

Necessidades, produção do cuidado e expectativas de pessoas em situação de rua

Needs, expectations and care production of people in street situation

Necesidades, producción del cuidado y expectativas de personas en situación de calle

Deíse Moura de Oliveira¹, Adélia Contiliano Expedito¹, Milleny Tosatti Aleixo¹, Nicoli Souza Carneiro¹,
Maria Cristina Pinto de Jesus², Miriam Aparecida Barbosa Merighi³

¹ Universidade Federal de Viçosa. Viçosa-MG, Brasil.

² Universidade Federal de Juiz de Fora. Juiz de Fora-MG, Brasil.

³ Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem. São Paulo-SP, Brasil.

Como citar este artigo:

Oliveira DM, Expedito AC, Aleixo MT, Carneiro NS, Jesus MCP, Merighi MAB. Needs, expectations and care production of people in street situation. Rev Bras Enferm [Internet]. 2018;71(Suppl 6):2689-97. [Thematic Issue: Good practices in the care process as the centrality of the Nursing] DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0612>

Submissão: 05-09-2017

Aprovação: 24-01-2018

RESUMO

Objetivo: compreender as necessidades, as expectativas e a produção do cuidado da população em situação de rua. **Método:** estudo qualitativo com fundamentação da fenomenologia social, realizado com oito pessoas em situação de rua. Os dados foram coletados por meio de entrevista fenomenológica, de setembro a dezembro de 2016. **Resultados:** as necessidades dos participantes são de sobrevivência e de acesso aos serviços de saúde. A produção do cuidado envolve aspectos físico-biológicos, espirituais e afetivo-sociais. As expectativas dessas pessoas expressam o desejo de uma assistência à saúde que considere suas singularidades e lhes ofereça aparatos sociais. **Considerações finais:** este estudo traz contribuições para a prática, o ensino da saúde e a Enfermagem em Saúde Coletiva quanto ao planejamento e provisão do cuidado à população em situação de rua, a partir de suas expectativas e modos de vida, considerados ferramentas para viabilizar respostas às necessidades em saúde desse grupo social.

Descritores: Iniquidade Social; Pessoas em Situação de Rua; Enfermagem em Saúde Pública; Assistência à Saúde Culturalmente Competente; Pesquisa Qualitativa.

ABSTRACT

Objective: To understand the needs, expectations, and care production of people in street situations. **Method:** This is a qualitative study based on social phenomenology, conducted with eight people in street situations. Data were collected through a phenomenological interview from September to December, 2016. **Results:** The needs of participants refer to survival and access to health services. Care production involves physico-biological, spiritual, and affective-social aspects. The expectations of these people involve a desire for health care that considers their singularities and offers them social apparatuses. **Final considerations:** This study has contributions to the practice, training on health, and nursing in collective health, regarding care planning and provision to the population in street situations based on their expectations and lifestyles, considered as tools to help fulfill the health needs of this social group.

Descriptors: Social Inequity; People in Street Situations; Nursing in Public Health; Culturally Competent Health Care; Qualitative Study.

RESUMEN

Objetivo: Comprender las necesidades, las expectativas y la producción del cuidado de la población en situación de calle. **Método:** Estudio cualitativo fundamentado en la fenomenología social, realizado con ocho personas en situación de calle. Datos recolectados mediante entrevista fenomenológica, de setiembre a diciembre de 2016. **Resultados:** Las necesidades de los participantes son de supervivencia y acceso a servicios de salud. La producción de cuidado involucra aspectos físico-biológicos, espirituales y afectivo-sociales. Las expectativas de estas personas expresan el deseo de una atención de salud que considere sus circunstancias y les ofrezca instituciones sociales. **Consideraciones finales:** Este estudio pretende contribuir a la práctica, la enseñanza en salud y la Enfermería en Salud Colectiva en la planificación y provisión de atención a la población en situación de calle, a partir de sus expectativas y modo de vida, considerados herramientas para brindar respuestas a las necesidades sanitarias de ese grupo social.

Descritores: Inequidad Social; Personas en Situación de Calle; Enfermería en Salud Pública; Asistencia Sanitaria Culturalmente Competente; Investigación Cualitativa.

AUTOR CORRESPONDENTE Déise Moura de Oliveira E-mail: dmouradeoliveira@gmail.com

INTRODUÇÃO

Habitar a rua constitui um fenômeno social que deflagra um problema de saúde pública como consequência das desigualdades sociais evidenciadas em diversos países, tanto nos desenvolvidos como naqueles em desenvolvimento e subdesenvolvidos⁽¹⁾.

De acordo com o *Annual Homeless Assessment Report to Congress (AHAAR)*, dados publicados em 2016 pelo Departamento de Habitação e Desenvolvimento Urbano dos Estados Unidos apontaram que, em janeiro do referido ano, havia 549.928 pessoas morando na rua no país. Importante destacar que o número de pessoas abrigadas declinou 5% no período de 2015 a 2016 e o de desabrigadas aumentou 2% no mesmo período⁽²⁾. Isso retrata que a problemática da pessoa em situação de rua nos Estados Unidos é alarmante e está crescendo exponencialmente.

O Brasil também enfrenta esse desafio. Em 2008, foi realizada uma Pesquisa Nacional sobre População em Situação de Rua no país, da qual participaram 71 municípios brasileiros. Esta evidenciou a existência de 31.922 adultos nessa situação⁽³⁾. Em 2016, o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea) realizou uma projeção de que existiam no Brasil aproximadamente 101.854 pessoas vivendo nessa situação⁽⁴⁾. Esses dados reforçam a magnitude do problema enfrentado pelo Brasil no que tange à população em situação de rua.

O contexto das ruas é marcado por vivências singulares, perpassadas comumente por rupturas familiares e comportamentos decorrentes do uso abusivo de substâncias psicoativas (álcool e outras drogas), solidão, medo, violência emocional, física e sexual, maus tratos, exposição ao crime, exploração financeira, desemprego ou migrações malsucedidas em busca de melhores oportunidades de sobrevivência⁽⁵⁾.

Em consequência disso, as pessoas que vivem nessa realidade se submetem cotidianamente a uma condição de vulneração, em virtude das circunstâncias concretas de vulnerabilidade a que estão expostas. Comumente são destituídas dos direitos sociais básicos, como moradia, saúde, educação, lazer, trabalho, segurança, entre outros, o que reforça as iniquidades sociais em saúde⁽⁶⁾.

No Brasil, a Política Nacional para a População em Situação de Rua, instituída em 2009⁽⁷⁾, e a Portaria n.º.122, de 25 de janeiro de 2011⁽⁸⁾, apresentaram-se como avanços importantes para conferir a esse grupo social o acesso aos direitos básicos de cidadania, por meio de políticas públicas e de programas intersetoriais. Tais avanços visam desde então melhorar a capacidade de resposta às demandas e necessidades de saúde inerentes à população em situação de rua⁽⁷⁻⁸⁾.

Apesar da existência de uma política pública nacional para esse grupo social, com dispositivos legais para que sejam assegurados os direitos das pessoas em situação de rua, evidencia-se que estes não são comumente garantidos na prática, o que requer a visibilização desse público por parte dos gestores

e profissionais das áreas social e de saúde. Essa visibilidade deve considerar a vulnerabilidade física e social presente na população em situação de rua, projetando um olhar pautado no cuidado equitativo. Isso vem acompanhado da importância de se compreender as necessidades desse grupo, a fim de que o sistema de saúde e o de assistência social respondam a tais necessidades⁽⁹⁾.

O que se evidencia na literatura é que a assistência a esse grupo social tem se dado majoritariamente por meio de ações higienizadoras ou assistencialistas, fortemente influenciadas pela perspectiva fundante da saúde pública⁽⁹⁾. Isso constitui um desafio para o campo da saúde coletiva que, ao considerar a pessoa em situação de rua como sujeito, e não como objeto das práticas de saúde, a vê como produtora de cuidado em seu cotidiano, em vez de receptora de intervenções supostamente de cuidados por parte dos profissionais.

Consideram-se como produção do cuidado os modos éticos de pessoas em situação de rua conduzirem-se no cotidiano como redes de existências, disputando, o tempo inteiro, com outras diferentes lógicas de existir que lhes são impostas pelas instituições⁽¹⁰⁾. Salienta-se que a concepção de necessidades arraigada no imaginário e nas práticas profissionais pauta-se na compreensão de que tais necessidades se relacionam exclusivamente a carências determinadas do ambiente externo/objetivo ao interno/subjetivo. Interpreta-se, portanto, que elas emergem somente do julgamento do profissional, enquanto, na verdade, são processos sociais e históricos definidos pelos agentes envolvidos⁽¹¹⁾.

Partindo da premissa do conceito ampliado de saúde e de que esta é compreendida como um fenômeno social cuja produção é perpassada pelo contexto em que indivíduos e coletividades vivem, depreende-se que assistir pessoas em situação de rua se desdobra em um desafio para as profissões que atuam no campo da saúde coletiva⁽¹²⁾. Nesse contexto, insere-se a Enfermagem que, como prática social, se propõe a compreender e atender às necessidades das pessoas tanto no âmbito individual como coletivo, além de buscar promover as potencialidades e a dignidade das pessoas como indivíduos sociais⁽¹³⁾.

Diante da escassez no tocante à literatura que focaliza as necessidades, as expectativas e a produção do cuidado sob a ótica da pessoa em situação de rua, as seguintes questões nortearam a pesquisa: Quais as necessidades das pessoas que vivem em situação de rua? A partir dessas necessidades, como essas pessoas produzem o cuidado no cotidiano da rua? Considerando a produção do cuidado realizado e as necessidades percebidas por essa população, que tipo de cuidado ela espera que lhe seja ofertado?

OBJETIVO

Compreender as necessidades, as expectativas e a produção do cuidado da população em situação de rua.

MÉTODO

Aspectos éticos

Esta investigação atendeu aos preceitos éticos constantes na Resolução n. 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde, obtendo parecer favorável do Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Viçosa.

Referencial teórico-metodológico e tipo de estudo

Pesquisa qualitativa com perspectiva teórica da fenomenologia social de Alfred Schütz, que tem como princípio interpretar o significado da ação de sujeitos no mundo social. Fundamenta-se em pressupostos teóricos que auxiliam a compreensão da ação social. Esta se ancora na teoria da motivação humana, sendo compreendida a partir dos “motivos porque” e “motivos para”. Os primeiros relacionam-se ao contexto de vida da pessoa, que a coloca em uma dada situação biográfica, em função do acervo de conhecimentos/experiências de que dispõe. Os “motivos para” consideram esse contexto como preditivo para que a pessoa lance expectativas que constituirão o fluxo da ação social/experiência no mundo social. Destaca-se que o significado da ação inscreve-se na relação intersubjetiva que produzirá um sentido comum à experiência vivida por um determinado grupo social⁽¹⁴⁾.

Cenário do estudo e participantes

O cenário do estudo foi a região central de um município de Minas Gerais, Brasil, cuja população estimada é de 77.863 habitantes⁽¹⁵⁾. O referido município não conta, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), com o Programa de Consultório na Rua. Com relação ao Sistema Único de Assistência Social (SUAS), o município dispõe do Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), que atende a população em situação de rua por meio da Coordenadoria Setorial de Proteção Social Especial de Alta Complexidade. Nesse contexto, o município conta com um dispositivo social (Casa de Passagem) que acolhe, por um tempo determinado, indivíduos incluídos nas situações referidas, como as pessoas em situação de rua.

Estabeleceram-se como critérios de inclusão se declarar em situação de rua, ter mais de 18 anos, independentemente do sexo.

Fonte de dados

A amostra foi constituída por conveniência, utilizando-se a técnica metodológica de seleção de participantes denominada *snowball sampling* (bola de neve). Nessa técnica, o primeiro participante é escolhido por conveniência, e este indica outro, que, por sua vez, indica um terceiro, e assim sucessivamente. A eficácia desse método vem sendo reconhecida sobretudo em situações em que são estudadas minorias populacionais, como é o caso da presente pesquisa⁽¹⁶⁾.

Coleta e organização dos dados

A coleta de dados aconteceu nos meses de setembro a dezembro de 2016 e foi conduzida por uma docente (orientadora da pesquisa) e por três estudantes do Curso de Enfermagem, bolsistas de iniciação científica com experiência prévia em estudos qualitativos.

Para viabilizar o primeiro contato com a população de rua, foi agendado um encontro presencial com o assistente social da Secretaria Municipal de Assistência Social do município, cenário do estudo, o qual atua, há cerca de 20 anos, com esse público. Foi solicitado a ele que fornecesse para a equipe de pesquisa a indicação de uma pessoa em situação de rua e local em que comumente ela se encontra na cidade. De posse dessa informação, os pesquisadores iniciaram as idas, de cunho exploratório, ao cenário da pesquisa. Os pesquisadores, após mapeamento dos potenciais participantes, compareceram, em horários alternados, às áreas urbanas onde eles se encontravam, a fim de estabelecer uma aproximação com essa população, anteriormente à concessão dos depoimentos.

Utilizou-se a entrevista fenomenológica⁽¹⁷⁾ para obtenção dos dados, a partir das seguintes questões: Quais são as suas necessidades, considerando-se o fato de viver na rua? Como você se cuida no cotidiano da rua? O que você considera que poderia ser feito para que melhorasse o cuidado a você, considerando o fato de viver na rua? Para a caracterização dos participantes, obtiveram-se informações sobre os motivos que os conduziram à rua, há quanto tempo estão nessa situação, além de sexo, idade, ocupação e região onde habitam. Cabe ressaltar que, no momento da entrevista, somente estavam presentes o pesquisador e o participante.

Antes de concederem as entrevistas, os participantes foram esclarecidos quanto aos objetivos do estudo e sobre a importância de suas participações na pesquisa. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi lido pelos pesquisadores e assinado pelos participantes. No período da coleta de dados, a equipe abordou 11 pessoas que atendiam aos critérios de inclusão, havendo duas recusas de participação. Excluiu-se o depoimento de um participante cujo conteúdo apresentava-se desconexo, portanto foram incorporados, na análise do estudo, oito depoimentos de pessoas em situação de rua.

A delimitação do número de participantes ocorreu quando se percebeu que o conteúdo das entrevistas era suficiente para responder ao objetivo do estudo, permitindo alcançar o aprofundamento, a abrangência e a complexidade envolvidos na compreensão do objeto estudado⁽¹⁸⁾.

As entrevistas foram realizadas individualmente, em momentos em que as pessoas em situação de rua se mostravam disponíveis e abertas para concederem seus depoimentos. Considerando a necessidade de privacidade com o mínimo de ruídos possível, foi solicitado aos participantes que indicassem espaços urbanos que atendessem a essa especificidade da pesquisa qualitativa. Os depoimentos foram gravados em áudio e tiveram a duração de aproximadamente 60 minutos cada. Para preservação do anonimato, os participantes foram identificados com a letra E, de entrevistado, sucedida do número correspondente à ordem em que foram realizadas as entrevistas (de E1 a E8).

Análise dos dados

A organização, categorização e análise do material obtido⁽¹⁷⁾ foram conduzidas pela equipe de pesquisadores. A partir de leituras de cada depoimento na íntegra, apreendeu-se o significado das necessidades em saúde da população em situação de rua e suas formas de produzir e vislumbrar o cuidado na realidade social em que vive. Para organização do material, estabeleceu-se a convergência de sentidos sobre o fenômeno

estudado para a composição das categorias concretas, definidas como constructos/objetivos elaborados pelo pesquisador, a partir da experiência explicitada pelos participantes⁽¹⁴⁾. A discussão dos resultados foi alicerçada nos pressupostos da Fenomenologia Social de Alfred Schütz e referencial temático.

RESULTADOS

Caracterização dos participantes

Dos oito participantes, sete eram do sexo masculino e um do sexo feminino. A idade variou de 34 a 71 anos, com tempo mínimo na rua de oito meses e máximo de 25 anos. Sete participantes habitavam a região central e um, a região periférica da cidade, o qual possui cobertura da Estratégia Saúde da Família. Predominou, no grupo estudado, o uso de álcool e outras drogas (geradores de conflitos familiares) como o motivo de ida para as ruas. No tocante às atividades desenvolvidas na rua, a única mulher participante do estudo é aposentada e alega não ter costume de pedir dinheiro na rua. Quanto aos homens, quatro realizam trabalhos informais, especialmente de catadores, sendo que um destes recebe bolsa família. Dois participantes vivem exclusivamente como pedintes, e um é aposentado.

Categorias temáticas que emergiram do estudo

Necessidades das pessoas em situação de rua

De acordo com os participantes, as necessidades da pessoa em situação de rua incluem as relacionadas à segurança, à alimentação, ao sono e ao repouso; lugar para realizarem as necessidades fisiológicas e acesso aos serviços de saúde. Com relação à segurança, os depoimentos a reforçam como uma necessidade permanente vivenciada nesta realidade social:

[...] ah, eles machucam a gente demais, joga pedra, mete o cacete em nós [...]dormir na rua é ruim demais, perigoso eles botar fogo na gente [...] eu fico dormindo no meio da rua, correndo o risco de morrer. (E3)

[...] eu tenho medo de ficar na rua [...]eu tenho medo de morrer e não ver meus netos crescer [...] eu devo droga aqui, eu já tive com uma arma apontada na minha cabeça encostada na rodoviária por um traficante. (E8)

A dificuldade em conseguir alimentação e local adequado para o sono, repouso e para a realização das necessidades fisiológicas foi destacada pelos participantes:

Ah, a gente passa fome, a gente passa muita coisa [...] não tem lugar para dormir. (E4)

[...] se eu raciocinar bem, acho que sou levado a dormir e levantar com os olhos abertos, abertos para caramba. Tem vez que eu tenho pesadelo [...]. Aí eu assusto e acordo eufórico. [...] uma hora eu estou dormindo, outra hora me dá aquela aflição, fico com medo, aí acordo. (E7)

Minha dificuldade [...] é que fico meio sem jeito quando eu estou muito apertado [...] para pedir os outros para ir no banheiro. (E7)

A necessidade de acesso aos serviços de saúde, dificultada pela ausência de um programa de assistência à saúde voltado à pessoa em situação de rua, e de documentos de identificação foi também relatada:

Quem mora na rua não tem tratamento não, eles não gostam de ficar tratando. [...] tem pessoas que às vezes nem está comendo, está deitado na rua quase morto, mas eles não tão nem ligando, carro de saúde passa, não apanha ninguém. (E1)

[...] vai ao médico e pedem um cartão que a gente não tem [...] coitada da gente que é morador de rua e não tem os documentos [...] vegeta. Vai internar, pedem identidade, título de eleitor, tudo. (E6)

Produção do cuidado por pessoas em situação de rua

A produção do cuidado no cotidiano da rua se dá a partir de redes de apoio tecidas pelas próprias pessoas na situação de rua. Estas se configuram para atender às necessidades físico-biológicas, espirituais e afetivo-sociais.

Em relação ao aspecto físico-biológico, destacam-se as estratégias construídas para realizar o cuidado corporal, prover alimentação e local para abrigarem-se:

[...] consigo lavar minha roupa no posto de gasolina [...] conheço todo mundo lá [...] posso usar o tanque que tem lá na parte de baixo [...]. Durmo lá também, já tem muitos anos [...]. Frio e chuva eu procuro outro ambiente, porque o lugar que eu durmo é aberto, se chover, me molha [...]. Tenho coberta, tenho roupa, deixo tudo lá mesmo, lá no posto. (E2)

Conheço todo mundo [...]. Tem as pessoas do grupo jovem, tenho amizade com eles [...]. Peço as coisas para eles e eles me ajudam. Se eu estou a fim de fazer um lanche, eles vão e compram para mim. (E5)

Eu tomo banho no abrigo São Vicente de Paulo [...]. Comida eu peço nas casas. (E8)

Evidencia-se que, no contexto estudado, a pessoa em situação de rua define condutas terapêuticas para si de acordo com sua perspectiva sobre a própria condição de saúde:

[...] eu joguei o remédio fora, porque eu li na bula o que eu estava sentindo [...]. Dá eczema, estava repetindo o meu eczema na perna, olha os meus pés como é que estão pretinhos [...]! [...] olha lá, secou [mostra os pés com aparência ressecada]. (E1)

O componente espiritual figura como um importante referencial de cuidado para essas pessoas, que buscam no transcendente o suporte para vivenciar o dia a dia na rua:

O cuidado meu é que Deus toma conta de mim. Eu peço a Deus uma vida melhor [...] para minha vida ficar melhor. (E4)

[...] é eu e Deus, só ele mesmo, ninguém me ajuda mais do que ele [...]. Ele que me dá força, me faz melhorar quando eu estou passando mal. [...] eu passo mal sozinho lá onde eu moro, na minha quebrada. (E5)

A rede de cuidado tecida na rua é expressa também no campo afetivo e social, como evidenciam os relatos abaixo:

[...] quando eu morrer, vou deixar saudade [...] tenho bastante amizade. Muitas pessoas me ajudam. Sou muita amiga, gosto de conversar. Se eu sair daqui, todo mundo vai ficar me procurando. (E1)

Tenho pessoas que me apoiam, pessoas que me ajudam [...]. Gente que chega com a gente. (E3)

No âmbito dessa rede social, destaca-se a produção do cuidado estabelecida para zelar pelos documentos pertencentes à pessoa em situação de rua, que ficam sob a guarda de outras de sua confiança:

[...] para eu não perder na rua, deixo meus documentos com um amigo [...]. Ele tem uma floricultura [...] identidade, carteira de trabalho, deixo com ele [...] se eu ficar na rua, eu vou beber, vou perder, vou cair [...] aí eu prefiro deixar lá e só ando com xerox. (E2)

[...] eu tenho todos os documentos [...] deixo com um amigo. (E7)

O depoimento de um participante aponta que a ocupação também figura como modo de produzir cuidado em seu cotidiano:

[...] eu me cuido e eu dependo muito da rodoviária, para carregar as malas [...] ninguém vai me dar uma mala para carregar se eu tiver muito bêbado e muito sujo [...] senão perco o espaço. (E2)

Expectativas de cuidado das pessoas em situação de rua

A partir do cuidado de que necessitam e do produzido no contexto em que vivem, as pessoas em situação de rua esboçam expectativas, que, segundo elas, podem ajudá-las a ter melhor qualidade de vida na realidade em que vivem.

As expectativas de cuidado desse grupo social são expressas pelo desejo de aparatos sociais, como o albergue, para suprir suas necessidades de segurança, alimentação, sono e repouso e higiene, assim como de uma assistência à saúde que considere suas singularidades:

[...] se você quebra um braço, é eles [os profissionais de saúde] que vão enfaixar e vão fazer do jeito deles [...] tinha que ter uma pessoa responsável para cuidar da gente depois que eu sair do hospital [...]. Tinha que ter gente para cuidar da gente na rua. (E1)

[...] eu acho que aqui tinha que ter um albergue, tipo os que tem em outras cidades, que é o lugar que você chega à noite, apresenta o documento e passa para dentro [...] toma um banho, janta e dorme e sai de manhã. (E2)

Essa cidade não tem nem um albergue para gente dormir! Tem que dormir na praça. Nosso Deus! Quero encontrar um abrigo e sair da rua! [...] quem me dera se eu voltasse para casa! Quem me dera. (E3)

Outro anseio levantado pelas pessoas em situação de rua, também referente à rede de cuidado para essa população, diz respeito ao fornecimento de um tratamento para aqueles que fazem uso abusivo de álcool e outras drogas:

Precisava de alguma clínica para me internar. Saúde é parar de beber e viver [...] só por causa disso [falta de ajuda para parar de beber] que não consigo. (E3)

Eu queria me internar numa clínica de recuperação, que fizesse sarar, sair das drogas e aí cuidar dos meus filhos. [...] mas não tenho apoio, minha família não me dá apoio. (E4)

DISCUSSÃO

Ao trazer à tona a realidade das pessoas em situação de rua, a presente investigação se ocupa em discutir e analisar criticamente os aspectos que se interceptam na relação entre o que esta população necessita, o cuidado que produz e o que ela espera alcançar, sendo esta tríade considerada o fluxo da ação social/experiência em pauta.

Esse fluxo se dá no mundo social, no qual os significados da ação humana emergem a partir das relações sociais que a pessoa estabelece, alocando-se, portanto, na intersubjetividade. Nesse mundo intersubjetivo, o ser humano age a partir do conhecimento de que dispõe, sendo este constituído culturalmente por meio das experiências no âmbito da micro e macroestrutura social. Isso conduz a pessoa a uma situação biográfica⁽¹⁴⁾ que, no presente estudo, se refere ao contexto de vida nas ruas.

Os “motivos porque” das pessoas em situação de rua derivam de suas vivências pregressas e presentes⁽¹⁴⁾, entre as quais se destacam as necessidades que possuem. O conceito de necessidades é fundamental no trabalho em saúde, incluindo o da Enfermagem. Estas são singulares, pois diferem, dependendo do lugar que a pessoa ocupa no mundo. Além disso, expressam as condições de vulnerabilidade e estão intimamente relacionadas a ela, sendo, portanto, fundamental que sejam captadas a partir da subjetividade de indivíduos e grupos sociais⁽¹⁹⁾.

Postula-se que a saúde depende da satisfação tanto das necessidades relacionadas à sobrevivência (alimentação, abrigo, segurança) quanto das compreendidas como processos sociais (proteção, afeto, compreensão, identidade, liberdade e acesso à saúde, educação, lazer). Estas últimas relacionam-se à autorrealização e baseiam-se na igualdade e no mútuo reconhecimento da condição humana no contexto social⁽²⁰⁾.

Partindo dessa perspectiva, evidencia-se que os participantes da presente pesquisa, ao serem questionados acerca de suas necessidades no contexto das ruas, relacionaram as mesmas à saúde. Para efeito de análise, estas serão concebidas nesta investigação como necessidades em saúde, o que implica um diálogo permanente com diversos atores, programas e políticas intersetoriais para que sejam atendidas, figurando como um desafio enfrentado pela saúde coletiva.

Como evidenciado na presente investigação, habitar os espaços públicos da cidade submete as pessoas inscritas nessa realidade a um contexto marcado por vulnerabilidades, com destaque para a insegurança. O paradoxo é declarado no momento em que se

evidencia que predomina, no imaginário social, a concepção de serem as pessoas em situação de rua as geradoras de insegurança e violência urbana para a sociedade que as exclui⁽⁹⁾.

Os participantes afirmaram que viver em situação de rua é estar constantemente sob perigo de ser vítima de violência, fato reiterado por um estudo realizado em Maryland, nos Estados Unidos, que contabilizou, no período de 2003 a 2011, o quantitativo de 279 pessoas em situação de rua vítimas de morte violenta⁽²¹⁾. No Brasil, estudo com 251 indivíduos em situação de rua em São Paulo evidenciou que 65% alegaram insegurança nas ruas e 45,7% afirmaram ter sofrido agressão no último mês⁽²²⁾.

A literatura postula ainda que as pessoas que se encontram nessa situação enfrentam dificuldades para conseguir alimentação, local adequado para o sono, repouso e para a realização das necessidades fisiológicas⁽⁹⁾, corroborando os resultados da presente investigação. Nesse contexto, pesquisa realizada em Rhode Island, nos Estados Unidos, com 319 adultos sem moradia mostrou que mais de 94% dos participantes apresentaram insegurança alimentar, sendo que 64% desse subconjunto já havia experimentado a fome⁽²³⁾.

Dormir na rua constitui uma tarefa complexa que pode afetar a saúde. Pesquisa realizada com 244 adultos em situação de rua em Dallas, no Estado do Texas (USA), apontou o sono inadequado, com menos horas de descanso, e o adormecimento involuntário maior nesse grupo quando comparado com a população em geral que possui domicílio. Esse é um aspecto que influencia o processo saúde/doença desses indivíduos, resultando em distúrbios de cognição e humor e em uma autoavaliação ruim de saúde⁽²⁴⁾.

No que tange às necessidades fisiológicas, na ausência de um domicílio, as pessoas que habitam as ruas se utilizam dos espaços públicos e sanitários de comércios (como bares e padarias). Essa procura se dá comumente em estabelecimentos cujos donos são conhecidos dessas pessoas, de forma que o vínculo instituído funciona como uma estratégia facilitadora para suprir essa necessidade⁽²⁵⁾, realidade também encontrada no presente estudo.

Outra necessidade que emergiu dos depoimentos se refere ao acesso aos serviços de saúde, seja pela ausência de programas e serviços de assistência à saúde destinados ao atendimento a este público, seja pelo impedimento de acesso conferido pela falta de documentos de identificação, comumente observado na população em situação de rua. Nessa perspectiva, reveste-se de importância a rede de atenção à saúde estruturada para atender às necessidades dessa população, sendo o Programa Consultório na Rua considerado um marco que trouxe avanços no modo de organizar a assistência a esse grupo social.

O município estudado não dispõe do Programa Consultório na rua. A Política Nacional de Atenção Básica postula que, em municípios onde não existe esse programa, o cuidado integral desses indivíduos é de responsabilidade da Atenção Básica (AB)⁽²⁶⁾. Porém, como uma parcela expressiva dessa população habita as regiões centrais da cidade, locais onde comumente não se prioriza a cobertura da AB, o grupo social estudado fica em situação de desamparo em relação ao cuidado prestado pelos serviços de saúde.

A literatura aponta que o acesso dificultado aos serviços de saúde, em consequência da falta de documentos de identificação, é uma realidade vivenciada por essa população^(1,9,27). Tal prática é inconstitucional, na medida em que a equidade, a integralidade e

a universalidade do atendimento estão garantidas pelo SUS que, como sistema de saúde, deve conferir respostas sociais às necessidades da População em Situação de Rua⁽¹⁾. Tentativas frustradas de atendimento acabam fazendo com que essas pessoas geralmente busquem ajuda somente em situações emergenciais⁽¹⁾. Estudo Canadense mostrou que pessoas em situação de rua apresentavam altas taxas de cuidados agudos de saúde, incluindo visitas ao setor de emergência e de internação em hospitais, e esse padrão é visto em países com sistemas de saúde universal ou não⁽²⁸⁾.

A partir das necessidades percebidas por esses sujeitos sociais, redes internas são tecidas no contexto da rua, ancoradas por relações intersubjetivas permeadas por vínculo e afeto, configurando, desse modo, uma dimensão ancoradoura da produção do cuidado nesta realidade social. Os participantes deste estudo explicitam, em suas vivências, a intersubjetividade como cerne do modo de se organizarem para produzir o cuidado nas ruas. Isso retrata a ação social⁽¹⁴⁾ desses indivíduos, que lhes permite transformarem-se/reconfigurarem-se cotidianamente, a partir das relações intersubjetivas que constroem na realidade social em que vivem.

A literatura afirma que as pessoas, nos seus encontros, constituem-se em redes de existência, pois, dentro do seu mundo/vida, produzem cuidado, construindo saberes. Isso deve ser considerado no processo de produção do cuidado em saúde, pois as estratégias de vivência, as experiências e o modo de andar a vida dizem muito do que esses indivíduos são e do que realmente precisam⁽¹⁰⁾.

As redes de existência tecidas nas relações intersubjetivas pelos participantes deste estudo são produtoras de um cuidado que estes protagonizam para o atendimento das necessidades de caráter físico-biológico, espiritual e afetivo-social. A busca por instituições de caridade, igrejas, estabelecimentos comerciais, como restaurantes e postos de gasolina, retrata as redes tecidas para suprir necessidades relacionadas à alimentação, ao repouso e à higiene corporal. Isso foi corroborado por pesquisas realizadas, em capitais brasileiras, com indivíduos adultos que vivem em situação de rua^(5,22,25).

Os processos intersubjetivos, além de promoverem a coesão social, proporcionam a transcendência das experiências, ainda que não factual. Tal transcendência tem na experiência religiosa um dos modos de expressão da ação social do indivíduo no mundo da vida⁽¹⁴⁾. Nesse contexto, a produção do cuidado nas ruas também se assenta na espiritualidade. Os entrevistados se amparam na fé para superar os desafios que enfrentam na realidade da rua, em sua maioria, buscando o suporte de Deus. Esse resultado converge para o de outra pesquisa realizada no Brasil⁽²⁹⁾.

Além disso, as redes tecidas por afetos no cotidiano da rua possibilitam a esses indivíduos a guarda de seus pertences e a construção de relações de amizade que atendem às necessidades afetivo-sociais. Nessa perspectiva, um entrevistado destacou o acolhimento que recebe dos profissionais de saúde da Atenção Básica, situação peculiar encontrada na pesquisa, pois o mesmo é o único que habita um espaço coberto pela ESF. Como afirma a literatura, estar na rua é construir gradativamente um novo cotidiano que tem como arcabouço o espaço público, com seus moradores e usuários. Consequentemente, as relações ocorrem todo o tempo e são essenciais para a construção do dia a dia, na vida das pessoas e nos grupos sociais⁽²⁵⁾.

A atividade laboral, realizada pelos participantes de maneira informal, surge nesse contexto tanto como ferramenta que possibilita o cuidado – na medida em que resulta no sustento do indivíduo – como também dependente dele, visto que os próprios entrevistados relataram ser necessário cuidar da aparência física para não perderem o trabalho. Além disso, esse é um elemento que possibilita a inclusão social e a promoção de saúde para esta fração populacional vulnerável⁽³⁰⁾.

As redes tecidas nas ruas, apesar de permitirem aos participantes buscar o alcance de suas necessidades, evidenciaram uma incompletude no atendimento dessas necessidades, dada a complexidade inscrita no cuidado às pessoas em situação de rua. Nesse contexto, emergem expectativas de cuidado por parte desse grupo social.

Tais expectativas referem-se aos “motivos para” da ação social em pauta que são vislumbrados a partir da situação biográfica e do acervo de conhecimentos/experiências na realidade social em que se encontram⁽¹⁴⁾. Assim, as necessidades emergidas pelo grupo social pesquisado estão relacionadas à sobrevivência e às necessidades humanas propriamente ditas – consideradas os “motivos porque” da ação social estudada –, que culminam em projeções no intuito de satisfazer tais necessidades, consideradas os “motivos para” da ação social em pauta.

Os participantes anseiam por melhor qualidade de vida na realidade em que vivem, tendo no albergue um aparato social que pode atender às suas necessidades de abrigo, segurança, alimentação, sono e repouso, resultado também encontrado em outros estudos realizados no Brasil, em cidades de médio⁽³¹⁾ e grande porte⁽²⁵⁾.

No tocante às expectativas relacionadas ao atendimento das necessidades propriamente humanas – acesso aos serviços de saúde, à autorrealização, à compreensão, entre outras⁽²⁰⁾ –, as pessoas expressaram o desejo de ter um acompanhamento profissional na realidade das ruas. A concretização do desejo da continuidade do cuidado prestado em instituições de saúde no contexto da rua pressupõe a ampliação da cobertura da AB nas regiões centrais da cidade⁽²⁶⁾, a implantação de programas como os consultórios na rua⁽⁹⁾ e/ou de arranjos específicos das redes de atenção à saúde voltados às singularidades desse público.

A liberdade, traduzida como desejo de livrar-se do hábito de consumir, em excesso, o álcool e outras drogas, foi mencionada pelos participantes. O uso abusivo de substâncias psicoativas permanece e potencializa-se na vivência da rua⁽⁵⁾, sendo a ruptura com o mesmo, por meio de internação em clínicas de recuperação, anseio esboçado pelas pessoas em situação de rua, como meio, inclusive, de retomar o convívio familiar. Contudo, a literatura afirma que a internação de pessoas em situação de rua pode ser considerada ineficaz, especialmente quando ocorre de modo involuntário⁽³²⁾, dada a complexidade que envolve a recuperação em relação ao abuso de substâncias psicoativas.

A Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua no Brasil identificou que, dos 31.922 adultos, 35,5% encontravam-se nessa situação, devido ao alcoolismo e uso de outras drogas⁽³⁾. Nesse sentido, é importante considerar o papel da família, que deve atuar em conjunto com os profissionais da assistência social, saúde e das áreas afins, no sentido de fortalecer o tratamento e a reintegração da pessoa, após a alta da clínica, no seu contexto familiar⁽³³⁾.

Salienta-se que os “motivos para” explicitados pelos participantes desta pesquisa mostram a completude da ação social/experiência instaurada nas redes intersubjetivas produzidas a partir da realidade em que se encontram, fortalecendo o pressuposto da fenomenologia Social de Alfred Schütz de que a intersubjetividade é o elemento essencial na construção social dos sentidos.

Limitações do estudo

A compreensão das necessidades, expectativas e produção do cuidado a partir da realidade estudada traz características peculiares à experiência de ser pessoa em situação de rua, que pode diferir se investigados os mesmos aspectos em contextos diferentes, como em grandes centros urbanos. Portanto, este estudo não propõe generalização, mas sim apresentar perspectivas de uma realidade complexa, inerente ao fenômeno social investigado.

Contribuições para a Saúde, Políticas Públicas e área da Enfermagem

Ao trazer à tona as subjetividades e intersubjetividades envolvidas no cuidado, sob a perspectiva de pessoas em situação de rua, a presente investigação evidencia as reais necessidades em saúde do grupo social estudado. Estas devem ser consideradas pelas Políticas de Promoção da Equidade em Saúde e demais Políticas Sociais voltadas para esta população, com vistas à efetivação dos princípios do Sistema Único de Saúde para este grupo historicamente destituído do direito à saúde. Dar visibilidade a esta parcela da sociedade permitirá que suas necessidades em saúde sejam respondidas a partir dos arranjos organizativos das redes de atenção à saúde e de novos modos de organizar o processo de trabalho em saúde, o que constitui um desafio para a saúde coletiva.

Nessa perspectiva, espera-se que este estudo contribua na prática e no ensino da saúde e da Enfermagem em Saúde Coletiva, quanto ao planejamento e provisão do cuidado à população em situação de rua, a partir de suas expectativas e modos de andar a vida, considerados ferramentas para viabilizar respostas às necessidades em saúde desse grupo social.

Acredita-se que isso conduzirá à ressignificação do cuidado às pessoas que vivem nesta situação, instituindo-o como uma ação social pautada na equidade e integralidade e como um ato político e viabilizador de transformação e justiça sociais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente pesquisa compreendeu as necessidades, expectativas e produção do cuidado de pessoas que vivem em situação de rua. Evidenciou-se que as necessidades estão relacionadas à sobrevivência humana e ao acesso aos serviços de saúde. A produção do cuidado é tecida no campo físico-biológico, espiritual e afetivo-social, sendo as expectativas dos participantes expressas pela necessidade de aparatos sociais e pelo desejo de uma assistência à saúde que considere suas singularidades.

Os achados da presente investigação devem ser conjugados com outros estudos qualitativos envolvendo população em situação de rua, no sentido de oferecer horizontes para gestores inscritos no âmbito das políticas públicas, em especial as sociais. À Enfermagem, concebida como profissão cujo objeto da prática é o cuidado, cabe utilizar-se dos resultados desta investigação

para (des)construir-se e (re)construir-se a partir do cuidado singular desvelado segundo a perspectiva da população de rua.

Acredita-se que este movimento, ao ser fortalecido no âmbito da gestão, acompanhado por ações sinérgicas no campo do serviço,

ensino e pesquisa, ampliando os espaços de diálogo sobre a população em situação de rua, desafia a saúde coletiva a encontrar caminhos efetivos, intersetoriais e humanizados para reduzir as iniquidades sociais em saúde engendradas em torno dessa população.

REFERÊNCIAS

1. Paiva IKS, Lira CDG, Justino JMR, Miranda MGO, Saraiva AKM. Homeless people's right to health: reflections on the problems and components. *Ciênc Saúde Colet*[Internet]. 2016[cited 2017 Jun 13];21(8):2595-606. Available from: http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n8/en_1413-8123-csc-21-08-2595.pdf
2. Henry M, Watt R, Rosenthal L, Shivji A. Annual Homeless Assessment Report to (AHAR) Congress[Internet]. US: HUD. Office of Community Planning and Development. 2016[cited 2017 Jun 22]. Available from: <https://www.hudexchange.info/resources/documents/2016-AHAR-Part-1.pdf>
3. Brasil. Ministério do Desenvolvimento Social e de Combate à Fome. Rua, aprendendo a contar: pesquisa nacional sobre a população em situação de rua[Internet]. 2009[cited 2017 Jun 14]. Available from: http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Livros/Rua_aprendendo_a_contar.pdf
4. Brasil. Ministério do Planejamento. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Estimativa da População em Situação de Rua no Brasil[Internet]. 2016[cited 2017 Jun 14]. Available from: http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/TDs/26102016td_2246.pdf
5. Donoso MTV, Bastos MAR, Faria CRD, Costa AA. Ethnographic study on homeless people in a big urban center. *Rev Min Enferm*[Internet]. 2013[cited 2017 Jun 13];17(4):902-9. Available from: www.reme.org.br/exportar-pdf/894/v17n4a11.pdf
6. Sotero M. Vulnerability and vulneration: street population, an ethical issue. *Rev Bioét*[Internet]. 2011[cited 2017 Jun 13];19(3):799-817. Available from: http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/677/727
7. Brasil. Decreto Presidencial 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. *Diário Oficial da União* 24 de dezembro de 2009[Internet]. 2009[cited 2017 Jun 14]. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d7053.html
8. Brasil. Portaria Nº 122, de 25 de janeiro de 2011: define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua. *Diário Oficial da União*, 26 de janeiro de 2012[Internet]. 2009[cited 2017 Dec 28]. Available from: http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria_122_25_01_2011.pdf
9. Hallais JAS, Barros NF. Consultório na Rua: visibilidades, invisibilidades e hipervisibilidade. *Cad Saúde Pública*[Internet]. 2015[cited 2017 Jun 14];31(7). Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v31n7/0102-311X-csp-31-7-1497.pdf>
10. Merhy EE, Gomes MPC, Silva E, Santos MFL, Cruz KT, Franco TB. Redes Vivas: multiplicidades girando as existências, sinais da rua. *Implicações para a produção do cuidado e a produção do conhecimento em saúde. Divulg Saúde Debate*[Internet]. 2014[cited 2017 Jun 20];52:153-64. Available from: <http://www.gov.scot/Publications/2017/06/8907/downloads>
11. Merhy EE. O cuidado é um acontecimento e não um ato. In: Franco TB, Merhy EE. *Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde*. São Paulo: Hucitec; 2013. p. 172-82.
12. Regis CG, Batista NA. The nurse in the area of collective health: conceptions and competencies. *Rev Bras Enferm*[Internet]. 2015[cited 2017 Jun 14];68(5):548-54. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reben/v68n5/en_0034-7167-reben-68-05-0830.pdf
13. Zoboli ELCP, Schweitzer MC. Nursing values as social practice: a qualitative meta-synthesis. *Rev Latino-Am Enfermagem*[Internet]. 2013[cited 2017 Jun 14];21(3):695-703. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n3/0104-1169-rlae-21-03-0695.pdf>
14. Schütz A. *Sobre fenomenologia e relações sociais*. Petrópolis: Vozes; 2012.
15. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-IBGE. Cidades: Viçosa. Estimativa populacional, 2016[Internet]. 2016[cited 2017 Jul 14]. Available from: <http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=317130>
16. Cohen L, Arieli T. Field research in conflict environments: methodological challenges and snowball sampling. *J Peace Res*[Internet]. 2011[cited 2017 Jun 14];48(4):423-35. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/0022343311405698>
17. Jesus MCP, Capalbo C, Merighi MAB, Oliveira DM, Tocantins FR, Rodrigues BMRD, et al. The social phenomenology of Alfred Schütz and its contribution for the nursing. *Rev Esc Enferm USP*[Internet]. 2013[cited Jul 15 2017];47(3):736-41. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n3/en_0080-6234-reeusp-47-3-00736.pdf
18. Minayo MCS. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. *RPQ*[Internet]. 2017[cited Jul 13 2017];5(7):1-12. Available from: <http://rpq.revista.sepq.org.br/index.php/rpq/article/view/82/59>
19. Nakamura E, Egly EY, Campos CMS, Nichiata LYI, Chiesa AM, Takahashi RF. The potential of an instrument to identify social vulnerabilities and health needs: collective health knowledge and practices. *Rev Latino-Am Enfermagem*[Internet]. 2009[cited 2017 Jul 13];17(2):253-8. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n2/pt_18.pdf

20. Oliveira MAC. Re(thinking) nursing curative projects through the light of population health needs. *Rev Bras Enferm*[Internet]. 2012[cited 2017 Jul 13];65(3):401-5. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v65n3/v65n3a02.pdf>
21. Stanley JL, Jansson AV, Akinyemi AA, Mitchell CS. Characteristics of violent deaths among homeless people in Maryland, 2003-2011. *Am J Prev Med*[Internet]. 2016[cited 2017 Jun 14];51(5):260-6. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0749379716303117>
22. Barata RB, Carneiro JN, Ribeiro MCSA, Silveira C. Health social inequality of the homeless in the city of São Paulo. *Saúde Soc*[Internet]. 2015[cited 2017 Jun 14];24(1):215-27. Available from: http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v24s1/en_0104-1290-sausoc-24-s1-00219.pdf
23. Martins DC, Gorman KS, Miller RJ, Murphy L, Sor S, Martins JC, et al. Assessment of food intake, obesity, and health risk among the homeless in Rhode Island. *Public Health Nurs*[Internet]. 2015[cited 2017 Jun 14];32(5):453-61. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/phn.12180/epdf>
24. Chang HL, Fisher FD, Reitzel LR, Kendzor DE, Nguyen MA, Businelle MS. Subjective sleep inadequacy and self-rated health among homeless adults. *Am J Health Behav*[Internet]. 2015[cited 2017 Jun 20];39(1):14-21. Available From: <http://www.ingentaconnect.com/content/png/ajhb/2015/00000039/00000001/art00002>
25. Andrade LP, Costa SL, Marquetti FC. The street has a magnet, I think it is freedom: power, suffering, and life strategies among homeless persons in the City of Santos, São Paulo, Brazil. *Saúde Soc*[Internet]. 2014[cited 2017 Jun 14];23(4):1248-61. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v23n4/0104-1290-sausoc-23-4-1248.pdf>
26. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica[Internet]. 2012[cited 2017 Jun 13]. Available from: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>
27. Toledo L, Góngora A, Bastos FIPM. À margem: uso de crack, desvio, criminalização e exclusão social: uma revisão narrativa. *Ciênc Saúde Colet*[Internet]. 2017[cited 2017 Jun 14];22(1):31-42. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n1/1413-8123-csc-22-01-0031.pdf>
28. Fazel S, Geddes JR, Kushel M. The health of homeless people in high-income countries: descriptive epidemiology, health consequences, and clinical and policy recommendations. *Lancet*[Internet]. 2014[cited 2017 Jun 15];384(9953):1529-40. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4520328/>
29. Santos SMR, Jesus MCP, Mattos LR, Alves MJM, Vicente EJD, Jesus PBR. Spirituality in assessing the quality of life of the collectors of recyclable materials: cross sectional study. *O Braz J Nurs*[Internet]. 2012[cited 2017 Jul 16];11(1):1-11. Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/3661>
30. Henrique RA, Santos CM, Vianna JJB. Sentidos e significados do trabalho entre pessoas em situação de rua. *Psicol Am Lat*[Internet]. 2013[cited 2017 Jun 20];24:109-20. Available from: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/psilat/n24/a08.pdf>
31. Biscotto PR, Jesus MCP, Silva MH, Oliveira DM, Merighi MAB. Understanding of the life experience of homeless women. *Rev Esc Enferm USP*[Internet]. 2016[cited 2017 Jul 15];50(5):749-55. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v50n5/0080-6234-reeusp-50-05-0750.pdf>
32. Coelho I, Oliveira MHB. Internação compulsória e crack: um desserviço à saúde pública. *Saúde Debate*[Internet]. 2014[cited 2017 Dec 05];38(101):359-67. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38n101/0103-1104-sdeb-38-101-0359.pdf>
33. Caravaca-Morera JA, Padilha MI. The family relationships dynamics of homeless people-crack users. *Saúde Debate*[Internet]. 2015[cited 2017 Jun 20];39(106):748-59. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39n106/0103-1104-sdeb-39-106-00748.pdf>