

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS  
CENTRO DE EDUCAÇÃO E CIÊNCIAS HUMANAS  
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA  
GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**

Giovana Moraes dos Santos

**PERSPECTIVAS DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA: SAÚDE MENTAL E  
CUIDADOS OFERECIDOS PELO SUS E SUAS**

Monografia

São Carlos

2021

Giovana Moraes dos Santos

**PERSPECTIVAS DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA: SAÚDE MENTAL E  
CUIDADOS OFERECIDOS PELO SUS E SUAS**

Monografia apresentada ao Curso de Psicologia, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Bacharel em Psicologia.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dra. Luciana Nogueira Fioroni

São Carlos

2021

Santos, Giovana Moraes dos

Perspectivas da população em situação de rua: saúde mental e cuidados oferecidos pelo SUS e SUAS / Giovana Moraes dos Santos -- 2021.  
88f.

TCC (Graduação) - Universidade Federal de São Carlos,  
campus São Carlos, São Carlos

Orientador (a): Luciana Nogueira Fioroni

Banca Examinadora: Não se aplica

Bibliografia

1. Pessoas em situação de rua. 2. Saúde mental. 3.  
Políticas públicas. I. Santos, Giovana Moraes dos. II.  
Título.

Ficha catalográfica desenvolvida pela Secretaria Geral de Informática  
(SIn)

DADOS FORNECIDOS PELO AUTOR

Bibliotecário responsável: Ronildo Santos Prado - CRB/8 7325

Dedico esse trabalho a todos os meus professores da graduação, que foram fundamentais na construção do meu conhecimento ao longo dessa jornada. Em especial, a professora Luciana, que com tanto afeto e dedicação me orientou e me ajudou no desenvolvimento deste trabalho.

Dedico também aos meus amigos e à minha família, que sempre me apoiaram ao longo da graduação e da construção desse trabalho.

Por fim, mas não menos importante, dedico esse trabalho a todas as pessoas entrevistadas nesse estudo, que disponibilizaram seu tempo e me proporcionaram muitos aprendizados e reflexões. Elas ficarão marcadas na minha memória.

Empatia

[...]

Sentir o que outro sente, alivia

Pois a vida nos empurra, explode

De dentro pra fora todo dia

[...]

O sorriso advém da dor, agonia

Quando superada, fortalece e muda

Praticando sem exceção, empatia!

Qual em todos (bons ou maus) dias, ajuda!

Aquele que busca a morte, duvida

E ou quem têm doença procura

Um auxílio uma luz para a vida

Quem de todos males, têm a cura?

Perceba no silêncio, a canção

É a vida orquestrando a melodia

O resto é a voz do coração

Que a tudo e a todos anuncia

Sinto o que sentes, acredita

O pior já passou, vai melhorar

A vida é mais que isso não duvide

Ao mal, só precisamos enfrentar

E se não tiver forças, te ajudo

Juntos conseguimos levantar

Serei eu a espada, tu escudo

Que nada neste mundo, há de parar!

(Trecho de um poema escrito por um participante da pesquisa)

## RESUMO

Essa pesquisa teve como objetivo investigar a relação entre a condição de ser uma pessoa em situação de rua, a saúde mental e os cuidados ofertados pela rede de saúde e de assistência social, considerando que o objeto de estudo em questão encontra-se na interface entre o Sistema Único de Saúde (SUS) e o Sistema Único de Assistência Social (SUAS). Trata-se de uma pesquisa qualitativa interpretativa e descritiva do tipo empírica. Foram realizadas 22 entrevistas semi-estruturadas, 18 com pessoas em situação de rua e 4 com profissionais do Centro POP, Consultório na Rua e Abrigo Emergencial de um município de médio porte do interior do Estado de São Paulo. Os dados coletados foram analisados por meio da técnica de Análise de Conteúdo Temática, em diálogo com autores chave da Psicologia Social e Políticas Públicas, e foram organizados nas seguintes categorias analíticas: *1. Situação de Rua: determinantes psicossociais e a dialética entre as dificuldades e potências; 2. Saúde Mental: significados e a dialética entre sofrimento e bem estar, necessidades e desejos; 3. Cuidados e Serviços; 4. Pandemia.* As hipóteses deste estudo foram confirmadas: a população em situação de rua possui demandas específicas de saúde mental devido à sua condição de vulnerabilidade psicossocial; essas demandas são parcialmente atendidas pelos serviços oferecidos dentro da rede de saúde e da rede de assistência social. Embora tenha sido constatado que são oferecidas ações de cuidados que beneficiem diretamente a saúde mental, há a necessidade de ações mais direcionadas a esse âmbito e mais eficazes no sentido de minimizar as vulnerabilidades desta população. Assim, esse estudo evidenciou a complexa inter-relação entre as dimensões Situação de rua, Saúde mental e Políticas públicas, bem como a interação dialética entre as vulnerabilidades e as potências desses modos de vida, entre os sofrimentos e os recursos, entre os fatores de risco e proteção, entre as necessidades e os desejos. Há ainda a necessidade de mais estudos que discutam de forma crítica a temática, pois estes ainda são escassos, reforçando a invisibilidade que é tão comum às pessoas em situação de rua.

**Palavras-chaves:** População em situação de rua. Saúde mental. Cuidado. SUS. SUAS

## ABSTRACT

The objective of this study was to investigate the relationship between the condition of being a homeless person, mental health and the care offered by the healthcare and social assistance network, examining specifically the interface between the Brazilian Unified Health System (SUS) and Unified Social Assistance System (SUAS). Empirical data were collected via 22 semi-structured interviews, 18 of which were conducted with homeless people and 4 with professionals from the *Centro POP* (Day Center), *Consultório na Rua* (Mobile Health Unit) and an Emergency Shelter of a medium-sized city in the interior of the State of São Paulo. The collected data were analyzed using the Thematic Content Analysis technique, following the example of key authors within the area of Social Psychology and public policy, and yielded descriptive and interpretive results. Participants' remarks were organized into the following analytical categories: 1. *Homelessness: psychosocial determinants and the dialectic relationship between difficulties and potentialities*; 2. *Mental Health: meanings and the dialectic relationship between suffering and well-being, needs and desires*; 3. *Care and Services*; 4. *Pandemic*. The hypotheses of this study were confirmed: the homeless population has specific mental health demands due to psychosocial vulnerabilities brought about by their living conditions; these demands are partially met by the services offered within the health and social network. However, although it was found that some services offered directly benefit mental health, there is a need for actions that more directly relate to this scope and more effectively minimize vulnerabilities in this population. Thus, this study showed a complex interrelationship between the dimensions Homelessness, Mental Health and Public Policies, as well as the dialectical interaction between the vulnerabilities and strengths of these ways of life, between suffering and resources, between risk factors and protection, between needs and desires. There is still a need for more studies that critically discuss the issue, as these are still scarce, reinforcing the invisibility that is so common to homeless people.

**Keywords:** Homeless population. Mental health. Healthcare. SUS. SUAS

## **LISTA DE FIGURAS**

<b>FIGURA 1 - INTER-RELAÇÃO ENTRE CATEGORIAS ANALÍTICAS.....</b>	<b>30</b>
--	-----------

## **LISTA DE QUADROS**

<b>QUADRO 1 - PROFISSIONAIS ENTREVISTADOS.....</b>	<b>29</b>
<b>QUADRO 2 - CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES.....</b>	<b>81</b>
<b>QUADRO 3 - REPRESENTAÇÃO DO QUADRO DE ANÁLISE TRANSVERSAL.....</b>	<b>84</b>

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial - Álcool e Drogas
CFP	Conselho Federal de Psicologia
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COVID-19	Coronavírus
CRP-PR	Conselho Regional de Psicologia do Paraná
FIPE	Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
MDS	Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome
OMS	Organização Mundial da Saúde
PNPR	Política Nacional da População em Situação de Rua
PTS	Projeto Terapêutico Singular
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RD	Redução de Danos
SP	São Paulo
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidades Básicas de Saúde
USF	Unidades de Saúde da Família
WHO	World Health Organization (Organização Mundial de Saúde)

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>Introdução .....</b>	<b>11</b>
<b>1.1</b>	<b>Saúde mental das pessoas em situação de rua .....</b>	<b>12</b>
<b>1.2</b>	<b>Políticas públicas voltadas para a população em situação de rua.....</b>	<b>15</b>
<b>2</b>	<b>Justificativa .....</b>	<b>22</b>
<b>3</b>	<b>Objetivos .....</b>	<b>23</b>
<b>4</b>	<b>Método .....</b>	<b>24</b>
<b>4.1</b>	<b>Tipos de pesquisa .....</b>	<b>24</b>
<b>4.2</b>	<b>Campo de pesquisa .....</b>	<b>24</b>
<b>4.3</b>	<b>Participantes.....</b>	<b>25</b>
<b>4.4</b>	<b>Instrumentos .....</b>	<b>25</b>
<b>4.5</b>	<b>Coleta e análise dos dados .....</b>	<b>25</b>
<b>4.6</b>	<b>Cuidados éticos .....</b>	<b>27</b>
<b>5</b>	<b>Resultados e Discussão .....</b>	<b>28</b>
<b>5.1</b>	<b>Caracterização dos participantes .....</b>	<b>28</b>
<b>5.2</b>	<b>Categorias analíticas.....</b>	<b>29</b>
<b>5.2.1</b>	<b>Situação de rua: determinantes psicossociais e a dialética entre as dificuldades e potências.....</b>	<b>30</b>
<i>5.2.1.1</i>	<i>Determinantes psicossociais.....</i>	<i>30</i>
<i>5.2.1.2</i>	<i>Dialética entre dificuldades e potências.....</i>	<i>33</i>
<b>5.2.2</b>	<b>Saúde mental: significados e a dialética entre sofrimentos e bem estar, necessidades e desejos.....</b>	<b>37</b>
<i>5.2.2.1</i>	<i>Significados de saúde e saúde mental .....</i>	<i>37</i>
<i>5.2.2.2</i>	<i>Dialética entre sofrimento e bem estar.....</i>	<i>39</i>
<i>5.2.2.3</i>	<i>Vínculos afetivos.....</i>	<i>43</i>
<i>5.2.2.3.1</i>	<i>Relações familiares .....</i>	<i>44</i>
<i>5.2.2.3.2</i>	<i>Relações de amizade .....</i>	<i>45</i>

5.2.2.3.3	Relações amorosas.....	46
5.2.2.4	<i>Necessidades e desejos</i> .....	47
<b>5.2.3</b>	<b>Cuidados e serviços</b> .....	<b>48</b>
5.2.3.1	<i>Serviços voltados para saúde: Consultório na Rua, CAPS Mental, CAPS AD, USF, UBS, Hospital Psiquiátrico</i> .....	50
5.2.3.2	<i>Serviços voltados para assistência social: Centro POP, Casa de Passagem - Albergue, CREAS</i> .....	54
5.2.3.3	<i>Serviços de longa permanência: Abrigo Emergencial e comunidades terapêuticas</i> .....	58
<b>5.2.4</b>	<b>Pandemia</b> .....	<b>62</b>
5.2.4.1	<i>Como a pandemia afetou a própria vida</i> .....	62
5.2.4.2	<i>Como a pandemia afetou os cuidados ofertados nos serviços frequentados</i> .....	63
<b>6</b>	<b>Considerações Finais</b> .....	<b>65</b>
<b>7</b>	<b>Referências Bibliográficas</b> .....	<b>68</b>
	<b>APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA COM PARTICIPANTES EM SITUAÇÃO DE RUA</b> .....	<b>78</b>
	<b>APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTA COM PROFISSIONAIS</b> ...	<b>79</b>
	<b>APÊNDICE C – ROTEIRO DE DIÁRIO DE CAMPO</b> .....	<b>80</b>
	<b>APÊNDICE D – CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES</b> .....	<b>81</b>
	<b>APÊNDICE E – REPRESENTAÇÃO DO QUADRO DE ANÁLISE TRANSVERSAL</b> .....	<b>84</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Essa pesquisa teve como objeto de estudo a população em situação de rua e a relação dessa condição com a saúde mental e as ações de cuidado ofertadas por serviços públicos da rede de saúde e da rede de assistência social. Para isso, foram investigadas as vivências e significados da própria população em situação de rua e, de forma complementar, a perspectiva de profissionais dessas redes. Diante da complexidade e vulnerabilidade social da população em situação de rua e os fatores que a atravessam, é de extrema relevância social investigá-los, bem como entender sua relação com o âmbito da saúde mental e com os serviços e profissionais que lhe oferecem práticas de cuidado, tanto o cuidado em saúde, quanto o cuidado em assistência social, já o objeto de estudo em questão se encontra na interface entre o Sistema Único de Saúde (SUS) e ao Sistema Único de Assistência Social (SUAS).

A população em situação de rua é definida pelo Decreto Nº 7.053, de 23 dezembro de 2009 que institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua (PNPR) como:

O 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, 2009, p.16)

De acordo com uma pesquisa realizada pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), estima-se que em 2016 o Brasil tinha 101.854 pessoas em situação de rua, sendo que a maioria se concentrava fortemente em municípios de grande porte. A região que mais se sobressaiu foi a sudeste, pois, ao mesmo tempo que abriga as três maiores regiões metropolitanas do país, ela abrigava 48,89% da população em situação de rua. Só na cidade de São Paulo, um estudo da Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas (FIPE) contabilizou 15.905 pessoas em situação de rua no ano de 2015. Entretanto, devido ao aumento do desemprego em 2018, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), e com a crise do país, é provável que o número de pessoas em situação de rua tenha aumentado em várias regiões do Brasil nos últimos anos (FIPE, 2015; IBGE, 2018; IPEA, 2016).

As pesquisas apontam que existem diversas razões e motivações que levam as pessoas a irem para as ruas. Dentre elas, o uso abusivo de álcool e outras drogas, o rompimento de vínculos e os conflitos familiares, o desemprego e o prazer da liberdade que é vivenciado na rua são as principais (ABREU, 2013; AGUIAR, 2014; ALCANTARA, ABREU e FARIAS, 2015; CAMPOS, 2012; COSTA, MESQUITA e CAMPOS, 2015; ESQUINCA, 2013;

SALDANHA, 2014). Isto é, são questões multifatoriais, graduais e processuais que levam uma pessoa a morar na rua de forma permanente (CAMPOS, 2012). Semelhantemente, Silveira (2016) detectou que as principais justificativas para tal situação são: questões socioeconômicas, saúde mental prejudicada e o desejo de estar na rua. Porém, para Rodrigues (2015), essa ideia da escolha individual quando se trata de estar na rua faz parte de uma ideologia neoliberal, que transforma a necessidade e sofrimento em escolha e oculta as questões estruturais por trás da miséria. Essa forma de pensar não só culpabiliza e responsabiliza o indivíduo pela situação de rua, mas também pelos problemas como a violência, o tráfico, a degradação urbana e outros problemas (RODRIGUES, 2015).

### **1.1 Saúde mental das pessoas em situação de rua**

A saúde é considerada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) um direito humano fundamental de todo o ser humano. Segundo sua definição, a saúde se caracteriza como “o estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas o estado de ausência de doença” (WHO, 2014). Apesar dessa definição trazer pontos questionáveis, como um olhar dicotômico sobre o processo saúde-doença, o olhar crítico sobre ela permitiu uma visão ampliada da saúde baseada em um modelo biopsicossocial (SANTANA e ROSA, 2016). Esse modelo leva em consideração a interação entre três fatores principais para explicar a saúde/doença: biológicos/genéticos, psicológicos, sociais/culturais (SANTANA e ROSA, 2016). O ser humano está inserido em um ambiente, logo, as interações entre o sujeito e ambiente geram mudanças no corpo e na mente ao mesmo tempo que o ambiente também é transformado (SANTANA e ROSA, 2016). Desse modo, existem os determinantes sociais da saúde que são essenciais para se compreender a questão da saúde-doença, por exemplo: acesso à educação, qualidade do meio ambiente e acesso a serviços essenciais (SANTANA e ROSA, 2016).

O viver na rua constitui um grande desafio para o desenvolvimento de ações de promoção de saúde mental, já que nesse ambiente é difícil uma pessoa conseguir ter hábitos considerados saudáveis, como: sono reparador; boa alimentação; boa higiene; poder fazer atividades que dão prazer; ter momentos de tranquilidade e entre outras coisas (SANTANA e ROSA, 2016). Além disso, uma pessoa em situação de rua vive sob constante tensão, insegurança e incerteza, já que está exposta a um maior número de fatores estressantes do que outras pessoas, e viver constantemente sob estresse impacta grandemente a saúde mental (SANTANA e ROSA, 2016).

Assim, o viver na rua pode ser uma condição de grande vulnerabilidade social devido a precarização das condições de vida e saúde (AGUIAR e IRIART, 2012; VALENCIA *et al.*, 2011), exposição a fatores de risco e violências (AGUIAR e IRIART, 2012; BARATA *et al.*, 2015; BOTTI *et al.*, 2010), ausência de acesso a fontes de renda e direitos humanos e sociais (SARRADON-ECK, FARNARIER e HYMANS, 2014) e discriminação em relação ao acesso a bens e serviços de saúde (CHRYSTAL *et al.*, 2015; SARRADON-ECK, FARNARIER e HYMANS, 2014; SKOSIREVA *et al.*, 2014). As dificuldades relativas à sobrevivência são as mais comuns dentre as relatadas, mas, além das questões físicas (fome e frio), ainda existe preconceito, estigmatização, desrespeito e violência policial (ABREU, 2013; AGUIAR, 2014; ALLES, 2010; AL ALAM, 2014).

Costa (2007) aponta que a sociedade transforma a noção de que a pessoa em situação de rua está em sofrimento para a noção de que ela representa um risco e ameaça, acarretando numa perda de solidariedade para com elas. Estereótipos, preconceitos e estigmas (tanto dos civis como dos agentes estatais) trazem rótulos como “marginais”, “doentes”, “drogados”, “loucos”, “sujos”, “mendigos” e “delinquentes” para essa população, dificultando a sua reintegração à sociedade (ALCANTARA *et al.*, 2015) e controlando o corpo e a vida dessas pessoas (SERRANO, 2013). Portanto, as pessoas em situação de rua sempre precisam se reafirmar como seres humanos para amenizar o preconceito e estigma social, inclusive elas possuem dificuldades nas relações com pessoas que não vivem nas ruas (ALLES, 2010). Apesar de algumas pessoas tratarem essas pessoas com hostilidade e desconfiança, há aquelas que auxiliam e oferecem ajuda; isso mostra que os olhares sobre a população de rua são plurais (ALLES, 2010).

Devido às práticas estigmatizantes e discriminatórias, é comum sentimentos de auto rejeição e baixa autoestima nessa população (LACERDA, 2012; SAMBU, 2014). As pessoas em situação de rua tendem a não se reconhecer como detentoras de direitos (BARATA *et al.*, 2015) e apresentam agravos à saúde física e mental mais significativos quando comparada à população em geral, já que além de trazer sofrimento psíquico, tal situação influencia a formação de identidade desses indivíduos (ALCANTARA *et al.*, 2015). Também, a baixa autoestima está associada às maiores taxas de transtornos mentais e sentimentos de desesperança, que estão associados a uma taxa maior de pensamentos e comportamentos suicidas (SANTANA e ROSA, 2016). Outro comportamento autodestrutivo muito presente nessa população é o abuso de substâncias psicoativas, porque amenizam o sofrimento e permitem a fuga da realidade presente (MOURA JR. e XIMENES, 2016). Segundo o Ministério

de Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS, 2009), o álcool, por exemplo, serve como “anestésico”, pois ameniza o frio e faz esquecer as situações adversas.

Ou seja, as condições de vida nas ruas são caracterizadas por pouca longevidade, fragilidade dos vínculos sociais, violências, preconceitos, discriminações, falta de privacidade, carências de educação e de infraestrutura para os cuidados corporais que contribuem para o surgimento e/ou agravamento dos transtornos mentais (SANTANA, 2014). Montiel *et al.* (2015) ao comparar a prevalência de tendências de personalidade patológicas entre pessoas em situação de rua e outros grupos, encontrou uma tendência para desconfiança, impulsividade, necessidade de atenção e comportamentos excêntricos na amostra de pessoas em situação de rua.

Os transtornos mentais, inclusive, podem ser os responsáveis por levar a pessoa a viver na rua. Lovisi (2000) analisou os distúrbios mentais em moradores de albergues públicos das cidades do Rio de Janeiro e Niterói e descobriu que os distúrbios mentais mais graves estão relacionados à entrada na vida na rua. Segundo o autor, na rua há uma exacerbação dos sintomas, bem como o acúmulo de vários outros distúrbios, ocasionando um agravamento dos quadros psicopatológicos (LOVISI, 2000). Uma revisão sistemática encontrou a prevalência de 48% a 98% de transtornos psiquiátricos nos estudos (HODGSO *et al.*, 2013) e uma outra revisão sistemática apontou que a dependência de álcool e outras drogas é o transtorno mental mais comum nessa população, variando entre 5% e 58% nos estudos encontrados (FAZEL, GEDDES e KUSHEL, 2014).

Em contrapartida, segundo Botelho *et al.* (2008) fatores como condições de moradia precárias, insalubridade, violência doméstica, fome e etc. levam adolescentes a irem para a rua visando a própria saúde mental. Entretanto, para Mattielo e Ramos (2018) a família não pode ser considerada vilã, ela deve ser vista também como vítima de um sistema de desigualdades sociais

Apesar das pessoas em situação de rua viverem em situação de vulnerabilidade, intolerância, violência e violação de direitos, elas reinventam espaços e objetos de seu contexto, quebrando barreiras ao ressignificá-los (KUNZ, HECKERT e CARVALHO, 2014). Campos (2012) destaca os aprendizados que a rua propicia, já que ela proporciona a elaboração de estratégias de enfrentamento e superação das dificuldades. Para Mattielo e Ramos (2018) essas estratégias de enfrentamento também estão relacionadas com “formas de resistência de ocupar o espaço urbano que, muitas vezes, vai contra os contratos sociais estabelecidos, tomando para si um espaço ignorado por outros.” (MATTIELO e RAMOS, 2018, p. 73). Oliveira (2012) aponta a necessidade de superar a perspectiva totalmente negativa e ampliar a visão que se tem

da rua, já que ela pode se revelar um espaço que mostra a “capacidade humana da transformação, pois nela se constroem laços afetivos como amizades e amores, novos rearranjos e experiências na cidade” (p. 141). De modo igual, Moura Junior (2012) reconhece a rua também como espaço que possibilita a construção de vínculos e demonstração da afetividade e liberdade. Logo, há a necessidade de rompimento da visão estereotipada que não considera os potenciais desse grupo social (CARDOSO e BECKER, 2014).

Ademais, as pessoas em situação de rua produzem sentidos subjetivos variados sobre si, o outro ou sobre a vivência na rua (MENDONÇA, 2006). Diversas pesquisas apontam que existe uma heterogeneidade na população de rua e seus modos de viver (ALCANTARA et al., 2015; FÉLIX-SILVA et al., 2016; GALVANI, 2008; LACERDA, 2012; LANGA, 2012; MATTOS, 2006; RODRIGUES, 2009; ROSA, SECCO, e BRÊTAS, 2006; SERRANO, 2013). Enquanto para alguns a rua se configura como um lugar de passagem, em que o medo e a dúvida prevalecem; para outros, ela é um lugar acolhedor, que abriga e aconchega quem não tem para onde ir (FÉLIX-SILVA, SALES e SOARES, 2016). Então, generalizar as relações dessas pessoas é inaceitável (LACERDA, 2012); nem sempre os vínculos familiares estão rompidos e, mesmo sofrendo com a exclusão e políticas higienistas, essas pessoas desenvolvem estratégias e vínculos sociais para conseguirem se manter nos espaços (LEMÕES, 2014).

## **1.2 Políticas públicas voltadas para a população em situação de rua**

As políticas públicas são um conjunto sistematizado de “normas, planos, programas, projetos e ações, que traduzem princípios, diretrizes, prioridades, decisões alocativas de recursos diversos vinculados a metas, resultados e objetivos” (PIRES, 2008, p.135), assumidos pelo Estado e sociedade civil para a garantia de direitos fundamentais. Elas são processos, que partem desde a avaliação de problemas/demandas até a efetivação de estratégias/soluções para eles, assim também envolvem acompanhamento e avaliação da efetividade dessas estratégias (PIRES, 2008). Portanto, as políticas públicas sempre estão em constante processo de construção.

No Brasil, visando o desenvolvimento, ao longo das últimas décadas foram implantados um conjunto de políticas, programas e ações estatais visando a garantia, proteção e a promoção dos direitos sociais em oposição às situações de contingência, necessidades e riscos que afetam vários níveis das condições de vida da população (ROSSINI, ROTTA e BORKOVSKI, 2017). Dessa forma, a política social, além da transferência de renda e prestação de serviços, se propõe à ampliação da demanda agregada, ao fortalecimento do mercado interno,

ao estímulo ao emprego, à multiplicação da renda, à redução da pobreza e à diminuição das desigualdades (ROSSINI, ROTTA e BORKOVSKI, 2017).

Em relação às políticas públicas voltadas à população em situação de rua, em 2009 foi instituída a Política Nacional para a População em Situação de Rua (PNPR) que preconiza os seguintes princípios:

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, inclusive os estigmas negativos e preconceitos sociais em relação à população em situação de rua (BRASIL, 2009, p. 14)

A fim de cumprir com os princípios estabelecidos, a constituição determina:

“ações intersetoriais, objetivando a (re)integração destas pessoas às suas redes familiares e comunitárias, o acesso pleno aos direitos garantidos aos cidadãos brasileiros, o acesso a oportunidades de desenvolvimento social pleno, considerando as relações e significados próprios produzidos pela vivência do espaço público da rua” (BRASIL, 2009, p. 4).

Por ser a forma mais evidente de desigualdade social, a população em situação de rua requer ações afirmativas que garantam direitos, inclusive o direito à saúde (MIRANDA, 2014). Para tal, são necessárias ações intersetoriais que envolvam tanto a rede de saúde como a rede de assistência social, pois as ações de cuidado para a população em situação de rua estão na interface entre o Sistema Único de Saúde (SUS) e o Sistema Único de Assistência Social (SUAS). Segundo a revisão sistemática de Sicari e Zanella (2018), há uma preocupação com o acesso ao SUS e ao SUAS e a necessidade da intersetorialidade desses sistemas que considere questões como habitação, educação e trabalho, além de ações que abarquem a diversidade dos diversos subgrupos e esclareçam os direitos sociais dessa população.

Em relação à rede de saúde, os serviços de saúde voltados a essa população apresentam limitações como falta de acesso, restrição do acolhimento e falta de correspondência com as necessidades dessa população; tais fatores levam ao abandono dos acompanhamentos (BARATA *et al.*, 2015). Quando se tratam de pessoas com transtornos mentais, essa situação se agrava, pois, estudos mostram as limitações das políticas públicas voltadas para esse grupo

(CHRYSTAL *et al.*, 2015; SKOSIREVA *et al.*, 2014). Além de serem um dos principais problemas de saúde da população de rua, os transtornos mentais também se constituem como obstáculos para a continuação dos tratamentos (SANTANA e ROSA, 2016). E, sabendo que as pessoas em situação de rua são consideradas de alto risco para transtornos mentais, os programas voltados a elas são de prevenção indicada.

A prevenção, seja ela primária, secundária ou terciária, requer a participação de vários segmentos sociais, serviços e profissionais (SANTANA e ROSA, 2016). Borysow e Furtado (2013) e Montiel *et al.* (2015) falam sobre a imprescindibilidade de uma rede intersetorial de cuidado à pessoa em situação de rua que esteja fortemente articulada. Para esses autores, ainda há uma certa dificuldade por parte dos serviços de saúde mental em realizar atendimentos na própria rua e, nas instituições, há a falta de flexibilização e adaptação das estratégias de atuação dificultando a captação e vinculação dessa população. Ferreira, Rozendo e Melo (2016) perceberam a falta de diálogo entre a saúde mental e a atenção básica. Segundo os autores, a atenção especializada em saúde mental precisa descentralizar suas ações e a atenção básica precisa se aproximar mais das pessoas em situação de rua.

Além do mais, a pesquisa de Rosa *et al.* (2006), realizada com pessoas em situação de rua e trabalhadores de um centro comunitário de atendimento a essa população, apontou que muitos profissionais de saúde ainda não compreendem a pessoa em situação de rua quanto às questões de cuidado, saúde e doença. A pesquisa de Ferreira (2015), realizada com usuários do consultório na rua, aponta que ainda há preconceitos e estigmas em relação às pessoas em situação de rua por parte dos profissionais de saúde. Para Brito (2006) as pessoas em situação de rua produzem seus próprios significados e o seu atendimento de mundo é também um desafio para atores da saúde. Desse modo, a dimensão social e cultural que envolve a população em situação de rua deve ser abordada na formação dos agentes da rede de saúde para que não haja a culpabilização do indivíduo (MATTIELO e RAMOS, 2018).

O vínculo entre usuários e profissionais e o olhar humanizado nos atendimentos são aspectos muito importantes, já que o acolhimento deve ocorrer de forma inclusiva, isto é, levar em conta o contexto que o indivíduo está inserido de modo a não promover ainda mais a exclusão social dessa população (BRASIL, 2012). Segundo o manual do Ministério da Saúde, na abordagem inicial do usuário que está em situação de rua a equipe deve priorizar a observação e escuta qualificada, valorizando e respeitando os saberes e modos de viver dos indivíduos e possibilitando a construção de um vínculo de confiança (BRASIL, 2012).

Apesar dos impasses, a área da Saúde vem priorizando o cuidado alinhado com os direitos humanos e de cidadania propostos pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 2001). Com o intuito de superar a fragmentação das ações e serviços de saúde e ampliar as ações voltadas para acolhimento de pessoas em situação de vulnerabilidade, foi implementada a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no Brasil (BRASIL, 2011). Essa rede reconhece a necessidade de abranger a população em situação de rua em relação aos cuidados em saúde mental (VAN WIJK e MÂNGIA, 2018).

Uma das principais estratégias para o cuidado em saúde mental é o Consultório na Rua (CnaR) que integra a atenção básica da RAPS (SANTANA e ROSA, 2016). Essas equipes são responsáveis por ofertar cuidados integrais nos locais em que as pessoas em situação de rua estão, inclusive ações em saúde mental, principalmente para aqueles que apresentam transtornos mentais e/ou fazem uso de drogas (BRASIL, 2011; BRASIL, 2012a; BRASIL, 2012b). Essa medida ocasiona em uma saída da zona de conforto por parte dos profissionais e traz novos desafios que muitas das vezes as próprias equipes não sabem lidar (ANTUNES, ROSA e BRETAS, 2016; LONDERO *et al.*, 2014). Porém, ao mesmo tempo em que a abordagem na rua facilita o acesso aos portadores de transtorno mental, também evidencia as dificuldades da rede de saúde mental em absorver e acompanhar esses usuários (BORYSOL e FURTADO, 2014).

As equipes do CnaR atuam em conjunto com as equipes das Unidades Básicas de Saúde (UBS) do território, com as equipes dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPs), dos serviços de Urgência e Emergência e de outros pontos que variam conforme a necessidade do usuário (SANTANA e ROSA, 2016). Segundo Macerata, Soares e Ramos (2014), essas equipes ajudam o SUS a prevenir e a promover saúde pelas características territoriais. Para os autores, levar em conta as subjetividades e as territorialidades dessa população buscando articular as várias dinâmicas presentes no território existencial, deve ser o desafio (MACERATA, SOARES e RAMOS, 2014).

“Compreender e refletir sobre o cuidado às pessoas em situação de rua, em especial àquelas que apresentam transtornos mentais, envolve reconhecer a complexidade sócio-política da questão e conhecer as ações desenvolvidas pelos serviços de saúde que são dirigidas a essa população” (VAN WIJK e MÂNGIA, 2018).

Albuquerque (2014) define o Consultório na Rua (CnaR) como parte do legado da reforma psiquiátrica brasileira, já que prega o cuidar em liberdade e no território, pondo em questionamento as dificuldades da não institucionalização. Ferreira *et al.* (2016), ao

entrevistarem usuários do consultório na rua, viram que o CnaR também é visto como suporte social e de afeto, pois promove transformações e potencialidades em relação ao viver e ao cuidar na rua. Pesquisas mostraram que os usuários do CnaR avaliaram o serviço de forma positiva e benéfica (FERREIRA, 2015; FERREIRA *et al.*, 2016). Contudo, a pesquisa de Abreu (2013) encontrou pessoas em situação de rua que ainda não conheciam o serviço. Além disso, Lima (2013) identificou que tanto os profissionais do CnaR quanto os usuários afirmam a realização de uma boa prática de saúde integral e humanizada.

Tanto as equipes de Consultório na Rua como os CAPS (componentes da RAPS) apesar dos obstáculos, investem na garantia de acesso e na construção de vínculo; inclusão social; humanização; redução de danos e construção de PTS em rede (BRASIL, 2010; BRASIL, 2011). Segundo a revisão integrativa de Van Wijk e Mângia (2018), estudos demonstram as contribuições das equipes de saúde da atenção psicossocial em relação aos cuidados da população em situação de rua por meio do reconhecimento de suas necessidades, vinculação do usuário, escuta e construção de relações de confiança. Para os autores, os dados levantados comprovam que as equipes de Consultório na Rua oferecem serviços baseados no acolhimento, escuta qualificada e atenção às vulnerabilidades e necessidades da população em situação de rua. Entretanto, foram encontradas dificuldades na articulação do trabalho em rede para o atendimento de urgências e ações mais complexas em algumas equipes (VAN WIJK e MÂNGIA, 2018). Quando os serviços limitam o acesso de usuários devido às estigmatizações, burocratizações e a não flexibilização das práticas diante das demandas da população em situação de rua, isso dificulta o trabalho em rede (op cit).

Além disso, poucos estudos se debruçaram sobre as ações dos serviços de saúde mental especializados, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), e pelos serviços de urgência e emergência, também componentes da RAPS. Portanto, há a demanda de mais pesquisas e investigações sobre o tema (VAN WIJK e MÂNGIA, 2018).

O cuidado da saúde mental não se restringe apenas à área da saúde, pois, quando se fala em assistência comunitária e intersetorial deve se pensar em todos os setores, desde a saúde e assistência social até a educação, cultura, entre outros para que haja o sucesso no cuidado e se possa garantir de forma integral os direitos dessa população (SANTANA e ROSA, 2016). Borysol e Furtado (2014) identificaram que a principal porta de entrada à rede pública de assistência da população de rua são os serviços socioassistenciais.

Sobre os serviços de assistência social, um dos principais é o Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua (Centro POP), que faz parte do Sistema

Único de Assistência Social (SUAS) e oferta ações socioassistenciais que envolvem higiene pessoal, alimentação, provisão de documentação, informações e orientações sobre direitos, além do acesso a benefícios e atividades que incentivam autonomia, protagonismo, relações de solidariedade e etc. (BRASIL, 2011).

Segundo Reis (2014) o Centro POP é eficaz em relação a criação de vínculos e atendimento das necessidades mais urgentes da população. Todavia, há a necessidade de que o serviço suscite um “processo de consciência desses sujeitos, despertando-lhes sua capacidade de agentes históricos que respondem a determinadas necessidades, sendo capazes de ressignificá-las” (REIS, 2014, p. 144). De acordo com a pesquisa de Argiles (2012) realizada com usuários do Centro POP, foi percebido um sentimento de crença e confiança nas pessoas em situação de rua em relação aos serviços prestados. Entretanto, o autor assinala a necessidade de se desenvolver mais ações no serviço que abarquem as singularidades de cada indivíduo e que lhes garantam direitos básicos e acesso à rede intersetorial (ARGILES, 2012).

Existem ainda as casas de acolhimentos e albergues, que apesar de oferecem abrigo e acolherem a população de rua, ainda constituem uma estratégia para manter a ordem social, já que a retirada dessas pessoas da rua serve para amenizar o incômodo das demais pessoas e legitimar ações higienistas (FREITAS, 2014; HONORATO, 2014; RODRIGUES, 2009). Abib (2014), coloca que apesar de haverem dois tipos de intervenções estatais, as que geram inclusão e as que geram exclusão, ambas são estratégias biopolíticas de controle social. Os albergues também fornecem segurança, saúde e assistência social, embora alguns possuam exigências descontextualizadas e condições insalubres (AL ALAM, 2014; GUEDES, 2014). Inclusive, apesar das críticas em relação ao caráter controlador que os albergues podem ter, Karam (2015) aponta que eles minimizam os riscos e a vulnerabilidade social.

Para Souza (2015), os serviços de assistência social ainda se baseiam em um modelo assistencialista e filantrópico, isso impossibilita a transformação das questões estruturais, mantém o status quo e produz a construção subjetiva alienada. Tanto Souza *et al.* (2007) quanto Costa *et al.* (2015) falam sobre a urgência para a transformação das práticas assistencialistas em práticas emancipatórias e inclusivas.

Segundo Lisboa (2013), a não articulação entre a saúde e a assistência social, sobretudo sobre as questões relacionadas ao sofrimento psíquico no território, propicia a cronificação e institucionalização da pessoa em situação de rua. Souza, Silva e Caricari (2007) analisaram instituições públicas, privadas e entidades sociais que tem como foco as pessoas em situação de rua em SP e identificaram que tanto as instituições como a população em geral enxergam a

pessoa em situação de rua como alguém desprovido de história, vontades, valores e costumes. Portanto, é necessária uma integração e intersectorialização entre esses atores (SOUZA, SILVA e CARICARI, 2007).

Para Macerata e Passos (2007), entre cuidado e controle existe uma linha tênue. Por isso, é importante compreender o processo de saída das ruas dessa população para o planejamento de políticas públicas (MATTOS, 2006). A recusa de algumas pessoas em sair das ruas, para Reis (2013), está relacionada ao sentimento de excentricidade existencial e de liberdade. Do mesmo modo, Quintão (2012) destaca as deficiências de alguns serviços socioassistenciais em contemplar as diferentes necessidades de acordo com os diferentes modos de vida na rua; assim, embora algumas pessoas adiram ao processo de saída das ruas, outras estão sempre chegando. Para Souza e Araújo (2007), a saída das ruas só é possível por meio de políticas públicas que contribuam na construção de projetos de vida, logo, uma rede de apoio e fortalecimento social é fundamental. De modo semelhante, Fernandes (2013) destaca a potencialidade do acolhimento em repúblicas, já que é um serviço que proporciona autonomia, cidadania, direito de ir e vir, possibilidade de conviver com outras pessoas em ambiente residencial, construir seu projeto de vida e reorganizar a questão escolar, profissional e financeira.

Para Farias (2007) as políticas públicas devem promover a inserção em atividades produtivas para que haja a geração de renda e promoção de uma vida digna. O trabalho para essas pessoas tem um papel constitutivo em suas subjetividades, pois geralmente seu significado está relacionado a honestidade e pertença social, configurando uma forma de sobrevivência (BÜLL, 2010).

Sobre os vínculos das pessoas em situação de rua, a pesquisa de Paludo e Koller (2008) analisou as relações familiares de pessoas em situação de rua e ressaltou a importância do atendimento e apoio social/afetivo dos serviços para as famílias desses indivíduos também. Barros *et al.* (2009) sugere a formação de espaços de conversa mediados por profissionais para abarcar todos os membros da família. Além disso, Cunha (2015) identificou que a relação entre as pessoas em situação de rua e seus animais de estimação é pautada no companheirismo e proteção, já que os animais auxiliam na vigilância e nos riscos. Entretanto, em muitas instituições e abrigos os animais não são permitidos, isso pode levar à uma resistência por parte do usuário em frequentar o serviço. Desse modo, há a necessidade de políticas públicas que permitam o acesso dos animais aos serviços socioassistenciais também (CUNHA, 2015).

Por fim, para a promoção da saúde mental nesta população, é essencial garantir o acesso à informação por meio de ações educativas. Contudo, só isso não basta, é preciso garantir que as pessoas em situação de rua se empoderem e ganhem autonomia para conseguirem cuidar de si, tomar decisões pensadas e ter controle sobre suas vidas (SANTANA e ROSA, 2016).

## **2 JUSTIFICATIVA**

O interesse pelo objeto deste estudo foi sendo construído a partir das experiências pessoais e acadêmicas minhas. O contato com a população em situação de rua se deu primeiramente no campo prático para depois ocorrer no campo teórico. Por meio de trabalhos sociais voluntários pude conhecer pessoas que já estiveram na situação de rua (no momento estavam em uma instituição filantrópica de acolhimento) e, por meio de seus relatos, pude conhecer um pouco da história e vivências dela. Ter um contato mais próximo e profundo com essas pessoas suscitou o desejo em pesquisar mais sobre essa população. Assim, o interesse de estudar especificamente sobre as políticas públicas voltadas a essa população surgiu pelo fato de as vivências em relação a esses serviços estarem ora bem presentes, ora ausentes, nos relatos dessas pessoas.

Ao entrar em contato com o campo teórico, foi possível compreender melhor que a população em situação de rua é atravessada por uma grande vulnerabilidade social, que afeta, inclusive, âmbitos como a saúde mental. Devido a isso, se faz necessário investigar, levando em consideração as vivências e significados dessa própria população, a relação entre a condição de ser uma pessoa em situação de rua, a saúde mental e os cuidados ofertados dentro da rede de saúde e da rede de assistência social, já que o objeto de estudo em questão se encontra na interface entre o Sistema Único de Saúde (SUS) e o Sistema Único de Assistência Social (SUAS).

Embora haja um crescente interesse em se investigar a questão da situação de rua, há a necessidade de novas pesquisas que possam fornecer indicadores para políticas públicas que se debruçam sobre os direitos dessa população (SICARI e ZANELLA, 2018). Semelhantemente, Mattiello e Ramos (2018) analisaram a produção científica sobre a população de rua e constataram que há um número pouco significativo de artigos publicados, sendo necessário abordar o tema levando em consideração as questões das políticas públicas, saúde, e entre outras para que possa haver uma sensibilização e mobilização social na sociedade.

As hipóteses deste estudo são: a população em situação de rua possui demandas específicas de saúde mental devido à sua condição de vulnerabilidade social; essas demandas

são parcialmente atendidas pelos serviços oferecidos dentro da rede de saúde e da rede de assistência social. Pois, embora sejam oferecidas ações de cuidados que beneficiem a saúde mental de forma indireta (ações de cuidado à saúde e ações assistenciais); há a necessidade de ações mais direcionadas à saúde mental e mais eficazes no sentido de minimizar as vulnerabilidades desta população.

### **3 OBJETIVOS**

**Geral:** Investigar a relação entre ser uma pessoa em situação de rua, a dimensão da saúde mental e os cuidados ofertados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e Sistema Único de Assistência Social (SUAS).

**Específicos:**

1. Levantar as ações de cuidado ofertadas à população em situação de rua por três equipamentos responsáveis no município estudado.
2. Investigar, a partir da perspectiva da pessoa em situação de rua, as vivências e significados sobre a saúde, saúde mental e as ações de cuidado oferecidas por três equipamentos responsáveis no município estudado.
3. Investigar as relações entre saúde mental e os desafios da condição de ser população em situação de rua e ser usuária de serviços da rede pública.

## **4 MÉTODO**

### **4.1 Tipos de pesquisa**

Esta é uma pesquisa qualitativa interpretativa e descritiva do tipo empírica. Dado que o objeto de estudo pertence ao universo da linguagem e das vivências, foi adotado um olhar a partir da hermenêutica-dialética, que é a junção de um conceito da fenomenologia (hermenêutica) com um conceito do marxismo (dialética). Enquanto o primeiro conceito se refere ao estudo da construção dos sentidos por meio da linguagem, o segundo se refere ao diálogo/articulação dos elementos dentro de um espaço-tempo (contexto histórico) sob uma perspectiva crítica (MINAYO, 2014). Logo, essa junção permite um olhar sobre as dimensões da linguagem (significados), relações e práticas, considerando o condicionamento histórico que existe nelas, o reconhecimento da parcialidade do investigador, bem como priorização da compreensão e apreensão dos consensos e das contradições sob um ponto de vista crítico (MINAYO, 2014).

### **4.2 Campo de pesquisa**

O campo de pesquisa se deu em um município de médio porte do interior do Estado de São Paulo, que possui aproximadamente 246 pessoas em situação de rua<sup>1</sup>. No momento da pesquisa, o município dispunha dos seguintes serviços públicos voltados para a população em situação de rua: Consultório na Rua, Centro POP e Casa de Passagem - Albergue Noturno. Além disso, existiam instituições religiosas que prestavam serviços de assistência e acolhimento à população, tais como oferta de alimentação, roupas, produtos de higiene, acolhimento/abrigo, entre outros. Dentre elas, uma comunidade religiosa associada à rede pública que dispunha de algumas casas de acolhimento às pessoas em situação de rua ou em outras situações de vulnerabilidade. Inclusive, essa comunidade era responsável por gerir um Abrigo Emergencial, uma estratégia de assistência à população de rua criada durante a pandemia da COVID-19 e fruto da parceria público-privada. Havia também serviços de escuta e discussão das demandas dessa população, oferecidos pela Defensoria Pública: Fórum da População de Rua e Comitê Intersetorial da População de Rua.

Para esta pesquisa foram definidos como campo empírico as ações do Consultório na Rua, Centro POP e o Abrigo Emergencial.

---

<sup>1</sup> Estimativa ofertada pelo Censo realizado pela Secretaria de Cidadania e Assistência Social em 2019.

### **4.3 Participantes**

Foram convidados a participar da pesquisa pessoas em situação de rua, maiores de 18 anos, que possuíam condições de realizar uma entrevista dialogada, que frequentavam/frequentaram ou faziam/fizeram uso, ao menos uma vez, de ao menos um dos serviços escolhidos ao longo de sua trajetória na rua. Como forma complementar de dados, foram convidados profissionais, maiores de 18 anos e de nível superior que atuavam nos três serviços escolhidos.

Ao todo foram entrevistadas 22 pessoas, sendo 18 pessoas em situação de rua e 4 profissionais (2 do Centro POP, 1 do Consultório na Rua e 1 do Abrigo Emergencial). Dessas entrevistas, 21 delas foram feitas de modo presencial nas dependências do Centro POP e do Abrigo Emergencial, e apenas uma (a entrevista com a profissional do Consultório na Rua) foi feita de forma remota pela plataforma Google Meets. Foi adotado como referência o critério de saturação de conteúdos, a partir dos objetivos da pesquisa.

### **4.4 Instrumentos**

Foram utilizados nessa pesquisa dois roteiros para a entrevista semi-estruturada: um para a entrevista com os usuários (APÊNDICE A) e o outro para a entrevista com os profissionais dos serviços escolhidos (APÊNDICE B). Como instrumento de registro também foi utilizado um roteiro de Diário de Campo (APÊNDICE C).

### **4.5 Coleta e análise dos dados**

A coleta de dados aconteceu em duas modalidades: modalidade presencial e modalidade remota. Em ambas as modalidades, foram realizadas entrevistas semi-estruturadas. A entrevista semi-estruturada é uma entrevista guiada por um roteiro feito previamente pelo pesquisador (MINAYO, 2014). A inserção da pesquisadora no campo empírico foi pactuada com as equipes dos serviços citados anteriormente, buscando definir um desenho eficaz para a pesquisa, seguro para a pesquisadora e condizente com a rotina e possibilidades dos serviços. Para isso, a pesquisadora realizou conversas de modo remoto (via Google Meet ou WhatsApp) com os profissionais dos serviços escolhidos antes de começar a coleta de dados.

Na modalidade presencial foram feitas entrevistas com as pessoas em situação de rua e com os profissionais do Centro POP e Abrigo Emergencial. Elas foram realizadas nas dependências do Centro POP e do Abrigo Emergencial e tinham duração de aproximadamente 30 minutos à 1 hora e meia, variando conforme a demanda e contexto do entrevistado. Foram

feitos registros escritos (utilizando o roteiro da própria entrevista) e gravação de áudio de cada entrevista (utilizando um aparelho celular).

Destaca-se que, devido ao contexto de pandemia da COVID-19 vigente no período da pesquisa, foram tomadas as seguintes medidas de proteção para a modalidade presencial: a entrevistadora realizou testes para COVID-19 do tipo IGG e IGM antes e após a etapa presencial de coleta de dados onde os resultados foram negativos; as entrevistas foram realizadas em ambientes amplos, com circulação de ar e foi estabelecido um distanciamento mínimo de 1 metro entre a entrevistadora e o entrevistado; a entrevistadora fez uso de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) como máscara, protetor facial e álcool em gel 70%; todos os objetos utilizados para a entrevista foram devidamente higienizados antes e após as entrevistas.

A modalidade remota consistiu na entrevista semi-estruturada realizada com a profissional do Consultório na rua. Essa entrevista foi realizada via online, pela plataforma Google Meets e teve duração de aproximadamente 1 hora, conforme a demanda e contexto da entrevistada. Também foram feitos registros escritos (utilizando o roteiro da própria entrevista) e a gravação de vídeo da entrevista (utilizando a própria plataforma do Google Meets).

Ao todo, a coleta de dados durou aproximadamente 4 semanas. Os dados coletados foram analisados por meio da técnica de Análise de Conteúdo. A Análise de Conteúdo é um conjunto de técnicas que permite inferências sobre dados qualitativos de maneira sistemática e objetiva, isto é, visa a interpretação dos conteúdos trazidos pela comunicação (BARDIN, 1979; MINAYO, 2014). Essa técnica permite uma análise do material desde o nível mais raso até o nível mais profundo por meio do relacionamento entre as estruturas semânticas (significantes) com as estruturas sociológicas (significados) das falas e a articulação destas com fatores como: variáveis psicossociais, contexto cultural e contexto de produção da mensagem (MINAYO, 2014). A modalidade de Análise de Conteúdo que foi utilizada é a Análise Temática, que consiste em descobrir os núcleos de sentido da comunicação em questão (MINAYO, 2014).

A análise de dados foi feita primeiro de forma vertical (individual) e depois de forma transversal (grupal). Isto é, primeiro foram analisados os conteúdos e sentidos de cada participante e posteriormente foi analisado se os conteúdos e sentidos dos participantes convergiam em um sentido grupal.

A análise vertical foi dividida em três etapas: organização do material, pré-análise e exploração do material. A primeira etapa consistiu em separar os registros de cada participante (escrito e de áudio), utilizando uma pasta para cada participante. A segunda etapa consistiu em uma primeira leitura/escuta hermenêutica do material de cada participante, onde foram

suspensos os juízos de valor da própria pesquisadora para que ela estivesse aberta aos sentidos dos participantes. Nessa etapa também houve uma retomada dos objetivos e hipóteses. A terceira etapa consistiu em uma nova leitura, marcando o destacando no material os sentidos que convergiam com os objetivos e hipóteses, e os sentidos que estavam para além deles; esses sentidos foram dispostos em tabelas individuais.

Para assegurar a fidedignidade, foi realizada uma releitura após um período de tempo (um ou mais dias) para confirmar (ou não) as marcações e destaques feitos. A partir disso, foi feita a análise transversal e a criação dos núcleos de sentido (redução do texto às palavras e expressões significativas) e das categorias e subcategorias formadas pelos núcleos de sentido, que foram dispostos em uma única tabela. Por fim, foi realizado o tratamento dos resultados obtidos e interpretação por meio de uma análise crítica, relacionando os conteúdos com a dimensão teórica e autores que dialogam com o campo da Psicologia Social e Saúde Coletiva.

#### **4.6 Cuidados éticos**

Essa pesquisa foi aprovada pelo comitê de ética sob o registro 4.133.434 em 3 de julho de 2020. De acordo com as Resoluções nº 466/2012 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), foi assegurado o respeito ao participante, levando em conta sua dignidade, autonomia e liberdade durante a participação da pesquisa, reconhecendo sua vulnerabilidade e assegurando sua vontade de participar, ou não, da pesquisa, por meio de duas modalidades de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), um para as pessoas em situação de rua e outro para os profissionais dos serviços escolhidos.

Em todo o momento da coleta presencial a pesquisadora estava acompanhada das equipes dos serviços em questão, a fim de garantir a segurança de sua integridade física. As entrevistas, em especial com a população em situação de rua, ocorreram exclusivamente no ambiente institucional (Centro POP e Abrigo Emergencial) a fim de promover ambiente acolhedor/privativo para as pessoas em situação de rua, bem como propiciar a segurança física à entrevistadora.

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A seguir, será apresentada a caracterização dos participantes, onde serão apresentados alguns dados sociodemográficos e outras informações relevantes. Em seguida, serão apresentadas e discutidas as categorias analíticas formadas a partir da análise temática, onde serão trazidos alguns trechos das entrevistas com os participantes para dar ênfase aos achados.

### 5.1 Caracterização dos participantes

Das pessoas em situação de rua, foram entrevistadas 5 mulheres (1 trans e 4 cis), que serão identificadas por M4, M6, M7, M13 e M18<sup>2</sup>, e 13 homens (todos cis), que serão identificados por H1, H2, H3, H5, H8, H9, H10, H11, H12, H14, H15, H16, H17<sup>3</sup>. Os participantes tinham idades entre 24 e 57 anos e tempo em situação de rua variando entre 40 dias a 17 anos. Apenas duas pessoas apresentavam o Ensino Médio Completo, sendo que uma delas possuía Ensino Superior. A maioria dos homens possuía o Ensino Fundamental incompleto, enquanto todas as mulheres apresentavam, ao menos, o Ensino Fundamental completo. Todas as pessoas exerciam ou já tinham exercido algum tipo de ocupação, formal ou informal, seja durante a situação de rua ou fora dela. Sobre a dimensão afetiva-civil, a maioria dos participantes estavam solteiros, porém a maioria deles já esteve em uma união civil ou estável, e dois estavam em um relacionamento no momento da pesquisa. As informações mais detalhadas de cada participante se encontram no APÊNDICE D.

Dos profissionais, foram entrevistadas 4 pessoas, 1 profissional do Consultório na Rua (P1), 2 profissionais do Centro POP (P2 e P3) e 1 profissional do Abrigo Emergencial (P4), conforme mostra a tabela a seguir:

---

<sup>2</sup> Códigos de identificação das mulheres em situação de rua

<sup>3</sup> Códigos de identificação dos homens em situação de rua

**QUADRO 1 – PROFISSIONAIS ENTREVISTADOS**

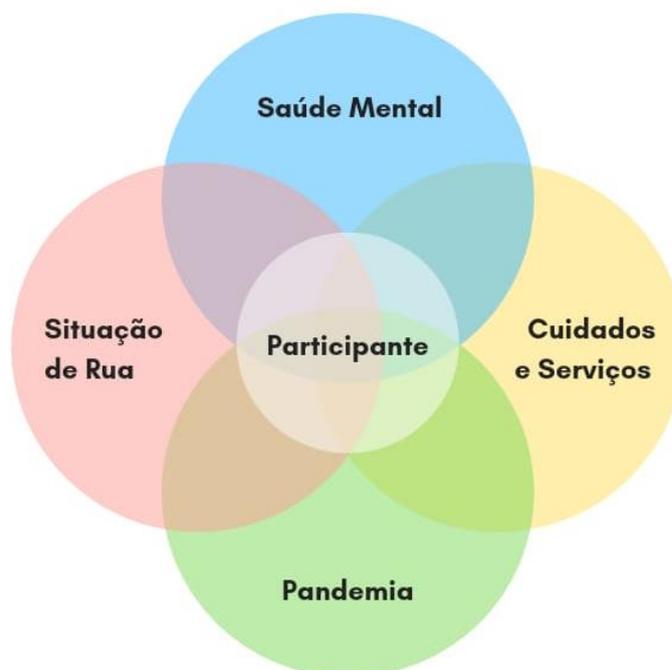
Código de Identificação	Idade (anos)	Identidade de Gênero	Serviço	Cargo/Função	Tempo que trabalha no local
P1	39	Mulher Cis	Consultório na Rua	Enfermeira	3 anos
P2	51	Mulher Cis	Centro POP	Coordenadora	8 meses
P3	28	Homem Cis	Centro POP	Educador Social	1 ano e 9 meses
P4	53	Mulher Cis	Abrigo Emergencial	Assistente Social	1 ano e 6 meses

Fonte: Autoria própria.

## 5.2 Categorias analíticas

Para fins de sistematização, os dados foram organizados nas seguintes categorias: *1. Situação de Rua: determinantes psicossociais e a dialética entre as dificuldades e potências; 2. Saúde Mental: significados e dialética entre sofrimento e bem estar, necessidades e desejos; 3. Cuidados e Serviços; 4. Pandemia.* Cada categoria também abriga subcategorias e os núcleos de sentidos que se destacaram, que podem ser melhor observados no APÊNDICE E.

Contudo, cabe ressaltar que as categorias se inter-relacionam de forma complexa e algumas categorias são mais transversais que outras, isto é, não tem uma delimitação clara e perpassam as demais categorias. Segue um esquema que explicita melhor a relação das categorias e como as dimensões se articulam na vida dos participantes em situação de rua:

**FIGURA 1 – INTER-RELAÇÃO ENTRE CATEGORIAS ANALÍTICAS**

Fonte: Autoria própria

Outro ponto importante a destacar é que em algumas categorias ficou mais marcada a diferença entre as vivências de homens e mulheres, por isso algumas discussões serão feitas considerando o recorte de gênero.

### ***5.2.1 Situação de rua: determinantes psicossociais e a dialética entre as dificuldades e potências***

#### ***5.2.1.1 Determinantes psicossociais<sup>4</sup>***

Em consonância com outros achados (CAMPOS, 2012), verificou-se que os determinantes psicossociais da situação de rua são multifatoriais, graduais e processuais. Grande parte dos participantes relataram mais de um motivo que os levaram à situação de rua e foi possível notar uma sinergia, ou seja, uma articulação de diversos fatores da vida da pessoa que culminaram na situação de rua.

Os determinantes psicossociais da situação de rua serão pensados a partir do conceito de vulnerabilidade proposto por Ayres *et al.* (2006). Para os autores, a vulnerabilidade pode ser definida a partir de três dimensões interdependentes e determinantes: individual, social e programática. A dimensão individual diz respeito aos aspectos mais pessoais, como os aspectos

<sup>4</sup> Os participantes que produziram os conteúdos que constituíram a subcategoria “Determinantes psicossociais” foram: H1, H2, H3, M4, H5, M6, M7, H8, H9, H10, H11, H12, M13, H14, H15, H16, H17, M18.

biológicos, emocionais, cognitivos, atitudinais, vínculos afetivos e etc. A dimensão social são os aspectos estruturais, isto é, aspectos culturais, sociais e econômicos que se relacionam de forma determinante às oportunidades de acesso a bens e serviços. A dimensão programática é caracterizada pelos aspectos institucionais, isto é, a existência e a eficácia de serviços, programas, políticas, redes, bem como a disponibilidade de recursos dos mesmos para proteger o indivíduo de riscos e fatores que ameacem a sua integridade e bem-estar físico, psicológico e social. Assim, o fator vulnerabilidade depende da combinação dessas três dimensões, das experiências vividas e de como as pessoas lidaram e lidam com as suas vivências (AYRES *et al.*, 2006).

Os determinantes que apareceram com mais frequência nos relatos foram os conflitos familiares e/ou rompimentos de vínculos e uso prejudicial de drogas, replicando os achados de outros estudos, por exemplo Abreu (2013) e Aguiar (2014).

“Ah, briga né, vai pro... o crack só, só, só traz éh, destruição em tudo né, em geral, não só na pessoa que usa, mas na família toda. A família já não aceita, não aceita... de jeito nenhum.” (H14).

Neste seguimento, outro determinante que se destacou foi a ausência total de rede de apoio familiar e social, que apareceu em um relato onde o participante ficou órfão ainda criança e não possuía mais familiares próximos:

“Única tia que eu tinha faleceu, aí eu fui pra rua, que era a que cuidava de mim, né.” (H3)

Para as mulheres, destacaram-se como determinantes a violência de gênero e a vulnerabilidade social:

“Não, foi desentendimento familiar. Por conta das drogas. Eu tinha um padrasto que também era dependente químico. E aí começaram a se iniciar os abusos, eu tinha 11 anos, dos meus 11 aos 13 anos, dentro de casa eu era abusada. Aí chegou uma hora que eu disse "chega" e decidi ir embora.” (M4)

“Não consegui mais pagar o aluguel. Aí eu fui pra rua, aí eu vendi tudo, só fiquei com a coberta, travesseiro, os documento e umas trocas de roupa na bolsa.” (M7)

Por violência de gênero entende-se toda e qualquer violência (física, sexual, psicológica, moral e patrimonial), seja no âmbito doméstico e familiar ou não, que tenha como fatores determinantes as questões estruturais de gênero na sociedade. Nesse estudo, a violência de gênero - principalmente a violência sexual - apareceu como um tema transversal e de grande

impacto na vida e nas relações sociais das participantes femininas, sendo um elemento que contribuiu para a ida para a rua delas, assim como em outros estudos (ROSA e BRÊTAS, 2015; SARMENTO e PEDRONI, 2017).

Nesse sentido, vale destacar o relato da mulher trans (M6) por suas singularidades, já que a condição de ser uma mulher trans e se prostituir foi o fator determinante para que ela fosse para rua:

“Aí eu não tinha pra onde ir e fiquei na rua, a família não aceitava” “Então, eles não aceitavam né, por eu ser uma travesti... fazer programa” (M6)

Segundo Benedetti (2005), por meio da prostituição as travestis e mulheres trans encontram uma forma de viver a sua identidade de gênero e também uma fonte de renda, já que isso muitas das vezes não é aceito em outros espaços sociais devido ao preconceito. Além disso, muitas acabam “saindo de casa muito cedo, pelo fato de a família não as aceitar ou pelo medo de fazer a família sofrer diante do preconceito social.” (GIONGO, MENEGOTTO e PETERS, 2012, p. 1009).

Para os homens, além do uso prejudicial de drogas, um determinante que chamou a atenção foram as perdas de familiares ou pessoas próximas que resultaram em lutos complicados e, conseqüentemente, o uso prejudicial de drogas. Essas experiências de perdas se referem tanto a morte de familiares/pessoas próximas, como separações/rompimentos de relacionamentos:

"Ah, o que que levou a ir pra rua foi depois que meu pai morreu. Depois que meu pai morreu, desgostei da vida, entreguei tudo que eu tinha e fui viver na rua, comecei a usar droga, aí... pra mim aí a minha vida não tinha mais valor." (H10)

Observa-se uma relação entre a vivência masculina da perda/luto com o uso prejudicial de drogas, especialmente o álcool, que pode estar relacionado com o desenvolvimento de outros transtornos mentais, como a depressão. Estes fatores, por sua vez, se relacionam com a ida para a rua. Aqui, o uso abusivo do álcool ou de outras drogas pode ser uma forma de não entrar em contato com a dor e com o sofrimento da perda, refletindo uma dificuldade dos homens em lidar com as emoções. Todos esses aspectos estão relacionados à construção social da masculinidade na sociedade.

Para a maioria dos participantes, a vulnerabilidade, em seus diferentes níveis e dimensões, foi o principal fator determinante da situação de rua. Porém, um relato se destacou dos demais por seu caráter singular, onde o participante relatou que o motivo dele ir para a rua foi a questão da independência e liberdade:

“O problema meu é que eu num consigo ficar parado. Eu num consigo ficar parado, tenho casa, tenho tudo...” “a minha vida é a estrada. Igual aqueles caminhoneiro, só que em vez de pegar e viajar de caminhão, a maioria eu vou na canela (risada)” (H5)

Portanto, é importante reforçar a noção de que os fatores que levam as pessoas a irem para a situação de rua são plurais.

### 5.2.1.2 *Dialética entre dificuldades e potências*<sup>5</sup>

“Mas assim, né, existe muito afeto na rua, mas existe muito desafeto também, tudo que tem num clima normal, natural, que as pessoas categorizam assim, na rua é mais elevada a coisa, entendeu. A hostilidade, a maldade, a dor, mas o amor também, a esperança, é tudo mais... éh, você sente... com mais, como posso dizer... com maior intensidade na rua, entendeu.” (H11)

Essa descrição sobre o viver em situação de rua é um ponto de partida importante para compreendermos o caráter contraditório e dinâmico da situação de rua.

Corroborando os achados da literatura (ABREU, 2013; AGUIAR, 2014; ALLES, 2010; AL ALAM, 2014), as maiores dificuldades relatadas por quase todos os participantes foram as relativas às necessidades básicas e de sobrevivência: fome, sede, frio, sono e higiene.

“A dificuldade é um banho né, que é muito difícil, e o frio” “São as necessidades básicas, que você vem pra rua, você perde elas, cê tá entendendo. Sobrevivência, que é alimentação, banho e um bom sono né, porque a gente dorme na rua, tá sujeito a não dormir, entendeu.” (M4)

Ainda, a falta de oportunidades de trabalho/emprego, foram dificuldades que apareceram em alguns relatos:

“Cheguei a entregar currículo em vários, em várias empresas, em vários locais e esperei a ligação e a ligação não veio, ninguém me chamou pra uma entrevista de emprego. Fiz pequenas, pequenas faxinas e tal, uma diária aqui e outra ali, mas... como não era nada fixo, nada sério, aí você acaba afundando mais e mais na droga e na bebida né. Vai parecendo... vira um círculo vicioso aquilo ali.” (M18)

Nesse relato, a falta de perspectiva de uma melhora de vida se encontra relacionada ao uso prejudicial de drogas também, mostrando como as dificuldades e fatores vulnerabilizantes da situação de rua impactam na saúde mental.

Outro achado muito presente nos relatos que é comum aos achados de outros estudos é a questão da violência. A violência nesse trabalho será pensada a partir da conceituação de

---

<sup>5</sup> Os participantes que produziram os conteúdos que constituíram a subcategoria “Dialética entre dificuldades e potências” foram: H1, H2, H3, M4, H5, M6, M7, H8, H9, H10, H11, H12, M13, H14, H15, H16, H17, M18.

Žižek (2014), que divide a violência em três tipos: violência subjetiva, violência objetiva e violência sistêmica. A violência subjetiva é a violência direta, isto é, um tipo de violência visível onde o agente é claramente identificável e as vítimas se sentem claramente intimidadas e/ou amedrontadas. A violência objetiva é a violência invisível, um tipo de violência naturalizada, sustentada por aspectos estruturais e culturais da sociedade, como atitudes machistas, racistas e homofóbicas. A violência sistêmica são as consequências e efeitos de sistemas políticos e econômicos baseados na injustiça e desigualdades - como, por exemplo, o sistema capitalista - e diz respeito à exclusão e falta de acesso à bens e serviços.

Diante dessa perspectiva, as pessoas em situação de rua são atingidas pelos três tipos de violência, que se manifestam principalmente por meio da violência policial, violência urbana, violência de gênero e a exclusão, que é marcada pela discriminação/preconceito.

A violência urbana, expressa principalmente por meio da violência física e direta, vinha tanto das pessoas em situação de rua, como de outras pessoas da sociedade:

“Mas assim, lá é cruel, eu vi muita gente morrer, por conta de besteira, entendeu. Te juro, por conta de besteira, sabe. Dum trago de droga, numa garrafa, de um corote de pinga, vi gente morrer assim. E aquela coisa que não dá pra você evitar, entendeu. Porque o problema não é com você, então você não pode tomar partido, entende. São vida... mortes inúteis na verdade.” (H11)

Já a violência policial, além de ser uma violência direta, também faz parte de uma violência sistêmica, já que é um tipo de violência estatal.

"Pela guarda municipal e pelas polícias." "Dava chute, éh... cacetada na costela." "Éh, tapa na cara. Chamava de vagabundo, indecente, sem vergonha. Era isso que a gente escutava, dos próprios servidores públicos, né, que é a polícia." (H16)

O preconceito, a discriminação e a exclusão também foram fatores muito presentes nos relatos, refletindo tanto a violência objetiva como a sistêmica:

“Ah, senhora, a principal dificuldade é que a sociedade não vê a gente... entendeu, tipo, marginaliza a gente, tendeu. Não sabe a dificuldade da pessoa, o motivo que ela tá ali entendeu, então muitos fala ‘pô, é um vagabundo que tá ali’, às vezes nem é, tendeu, é uma pessoa que precisa de uma oportunidade, entendeu.” (H5)

De acordo com Sawaia (2002) a exclusão social é uma situação de privação coletiva e inclui a pobreza, a discriminação, não equidade, não acessibilidade e não representação pública. Inclusive, a deslegitimação dos sujeitos provoca uma desumanização que autoriza a expressão do desprezo e do medo, que acabam justificando a violência contra as populações excluídas.

Para as mulheres, além das vulnerabilidades da própria situação de rua, somam-se ainda as vulnerabilidades em relação às questões de gênero. As mulheres entrevistadas trouxeram à luz questões como objetificação e exploração de seus corpos pelos homens em situação de rua, violência de gênero, competição feminina entre as mulheres em situação de rua e também o preconceito sofrido pela sociedade.

"Difícil, complicado. Complicado porque... éh... muitas vezes na rua, eh, a mulher não é valorizada por tá ali, cê tá entendendo. Ela é vista como um objeto. É como eles veem." (P1)

"[...] só te protegem na rua se você faz uma troca sexual. Eles esperam isso, esperam que você faça essa troca sexual [...] recebi várias propostas dessa" (P5)

Todas essas questões refletem questões estruturais da sociedade, fruto da relação de poder entre os gêneros expressada por meio do machismo e da misoginia; só que no contexto da rua elas parecem se expressar de forma ainda mais brutal e naturalizada:

"Se eu usar muita droga e muito álcool, a pessoa abusa de você. Aí você vai perceber no outro dia, porque o corpo fica dolorido."..."Aí eu fui levada pro instituto legal lá, pra fazer o corpo de delito, só que falaram pra mim que foi com a minha vontade, falou assim "bêbada e chapada é da sua vontade então." (M13)

Esse achado corrobora com os achados de outras pesquisas: "a maioria das mulheres relataram ter sofrido em algum momento de suas trajetórias pessoais violência sexual, tanto quando eram jovens, quanto após a ida para as ruas" (PEDRONI e SARMENTO, 2017, p.9) e há "falta de apoio familiar e/ou institucional para enfrentar essa situação" (BRÊTAS e ROSA, 2015, p.278). A falta de uma rede de apoio nos casos de abuso sexual culminou numa revitimização dessas mulheres, um fenômeno que não é raro de acontecer em casos de violência sexual, ainda mais quando se trata de mulheres em situação de rua, onde muitas não denunciam por acreditarem que não terão amparo e proteção do Estado.

Além do mais, a prostituição foi um fator muito presente na história de vida da maioria das entrevistadas, presente antes da ida pra rua e também presente na vida na rua para algumas delas.

"é... eu ia fazer programa, né, essas coisas e não queria mais, muito violento" (M6)

O tema da prostituição é alvo de várias discussões com visões divergentes: ora é pautada como uma forma de objetificação do corpo feminino, ora é pautada como como uma forma de autonomia do corpo feminino (SARMENTO e PEDRONI, 2017). Porém, no relato das

mulheres desse estudo a prostituição apareceu como mais uma expressão da vulnerabilidade, já que todas trouxeram a experiência de forma negativa, relatando as violências que sofreram e também o desejo de não voltar a se prostituir. Além do mais, elas foram motivadas a aceitar essa condição degradante para conseguir sustentar a si e/ou aos filhos.

"Também às vezes tem aqueles que combinava programa na hora chegava num determinado local, aí a pessoa já vinha com agressão física e ah, não vou te pagar nada', vinha com violência verbal, com agressões verbais, 'não, você era prostituta lá na, lá não sei aonde, lá no barzinho, agora você vai fazer comigo e não vou te pagar nada'. Aconteceu também." (M18)

Diante das violências e violações de direitos, as pessoas em situação de rua se veem obrigadas a desenvolverem estratégias de sobrevivência, como andar sozinho, evitar dormir em lugares onde tem muita concentração de pessoas ou, até mesmo, portar objetos como faca, pedra, punhal e usar a violência em autodefesa:

"Na rua você tem que andar com faca né, se defender com o que tem, se defender com pedra, com faca. Eu sempre andei com um punhal" (M18).

Inclusive, embora seja comum mulheres em situação de rua fazerem trocas sexuais com homens para garantirem uma autoproteção, boa parte das mulheres deste estudo optaram por garantir a própria segurança, não aceitando a vinculação com homens para garantir sua proteção, corroborando achados de outros estudos (ROSA e BRÊTAS, 2015; SARMENTO e PEDRONI, 2017). Além disso, essas mulheres trouxeram em seus relatos consciência sobre essas questões estruturais de gênero.

Embora a maioria dos participantes relatarem que não existiam coisas boas em estar em situação de rua, alguns deles trouxeram em seus relatos algumas potências do viver em situação de rua. Ao mesmo tempo que é uma situação de extrema vulnerabilidade, algumas pessoas encontram aprendizado, afeto, liberdade e solidariedade:

"Ah, ensinou várias coisas. Me ensinou a fazer tapete, me ensinou a ser humilde com os outros, que eu não era. Me ensinou várias coisas pra mim. A rua me ensinou bastante coisa, graças a Deus. E eu não se arrependo de ter morado na rua 3 ano não, se precisar de eu morar de novo eu moro de novo." (H10)

"Eu conheci pessoas magníficas e aprendi muito com elas. Porque querendo ou não, daí desse lado daí, não dá para ver e enxergar a dimensão de quantas pessoas boas existem na rua. Tem muita gente boa, tem gente do bem, gente estudada, gente que entende de pessoas, sabe. Pessoas que você olha e fala, não dá nada, mas aquela pessoa tem toda uma história. Todos têm uma história por trás de tudo isso." (M4)

A liberdade, assim como em outros estudos (MOURA JUNIOR, 2012; REIS, 2013), foi considerado um dos fatores mais positivo da vivência na rua

“a única coisa boa mesmo era a liberdade que você tem, de ir e vir. Liberdade de ir e vir, e falar com quem você quer, na hora que você quer, fazer o que te dá vontade” (M18)

A ajuda e/ou doações recebidas, tanto dos pares, quanto de pessoas externas, também foi algo que apareceu nos relatos dos participantes:

“E as vez aparecia alguém com algum pão, algum bolo, algum negócio, a gente comia e animava, e tomava uns gole e aí saía.” (H8)

Todos esses aspectos reforçam a necessidade de um olhar crítico sobre a situação de rua, que considere as vulnerabilidades e também as potências desse modo de vida, assim como apontado por outros autores (BECKER, 2014; CARDOSO, 2014; OLIVEIRA, 2012; MOURA JUNIOR, 2012).

## **5.2.2 *Saúde mental: significados e a dialética entre sofrimentos e bem estar, necessidades e desejos.***

### **5.2.2.1 *Significados de saúde e saúde mental***<sup>6</sup>

Foram diversos os sentidos e significados que saúde e saúde mental tinham para os participantes. Algumas definições dadas foram semelhantes à definição da OMS (WHO, 2014), trazendo a noção de bem estar associado à uma perspectiva biopsicossocial:

"Saúde... O que é saúde... Caraca!... Não, saúde pra mim é você estar bem, trabalhar, estar bem de alimentação, de casa, de frio. Acho que saúde é um bem estar né." (H3)

Nesse caminho, algumas pessoas destacaram a inter-relação entre saúde e saúde mental e a noção de que saúde e doença podem coexistir numa relação dialética:

"Saúde... saúde eu entendo que... ah, a mente, a saúde da mente acho que é a principal. Porque se a mente não vai bem, o resto também não funciona direito. Muitas vezes uns têm câncer, outros tem uma coisa, outros... mas a mente é sã. E quando a mente não é sã, nada funcionada direito, nada, nada... é tudo muito esquisito, muito ruim..." (M7)

---

<sup>6</sup> Os participantes que produziram os conteúdos que constituíram a subcategoria “Significados de saúde e saúde mental” foram: H1, H2, H3, M4, H5, M6, M7, H8, H9, H11, H12, M13, H17, M18.

Outras definições ainda relacionaram saúde e saúde mental à cuidado e/ou autocuidado, fazendo referência aos serviços de saúde.

"Saúde... saúde... saúde é se cuidar, né? Se cuidar e... tá sempre, tipo assim... ir no médico, né? ver como tá a saúde, passar por exames, né? você ver se tá bem, se não tem doença ou alguma coisa." (H1)

Contudo, houveram também definições que relacionaram saúde à ausência de doenças:

"O que é saúde pra mim... é eu me sentir bem, saber que nenhum órgão meu está afetado por nenhum vírus, nenhuma infecção, não está comprometido com nada que eu esteja ingerindo (risada), né, que eu não esteja causando nenhum dano à minha saúde (risada)" (M18)

Essas definições não divergiram das definições dadas pelos profissionais dos serviços:

Saúde é lutar todo dia, ter força... ter noção, ter lucidez e combater aquilo que tá agredindo a gente, que tá desequilibrando, acho que é isso (P1)

Saúde? Qualidade de vida, uma boa qualidade de vida, saúde é uma boa alimentação, saúde é onde você ter que dormir com dignidade, saúde é você saber que amanhã você vai ter um café, uma alimentação, saúde ela não é só a física, é a psíquica, né? Ela é o bem-estar, uma moradia boa, é convivência tranquila, isso tudo é saúde (P4)

Por fim, houveram pessoas em situação de rua que não souberam responder ou associaram saúde mental à loucura:

"Tipo louco? Vem com o papo. Saúde mental, uma pessoa meio... é?" "Sei lá... nunca ninguém falou de saúde mental para mim, e nem falaram que eu era louco." (H2)

Partindo do pressuposto que há uma relação dialética entre o campo da teoria (conhecimento) e da prática (experiência), da linguagem (significados) e do material, do objetivo e do subjetivo, todos os sentidos e significados atribuídos à saúde e saúde mental pelos participantes estão diretamente relacionados às vivências dessas pessoas, à forma como elas experienciam o processo saúde-doença e à realidade social delas. Logo, essas definições evidenciam alguns aspectos importantes, como o acesso ou não à saúde e saúde mental e os determinantes sociais de saúde e saúde mental. Esses aspectos serão melhor explorados nas subcategorias a seguir.

### 5.2.2.2 *Dialética entre sofrimento e bem estar*<sup>7</sup>

Tanto os fatores de sofrimento, como os fatores de bem estar aqui não serão analisados só a partir de uma perspectiva individual, mas também considerando os condicionantes políticos, históricos e sociais. Para isso, será adotada uma perspectiva a partir dos determinantes sociais na saúde.

Segundo a Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), as condições de vida e trabalho dos indivíduos e de grupos da população estão relacionadas com sua situação de saúde. Assim, os determinantes sociais da saúde (DSS) 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, 2007; FILHO, 2007). Segundo o modelo de Dahlgren e Whitehead, os DSS podem ser dispostos em níveis que vão desde os microdeterminantes (aspectos mais individuais, como idade, gênero, fatores hereditários e estilo de vida dos indivíduos) até macrodeterminantes (aspectos mais sociais, como redes sociais e comunitárias, condições socioeconômicas, culturais e ambientais) (GUNNINGSCHEPERS, 1999 apud BUSS, 2007; FILHO, 2007).

Nessa pesquisa, a violência, principalmente a violência sexual, se mostrou um fator de grande impacto na saúde mental das participantes femininas. De acordo com os resultados de uma revisão da literatura sobre a associação entre exposição à violência e problemas de saúde mental (RIBEIRO *et al.*, 2009), a violência está significativamente associada a problemas de saúde mental; em mulheres, há uma correlação entre sintomas de depressão e ansiedade e violência conjugal psicológica e violência sexual. Um outro estudo apontou uma estimou que as mulheres que sofreram violência doméstica têm aumento do risco em três vezes de desenvolver transtornos depressivos, quatro vezes de desenvolver transtornos ansiosos, sete vezes de desenvolver síndrome de estresse pós-traumático (ORAM, 2017).

"e só uma coisa que eu não consigo tirar da minha cabeça, que aconteceu comigo quando eu tinha 7 ano. Eu fui estuprada pelo meu irmão. [...] e isso não sai da cabeça, sabe? Éh... me cortava muito por causa disso" "Aí eu lembrava muito nítido, sabe, aí eu começava a me cortar, aí acalmava." (M7)

A automutilação aparece no relato acima como um sintoma de sofrimento psíquico, associado à violência sexual sofrida. Todas as participantes que apresentaram um histórico de abuso sexual também relataram ter diagnóstico de transtornos mentais ou sintomas relacionados

---

<sup>7</sup> Os participantes que produziram os conteúdos que constituíram a subcategoria "Dialética entre sofrimento e bem estar" foram: H1, H2, H3, M4, H5, M6, M7, H8, H9, H10, H11, H12, M13, H14, H15, H16, H17, M18.

a sofrimento psíquico. Segundo Florentino (2015), estudos apontam que dentre as possíveis consequências psicológicas tardias do abuso sexual na infância e adolescência estão: desenvolvimento de transtornos psiquiátricos como transtorno de estresse pós-traumático, ansiedade, depressão, abuso de álcool e outras drogas, ideação suicida, entre outros. Para Lira *et al.* (2017), a vivência do abuso sexual na infância traz como repercussões sofrimentos intensos, como baixa autoestima, depressão, comportamentos autodestrutivos, ideias homicidas e tentativas de suicídio.

"Tenho bipolar, tenho transtorno psicótico, tenho mal de borderline e automutilação, e depressão gravíssima" (M7)

Outro sintoma relacionado ao sofrimento psíquico muito presente em diversos relatos - tanto femininos, como masculinos - foi a ideação ou tentativa de suicídio:

"Eu já tentei me matar 5 vezes. Duas eu tomei veneno, só que eu tava alcoolizado o suficiente pro veneno não fazer efeito. Tive de fazer lavagem, não é uma coisa legal. Não, a tentativa de suicídio também não é legal, não recomendo pra ninguém. Se você fizer, faça direito, porque depois o sofrimento é bem maior, deixa sequelas né, entendeu." (H11)

Alguns homens também relataram possuir diagnóstico de transtornos mentais ou terem sintomas relacionados à depressão, ansiedade, entre outros:

"Ah.. eu falo sozinho... fico estressado, começo a mexer os dedo, perna, num sossego, num paro, num durmo, eu tenho muita insônia" "É difícil, é acho que aonde que vem as dor de cabeça" (H17)

O uso prejudicial de drogas também se mostrou um indicador muito forte de sofrimento psíquico tanto para eles, quanto para as mulheres. Indo ao encontro dos achados de Moura Jr e Ximenes (2016), o uso e abuso de substâncias psicoativas se mostraram uma forma de amenizar o sofrimento e permitir a fuga da realidade presente:

"Muitos acorda e vai tomar, pra que? pra não enxergar a realidade, deixar ela embaçada, ela embaçada tá tudo certo" "como eu sempre tava drogado, louco, então... não tinha sentimento nenhum, entendeu." "Me ajudava. Igual hoje, hoje eu sofro, entendeu. Porque? Porque eu tô de cara limpa. Hoje eu tenho sentimento, eu sei as coisas que eu fiz, que eu deixei de fazer, né. Hoje tá tudo à tona, sabe. Tá na carne mesmo e não tem nada pra me anestesiá, entendeu." (H12)

"Você tá na rua você não consegue ficar sem beber, se você não beber você não quer levantar, se você não beber você não quer comer, você não quer fazer nada." (M18)

Contudo, ao mesmo tempo que é um indicador de sofrimento psíquico, para alguns pode estar relacionado a bem estar:

"Maconha. Quando eu acordo assim de bem com a vida eu fumo uma maconha que eu já... eu alimento bem" (H2)

A partir desses relatos, fica evidente o quanto a lógica proibicionista, que prega a abstinência como uma estratégia eficaz para o tratamento do uso prejudicial do uso de substâncias, não se aplica às pessoas em situação de rua. Assim, a estratégia de Redução de Danos (RD) se mostra a mais eficaz, já que se baseia em um cuidado biopsicossocial, que considera a autonomia do indivíduo e promove um cuidado mais acessível, pois não coloca como exigência o abandono do uso de drogas para o tratamento (CFP, 2019).

A exclusão, o não reconhecimento e a discriminação presentes na vivência na rua afetaram de maneira significativa a saúde mental dos participantes, principalmente no que diz respeito à autoestima, ao senso de identidade e dignidade:

"Você se sente muito oprimida, você se sente muito oprimida na rua" "Péssima, péssima, péssima. Totalmente oprimida, toda... você se sente um inseto, menos que um inseto. Você acha que você é a escória da humanidade né, que ninguém vai te dar uma oportunidade, é isso que a gente pensa." (M18)

Segundo Sawaia (2002), o sofrimento derivado dos processos de exclusão social, não se trata de um sofrimento individual, mas sim um sofrimento ético-político, para ela: "é o indivíduo que sofre, porém, esse sofrimento não tem a gênese nele, e sim em intersubjetividades delineadas socialmente" (p. 99). Assim, esse sofrimento é fruto da desigualdade social, da impossibilidade de apropriar-se da produção material, cultural e social da sociedade, de movimentar-se no espaço público e de expressar desejos e afetos (SAWAIA, 1995).

"Desespero. A rua é o lar do desespero, entendeu. O lugar onde se tem mais desespero por metro quadrado, vamo colocar assim. Lá com certeza. Tem a parte boa que te falei, a liberdade, a festividade, a alegria, mas o desespero é perene, ele tá sempre ali rondando, e se você não souber se cuidar, ou sua mente entra em parafuso ou você tenta se matar. Muitas vezes consegue" (H11)

Além do mais, para a autora, sentimentos como culpa e vergonha - muito presente nos relatos de alguns participantes dessa pesquisa - são fenômenos históricos e sociais e funcionam como estratégias de controle e coerção social. Tais sentimentos, além de promover a manutenção do isolamento e exclusão social, atribuem a responsabilidade aos indivíduos, e não ao Estado (SAWAIA, 2002).

Apesar disso, ao contrário dos achados de Barata *et al.* (2015), alguns participantes se reconhecem como cidadãos e pessoas detentoras de direitos, principalmente no que concerne aos cuidados e serviços voltados à população em situação de rua:

"sou um cidadão, quem mantém isso tudo é a prefeitura, é o governo, então é um direito meu. Como cidadão, deles... que eu tenho direito de contar com esses serviços. Muitos não vai, uns é porque não sabe que existe esse serviço, outros não vai porque não quer memo, entendeu"

Nesse sentido, a assistência e cuidados recebidos pela população também impactam de forma muito significativa a saúde mental, seja de forma a amenizar o sofrimento e gerar bem estar, ou de forma a manter alguns fatores relacionados ao sofrimento e agravar os quadros de adoecimento mental:

"Assim quando eu tava, quando me batia uma enorme depressão, quando eu vi que eu ia me afundar nas drogas, quase morrer de overdose ou entrar num coma alcoólico eu procurava uma amiga psicóloga [...] lá do CREAS, sempre gostei muito de conversar com ela. (M18)

"No começo das internações eu achava que era uma maneira de me punir, sabe. E aí eu ficava... batia de frente, entendeu. Aí depois eu fui entendendo a necessidade, entendeu, de eu tá, se desintoxicando e tal tal tal. Mas eu sofri bastante, sofri bastante. Ficava trancada, amarrada. Fui muito pra psiquiatria. Mas eu consegui ser expulsa da psiquiatria, tá vendo (risada)." (M4)

Esse último relato reflete como essa forma de cuidado - baseada na privação de liberdade, exclusão/isolamento da sociedade e na perda de autonomia do indivíduo - ainda é muito presente na sociedade, principalmente se tratando da população em situação de rua. Para Delgado (2012), hospitais psiquiátricos, abrigos e as chamadas comunidades terapêuticas, são instituições de tratamento e/ou proteção social que geram efeitos danosos para o bem-estar físico e psíquico dos internos.

A relação entre autonomia e saúde é destacada por Campos CWS e Campos RTO (2006). Segundo os autores, a co-construção da autonomia é um elemento importante na promoção da saúde e ela depende não só dos sujeitos em si, mas também das condições e circunstâncias externas a eles, como a cultura, o funcionamento da economia, a existência de políticas públicas e etc. Assim, cuidados e serviços que não visam a promoção de autonomia impactam negativamente a saúde mental dos usuários:

"Daí tem hora que eu fico me perguntando, igual nois fica procurando sobre a nossa identidade. Tem hora que eu falo 'sei lá, eu já nem sei mais quem eu sou' porque se for pra mim chegar nesse ponto... (risada), entendeu? Então tem hora que isso daí entra em confronto muito comigo. De eu não poder sair daqui, de eu não poder às vezes, de repente eu não poder sair dali e vir até aqui, não porque eu não quero, porque eu não posso, porque outra pessoa falou que eu não posso. Nossa, isso daí arreventa comigo." (H12)

Os participantes trouxeram também em seus relatos formas e modos de produzir vida, bem estar e autonomia:

“Então eu sei que a saúde mental é importante, a gente alimenta ela através da leitura, né, através de bons livros, através de bons exercícios lúdicos, através de exercício físico até, através de meditação, tem inúmeros, tem n possibilidades pra se praticar a saúde mental [...] Eu não chapei, não fiquei louco, né, eu não me tornei um cara esquizofrênico ainda, né, por conta do meu gosto pelo conhecimento, meu gosto pelo exercício, artesanato e etc., né.” (H11)

Inclusive, algumas formas de produzir bem estar e autonomia também se relacionaram diretamente à assistência e cuidados recebidos:

“Eu, eu tô recebendo o auxílio, o bolsa família pra falar a verdade, é que veio acrescentado agora esse auxílio. Então é com ele que eu tô agora dando continuidade no aparelho e tudo, nas questão... como que fala... minha... minha saúde bucal (risada).” (H12)

Muitos participantes relataram estar recebendo o auxílio emergencial e esse último relato mostra como a população em situação de rua pode se beneficiar de uma política assistencial relacionada à renda. Principalmente se essa política for aliada com outras políticas assistenciais e de saúde, onde as pessoas sejam orientadas e acompanhadas pelos serviços. Porém, a esfera dos cuidados e serviços será melhor explorada na categoria direcionada a ela.

Por fim, na ótica dos profissionais, as questões de saúde mental da população em situação se diferem em certos aspectos das demandas da população como um todo, mas ao mesmo tempo se aproximam também:

“a saúde mental deles, eles, oitenta por cento que chegam aqui totalmente perturbados, né, uma saúde mental totalmente fragilizada, a saúde física também, mas a mental, a droga acaba com tudo isso né? A rua acaba, a falta de dignidade acaba com a saúde mental” (P4)

“Acho que todo mundo tem hoje uma demanda de saúde mental, todo mundo, todo mundo e eles também dentro da realidade deles, o que eu não acho é que eles né por estarem na rua tem obrigatoriamente necessidade de saúde mental, né, não dá pra categorizar assim, acho que todo mundo tem demanda de saúde mental, todo mundo, não dá pra olhar só pro mais vulnerável como necessidade de saúde mental, ele tem várias necessidades, nós também temos” (P1)

Diante disso, se faz necessário um olhar crítico também sobre os processos saúde-doença, sofrimento-bem estar que atravessam essa população. É necessário considerar os determinantes sociais que afetam o processo saúde-doença, mas não se deve adotar um olhar reducionista, que generalize as experiências das pessoas em situação de rua.

### 5.2.2.3 Vínculos afetivos

Embora os vínculos afetivos tenham se apresentado como uma dimensão complexa, com peso de uma categoria analítica, eles possuem uma íntima relação com a saúde mental, seja

obedecendo a uma lógica dialética entre sofrimento e bem estar, ou destacando-se como fatores de risco e fatores de proteção para a saúde mental dos participantes. Devido a isso, foi decidido que a apresentação dos resultados e discussão dessa esfera seria uma subcategoria da saúde mental. Para um melhor entendimento, os vínculos afetivos foram divididos em: relações familiares, relações de amizade e relações amorosas.

#### 5.2.2.3.1 Relações familiares<sup>8</sup>

A grande maioria dos participantes possuía relações familiares distantes e/ou conflituosas:

"bem difícil. Era só treta, com minha ex mulher só briga. Eu e meu irmão também não se dá bem. Eu e minha vó também não se dá bem (riso). Um pouco sou eu também, que eu tenho um gênero meio... né.... eu sou um cara meio... explodido" (H1)

Alguns dos conflitos eram marcados pela presença da violência, principalmente para as participantes femininas:

"Com minha filha não é muito boa não, que ela me batia muito. Quando ela morava comigo ela me batia muito. Os vizinhos chamava a polícia pra ela, tanto que ela perdeu as 5 menina dela, pro conselho, de tanto me bater. E ela usava droga, de tanto me bater ela perdeu as 5" (M7)

Além do mais, a maioria das mulheres e alguns homens possuíam filhos que não estavam sob sua guarda ou não moravam com eles, sendo esse um fator de sofrimento:

"Ah, tem dia que bate uma depressão... porque é muito triste, ainda mais que a... eu criei eles durante um certo tempo, então o meu filho mais velho mesmo eu criei sozinha durante 10 anos" (M18)

Esses conflitos, perdas e rompimentos afetavam diretamente a saúde mental de alguns participantes:

"eu já passei por fases muito depressivas né, por muitas perdas consecutivas, perdi minha mãe, meu pai se matou, depois logo, depois veio minha vó, meu irmão... então foram muitas consequências, aí separação de marido, guarda de filho... então isso tumultuou muito minha cabeça." (M18)

Outros participantes possuíam relações familiares que exerciam a função de rede de apoio:

---

<sup>8</sup> Os participantes que produziram os conteúdos que constituíram a subcategoria "Relações familiares" foram: H1, H2, H3, M4, H5, M6, M7, H8, H9, H10, H11, H12, M13, H14, H15, H16, H17, M18.

"Graças a Deus a gente tem um relacionamento normal agora, entendeu. O relacionamento entre eu e minha família são ok, nem nota dez, é mil por cento, entendeu. A gente se conversa todo dia, se pergunta como que eu tô, pergunto pra eles como que eu tô, dia deles, entendeu, esse relacionamento entre família mesmo" (H15)

"Minha vó também é evangélica, minha mãe... então eu sempre falava comigo assim ni mim, no meu pensamento né, na minha consciência 'eu posso tá aqui, mas eu sei que tem alguém que tá rezando e que está orando por mim né' "Confortava..." (H8)

Foram a minoria os que apresentavam um rompimento total de vínculos, algumas dessas histórias, inclusive, eram marcadas por perdas em decorrência da morte de pessoas próximas:

"Perdi os dois [pai e mãe]. Ai só tenho meus irmão, mas mesma coisa de não ter, não conto com eles." "Não entra em contato comigo, não tenho contato de ninguém, não sei onde mora... e eu vivo assim" (H10)

De acordo com Sawaia (2002), há uma relação entre o enfraquecimento e ruptura dos vínculos sociais e a marginalização, em especial a situação de rua. Ao mesmo tempo que a desigualdade social pode levar ao enfraquecimento e rompimentos dos vínculos sociais, a ausência de relações familiares estáveis, pode levar à marginalização e à situação de rua. Além disso, para aqueles que estão na situação de rua, é comum o sentimento de não conseguir atender às expectativas da família, isso acentua o isolamento; porém, quando a confiança em si mesmo é retomada, é comum os laços familiares serem reatados (SAWAIA, 2002).

Para alguns, ao mesmo tempo que possuíam relações familiares marcadas pelo distanciamento e/ou conflitos ou pelas perdas, possuíam relações que funcionavam como apoio. Enquanto as relações fragilizadas se mostraram um fator de risco para a saúde mental e para a situação de rua - já que os conflitos familiares foram um dos determinantes psicossociais para a situação de rua - as relações mais próximas se mostraram um fator de proteção.

#### 5.2.2.3.2 Relações de amizade<sup>9</sup>

As relações de amizade foram marcadas por relações de confiança/apoio ou pela falta delas. A maioria dos participantes relataram possuir algum tipo de laço de amizade ou confiança:

"Tenho. Principalmente com aquele cara, aquele careca ali. Eu e ele a gente é que nem... irmão. Eu e ele a gente é que nem irmão. Quando eu tô... tipo assim, quando eu tô triste, ele que vem conversar comigo, entendeu, a gente se conhece, tem uma conexão legal." "Eu amo ele" (H14)

Porém, um número significativo relatou não possuir laços de amizade:

<sup>9</sup> Os participantes que produziram os conteúdos que constituíram a subcategoria "Relações de amizade" foram: H1, H2, H3, M4, M6, H8, H9, H10, H11, H12, M13, H14, H15, H16, H17, M18.

“Não. Com ninguém. Pra mim todos uma hora vão, vão me deixar sozinha, vão me trair, ou vão me bater, ou alguma coisa vai acontecer. Porque por mais que a pessoa passa o dia inteiro com você, quando é a noite ela tem uma abstinência, alguma coisa, ela te rouba, ela vai embora, deixa você sozinha. Ou ela abusa de você, entendeu. É assim. Você passa o dia inteiro com a pessoa, legal, você conversa, troca ideia, entendeu.” (M4)

Para alguns, ao mesmo tempo que possuíam relações de confiança/apoio, possuíam relações marcadas por conflitos também:

“o meu problema maior é esse, ter uma convivência familiar, pessoas que não estejam se relacionando comigo por questões financeiras, por questões de interesse. Então quando eu vejo isso, eu explodo, é por isso que eu não dei certo morando na casa de amigos, morando com ninguém.” (M18)

Possuir vínculos de amizade baseados no apoio e confiança se mostrou um fator de proteção importante para a saúde mental, principalmente no sentido de ser uma fonte de afeto e ajuda mútua perante as dificuldades.

“É, quando eu larguei do segundo marido, fiquei em situação de rua, então meus amigos me ajudaram” “E eu acho que um meio de eu sair das drogas é as amizades, as amizades. Eu ouvir a história do outro, você compartilhar as histórias, ajuda você a não ser tão... não ficar depressiva, não me fechar no meu mundinho depressivo. Isso faz bem, meu psicológico” “E eu dou muito valor às amizades por isso, porque aí você extravasa aquilo que você tá sentindo, tipo, você não fica contendo aquele sentimento ruim, que seja, com você. Expõe o outro, se expõe também, você compartilha. E a negatividade vai embora (risada)” (M18)

“Cê ganha uma amizade ou outra, mas assim, é só, entendeu. E te garanto, uma amizade da rua vale ouro.” (H11)

Porém, existia uma dificuldade em estabelecer laços, principalmente pelo medo de confiar nas pessoas, fruto de possíveis traumas ou experiências passadas:

“E aí na rua sempre andei sozinho, nunca andei com ninguém na rua” “Porque... medo né, eu saber que sozinho tava mais seguro” (H14)

Esse último fator pode impactar negativamente a saúde mental, sendo um fator que acentua a vulnerabilidade e o sofrimento psíquico.

#### 5.2.2.3.3 Relações amorosas<sup>10</sup>

A grande maioria dos participantes apresentavam histórias marcadas pelo rompimento das relações amorosas, fator que causava sofrimento psíquico para alguns:

---

<sup>10</sup> Os participantes que produziram os conteúdos que constituíram a subcategoria “Relações amorosas” foram: H1, H2, H3, H5, M7, H8, H9, H11, H12, M13, H15, H16, H17, M18.

"Mas assim, posso te afirmar que a minha dificuldade, a dificuldade dela comigo era o meu vício mesmo, não era a minha personalidade, nunca foi, até porque a gente era muito igual, entendeu. As mesmas manias, ela era mais perfeccionista até do que eu, né. E ela não aguentou, tá certo. Ela falou assim pra mim quando a gente terminou, eu tava bêbado, mas depois eu fiquei rapidinho: "eu quero um companheiro, não um paciente". Nossa isso doeu, você não faz ideia (risada). Mas faz parte, a gente tá aí pra superar a dor, né" (H11)

Duas participantes femininas passaram por relacionamentos abusivos, sendo que uma delas ainda estava com o companheiro e eles possuíam uma relação conflituosa.

"Vivi em cárcere privado durante o primeiro ano de relacionamento, um ano e meio." "ou eu usava droga e tinha relação sexual com ele ou ele me espancava." "[...] foi quando eu falei 'não, não é, não foi o que eu quis pra mim', 'não era assim que eu pensei que seria, então não quero mais', foi onde eu dei um basta e fugi." (M18)

"Ah, entre altos e baixos, mas... nunca deixei ele. Ele também, ele também tem uma ficha de agressão contra mulher. Ele já me agrediu já." "Ele joga os sentimento pra cima de mim, eu não consigo lidar com ele. Ele consegue ser assim, assim, eu vô concordo com ele que vou ser assim. Não consigo lidar com essas questões" (M13)

As relações amorosas baseadas no conflito ou na violência também possuíam um impacto negativo na saúde mental dos participantes, principalmente para as mulheres; no caso de uma das participantes, esse foi um dos determinantes psicossociais para a situação de rua. Para os homens, os rompimentos se relacionaram com o uso prejudicial de substâncias, que também apareceu como determinante psicossocial para a situação de rua.

No geral, os vínculos afetivos ao mesmo tempo que se comportam como amenizantes da vulnerabilidade e fatores de proteção para a saúde mental, também acentuam a vulnerabilidade e se comportam como fatores de risco para a saúde mental.

#### 5.2.2.4 *Necessidades e desejos*<sup>11</sup>

Contrariando alguns estereótipos e estigmas, onde as pessoas em situação de rua são vistas como "vagabundas" ou "acomodadas", a maioria das necessidades e desejos relatados pelos participantes eram questões que envolviam também a autonomia, como ter um emprego/estudo ou moradia:

"Ah, o meu desejo é... ficar bem, poder trabalhar, poder ter uma casa, sustentar a casa, conseguir pagar o aluguel. Ser feliz. Ou tentar ser feliz, né" (M13)

"Ah, [...], um emprego, ter a minha casa e meus filhos novamente, meus filhos junto comigo. Trabalhando, tendo aquela rotina, voltar a ter uma rotina de mãe, mulher, independente sabe, caminhar com as próprias pernas." (M18)

<sup>11</sup> Os participantes que produziram os conteúdos que constituíram a subcategoria "Necessidades e desejos" foram: H1, H2, H3, M4, H5, M6, M7, H10, H11, H12, M13, H17, M18.

Muitos também possuíam desejo de recuperar os vínculos familiares rompidos ou constituir uma nova família:

"Agora o meu sonho, o meu sonho é fazer minha faculdade, é ter uma moradia, um bom trabalho, porque eu tenho capacidade pra ter, entendeu, a dicção não me tirou isso de mim, existe vida após o uso, eu sei, eu já vivi e eu quero de volta, entendeu, essa vida após o uso, entendeu. Quero constituir família, quero sim, entendeu, quero ensinar pro meu filho ou minha filha tudo que eu aprendi e mais um pouco. Eu quero ser um pai de verdade, entendeu, eu quero dar aos filhos, porque é o sonho de todo pai dar ao filho o que não teve, né, mas eu tive tudo, cê tá entendendo (risada), eu quero dar mais, é isso." (H11)

Para alguns que apresentavam um sofrimento psíquico considerável, apareceu também o desejo de ter saúde mental, bem como tratar a dependência de drogas:

"É, essa é uma necessidade muito grande, porque se eu não tiver bem, comigo mesmo, eu não consigo ficar bem com você. Então a maior necessidade minha é tá bem comigo, essa é a... a chave de tudo eu acho. É eu tá bem" (H12)

A maioria das necessidades e desejos relatados se referem à direitos humanos básicos, como ter acesso a moradia, emprego, saúde; evidenciando a privação desses direitos. Além disso, as necessidades e desejos expressos constituem os projetos de felicidade dessas pessoas.

Para Ayres (2007), a felicidade é uma ideia que se relaciona com vários estados ou condições materiais e espirituais e coexiste com a infelicidade (interesses negados, frustrações, obstáculos, limites, dores, angústias). Segundo o autor, a vivência de uma situação envolvendo sofrimento ou limitação, pode impulsionar o sujeito à transformação daquele contexto por meio da busca da felicidade; portanto, o projeto de felicidade é tudo o que move e identifica as pessoas em sua existência concreta.

Todos esses aspectos são encontrados nos relatos dessas pessoas, onde motivadas por uma perspectiva de uma vida melhor, elas buscam a transformação de seu contexto. Vemos, assim, uma dialética entre as carências e recursos, as necessidades e os desejos.

### **5.2.3 Cuidados e serviços**

Nos parágrafos seguintes será feita uma descrição sobre os serviços investigados, a composição da equipe e os principais cuidados ofertados a partir das entrevistas e conversas com os profissionais.

O Consultório na Rua do município estudado contava com uma equipe composta por uma enfermeira, uma auxiliar de enfermagem, um auxiliar de saúde e um motorista. O serviço possuía uma base fixa - onde eram feitos alguns atendimentos e onde a equipe se reunia - e a

base móvel (transporte utilizado para os atendimentos na rua). Dentre os cuidados ofertados estavam: vigilância em saúde por meio do mapeamento de pessoas em situação de rua e suas necessidades, bem como o acompanhamento delas; acompanhamento das pessoas em situação de rua abrigadas em casas de acolhimento e abrigos; oferta de cuidados em saúde, desde ações preventivas, até ações imediatas em situações de emergência; encaminhamentos e articulação com os demais serviços da rede; oferta de ações voltadas para a educação em saúde; oferta de atividades de cuidado coletivo como rodas de conversa, atividades de lazer, entre outras (foram suspensas durante o período da pandemia da COVID-19). Para além do trabalho em campo, a equipe também realizava reuniões para planejar as atividades, refletir e discutir sobre os casos e construir projetos terapêuticos.

O Centro POP do município estudado tinha passado recentemente por uma mudança de gestão e do quadro de funcionários. No momento da entrevista, a equipe era composta por dois educadores sociais, uma assistente social, uma psicóloga, uma auxiliar de limpeza, um assistente administrativo e pela supervisora do local; alguns dos profissionais estavam afastados por possuírem comorbidades ou estavam em processo de mudança de serviço. O serviço funcionava das 8 às 17 horas (fechava das 13 às 14 horas para almoço) e na sexta de manhã fechava para reunião de equipe das 8 às 11 horas. Dentre os cuidados ofertados, estavam: acolhimento e atendimento psicossocial individual, alimentação, banho, espaço e insumos para lavar as roupas, assistência com questões burocráticas como documentação, entre outros. Também eram ofertadas atividades coletivas voltadas para saúde mental e educação, como oficinas de terapia ocupacional e aulas para alfabetização, porém, a maioria não estava ocorrendo durante o período de pandemia. Além dos cuidados ofertados no próprio local, o serviço também fazia a abordagem de rua, onde os profissionais iam nos locais onde a população de rua costumava ficar e abordavam as pessoas no intuito de levantar as demandas e fornecer orientações ou encaminhar para outros serviços. Cabe destacar que, em relação à rede, o Centro POP é responsável pela coordenação das políticas públicas voltadas à população em situação de rua, fazendo encaminhamentos para outros serviços do SUAS e SUS e servindo de ponte para rede intersetorial.

Sobre o Abrigo Emergencial, ele era gerido por uma comunidade religiosa que mantinha algumas outras casas que abrigavam pessoas em situação de rua, idosos e pessoas em vulnerabilidade no geral. Segundo uma das profissionais contratada pela prefeitura, a comunidade fazia parte da rede de assistência social há alguns anos, mas apenas a casa em questão estava sendo mantida por verba pública, as outras casas eram mantidas por doações.

Embora não se encaixasse como uma comunidade terapêutica, por não possuir a equipe técnica prevista para esse tipo de serviço, no momento em que a pesquisa foi realizada o local contava com uma assistente social, uma psicóloga e uma pedagoga que também era coordenadora administrativa, além de outros funcionários pertencentes à própria comunidade religiosa. A casa se localizava num espaço amplo, onde possuía cozinha e refeitório coletivos, quartos, áreas de convivência ao ar livre, espaços destinados às atividades coletivas e religiosas, um campo para prática de esportes, entre outros. Além da própria moradia, o local também oferecia alimentação, roupas, itens de higiene, cuidados em relação à saúde para idosos e enfermos e outros tipos de assistência relacionados à documentação, auxílios, agendamento de consultas médicas, entre outros.

Além desses serviços, outros serviços públicos como CAPS, Hospital Psiquiátrico, USF, UBS, CREAS e Albergue - Casa de Passagem também apareceram nos relatos. Diante disso, considerando a centralidade da lógica de cuidado de cada serviço, eles foram classificados em serviços voltados para a saúde, serviços voltados para assistência social e serviços de longa permanência. Assim, a rotina e os cuidados ofertados por esses serviços serão melhor explorados a seguir, a partir dos relatos e da avaliação dos usuários e profissionais desses serviços.

### *5.2.3.1 Serviços voltados para saúde: Consultório na Rua, CAPS Mental, CAPS AD, USF, UBS, Hospital Psiquiátrico<sup>12</sup>*

Em relação ao Consultório na Rua, nos relatos dos usuários foi possível observar o cuidado em saúde, principalmente o cuidado integral, a articulação com os demais serviços da rede e a oferta de ações voltadas para a educação em saúde:

"Ai, tudo né, que a gente precisa. Exames, remédio, passar pelo médico, tudo isso."  
"Eles ajudavam bastante a gente, né." (M6)

"Era bom. Dava bastante atenção, dava fruta, suco..." "Ah, exame que eles fala que é check up né, pra ver que não tem nada, exame de AIDS, HIV... Tipo o problema da minha mão eles marcaram uma consulta com o ortopedista pra ver. Aí depois quando eu fiz a cirurgia, eles dava soro fisiológico, essas coisas, faixa pra mim trocar... ensinaram como é que limpa." (M13)

---

<sup>12</sup> Os participantes que produziram os conteúdos que constituíram a subcategoria "Serviços voltados para a saúde: Consultório na Rua, CAPS Mental, CAPS AD, USF, UBS, Hospital Psiquiátrico" foram: M4, M6, M7, H8, H9, H10, H11, H12, M13, M18.

O Consultório na Rua faz parte da Atenção Básica e possui uma lógica de cuidado psicossocial, com base territorial e pautado nos princípios da Redução de Danos (RD). Além de cuidados básicos em saúde, destacaram-se as ações voltadas à saúde mental, como oferta de acolhimento e atendimento psicológico e oferta de atividades.

"Sim. Aí tinha o F\* também que ficava lá, psicol... ah, não sei o que ele era" "Acho que ele era psicólogo, psiquiatra, sei lá. Aí ele fazia uma cadeirinha no meio assim da praça e ficava lá, sentando com a gente conversando." (M13)

O serviço foi muito bem avaliado pelos participantes, principalmente no que diz respeito ao cuidado ofertado e a postura dos profissionais. Esses achados vão ao encontro dos achados de outras pesquisas (FERREIRA, 2015; FERREIRA *et al.*, 2016; LIMA, 2013).

"Consultório na rua? As meninas são ótimas, isso eu posso te falar. São filé, acho que é o melhor dos atendimento que tá tendo." (H11)

"[...] eles são expansivos, são espontâneos, entendeu. 'Oi pessoal, chegamos' 'Cês tão precisando do que?', eles anotam, eles pedem pra você ir no postinho fazer exame e te chamam atenção 'para de beber um pouquinho, vai no posto' né, eles te conduzem, entendeu, sabem conversar. Essa é a diferença, entendeu. [...] se você tiver de má vontade eu vou perceber, aí eu vou te retribuir da mesma forma, cê tá entendendo. [...] eles sabem chegar nas pessoas que estão na rua, e esse diferencial faz toda diferença, entendeu." (H11)

Todos avaliaram que o serviço contribuiu para melhorar a vida na rua de alguma forma. O único ponto que foi apontado como um ponto de melhoria, foi a questão da disponibilidade de cuidados e de recursos:

"Ah, o consultório na rua também, não mudaria nada, só que não tá funcionando, né." (M6)

"Ah, então, um ponto que eles poderiam melhorar é ter mais recursos, porque eles trabalham com o que tem" "Se tivesse seria muito melhor, poxa... porque os profissionais já são, isso eu não posso falar que não são não." (H11)

Esses aspectos vão ao encontro com o relato da profissional entrevistada (P1), onde a falta de recursos e a desvalorização do trabalho foi uma das principais dificuldades apontadas:

"A questão de desvalorização mesmo, né? De trabalho, falta de condições, então a nossa base é toda improvisada, não tem internet, chove lá dentro, a gente não tem manutenção, não tem nada, então a gente é super esquecido [...] então essas coisas vão dificultando muito o trabalho né, bastante a questão da rede, a questão da gestão, da administração mesmo, a falta de insumos gerais, acho que são os maiores problemas." (P1)

A questão da articulação com o resto da rede também foi uma dificuldade apontada, assim como apontou outros estudos (BORYSOW, 2013; FURTADO, 2013; MONTIEL *et al.*,

2015). Nesse sentido, a profissional relatou uma resistência dos outros serviços de saúde do território em atender a população em situação de rua:

“as pessoas entendem que a gente é um transporte pro usuário e, ou o extremo, às vezes as pessoas acham que a gente vai fazer tudo e não, o usuário não precisa de mais nenhum outro ponto da rede, isso é uma grande dificuldade né? Sendo que a gente é uma equipe mínima, né, tem o enfermeiro, uma auxiliar de enfermagem, um agente de saúde e o motorista, então tem muitas coisas que a gente não consegue resolver, né, a gente precisa encontrar outros acessos pro usuário e tem muita dificuldade porque muitos dos parceiros acham que é somente a gente que dar conta e não entendem que eles também tem que fazer o cuidado, que a população de rua não é única e exclusivamente do consultório na rua, é do município, é do território, então isso é uma grande dificuldade.” (P1)

Mesmo com as dificuldades enfrentadas pelo serviço, percebidas tanto pelos usuários como pela profissional, ele se mostrou um potente serviço de cuidado, tanto no cuidado à saúde, como no cuidado à saúde mental. A postura dos profissionais refletia um olhar e cuidado humanizado, que vai ao encontro do que é preconizado pelo ministério da saúde: a observação e escuta qualificada, a valorização e respeito dos saberes e modos de viver dos indivíduos e a construção de vínculos de confiança (BRASIL, 2012). E, assim como os dados encontrados em outros estudos (MÂNGIA e VAN WIJK, 2018), mesmo enfrentando dificuldades na articulação do trabalho em rede, o Consultório na Rua oferecia serviços baseados no acolhimento, escuta qualificada e atenção às vulnerabilidades e necessidades da população em situação de rua.

De modo semelhante, O CAPS e o CAPS AD também foram bem avaliados no geral, por aqueles que frequentaram esses serviços:

"Ah, passava por atendimento psicológico, fazia atividade, éh... gosto de mexer com coisa artesanal. Do seu brinco eu consigo fazer uma pulseira, da sua pulseira eu consigo fazer um colar, essas coisa." [CAPS] (M13)

"É, depois que eu comecei ir nesse, nesse negócio [CAPS AD], eu parei um pouco de usar droga, diminui bastante. Em vista o que eu fumava, ixi, diminui bastante. Aí eu já comecei, fumava um dia, no outro já não fumava, ficava o dia inteiro sem usar droga, aí no outro dia eu fumava. Aí foi que eu fui parando. Aí parei. Mas aí chegou, de uns tempo pra cá depois que eu parei de ir nesse negócio, aí recai de novo. Aí por isso que eu penso em vortar de novo, participar do CAPS." (H10)

Esse último relato ressalta a potência e eficácia da estratégia de Redução de Danos (RD) que é adotada pelo CAPS AD. Apenas um participante avaliou o CAPS AD de forma mais negativa:

"Então assim, o sistema público ele me ajudou muito, o CAPS eu não tenho saco pra ir no CAPS, eu tentei frequentar, mas não dá. ‘Porque aí, porque em vez de fumar um pedra, em vez de fumar 20 pedra, cê não fuma 1’, isso não funciona, cê tá entendendo"

"o sistema do CAPS é... tipo assim, o CAPS em si é um excelente lugar, eu já fui, já frequentei o espaço, é ótimo, cê tá entendendo. Só que eles não conhecem a ótica do dependente químico, então eles não vão conseguir lidar com o dependente químico." (H11)

Além desses serviços, uma USF e uma UBS também apareceram de forma positiva nos relatos de dois participantes que receberam cuidados antes de irem para a situação de rua e/ou enquanto estavam abrigados.

"Ah, era tudo bom, eu fui indo." "Então essa P\* era enfermeira, aí na hora do almoço ela passava em casa, separava tudo os remédio pra mim. Os remédio que eu tinha que tomar..." (H9)

Entretanto, um hospital psiquiátrico foi avaliado de forma muito negativa por uma participante:

"Você entra lá, você chega lá coisa mais linda do lado de fora, a hora que cê entra... são 3 porta, parecendo de cadeia que você passa, vai trancando, você fica lá num espaço lá, com um monte de gente louca, gente cagando nas calças, pelo chão, menstruando pelo chão, brigando, quebrando o pau. 4 ou 5 muié num quarto, pega sua roupa, pega suas coisa, você vai fumar um cigarro elas voam em cima docê pra tomar seu cigarro, elas saem de soco em cima da outra. Aí amarra, caga na cama, mija na cama... fica até a hora que a enfermeira resolve tirar e limpa e nossa, é horrível, horrível, lá é horrível. Horrível... E do lado do quarto uma salinha assim que tem uma televisão. Do quarto pra salinha, do quarto pra salinha, do quarto pra salinha e ir pro refeitório comer. Aí eu tava comendo, as louca, as doida virava pirueta em cima da mesa, caía no chão, derrubava a mesa, virava... nossa, era horrível, horrível. Pior lugar." (M7)

De modo geral, os serviços voltados para o cuidado em saúde foram os mais bem avaliados pelos usuários, especialmente aqueles que priorizam a autonomia do usuário. A partir dos relatos, fica evidente a importância de equipamentos que possuem uma lógica de cuidado desenvolvida considerando as particularidades e singularidades das populações atendidas e que prezam pelo cuidado humanizado.

Entretanto, alguns desses serviços, especialmente os serviços da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), estão ameaçados devido à política de desmonte do SUS que se intensificou muito nos últimos anos. A Política Nacional de Redução de Danos foi extinguida e substituída pela Política Nacional sobre Drogas, que prevê a abstinência como única política pública para os usuários que fazem uso prejudicial de drogas (CFP, 2019). Devido a isso, houve um incentivo às internações psiquiátricas e ênfase no financiamento de instituições privadas como hospitais psiquiátricos e comunidades terapêuticas, evidenciando retrocessos em relação à reforma psiquiátrica e a luta antimanicomial. Além do mais, houve também uma tentativa de

revogar portarias que estruturam a Política Nacional de Saúde Mental pelo atual Ministério da Saúde; dentre essas portarias, a que estrutura o Consultório na Rua (CRP-PR, 2020).

Todas essas questões, em conjunto com a desvalorização, a falta de condições de trabalho dignas, têm impacto na saúde mental dos profissionais também:

porque agora vai ser muito, vai dificultar ainda mais se terminar e tal, se diminuir os incentivos, é óbvio que os locais não vão dar conta de manter alguns serviços sem incentivo, mas a gente deveria ter trabalhado numa lógica mais diferente, bem mais diferente [falando sobre ter investido mais na aproximação dos usuários com os outros serviços do território]. Não só a gente como os CAPS também, sabe? os serviços especializados pra pessoas com mais vulnerabilidade porque nessa circunstância agora a gente fica desesperado tanto profissional, quanto usuários, os próprios estudantes acadêmicos, porque a gente entende que vai ficar uma brecha imensa, a gente só fica, aí sim acaba com a nossa saúde mental né, tá todo mundo abalado, todo mundo abalado.

Ante o exposto, se faz necessário, mais do que nunca, reforçar a luta em defesa do SUS e a luta antimanicomial. Para isso, a articulação da rede é essencial para fortalecer os serviços, bem como a articulação dos usuários, comunidade acadêmica e demais atores da sociedade civil.

#### 5.2.3.2 *Serviços voltados para assistência social: Centro POP, Casa de Passagem - Albergue, CREAS*<sup>13</sup>

Em relação ao Centro POP, grande parte dos usuários disseram que os únicos cuidados que estavam sendo ofertados no momento eram cuidados assistenciais referentes à comida, banho e documentação:

"Ultimamente só, comida e banho" "É, a sua documentação, éh... faz a intermediação, né, com a documentação pra passagem" (M4)

Porém, alguns relataram participar de outras atividades e projetos, como por exemplo projetos voltados à saúde mental ou voltados para educação:

"E tinha também a TO que ficava lá, fazia chaveiro, bonequinha, coisinhas pra Natal, ela ficava lá." "Ah, tinha a professora que ia lá né, se você quisesse aprender mais ou priorizar mais o seu aprendizado ela ficava lá, o professor" "As matérias básicas, português, matemática, história, geografia... aí tinha as menina da saúde, as menina do EJA..." "Todas as atividade que tinha lá eu participava" (M13)

---

<sup>13</sup> Os participantes que produziram os conteúdos que constituíram a subcategoria "Serviços voltados para assistência social: Centro POP, Casa de Passagem - Albergue, CREAS" foram: H1, H2, H3, M4, H5, M6, H8, H9, H10, H11, H12, M13, H14, H15, H17, M18.

Um dos participantes (H1) relatou que participava do projeto Vozes da Rua. Ele contou que sofria de ansiedade e a profissional responsável pelo projeto ensinou exercícios de respiração para ele fazer quando estivesse ansioso. Ele também contou que faziam atividades lúdicas utilizando materiais como argila ou desenho e que ele gostava de participar.

Muitas pessoas notaram mudanças no serviço com a mudança de gestão. Alguns avaliaram as mudanças de forma positiva, mas outros avaliaram de forma negativa. Enquanto alguns reclamaram da limitação de horários e das atividades ofertadas, outros elogiaram a nova organização. Em relação à qualidade do atendimento, as opiniões também ficaram divididas:

"Hum... tem algumas parte que é boa e outras que não. Tipo, só a hora que eles quer, agora, para entrar... o pessoal tudo... a dona daqui né, parece que ela é a dona, a... esqueci o nome dela... ela vem conversar lá com a gente, lá na frente, mas não sei para que, que palhaçada é essa, deixa nois tomar banho e sair fora. Aí dia de hoje eles faz reunião. 10 e pouco aí que entra, sem ser na reunião é 9. Antigamente não, antigamente era de manhãzinha. Tinha café para nois tomar aqui ó, tinha televisão para nois assistir. É, eu acho que com o baguio da epidemia né, aí veio essas paradas aí de epidemia e já tava essa direção aí nova" (H2)

"Agora o centro pop melhorou muito com aquela nova coordenadora, isso eu posso te afirmar." "Melhorou 100%, vamo colocar assim. Vou ser bem franco, antigamente dava ódio só de entrar naquele lugar, eu só ia lá pra dormir e comer alguma coisa. Isso quando eu tivesse muito desgastado, se eu num tivesse desgastado eu ia pro corre mesmo, eu prefiro bater na porta de uma casa que era mais vantajoso, vamo colocar assim. Aqueles profissionais não tinham nada de profissionais, vamo colocar desse jeito." " [...] eles abusavam muito da autoridade deles antigamente. Eles não sabiam, como assim... eles não sabiam praticar o trabalho deles, aí eles usavam a autoridade como se fosse um... como um... um apoio, entendeu, pra eles forçarem a barra" (H11)

Nessa direção, os participantes também apontaram algumas mudanças que gostariam de ver no serviço, tanto no quesito do atendimento, cobrando uma maior atenciosidade da equipe, quanto no quesito dos cuidados ofertados:

"ó, pra mim, aqui, deveria ser como: a pessoa entrar e ser bem cuidada, por causa que aqui é um baguio da prefeitura, eles recebe pra ajuda o povo, aqui não, eles recebe pra entrar e falar 'ó, já pode ir, já acabou, tchau'. Acho que não é assim, acho que eles recebe pra dar uma atenção, agora cê entra lá dentro pra você ver o jeito que eles fica, no celular, computador. Porque eles não poderia pegar um pouquinho do tempo que eles tem, que tão recebendo, pra dar uma atenção pro pessoal" (H3)

"Se eu pudesse, éh... bom, manteria o banho e a comida, é, só que a comida mais vezes no dia (risada). Éh... banho também liberado, né. Porque é tudo uma questão de organização, entendeu. Éh... oficinas, atividade, né, incluiria que nem eu falei atividade com música, com teatro, entendeu, com arteterapia, com... sabe? essas coisas assim. Acho que seria, tipo... muitos não querem ficar só na rua, querem ter... espaço pra...ficar com a cabeça no lugar, sabe. Às vezes você vai, vem pra um lugar desse aqui, ainda mais se você tiver alguma coisa pra você fazer, você vai pôr a cabeça no seu lugar, você vai pensar, entendeu, você vai... 'poxa vida, eu podia fazer isso, podia fazer aquilo'." (M4)

Oferecer mais atividades em grupo que façam sentido e atendam às necessidades da população de rua também foi um ponto de melhoria apontado pelo profissional (P3) do local. Para isso, ele apontou a necessidade de ampliar os espaços de escuta aos usuários com o intuito de colher as demandas, as necessidades e os desejos. Além disso, ele falou sobre a necessidade de aumentar a equipe, evitando a sobrecarga dos profissionais e proporcionando um melhor atendimento aos usuários.

Mesmo os participantes que fizeram críticas negativas ao serviço avaliaram que ele de alguma forma contribuiu para melhorar a vida na rua. O quesito do banho, alimentação e da documentação foram os mais destacados. Um outro participante destacou que só o fato de existir um serviço como o Centro POP já é algo que contribui:

"Não, não fora só isso daí, porque ajuda sim a pessoa, a pessoa só de ter um cantinho desse daqui ela se sente mais valorizada, pode ter certeza que sim" "É... você entende que eles se preocupa, entre aspas né... eles tão tentando se preocupar com os moradores de rua né." (H3)

Há uma preocupação vinda dos próprios profissionais do serviço sobre a limitação dele em conseguir atender as demandas dos usuários para além da questão assistencialista e de sobrevivência. Há essa autocrítica e o desejo em ampliar o acesso a direitos e amparar os usuários em seus projetos de vida, possibilitando uma emancipação de fato, porém, isso ainda é um desafio para a equipe:

"eu acho que é isso, é pensar o que a gente consegue fazer a mais, a mais éh... que é uma coisa que eu acho que não é só nesse Centro POP aqui, o- como ir além da sobrevivência, como ir além do emergencial, como construir plano individual pra cada um éh... e fazer com que isso tenha uma continuidade, entendendo que tipo tem as especificidades [...] mas eu sempre vejo os serviços da assistência muito limitados, limitados na- né os próprios profissionais estão, qual que é o nosso papel? Que é uma pergunta que eu acho que a gente se faz também, qual que é o nosso papel? Nosso papel é só da sobrevivência? Eu acho que não, mas então qual que é?" (P3)

Promover cuidados mais direcionados à saúde e saúde mental também se mostram um desafio, principalmente diante das múltiplas vulnerabilidades dessa população:

"uma coisa que eu sempre dialogo bastante com o pessoal, como que a gente produz sentido pro pessoal continuar fazendo tratamento de saúde se muitas vezes a forma como eles enxergam a situação que eles estão, 'ah, eu já tô numa situação tão ruim, porque eu vou fazer um tratamento de saúde pra ficar melhor, nesse ponto se já tá tudo ruim', eu acho que é uma coisa que eu vejo bastante" (P3)

"[...] aqui no serviço, eu consigo ter muito claro que as demandas maiores são as demandas da que vem da assistência e que vem da saúde, tem as demandas de cuidado, habitação e tudo mais, de trabalho também, mas é uma coisa que a gente fala muito, tem usuário que a gente vê 'ah consegui trabalho, consegui uma companheira ou um companheiro éh... tô ficando no local agora', mas não faz o tratamento de saúde, tipo,

a pessoa tem a dependência química, mas ela não consegue enxergar tipo, qual é a prioridade? A prioridade do tratamento de saúde às vezes passa longe disso, e às vezes a pessoa tem recaída, tem um várias questões porque ela acaba não fazendo esse acompanhamento” (P3)

Para o profissional do serviço (P3), ao mesmo tempo que há desafios em relação à população em situação de rua aderir aos cuidados em saúde mental, há também desafios em relação à rede de saúde conseguir proporcionar esses cuidados, principalmente devido à escassez de profissionais.

Nessa direção, outro desafio apontado por P3 foi a questão da articulação em rede, indo ao encontro do que foi destacado também pela profissional do Consultório na Rua (P1). Os demais serviços da rede de saúde e de assistência social, que não tem como foco a população em situação de rua, muitas vezes apresentam resistência em atender essa população e delegam a responsabilidade apenas para os serviços voltados à população de rua, que não conseguem atender todas as demandas. Há também alguns desafios em relação à articulação dos próprios serviços voltados para a população em situação de rua, especialmente com a Casa de Passagem - Albergue.

Em relação à Casa de Passagem - Albergue, muitos participantes avaliaram de forma negativa, tanto em relação ao atendimento, quanto em relação ao funcionamento do serviço:

"Não, o albergue é horrível, os funcionários são uns lixo éh... é, tudo lixo, essa é a verdade" (H11)

"Albergue eu parei de frequentar o albergue, né. Porque... éh... o que é outra coisa também, a pessoa dorme, tem que sair durante o dia, aí depois que nem, aí quando a pessoa fica 3 dias, quer dizer... éh... durante 3 dias eu posso dormir e comer, depois não posso mais, entendeu" "Se você conseguir um emprego, aí você pode ficar 30 dias. Quem consegue emprego em 3 dias numa cidade? É ilusório, você tá entendendo. É ilusório." (M4)

Contudo, houve quem avaliou o serviço de forma positiva, avaliando que o serviço de alguma forma ajudou no quesito de fornecer comida, banho e um lugar para dormir.

"Ah, o albergue. O albergue ele te oferece o que? Um banho, uma comida e uma durmida, já é alguma coisa né pra quem não tem" "Não, pra mim era tranquilo o albergue, entendeu. Eu não tenho o que falar mal do albergue não. O albergue me ajudou, me ajudou bastante." (H12)

O CREAS foi outro serviço que apareceu em um relato e foi avaliado de forma positiva:

"Assim quando eu tava, quando me batia uma enorme depressão, quando eu vi que eu ia me afundar nas drogas, quase morrer de overdose ou entrar num coma alcoólico eu procurava uma amiga psicóloga [...] lá do CREAS, sempre gostei muito de conversar com ela. Nos problemas da... esse problema aí da perseguição sexual também, cheguei

a conversar muito com ela. Qualquer questão quanto a isso, qualquer dúvida eu ia lá, tinha uma boa conversa com ela, sempre me atendeu muito bem, sempre me receberam muito bem." "psicológico, emocional. Ajudava muito." (M18)

De modo geral, os serviços voltados para o cuidado em assistência social foram avaliados tanto de forma positiva como de forma negativa. A partir dos relatos, foi possível notar que esses serviços minimizam os riscos e vulnerabilidades da população em situação de rua ao promover o acolhimento, o acesso à bens e serviços, a consciência e a busca por direitos. Porém, eles ainda falham em conseguir abarcar as demandas da população em situação de rua e promover um cuidado baseado na singularidade dessa população. Alguns desses serviços ainda apresentam condições insalubres e/ou uma lógica de cuidado baseada no controle social, assim como encontrado em outros estudos (ABIB, 2014; AL ALAM, 2014; GUEDES, 2014).

Reafirmando as discussões promovidas por outros autores (COSTA *et al.*, 2014; SOUZA, 2015), os serviços de assistência social ainda se baseiam em um modelo assistencialista, necessitando ainda uma transformação dessas práticas para que de fato sejam inclusivas, consigam atender às demandas da população em situação de rua e promovam a emancipação e autonomia dos indivíduos.

Contudo, cabe ressaltar que, para isso, também é necessária uma articulação em rede, onde os outros serviços do território, sejam eles voltados especificamente à população em situação de rua ou não, sejam capazes de abranger e oferecer cuidados a essa população. Além do mais, em tempos de ataque e desvalorização dos serviços públicos, é preciso reforçar a necessidade de um maior investimento nos serviços e nos profissionais da assistência social também, para que eles sejam capazes de abranger as demandas da população em situação de rua.

### 5.2.3.3 *Serviços de longa permanência: Abrigo Emergencial e comunidades terapêuticas*<sup>14</sup>

Em relação ao Abrigo Emergencial, nos relatos sobre a rotina do local uma coisa que ficou muito evidente foi a quantidade de atividades religiosas, que eram feitas ao menos 3 vezes ao dia.

"Ah, aqui nois acorda, toma café, oração até 9 hora, cabou a oração cada um vai fazer sua tarefa, vai limpar o seu quarto, vai varrer aqui, limpar as mesa. Aí depois tem o almoço, quem quiser dormir vai dormir, quem quiser assistir, eles vão assistir televisão. Quatro horas começa a tomar o banho, aí 6 hora é a oração. 6 e meia acaba, a janta, você vai assistir televisão, você vai dormir, conversar no celular. Essa é a rotina daqui, todo dia, mema rotina, nunca muda." (H10)

<sup>14</sup> Os participantes que produziram os conteúdos que constituíram a subcategoria "Serviços de longa permanência: Abrigo Emergencial e comunidades terapêuticas" foram: H2, H3, M4, M6, M7, H8, H9, H10, H11, H12, M13, H14, H15, H16, H17, M18.

Existiam também algumas regras, desde ter um horário fixo para cada atividade e ter que participar das atividades religiosas, até limitações em relação ao uso de celular:

"Então, e tem as regra, tem as regras da oração que tem que participar, os horário de levantar, os horário de pra... o almoço, alimentação né, café, tudo tem o seu horário. Éh... não pode, tipo... descer aqui pra baixo, tem que ficar mais aqui pra cima né. Éh.. que nem fumar, não pode pra cá, tem que fumar pra lá, lá na outra pracinha. Celular, não pode, tem que, é só no horário." (H8)

Sobre essas regras, algumas pessoas viam como algo importante para o funcionamento do local:

"Sim, e as regras fazem bem pra... pra gente ter um né..." "Uma rotina, um... tem que fazer parte da rede" (M18)

Porém, vários participantes não concordavam com algumas regras, principalmente as regras referentes à obrigação de participar dos momentos religiosos e ao controle do uso de celular:

"Tem muita regra aqui que eu não concordo não, mas fazer o que, eu tô precisando da casa então eu tenho que respeitar né" "Igual o celular. Porque você não pode ter o celular, só depois das oito horas você pode usar o seu celular? [...]. E se, e se minha família tá passando mal, morreu alguém da minha família? Eu não vou poder atender o telefone. Igual a oração, hoje memo, me deu dor de barriga eu não pude sair na oração porque a fulana ali não deixou eu ir." (H10)

Sobre a política de acolhimento do local, eram acolhidos todos os tipos de pessoas, exceto alguns casos onde a pessoa tinha passado pela comunidade e utilizado drogas, nesse caso a pessoa era “expulsa”:

"Todo mundo. Vários colega meu já passou aqui, sempre acolheram, eles não barra ninguém não. Não, barrar barra, só se o cara já passou, deu problema. Usou droga dentro da comunidade, deu trabalho, aí eles barra, aí já não entra mais. Mas se sair na boa, cê vortar, você é acolhido normal" (H10)

Em relação às entradas e saídas do local, segundo um dos monitores (H16), as pessoas eram livres para deixar a comunidade, contudo, caso a pessoa escolhesse ficar, a entrada e saída do abrigo, bem como as visitas, eram controladas pela coordenação. A profissional do local (P4) esclareceu alguns aspectos em relação a isso: para sair da casa os internos precisavam agendar a saída e eram acompanhados por algum membro da comunidade. Em relação às visitas, elas poderiam ocorrer aos domingos dependendo do tempo que a pessoa estava na casa.

As pessoas que estavam acolhidas no local, em sua maioria, avaliaram a casa de forma bem positiva:

"Aqui a prioridade é a gente como ser humano mesmo, mais do que alimentação, cama, banho, tudo, é um tratamento... voltado assim pra gente mesmo, sabe. Pra gente... 'oi, tudo bem, boa noite, como é que você tá'. Aquela importância né, dão aquela importância pra gente. Diferente de rua e outros lugar que eu já fui também." (M7)

"Ah, porque aqui é o único lugar que eu fico em paz, né. Me sinto em casa" (M6)

"o espaço ele é, poxa, tenho nem palavra pra falar desse espaço aqui, minha querida, entendeu. [...]. A comunidade é ótima, eu conheço o coordenador, ele é super daora, ele é compreensivo, ele gosta de dialogar, ele é uma pessoa que entende as pessoas que tão no sofrimento, cê tá entendendo." (H11)

Inclusive, quando questionados se tinham espaço para opinar sobre as regras e rotina do local, muitos afirmaram que sim:

"Tem, tem. Todos tem. Todos podem dar opinião do que é melhor, o que precisa mudar, todos... todos podem dar opinião. [...] todo mundo tem a sua opinião, pode falar, quando tamo ali e tem reunião, ergue a mão pra falar, pode falar." (H8)

Todavia, um dos participantes afirmou que, embora tivessem espaço para falar o que pensavam, poucas coisas eram de fato ouvidas e geravam mudanças. Alguns participantes que não estavam acolhidos no local, mas já tinham frequentado outras casas geridas pela comunidade religiosa, tinham críticas bem negativas em relação ao serviço:

"Eu fui lá já, éh... ah, não me senti bem no lugar" "Aí eu vi desigualdade tamanha, aí falei 'ah, dá licença', saí andando." (H2)

"eu já comecei a ver coisa errada, aí foi aonde eu comecei a praticar na cozinha, fazer comida lá, fazer café da tarde, da manhã, vixi, onde eles comem de tudo e o pessoal não come quase nada, aí eu peguei e sai fora. Falei 'ah não, aqui é muito errado'." (H3)

Sobre as sugestões de mudanças em relação ao serviço, houveram algumas sugestões como: investimento em mais atividades de lazer, alteração das regras, e até uma melhora na escuta e olhar sobre as demandas de cada usuário.

"Invés de oração investiria num... sei lá... numa outra atividade que ocuparia a cabeça de todos." (H12)

"Ah, poderia ter um passeio, uma vez a cada 15 dias, levar a turma toda pra um clube, jogar uma bola, uma praça grande." (M18)

"E também tá fazendo algumas... umas reunião entendeu. Fazer uma roda aqui, sentar todo mundo, todos nós aqui, cada um... tipo, que nem você tá fazendo comigo né, tá

perguntando se a pessoa tá bem, se a pessoa tá ruim, se tá precisando de alguma coisa. Essas são as ideias que eu tenho" (H15)

De acordo com a profissional que trabalhava no local (P4), a rotina da casa e as ações e cuidados ofertados ainda estavam em processo de estruturação. Porém, a coordenação e equipe do local tinha como projeto oferecer ações relacionadas à terapia ocupacional, atividades de lazer, atividades voltadas à saúde mental (por exemplo, yoga e meditação) e ajudar as pessoas a terem um projeto de vida, como uma inserção no mercado de trabalho.

Sobre as dificuldades que a profissional do local enfrentava em seu trabalho, ela contou que a principal era fazer com que as pessoas em situação de rua fossem vistas como pessoas com direitos e deveres. Em relação à articulação da rede, ela relatou que a casa possuía uma boa comunicação e proximidade com os demais serviços voltados à população em situação de rua, tanto com o Centro POP, como com o Consultório na rua, este último também realizava visitas na comunidade e oferecia cuidados voltados aos internos.

Apesar das críticas negativas, a maioria dos participantes afirmaram que estar abrigado no local contribuía para melhorar a vida deles:

"Ah, contribuiu né. Ah, já não tando na rua já tá... ajuda a gente pra caramba né, ajuda pra caramba. Só de não tá na rua já tá... mil maravilhas" (H9)

Todavia, houve um acontecimento em especial que chamou a minha atenção, enquanto eu fazia as entrevistas no local. Após realizar uma entrevista, observei que em uma das cadeiras ao lado havia um homem debruçado sobre a mesa, aparentando estar passando mal. Então, H11 me contou que esse interno tinha problemas de ordem mental e era muito violento, por isso a gestão sedava ele; porém, o organismo dele não metabolizava bem o medicamento, gerando intoxicação. Quando demonstrei preocupação com a situação, H11 disse que isso também o revoltava e que se acontecesse alguma coisa, como o morador morrer, a comunidade poderia ser processada.

As experiências em clínicas privadas ou comunidades terapêuticas também apareceram em alguns relatos, também carregados de contradições:

"Ah, lá era bem, era legal porque era pago né. Lá meus irmão que me levou a força pra mim internar lá." "Foi, eu não queria. Mas aí eles me deixaram lá, foram embora e eu tive que ficar lá porque não podia sair. Aí eu falei 'nossa, e agora, que vou fazer aqui dentro' [...] Aí eu fui acostumando lá dentro." (H10)

"Porque eu conheci uns lugar que a primeira, as coisa que vão te tirar, é o seu celular, o seu tênis, tudo que é seu de adorno, cê tá entendendo, tudo que for cinto, essas coisas, você perde aí. Aí você só vai ver depois que você terminar o tratamento, cê tá

entendendo. E cê sabe que você vai poder ficar de 6 meses a um ano, aí vou por mim, aí o negócio é louco, cê tá entendendo. E você tem que pagar caro pra ter isso.” (H11)

De modo geral, embora esses serviços sejam capazes de promover acolhimento, vínculos e abrigo (para aqueles que desejam estar abrigados) - fatores importantes para a promoção da saúde mental e redução da vulnerabilidade - eles se baseiam numa lógica de cuidado baseada na privação de liberdade, na perda de autonomia do indivíduo e no desrespeito aos direitos humanos, fatores que geram danos ao bem estar físico e psíquico dos internos. Isso fere tanto os princípios e diretrizes da RAPS, quanto da PNPR, que preconizam o respeito aos direitos humanos, autonomia, liberdade e exercício da cidadania.

Diante disso, se faz importante questionar a incorporação de instituições como essa nas políticas públicas. A inclusão das comunidades terapêuticas na RAPS, bem como a parceria público-privada que permite a contratação de instituições religiosas e a incorporação das mesmas nas políticas públicas da rede de saúde e rede de assistência social, representam retrocessos perante a reforma psiquiátrica e as conquistas no campo das políticas socioassistenciais. Ao invés disso, deveria haver um maior investimento em políticas de acolhimentos como repúblicas ou residências terapêuticas, que proporcionam o acolhimento, o abrigo e os vínculos, ao mesmo tempo que proporcionam autonomia, liberdade e a possibilidade de construir um projeto de vida.

## **5.2.4 Pandemia**

### **5.2.4.1 Como a pandemia afetou a própria vida<sup>15</sup>**

Segundo a profissional do Centro POP (P2), houve um aumento do número de pessoas em situação de rua com a questão da pandemia e grande parte das pessoas em situação de rua relatou que a pandemia afetou a vida delas pelo menos em algum sentido. O fator que mais se destacou foi a questão socioeconômica:

"Ah, lógico. Vixi... Ficou mais lento... ah, por eu dependo de... de... da sociedade, dependo de vocês. Se vocês ficarem trancado dentro de casa, como é que eu vou vender meu produto para vocês? Mudou, ficou difícil. Ficou difícil [...] Mudou, lógico que mudou. Para pior..." (H2)

Outros trouxeram também a questão relacional, como a pandemia afetou os vínculos afetivos, dificultando o contato com familiares:

---

<sup>15</sup> Os participantes que produziram os conteúdos que constituíram a subcategoria “Como a pandemia afetou a própria vida” foram: H1, H2, H3, M4, H5, M6, M7, H8, H9, H10, H11, H12, M13, H14, H15, H17, M18.

"Ah, afetou a.... a convivência com as minhas crianças, a visita, tudo." (M18)

Porém, em relação à saúde, a maioria não demonstrou medo em se contagiar:

"E você pode ver que, que é difícil ouvir falar de um caso de morador de rua com, com COVID, é muito difícil, entendeu. Porque a gente não tá tanto em contato, né, com o mundo. Não fica, porque não tem contato com muita gente. Ninguém vem e fala 'ah, vou toma uma cervejinha com aquele morador de rua ali', entendeu." (M4)

"Mas assim, eu tomo todos os meus cuidados, quando saio na rua, coloco a máscara, não por conta de ter medo de pegar o covid, fia, tô tentando me matar faz 29 ano, cê tá entendendo (risada), você acha que o covid vai me assustar mais do que o resto? não vai, cê tá entendendo. Mas assim, pra que as pessoas se sintam mais seguras, entendeu. Não se trata... quando se fala em pandemia, não se trata de si, se trata do todo, não é o micro mais que importa, é o macro, entende. Então assim, eu vou me prevenir, vou usar máscara, igual você tá, entendeu, por conta do macro" (H11)

Esse último relato mostra sobre como é difícil para essa população ver sentido no cuidado à saúde perante a todas as outras vulnerabilidades e necessidades que ela enfrenta. Porém, o que chama a atenção, é que mesmo não vendo sentido, ainda há uma preocupação social e coletiva.

Por fim, houveram também aqueles que relataram não sentir mudanças ou impactos. O aspecto da desinformação também apareceu em um relato, onde um participante relatou que não sabia sobre como essa pandemia estava afetando a população e a sociedade.

"eu nem sei como tá essa pandemia, para você ter ideia. Se tá parando, se tá morrendo, não tô nem ligado essa parada" (H2)

O fato de a pandemia não afetar tanto as pessoas em situação de rua no quesito da saúde, mas afetar no quesito social pode ser explicado tanto pelo alto grau de vulnerabilidade que a população em situação de rua já enfrenta, quanto pelas medidas tomadas pelo município estudado para amenizar os danos da pandemia à população de rua. Essas medidas serão melhor exploradas na próxima subcategoria.

#### 5.2.4.2 *Como a pandemia afetou os cuidados ofertados nos serviços frequentados*<sup>16</sup>

Segundo as profissionais do Consultório na Rua (P1) e do Centro POP (P2), houve uma mobilização e articulação forte da rede que envolve o cuidado e assistência à população de rua desde o início da pandemia. A maioria das pessoas em situação de rua foram abrigadas em casas de acolhimento e abrigos, como o Abrigo Emergencial e a Casa de Passagem. Apenas uma

<sup>16</sup> Os participantes que produziram os conteúdos que constituíram a subcategoria "Como a pandemia afetou os cuidados ofertados nos serviços frequentados" foram: H1, H2, M4, H5, M6, H8, H9, H10, H12, M13, H15, H16.

pequena parcela da população optou por continuar na rua; essas pessoas que continuaram na rua viraram o foco do Consultório na Rua e do Centro POP. Houve um acionamento do CAPS AD (no caso do uso de substâncias) e das UPAs (em casos de emergências e problemas de saúde). Além disso, houveram ações voltadas para a testagem em massa das pessoas em situação de rua, orientações sobre as medidas e protocolos de proteção e distribuição de equipamento de proteção como máscara e produtos para higiene individual.

Apesar dessa forte articulação entre os serviços, as equipes enfrentaram desafios como o medo da contaminação, a falta de equipamentos de proteção e usuários que apresentavam mais resistência aos cuidados e às medidas e protocolos de proteção. Também, houveram desafios em relação aos outros serviços do território, como por exemplo o CAPS AD, em atender a população de rua considerando os protocolos e medidas de segurança.

Sobre o funcionamento do Consultório na Rua, foram suspensas as atividades grupais e os atendimentos na rua diminuíram, se resumindo a ações mais pontuais como levar insumos e mapear sintomáticos. Os atendimentos na base fixa também ficaram mais pontuais para casos de urgência. As visitas nas casas de acolhimento continuaram a acontecer com o intuito de levar orientações, medicamentos e insumos.

No funcionamento do Centro POP também houveram mudanças. Segundo a coordenadora do serviço (P2), ele foi fechado nos 20 primeiros dias da pandemia, onde houve uma reestruturação do espaço e da forma de atendimento, bem como conversas entre os profissionais e manejo de ações nas instituições que acolheram e abrigaram as pessoas em situação de rua. Após a reabertura do Centro POP foram implementados os atendimentos individuais em forma de acolhimento e acompanhamento das pessoas que estão nos abrigos e que saíram da rua por causa do auxílio emergencial. A entrada de usuários passou a ser controlada, podendo apenas 2 usuários por vez com o intuito de evitar aglomerações. Os horários passaram a ser controlados também, não sendo mais permitida a permanência no local. O serviço também passou a disponibilizar kits de higiene pessoal, compostos por máscara, álcool em gel e outros itens.

Os participantes também notaram mudanças nos serviços frequentados, principalmente em relação ao Centro POP, alguns avaliaram as mudanças de forma positiva e outros de forma negativa:

"Ah, as coisas que oferecem não, mas mudou assim, no atendimento, sabe, que nem, pra mim, melhorou, cê entendeu, pra mim melhorou porque, tipo assim, o jeito que era antes era bem assim, sabe, abria o portão, ia todo mundo, blá blá blá, essas hora aqui era manta estendida pro chão, tendeu, um monte de gente deitada, aí chegava

comida era aquela muvuca, tendeu? então assim, pra mim, assim, ficou melhor (risada)" (H1)

"Ah, meu.. a gente perdeu, a gente ficou limitado, né? A gente ficou limitado... a banho. Porque tipo, aqui existia uma TV. Os meninos conseguiam vir e lavar roupa, o pessoal, entendeu. Agora não pode mais ficar" "Mas mesmo assim, meu, manter aberto, manter pras pessoas se lavarem, lavar suas roupas, entendeu. É importante isso né, é importante tá limpo." (M4)

Em relação ao Abrigo Emergencial, as pessoas que já estavam abrigadas nas casas sentiram poucas diferenças no quesito das medidas e protocolos de saúde:

"Não, aqui não. Aqui... aqui tá, continua do memo... a exigência é só seguir, como aqui nois é isolado nois não precisa ficar seguindo os protocolos, entendeu. A não ser quem vem de fora." (H12)

"Não, lá eles isolava [outra casa da comunidade]. Mas depois que ia saber do caso, aí depois que eles isolava. Tinha um quartinho assim lá embaixo, aí eles deixava a pessoa lá, mas não ficava mais junto com nois. Ah, mas aí, aí já não adiantava mais nada, o cara já tinha ficado 3, 4 dia junto com nois, se tiver de pegar, já tinha pegado." (H10)

Segundo a profissional do local (P4), a pandemia impactou de forma negativa na questão de dificultar o acesso a outros serviços da rede, principalmente a rede de saúde, impactando as consultas de rotina dos moradores, por exemplo. Porém, a pandemia também acentuou as doações de alimentos.

Em relação às medidas e protocolos relacionados à prevenção do contágio pelo vírus, P4 afirmou que uma das casas da comunidade foi separada para quarentena de novos moradores. Assim, as pessoas que chegavam, tinham que primeiro ficar nessa casa e se apresentassem sintomas eram realizados testes de COVID-19. Contudo, na casa em questão (Abrigo Emergencial) os moradores não precisavam usar máscara, e os profissionais também não usavam o tempo todo.

Mesmo que alguns serviços tenham se saído melhores que outros em relação aos protocolos e medidas de biossegurança, no geral as ações e medidas tomadas, bem como a articulação em rede, foram muito importantes para proteger a população em situação de rua e conter os potenciais danos da pandemia à essa população.

## **6 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O estudo evidenciou dimensões da vida em situação de rua que permitem compreendermos a complexidade da vulnerabilidade e os determinantes estruturais e intersubjetivos que marcam as histórias dos participantes. Dentre os determinantes estruturais,

a questão de gênero se mostrou um aspecto relevante para essa compreensão, evidenciando a interseccionalidade entre os fatores vulnerabilizantes.

Todos esses fatores, por sua vez, se relacionam com a dimensão da saúde mental - desde os microdeterminantes/individuais até os macrodeterminantes/sociais - atuando como determinantes sociais da mesma. Assim, as políticas públicas precisam atuar de modo a reduzir a vulnerabilidade dessa população e contribuir para a redução dos agravos à saúde e saúde mental, bem como contribuir para a promoção das mesmas. Há, portanto, uma complexa inter-relação entre as dimensões: situação de rua, saúde mental e políticas públicas.

Além disso, esse estudo também trouxe à tona a interação dialética entre as vulnerabilidades e as potências desses modos de vida, entre os sofrimentos e os recursos, entre os fatores de risco e proteção, entre as necessidades e os desejos. Evidenciando que a vivência na rua é complexa e plural.

As hipóteses iniciais foram confirmadas: a população em situação de rua possui demandas específicas de saúde mental devido à sua condição de vulnerabilidade psicossocial; essas demandas são parcialmente atendidas pelos serviços oferecidos dentro da rede de saúde e rede de assistência social. Entretanto, embora tenha sido constatado que são oferecidas ações de cuidado que beneficiem diretamente a saúde mental, há a necessidade de ações mais direcionadas a esse âmbito e mais eficazes no sentido de minimizar as vulnerabilidades desta população; visto que as questões de saúde mental dessa população se articulam diretamente com as questões socioeconômicas, questões de segurança/proteção, questões de saúde, entre outras.

Apesar disso, os achados desse estudo mostraram que os serviços da rede de saúde e de assistência social, sejam eles voltados especificamente à população de rua ou não, são essenciais no cuidado à essa população, principalmente no cuidado à saúde mental. Inclusive, os serviços do território que não sejam específicos à população em situação de rua também devem ser capazes de abranger essa população para a promoção do cuidado integral. Portanto, a articulação de rede, a integração e intersetorialização dos serviços são fatores primordiais para promover uma rede de apoio e proteção à população em situação de rua.

Contudo, só a existência desses serviços não é suficiente, se faz importante que essas políticas públicas promovam um cuidado e um olhar humanizado para com essa população, por meio de ações de cuidado que considerem os determinantes psicossociais, os fatores de vulnerabilidade, as histórias de vida e subjetividades e os projetos de felicidade das pessoas em situação de rua, promovendo a autonomia e emancipação delas. Outrossim, há a necessidade de

mais estudos que discutam de forma crítica a temática, pois ainda são escassos, reforçando a invisibilidade que é tão comum às pessoas em situação de rua.

## 7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABIB, Leonardo Trápaga. **Crônicas Urbanas: Consultório na Rua, população em situação de rua, clínica menor e outras histórias.** 2014. 151 f. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Educação em Ciências: Química da Vida e Saúde - Instituto de Educação, Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande, 2013.

ABREU, Deidvid de. **Pessoas em Situação de Rua, Uso de Drogas e o Consultório de Rua.** 2013. 168 f. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Saúde Mental e Atenção Psicossocial - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2013.

AGUIAR, Maria José Gomes de. **Moradores de rua na cidade do Guarujá/SP: condições de vida, saúde, emoções e riscos.** 2014. 180 f. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva - Centro de Ciências Sociais Aplicadas e Saúde, Universidade Católica de Santos, Santos, 2014.

AGUIAR, Maria Magalhães; IRIART, Jorge Alberto Bernstein. 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, n. 1, p. 115-124, jan. 2012. Mensal.

ALAM, Maria do Carmo Ledesma Al. **População em situação de rua: território como lugar de trabalho em saúde.** 2014. 89 f. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2014.

ALBUQUERQUE, Fernando Pessoa de. **Sofrimento mental e gênero: os homens e o cuidado na rede de atenção psicossocial.** 2020. 348 f. Tese (Doutorado) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2020.

ALBUQUERQUE, Sander Cavalcante de. **Cuidado em saúde frente às vulnerabilidades: práticas do consultório na rua.** 2014. 179 f. Dissertação (Mestrado) - Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia: Psicologia Social - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2014.

ALCANTARA, Stefania Carneiro de; ABREU, Desirée Pereira de; FARIAS, Alessandra Araújo. **Pessoas em Situação de Rua: das Trajetórias de Exclusão Social aos Processos**

Emancipatórios de Formação de Consciência, Identidade e Sentimento de Pertença. **Revista Colombiana de Psicologia**, Bogotá, v. 24, n.1, p.129-143, jan. 2015. Semestral.

ALLES, Natália Ledur. **Boca de rua: Representações sociais sobre população de rua em um jornal comunitário**. 2010. 229 f. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Comunicação e Informação - Faculdade de Biblioteconomia e Comunicação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010.

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, 2016. Disponível em: <<https://revistas.ufg.br/fen/article/view/33141>>. Acesso em: 27 nov. 2021.

ARGILES, Margilei dos Santos. **População adulta em situação de rua: Da invisibilidade social ao direito a ter direitos**. 2012. 106 f. Dissertação (Mestrado). Universidade Católica de Pelotas, Pelotas, 2010.

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita *et al.* Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa *et al* (org.). **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006. Cap. 12. p. 375-417.

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Uma concepção hermenêutica de saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 43-62, jan./abr. 2007. Trimestral.

BARATA, Rita Barradas; CARNEIRO JUNIOR, Nivaldo; RIBEIRO, Manoel Carlos Sampaio de Almeida; SILVEIRA, Cássio. Desigualdade social em saúde na população em situação de rua na cidade de São Paulo. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 24, n. 1, p. 219-232, abr./jun. 2015. Trimestral.

BOTTI, Nadjá Cristiane Lappmann *et al.* Avaliação da ocorrência de transtornos mentais comuns entre a população de rua de Belo Horizonte. **Barbaroi**, Santa Cruz do Sul, v. s/v, n. 33, p. 178-193, ago./dez. 2010. Semestral.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977. 225 p.

BARROS, P. C. M.; LIMA, A. O.; FREJ, N. Z.; MELO, M. F. V. Era uma casa ...!? discurso, dinâmica familiar e contingências da rua. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 14, n. 3, p. 447-453, jul./set. 2009. Trimestral.

BORYSOW, Igor da Costa; FURTADO, Juarez Pereira. Acesso e intersetorialidade: o acompanhamento de pessoas em situação de rua com transtorno mental grave. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 33-50, jan./abr. 2013. Trimestral.

BOTELHO, A. P.; SILVA, S. L. F.; KASSAB, M. J.; LEITE, L. C. Meninos de rua: desafiados em busca de saúde mental. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 13, n. 2, p. 361-370, abr./jun. 2008. Trimestral.

BRASIL. **Decreto nº 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. Brasília, 2009.

BRASIL. Governo Federal. **Política Nacional para inclusão social da População em situação de rua**. Brasília, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução CNS n. 466, de 12 de dezembro de 2012**. Trata de pesquisas em seres humanos e atualiza a resolução 196. Brasília, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução CNS n. 510, de 07 de abril de 2016**. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. Brasília, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 122, de 25 de janeiro de 2012**. Define as diretrizes e funcionamento das equipes de consultório na rua. Brasília, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria Nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria Nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à saúde. Departamento de Atenção Básica. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação de Área Técnica de Saúde Mental. **Nota Técnica Conjunta/2012**. Brasília, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual sobre o cuidado à saúde junto a população em situação de rua**. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília, 2011.

BRITO, Maria Mercedes Merry. A abordagem e a clínica no atendimento aos moradores de rua portadores de sofrimento psíquico. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v. 26, n. 2, p. 320-327, jun. 2006. Trimestral.

BÜLL, Sandra. **Histórias de trabalho e outras histórias no trecho**. 2010. 132 f. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Psicologia - Centro de Ciências da Vida - Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas, 2010.

CAMPOS, Maria Antônia Rodrigues. **Sob o céu da cidade**: representações sociais da população em situação de rua no município de Araguari. 2012. 151 f. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação em História Social - Instituto de História, Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2012.

CAMPOS, Rosana T. Onocko; CAMPOS, Castão Wagner de Sousa. Co-construção de autonomia: o sujeito em questão. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa *et al.* (org.). **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006. Cap. 20. p. 669-688.

CARDOSO, Adriana Oliveira Guimarães; BECKER, Maria Alice D'Avila. Identificando adolescentes em situação de rua com potencial para altas habilidades/ superdotação. **Revista Brasileira de Educação Especial**, Marília, v. 20, n. 4, p. 605-614, out./dez. 2014.

COSTA, Daniel de Lucca Reis. **A rua em movimento**: experiências urbanas e jogos sociais em torno da população de rua. 2007. 243 f. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós -

Graduação em Antropologia Social – Departamento de Antropologia, Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

COSTA, Luiza Elena da; MESQUITA, Vânia Maria de; CAMPOS, Ana Paula. MORADORES DE RUA, QUEM SÃO ELES? Um Estudo Sobre a População em Situação de Rua Atendida pela Casa da Sopa “Capitão Vendramini” de Três Corações-MG. **Revista de Iniciação Científica da Universidade Vale do Rio Verde**, Três Corações, v. 13, n. 2, p. 285-297, out. 2015. Semestral.

CUNHA, J. G. **Pessoas em situação de rua e seus cães**: Fragmentos de união em histórias de fragmentação. 2015. 205 f. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Psicologia - Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2015.

DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. Violência e saúde mental: os termos do debate. **O Social em Questão**: Violências e Garantia de Direitos, Rio de Janeiro, v. Ano XV, n. 28, p. 187-198, jul./dez. 2012. Semestral.

É preciso reagir contra o “Revogação” e os retrocessos na política de saúde mental no Brasil. **CRP-PR - Conselho Regional de Psicologia do Paraná**. Paraná, 11 de dez. 2020. Disponível em: <<https://crppr.org.br/contra-retrocessos-politica-saude-mental>>. Acesso em: 31 ago. 2021.

FÉLIX-SILVA, Antônio Vladimir; SALES, Rita de Cássia Martins; SOARES, Gabriela Pinheiro. Modos de viver e fazer arte de pessoas em situação de rua. **Estudos de Psicologia**, Natal, v. 21, n. 1, p. 46-57, jan./mar. 2016. Trimestral.

FERREIRA, Cíntia Priscila da Silva. **Consultório na Rua em Maceió/AL**: o olhar de pessoas em situação de rua. 2015. 90 f. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - Escola de Enfermagem e Farmácia, Universidade Federal de Alagoas, Maceió, 2015

FERREIRA, Cíntia Priscila da Silva; ROZENDO, Célia Alves; MELO, Givânia Bezerra de. Consultório na Rua em uma capital do Nordeste brasileiro: o olhar de pessoas em situação de vulnerabilidade social. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 8: e00070515, ago. 2016. Mensal.

FREITAS, Cledione Jacinto. **“Os indesejáveis”**: Agentes públicos e a gestão da mobilidade de trecheiros e pessoas em situação de rua. 2014. 192 f. Dissertação (Mestrado). Faculdade de Ciências e Letras de Assis - Universidade Estadual Paulista, Assis, 2014.

GALVANI, Debora. **Pessoas em situação de rua na cidade de São Paulo**: itinerários e estratégias na construção de redes sociais e identidades. 2008. 273 f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

Governo Federal decreta fim da política de Redução de Danos. **CFP - Conselho Federal de Psicologia**, 12 de abr. de 2019. Disponível em: <<https://site.cfp.org.br/governo-federal-decreta-fim-da-politica-de-reducao-de-danos>>. Acesso em: 31 set. 2021.

GUEDES, Walkíria Ferreira. **O Centro Comunitário São Martinho de Lima**: um espaço de vivência para a população em situação de rua em São Paulo. 2014. 205 f. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Serviço Social - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2014.

LACERDA, Tammy Ferreira de. **Bioética e diversidade**: condições de saúde da população adulta em situação de rua do Distrito Federal. 2012. 144 f. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Bioética - Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, 2012.

LANGA, Ercílio Neves Brandão. **Pessoas que habitam as ruas em Fortaleza nos circuitos da vulnerabilidade e exclusão**: identidades em construção nas trajetórias e percursos. 2012. 184 f. – Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-graduação em Sociologia, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2012.

LEMÕES, Tiago . A corporificação do sofrimento e o trânsito entre vítima e algoz: novas reflexões a partir de etnografias com população em situação de rua. **Cadernos do Lepaarq**, Pelotas, v. 11, n. 21, p. 47-61, jan./jun. 2014. Semestral.

LIMA, Helizett Santos de. **Consultório na rua em Goiânia**: atenção a pessoas em situação de rua e em uso de substâncias psicoativas. 2013. 84 f. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde - Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, Brasília, 2013.

LISBOA, Milena Silva. **Os loucos de rua e as redes de saúde mental**: Os desafios do cuidado no território e a armadilha da institucionalização. 2013. 290 f. Tese (Doutorado) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2013.

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, v. 18, n. supl.1, p. 919 - 930, dez. 2014. Trimestral.

MATTIELLO, Felipe; RAMOS, Wilsa Maria. Estudos em psicologia e áreas interdisciplinares sobre a população em situação de rua. **Estudos de Psicologia**, Natal, v. 23, n. 1, p. 67-77, jan./mar. 2018. Trimestral.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014. 416 p.

MIRANDA, Fabiana Almeida. **Direito à saúde da população em situação de rua**. 2014. 167 f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Católica de Salvador, Salvador, 2014.

MONTIEL, José Maria; BARTHOLOMEU, Daniel; CARVALHO, Lucas de Francisco; PESSOTTO, Fernando. Avaliação de Transtornos da Personalidade em Moradores de Rua. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v. 35, n. 2, p. 488-502, jun. 2015. Trimestral.

MOURA JÚNIOR, James Ferreira. **Reflexões sobre a pobreza a partir da identidade de pessoas em situação de Rua de Fortaleza**. 2012. 159f. - Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-graduação em Psicologia – Centro de Humanidades, Departamento de Psicologia, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza (CE), 2012.

MOURA JÚNIOR, James Ferreira; XIMENES, Verônica Moraes. O lugar do uso de drogas na identidade de uma pessoa em situação de rua. **Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia**, Juiz de Fora, v. 9, n. 2, p. 277-289, dez. 2016.

OLIVEIRA, Luciano Marcio Freitas de. **Circulação e fixação**: o dispositivo de gerenciamento dos moradores de rua em São Carlos e a emergência de uma população. 2012. 148 f. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Sociologia - Centro de Educação e Ciências Humanas, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2012.

ORAM, Sian; KHALIFEH, Hind; HOWARD, Louise M. Violence against women and mental health. **The Lancet Psychiatry**, Londres, v. 4, n. 2, p. 159-170, fev. 2017. Semanal.

PIRES, Maria Coeli Simões. Políticas públicas e Psicologia: uma nova relação sob o paradigma democrático. **Revista Perspectivas em Políticas Públicas**, Belo Horizonte, v.1, n.1, p. 133-156, jan./jun. 2008. Semestral.

REIS, Maria Sato dos. **Centro de referência especializado para população em situação de rua (Centro Pop) de Londrina (PR):** Uma análise a partir da perspectiva do usuário. 2014. 173 f. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e Política Social - Centro de Estudos Sociais Aplicados, Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2014.

RIBEIRO, Wagner S. *et al.* Exposição à violência e problemas de saúde mental em países em desenvolvimento: uma revisão da literatura. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 2, p. 49-57, out. 2009. Trimestral.

RODRIGUES, Paula Graciele. **Gênero entre as ruas e a trama institucional:** um estudo sobre a sobrevivência de mulheres adolescentes em situação de vulnerabilidade social no centro de São Paulo. 2009. 126 f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Filosofia e Ciências de Marília, Universidade Estadual Paulista, Marília, 2009.

ROSA, Anderson da Silva; BRÊTAS, Ana Cristina Passarella. A violência na vida de mulheres em situação de rua na cidade de São Paulo, Brasil. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 19, n. 53, p. 275-285, jun. 2015. Trimestral.

ROSA, Anderson da Silva; SECCO, Maria Gabriella; BRÊTAS, Ana Cristina Passarella. O cuidado em situação de rua: revendo o significado do processo saúde-doença. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 59, n. 3, p. 331-336, jun. 2006. Bimestral.

ROSSINI, Neusa; ROTTA, Edegar; BORKOVSKI, Andréia. Políticas públicas sociais e desenvolvimento: tecendo relações. **Conhecimento em Rede:** desenvolvimento, cooperação e integração regional em território de fronteira – Rede CIDIR, Cerro Largo, p. 487-503, 2019.

SALDANHA, Ricardo Manuel Berto. **Dormitório urbano:** “Uma problemática social (in)sustentável”. 2014. 65 f. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação em

Engenharia Urbana e Ambiental, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2014.

SAMBU, Ansumane. **De volta para casa:** análise de uma política voltada à assistência social das pessoas em situação de rua em João Pessoa Paraíba. 2014. 99 f. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais, Centro de Humanidades, Universidade Federal de Campina Grande, Campina Grande, 2014.

SANTANA, Carmen. Consultórios de rua ou na rua? Reflexões sobre políticas de abordagem à saúde da população de rua. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 8, p. 1798-1799, ago. 2014. Mensal.

SANTANA, Carmen Lúcia Albuquerque de; ROSA, Anderson da Silva (org.). **Saúde mental das pessoas em situação de rua:** conceitos e práticas para profissionais da assistência social. São Paulo: Epidaurus Medicina e Arte, 2016.

SARMENTO, Caroline Silveira; PEDRONI, Gabriela. Vulnerabilidade e resistência: um estudo sobre as mulheres em situação de rua em Porto Alegre. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL FAZENDO GÊNERO & 13TH WOMEN'S WORLDS CONGRESS, 11 (2017), Florianópolis. **Anais eletrônicos...** Florianópolis: 2017, 1-12. Disponível em:<[1499472587\\_ARQUIVO\\_VulnerabilidadeeresistenciaumestudosobreasmulheresemsituacaoderuaemPortoAlegre.pdf](http://1499472587_ARQUIVO_VulnerabilidadeeresistenciaumestudosobreasmulheresemsituacaoderuaemPortoAlegre.pdf) (dype.com.br)>. Acesso em: 31 ago. 2021.

SAWAIA, Bader (org.). **As artimanhas da exclusão: análise psicossocial e ética da desigualdade social.** 4. ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2002. 180 p.

SERRANO, Cesar Eduardo Gamboa. **Homem de rua, homem doente:** uma análise institucional do discurso da população de rua. 2013. 180 f. Tese (Doutorado) - Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013.

SICARI, Aline Amaral; ZANELLA, Andrea Vieira. Pessoas em Situação de Rua no Brasil: revisão sistemática. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v. 38, n. 4, p. 662-679, out. 2018. Trimestral.

SILVEIRA, Mônica Yumi Jardim da. **O cuidado à saúde das pessoas em situação de rua:** invisibilidade das ações intersetoriais na cidade de São Carlos - SP. 2015. 121 f. Dissertação

(Mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Gestão da Clínica, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2015.

SOUZA, Eduardo Sodré de; SILVA, Sandra Regina Vilchez da; CARICARI, Ana Maria. Rede social e promoção da saúde dos "descartáveis urbanos". **Revista da Escola de Enfermagem da Usp**, São Paulo, v. 41, n. spe, p. 810-814, dez. 2007. Trimestral.

SOUZA, Priscila de; ARAÚJO, Marivânia Conceição de. PROJETO PORTAL DA INCLUSÃO: A EXPERIÊNCIA DOS PARTICIPANTES DO ABRIGO MUNICIPAL EM MARINGÁ - PARANÁ. **Emancipação**, Ponta Grossa, v. 7, n. 2, p. 181-207, 2007. Semestral.

SOUZA, William Azevedo de. **A ASSISTÊNCIA SOCIAL E O TRABALHO COM AS PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA NO CREAS**: um campo de intercessão. 2015. 162 f. Dissertação (Mestrado), Faculdade de Ciências e Letras de Assis, Universidade Estadual Paulista, Assis, 2015.

VALENCIA, Elie S. *et al.* Homelessness and mental health in New York City: an overview 1994-2006. **Cadernos Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 19, p. 20-26, 2011. Trimestral.

VAN WIJK, Lívía Bustamante; MÂNGIA, Elisabete Ferreira. Atenção psicossocial e o cuidado em saúde à população em situação de rua: uma revisão integrativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 9, p. 3357-3368, set. 2019. Mensal.

WHO | WORLD HEALTH ORGANIZATION (Suíça) (org.). **Basic documents**. 48. ed. Itália: World Health Organization, 2014. 220 p. Disponível em: <<https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd48/basic-documents-48th-edition-en.pdf>> Acesso em: 11 jul. 2019.

ZIZEK, Slavoj. **Violência**: seis reflexões laterais. São Paulo: Boitempo, 2014. 200 p.

## APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA COM PARTICIPANTES EM SITUAÇÃO DE RUA

Nome:

Idade:

Gênero:

Nível de escolaridade:

Estado civil:

Tempo de permanência na rua:

Processo de vida que levou à vivência na rua:

Ocupação/Renda:

Possui contato com a família? Como é esse contato?

Tempo que frequenta o serviço:

1. Como é para você estar em situação de rua?
2. Quais as principais dificuldades que você enfrenta na rua? Como isso te afeta?
3. Existem coisas boas em estar na rua? Quais?
4. Quais são suas maiores necessidades?
5. O que é saúde para você? E saúde mental?
6. Quais serviços você procura quando precisa de alguma ajuda?
7. Como você conheceu esses serviços?
8. O que eles oferecem? Porque você continua frequentando ou recebendo?
9. O que você acha desses serviços? (se ele atende as necessidades e interesses, se é bem atendido)
10. O que você manteria ou mudaria nesses serviços?
11. Como é sua relação com os profissionais?
12. Como é sua relação com as outras pessoas que são atendidas nos mesmos lugares que você?
13. Você sente que é ouvido nesses serviços? Tem espaço para falar o que quer e o que precisa?
14. Você acha que o atendimento oferecido contribui para melhorar sua vida na rua? Como?
15. Para você, a pandemia mudou alguma coisa? (investigar se mudou em relação aos serviços)

## APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTA COM PROFISSIONAIS

Nome:

Idade:

Gênero:

Nível de escolaridade:

Ocupação:

Tipo de equipamento:

Tempo de trabalho neste equipamento:

1. Porque você começou a trabalhar com a população em situação de rua?
2. Como é para você trabalhar com essa população?
3. Como é sua relação com os usuários?
4. Quais os principais problemas que você enfrenta em seu trabalho?
5. Quais as principais potencialidades do seu trabalho?
6. O que é saúde para você? E saúde mental?
7. O que esse serviço oferece? Quais são as atividades desempenhadas pela equipe e por você?
8. Você acha que esse serviço atende às necessidades e interesses da população em situação de rua? Porque?
9. O que você manteria ou mudaria nesse serviço?
10. Você acha que há uma articulação entre esse serviço e os demais serviços voltados a essa população? Como é?
11. Como essa pandemia impactou o cuidado ofertado para a população em situação de rua?

**APÊNDICE C – ROTEIRO DE DIÁRIO DE CAMPO**

Data:

Local:

Participantes:

Duração da observação:

Descrição do contexto da observação:

Observações:

Meus pensamentos e sentimentos:

**APÊNDICE D**

**QUADRO 2 - CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES**

Código de Identificação	Idade (anos)	Identidade e de Gênero	Escolaridade	Dimensão afetiva-civil	Ocupação/Renda fora da situação de rua	Ocupação/Renda na Situação de Rua	Tempo (aproximado) em situação de rua
H1	26	Homem Cis	Ensino Fundamental Incompleto	Solteiro (já esteve em união estável)	Ajudante de pedreiro; ajudante de pintor; operador de máquina	Carga e descarga de caminhão (recebia auxílio emergencial no momento)	3 anos (mas a primeira vez foi com 8 anos de idade)
H2	40	Homem Cis	Ensino Fundamental Completo	Em um relacionamento (já esteve em união estável)	Pedreiro	Venda de doces no farol; pedinte	12 anos
H3	24	Homem Cis	Ensino Fundamental Incompleto	Solteiro (já esteve em união estável)	Pedreiro	-	15 anos
M4	27	Mulher Cis	Ensino Médio Incompleto	Solteira	Salão de beleza; trabalho em comunidade terapêutica	Venda de doces no farol (recebia auxílio emergencial no momento)	13 anos
H5	30	Homem Cis	Ensino Fundamental Incompleto	Solteiro (já esteve em união estável)	Colheita; alvenaria; pedreiro; carpintaria; funilaria; mecânica e etc.	Artesanato	15 anos
M6	42	Mulher Trans	Ensino Fundamental Completo	Solteira (já esteve em união estável)	Salão de beleza; Prostituição	Prostituição (recebia auxílio emergencial no momento)	10 anos
M7	44	Mulher Cis	Ensino Médio Incompleto	Solteira (já esteve em união estável)	Prostituição; manicure; pedicure; faxineira; confeitaria	Aposentada	40 dias

Código de Identificação	Idade (anos)	Identidade e de Gênero	Escolaridade	Dimensão afetiva-civil	Ocupação/Renda fora da situação de rua	Ocupação/Renda na Situação de Rua	Tempo (aproximado) em situação de rua
H8	47	Homem Cis	Ensino Fundamental Incompleto	Solteiro (já esteve em união estável)	Monitor no Abrigo Emergencial (atual); colheita; corte de cano; operador de máquina; circo (montagem e desmontagem);	Pedinte; reciclagem; carga e descarga de caminhão; ferro velho; limpeza de calçada	6 anos (mas a primeira vez foi com 10 anos de idade)
H9	57	Homem Cis	Ensino Fundamental Incompleto	Separado	Abatedor; tratorista; metalúrgico	Venda de doces no farol; flanelinha (recebia auxílio emergencial no momento)	8 meses
H10	26	Homem Cis	Ensino Fundamental Incompleto	Solteiro	-	Artesanato; (recebia "bolsa família" no momento)	3 anos
H11	35	Homem Cis	Ensino Médio Incompleto	Solteiro (já foi noivo)	Jardineiro; pintor; eletricista; lavagem de roupa; monitor de clínica para dependentes químicos;	Venda de doces no farol; pedinte (recebia auxílio emergencial no momento)	12 anos (mas a primeira vez foi com 14 anos)
H12	35	Homem Cis	Ensino Fundamental Completo	Solteiro (já esteve em união estável)	Carpinteiro; pedreiro	Venda de doces no farol; reciclagem; bicos (recebia auxílio emergencial no momento)	5 anos
M13	30	Mulher Cis	Ensino Superior Completo	Em um relacionamento	Cuidadora de idoso; fotografia;	Artesanato (recebia auxílio emergencial no momento)	17 anos
H14	49	Homem Cis	Ensino Fundamental Incompleto	Solteiro (já esteve em união estável)	-	Pedinte; bicos	6 anos
H15	33	Homem Cis	Ensino Médio Completo	Separado	Empilhadeira; operador de máquina	Pedinte (recebia auxílio emergencial no momento)	1 ano

Código de Identificação	Idade (anos)	Identidade e de Gênero	Escolaridade	Dimensão afetiva-civil	Ocupação/Renda fora da situação de rua	Ocupação/Renda na Situação de Rua	Tempo (aproximado) em situação de rua
H16	34	Homem Cis	Ensino Fundamental Incompleto	Solteiro (já esteve em união estável)	Monitor no Abrigo Emergencial (recebia bolsa família e renda cidadã)	-	5 anos
H17	40	Homem Cis	Ensino Fundamental Incompleto	Solteiro (já esteve em união estável)	Frigorífico; serralheiro; pintor; traficante;	Vendedor de rede, fruta, colcha (recebia auxílio emergencial e bolsa família no momento)	15 anos
M18	35	Mulher Cis	Ensino Fundamental Completo	Solteira (já esteve em união estável)	Prostituição; oficina mecânica; restaurante; camareira; faxineira; ajudante geral;	Prostituição; faxineira; pedinte (recebia auxílio emergencial e bolsa família no momento)	2 anos

**APÊNDICE E**

**QUADRO 3 - REPRESENTAÇÃO DO QUADRO DE ANÁLISE TRANSVERSAL**

Categorias	Subcategorias	Unidades de Análise
<b>1. Situação de rua:</b>	<b>1.1 Determinantes psicossociais</b> (H1, H2, H3, M4, H5, M6, M7, H8, H9, H10, H11, H12, M13, H14, H15, H16, H17, M18)	<p align="center">Ausência de rede de apoio familiar e social (H3);            Conflitos familiares (H1, H2, M4, M6, H8, H9, H11, H14, H15, H16, H17);            Lutos complicados (H9, H10, H11, H15, H17);            Uso e abuso de drogas (H2, M4, H8, H9, H10, H11, H12, H14, H15, H17);            Violência de gênero (M4, M6, M13, M7, M18);            Vulnerabilidade social (M6, M7, M13, M18, H12); *H5</p>
	<b>1.2 Dificuldades e Potências</b> (H1, H2, H3, M4, H5, M6, M7, H8, H9, H10, H11, H12, M13, H14, H15, H16, H17, M18):	<p align="center">Necessidades básicas/sobrevivência (fome/sede, frio, sono, higiene) (H1, H2, H3, M4, M6, M7, H8, H9, H10, H11, H12, M13, H14, H15, H16, H17, M18);            Violência policial (M4, H1, H2, H3, M13, H16, H17);            Violência urbana (H3, M4, H9, H11, H14, H15, M18);            Violência de gênero (física, sexual, psicológica, moral) (M4, M6, M18);            Preconceito/Discriminação/Exclusão (H2, H3, H5, M6, M7, H8, H9, M18, H11, H12, H14, H16, H17)            Emprego/Trabalho (H1, H2, H12, M6, M18);            Estratégias de sobrevivência (M4, H9, H10, H11, H12, H14, H15, M18);            Não existem coisas boas (H1, H2, H3, M6, M7, H9, H10, H15, H16, H17, M18);            Aprendizagem (M4, H5, H10, H16);            Conhecer pessoas/lugares/histórias (H1, H3, M4, H5, H10, H11);            Liberdade (H8, H11, H12 M13, M18);            Ajuda/Doações (H2, H8, H11, H14);</p>

Categorias	Subcategorias	Unidades de Análise
<b>2. Saúde mental</b>	<b>2.1 Significados de saúde e saúde mental</b> (H1, H2, H3, M4, H5, M6, M7, H8, H9, H11, H12, M13, H17, M18):	<p>. Inter-relação entre saúde e saúde mental (M4, M7, H11, H12)</p> <p>Saúde como bem estar/felicidade (H3, M4, H5)</p> <p>Saúde/Saúde mental como ausência de doenças (H5, H8, H9, M18)</p> <p>Saúde como algo essencial/primordial (M6, H8, H9, H12, H17)</p> <p>Saúde relacionado a cuidado/autocuidado (H1, M13, M18)</p> <p>. Não soube responder (H1, H2, H3, M6, H10)</p> <p>Saúde mental relacionada à loucura (H2, H17)</p> <p>. Saúde/ saúde mental como equilíbrio (M18, H11)</p>
	<b>2.2 Dialética entre sofrimento e bem estar</b> (H1, H2, H3, M4, H5, M6, M7, H8, H9, H10, H11, H12, M13, H14, H15, H16, H17, M18):	<p>Violência (M4, M7, M13, M18)</p> <p>Sofrimento psíquico (sintomas, ideação ou tentativa de suicídio, problemas de saúde) (H3, M4, M7, H8, H9, H10, H11, H12, M13, H15, H17)</p> <p>Uso e abuso de drogas (H2, H3, M4, M6, H8, H9, H10, H11, H12, M13, H14, H15, H16, H17, M18)</p> <p>Reconhecimento, identidade, dignidade (H1, H2, H3, M4, H5, M6, M7, H8, H9, H10, H11, H12, M13, H14, H15, H16, H17, M18)</p> <p>Assistência e cuidados recebidos (H1, H3, M4, M6, M7, H8, H9, H10, H11, H12, M13, H14, H15, H16, H17, M18)</p> <p>Modos de produzir vida, bem estar e autonomia (H1, H5, M7, H8, H10, H11, H12, M13, H14, H15, H16, H17, M18)</p>
	<b>2.3 Necessidades e Desejos</b> (H1, H2, H3, M4, H5, M6, M7, H10, H11, H12, M13, H17, M18)	<p>Família (M4, M7, M13, H11, M18)</p> <p>Dependência química (M4, H11, H17)</p> <p>Saúde mental (M7, M13, H12)</p> <p>Direitos humanos/Autonomia (Emprego/Estudo, Moradia) (H1, H2, H3, M4, M6, M7, M13, H11, M18)</p> <p>Não tem (H10)</p>

Categorias	Subcategorias	Unidades de Análise
<b>3. Vínculos afetivos<sup>17</sup></b>	<b>3.1 Relações familiares</b> (H1, H2, H3, M4, H5, M6, M7, H8, H9, H10, H11, H12, M13, H14, H15, H16, H17, M18)	<p>Função de proteção e apoio (M4, M7, H8, H11, H12, H14, H15, H17)</p> <p>Relações distantes e/ou conflituosas (H1, M6, M7, H8, H9, H10, H11, H12, M13, H16, M18, H17)</p> <p>Perdas e rompimentos de vínculos (H2, H3, H5, H9, H10)</p>
	<b>3.2 Relações de amizade</b> (H1, H2, H3, M4, M6, H8, H9, H10, H11, H12, M13, H14, H15, H16, H17, M18)	<p>Laços de confiança e apoio (H1, H2, H3, H8, H9, M6, H11, H12, M13, H14, H15, H16, M18)</p> <p>Falta de laços de confiança e conflitos (M4, H10, H11, H12, H14, H15, H17, M18)</p>
	<b>3.3 Relações Amorosas</b> (H1, H2, H3, H5, M7, H8, H9, H11, H12, M13, H15, H16, H17, M18)	<p>Rompimentos (H1, H2, H3, H5, H8, H9, H11, H12, H15, H16, H17, M18)</p> <p>Relacionamentos abusivos (H5, M13, M18)</p>

<sup>17</sup> A categoria “Vínculos afetivos” está posta como subcategoria de “Saúde mental” no texto apenas para exame mais detalhado do imbricamento entre elas, sem prejuízo teórico de subordinar uma à outra – Ver página 18.

Categorias	Subcategorias	Unidades de Análise
<b>4. Cuidados e serviços:</b>	<b>4.1 Serviços voltados para a saúde</b> (M4, M6, M7, H8, H9, H10, H11, H12, M13, M18)	Consultório na rua (M6, H8, H9, H11, H12, M13) CAPS Mental CAPS AD USF UBS Hospital Psiquiátrico
	<b>4.2 Serviços voltados para assistência social</b> (H1, H2, H3, M4, H5, M6, H8, H9, H10, H11, H12, M13, H14, H15, H17, M18)	Centro POP (H1, H2, H3, M4, H5, M6, H8, H9, H10, H11, H12, M13, H15, M18) Casa de Passagem - Albergue CREAS
	<b>4.3 Serviços de longa permanência</b> (H2, H3, M4, M6, M7, H8, H9, H10, H11, H12, M13, H14, H15, H16, H17, M18)	Abrigo Emergencial (H2, H3, M6, M7, H8, H9, H10, H11, H12, M13, H14, H15, H16, H17, M18) Comunidades Terapêuticas
<b>5. Pandemia</b>	<b>5.1 Como a pandemia afetou a própria vida</b> (H1, H2, H3, M4, H5, M6, M7, H8, H9, H10, H11, H12, M13, H14, H15, H17, M18)	Quesito socioeconômico Relações familiares Medo/falta de medo do contágio Não afetou
	<b>5.2 Como a pandemia afetou os cuidados ofertados nos serviços frequentados</b> (H1, H2, M4, H5, M6, H8, H9, H10, H12, M13, H15, H16)	Funcionamento Cuidados ofertados Medidas de biossegurança Desafios e Dificuldades