, mas também “identificar as práticas de cuidados em saúde desenvolvidas por elas”. A vida dos que vivem nas ruas importam, são inúmeros desafios, suas necessidades são urgentes, são vidas que estão nas ruas, com os seus modos de existir, com seus contextos, com seus recursos escassos para sobreviver. Mas são pessoas que constituem seus próprios modos de produção de cuidado, que estão ligados aos seus modos de vida, ao processo de ida e viver nas ruas e com recursos que podem ter nesses territórios, esses cuidados são tecidos nos contextos das ruas operam no campo biológico, físico, espiritual e afetivo-social. O processo de cuidado para essas pessoas também nasce da necessidade de sair das ruas.

O processo de cuidado nas ruas também se dá através de redes sociais tecidas nas ruas, que estão conectadas as subjetividades dos atores sociais, dos contextos de vida e dos encontros estabelecidos nas ruas. São redes de apoio compostas por entidades não governamentais; instituições governamentais pactuadas por políticas públicas; sociedade civil e por fim, pela própria PSR, que por meio dos seus modos de vida e de suas rotinas nas ruas constroem suas próprias relações que lhe são fonte de apoio mútuo. As ações e relações constituídas através dessas redes merecem mais visibilidades, pois, é perceptível sua importância para os cuidados com a PSR, e sua

potencialidade no processo saúde-doença. Essas redes também estão presentes nas estratégias de cuidado para sobreviver nas ruas, bem como para enfrentamentos das vulnerabilidades sociais.

Dessa maneira, fica evidente que o cuidado não está somente ligado a serviços de saúde, mas que está implicado na construção das relações socioafetivas, história de vida, questões culturais, contextos das ruas e suas possibilidades. Nesse sentido, é importante potencializar práticas de diversos atores sociais envolvidos em ações de cuidado à PSR. É essencial entender o território rua, defender a efetivação de políticas públicas para o enfrentamento dos problemas, bem como, na realização de ações inclusivas voltadas para as subjetividades da PSR. Cabe também salientar a importância do trabalho intersetorial, de uma articulação em rede, na busca de um cuidado integral, na garantia de direitos dessas pessoas.

Discutimos também nos capítulos 3 e 4 sobre questões da pandemia da COVID-19 e o seu contexto na vida nas ruas para poder responder o objetivo específico “o impacto da pandemia da COVID-19 no processo saúde-doença-cuidado desse grupo”. Historicamente a PSR sofre violações de direitos, durante o período da pandemia da COVID-19 essas violações só aumentaram, e seus efeitos foram sentidos fortemente por esse grupo. As ruas se tornaram vazias para os seus meios de sobrevivência, mas cresceram o número de pessoas que só restou a rua como ‘lar’, no decorrer da pandemia ficou explícito o despreparo das políticas públicas para atender as demandas deste grupo, despreparo esse que já existe há décadas. Estratégias de cuidados e redes de apoio foram os que tiveram na ‘linha de frente’ para cuidado sobre o impacto da pandemia da COVID-19 na vida dessas pessoas. As pessoas em situação de rua sofreram duramente com os efeitos da pandemia, como também da crise humanitária, econômica, social e política que decorreu.

Defende-se a urgência de formular políticas públicas construídas com e para a população em situação de rua, que contemple suas subjetividades e os contextos das ruas. Nesse sentido, é importante defender a efetivação de políticas públicas inclusivas voltadas a PSR, baseada em uma articulação de rede, priorizando e garantindo direitos, ressaltando o protagonismo, a autonomia dessa população e fortalecendo suas lutas. A população em situação de rua não tem necessidade só de comida, de habitação e trabalho, precisam de possibilidades, da garantia das suas necessidades, de oportunidades, precisam ser vistos como pessoas, que necessitam urgentemente de um

cuidado intersetorial que alcance todos os seus contextos de vida. Cabe citar aqui um trecho da música ‘comida’ interpretada pela banda Titãs “A gente não quer só comida, a gente quer comida, diversão e arte. A gente não quer só comida, a gente quer saída para qualquer parte”. É necessário ações que deem visibilidade, autonomia e representatividade a essas vozes que são/estão silenciadas.

Durante o processo de campo, os participantes expressaram satisfação em participar deste momento, de serem ouvidos e acolhidos, emergiram discursos sobre as mais variadas realidades e contextos vivenciados nas ruas, suas compreensões da vida e dos seus processos saúde-doença-cuidado. Em cada encontro se conhecia e ‘mergulhava’ em histórias e trajetórias de vida. Por isso, a importância de oportunizar e estimular espaços para que PSR possa expressar suas percepções, suas necessidades, seus sonhos, seus desafios, enfim, permear em mundo que está visível, mas que continua invisível perante o imaginário social.

É importante destacar que pesquisar com a PSR possui uma complexa trama de fatores que precisam ser considerados, desde a singularidade de cada sujeito, até o contexto social, econômico e político onde estão inseridos. Nesse sentido, as evidências apontam tanto para a relevância da temática e dos achados, quanto para a necessidade de novas pesquisas voltadas para a compreensão dos modos de vida da PSR, do seu processo saúde-doença-cuidado, das complexidades das ruas e questões sociopolíticas e enredamentos que atravessam a vida dessas pessoas.

As motivações que estiveram presentes para realização desta dissertação ainda persistem. Lutar por políticas públicas que garantam os direitos dessa população é algo que não deve cessar, é necessário debates, reflexões e a participação social e dos movimentos sociais em prol desse grupo. É preciso espaços de escuta, de acolhimento humanizado, qualificação profissional e da sociedade civil, trabalho em rede que potencializem políticas destinadas a essa população.

Conclui-se esta pesquisa com as palavras de Padre Júlio Lancellotti “humanizar a vida significa entender que existe conflito e você não humaniza a vida numa sociedade como a nossa sem conflito”.

REFERÊNCIAS

- AGUIAR, M. M.; IRIART, J. A. B. Significados e práticas de saúde e doença entre a população em situação de rua em Salvador, Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, no.1, p. 115-124, jan. 2012.
- ALECRIM, T. F. et al. Equipes de ansiosas na rua: relato de experiência de uma enfermeira. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 56, p. 1-7, 2022.
- ALMEIDA FILHO, N. Intersetorialidade, transdisciplinaridade e saúde coletiva: atualizando um debate em aberto. **Revista de Administração Pública**, v. 34, n. 6, p. 11 a 34-11 a 34, 2000.
- ALMEIDA-FILHO, N.; PAIM, J. S. Conceitos de Saúde: Atualização do Debate Teórico- Metodológico. In: ALMEIDA-FILHO, N.; PAIM, J. S. (org.). **Saúde Coletiva: Teoria e Prática**. Rio de Janeiro: MedBook, 2014. p.13-27.
- ANDRADE, G. R.B.; VAITSMAN, J. Apoio social e redes: conectando solidariedade e saúde. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, pág. 925-934, 2002.
- ANTUNES, C. M. C.; ROSA, A. S.; BRÊTAS, A. C. P. Da doença estigmatizante à ressignificação de viver em situação de rua. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 18, p. 1-10, 2016.
- AYRES, J. R. C. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. **Interface- Comunicação, Saúde, Educação**, São Paulo-SP, v. 8, p. 73-92, 2004a.
- AYRES, J.R. C. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. **Saúde e sociedade**, São Paulo, v. 13, p. 16-29, 2004b.
- BAGGETT, T.P. *et al.* Mortality among homeless adults in Boston: shifts in causes of death over a 15-year period. **JAMA internal medicine**, v. 173, n. 3, p. 189-195, 2013.
- BARATA, R. B. *et al.* Desigualdade social em saúde na população em situação de rua na cidade de São Paulo¹. **Saúde e Sociedade**, São Paulo-SP, v. 24, p. 219-232, 2015.
- BARATA, R.B. Desigualdades sociais e saúde. In: G.W.S.C *et al* (org.). **Tratado de Saúde Coletiva**. 2ª ed. rev. aum. São Paulo: Hucitec, 2017. p. 483-512.
- BARBOSA, J. C. **Implementação das políticas públicas voltadas para a população em situação de rua: desafios e aprendizados**. 2018. 129f. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Políticas Públicas e Desenvolvimento), Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, Brasília.
- BARDIN, L. **Análises de conteúdo**. 3ª reimp. Da 1ª ed. São Paulo: Edições, v.70, 2016.
- BARROS, M. R. B.; GOMES, R. S. Humanização do cuidado em saúde: de tecnicismo a uma ética do cuidado. **Revista de Psicologia**, Niterói- RJ, v. 23, n.3, p. 641-658, set/dez. 2011.

BATISTELLA, C. Abordagens contemporâneas do conceito de saúde. In: FONSECA, A.F.; CORBO, A. M. D. (org.). **O território e o processo saúde-doença**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. p. 51-86.

BOFF, L. B. **Saber cuidar: ética do humano- compaixão pela terra**. 20. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2014.

BOLTANSKI, L. **As classes sociais e o corpo**, 3a edição. Rio de Janeiro: Biblioteca de saúde e sociedade/Graal, 1989.

BORDE, E.; HERNÁNDEZ-ÁLVAREZ, M.; PORTO, M. F. S. Uma análise crítica da abordagem dos Determinantes Sociais da Saúde a partir da medicina social e saúde coletiva latino-americana. **Saúde em Debate**, v. 39, p. 841-854, 2015.

BORYSOW, I. C.; FURTADO, J. P. Acesso, equidade e coesão social: avaliação de estratégias intersetoriais para a população em situação de rua. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 48, p. 1069-1076, 2014.

BOTTI, N. C. L. *et al.* Padrão de uso de álcool entre homens adultos em situação de rua de Belo Horizonte. **Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. (ed. port.)**, Ribeirão Preto, v. 6, n. spe, p. 536-555, nov. 2010.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília, DF, 1988. Disponível em: <http://www.senado.gov.br/sf/legislacao/const/>. Acesso em: 08 set. 2021.

BRASIL. **Cadernos de Atenção Básica: Saúde na Escola**. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2009d. p.96.

BRASIL. Decreto Presidencial n. 7.053, de 23 de dezembro de 2009. Institui a Política Nacional para a população em Situação de Rua e seu Comitê intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Seção 1, 24 dez. 2009a.

BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. **Manual de saneamento**. 3. ed. rev. Brasília: FUNASA, 2004.

BRASIL. **Lei Nº 11.258, de 30 de dezembro de 2005**. Altera a Lei Nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, que dispõe sobre a organização da Assistência Social, para acrescentar o serviço de atendimento a pessoas que vivem em situação de rua.

BRASIL. Ministério da Cidadania/Secretaria Especial do Desenvolvimento Social/Secretaria Nacional de Assistência Social. Recomendações gerais para a garantia de proteção social à população em situação de rua, inclusive imigrantes, no contexto da pandemia do novo Coronavírus, Covid-19. **Portaria nº69, de 14 de maio de 2020**. Disponível em: <https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-n-69-de-14-de-maio-de-2020-257197675>. Acesso em: 17 mar. 2022.

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

BRASIL. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde; 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Portaria GM/MS nº 1.190, de 4 de junho de 2009**. Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde – SUS. PEAD 2009-2010. Diário Oficial da União 2009c; 5 jun.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 510 de 07 de abril de 2016**: diretrizes e normas regulamentadoras da pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria Nº 1.255, De 18 De Junho De 2021. Dispõe sobre as diretrizes de organização e funcionamento das equipes de Consultório na Rua e os critérios de cálculo do número máximo de equipes de Consultório na Rua, por município Distrito Federal, por meio da alteração da Portaria de Consolidação GM/MS nº 2, de 28 de setembro de 2017. **Diário Oficial da União**. (2021). <https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-n-1.255-de-18-de-junho-de-2021-32685238>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia estratégico para o cuidado de pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas**. Brasília, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual sobre o cuidado de saúde junto a População em Situação de Rua**. Série A. Normas e manuais técnicos. Brasília, DF: Departamento de Atenção Básica, 2012b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 122 de 25 de janeiro de 2012**. Define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 26 de janeiro de 2012d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção**, Brasília: Ministério da Saúde, 2012c. 110 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição**. Brasília. Ministério da Saúde, 2012a.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Avaliação e Gestão da Informação. **Cadernos de Estudos Desenvolvimento Social em Debate**. – N. 14, 2010b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família/ Ministério da Saúde, Secretaria**

de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica- Brasília: Ministério da Saúde, 2014. P. 116 (Cadernos de Atenção Básica, n.39).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Imunização e Doenças Transmissíveis. **Plano Nacional da Operacionalização da Vacinação contra a Covid-19**, 2ª ed. 2021a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **VIII Conferência Nacional de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 1986.

BRASIL. Ministério da Saúde/ Secretaria de Vigilância em Saúde/ Departamento de Imunização e Doenças Transmissíveis/ Coordenação-Geral do Programa Nacional de Imunizações. Orientações referentes à vacinação de pessoas em situação de rua contra Covid-19. **NOTA TÉCNICA Nº 768/2021- CGPNI/DEIDT/SVS/MS**. 22 de junho de 2021b. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/coronavirus/vacinas/plano-nacional-de-operacionalizacao-da-vacina-contra-a-covid-19/notas-tecnicas/2021/nota-tecnica-no-768-2021-cgpni-deidt-svs-ms.pdf/view>. Acesso em: mar. 2022.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Orientações sobre o Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua e Serviço Especializado para Pessoas em Situação de Rua**. Brasília: MDS, 2011. Disponível em: https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Cadernos/orientacoes_centro_pop.pdf. Acesso em 22 ago. 2020.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Política Nacional de Assistência Social – PNAS**. 2004.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Sistema Único da Assistência Social**. 2003.

BRASIL. **Rua: aprendendo a contar**: pesquisa nacional sobre a população em situação de rua. Brasília, DF: MDS, Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação, Secretaria Nacional de Assistência Social, 2009b. Disponível em: https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Livros/Rua_aprendendo_a_contar.pdf. Acesso em: 20 ago. 2020.

BREILH, J. La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). **Rec. Fac. Nac. Salud Pública**, Medellín, v. 31, supl 1. p.13-27, 2013.

BRITO, C. *et al.* Modo de vida da população em situação de rua como potencializador do cuidado de COVID-19. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 74, p. 1-8, 2021.

BRITO, R. C.; KOLLER, S. H. Desenvolvimento humano e redes de apoio social e afetivo. *In*: CARVALHO, Alysson Massote (org.). O mundo social da criança: natureza e cultura em ação. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999.

BRONFENBRENNER, U. A ecologia do desenvolvimento humano: experimentos naturais e planejados (Tradução VERONESE, M. A. V.) Porto Alegre: Artes Médicas, 1996. (Original publicado em 1979). 272p. Ambiente & Sociedade n São Paulo v. XVII, n. 3 n p. 135-154 n jul.-set. 2014 148 Juliano e Yunes BRONFENBRENNER, U. Discovering what families do. *In*: BLANKENHORN, D.; BAYME; S.; ELSHTAIN, J. B. (orgs.). **Rebuilding the nest**. Wisconsin: Family Service America, 1999, p. 27-3

BUENO, F.T.C.; SOUTO, E.P.; MATTA, G.C. Notas sobre a Trajetória da Covid-19 no Brasil. *In*: MATTA, G. C. *et al.* **Os impactos sociais da Covid-19 no Brasil: populações vulnerabilizadas e respostas à pandemia**. Rio de Janeiro: Observatório Covid-19 Editora FIOCRUZ, 2021.p. 27-39.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis**: revista de saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007.

CAGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. 6. Ed. Ver. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.

CALMON, T. V. L. As condições objetivas para o enfrentamento ao COVID-19: abismo social brasileiro, o racismo, e as perspectivas de desenvolvimento social como determinantes. **NAU Social**, Salvador- BA, v. 11, n. 20, p. 131-136, 2020.

CAMARGO JR, K. R. de. As armadilhas da " concepção positiva de saúde". **PHYSIS**: Revista de saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 17, p. 63-76, 2007.

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

CARNEIRO JUNIOR, N. *et al.* Serviços de saúde e população de rua: contribuição para um debate. **Saúde e Sociedade**, São Paulo- SP, v. 7, n. 2, p. 47-62, 1998.

CASTILHO, D. R.; LEMOS, E. L.S. Necropolítica e governo Jair Bolsonaro: repercussões na seguridade social brasileira. **Revista Katálysis**, Florianópolis-SC, v. 24, p. 269-279, 2021.

CEARÁ. Governo do Estado. Vacinação para pessoas em situação de rua de Fortaleza segue em 2022. p. online. 06 de janeiro de 2022. Disponível em: <https://www.sps.ce.gov.br/2022/01/06/vacinacao-para-pessoas-em-situacao-de-rua-de-fortaleza-segue-em-2022/#:~:text=A%20agenda%20de%20vacina%C3%A7%C3%A3o%20para,vacinas%20contra%20a%20Influenza%20H1N1>. Acesso em: 16 de março de 2022a.

CEARÁ. Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará (2012). **Perfil Municipal de Fortaleza**. Tema VIII: O Mapa da Extrema Pobreza. (Informe nº43). Fortaleza: IPECE. Disponível em: https://www.ipece.ce.gov.br/wp-content/uploads/sites/45/2012/12/Ipece_Informe_43_05_novembro_2012.pdf. Acesso em 10 out. 2021.

CEARÁ. Vacinação para pessoas em situação de rua de Fortaleza segue em 2022. p. online. 06 de janeiro de 2022b. Disponível em: <https://www.sps.ce.gov.br/2022/01/06/vacinacao-para-pessoas-em-situacao-de-rua-de-fortaleza-segue-em-2022/#:~:text=A%20agenda%20de%20vacina%C3%A7%C3%A3o%20para,vacinas%20contra%20a%20Influenza%20H1N1>. Acesso em: 16 de março de 2022.

CHAGAS, D.N.P. **A vida nas ruas**: contribuições para o cuidado de enfermagem. 2015. 145f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Minas Gerais, 2015.

CONASS. Nota técnica 57/2001. **Portaria que define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua**. Brasília, 13 de dezembro, 2011. Disponível em: [Fhttp://www.conass.org.br/biblioteca/wp-content/uploads/2011/02/NT-57-2011-Consultorio-na-Rua.pdf](http://www.conass.org.br/biblioteca/wp-content/uploads/2011/02/NT-57-2011-Consultorio-na-Rua.pdf). Acesso em: 07 jan, 2022.

CONTATORE, O. A.; MALFITANO, A. P. S.; BARROS, N. F. Os cuidados em saúde: ontologia, hermenêutica e teleologia. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 21, p. 553-563, 2017.

COUTO, J. G. **Viver nas ruas e o dever no processo de ensino-aprendizagem em saúde**. 2019. 72f. Trabalho de conclusão de residência (Residência em Saúde da Família) - Universidade Federal de Santa Catarina, Santa Catarina, 2019.

COSTA, A. P. M. População em situação de rua: contextualização e caracterização. **Textos & Contextos (Porto Alegre)**, Porto Alegre- RS. v. 4, n. 1, p. 1-15, 2005.

CRUZ, M. C. C. **O conceito de cuidado á saúde**. 2009. 153f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Federal da Bahia, Instituto de Saúde Coletiva, Salvador.

CUNHA, J. G. *et al.* Novos arranjos: lançando um olhar sobre os relacionamentos interpessoais de pessoas em situação de rua. **Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia**, Belo Horizonte- MG, v. 10, n. 1, p. 95-108, 2017.

CZERESNIA, D.; SEIXAS MACIEL, E. M. G; OVIEDO, R. A. M. **Os sentidos da saúde e da doença**. SciELO-Editora FIOCRUZ, 2013.

DAMASCENO, L. S.; FAÇANHA, M. C. A Doença causada por SARS-CoV-2 (COVID-19). *In*: BATISTA, M. H.; DIÓGENES, S. S.; BARREIRA FILHO, E. B. (Orgs.). **Trabalho em tempos de Covid-19**: orientações para a saúde e segurança. Fortaleza: Imprensa Universitária/Edições UFC, 2020. Cap.1. p. 31-38.

DOWBOR, T. P. **O trabalho com determinantes sociais da saúde no Programa Saúde da Família do Município de São Paulo**. 2008. 254f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Universidade de São Paulo, São Paulo.

ENGSTROM, E. M.; TEIXEIRA, M. B. Equipe “Consultório na Rua” de Manguinhos, Rio de Janeiro, Brasil: práticas de cuidado e promoção da saúde em um território vulnerável. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro- RJ, v. 21, p. 1839-1848, 2016.

ESCOREL, S. **Vidas ao léu: trajetórias de exclusão social**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1999.

ESMERALDO FILHO, C. E. **Necessidades de Saúde dos Moradores de Rua: desafios para as políticas sociais do município de Fortaleza-CE**. 2010. 156f. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Pública) –Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza.

ESMERALDO FILHO, C. E. **Pessoas em Situação de Rua: a expressão da pobreza e modos de enfrentamento**. 2021. 273f. Tese (Doutorado em Psicologia) – Universidade Federal do Ceará, Fortaleza.

ESMERALDO FILHO, C. E; XIMENES, V. M. Pobreza e pessoas em situação de rua: uma revisão sistemática. **Revista Psicologia em Pesquisa**, Juiz de Fora- MG, v. 15, n. 3, p. 1-27, 2021.

FARIAS, D. C. S et al. Saberes sobre saúde entre pessoas vivendo em situação de rua. **Psicologia e Saber Social**, Rio de Janeiro- RJ, v. 3, n. 1, p. 70-82, jul. 2014.

FIORATI, C. et al., Pessoas em situação de rua em uma cidade brasileira: um estudo etnográfico em vídeo-documentário. **Investigação Qualitativa em Saúde**, v2. Atas CIAIQ, 2016.

FLEURY-TEIXEIRA, P. Uma introdução conceitual à determinação social da saúde. **Revista Saúde em Debate**, Rio de Janeiro-RJ. V33, n.83, p 380-387, 2009.

FONSECA, I. S. S; MOURA, S. B. Apoio social, saúde e trabalho: uma breve revisão. **Psicologia para América Latina**, São Paulo-SP, n. 15, p. 0-0, 2008.

FORTALEZA. Prefeitura. **A cidade**. Site da prefeitura de Fortaleza. 2021b. Disponível em: <https://www.fortaleza.ce.gov.br/a-cidade>. Acesso em 27 out. 2021.

FORTALEZA. Prefeitura. Cuidados com população em situação de rua são reforçados na segunda onda da pandemia. p.online. 05 de maio de 2021c. Disponível em: <https://www.fortaleza.ce.gov.br/noticias/cuidados-com-populacao-em-situacao-de-rua-sao-reforcados-na-segunda-onda-da-pandemia>< . Acesso em: 17 mar. 2022.

FORTALEZA. Prefeitura. **Relatório do Censo geral da População em Situação de Rua da cidade de Fortaleza/ce-2021**. Fortaleza, 2021a.

FORTALEZA. Prefeitura. Secretaria Municipal dos Direitos Humanos e Desenvolvimento Social- SDHDS. **Cartilha de Políticas Públicas para População em Situação de Rua de Fortaleza (2018)**. Fortaleza, 2018.10 f.

FRAGA, P. **População em Situação de Rua e acesso à rua**. 2015. 192f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) - Universidade Federal de Santa Catarina- Florianópolis.

GARBOIS, J.A; SODRÉ, F.; DALBELLO-ARAUJO, M. Da noção de determinação social à de determinantes sociais da saúde. **Saúde em debate**, Rio de Janeiro- RJ, v. 41, p. 63-76, 2017.

GARCIA, M. R. V. Diversidade sexual, situação de rua, vivências nômades e contextos de vulnerabilidade ao HIV/AIDS. **Temas em Psicologia**, Ribeirão Preto- SP, v. 21, n. 3, p. 1005-1019, 2013.

GASPAR, E. W. **O cotidiano da rua: um estudo através da percepção do gazeteiro de Fortaleza**. 2006. 111f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Fundação Edson Queiroz: Universidade de Fortaleza, Fortaleza.

GOFFMAN, I. **Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada**. 4. ed. Rio de Janeiro: LTC editora, 1988.

GUIMARÃES, A. G. C; MOREIRA, J.O. A religiosidade do morador de rua e o sentido de vida: o caso Marcelo. **Memorandum: Memória e História em Psicologia**, Belo Horizonte- MG, v. 20, p. 225-249, 2011.

HALLAIS, J. A. S; BARROS, N. F. Consultório na Rua: visibilidades, invisibilidades e hipervisibilidade. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 7, p. 1497-1504, julho de 2015.

HELMAN, Cecil G. 2009. **Cultura, saúde e doença**. Trad: Eliane Mussmich, 5ª ed. Porto Alegre: Artmed Editora, 432p.

HINO, P.; SANTOS, J. O.; ROSA, A. S. Pessoas que vivenciam situação de rua sob o olhar da saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília- DF v. 71, p. 732-740, nov. 2018.

HONORATO, B. E. F.; OLIVEIRA, A. C. S. População em situação de rua e COVID-19. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro- RJ, v. 54, n. 4, p. 1064-1078, jul- ago. 2020.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio Contínua- PNAD Contínua** (características gerais dos domicílios e moradores), 2019. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/trabalho/17270-pnad-continua.html?edicao=27258&t=sobre>. Acesso em: 26 jul. 2021.

JUNQUEIRA, L. A. P. Descentralização e intersetorialidade: a construção de um modelo de gestão municipal. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro- RJ, v. 32, n. 2, p. 11 a 22-11 a 22, 1998.

JUNQUEIRA, L. A. P. Intersectorialidade, transectorialidade e redes sociais na saúde. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro- RJ, v. 34, n. 6, p. 35 a 45-35 a 45, 2000.

KUNZ, Gilderlândia Silva; HECKERT, Ana Lucia; CARVALHO, Silvia Vasconcelos. Modos de vida da população em situação de rua: inventando táticas nas ruas de Vitória/ES. **Fractal, Rev. Psicol.** Rio de Janeiro, v. 26, n. 3, p. 919-942, Dec. 2014.

LACERDA, A. **Apoio social e a concepção do sujeito na sua integração entre corporemente**: uma articulação de conceitos no campo da saúde pública. 2002. 94f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2002.

LACERDA, A. **Redes de apoio social no Sistema da Dádiva**: um novo olhar sobre a integralidade do cuidado no cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde. 2010. 204f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2010.

LANCET, The. Redefining vulnerability in the era of COVID-19. **Lancet** (London, England), v. 395, n. 10230, p. 1089, 2020. doi: 10.1016/S0140-6736(20)30757-1.

LIBERATO, K.B.L. **Política pública e cidadania**: avaliação da política nacional para a população em situação de rua a partir do Centro POP do município de Fortaleza- CE .2020. 122f. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Avaliação de Políticas Públicas) - Centro de Ciências Agrárias, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza.

MACERATA, I.; SOARES, J.G. N.; RAMOS, J. F. C. Apoio como cuidado de territórios existenciais: Atenção Básica e a rua. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu- SP, v. 18, p. 919-930, 2014.

MATOS, A. C. N. População em situação de rua: a drogadição como escape para fuga da realidade. **Psicologia. pt**, Porto Alegre- RS, v. 1, n. 1, p. 1-11, 2018.

MEDEIROS, R. Construção social das drogas e do crack e as respostas institucionais e terapêuticas instituídas. **Saúde e Sociedade**, São Paulo- SP, v. 23, p. 105-117, 2014.

MEDEIROS, R. P. Entre as andanças e as travessias nas ruas da cidade: territórios e uso de drogas pelos moradores de rua. **Civitas-Revista de Ciências Sociais**, Porto Alegre- RS, v. 19, p. 142-158, 2019.

MELLO, U. R.C. **Estratégias de humanização do cuidado em saúde mental**: cartografando as intervenções de apoiadores institucionais, 2009. 100f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre.

MENDES, K. T.; CHAGAS, D. P.; PENNA, L.H.G. SAÚDE, CIDADANIA, DROGAS E SITUAÇÃO DE RUA: reflexões e caminhos para novas concepções. In: RODRIGUES, I.S.; FERNANDES, D.C (org). **CIDADÃOS EM SITUAÇÃO DE RUA**: Dossiê Brasil- grandes cidades. Curitiba: editora CRV, 2020.

- MENDES, K. T; RONZANI, T. M; PAIVA, F. S. População em situação de rua, vulnerabilidades e drogas: uma revisão sistemática. **Psicologia & Sociedade**, Belo Horizonte- MG, v. 31, 2019.
- MENDONÇA, M. H. M. *et al.* A pandemia COVID-19 no Brasil: ecos e reflexos nas comunidades periféricas. **APS em Revista**, v. 2, n. 2, p. 162-168, 2020.
- MERHY, E. E. Desafios de desaprendizagens no trabalho em saúde: em busca de anômalos”. In: LOBOSQUE, A. M. (org.) - *Cadernos Saúde Mental 3 – Saúde Mental: Os desafios da formação*. Escola de Saúde pública de Minas Gerais. ESPMG, 2009.
- 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. Avaliação Compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes. **Rio de Janeiro: Hexis**, p. 31-42, 2016.
- MERHY, E.E. *et al.* A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público**. São Paulo: Xamã, p. 103-20, 1998.
- MESENBURG, M. A. et al. Doenças crônicas não transmissíveis e covid-19: resultados do estudo Epicovid-19 Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo- SP, v. 55, 2021.
- MICELI, A.V. P. **Laços e nós: a comunicação na relação médico-paciente com câncer e dor crônica**. 2009. 132f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social, Rio de Janeiro.
- MINAYO, M. C. S. (org.). **Pesquisa Social**. Teoria, método e criatividade. 18 ed. Petrópolis: Vozes, 2001.
- MINAYO, M. C. S. **Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias**. Revista Pesquisa Qualitativa. São Paulo (SP), v. 5, n. 7, p. 01-12, abril. 2017.
- MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde**. 14^o ed. São Paulo: Hucitec Editora, 2014.
- MINAYO, M. C. S. **Saúde-doença: Uma concepção popular da Etiologia**. Caderno de saúde pública. Rio de Janeiro -RJ. 4(4): 363-381, out-dez, 1998.
- MONTEIRO, M. **Pobreza Extrema no Espaço Urbano: O Caso dos Moradores de Rua de Fortaleza/Ce, Brasil**. 2011. 118f. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Geografia) - Centro de Ciência e Tecnológica, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza.

MOQUILLAZA-RISCO, M. et al. Características sociodemográficas e de saúde dos adultos maiores em situação de calle em Lima, Perú. **Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública**, v. 32, n. 4, pág. 693-700, 2015.

MOTTA, M. C. C; BRITO, M. A. P.R. POBREZA MENSTRUAL E A TRIBUTAÇÃO DOS ABSORVENTES. **Confluências| Revista Interdisciplinar de Sociologia e Direito**, Rio de Janeiro- RJ, v. 24, n. 1, p. 33-54, 2022.

MOURA JR., J. F. **Reflexões sobre a pobreza a partir da identidade de pessoas em situação de rua em Fortaleza**. 2012. 159f. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Universidade Federal do Ceará. 2012

MOURA JUNIOR, 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, Brasil. **Revista de Psicologia**, Fortaleza- CE, n.22, v.2, p.18-28, 2013. doi: 10.5354/0719-0581.2013.30850.

MOVIMENTO NACIONAL DA POPULAÇÃO DE RUA. **Cartilha para formação política “Conhecer para lutar”**. Curitiba: MNPR, 2010. Disponível em: http://www.direito.mppr.mp.br/arquivos/File/MNPR_Cartilha_Direitos_Conhecer_para_lutar.pdf. Acesso em: 10 set. 2020.

MOVIMENTO Nacional da População de Rua. **Conhecer para lutar: cartilha para formação política**. Brasília, 2010. Disponível em: https://direito.mppr.mp.br/arquivos/File/MNPR_Cartilha_Direitos_Conhecer_para_lutar.pdf. Acesso em: 15 jun. 2020.

NASCIMENTO, A. R. A et al. Masculinidades e práticas de saúde na região metropolitana de Belo Horizonte-MG. **Saúde e Sociedade**, São Paulo- SP, v. 20, p. 182-194, 2011.

NATALINO, M. A. C. Estimativa da população em situação de rua no Brasil (setembro de 2012 a março de 2020). In: **Estimativa da população em situação de rua no Brasil (setembro de 2012 a março de 2020)**. 2020. p. 13-13.

NATALINO, M. A. C. **Estimativa da população em situação de rua no Brasil (2012-2022) (Publicação Preliminar)**. 2022.

NAVARRO, J. H N. et al. Necropolítica Da Pandemia Pela Covid-19 No Brasil: Quem Pode Morrer? Quem Está Morrendo? Quem Já Nasceu Para Ser Deixado Morrer? **SciELO Preprints**. 2020. DOI: 10.1590/SciELOPreprints.901. Disponível em: <https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/901>. Acesso em: 3 abr. 2021.

NEVES-SILVA, P; MARTINS, G. I; HELLER, L. “A gente tem acesso de favores, né?”. A percepção de pessoas em situação de rua sobre os direitos humanos à água e ao esgotamento sanitário. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro- RJ, nasv. 34, 2018.

NOGUEIRA, R.P. Repensando a determinação social da saúde. In: NOGUEIRA, R.P. (Org.), **Determinação Social da Saúde e Reforma Sanitária**. Rio de Janeiro: Cebes, 2010.

OLIVEIRA, D. M. et al. Necessidades, produção do cuidado e expectativas de pessoas em situação de rua. **Revista Brasileira de Enfermagem**, São Paulo-SP, v. 71, p. 2689-2697, 2018.

OLIVEIRA, L.M.F. **CIRCULAÇÃO E FIXAÇÃO**: o dispositivo de gerenciamento dos moradores de rua em São Carlos e a emergência de uma população. 2012. 148f. Dissertação (Mestrado em Sociologia) -Universidade Federal de São Carlos, São Carlos.

OLIVEIRA, M.M. “**Acham que brotamos das fontes dessa cidade?**” **Uma etnografia sobre a sobrevivência de pessoas em situação de rua em Natal/RN**. 2015.120f. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal.

OLIVEIRA, R. G. *et al.* Desigualdades raciais e a morte como horizonte: considerações sobre a COVID-19 e o racismo estrutural. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro-RJ, v. 36, p.1-11, 2020.

OLIVEIRA, D. C. A teoria das representações sociais e suas contribuições para o cuidado em saúde. *In*: MISSIAS-MOREIRA, R; SALES, Z. N; COLARES-DA-ROCHA, J. C. C; FREITAS, V. L. C (org.). **Representações sociais, educação e saúde: um enfoque multidisciplinar**. Curitiba: CRV, 2017.p.113-126. v. 2.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Assembleia Geral da ONU. **Declaração Universal dos Direitos Humanos**. Brasília, DF: ONU; 1948.

ORTEGA, F; BEHAGUE, D.P. O que a medicina social latino-americana pode contribuir para os debates globais sobre as políticas da Covid-19: lições do Brasil. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro- RJ, v. 30, p. 1-13, 2020.

PAIVA, I. K. S.; RAMOS, D. K. R.; GUIMARÃES, J. Rompendo com o lugar comum? Limites e possibilidades de inclusão face a interação rua e saúde mental. *In*: FIGUEIREDO, G. L.; MARTINS, C. H.; AKERMAN, M. (orgs.). **Vulnerabilidades & Saúde**: grupos em cena por visibilidade no espaço urbano. São Paulo: Hucitec; 2018. p. 424-445.

PAIVA, I.K.S. *et al.* Direito à saúde da população em situação de rua: reflexões sobre a problemática. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro- RJ, v. 21, p. 2595-2606, 2016.

PAULA, H. C. *et al.* Sem isolamento: etnografia de pessoas em situação de rua na pandemia de COVID-19. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília- DF, v. 73, p. 1-8, 2020.

PAULA, H. C. et al. A implantação do Consultório na Rua na Perspectiva do cuidado em saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília- DF, v. 71, p. 2843-2847, 2018.

PAULA, H. C. **O viver e adoecer na rua**: percepção da população em situação de rua sobre saúde, doença e práticas de cuidados em saúde. 2021.226f. Tese (Doutorado em

Ciências do Cuidado em Saúde) - Programa de Pós- Graduação da Escola de Enfermagem Auroro de Afonso Costa, Universidade Federal Fluminense- UFF, Niterói-RJ.

PESSOA, M. D. C. **Pessoal do Ceará**: a mobilização das pessoas e do movimento nacional da população em situação de rua em Fortaleza. 2021. 127f. Dissertação (Mestrado em antropologia) - Programa Associado de Pós-Graduação em Antropologia Social UFC/UNILAB, Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira, Redenção.

RANZANI, O. T. et al. O impacto da situação de rua no insucesso do tratamento da tuberculose pulmonar no estado de São Paulo, Brasil. **BMC medicina**, v. 14, n. 1, pág. 1-13, 2016.

RODRIGUES, I.S. *et al.* A gênese social da situação de rua no Brasil. *In*: RODRIGUES, I.S.; FERNANDES, D.C (org). **CIDADÃOS EM SITUAÇÃO DE RUA**: Dossiê Brasil- grandes cidades. Curitiba: editora CRV, 2020.

RODRIGUES, L.V.B.P. Solidariedade e resistência: a trajetória do Grupo Espírita Casa da Sopa e sua experiência de ação em rede. *In*: XIMENES, V. M; ESMERALDO, A. D.L; ESMERALDO FILHO, C.D. (Org.). **Viver nas ruas**: trajetórias, desafios e resistências. Fortaleza: Expressão Gráfica e Editora, 2022.p. 223-233.

RODRIGUEZ, M. S.; COHEN, S. Social support. Encyclopedia of mental health. New York: Academic Press. Rodríguez Fernández, A., & Goñi Grandmontagne, A.(2011). La estructura tridimensional del bienestar subjetivo. **Anales de psicología**, v. 27, p. 327-332, 1998.

ROSA, A. S; BRÊTAS, A. C. P. A violência na vida de mulheres em situação de rua na cidade de São Paulo, Brasil. **Interface (Botucatu)**, Botucatu- SP, v. 19, n. 53, p. 275-285, junho 2016.

ROSA, A. S.; CAVICCHIOLI, M. G. S; BRÊTAS, A. C. P. O processo saúde-doença-cuidado e a população em situação de rua. **Rev Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo- SP, julho-agosto; 13 (4): 576-82,2005.

ROSA, A. S.; SECCO, M. G.; BRÊTAS, A. C. P. O cuidado em situação de rua: revendo o significado do processo saúde-doença. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília-DF, v. 59, p. 331-336, 2006.

ROUQUAYROL, M.Z. *et al.* Epidemiologia, História Natural, Determinação Social, Prevenção de Doenças e Promoção da Saúde. *In*: ROUQUAYROL, M.Z.; GURGEL, ROUQUAYROL, M.Z.; BARBOSA, L.M. M.; MACHADO, C.B. Processos Endêmico e Epidêmico. *In*: ROUQUAYROL, M.Z.; GURGEL, M.C.S. (Org.). **Epidemiologia & Saúde**. Rio de Janeiro: Medbook, 2018. Cap. 5. p. 95-15.

SALATA, A.R.; RIBEIRO, M. G. **Boletim Desigualdades nas Metrôpoles**, Porto Alegre/RS, n.01, 2020.

SAMPIERI, R. H.; COLLADO, C. F.; LUCIO, M. P. B. **Metodologia de Pesquisa**. 5ª Edição. Porto Alegre: Penso, 2013.

SANMARTÍ, L. S. **Educación sanitaria: principios, métodos y aplicaciones**. Ediciones Díaz de Santos, 1985.

SANTANA, C. Consultórios de rua ou na rua? Reflexões sobre políticas de abordagem à saúde da população de rua. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.30, n.8, p. 1798-1810, ago. 2014.

SANTOS, D.S. **Ensaio sobre violências & criminalidade (V&C) em uma análise teórica, empírica e espacial**: Evidências para o Estado do Ceará e a cidade de Fortaleza. 2020. 138F. Tese (Doutorado em Economia), Universidade Federal do Ceará, Fortaleza.

SANTOS, E. S. População em Situação de Rua no Bairro da Mooca Durante a pandemia de Covid-19 no ano de 2020: trabalho, renda e modos de vida. **Plural**, São Paulo- SP, v. 29, n. 02, p. 63-86, 2022.

SCHERVINSKI, A. C. et al. Atenção à saúde da população em situação de rua. **Extensio: Revista Eletrônica de Extensão**, Florianópolis- SC, v. 14, n. 26, p. 55-64, 2017.

SCHMIDT, B. *et al.* Saúde Mental e Atenção Psicossocial a Grupos Populacionais Vulneráveis por Processos de Exclusão Social na Pandemia de Covid-19 *In*: MATTA, G. C. *et al.* **Os impactos sociais da Covid-19 no Brasil**: populações vulnerabilizadas e respostas à pandemia. Rio de Janeiro: Observatório Covid-19 Editora FIOCRUZ, 2021.p. 87-97.

SERAFINO, I.; LUZ, L. C. X. Políticas para a população adulta em situação de rua: questões para debate. **Revista Katálysis**, Florianópolis- SC, v. 18, n. 1, p. 74-85, 2015.

SICARI, A. A; ZANELLA, A. V. Pessoas em situação de rua no Brasil: revisão sistemática. **Psicologia: ciência e profissão**, Brasília-DF, v. 38, p. 662-679, 2018.

SILVA JUNIOR, L. A; LEÃO, M. B. O software Atlas. ti como recurso para a análise de conteúdo: analisando a robótica no Ensino de Ciências em teses brasileiras. **Ciência & Educação**, Bauru- SP, v. 24, n. 3, p. 715-728, 2018.

SILVA, A. B. et al. Desvelando a cultura, o estigma e a droga enquanto estilo de vida na vivência de pessoas em situação de rua. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro- RJ, v. 25, p. 3713-3721, 2020a.

SILVA, A.H.; FOSSÁ, M.I.T. Análise de Conteúdo: exemplo de aplicação da técnica para análise de dados qualitativos. **Quali@s Revista Eletrônica**, Campina Grande, v. 17, n.1, jan/jun, 2015.

SILVA, D. O. *et al.* Representação sociais de pessoas em situação de rua sobre “cuidar de si”. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília-DF, v. 73, n. 2, p. 1-8, 2020b.

SILVA, D.O. **Podem dizer que não, mas eu me cuido**”: representações e práticas do cuidado de si de pessoas em situação de rua. 2019. 224f. Tese (Doutorado em Enfermagem e Saúde) - Escola de Enfermagem, Universidade da Bahia, Salvador.

SILVA, I. C. N. *et al.* Representações sociais do cuidado em saúde de pessoas em situação de rua. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo- SP, v. 52, p.1-8, 2018.

SILVA, L. B; BICUDO, V. Determinantes sociais e determinação social do processo saúde-doença: discutindo conceitos e perspectivas. In: SANTOS, T. V. C; SILVA, L.B; MACHADO, T.O (org.). **Trabalho e saúde: diálogos críticos sobre crises**. Rio de Janeiro: Mórula,2022, p.115-131.

SILVA, T. D.; NATALINO, M. A. C.; PINHEIRO, M. B. Medidas emergenciais para a População em Situação de Rua: enfrentamento da pandemia e seus efeitos. **Bol. Anál. Político-Instit**, p. 81-88, 2021.

SILVA, T. O. et al. População em situação de rua no Brasil: estudo descritivo sobre o perfil sociodemográfico e da morbidade por tuberculose, 2014-2019. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília- DF, v. 30, 2021.

SOLAR, O.; IRWIN, A. A conceptual framework for action on the social determinants of health. Social Determinants of Health. Discussion Paper 2 (Policy and Practice). Geneva: WHO, 2010.

SOUSA, J.RP.; AGUIAR, L.F.L. Medidas de proteção e prevenção da Covid-19. In: BATISTA, M. H.; DIÓGENES, S. S.; BARREIRA FILHO, E. B. (Orgs.). **Trabalho em tempos de Covid-19: orientações para a saúde e segurança**. Fortaleza: Imprensa Universitária/Edições UFC, 2020. Cap.3. p. 49-56.

SOUSA, W. L. **O cuidado às pessoas em situação de rua de Maceió- Alagoas: um estudo de caso**, 2016. 83f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade Federal de Alagoas. Maceió.

SPINK, M. J. P. Clientes, cidadãos, pacientes: reflexões sobre as múltiplas lógicas de cuidado na atenção à saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo- SP, v. 24, p. 115-123, 2015.

STARFIELD, B. et al. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. 2006.

THOMAS, C. De-constructing conceptsofcare. **Sociology, Inglaterra**, v.27, n.4, p.649-669, nov, 1993.

TIENE, I. **Mulher moradora na rua: entre vivências e políticas sociais**. Alínea Editora, 2004.

TIENGO, V. M. **População em situação de rua: o fruto necessário à reprodução Capitalista e a funcionalidade do trabalho informal**. 2016. 153f. Dissertação (Mestrado

em Política Social) – Programa de pós-graduação em Política Social da Universidade Federal do Espírito Santo- Vitória- ES.

TIENGO, V. M. **Rualização e informalidade:** frutos do capitalismo. Curitiba: Editora Appris, 2020.

TRINO, A. T.; MACHADO, M. P. M.; RODRIGUES, R. B. Conceitos norteadores do cuidado junto à população em situação de rua. In: TEXEIRA, M.; FONSECA, Z (Org.). **Saberes e práticas na atenção primária à saúde:** cuidado à população em situação de rua e usuários de álcool, crack e outras drogas. São Paulo: Hucitec, 2015.

TRIVIÑOS, A.N. S. **Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais:** a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 2013.

TSAI, J.; WILSON, M. COVID-19: a potential public health problem for homeless populations. **The Lancet Public Health**, v. 5, n. 4, p. e186-e187, 2020.

TSAI, J; ROSENHECK, R. A. Conduct disorder behaviors, childhood family instability and childhood abuse as predictors of severity of adult homelessness among American veterans. **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology** , v. 48, p. 477-486, 2013.

VALE, A. R.; VECCHIA, M. D. “UPA é nós aqui mesmo”: as redes de apoio social no cuidado à saúde da população em situação de rua em um município de pequeno porte. **Saúde e Sociedade**, São Paulo-SP, v. 28, n.1, p. 222-234, 2019a.

VALE, A. R.; VECCHIA, M. D. O cuidado à saúde de pessoas em situação de rua: possibilidades e desafios. **Estudos de Psicologia (Natal)**, v. 24, n. 1, p. 42-51, 2019b.

VALERO-CEDEÑO, N. J. *et al.* COVID-19: La nueva pandemia con muchas lecciones y nuevos retos. Revisión Narrativa. **Kasmera**, v. 48, n. 1, 2020.

VALLA, V. V. Apoio social e saúde: buscando compreender a fala das classes populares. **Educação popular hoje**. São Paulo: Loyola, p. 151-80, 1998.

VALLA, V. V.; GUIMARÃES, M. B.; LACERDA, A. Religiosidade, apoio social e cuidado integral à saúde: uma proposta de investigação voltada para as classes populares. **Cuidado**, p. 105, 2004.

VARANDA, W.; ADORNO, R. C. F. Descartáveis urbanos: discutindo a complexidade da população de rua e o desafio para políticas de saúde. **Saúde e sociedade**, São Paulo-SP, v. 13, n.1, p. 56-69, Jan- abr. 2004.

VERDÉLIO, A. **Primeira morte por Covid-19 no Brasil aconteceu em 12 de março.** Agência Brasil, 2020. Disponível em: <<https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2020-06/primeira-morte-porcovid-19-no-brasil-aconteceu-em-12-de-marco>>. Acesso em: 12 ago. 2020.

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

WALDOW, V. R. **O Cuidado na saúde**: as relações entre o eu, o outro e o cosmos. Petrópolis: Vozes, 2004.

WIJK, L. B. V; MÂNGIA, E. F. Atenção psicossocial e o cuidado em saúde à população em situação de rua: uma revisão integrativa. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro- RJ, v. 24, p. 3357-3368, 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION et al. Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. 2008.

XIMENES, V. M. et al. Apoio social para pessoas em situação de rua: Interface com saúde, direitos humanos e dimensão subjetiva. **Psicoperspectivas**, v. 20, n. 2, p. 18-29, 2021.

ZUIM, R. C. B.; TRAJMAN, A. Itinerário terapêutico de doentes com tuberculose vivendo em situação de rua no Rio de Janeiro. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Brasília- DF, v. 28, p. e280205, 2018.

APÊNDICE A – TÓPICOS GUIA PARA ENTREVISTA

Categoria 1- Situação de vida nas ruas

- Como era sua vida antes de viver nas ruas?
- Como é viver na rua?
- Como é o seu dia a dia?

Categoria 2- Condições de vida

- Quais são suas maiores necessidades e dificuldades? (Procurar saber das necessidades sociais, físicas e psicológicas).
- Como você faz para se alimentar?
- Como você ganha dinheiro?

Categoria 3- Pandemia da COVID-19

- Comente sobre a pandemia da COVID-19.
- Você teve COVID-19?
- Alguém próximo de você contraiu COVID-19?
- Você procurou algum atendimento de saúde ou da assistência social durante esse período da pandemia?
- Você já tomou alguma dose da vacina contra a COVID-19?
- Você recebeu o auxílio emergencial?

Categoria 4- Processo saúde-doença

- Como está sua saúde?
- O que te faz procurar um serviço de saúde?
- Quando você precisa de um serviço de saúde, você consegue ser atendido? Por quê?
- Você já procurou algum atendimento na assistência social quando esteve doente?
- Diga-me o que você pensa sobre saúde e doença.

Categoria 5- Cuidado

- Diga-me o que você pensa sobre cuidados com a saúde.
- Comente sobre como você pensa que as pessoas se cuidam nas ruas.
- Diga-me como você se cuida vivendo nas ruas.
- Você recebe ajuda para cuidar da sua saúde? (Investigar a rede de apoio: religioso, comunitário, social, familiar e assistencial).

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa intitulada “População em situação de rua e o seu processo saúde-doença e cuidado” que será realizada pela pesquisadora Samyla Fernandes de Sousa. Estão sendo convidados para esta pesquisa mulheres e homens que estejam vivendo em situação de rua há pelo menos um ano, que tenham mais de 18 anos e que façam atendimento ou acompanhamento no Centro POP centro de Fortaleza. Você não deve participar contra a sua vontade. Leia atentamente as informações abaixo e faça qualquer pergunta que desejar, para que todas as dúvidas desta pesquisa sejam esclarecidas.

Este estudo tem como objetivo, compreender o processo saúde-doença e cuidado da população em situação de rua, analisar os significados da saúde, da doença e do cuidado na visão das pessoas em situação de rua, descrever o impacto da pandemia da COVID-19 no processo saúde-doença e cuidado desse grupo e identificar as práticas de cuidados em saúde desenvolvidas por elas. Espera-se que esta pesquisa traga benefícios como informações sobre o processo saúde-doença e cuidado das pessoas em situação de rua, reflexão sobre maior visibilidade dessa população e das suas demandas de saúde e reflexões sobre o cuidado de si.

Tudo foi planejado para minimizar os riscos de sua participação, porém, durante a entrevista, podem ocorrer um leve desconforto ou manifestação de sentimento desagradáveis, dificuldade, cansaço ou desinteresse em continuar com a entrevista, algumas precauções serão tomadas para minimizar esses riscos, como a construção de vínculos com os participantes antes da realização das entrevistas e a realização da entrevista em locais que permitam sigilo e privacidade. A pesquisadora se compromete em amparar o participante, conversar e oferecer apoio. Além disso, em caso de desconforto ou constrangimento você poderá desistir de participar da pesquisa a qualquer momento.

Caso você aceite participar da pesquisa irá participar de entrevistas com a pesquisadora deste estudo, pedimos, desde já a permissão para a realização de gravação de áudio das entrevistas, para que não seja perdida nenhuma informação. Nessa gravação não será colocado seu nome e sim um número. Dessa maneira, sua

identidade será mantida em sigilo durante e ao término da pesquisa, bem como, os dados utilizados serão anônimos, ou seja, não será possível identificar o participante. No final da pesquisa, a gravação será destruída.

Você é livre para escolher participar da pesquisa e sua decisão será respeitada sem qualquer prejuízo, assim como pode decidir desistir a qualquer momento e pedir informações sobre esse estudo e seus resultados. Sua participação é voluntária, sendo assim não receberá pagamento. Caso você recuse participar da pesquisa, não terá problemas em sua relação com a pesquisadora ou com a instituição onde as entrevistas serão realizadas.

A sua participação poderá contribuir para conhecer a realidade de vida, estratégias de sobrevivência da população em situação de rua, seu processo de saúde-doença e cuidado, o acesso a serviços públicos de saúde e sociais, identificar suas formas de cuidado em saúde. As suas respostas não serão divulgadas de forma a possibilitar a sua identificação. Além disso, você está recebendo uma cópia deste termo onde consta o telefone da pesquisadora principal, podendo tirar dúvidas agora ou a qualquer momento.

Caso tenha alguma consideração ou dúvida sobre sua participação na pesquisa, entre em contato com o comitê de ética e pesquisa da UFC/PROPESQ - Rua coronel Nunes Melo, 1000 - Rodolfo Teófilo, Fone: 3366-8344 (Horário de funcionamento: 08:00 - 12:00 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.

Você também pode entrar em contato com as responsáveis pela pesquisa através dos contatos:

Pesquisadora principal: Samyla Fernandes de Sousa

Instituição: Universidade Federal do Ceará

Endereço: Av. Da Universidade, 2762- Benfica, Fortaleza- CE.

Telefones para contato: (85) 3366 7729/ (85)996476852

Email: samyla.fernandes@hotmail.com

Pesquisadora Orientadora: Profa. Dra. Verônica Morais Ximenes

Instituição: Universidade Federal do Ceará

Endereço: Av. da universidade, 2762 - Benfica, Fortaleza-CE

Telefones para contato: (85) 3366 7729

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO COMO SUJEITO

Tendo compreendido perfeitamente tudo o que me foi informado sobre a minha participação no mencionado estudo e estando consciente dos meus direitos, das minhas responsabilidades, dos riscos e dos benefícios que a minha participação implica, concordo em dele participar e para isso eu DOU O MEU CONSENTIMENTO SEM QUE PARA ISSO EU TENHA SIDO FORÇADO OU OBRIGADO. E declaro, ainda, estar recebendo uma via assinada deste termo.

Nome do Participante: _____

RG do Participante: _____

Local e Data: _____

Assinatura do Participante: _____

Assinatura da testemunha (caso o participante não saiba ler):

Assinatura da Pesquisadora Responsável:

ANEXO A –PARECER CONSUBSTÂNCIADO DO CEP

UFC - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO CEARÁ /



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: População em situação de rua e o seu processo saúde-doença e cuidado

Pesquisador: SAMYLA FERNANDES DE SOUSA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 59989622.0.0000.5054

Instituição Proponente: Programa de Pós-Graduação em Psicologia

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.739.431

Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma pesquisa do Mestrado em Psicologia, envolvendo pessoas em situação de rua.

A crescente desigualdade social recrudesceu a exclusão dos direitos humanos, afetando principalmente a População em Situação Rua (PSR). Para além dos riscos da pobreza extrema, estes sujeitos convivem com a insegurança, exposição de riscos e são negados como seres humanos. Sofrem com falta de bem-estar físico e emocional, evidenciando vulnerabilidade às doenças infectocontagiosas, crônicas, psiquiátricas entre outras. Vale e Vecchia (2019) apontam que esse grupo está mais vulnerável às doenças infectocontagiosas, crônicas, psiquiátricas, apresenta também dermatites e está mais exposta a infecções sexualmente transmissíveis, doenças respiratórias, problemas nos pés, problemas de saúde bucal, uso problemático de álcool e outras drogas, como também, no caso das mulheres, a gravidez de risco. Vulnerabilidades e implicações que se tornaram ainda mais acentuadas em um contexto pandêmico. Embora, a PSR tenha o direito de acessar os serviços de saúde, o acesso se torna limitado por preconceitos, imposições indevidas e alta demanda de usuários. Diante dessas barreiras, a PSR cria novas formas de cuidados que não estão somente ligados às políticas públicas de saúde, mas que envolvem outras políticas públicas, os recursos informais, populares e do contexto das suas relações tecidas nas ruas. O estudo terá uma abordagem qualitativa e acontecerá no equipamento Centro POP centro em Fortaleza/CE. Os interlocutores da pesquisa serão homens e mulheres que vivem em situação de

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1000

Bairro: Rodolfo Teófilo

UF: CE

Município: FORTALEZA

CEP: 60.430-275

Telefone: (85)3366-8344

E-mail: comepe@ufc.br

UFC - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO CEARÁ /



Continuação do Parecer: 5.739.431

rua e que estejam inseridos em atendimento ou acompanhamento no Centro POP, a escolha dos participantes será por conveniência, em relação ao número de participantes ainda não estabelecemos um número fechado, preferimos trabalhar com um número reduzido. Para a construção dos dados desta pesquisa, será realizada observação participante e entrevista semiestruturada. Os dados serão obtidos com o auxílio de um gravador de áudio, a fim de permitir o repasse fiel das falas dos entrevistados, após isso, as falas serão armazenadas em uma mídia digital, para que assim, permita a transcrição integral dessas conversas para serem analisadas. O processo analítico se dará com a realização da Análises de Conteúdo Temática da transcrição das entrevistas e das anotações e diários e terão como categorias: situação de rua, condições de vida, pandemia da Covid-19, processo saúde-doença e cuidado. Para auxiliar a análise utilizaremos o softwares Atlas T.I. E o estudo seguirá os procedimentos éticos da pesquisa.

Aguiar e Iriart (2012) contam que a população em situação de rua, quando está acometida com algum problema de saúde, acaba buscando conselhos de pessoas mais próximas, uso da bebida alcoólica para amenizar os sintomas, automedicação e a busca de conforto espiritual. Desse modo, a PSR demonstra inúmeras habilidades e estratégias para lidar com o adoecimento e constituir suas práticas de cuidado e que não estão somente relacionadas ao adoecimento. Sendo assim, as vivências e as formas de sobrevivências trazem a relação com a experiência, com a rua e com o outro, que vão ser retratadas no cuidado de si e em (sobre)viver.

Objetivo da Pesquisa:

Hipótese:

O problema de pesquisa está presente nas condições de vida da população em situação de rua que determinam seu processo saúde-doença cuidado. Visto que, diante de uma pandemia causada pela Covid19 e do processo de adoecimento, que envolve a dificuldade de acesso à serviços públicos de saúde e às redes de apoio social, a PSR vai formando novas formas de cuidados que não estão somente ligados às políticas públicas de saúde, mas que envolvem os recursos informais, populares e do contexto das suas relações tecidas nas ruas. Então apresenta-se o questionamento sobre: Como o processo saúde-doença-cuidado é vivenciado pela população em situação de rua?

Objetivo Primário:

Compreender o processo saúde-doença-cuidado vivenciado pela população em situação de rua.

Objetivo Secundário:

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1000
Bairro: Rodolfo Teófilo **CEP:** 60.430-275
UF: CE **Município:** FORTALEZA
Telefone: (85)3366-8344 **E-mail:** comepe@ufc.br

UFC - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO CEARÁ /



Continuação do Parecer: 5.739.431

Analisar os significados da saúde, da doença e do cuidado na visão das pessoas em situação de rua. Descrever o impacto da pandemia do Covid-19 no processo saúde-doença-cuidado desse grupo. Identificar as práticas de cuidados em saúde desenvolvidas por elas.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

A pesquisadora indica riscos aos participantes como leve desconforto durante a entrevista ou manifestação de sentimento desagradáveis, pelo o fato de terem suas histórias de vida e o seu processo saúde-doença e cuidado compartilhados. A pesquisadora se compromete em tomar precauções para minimizar esses riscos, como a construção de vínculos com os participantes antes das entrevistas, de amparar o participante, conversar e oferecer apoio e conforto e a realização das entrevistas em locais que permitam sigilo e privacidade. Entretanto, os participantes poderão desistir em qualquer momento da pesquisa. A pesquisadora garante sigilo das identidades dos participantes.

Benefícios:

A pesquisadora espera que esta pesquisa traga informações importante sobre o processo saúde-doença e cuidado das pessoas em situação de rua, a reflexão sobre maior visibilidade dessa população e das suas demandas de saúde e reflexões sobre o cuidado de si.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa é de interesse para as áreas de saúde pública e de psicologia, em especial na temática de populações vulneráveis. O projeto apresentou uma revisão de literatura consistente com o tema proposto.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados projeto de pesquisa, cronograma, orçamento, concordância de pesquisadores, anuência da célula de Gestão do SUAS/PMF e TCLE atualizado.

O TCLE foi reapresentado contemplando as pendências elencadas.

- 1- Inclusão da informação de mitigação dos riscos (mesmos que mínimos);
- 2- Disponibilização de contato telefônico da pesquisadora para o participante entrar em contato em caso de dúvida relacionada à pesquisa, além do telefone do CEP_PROPESQ.

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1000

Bairro: Rodolfo Teófilo

CEP: 60.430-275

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3366-8344

E-mail: comepe@ufc.br

UFC - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO CEARÁ /



Continuação do Parecer: 5.739.431

3- Texto com linguagem mais acessível facilitando o entendimento.

Recomendações:

Apresentar relatórios parcial e final.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMACOES_BASICAS_DO_PROJETO_1960694.pdf	23/09/2022 13:52:25		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMO_DE_CONSENTIMENTO_LIVRE_E_ESCLARECIDO.docx	16/08/2022 19:31:56	SAMYLA FERNANDES DE SOUSA	Aceito
Outros	Curriculo_do_Sistema_de_Curriculos_Lattes_Samyla.pdf	09/06/2022 19:31:05	SAMYLA FERNANDES DE SOUSA	Aceito
Outros	TERMO_DE_COMPROMISSO_SAMYLA.pdf	09/06/2022 19:22:32	SAMYLA FERNANDES DE SOUSA	Aceito
Outros	CARTA_DE_APRECIACAO.pdf	09/06/2022 19:18:59	SAMYLA FERNANDES DE SOUSA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	DECLARACAO_DOS_PESQUISADORES.pdf	09/06/2022 19:07:53	SAMYLA FERNANDES DE SOUSA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	DECLARACAO_INSTITUCIONAL.pdf	09/06/2022 19:01:17	SAMYLA FERNANDES DE SOUSA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	AUTORIZACAO_INSTITUCIONAL_SDI.pdf	09/06/2022 19:01:06	SAMYLA FERNANDES DE SOUSA	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO_CPE_SAMYLA.pdf	09/06/2022 18:59:57	SAMYLA FERNANDES DE SOUSA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_DE_PESQUISA_SAMYLA_CEP.pdf	09/06/2022 18:44:03	SAMYLA FERNANDES DE SOUSA	Aceito

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1000

Bairro: Rodolfo Teófilo

CEP: 60.430-275

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3368-8344

E-mail: comepe@ufc.br

UFC - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO CEARÁ /



Continuação do Parecer: 5.739.431

Cronograma	CRONOGRAMA_SAMYLA.pdf	09/06/2022 18:05:29	SAMYLA FERNANDES DE SOUSA	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_DE_ROSTO_SAMYLA.pdf	09/06/2022 18:04:46	SAMYLA FERNANDES DE SOUSA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FORTALEZA, 04 de Novembro de 2022

Assinado por:
FERNANDO ANTONIO FROTA BEZERRA
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1000

Bairro: Rodolfo Teófilo

CEP: 60.430-275

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3386-8344

E-mail: comepe@ufc.br