

UNIVERSIDADE VALE DO RIO DOCE – UNIVALE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* EM
GESTÃO INTEGRADA DO TERRITÓRIO – GIT

Anaile Duarte Toledo Martins

**PERMANECER “RUA”: A Invisibilidade entre o bicho, o território e a dependência
química em Governador Valadares-MG**

Governador Valadares

2025

ANAILE DUARTE TOLEDO MARTINS

**PERMANECER “RUA”: A Invisibilidade entre o bicho, o território e a
dependência química em Governador Valadares-MG**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação
Stricto Sensu em Gestão Integrada do Território da
Universidade Vale do Rio Doce – UNIVALE, como
requisito para a obtenção do título de Mestre em Gestão
Integrada do Território.

Orientador: Prof. Dr. Leonardo Oliveira Leão e Silva.
Coorientadora: Prof^a. Dra Eunice Sueli Nodari.

Linha de pesquisa: Território, Sociedade e Saúde.
Temática estruturante: Saúde-doença e Vulnerabilidade.

Governador Valadares

2025

DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO (CIP)
Ficha Catalográfica – Sistema de Bibliotecas (Sibi/UNIVALE)

M386p Martins, Anaile Duarte Toledo
 Permanecer "rua": a Invisibilidade entre o bicho, o território
e a dependência química em Governador Valadares-MG Anaile
Duarte Toledo Martins ; orientador Leonardo Oliveira Leão e Silva ;
coorientadora Eunice Sueli Nodari. -- Governador Valadares : 2025.
121 p.: il. color.

 Dissertação (Mestrado em Gestão Integrada do Território) –
Universidade Vale do Rio Doce, Governador Valadares, 2025.

 1. Pessoa em situação de rua - Governador Valadares (MG).
2. Substâncias - Abuso. 3. Exclusão social. I. Silva, Leonardo
Oliveira Leão e. II. Nodari, Eunice Sueli. III. Título.

CDD: 362.5

**Missão**

Construir e compartilhar o conhecimento por meio da formação de profissionais competentes, éticos e comprometidos com o desenvolvimento humano e regional.

Visão

Ser referência como instituição educacional inovadora, comunitária e inclusiva.

UNIVERSIDADE VALE DO RIO DOCE
Programa de Pós-graduação *Stricto Sensu* em Gestão Integrada do Território

Anaile Duarte Toledo Martins

“PERMANECER “RUA”: A Invisibilidade entre o bicho, o território e a dependência química em Governador Valadares”,

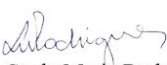
Dissertação aprovada em 23 de maio de 2025,
pela banca examinadora com a seguinte
composição:

Documento assinado digitalmente
gov.br LEONARDO OLIVEIRA LEÃO E SILVA
Data: 23/05/2025 16:08:21-0300
Verifique em <https://validar.itl.gov.br>

Dr. Leonardo Oliveira Leão e Silva
Orientador – GIT/Univale

Documento assinado digitalmente
gov.br EUNICE SUELI NODARI
Data: 25/05/2025 09:14:27-0300
Verifique em <https://validar.itl.gov.br>

Dra. Eunice Sueli Nodari
Coorientadora-GIT/Univale


Dra. Sueli Maria Rodrigues
Examinadora – GIT/Univale

Documento assinado digitalmente
gov.br SONIA MARIA QUEIROZ DE OLIVEIRA
Data: 23/05/2025 16:17:50-0300
Verifique em <https://validar.itl.gov.br>

Dra. Sonia Maria Queiroz de Oliveira
Examinadora – UFJF/GV

Campus I

Campus Armando Vieira
Rua Juiz de Paz José Lemos, 695 – Vila Bretas
CEP: 35030-260 | Governador Valadares/MG

(33) 3279-5200

Campus II

Campus Antônio Rodrigues Coelho
Rua Israel Pinheiro, 2000 – Universitário
CEP: 35020-220 | Governador Valadares/MG

(33) 3279-5500

univale.br

**Missão**

Construir e compartilhar o conhecimento por meio da formação de profissionais competentes, éticos e comprometidos com o desenvolvimento humano e regional.

Visão

Ser referência como instituição educacional inovadora, comunitária e inclusiva.


Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Gestão Integrada do Território
ATA DA BANCA EXAMINADORA DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO DE
Anaile Duarte Toledo Martins

Ao vigésimo terceiro dia do mês de maio de dois mil e vinte e cinco (23/05/2025), às quatorze (14:00h) horas, através do link : <https://meet.google.com/eyu-dtax-say>, sob a coordenação do Dr. Leonardo Oliveira Leão e Silva - GIT/Univale, Professor Orientador, e Professora Coorientadora Dra. Eunice Sueli Nodari - GIT/Univale, reuniram-se os membros efetivos da Banca Examinadora da Dissertação de Mestrado intitulada: **“PERMANECER “RUA”: A Invisibilidade entre o bicho, o território e a dependência química em Governador Valadares-MG”**, elaborada pelo discente **Anaile Duarte Toledo Martins**, do Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Gestão Integrada do Território da Universidade Vale do Rio Doce – GIT/Univale – Nível Mestrado Acadêmico, Linha de Pesquisa: Território, Sociedade e Saúde. A Banca Examinadora foi composta pelos(as) professores(as): Dra. Sueli Maria Rodrigues - GIT/Univale; Sonia Maria Queiroz de Oliveira – UFJF/GV e Dr. Edmarcius Carvalho Novaes (Suplente)- GIT/Univale. O Professor Orientador iniciou a sessão apresentando os componentes da Banca Examinadora e informou que o discente atendeu as exigências do Art. 82 do Regulamento do Programa. Em seguida, apresentou o discente, leu o título da dissertação e lhe passou a palavra. Feita a apresentação por parte do mestrando, os avaliadores fizeram questionamentos e comentários. Em todos os momentos foi dado o direito ao discente de responder aos questionamentos. Por fim, a Banca se reuniu sem a participação do discente e do público, decidindo pela: Aprovação. O resultado final foi comunicado publicamente ao candidato pela Presidente da Banca.

OBSERVAÇÕES: Recomenda-se organizar a discussão conforme sugestões da banca, inserindo reflexões ampliadas sobre a dimensão do território ao longo do texto. Nada mais havendo a tratar, a Presidente encerrou a reunião e lavrou a presente ata, que será assinada por todos os membros participantes da Banca Examinadora.

Documento assinado digitalmente
gov.br LEONARDO OLIVEIRA LEÃO E SILVA
Data: 23/05/2025 16:08:21-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Dr. Leonardo Oliveira Leão e Silva
Professor Orientador


Dra. Sueli Maria Rodrigues
Avaliadora

Documento assinado digitalmente
gov.br EUNICE SUELI NODARI
Data: 24/05/2025 19:00:24-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Dra. Eunice Sueli Nodari
Coorientadora

Documento assinado digitalmente
gov.br SONIA MARIA QUEIROZ DE OLIVEIRA
Data: 23/05/2025 16:17:50-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Dra. Sonia Maria Queiroz de Oliveira
Avaliadora

Campus I

Campus Armando Vieira
Rua Juiz de Paz José Lemos, 695 – Vila Bretas
CEP: 35030-260 | Governador Valadares/MG

(33) 3279-5200

Campus II

Campus Antônio Rodrigues Coelho
Rua Israel Pinheiro, 2000 – Universitário
CEP: 35020-220 | Governador Valadares/MG

(33) 3279-5500

univale.br

Dedico esta dissertação às pessoas em situação de rua, cujas vidas, muitas vezes invisibilizadas e silenciadas pela sociedade, foram o ponto de partida e a força motriz desta pesquisa. Foram suas histórias de luta, de dor e de resistência, coletadas através das entrevistas e dos prontuários, que tornaram possível a construção deste trabalho. Cada informação coletada, cada palavra compartilhada, cada experiência vivida, foi um grito de existência que rompe as barreiras da marginalização e da indiferença. Agradeço profundamente a essas pessoas, que, com coragem e humanidade, confiaram a mim seus relatos e permitiram que suas realidades, por tantas vezes ignoradas, ganhassem visibilidade. Que este estudo seja uma ferramenta de transformação, um lembrete de que cada ser humano merece ser ouvido e respeitado, independentemente de sua condição social.

AGRADECIMENTO

Para chegar até aqui percorri caminhos que me trouxeram um novo mundo de conhecimento, que exigiu de mim muita abdicação, força e dedicação. Junto desse caminho tive pessoas que me auxiliaram e tornaram possível a conclusão do mesmo.

Em primeiro lugar, agradeço a Deus, meu ser supremo, que me conduziu durante todo esse processo. A Ele toda a honra e toda a glória, pois "Porque dEle, por meio dEle, e para Ele são todas as coisas" (Romanos 11:36). Sem Sua presença constante, força e direção, nada disso seria possível.

Aos meus pais, que são a força motriz para a conquista dos meus sonhos, deixo minha eterna gratidão. Sei que os meus sonhos são também os deles, e foi em favor deles que alcancei mais esta etapa.

À minha família, que celebra comigo cada conquista com orgulho e entusiasmo, minha sincera gratidão.

À Fundação Percival Farquhar e à gestão superior da UNIVALE, pelo auxílio, incentivo e compromisso com a educação continuada de seus colaboradores.

À Prefeitura Municipal de Mathias Lobato, minha sincera gratidão pela oportunidade de integrar o SUS e contribuir com a saúde pública ao longo desses anos, experiência que foi essencial para essa minha trajetória.

Agradeço ao Programa de Mestrado em Gestão Integrada do Território (GIT) por me proporcionar novos horizontes, e aos professores e colegas que, com generosidade e parceria, compartilharam e dividiram essa caminhada.

Ao meu orientador e à minha coorientadora pela orientação e apoio ao longo de toda a minha jornada de pesquisa, contribuindo de forma fundamental para a realização desta dissertação.

Ao corpo docente do Curso de Fisioterapia, que me auxiliou ao longo de todo este período e, com dedicação e parceria, contribuiu para que juntos conseguíssemos atender às demandas do curso.

Aos amigos do EA4, agradeço profundamente pelo incentivo constante, pela celebração conjunta de cada conquista e pelo apoio nos momentos de dificuldade. Estendo minha gratidão também aos demais amigos que estiveram presentes ao longo desta caminhada, contribuindo com companheirismo, e colaboração em cada etapa dessa trajetória.

Aos voluntários que se dispuseram, com generosidade e agilidade, a contribuir com a coleta de dados, minha mais sincera gratidão.

Aos meus domésticos da fé, que sempre foram fonte de oração, apoio e encorajamento, fortalecendo minha caminhada.

À banca examinadora pela valiosa contribuição, pelas observações criteriosas e pela generosidade em compartilhar conhecimentos que enriqueceram este trabalho.

Por fim, agradeço profundamente aos gestores da Cristolândia-GV e à equipe do Consultório na Rua, que acolheram esta pesquisa com disponibilidade, respeito e compromisso.

A todos que, de alguma forma, fizeram parte dessa caminhada, meu mais sincero agradecimento. Cada gesto de apoio, cada palavra de incentivo, e cada contribuição foram fundamentais para que eu chegasse até aqui. Sou eternamente grata por ter tido o privilégio de compartilhar essa trajetória com pessoas tão especiais.

“Quando uma sociedade falha em garantir os direitos mais básicos, como acesso à moradia e à saúde, aqueles que já se encontram à margem de sua estrutura social tornam-se visíveis apenas através das lentes da doença, da exclusão, e da marginalização. A ausência de políticas públicas eficazes perpetua um ciclo de vulnerabilidade, no qual a falta de acesso à serviços básicos se torna uma consequência direta da negação dos direitos fundamentais, comprometendo, assim, a dignidade humana e o bem-estar daqueles que mais necessitam.”

Amartya Sen, 1999.

RESUMO

A população em situação de rua constitui um dos grupos mais vulneráveis e marginalizados da sociedade brasileira, com altos índices de consumo de substâncias psicoativas e dificuldades de acesso a direitos fundamentais, sendo atravessada por múltiplos processos de exclusão social, precarização de direitos e invisibilização política. Governador Valadares-MG, município de porte médio com importante dinâmica urbana, reflete esse cenário nacional, registrando um crescimento perceptível da população em situação de rua, ainda carente de estudos específicos. O presente trabalho teve como objetivo analisar os fatores que contribuem para a permanência de pessoas em situação de rua com dependência química no município de Governador Valadares-MG, considerando os aspectos sociais, de saúde e territoriais. A pesquisa, de abordagem mista, foi composta por análise documental de 287 prontuários de pessoas em situação de rua atendidas entre junho e novembro de 2024 da equipe do Consultório na Rua, com dados quantitativos relativos ao perfil sociodemográfico, condições de vida e contexto social, histórico de saúde geral, uso de substâncias psicoativas e hábitos, rede de atenção à saúde e acompanhamento, e pela realização de entrevistas semiestruturadas com 14 acolhidos da instituição Cristolândia-GV, compondo a vertente qualitativa da análise. Os resultados quantitativos evidenciaram um predomínio de homens adultos, com baixa escolaridade, alto índice de uso de álcool e outras drogas, presença de doenças infecciosas e parasitárias e comorbidades, e grande fragilidade nos vínculos familiares e sociais. Já a análise qualitativa revelou que o consumo de substâncias psicoativas é percebido tanto como causa quanto como consequência da permanência nas ruas, funcionando como mecanismo de enfrentamento da dor física e emocional. Destacaram-se que as experiências de desterritorialização fragilizam o sentimento de pertencimento social e urbano. Em contrapartida, foram identificados processos de resignificação do território urbano, com a criação de novos vínculos e estratégias de sobrevivência no espaço público, o que configura práticas de multiterritorialidade. A pesquisa conclui que a permanência da pessoa em situação de rua com dependência química em Governador Valadares-MG não é resultado de escolhas individuais isoladas, mas sim de múltiplas determinações sociais, econômicas, territoriais e institucionais. Evidenciou-se que o rompimento de vínculos sociais, a desterritorialização e o uso de múltiplas drogas atuam de forma articulada na construção dessa permanência. Torna-se evidente a necessidade de políticas públicas intersetoriais e emancipadoras, que promovam a inclusão social, o fortalecimento de vínculos comunitários e a construção de alternativas de reterritorialização para essa população. O estudo reforça a importância de compreender o território não apenas como espaço físico, mas como espaço vivido e simbólico, fundamental na formulação de intervenções mais eficazes e sensíveis às realidades concretas das pessoas em situação de rua.

Palavras-chave: Pessoas em situação de rua. Dependência química. Território. Consultório na Rua. Vulnerabilidade social.

ABSTRACT

The homeless population constitutes one of the most vulnerable and marginalized groups in Brazilian society, with high rates of psychoactive substance use and difficulties in accessing fundamental rights, being affected by multiple processes of social exclusion, rights precarization, and political invisibility. Governador Valadares-MG, a medium-sized municipality with significant urban dynamics, reflects this national scenario, recording a noticeable increase in the homeless population, still lacking specific studies. The present work aimed to analyze the factors that contribute to the permanence of people in street situations with chemical dependency in the municipality of Governador Valadares-MG, considering social, health, and territorial aspects. The research, with a mixed approach, was composed of a documentary analysis of 287 records of homeless individuals attended between June and November 2024 by the Consultório na Rua team, with quantitative data related to sociodemographic profile, living conditions and social context, general health history, use of psychoactive substances and habits, health care network and follow-up, and the conduct of semi-structured interviews with 14 residents of the Cristolândia-GV institution, forming the qualitative aspect of the analysis. The quantitative results showed a predominance of adult men, with low education levels, a high rate of alcohol and other drug use, the presence of infectious and parasitic diseases and comorbidities, and significant fragility in family and social ties. The qualitative analysis revealed that the consumption of psychoactive substances is perceived both as a cause and a consequence of staying on the streets, functioning as a mechanism to cope with physical and emotional pain. It was highlighted that experiences of deterritorialization weaken the sense of social and urban belonging. On the other hand, processes of re-signification of urban territory were identified, with the creation of new bonds and survival strategies in public space, which configure practices of multi-territoriality. The research concludes that the permanence of a person in a homeless situation with chemical dependency in Governador Valadares-MG is not the result of isolated individual choices, but rather of multiple social, economic, territorial, and institutional determinations. It was evidenced that the rupture of social bonds, deterritorialization, and the use of multiple drugs work in an articulated manner in the construction of this permanence. The need for intersectoral and emancipatory public policies becomes evident, which promote social inclusion, the strengthening of community bonds, and the construction of reterritorialization alternatives for this population. The study reinforces the importance of understanding territory not just as a physical space, but as a lived and symbolic space, fundamental in the formulation of more effective and sensitive interventions to the concrete realities of people experiencing homelessness.

Keywords: People living on the streets. Substance dependence. Territory. Street Clinic. Social vulnerability.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Perspectiva territorial	75
--	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Número e proporção de indivíduos por nacionalidade e origem	58
Tabela 2 – Distribuição dos participantes por faixa etária	59
Tabela 3 – Distribuição dos participantes (sexo, identidade de gênero e orientação sexual)...	59
Tabela 4 – Distribuição dos níveis de escolaridade mais elevados frequentados ou concluídos pelos participantes, com números absolutos e percentuais.....	60
Tabela 5 – Frequência de visitas a familiares ou outros, por tipo de relação	61
Tabela 6 – Origem da alimentação dos participantes	61
Tabela 7 – Acesso à higiene pessoal	61
Tabela 8 – Descrição das ocupações distribuídas em categorias.....	62
Tabela 9 - Distribuição das condições de saúde relatadas.....	63
Tabela 10 - Descrição dos tipos de deficiência	64
Tabela 11 – Prevalência de doenças crônicas, incluindo números absolutos e percentuais de presença, ausência e falta de informação para cada condição avaliada.....	65
Tabela 12 – Distribuição do uso de álcool, outras drogas e tabaco, com números absolutos e percentuais para cada categoria	65
Tabela 13 – Rede de atenção à pessoa em situação de rua e acompanhamento.....	66

LISTA DE ABREVIATURAS

CadÚnico – Cadastro Único

CAPS – Centros de Atenção Psicossocial

CENTROS POP – Centros de Referência Especializados para População em Situação de Rua

CREAS – Centro de Referência Especializado de Assistência Social

CNMP – Conselho Nacional do Ministério Público

eCR – Equipes de Consultório na Rua

GIT – Gestão Integrada do Território

LOAS – Lei Orgânica da Assistência Social

MDHC – Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania

NASF – Núcleos de Apoio à Saúde da Família

OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde

SISAB – Sistema de Informação em Saúde para Atenção Básica

UBS – Unidades Básicas de Saúde

UNIVALE – Universidade Vale Do Rio Doce

UNODC – Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	17
2	REVISÃO DA LITERATURA	21
2.1	ABORDAGEM HISTÓRICO-SOCIAL DO PROBLEMA	21
2.2	O PERFIL DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA, NO BRASIL	23
2.3	O CONSULTÓRIO NA RUA	26
2.4	AÇÕES DESENVOLVIDAS NO ATENDIMENTO IN LOCO À POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA	27
2.5	AS ATIVIDADES TIPIFICADAS EM POLÍTICAS SOCIOASSISTENCIAIS PARA A POPULAÇÃO DE RUA	27
2.6	ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA PESSOA EM SITUAÇÃO DE RUA	32
2.7	POLÍTICA NACIONAL SOBRE DROGAS: UM ALCANCE SOCIAL	36
2.8	O TERRITÓRIO E A PESSOA EM SITUAÇÃO DE RUA	41
3	OBJETIVOS	44
3.1	OBJETIVO GERAL	44
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	44
4	METODOLOGIA	45
4.1	TIPO DE ESTUDO	45
4.2	LOCAL DO ESTUDO	45
4.3	UNIVERSO E AMOSTRA DO ESTUDO	46
4.4	COLETA DE DADOS E ETAPAS DE REALIZAÇÃO DA PESQUISA	47
4.5	PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS	50
4.5.1	Análise dos dados quantitativos	51
4.5.2	Análise dos dados qualitativos	53
4.5.3	Integração dos dados: complementaridade interpretativa	54
4.6	ASPECTOS ÉTICOS	55
5	RESULTADOS	57
5.1	PERFIL DEMOGRÁFICO E SOCIAL	57
5.2	CONDIÇÕES DE VIDA E CONTEXTO SOCIAL	60
5.3	HISTÓRICO DE SAÚDE GERAL	63
5.4	USO DE SUBSTÂNCIAS E HÁBITOS	65
5.5	REDE DE ATENÇÃO À PESSOA EM SITUAÇÃO DE RUA E ACOMPANHAMENTO	66

5.6	MOTIVOS PARA IR PARA A RUA	66
5.6.1	Dependência química.....	67
5.6.2	Problemas familiares e perdas pessoais	68
5.6.3	Dificuldades econômicas	71
5.7	MOTIVOS PARA PERMANECER NA RUA	71
5.7.1	Dependência química e dificuldades para sair.....	71
5.7.2	Sobrevivência e adaptação à rua	73
5.7.3	Condições oferecidas pela rua	74
5.8	PERSPECTIVA TERRITORIAL	74
6	DISCUSSÃO	78
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	95
	REFERÊNCIAS	99
	APÊNDICE 1 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO – TCLE.....	111
	APÊNDICE 2 – QUESTIONÁRIO COLETA DE INFORMAÇÕES PRONTUÁRIOS DO CONSULTÓRIO NA RUA.....	114
	APÊNDICE 3 – ROTEIRO ESTRUTURADO DE AVALIAÇÃO DAS PERCEPÇÕES DAS PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA.....	117
	APÊNDICE 4 – DISTRIBUIÇÃO DE MUNICÍPIO DE ORIGEM DOS INDIVÍDUOS AGRUPADOS, COM O NÚMERO DE INDIVÍDUOS E SUAS RESPECTIVAS PORCENTAGENS.....	120

1 INTRODUÇÃO

A pessoa em situação de rua faz parte de um dos grupos mais suscetíveis e marginalizados da sociedade, vivendo em condições deploráveis e sem acesso assegurado a direitos fundamentais como saúde, educação e habitação. Em particular, o Brasil lida com desafios consideráveis ligados a essa população, com um aumento no número de indivíduos habitando nas ruas dos centros urbanos. De acordo com dados do Cadastro Único (CadÚnico), em março de 2025, o Brasil contabilizou 297.113 pessoas em situação de rua. A maior parte dessas pessoas vivem em áreas urbanas movimentadas e, frequentemente, em locais de difícil acesso a serviços públicos.

O consumo de substâncias químicas, como o álcool e outras drogas, é um dos fatores críticos que modificam a condição dessas pessoas. O consumo dessas drogas está comumente ligado a uma série de impactos negativos para a saúde física e mental, além de afetar as condições de vida desses indivíduos. O uso de álcool e outras substâncias é uma reação frequente a circunstâncias de estresse crônico, marginalização social e ausência de perspectiva, muitas vezes percebido como uma estratégia de resistência para enfrentar o sofrimento emocional e físico (Silveira; Rodrigues, 2013). Esta população, além dos desafios ligados à pobreza extrema, lida com a piora das condições de saúde por causa do consumo dessas substâncias, prejudicando a sua qualidade de vida e a sua habilidade de obter assistências necessárias, incluindo aos serviços de saúde.

A inacessibilidade aos serviços de saúde, aliada ao consumo excessivo de álcool e outras substâncias, é um elemento crítico que intensifica a vulnerabilidade dos indivíduos em situação de rua. O uso de drogas, além de afetar diretamente a saúde física e mental, dificulta a participação em tratamentos e a procura por aprimoramentos na qualidade de vida. A falta de acesso a documentos pessoais também favorece a marginalização social dessa população, impedindo o exercício da cidadania e complicando o acesso a políticas públicas (Hallais; Barros, 2015). Esta marginalização não se restringe apenas ao acesso à saúde, abrangendo também assistência social, educação e segurança, mantendo o ciclo de exclusão.

A conexão entre o consumo de álcool e outras substâncias ilícitas e a permanência de indivíduos em situação de rua é intrincada e multifacetada. Pesquisas indicam que o consumo de drogas não só piora as condições de saúde, mas também atua como um obstáculo para deixar a situação de rua, devido à dependência física e psicológica que essas substâncias causam. Ademais, as condições de vida insalubres e a falta de suporte familiar e social muitas vezes complicam a procura por tratamento (Mendes; Ronzani; Paiva, 2019).

O "Consultório na Rua" é uma abordagem delineada como porta de entrada à Rede de Atenção à Saúde à pessoa em situação de rua, com ênfase na saúde, através de equipes multidisciplinares que operam nas ruas, proporcionando assistência médica, psicológica e social. Esta política governamental visa não apenas satisfazer as necessidades de saúde, mas também fomentar a inclusão social e o acesso a serviços indispensáveis. Contudo, a efetividade deste modelo de assistência requer um entendimento aprofundado do perfil dessa população, suas necessidades e os elementos que contribuem para a continuidade da condição de rua, particularmente no que diz respeito ao consumo de álcool e outras drogas (Borysow; Oda; Furtado, 2023).

Entender o contexto de vida e os desafios dessa população, além das consequências do consumo de álcool e outras substâncias, possibilita a criação de intervenções mais precisas, levando em conta as especificidades de cada região e a realidade enfrentada por esses indivíduos. Para Reis e Rizzotti (2013), a pessoa em situação de rua é um componente social presente em várias cidades do país, e reflete o que é mais desigual e indiferente na sociedade capitalista, sendo uma população que reside e interage de variadas maneiras nos diversos locais que vão formando os territórios urbanos. Contudo, entender os motivos que levam essa população à estar na rua e ter uma análise mais detalhada dessa população mostrará que, na realidade, ela não é apenas um retrato, mas uma realidade em constante evolução, resultado de sua própria história, que para ser entendida em sua totalidade social precisa ser examinada em suas diversas determinações.

Estudar sobre a pessoa em situação de rua está ligada à necessidade de entender os diversos elementos que perpetuam sobre esse público, particularmente em contextos regionais particulares, como o de Governador Valadares-MG, que é o município de estudo da presente pesquisa. Governador Valadares-MG, devido à sua posição estratégica e características socioeconômicas, possui particularidades que afetam o movimento e a permanência dessa população. Isso torna crucial a avaliação de suas condições de vida, saúde e interações com o território. Ademais, a falta de pesquisas detalhadas sobre a dinâmica local e os elementos que influenciam a permanência nas vias públicas dessa população, como o uso de substâncias psicoativas, enfatiza a necessidade de conduzir pesquisas que auxiliem na criação de políticas públicas mais efetivas e contextualizadas.

A avaliação do território de Governador Valadares-MG, com sua dinâmica urbana e o fluxo de indivíduos de diversos estados, é um elemento fundamental para entender as particularidades dessa comunidade. Milton Santos (2008) ressalta a relevância de compreender o território como um local de interações sociais e econômicas, que influenciam as condições de

vida dos indivíduos que nele residem. Para os indivíduos em situação de rua, o território não é somente um local para sobreviver, mas também um espelho das disparidades estruturais da sociedade, que se expressam em várias formas de exclusão e marginalização.

Há uma percepção de um número cada vez maior de pessoas em situação de rua em Governador Valadares-MG. Contudo, até agora, essa percepção não é respaldada por informações técnicas sólidas, o que torna imprescindível um estudo mais detalhado sobre a situação dessa população nesse município. A ausência de um estudo detalhado das condições de vida e das demandas de saúde dessa população prejudica a elaboração de políticas públicas apropriadas e eficientes. Portanto, esta pesquisa procura preencher essa lacuna, concentrando-se especificamente na atuação do Consultório na Rua que presta serviços fundamentais em atendimento à essa população.

A análise dessas condições possibilita a identificação dos principais obstáculos que essa população enfrenta, tais como a falta de suporte familiar e social, a dificuldade em obter atendimento médico devido ao estigma e à invisibilidade social, além das repercussões do consumo de álcool e outras drogas, que muitas vezes contribuem para a continuidade da condição de rua. A ausência de informações estruturadas sobre o perfil dessa população em Governador Valadares, aliada à escassez de pesquisas específicas no cenário local, torna este estudo importante para a elaboração de políticas públicas mais eficientes. Ademais, a pesquisa busca compreender como o território, visto como um local de interações sociais, afeta o acesso da população em situação de rua aos serviços básicos de vida.

Portanto, com base na análise das entrevistas realizadas com os acolhidos da Cristolândia-GV e das informações coletadas nos prontuários do Consultório na Rua, este estudo procura responder à seguinte pergunta: "Quais são as características da população em situação de rua com dependência química atendida pelo Consultório na Rua em Governador Valadares-MG no período de junho/2024 a novembro/2024, e quais fatores contribuem para sua permanência nessa condição, segundo relatos colhidos junto à Cristolândia-GV no mesmo município." O estudo, ao abordar essa questão, busca auxiliar na compreensão mais profunda dessa população e fornecer subsídios para a melhoria de políticas públicas focadas na saúde e na inclusão social desses sujeitos.

Para responder a essa problemática, a dissertação está organizada em capítulos que se articulam de maneira complementar. O primeiro capítulo apresenta uma revisão aprofundada da literatura, abordando as origens históricas da população em situação de rua, seu perfil sociodemográfico, o papel das políticas públicas intersetoriais e as especificidades do uso abusivo de substâncias psicoativas nesse contexto. Em seguida, o capítulo metodológico

descreve os procedimentos adotados na pesquisa, combinando métodos quantitativos e qualitativos, com base em prontuários do Consultório na Rua e entrevistas com acolhidos da instituição Cristolândia-GV. O capítulo de resultados expõe os achados empíricos, organizando as informações em dimensões quantitativas (relativas à saúde, uso de substâncias e perfil sociodemográfico) e qualitativas (através da análise temática das entrevistas). Já o capítulo de discussão estabelece um diálogo crítico entre os dados encontrados e a literatura revisada, revelando as múltiplas determinações que influenciam a permanência nas ruas. Por fim, as considerações finais sintetizam os principais pontos do estudo, apontam as limitações da pesquisa e oferecem recomendações para a formulação de políticas públicas mais sensíveis à complexidade da realidade vivida pelas pessoas em situação de rua com dependência química.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 ABORDAGEM HISTÓRICO-SOCIAL DO PROBLEMA

A população em situação de rua é composta por um contingente populacional que, por múltiplas razões e de maneira efetiva ou temporária, utiliza a rua como moradia. No contexto da modernidade, o aumento do número de indivíduos nesta situação relaciona-se com o desenvolvimento urbano e suas consequências: mecanização do processo produtivo, expulsão de uma parcela expressiva da população da área rural, desemprego decorrente do desenvolvimento tecnológico, precarização das condições de vida de uma parcela considerável dos desempregados, entre outros fatores.

No âmbito internacional, a visibilidade da população em situação de rua remonta aos séculos XVIII e XIX, nas nações pioneiras da industrialização. Progressivamente, o caráter global da economia industrial alcançou os países periféricos, trazendo para eles, particularmente, as mazelas do novo sistema econômico.

No Brasil, o fenômeno da população em situação de rua foi observado desde o período da colonização. Naquele contexto, era comum a presença de estrangeiros europeus que não se enquadravam no sistema produtivo regular. Além disso, havia uma parcela de negros que chegavam ao país e não eram incorporados ao trabalho escravo. Sem patrão, abrigo e trabalho, tanto para estes quanto para aqueles, a alternativa era a rua, onde tentavam extrair as condições necessárias para a existência.

Mais tarde, com a abolição da escravidão, a ausência de uma política social voltada para a incorporação dos negros na sociedade livre contribuiu para o aumento do contingente de indivíduos vivendo na rua. Uma vez livres e forçados a sair do ambiente que os escravizava, essa população encontrou nas áreas periféricas das cidades o seu habitat. Novamente, quando não conseguiam um terreno para construir seu abrigo, a rua apresentava-se como a única possibilidade existente.

Os padrões culturais e morais da época, alheios à questão social subjacente a esta realidade, definiam esta população como desocupada, preguiçosa, malandra e incapaz, perpetuando, assim, o imaginário coletivo que nega ao negro, e de modo geral ao pobre, o direito à cidadania. Nesse sentido, afirma Ferro (2012 *apud* Brasil, 2013, p. 16):

Um primeiro tipo de política, que remonta à origem das ruas, é a criminalização e repressão dessas pessoas por agentes públicos. O uso da

violência tem sido prática habitual para afastar essas pessoas dos centros urbanos e levá-las para áreas remotas ou para outros municípios, em nítidas políticas de higienização social. Esse tipo de ação estatal reflete, é claro, a cultura dominante em nossa sociedade de discriminação e culpabilização do indivíduo por estar e morar nas ruas, visão que é projetada e estimulada por diversos meios de comunicação. O segundo tipo de política consiste na omissão do Estado e, como consequência, na cobertura ínfima ou inexistente das políticas sociais para este segmento em todos os três níveis de governo (municipal, estadual e federal), ou seja, a invisibilidade do fenômeno para o poder público. Nesse sentido, a ausência de políticas sociais é também uma política.

A partir da década de 1960 ocorreu, no Brasil, um processo mais abrangente de crescimento do contingente populacional nas ruas. Isso coincidiu com a industrialização do país, situação confirmada pelo documento elaborado pelo Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania (MDHC) (Brasil, 2013, p. 22) quando afirma que:

[...] Até então, o país era essencialmente agrícola, e nesse momento a presença de pessoas em situação de rua nas cidades era menor, afinal o número e a importância das cidades também era menor. A partir da industrialização, as cidades começam a se inflar, no caso brasileiro sem adequado planejamento urbano, tampouco com número suficiente de postos de trabalho e moradia, gerando bolsões de pobreza urbana no país, que provocaram favelização de contingentes expressivos de populações, aumento da violência urbana e da desigualdade social. De forma geral, essa população foi sendo composta por cidadãos que se deslocavam do campo para as cidades em busca de melhores condições de vida.

Ao aumento progressivo da população em situação de rua observa-se que, no Brasil, também progressivamente foi se modificando a visão socialmente construída sobre ela. Desse modo, da ideia original de mendicância parte-se para a compreensão de que, em sua maioria, esta parcela da sociedade é composta por trabalhadores alijados do sistema produtivo. É por isso que o documento apresentado pelo Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania (Brasil, 2013, p. 31), citando Silva (2006, p. 78) e Moreto (2012) propõe que:

[...] [essa] população [...] se caracteriza pela realização de trabalhos informais, geralmente possuindo condições de vida mais precárias que a classe trabalhadora. [...] atualmente, a maioria da população em situação de rua, no Brasil, esteve nessa condição antes de ir para as ruas ou se enquadra nesse perfil na condição de rua. São os vigias, guardadores de carros, flanelinhas, catadores de materiais recicláveis e etc. [...] “geralmente cumpre uma extensa jornada de trabalho, recebe pequenos salários e não tem garantias de proteção social decorrente ou vinculada ao desenvolvimento de suas atividades laborais”.

É nesse sentido que o mesmo documento conclui que

O fenômeno das pessoas em situação de rua é complexo, multicausal e precisa ser enfrentado de forma estruturante, tendo como norte uma perspectiva de integralidade e dignidade do ser humano. Nesse sentido, argumenta-se que as políticas públicas precisam ser intersetoriais para promover o resgate da autoestima e permitir a reinserção habitacional, laboral e afetiva dessas pessoas. [...] (Ferro (2012a *apud* Brasil, 2013, p. 37).

A nova compreensão conduziu à revisão da política social estabelecida para este público, conduzindo à ruptura com o modelo de ação governamental tradicional, de base caritativa e assistencialista. Este modelo percebia esta parcela da sociedade como incapaz de enfrentar os seus problemas, de se organizar e tornar-se protagonista de sua própria causa (Brasil, 2009a). Ao contrário, agora se percebia que embora fossem comuns as situações de rompimentos dos vínculos comunitários, pobreza extrema e ausência de moradia convencional, muitas diversidades marcavam a realidade deste grupo. Além disso, preocupava o fato do predomínio da ausência da garantia de acesso aos direitos fundamentais do cidadão brasileiro.

Foi nesta perspectiva que se ampliou o conceito de “pobreza”, compreendendo-se que ela “[...] não se expressa apenas pela carência de bens materiais, mas é fundamentalmente uma categoria política que se traduz pela dificuldade de acesso aos direitos e oportunidades” (Martins, 1991, p. 15). Esta compreensão orientou novas perspectivas sobre a população em situação de rua, garantindo, progressivamente, a sua inclusão social.

2.2 O PERFIL DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA, NO BRASIL

No Brasil, define-se a “população em situação de rua” como aquela que se caracteriza como:

Parágrafo único. Para fins deste Decreto, considera-se população em situação de rua 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, Art. 1, 2009a).

Em 2009, foram publicados os resultados da pesquisa nacional sobre a população em situação de rua no Brasil, coordenada pelo Ministério do Desenvolvimento Social (MDS). O estudo foi realizado em setenta e um municípios e incluiu 31.922 informantes, todos adultos

(maiores de 18 anos). As variáveis analisadas incluíram a condição socioeconômica, escolaridade, idade, vivência na rua, renda e relações e vínculos sociais estabelecidos. A pesquisa identificou o seguinte perfil da população em situação de rua no momento da coleta dos dados (BRASIL, 2009b):

- **Características Físicas:** 82% eram homens. 67% dos entrevistados eram negros.
- **Escolaridade:** 75% sabiam ler e escrever. Metade possuía ensino fundamental incompleto. 15% nunca haviam estudado.
- **Inserção no Mercado de Trabalho:** 58,6% tinham alguma profissão. 52,6% trabalhavam no mercado informal. A renda semanal média variava de R\$ 20,00 a R\$ 80,00. As principais atividades laborais eram: catador de material reciclável, flanelinha, construção civil, limpeza, carregador e estivador. 47,7% nunca tiveram carteira assinada ou não trabalhavam formalmente há muito tempo.
- **Condição Socioeconômica:** 15% se caracterizavam como pedintes. 80% faziam ao menos uma refeição por dia, com 27% comprando a comida com seu próprio dinheiro. 19% não se alimentavam todos os dias.
- **Origem:** 72% eram provenientes de áreas urbanas. 45,8% eram oriundos do mesmo local ou de localidades próximas. 60% tinham histórico de internação ou institucionalização em abrigo, orfanato, casa de detenção ou hospital psiquiátrico. Apenas 10% se enquadravam na condição de "trecheiro".
- **Vivência na Rua:** Os principais motivos para viver na rua eram alcoolismo e/ou uso de drogas, desemprego e conflitos familiares. 48,8% estavam na rua ou em serviços de acolhimento há mais de dois anos. 69,6% dormiam na rua; 20% prefeririam dormir em instituições, principalmente devido à violência nas ruas (69,3%). A falta de liberdade, horários restritivos e a proibição do uso de álcool e outras drogas eram os principais motivos para não dormirem em serviços de acolhimento.
- **Convivência Familiar:** 51,9% tinham algum parente residindo na mesma cidade. 40% não mantinham contato com a família, enquanto 34,4% mantinham contatos frequentes. 10% estavam acompanhados de algum familiar.
- **Condições de Saúde:** 29,7% afirmavam ter algum problema de saúde. 20% faziam uso de algum medicamento, acessando-os principalmente nas Unidades Básicas de Saúde (UBS). 6% relataram problemas de saúde mental. 5% relataram ter HIV/AIDS.
- **Efetivação de Direitos:** 25% não possuíam documentação pessoal. Quase 90% não recebiam qualquer benefício governamental; os cerca de 10% que recebiam benefícios

tinham acesso à aposentadoria, Programa Bolsa Família (PBF) e Benefício de Prestação Continuada (BPC). 95,5% não participavam de movimentos sociais ou atividades associativas. Foram relatadas inúmeras discriminações, incluindo dificuldades no acesso ao transporte coletivo e aos serviços de saúde.

Os resultados desse diagnóstico foram fundamentais para a construção de um conhecimento objetivo sobre a população em situação de rua no Brasil e para a orientação de políticas públicas destinadas a esse grupo. Além disso, contribuíram para a análise da representação social dessa população e para a quebra de estigmas negativos sobre os moradores de rua. A confluência das discussões e do conhecimento produzido culminou no estabelecimento da Política Nacional para a População em Situação de Rua (PNPR), que:

[...] enfoca a intersetorialidade como uma estratégia de negociação permanente para o desenvolvimento de serviços, programas, projetos e benefícios que atendam aos direitos humanos das pessoas em situação de rua nas diversas políticas públicas, de modo a formar uma rede que assegure a efetividade e a qualidade da atenção ofertada. Assim [...] propõe a integração das políticas públicas de saúde, educação, previdência social, de assistência social, trabalho e renda, habitação, moradia, cultura, esporte, lazer e segurança alimentar e nutricional, no atendimento integral desse segmento da população (Brasil, 2011a, p. 18-19).

Neste sentido, tornam-se dispositivos da PNPR:

- Qualificação da atenção por meio da formação e a capacitação permanente de profissionais e gestores; e desenvolvimento de pesquisas, produção, sistematização e disseminação de dados e indicadores sociais, econômicos e culturais sobre a população em situação de rua;
- Instituição de contagem oficial da população em situação de rua; Implantação de Centros de Defesa dos Direitos Humanos da População de Rua;
- Acesso da população em situação de rua aos benefícios previdenciários e assistenciais e aos programas de transferência de renda;
- Implantação de Centros de Referências Especializados para População em Situação de Rua no âmbito da Política de Assistência Social, por meio da proteção social especial (Brasil, 2011a, p. 21).

Estabelecidos os parâmetros nacionais iniciou-se o processo de organização dos Centros de Referência Especializados para População em Situação de Rua – os CENTROS POP. Estas unidades se organizam a partir da articulação coparticipativa entre os governos federal, estadual e municipal. Em muitos municípios estes Centros tornam-se a principal porta de acesso desse contingente populacional às políticas públicas.

2.3 O CONSULTÓRIO NA RUA

A Política Nacional de Atenção Básica instituiu, em 2011, a estratégia Equipes de Consultório na Rua (eCR), com o objetivo de ampliar o acesso da população em situação de rua aos serviços de saúde, oferecendo atenção integral à saúde para esse grupo populacional, que se encontra em condições de vulnerabilidade e com vínculos familiares interrompidos ou fragilizados. A eCR é composta por equipes multiprofissionais que desenvolvem ações integrais de saúde, atendendo às necessidades dessa população. Essas equipes devem realizar suas atividades de forma itinerante e, quando necessário, desenvolver ações em parceria com as equipes das Unidades Básicas de Saúde do território (Brasil, 2011b).

A eCR realiza ações que vão além do modelo biomédico, oferecendo cuidados no próprio espaço da rua, respeitando o contexto sociocultural da população. Seus princípios norteadores incluem o respeito às diferenças, a promoção de direitos humanos e inclusão social, o enfrentamento de estigmas, ações de redução de danos e intersetorialidade mediante as ações integrais aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) (Brasil, 2011b).

A responsabilidade pela atenção à saúde da população em situação de rua, como de qualquer outro cidadão, é de todos os profissionais do SUS, mesmo que eles não sejam componentes de uma equipe de eCR. Dessa forma, em municípios ou áreas onde não haja eCR, a atenção deverá ser ofertada pelas demais modalidades de equipes da Atenção Básica. É importante destacar que o cuidado em saúde da população em situação de rua deve incluir os profissionais de Saúde Bucal e os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) do território onde essas pessoas estão concentradas.

Os processos de implantação, implementação e organização do trabalho dos eCR são regulamentados pelas portarias nº 122/12, 123/12 e 1029/14. A Portaria nº 122 de 2012 define a organização e o funcionamento das equipes de Consultório na Rua, e as modalidades dessas equipes são:

- **Modalidade I** – Formada por no mínimo quatro profissionais, entre os quais dois devem obrigatoriamente estar conforme a letra A (descrição abaixo) e os demais entre aqueles descritos nas letras A e B;
- **Modalidade II** – Formada por no mínimo seis profissionais, entre os quais três devem obrigatoriamente estar conforme a letra A (descrição abaixo) e os demais entre aqueles descritos nas letras A e B;
- **Modalidade III** – Equipe da Modalidade II acrescida de um profissional médico.

As categorias profissionais que podem compor as eCR em suas diferentes modalidades foram ampliadas pela Portaria nº 1029 de 20 de maio de 2014, incluindo cirurgião-dentista, profissional/professor de educação física e profissional com formação em arte e educação (Brasil, 2014).

Os eCR são formados por equipes multiprofissionais, que podem incluir as seguintes profissões: A: Enfermeiro, psicólogo, assistente social ou terapeuta ocupacional; B: Agente social, técnico ou auxiliar de enfermagem, técnico em saúde bucal, cirurgião-dentista, profissional/professor de educação física ou profissional com formação em arte e educação.

2.4 AÇÕES DESENVOLVIDAS NO ATENDIMENTO IN LOCO À POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA

As atividades devem ser realizadas de forma itinerante, com cumprimento de carga horária mínima semanal de 30 horas, porém seu horário de funcionamento deverá ser adequado às demandas das pessoas em situação de rua, podendo ocorrer em período diurno e/ou noturno, em todos os dias da semana.

No processo de trabalho, devem estar garantidas ações para o cuidado in loco, a partir da abordagem ampliada dos problemas de saúde e sociais, bem como ações compartilhadas e integradas às Unidades Básicas de Saúde (UBS). A depender da necessidade do usuário, essas equipes também devem atuar junto aos Centros de Atenção Psicossocial (Caps), aos serviços de Urgência e Emergência e a outros pontos de atenção da rede de saúde e intersetorial.

Diante das especificidades dessa população, a estratégia de redução de danos deverá ser transversal a todas as ações de saúde realizadas pelas equipes. Todas as ações realizadas pelas eCR devem ser registradas no Sistema de Informação em Saúde para Atenção Básica (Sisab), por meio da Estratégia e-SUS AB (Thum; Baldisserotto; Celeste, 2019).

2.5 AS ATIVIDADES TIPIFICADAS EM POLÍTICAS SOCIOASSISTENCIAIS PARA A POPULAÇÃO DE RUA

A Política Nacional da Pessoa em Situação de Rua (2010) estabelece diretrizes que propõe a reabilitação junto aos seus familiares e comunidade; e, desta forma, gera acesso a oportunidades, desenvolvimento social pleno (considerando as vivências do espaço público da rua) e aos direitos garantidos aos cidadãos.

Historicamente, no ano de 1993, o Congresso Nacional aprovou a Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), que regulamentou os artigos 203 e 204 da Constituição Federal, “(...) reconhecendo a Assistência Social como política pública, direito do cidadão e dever do Estado, além de garantir a universalização dos direitos sociais” (Brasil, 1993). Logo após a LOAS, incluiu-se a lei de obrigatoriedade de criação de programas de amparo à população em situação de rua. Com a nova legislação (nº 11.258, de 30 de dezembro de 2005), o poder público municipal passou a ter a função de manter programas e serviços de atenção à população de rua, garantindo os direitos de cidadania, a nível local.

A necessidade da criação da Política se deve a diversas denúncias de práticas de massacres, roubos, agressão verbal e/ ou física, constrangimentos. No artigo 7º, que institui a Política Nacional da Pessoa em Situação de Rua (2009a), são descritos os seguintes objetivos da atuação governamental:

- I. assegurar o acesso amplo, simplificado e seguro aos serviços e programas que integram as políticas públicas de saúde, educação, previdência, assistência social, moradia, segurança, cultura, esporte, lazer, trabalho e renda;
- II. garantir a formação e capacitação permanente de profissionais e gestores para atuação no desenvolvimento de políticas públicas intersetoriais, transversais e intergovernamentais direcionadas às pessoas em situação de rua;
- III. instituir a contagem oficial da população em situação de rua;
- IV. produzir, sistematizar e disseminar dados e indicadores sociais, econômicos e culturais sobre a rede existente de cobertura de serviços públicos à população em situação de rua;
- V. desenvolver ações educativas permanentes que contribuam para a formação de cultura de respeito, ética e solidariedade entre a população em situação de rua e os demais grupos sociais, de modo a resguardar a observância aos direitos humanos;
- VI. incentivar a pesquisa, produção e divulgação de conhecimentos sobre a população em situação de rua, contemplando a diversidade humana em toda a sua amplitude étnico-racial, sexual, de gênero e geracional, nas diversas áreas do conhecimento;
- VII. implantar centros de defesa dos direitos humanos para a população em situação de rua;
- VIII. incentivar a criação, divulgação e disponibilização de canais de comunicação para o recebimento de denúncias de violência contra a população em situação de rua, bem como de sugestões para o aperfeiçoamento e melhoria das políticas públicas voltadas para este segmento;
- IX. proporcionar o acesso das pessoas em situação de rua aos benefícios previdenciários e assistenciais e aos programas de transferência de renda, na forma da legislação específica;
- X. criar meios de articulação entre o Sistema Único de Assistência Social e o Sistema Único de Saúde para qualificar a oferta de serviços;
- XI. adotar padrão básico de qualidade, segurança e conforto na estruturação e reestruturação dos serviços de acolhimento temporários, de acordo com o disposto no art. 8º;

- XII. implementar centros de referência especializados para atendimento da população em situação de rua, no âmbito da proteção social especial do Sistema Único de Assistência Social;
- XIII. implementar ações de segurança alimentar e nutricional suficientes para proporcionar acesso permanente à alimentação pela população em situação de rua à alimentação, com qualidade; e
- XIV. disponibilizar programas de qualificação profissional para as pessoas em situação de rua, com o objetivo de propiciar o seu acesso ao mercado de trabalho. (BRASIL, 2009a).

De acordo com a referida política, são os enfraquecimentos de vínculos familiares que tendem a fazer com que os indivíduos se tornem pessoas em situação de vulnerabilidade (artigo 1º, parágrafo único). O texto legal surge com o intuito de fomentar ações para o restabelecimento desses laços familiares. Sua justificativa é atender aos ditames da Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948), que já reconhecia e assegurava esses direitos, afirmando que todas as pessoas nascem livres e iguais, e formam a comunidade humana – homem ou mulher, negro ou branco, rico ou pobre, adepto (ou não), voluntariamente, à qualquer religião, e nascido em qualquer lugar do mundo – tendo o direito à liberdade e à segurança pessoal.

A Constituição Federal, em seu artigo 5º, dispõe sobre a igualdade de todos os cidadãos perante a lei e sobre a não violação do direito à vida, à liberdade, à segurança e à propriedade. No artigo 6º. Lê-se que “(...) são direitos sociais a educação, a saúde, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição” (Brasil, 1988).

Somente no ano de 2009, entrou em vigência, em todo o território nacional, o Decreto nº 7.053, que regulamenta a Política Nacional para a População em Situação de Rua; quando essa população se tornou, de fato, objeto de políticas públicas no campo legal. O decreto tem por objetivo assegurar seus direitos sociais, criando condições para promover a garantia de direitos fundamentais que envolvem autonomia, integração e participação efetiva na sociedade (Brasil, 2009c).

Para tanto, estabelece como princípios a igualdade e equidade; respeito à dignidade da pessoa humana; direito à convivência familiar e comunitária; valorização e respeito à vida e a cidadania; atendimento humanizado e universalizado; respeito às condições sociais e diferenças de origem, raça, idade, nacionalidade, gênero, orientação sexual e religiosa, com atenção às pessoas com deficiência. As diretrizes que pautam as políticas para as pessoas em situação de rua, segundo o decreto em seu artigo 6º, são:

- I.promoção dos direitos civis, políticos, econômicos, sociais, culturais e ambientais;
- II.responsabilidade do poder público pela sua elaboração e financiamento;
- III.articulação das políticas públicas federais, estaduais, municipais e do Distrito Federal;
- IV.integração das políticas públicas em cada nível de governo;
- V.integração dos esforços do poder público e da sociedade civil para sua execução;
- VI.participação da sociedade civil, por meio de entidades, fóruns e organizações da população em situação de rua, na elaboração, acompanhamento e monitoramento das políticas públicas;
- VII.incentivo e apoio à organização da população em situação de rua e à sua participação nas diversas instâncias de formulação, controle social, monitoramento e avaliação das políticas públicas;
- VIII.respeito às singularidades de cada território e ao aproveitamento das potencialidades e recursos locais e regionais na elaboração, desenvolvimento, acompanhamento e monitoramento das políticas públicas;
- IX.implantação e ampliação das ações educativas destinadas à superação do preconceito, e de capacitação dos servidores públicos para melhoria da qualidade e respeito no atendimento deste grupo populacional; e
- X.democratização do acesso e fruição dos espaços e serviços públicos (Brasil, 2009c).

Outro avanço histórico foi aprovado na Resolução nº 109, de 11 de novembro de 2009, do Conselho Nacional de Assistência Social, que trata da Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais; essencial para a efetivação de serviços direcionados inclusive à população em situação de rua, no Sistema Único de Assistência Social – SUAS. Esta parcela da população passa a ter garantido por lei o acesso a vários serviços tipificados, dependendo de sua demanda ou violação de direitos vivenciadas (Brasil, 2009c).

Destacam-se quatro serviços que atendem a este público: Serviço Especializado em Abordagem Social; Serviço Especializado para Pessoas em Situação de Rua; Serviço de Acolhimento Institucional; Serviço de Acolhimento em República. Tais serviços devem disponibilizar, segundo a normativa supracitada, programas, projetos e assistência de caráter especializado, contribuindo para a proteção social de famílias e pessoas em situação de risco.

O serviço especializado para pessoas em situação de rua se materializa em um atendimento especializado, visando à construção do processo de saída das ruas e o alcance de referências como cidadãos de direitos. Por sua vez, os serviços de acolhimento têm como intuito garantir às pessoas que usam as ruas como espaço de moradia e/ou sobrevivência um acolhimento temporário, possibilitando desenvolver sua independência, autonomia e o autocuidado. Já o acolhimento, de caráter institucional, se caracteriza por ser um espaço semelhante a uma residência, com o objetivo de ofertar acolhimento imediato e emergencial. Por fim, o acolhimento em república consiste em acolher pessoas adultas com vivência de rua

em fase de reinserção social, ou seja, que estejam em fase de reestabelecimento dos vínculos sociais.

Nota-se que o acolhimento institucional é para pessoas e famílias em situação de rua; e o acolhimento em república é para pessoas em processo de saída de situação de rua. No artigo 8º do Decreto que institui a Política Nacional da Pessoa em Situação de Rua (Brasil, 2009a), há a afirmativa que é de responsabilidade do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, por intermédio da Secretaria Nacional de Assistência Social, promover a reestruturação e a ampliação dessa rede de acolhimento a partir da transferência de recursos aos Municípios, Estados e Distrito Federal.

Tais áreas de acolhimento temporário devem ser reestruturadas e ampliadas, a fim de incentivar as pessoas em situação de rua a utilizarem o equipamento; prospectando a possibilidade de participação em programas de moradia popular promovidas pelos Governos Federal, Estadual e Municipal. De acordo com a Portaria nº 843, de 28 de dezembro de 2010, do Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome, a proteção social especial e os quatro serviços acima citado destinados às pessoas em situação de rua, são referenciados dois grupos de equipamentos públicos: Centro de Referência Especializado para a População em Situação de Rua (Centro POP), Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS).

Regulamentado também no Decreto nº 7.053/2009, o Centro de Referência Especializado para a População em Situação de Rua, comumente conhecido como “Centro Pop” (MDS, 2011a) é um espaço para atendimento específico à esta população e objetiva proporcionar o convívio e a interação social, desenvolver as relações de afetividade, solidariedade e respeito.

Os serviços nessa unidade procuram gerar vivências para o alcance da autonomia, estimulando a mobilização, a organização e a participação social dos indivíduos. O espaço físico da instituição deve ser exclusivo e, assim como os recursos humanos, deve ser compatível com os serviços ofertados, com as atividades desenvolvidas e, também com o número de usuários atendidos. É importante ressaltar que além de comportar os serviços ofertados, o espaço físico da Unidade represente para os usuários um espaço público de bem-estar, cooperação, construção de vínculos e concretização de direitos, ou seja, um lugar de referência para o exercício da cidadania e o fortalecimento do protagonismo por parte da população em situação de rua.

A referida normativa ainda descreve os aspectos estruturais que o equipamento público deve apresentar padrão básico de qualidade, segurança e conforto, regras de funcionamento e convivência, acessibilidade, salubridade e distribuição geográfica das unidades de acolhimento

nas áreas urbanas. Conforme a Tipificação, o Centro POP além de oferecer o serviço especializado a estas pessoas também pode ofertar o serviço especializado em abordagem social. Porém, nestes casos, necessita-se um bom gerenciamento, considerando a necessidade de interação entre os dois serviços oferecidos na mesma unidade caso necessário, deve-se redimensionar os serviços humanos e sua respectiva capacitação assegurando a qualidade de ambos os serviços.

Já a Portaria nº 843, de 28 de dezembro de 2010, define CREAS como Centro de Referência Especializado de Assistência Social, que consiste em ofertar orientação específica e continuada a quaisquer indivíduos que tenham seus direitos violados (não se restringe apenas às pessoas em situação de rua) (Brasil, 2010a). Para isso, envolve um conjunto de profissionais e processos de trabalhos que devem oferecer apoio especializado, com o objetivo de resgatar os direitos violados, potencializando sua capacidade de proteção aos seus membros. É importante destacar que o CREAS e o Centro POP são espaços totalmente distintos, devendo funcionar em unidades diferentes. Cada espaço tem sua singularidade e intencionalidade, seu tipo de organização, infraestrutura, serviços ofertados e equipe especializada.

Para tanto, cabe ressaltar a necessidade da intersetorialidade na execução desses serviços; uma maneira de executar as áreas de gestão, seja na avaliação, na implementação ou no planejamento. Isto é importante para se construir uma prática social baseada na realidade da população em situação de rua. Por fim, o artigo 3º do referido Decreto dispõe que as entidades da Federação que aderirem a Política Nacional para a População em Situação de Rua devem instituir comitês gestores intersetoriais, integrados por representantes das áreas relacionadas ao atendimento da população em situação de rua, com a participação de fóruns, movimentos e instituições representativas desse segmento da população.

2.6 ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA PESSOA EM SITUAÇÃO DE RUA

Atualmente, o processo saúde-doença apresenta um conceito ampliado, como o defendido por Melo (2005, p. 176), que ressalta ser a saúde “[...] um direito pertencente a todos, cujo valor é incontestado e está relacionado a necessidades de todos os seres humanos e é assim por eles reconhecido”. Portanto, o conceito ampliado de saúde supera as restrições do modelo biologicista que esboça o conceito de saúde como contrário de doença, e vice-versa (Ayres, 2007).

O conceito de integralidade, enquanto eixo do processo saúde doença, é o que melhor se adequa às necessidades deste trabalho (Mattos, 2004). Pensando assim, o Ministério da Saúde (Brasil, 1990a) aponta alguns aspectos visíveis de tal prática:

- a percepção de que cada pessoa é um todo indivisível e integrante de uma comunidade;
- as ações de promoção, de proteção e de recuperação não compartimentalizadas, formando um todo indivisível;
- as unidades formam um todo indivisível, configurando um sistema capaz de prestar assistência integral;
- e o ser humano enquanto um ser integral, bio-psico-social.

Isso significa que as pessoas devem ser atendidas na perspectiva integral, por um sistema de saúde que também seja integral, desenvolvendo atenção que considere a promoção, a proteção e a recuperação da saúde.

Conforme Bavaresco, Stedile e Ferla (2007, p. 178):

A integralidade como princípio do SUS traz para os serviços a responsabilidade de prestar uma assistência integral. Busca-se transcender a dicotomia artificialmente criada entre saúde e doença, prevenção e cura, recolocando o ser humano (olhado individual e coletivamente) como centro norteador da atenção.

Dentro do conceito ampliado, modelo contra-hegemônico ao modelo flexneriano/biomédico, a saúde é vista como resultado da interação de aspectos históricos, econômicos, sociais, culturais, biológicos, ambientais e psicológicos. Todas as políticas públicas para a saúde, instituídas após a Constituição Brasileira de 1988, têm-na adotado. Trata-se de uma abordagem mais abrangente, holística e ecológica, que valoriza a relação entre os sistemas e considera a dimensão espiritual da saúde (Roseiro; Takayanagui, 2007) e a determinação social da doença.

A Lei Orgânica de Saúde (LOS), Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que regulamenta o Sistema Único de Saúde e é complementada pela Lei n. 8142, de dezembro de 1990 (Brasil, 1990c), expõe que:

Art. 3º: A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer, o acesso a bens e serviços

essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do país (Brasil, 1990b).

Nesse sentido, o SUS aponta a universalidade, estabelecendo a saúde como direito de todos, e a integralidade, que amplia o olhar sobre o indivíduo, vendo-o num contexto coletivo e atendendo-o em todas suas necessidades. Em conformidade com Roseiro e Takayanagui (2007, p. 38):

O novo modelo brasileiro de assistência à saúde – SUS – deixou para trás o paradigma newtoniano-cartesiano, que deu sustentação ao modelo de saúde, até então, vigente no país, que privilegiava a medicina curativista, baseada numa “concepção negativa de saúde” e que compreendia a saúde como mera ausência de doença.

Dessa forma, o conceito de saúde e de doença é reflexo da situação social, econômica, política e cultural. Ou seja, ambos os termos não têm a mesma representação para todas as pessoas. Depende do lugar, da classe social, dos valores individuais, das concepções religiosas, dentre outros. (Scliar, 2007).

Gualda e Bergamasco (2004) lembram que saúde e doença são questões socioculturais, e não unicamente pessoais. Consideram a saúde como condição básica para a qualidade de vida, e a doença, como uma ameaça, geradora de insegurança e de ansiedade. Consequentemente, os indivíduos mobilizam recursos para lidar com esse processo.

Na mesma linha de pensamento, Deliberador e Villela (2010, p. 235) afirmam que “a saúde é uma forma de estar na vida, disponível para o que ela pode apresentar. Não significa a ausência de doença, mas, ao contrário, a capacidade de lidar com ela e acolhê-la como uma dimensão inevitável e necessária”. É necessidade; e é através da perseverança pelo desejo, pela luta, pela elaboração de planos de ação, que se arquitetam qualidades de vida, isto é, a conquista da saúde. (Sá; Palha; Villa, 1998).

O modo de ver saúde e doença é característico de cada indivíduo. Estar ou não doente pode significar uma experiência dramática para uns ou uma oportunidade para outros. De acordo com Gualda *et al.* (2009, p. 1322), “a noção de saúde ou de doença é uma construção social. A pessoa se torna um doente segundo a classificação de sua sociedade, com base nos critérios que ela estabelece.” Por isso, faz-se necessário pensar simultaneamente em saúde e em doença como algo produzido pela cultura; moldado a partir de costumes, de tradições e de ideais.

Segundo Riquinho e Gerhardt (2011, p. 420): “A compreensão das necessidades de saúde deve levar em conta a pluralidade dos espaços nos quais as pessoas vivem, bem como contemplar a diversidade de escolhas dos indivíduos”. É nesse sentido que, para ampliar as ações de promoção da saúde nos serviços e na gestão do Sistema Único de Saúde, o Ministério da Saúde estabeleceu diretrizes e estratégias de organização, por meio da Política Nacional de Atenção Básica (Brasil, 2017).

Dentro da atenção básica, foi instituída a Política Nacional para a População em Situação de Rua através do Decreto Presidencial nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009 (Brasil, 2009). O Consultório na Rua (CnaR) atua como um dispositivo itinerante de saúde desenvolvendo ações de atenção psicossocial. Trabalha em parceria com as unidades básicas de saúde, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), e outros pontos de atenção, ofertando assistência e cuidado no próprio território de rua, de acordo com a necessidade do usuário. (Brasil, 2017).

No CnaR a equipe multiprofissional configura-se como referência de uma população em situação de rua prestando atenção integral à saúde e pode ser composta pelas seguintes categorias profissionais: Enfermeiro; Psicólogo; Assistente Social, Terapeuta Ocupacional, Médico, Agente Social, Técnico ou Auxiliar de Enfermagem e Técnico em Saúde Bucal. (Brasil, 2012a).

As demandas de saúde apresentadas pelos usuários do CnaR têm origem em situações complexas, como por exemplo os agravos que envolvem o uso e tráfico de drogas, a dificuldade de prevenção de agravos transmissíveis como infecções sexualmente transmissíveis (IST) e tuberculose e transtornos mentais. Quando se estuda a saúde da mulher em situação de rua, soma-se ainda as dificuldades de gênero, como violência, abuso sexual e gravidez não planejada. Nesse contexto e na perspectiva de uma assistência integral, torna-se relevante que a equipe conheça o território no qual os usuários estão inseridos e se utilize de intervenções intersetoriais. (Brasil, 2012c).

No que se refere às mulheres em situação de rua, o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, estima a porcentagem de mulheres em situação de rua no Brasil seja de 18% e ainda são encontrados poucos estudos que investigam as peculiaridades do gênero sobre a temática (Brasil, 2008). As mulheres em situação de rua encontram-se inúmeras barreiras para acessar serviços de saúde, devido principalmente à falta de documento e inabilidades profissionais. A complexidade da situação de rua para as mulheres chama a atenção novamente para a intersetorialidade e a interdisciplinaridade. Os profissionais de saúde que assistem à essa população, devem estar vigilantes quanto às especificidades e impactos da vida na rua sobre o processo-saúde-doença-cuidado para estas pessoas. (Rosa e Bretas, 2015; Brasil, 2016).

A Educação Social é uma área de atuação profissional, que demanda por uma formação pedagógica, em constante crescimento. Trata-se da possibilidade de uma atuação educativa em espaços escolares e não-escolares, cuja finalidade é proporcionar uma intervenção, de cunho socioeducativo, em prol de sujeitos e/ou grupos sociais que se encontram em distintas situações de vulnerabilidades econômicas, culturais e/ou sociais.

Assim, entre os diversos públicos da Educação Social estão os que compõe o grupo da População de Rua, caracterizado pelo fato de sobreviver nas ruas das médias e grandes cidades, utilizando-as, circunstancialmente ou permanentemente, como sua moradia; ressalta-se que apresentam especificidades que dizem respeito à gênero, relações étnico-raciais, geracionais e de deficiências, geralmente com vínculos familiares enfraquecidos.

Nas últimas décadas, tem crescido no território brasileiro, o número de pessoas em situação de rua (MDS, 2011a). As legislações brasileiras voltadas à esta população surgiram com o intuito de oferecer serviços e programas socioassistenciais, a fim de garantir padrões éticos e dignos com os direitos de cidadania. As possibilidades de superação vislumbradas pela população em situação de rua são diversificadas.

Criar alternativas para adequar a realidade desse público é um processo desafiador, levando em conta as vulnerabilidades em que estas pessoas se encontram. Porém, algumas políticas têm tido progresso, com destaque à Educação Popular de Rua, que fomenta uma educação que pode colaborar na ressignificação de vida dessa população. Essa educação é de extrema valia, pois não se restringe à transmissão de conhecimentos técnicos, mas também valoriza os princípios individuais.

Neste sentido, a Educação Social surge como campo de contribuição contra os desnivelamentos das questões sociais; não como forma de solução, mas de intervenção. Seu objetivo é fazer com que o sujeito dê conta de suas vulnerabilidades, reconheça seus direitos enquanto um ser social – cujo Estado, ao qual faz parte, carrega para si sua parcela de contribuição quando se compromete assegurar a proteção social aos seus e não o faz de forma eficiente – e se sinta impulsionado a lutar por eles, melhorando sua qualidade de vida.

2.7 POLÍTICA NACIONAL SOBRE DROGAS: UM ALCANCE SOCIAL

Conforme a literatura, nas últimas décadas, o uso nocivo de álcool e outras drogas tornou-se um problema de saúde pública endêmico tanto no Brasil quanto no mundo. Dada a gravidade que este problema assume, "não parecem existir estratégias capazes de diminuir efetivamente sua incidência e seus agravos", ou seja, estratégias que atendam às dimensões política,

econômica, social, cultural e familiar em que o sujeito dependente da substância se encontra (Malgor, 2018, p. 9).

Ressalta-se que os serviços que oferecem assistência ao grupo de dependentes químicos devem considerar as particularidades de cada usuário, o ambiente em que ele se encontra/transita e como os vínculos familiares e sociais são estabelecidos. Além disso, a relação entre equipes de profissionais, usuários e comunidade/família é de suma importância para um tratamento de qualidade e para o fortalecimento da relação entre a comunidade e os serviços de saúde (Oliveira *et al.*, 2014).

Em termos estatísticos, a Organização Mundial da Saúde (OMS) aponta que cerca de 10% das populações dos centros urbanos (no mundo) consomem substâncias psicoativas abusivamente, independentemente da idade, sexo, nível de instrução e poder aquisitivo (Brasil, 2003). Devido à tendência do aumento do uso abusivo, o Relatório Mundial sobre Drogas de 2017 do Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime (UNODC) aponta que aproximadamente 250 milhões de pessoas usaram drogas no ano de 2015 (UNODC, 2017).

Segundo a folha informativa da Organização Pan-Americana da Saúde e da Organização Mundial da Saúde para as Américas (OPAS/OMS, 2020), sobre o consumo de álcool:

- Em todo o mundo, 3 milhões de mortes por ano resultam do uso nocivo do álcool, representando 5,3% de todas as mortes.
- O uso nocivo de álcool é um fator causal para mais de 200 doenças e lesões.
- Em geral, 5,1% da carga mundial de doenças e lesões são atribuídas ao consumo de álcool, conforme calculado em termos de Anos de Vida Perdidos Ajustados por Incapacidade (DALY, sigla em inglês).
- O consumo de álcool causa morte e incapacidade relativamente cedo na vida. Na faixa etária de 20 a 39 anos, aproximadamente 13,5% do total de mortes são atribuíveis ao álcool.
- Existe uma relação causal entre o uso nocivo do álcool e uma série de transtornos mentais e comportamentais, além de doenças não transmissíveis e lesões.
- Foram estabelecidas recentemente relações causais entre o consumo nocivo do álcool e a incidência de doenças infecciosas, tais como tuberculose e HIV/AIDS.
- Além das consequências para a saúde, o uso nocivo do álcool provoca perdas sociais e econômicas significativas para os indivíduos e para a sociedade em geral (OPAS/OMS, 2020).

Na tentativa de reduzir a oferta e a demanda de drogas na primeira metade do século XX, o Brasil, assim como a maioria dos países, implementou uma política nacional sobre drogas pautada na repressão, tendo como referência as convenções internacionais sobre drogas, como

a Convenção de Haia (1911), que representou a consolidação da postura proibicionista (Machado; Miranda, 2007).

A primeira norma legal a tratar do assunto como segurança nacional foi o Decreto-Lei nº 891/1938, conhecido como Lei de Fiscalização de Entorpecentes, com conteúdo moralizador que consolidou ações de prevenção, tratamento e repressão de drogas no Brasil (BRASIL, 1938). Este decreto foi substituído pela Lei nº 6.368/76, que dispõe sobre medidas de prevenção e repressão ao uso indevido de substâncias entorpecentes que determinem dependência física ou psíquica. Mesmo com a criação de leis visando o combate às drogas, o foco principal ainda permaneceu na repressão, sem a devida atenção à saúde física e mental dos usuários e sem a prevenção e tratamento de transtornos associados ao consumo de álcool e outras drogas (Degasperi, 2013).

Mesmo com o controle repressivo, houve um crescimento do consumo e da produção de substâncias ilícitas, impactando no aumento dos danos à saúde pública devido ao contínuo uso de drogas sem controle sanitário e prevenções adequadas. Por isso, surgiram vários questionamentos sobre a eficácia das estratégias estritamente repressivas elaboradas pelos representantes das políticas públicas (Rodrigues, 2006).

Em 2009, houve uma mudança de paradigma com a Portaria nº 1.190 de 2009, que instituiu o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde. O referido plano estabeleceu a diversificação das "[...] ações orientadas para a prevenção, promoção da saúde, tratamento e redução dos riscos e danos associados ao consumo prejudicial de substâncias psicoativas" (Brasil, 2009d). Também sinalizou a necessidade da "construção de respostas intersetoriais efetivas, que considerem o ambiente cultural e os direitos humanos, e que possam enfrentar a situação de vulnerabilidade e exclusão social dos usuários" (Ramos, 2012, p. 54).

Em 2010, o Ministério da Saúde lançou uma série de documentos para regulamentação da atenção a usuários de drogas, dando atenção especial ao crack:

- O Decreto nº 7.179 de 2010 instituiu o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas (Brasil, 2010b), criando seu comitê gestor, o qual sofreu alterações indicadas pelo Decreto nº 7.637 de 2011 (Brasil, 2011e).
- Em setembro de 2010, o Governo Federal também lançou editais e portarias para ampliação e qualificação da rede de atenção integral para usuários de álcool e outras drogas, com investimentos na ampliação dessa rede, oferta de capacitação para os profissionais, abertura de leitos em hospitais gerais, Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPSad) e Comunidade Terapêutica (CT). Também foram lançados

editais para a implantação e criação das Casas de Acolhimento Transitório (CAT) e para a implantação de Centros de Referência para Formação Permanente de Profissionais.

▪ Ainda em 2010, a Portaria nº 2.841 instituiu o funcionamento 24 horas dos CAPSad III no âmbito do SUS (Brasil, 2010c). A Portaria nº 2.842 aprovou as normas de funcionamento e habilitação dos serviços hospitalares de referência para a atenção aos usuários de álcool e outras drogas em situações de urgência que demandem internações de curta duração (Brasil, 2010d). E a Portaria nº 2.843 criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família/Modalidade 3, que priorizam a atenção integral aos usuários de crack, álcool e outras drogas (Brasil, 2010e).

▪ Em julho de 2011, o Ministério da Saúde lançou a VIII Chamada para Supervisão Clínico-Institucional da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), Álcool e outras Drogas (Brasil, 2011b), tendo como objetivo selecionar projetos propostos por profissionais não pertencentes ao quadro de servidores do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), para auxiliar na organização dos serviços e direcionar as ações e reflexões das equipes que atuam nos serviços de saúde mental para álcool e outras drogas (Brasil, 2011c).

▪ Em dezembro de 2011, o Ministério da Saúde lançou a Portaria nº 3.088, instituindo a RAPS com a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS (Brasil, 2011d).

▪ Essa Portaria (3088) é o marco da RAPS, que passa a ser constituída pelos seguintes componentes:

- Atenção Básica em Saúde: Unidades Básicas de Saúde (UBS), Consultórios de Rua, Centros de Convivência;
- Atenção Psicossocial Especializada: CAPS I, II, III, CAPS AD, AD III e CAPSi;
- Atenção de Urgência e Emergência: Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) 192, Sala de Estabilização, Unidade de Pronto Atendimento (UPA) 24 horas, pronto atendimento, UBS, CAPS e outros;
- Atenção Residencial de Caráter Transitório: Unidades de Acolhimento – ambiente residencial 24 horas, com permanência de no máximo 6 meses; Serviços de Atenção em Regime Residencial (Comunidades Terapêuticas) – permanência por até 9 meses para pacientes com necessidades clínicas estáveis;

- Atenção Hospitalar: enfermarias especializadas em hospitais gerais; Serviço Hospitalar de Referência;
- Estratégias de Desinstitucionalização: iniciativas que buscam garantir às pessoas em situação de internação de longa permanência os seus direitos, promoção de autonomia e o exercício de cidadania, buscando sua progressiva inclusão social;
- Reabilitação Psicossocial: iniciativas de geração de trabalho e renda, empreendimentos solidários, cooperativas sociais.

A partir de 2012, mediante a criação da rede composta pelos serviços anteriormente relacionados, foram lançadas as seguintes portarias:

- Portaria nº 121 de 2012, que institui a Unidade de Acolhimento para pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas no componente de atenção residencial de caráter transitório da Rede de Atenção Psicossocial (Brasil, 2012b).
- Portaria nº 130 de 2012, que redefine o funcionamento dos CAPSad III (24 horas) e os respectivos incentivos financeiros (Brasil, 2012d).
- Portaria nº 131 de 2012, que dispõe sobre incentivo financeiro aos Serviços de Atenção em Regime Residencial, como as Comunidades Terapêuticas, no valor de R\$ 15.000,00 mensais para cada módulo de 15 vagas, sendo que cada entidade pode ser beneficiada com no máximo dois módulos (30 vagas) (Brasil, 2012e).
- Portaria nº 132 de 2012, que institui incentivo financeiro para o desenvolvimento do componente Reabilitação Psicossocial da RAPS do SUS, do qual participam iniciativas de geração de trabalho e renda, empreendimentos solidários e cooperativas sociais (Brasil, 2012f).
- Portaria nº 148 de 2012, que define as normas de funcionamento e habilitação, bem como institui incentivos financeiros aos Serviços Hospitalares de Referência para atenção a pessoas com sofrimento/transtorno mental e com demandas de saúde decorrentes do uso de álcool e outras drogas (Brasil, 2012g).

Para que a rede comunitária de cuidados seja efetiva, é imprescindível a articulação dos diferentes dispositivos que a compõem. De fato, não são as políticas públicas nem seus dispositivos ou serviços que possibilitam o tratamento das pessoas com transtornos mentais pelo uso de álcool e outras drogas, mas sim a organização em rede dos diferentes dispositivos do município, não apenas do setor de saúde (Ramos, 2012).

As discussões em torno da saúde mental, principalmente em decorrência do uso e dependência de substâncias psicoativas, constituem um problema antigo e complexo, que por muito tempo teve pouca intervenção do Estado em ações mais específicas à saúde, o que pode ter contribuído para a demora na criação e implementação de políticas específicas (CAPSad) para este grupo e na inserção das Comunidades Terapêuticas no rol das políticas públicas. Tal fenômeno pode ter contribuído para a disseminação das Comunidades Terapêuticas: "alternativas de atenção" de caráter total, fechado, baseadas em uma prática predominantemente psiquiátrica ou médica, ou ainda de cunho religioso, tendo como principal objetivo a ser alcançada a abstinência. Esta rede de instituições – em sua maioria filantrópicas – cumpre um papel relevante e aponta a necessidade de assunção pela saúde pública de uma política mais clara e incisiva para o problema (Brasil, 2005b, p.38).

Lima, Soares e Mari (1999) aponta que a participação do Brasil entre os signatários das convenções internacionais repercutiu consequentemente na formulação de uma política sobre a repressão e uso de drogas condizente com um discurso proibicionista. Entretanto, observa-se que nos últimos anos essas políticas têm se mostrado mais permeáveis às estratégias de redução de danos. Assim, depois da vigência da Lei Federal nº 10.216/2001, as políticas sobre drogas passaram a destacar o direito à saúde e a proteção dos usuários de drogas, privilegiando a rede de cuidados extra-hospitalares, como os CAPSad (Brasil, 2001).

2.8 O TERRITÓRIO E A PESSOA EM SITUAÇÃO DE RUA

Enquanto espaço vivido, o território é sempre múltiplo, diverso e dotado de complexidade. É socialmente construído e produzido, composto por processos sociais, e representa o suporte para a existência das territorialidades que o constituem (Haesbaert, 2007). Nesse sentido, as territorialidades podem ser vistas como dimensões delineadoras do território e compreendem aspectos econômicos, políticos, culturais, comunicacionais, simbólicos, entre outros, que se inter-relacionam.

Analisar as dinâmicas (territorialidades) através das quais os sujeitos estabelecem relações com os espaços onde vivem e transitam, considerando os fatores que permeiam essas dinâmicas, pode gerar importantes reflexões sobre como estes sujeitos estabelecem essas relações. Essa abordagem permite entender como as pessoas em situação de rua se relacionam com o espaço urbano e quais fatores influenciam a ocupação de determinados territórios.

É importante considerar a relação da geografia humana com o conceito de território, pois este envolve não apenas a localização física, mas também as relações sociais, econômicas e

políticas que se desenvolvem no espaço. Para as pessoas em situação de rua, o território pode representar um espaço de sobrevivência e resistência. Segundo Harvey (2003), o território urbano é constantemente moldado por processos de exclusão e marginalização, afetando diretamente as populações mais vulneráveis.

A escolha do território por essas pessoas não é aleatória. Estudos mostram que os fatores que determinam a concentração de pessoas em situação de rua incluem a proximidade a serviços públicos, segurança e oportunidades de trabalho informal (Smith, 2009). Compreender essas dinâmicas é essencial para o desenvolvimento de políticas públicas mais eficazes que considerem as necessidades específicas dessa população e promovam a inclusão social.

Vasconcelos (2017) destaca que intervenções urbanas que ignoram a relação das pessoas em situação de rua com o espaço tendem a falhar, pois não abordam as causas estruturais da exclusão. As políticas voltadas para as pessoas em situação de rua devem levar em consideração a complexidade do uso do território por essa população. Portanto, é relevante que os estudos sobre território contribuam e direcionem políticas mais abrangentes e sensíveis às realidades vividas pelas pessoas em situação de rua.

A conceituação de multiterritorialidade nos permite compreender o processo e as complexas dinâmicas territoriais aos quais são enfrentadas pelas pessoas em situação de rua. relata que o território deve ser visto para além da área física, mas também como uma construção social e sua relação com o poder, as práticas cotidianas e os significados simbólicos. Esse pensamento é relevante para a pessoa em situação de rua, que apesar da ausência do território fixo, negocia territorialidades fluidas e múltiplas no espaço, desafiando a tradicionalidade de pertencimento e territorialidade.

As pessoas em situação de rua vivenciam intensos processos de desterritorialização, quando perdem ou transformam o controle sobre um território, conforme Haesbaert descreve. A desterritorialização física e simbólica representa a perda de moradia, emprego e redes de suporte, expulsando esses indivíduos dos territórios sociais convencionais (Haesbaert, 2011). No entanto, a multiterritorialidade nos permite reconhecer que, mesmo em condições de extrema vulnerabilidade, essas pessoas reconstróem territorialidades em espaços públicos, como por exemplo, em praças, ruas e abrigos que tornam-se territórios de resistência e sobrevivência, onde novas relações e significados são adulterados.

Haesbaert (2014) discute que a reterritorialização refere-se à resposta à desterritorialização quando se propõe à criação de novas territorialidades, envolvendo a formação de redes de apoio e apropriação de espaços públicos e a resistência às tentativas de exclusão parcial por parte das políticas urbanas para a pessoa em situação de rua. Esses

processos evidenciam a resiliência ou não desses indivíduos, que, mesmo nas margens da sociedade, continuam a negociar e afirmar sua presença no meio urbano, desafiando as fronteiras e barreiras impostas pela sociedade.

Além disso, Haesbaert destaca a importância das múltiplas identidades territoriais que as pessoas em situação de rua desenvolvem dentro da abordagem da multiterritorialidade. São identidades que remetem uma complexidade que vai além da mera exclusão ou marginalização, que são moldadas pela contínua interação com diferentes atores e territórios. As territorialidades de rua envolvem não apenas a ocupação física de espaços, mas também a construção de relações sociais e culturais que definem a experiência vivida das pessoas (Haesbaert, 2014). Esse enfoque revela a profundidade das conexões que essas pessoas estabelecem com os lugares que ocupam, desafiando a visão simplista de que estão apenas "sem lugar".

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Analisar os fatores que contribuem para a permanência de pessoas em situação de rua com dependência química no município de Governador Valadares-MG, considerando seus aspectos de saúde, sociais e territoriais.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar o estado de saúde da população em situação de rua de Governador Valadares-MG.
- Caracterizar as questões ligadas ao uso abusivo de álcool e outras drogas da população em situação de rua de Governador Valadares-MG.
- Caracterizar os aspectos sócio demográficos da população em situação de rua de Governador Valadares-MG.
- Detectar o vínculo social (pertencimento) e perspectivas de acesso à atenção à saúde.

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO DE ESTUDO

Esta pesquisa caracteriza-se como um estudo de abordagem mista, combinando procedimentos quantitativos e qualitativos com o objetivo de analisar os fatores que contribuem para a permanência de pessoas em situação de rua com dependência química no município de Governador Valadares-MG. Trata-se de uma investigação do tipo observacional, de corte transversal e descritivo-analítico, com foco em aspectos sociais, de saúde e territoriais.

A vertente quantitativa utilizou dados secundários extraídos de prontuários registrados pela equipe do Consultório na Rua, vinculada ao Sistema Único de Saúde (SUS), que atua no município de Governador Valadares-MG. Por meio dessa fonte documental, foi possível obter informações sociodemográficas, condições de saúde e histórico de uso de substâncias psicoativas dos sujeitos atendidos no período de Junho/2024 a Novembro/2024.

Já a vertente qualitativa baseou-se em entrevistas semiestruturadas realizadas com 14 acolhidos da unidade local da Cristolândia, instituição que recebe pessoas em situação de rua, especialmente com histórico de dependência química. Essa abordagem qualitativa teve como finalidade compreender as percepções, vínculos, trajetórias de vida e os significados atribuídos à permanência nas ruas, permitindo captar as representações sociais que atravessam suas experiências.

A combinação entre os dois enfoques — documental e interpretativo — permitiu uma compreensão ampliada do fenômeno estudado, articulando a dimensão empírica dos dados com o universo simbólico das narrativas, conforme preconizado por Serapioni (2000) e Abric (1998). Essa estratégia plurimetodológica amplia a potência analítica da pesquisa ao valorizar tanto os indicadores objetivos quanto os sentidos subjetivos da experiência de viver em situação de rua.

4.2 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi realizado no município de Governador Valadares, situado na região do Vale do Rio Doce, no estado de Minas Gerais. Com uma população estimada em aproximadamente 280 mil habitantes (IBGE, 2024), o município é um importante polo urbano, econômico e de circulação populacional, sendo atravessado pelas rodovias BR-116, BR-381 e BR-259, além de contar com uma estação ferroviária que conecta Minas Gerais ao Espírito Santo. Sua localização

estratégica propicia o intenso fluxo de pessoas oriundas de outras regiões, especialmente dos estados do Nordeste, do Rio de Janeiro e do próprio Espírito Santo.

Essa confluência territorial e urbana, aliada a marcantes desigualdades sociais, faz de Governador Valadares um cenário complexo para a compreensão dos processos de exclusão e vulnerabilidade social, particularmente no que se refere à população em situação de rua. A percepção do aumento desse grupo na cidade nos últimos anos, associada à escassez de estudos locais sistematizados, justifica a escolha do município como campo empírico da pesquisa.

A investigação foi desenvolvida com base em dois espaços institucionais fundamentais: (1) o serviço do Consultório na Rua, vinculado à Atenção Primária à Saúde e responsável pelo acompanhamento da população em situação de rua no município; e (2) a unidade da Cristolândia, instituição de acolhimento religioso que atua na recepção e ressocialização de pessoas com histórico de dependência química. Ambos os espaços foram essenciais para o acesso a dados secundários (prontuários) e primários (entrevistas), permitindo uma abordagem integrada entre as dimensões assistencial, territorial e social da problemática investigada.

4.3 UNIVERSO E AMOSTRA DO ESTUDO

A população do estudo quantitativo foi composta pelas pessoas em situação de rua, estabelecidas e circulantes no município de Governador Valadares-MG, maiores de 18 anos, que estavam registradas e que receberam atendimentos no período de Junho/2024 a Novembro/2024 da equipe do Consultório na Rua. O Consultório na Rua foi implementado em Governador Valadares em outubro de 2014, e é um serviço da Atenção Primária à Saúde, vinculado ao Sistema Único de Saúde (SUS), que tem como objetivo levar cuidados de saúde diretamente às pessoas em situação de rua, considerando suas especificidades e vulnerabilidades, composto por uma equipe multiprofissional, que atua de forma itinerante, oferecendo atendimentos clínicos, suporte em saúde mental, ações de promoção da saúde, redução de danos, vacinação, distribuição de insumos de prevenção, encaminhamentos para outros serviços da rede de saúde e assistência social, além de apoio para acesso a direitos básicos. A abordagem do Consultório na Rua é pautada na construção de vínculos e no respeito à autonomia dos indivíduos, buscando ampliar o acesso dessa população aos serviços de saúde e promover sua inclusão social.

Os dados qualitativos foram compostos por relatos de 14 acolhidos da Cristolândia de Governador Valadares- MG que estavam em situação de rua no momento que foram conduzidos para a instituição. A Cristolândia é um projeto da Junta de Missões Nacionais da Convenção

Batista Brasileira, assistida pela equipe do consultório na rua, que atua no acolhimento, tratamento e ressocialização de pessoas em situação de rua, especialmente aquelas com dependência química. Criado em 2009 na Cracolândia, em São Paulo, o projeto se expandiu para diversas cidades do Brasil, oferecendo atendimento integral baseado na fé cristã.

A unidade da Cristolândia em Governador Valadares, Minas Gerais, foi inaugurada em setembro de 2014, inicialmente como um centro de acolhimento feminino. Em novembro de 2020, devido ao amplo espaço disponível e a grande demanda, a unidade passou por uma mudança e passou a atender somente homens na Fase 1 do programa de recuperação. Atualmente, cerca de 25 homens estão reunidos na unidade, que já atenderam aproximadamente 200 pessoas desde o início de suas atividades. A proposta é de oferta de abrigo, alimentação, acompanhamento social e psicológico, além de atividades educativas e profissionalizantes, com forte ênfase na evangelização e no discipulado, buscando promover a recuperação e a reintegração social dos agregados.

A Cristolândia desempenha um papel ativo na retirada de pessoas das ruas por meio de abordagens diretas, feitas por missionários e voluntários que percorrem áreas de grande vulnerabilidade, convidando aqueles em situação de rua para entrarem no programa. O projeto busca oferecer um ambiente estruturado e acolhedor, onde os acolhidos possam reconstruir suas vidas longe da dependência química e das ruas, promovendo novas perspectivas de futuro por meio da reinserção social e do fortalecimento de vínculos familiares e comunitários. A Cristolândia, embora se apresente como um centro de acolhimento voltado ao tratamento de pessoas em situação de rua com dependência química, tem como principal eixo estruturante a fé cristã e a vivência religiosa. Essa centralidade da religiosidade, apesar de oferecer sentido, rotina e pertencimento a muitos acolhidos, pode representar um entrave à ressocialização quando o indivíduo busca exclusivamente a experiência espiritual como resposta para suas demandas sociais, emocionais e de saúde. Nesses casos, faz-se necessário o acompanhamento interdisciplinar amplo multiprofissional, que envolva aspectos sociais, físicos, psicológicos e de reinserção comunitária e laboral, para limitar os efeitos do acolhimento, resultando na dependência da estrutura religiosa como única forma de suporte, o que não necessariamente contribui para uma autonomia plena e sustentável fora do espaço institucional.

4.4 COLETA DE DADOS E ETAPAS DE REALIZAÇÃO DA PESQUISA

A coleta de dados deste estudo foi conduzida por meio de estratégias complementares, alinhadas à abordagem metodológica mista que orienta a investigação. Combinando técnicas

de levantamento documental e entrevistas em profundidade, a pesquisa buscou tanto dimensionar o perfil sociodemográfico e de saúde da população em situação de rua atendida no município de Governador Valadares-MG, quanto compreender, a partir das narrativas dos sujeitos, os significados que atribuem à sua vivência nas ruas e ao uso de substâncias psicoativas. Essa combinação de técnicas responde à necessidade de contemplar a complexidade do fenômeno investigado, articulando dimensões objetivas e subjetivas da realidade estudada.

Na abordagem quantitativa, a coleta foi realizada a partir da análise documental de prontuários clínicos e assistenciais mantidos pela equipe do Consultório na Rua, serviço vinculado à Atenção Primária à Saúde e à Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do município. Esses prontuários são instrumentos institucionais de registro das ações realizadas junto à população em situação de rua e contêm dados relevantes sobre os indivíduos acompanhados, como idade, sexo, local de origem, estado civil, escolaridade, histórico de internações, diagnósticos médicos e psiquiátricos, uso de álcool e outras drogas, contatos familiares, demanda por serviços e intervenções realizadas.

A autorização para acesso a esse material foi solicitada formalmente junto à coordenação do serviço e à Secretaria Municipal de Saúde, respeitando-se os preceitos éticos que regulam o uso de dados secundários em pesquisas com seres humanos. Todos os dados foram anonimizados, de modo a preservar a identidade dos sujeitos, e apenas os prontuários que possuíam registros relativos ao uso de substâncias psicoativas foram incluídos na análise, conforme os critérios de inclusão previamente definidos. A sistematização das informações extraídas seguiu um protocolo padronizado de coleta através do Google Forms, construído pelos pesquisadores com base nos objetivos do estudo. Esse protocolo permitiu a categorização dos dados em variáveis sociodemográficas, clínicas e assistenciais, viabilizando a produção de indicadores quantitativos que subsidiaram a caracterização da amostra (Apêndice 2).

A escolha do Consultório na Rua como fonte de dados documentais justificou-se por sua capilaridade e acesso direto à população em situação de rua no território. Trata-se de uma estratégia consolidada no âmbito do SUS para atender indivíduos em contextos de alta vulnerabilidade, respeitando seus modos de vida e promovendo cuidado *in loco*. A equipe é composta por profissionais de diferentes áreas, como enfermagem, psicologia, assistência social e medicina, e atua de forma itinerante, percorrendo os locais de permanência da população de rua para oferecer atendimento e encaminhamento aos demais pontos de atenção da rede de saúde e assistência social.

Já a abordagem qualitativa da pesquisa teve como base entrevistas semiestruturadas realizadas com 14 acolhidos da unidade da Cristolândia em Governador Valadares-MG. Essa instituição, ligada à Convenção Batista Brasileira, possui atuação reconhecida na oferta de acolhimento institucional para pessoas em situação de rua, especialmente aquelas com histórico de dependência química. A unidade local opera com foco na “Fase 1” do programa de acolhimento, voltada à desintoxicação, reinserção social inicial e fortalecimento de vínculos por meio de atividades religiosas, pedagógicas e de rotina estruturada.

A seleção dos participantes seguiu critérios de conveniência e disponibilidade, sendo priorizados aqueles que estavam na instituição há pelo menos 15 dias, com condições clínicas e emocionais adequadas para a realização da entrevista. Todos os participantes foram previamente convidados e informados sobre os objetivos da pesquisa, os procedimentos de entrevista, a voluntariedade da participação e a possibilidade de desistência a qualquer momento. Após a leitura e esclarecimento do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice 1), os participantes que concordaram em participar assinaram o documento e foram encaminhados individualmente para os locais reservados onde ocorreram as entrevistas.

As entrevistas foram realizadas pela pesquisadora principal, em espaço físico disponibilizado pela própria instituição, sem interferência de outros profissionais ou agentes da Cristolândia, o que garantiu maior liberdade de expressão e conforto para os participantes. Cada entrevista teve duração média de 30 a 50 minutos, sendo conduzida com base em um roteiro semiestruturado elaborado a partir dos eixos temáticos definidos nos objetivos da pesquisa. O roteiro (Apêndice 3) foi composto por blocos temáticos, abordando:

- Trajetória de vida e rupturas familiares;
- Entrada e permanência na rua;
- Iniciação e padrão de uso de substâncias;
- Experiências de cuidado e pertencimento;
- Perspectivas de futuro e percepção de si mesmo.

Todas as entrevistas foram gravadas com autorização dos participantes e, posteriormente, transcritas na íntegra. As transcrições foram revisadas para garantir fidelidade às falas e eliminadas quaisquer informações que pudessem identificar os entrevistados. Esse processo permitiu a imersão no conteúdo e favoreceu a posterior análise temática, orientada por referenciais da análise de conteúdo de Bardin (2011).

A opção pelo uso da entrevista semiestruturada se justifica por sua flexibilidade e por permitir a emergência de significados não antecipados pelo pesquisador. Diferente de um

questionário fechado, a entrevista possibilita que o sujeito compartilhe suas experiências a partir de sua própria perspectiva, revelando sentidos, afetos e construções simbólicas que não seriam captadas por instrumentos exclusivamente estruturados. Essa característica é especialmente relevante quando se trata de populações socialmente vulnerabilizadas, cujas vozes são historicamente silenciadas nos discursos hegemônicos. Ao escutar essas vozes em seus próprios termos, a pesquisa assume uma postura ética e metodológica comprometida com a valorização do saber dos sujeitos.

Outro aspecto importante foi a sensibilidade exigida durante a escuta. Por se tratar de um grupo em condição de vulnerabilidade, marcado por experiências de abandono, violência, institucionalização e exclusão, foi necessário construir um ambiente de confiança, escuta ativa e respeito à subjetividade dos participantes. A condução das entrevistas privilegiou o acolhimento e a não imposição de julgamentos, garantindo que os sujeitos se sentissem seguros para compartilhar suas histórias. Em momentos de forte carga emocional, o ritmo da entrevista foi respeitado, podendo ser pausada ou encerrada a critério do participante.

A estratégia metodológica adotada, ao integrar dados quantitativos provenientes de documentos institucionais e dados qualitativos oriundos de narrativas em profundidade, reforça a opção por uma abordagem plurimetodológica, como defendida por Serapioni (2000) e Axinn e Pearce (2007). Tal abordagem permite uma compreensão ampliada dos fenômenos sociais complexos, como é o caso da permanência de pessoas em situação de rua com dependência química, cuja explicação não pode ser reduzida a fatores isolados. Ao articular indicadores objetivos e representações subjetivas, a pesquisa avança na construção de um retrato mais denso e comprometido com a realidade vivida por esses sujeitos.

A coleta de dados foi finalizada após o alcance da saturação teórica no campo qualitativo, ou seja, quando as entrevistas passaram a apresentar recorrência nas informações e nenhum novo dado relevante foi identificado. Esse critério, amplamente aceito na pesquisa qualitativa, indica que o volume de dados coletado é suficiente para sustentar a análise e responder aos objetivos propostos.

4.5 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

A análise dos dados neste estudo foi conduzida a partir da lógica da abordagem mista, com articulação entre métodos estatísticos descritivos e técnicas qualitativas interpretativas. Essa combinação de estratégias permitiu integrar, em uma mesma investigação, a objetividade dos dados sistematizados por meio de prontuários com a riqueza subjetiva das narrativas

construídas nas entrevistas com os participantes acolhidos pela instituição Cristolândia. Cada abordagem exigiu procedimentos específicos de organização, tratamento e interpretação dos dados, conforme descrito a seguir.

4.5.1 Análise dos dados quantitativos

Os dados extraídos dos prontuários do Consultório na Rua foram organizados inicialmente em uma planilha eletrônica do Microsoft Excel®, elaborada especificamente para essa finalidade. Cada variável relevante foi codificada e categorizada com base em um protocolo construído previamente à coleta, alinhado aos objetivos da pesquisa. As variáveis incluíram as informações nas seguintes categorias:

1. Perfil Demográfico e Social:

- Município de nascimento;
- Nacionalidade;
- Idade;
- Raça/cor;
- Sexo;
- Deseja informar sua identidade de gênero;
- Deseja informar a orientação sexual;
- Qual é o curso mais elevado que frequentou ou frequenta.

2. Condições de vida e contexto social

- Está em situação de rua;
- Possui referência familiar;
- Visita algum familiar com frequência;
- Qual a origem da alimentação;
- Quantas vezes se alimenta ao dia;
- Tem acesso à higiene pessoal;
- Recebe algum benefício;
- Ocupação; Situação no mercado de trabalho.

3. Histórico de saúde geral

- Fez ou faz tratamento com psiquiatra ou teve internação por problema de saúde mental;
- Teve alguma internação nos últimos 12 meses;
- Outras condições de saúde;
- Sobre seu peso, você se considera;
- Tem diabetes;
- Tem hipertensão arterial;
- Tem doença respiratória no pulmão;
- Tem ou teve câncer;
- Teve AVC/derrame;
- Teve infarto;
- Teve doença cardíaca do coração;
- Está com hanseníase;
- Está com tuberculose;
- Está gestante;
- Tem alguma deficiência.

4. Uso de Substâncias e Hábitos

- Faz uso de álcool;
- Faz uso de outras drogas;
- Está fumante.

5. Rede de Atenção à Saúde e Acompanhamento

- É acompanhado por outra instituição;
- Se acompanhado por outra instituição,
- qual instituição.

Após a construção do banco de dados, os dados foram importados para o software estatístico R, versão 4.5, que foi utilizado para realizar as análises estatísticas descritivas. As variáveis categóricas foram descritas por meio de frequências absolutas e relativas (%).

O objetivo principal da análise estatística não foi o estabelecimento de relações causais entre variáveis, mas sim a caracterização da população estudada, fornecendo um panorama quantitativo que subsidiasse as interpretações qualitativas. Assim, os resultados permitiram

evidenciar padrões de consumo de substâncias, perfil sociodemográfico predominante, principais demandas de saúde e registros de vínculos sociais observados nos documentos clínicos e sociais analisados.

Importante destacar que os dados foram anonimizados antes do processamento estatístico, garantindo-se a confidencialidade dos indivíduos registrados nos prontuários, conforme as diretrizes éticas da Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, aplicável às pesquisas com dados de fontes secundárias.

4.5.2 Análise dos dados qualitativos

A análise qualitativa teve como base o conteúdo das entrevistas semiestruturadas realizadas com 14 acolhidos da Cristolândia, devidamente transcritas na íntegra. As transcrições foram revisadas para garantir a fidedignidade das falas e, posteriormente, organizadas em um corpus textual para análise.

A técnica utilizada foi a análise temática de conteúdo, conforme proposta por Bardin (2011), uma metodologia amplamente empregada na pesquisa em ciências sociais e saúde coletiva. Essa técnica envolve três etapas fundamentais: (1) a pré-análise, (2) a exploração do material e (3) o tratamento dos resultados com a interpretação e inferência.

Na etapa de pré-análise, as transcrições foram lidas exaustivamente a fim de permitir a imersão do pesquisador no material, identificando unidades de sentido e núcleos temáticos emergentes. Esse processo foi orientado pelos objetivos específicos da pesquisa, mas manteve abertura à emergência de categorias não previstas inicialmente, em consonância com a abordagem qualitativa.

Durante a exploração do material, os trechos relevantes foram destacados e agrupados em categorias temáticas provisórias, que passaram por refinamentos até a definição de eixos temáticos centrais. Dessa forma, a análise temática das entrevistas realizadas com os acolhidos da Cristolândia permitiu a identificação de dois grandes eixos que organizam os fatores relacionados à vivência em situação de rua: os motivos que levam à rua e os motivos que contribuem para a permanência nela.

No primeiro eixo, destacam-se três categorias centrais: a dependência química como elemento desencadeador da ida para a rua; os conflitos familiares, marcados por violência e abandono, e as perdas significativas de figuras de referência que desestruturaram os sujeitos emocionalmente; e as dificuldades econômicas, como desemprego e impossibilidade de manter moradia. No segundo eixo, que trata da permanência nas ruas, emergiram as seguintes

categorias: a dependência química e dificuldades para sair, que marca a continuidade do uso de substâncias e o ciclo de recaídas; a sobrevivência e adaptação à rua, marcada pela ausência de suporte familiar e institucional; e as condições oferecidas pela rua, marcado pela adaptação à rua, com a construção de rotinas e relações de pertencimento ao espaço urbano, e pela dificuldade de reinserção social, fortemente atravessada pelo estigma e pela discriminação nos serviços e na sociedade.

Soma-se a essas, uma categoria transversal e central na análise: a dimensão territorial da rua, que aparece nas falas como espaço de sobrevivência, convivência e identidade, onde os sujeitos constroem novas territorialidades e ressignificam sua presença no espaço urbano. Essas categorias revelam não apenas a complexidade do fenômeno, mas também os múltiplos determinantes sociais, territoriais e subjetivos que configuram a trajetória dos sujeitos em situação de rua com dependência química.

A etapa final, de tratamento e interpretação, consistiu na articulação dos conteúdos analisados com os referenciais teóricos que fundamentam a pesquisa, especialmente no campo da saúde coletiva e do território (Haesbaert, 2004; Santos, 2008). As falas dos participantes foram utilizadas como ilustrações analíticas, evidenciando a multiplicidade de sentidos atribuídos às experiências com a rua, a dependência química e os serviços de acolhimento e saúde.

É importante destacar que a análise qualitativa não buscou a generalização estatística dos resultados, mas sim a compreensão aprofundada dos significados e processos vivenciados pelos sujeitos. Essa opção epistemológica valoriza a perspectiva dos próprios participantes, reconhecendo suas vozes como fontes legítimas de conhecimento sobre a realidade social na qual estão inseridos.

Além disso, a análise temática permitiu dialogar criticamente com os dados quantitativos, promovendo um cruzamento interpretativo entre os resultados, de modo a compreender as recorrências estatísticas à luz das narrativas subjetivas. Por exemplo, o alto índice de indivíduos que não mantinham vínculos familiares registrado nos prontuários foi analisado conjuntamente com os relatos de abandono, violência familiar e rupturas afetivas trazidos nas entrevistas, conferindo densidade analítica à compreensão dos fatores que levam à permanência nas ruas.

4.5.3 Integração dos dados: complementaridade interpretativa

A análise dos dados quantitativos e qualitativos foi conduzida de forma paralela, mas integrativa. Após a conclusão das análises em cada abordagem, foi realizada uma triangulação

dos achados, buscando convergências, contradições e complementariedades entre as duas fontes de dados. Essa estratégia permitiu que os resultados fossem lidos de forma articulada, respeitando a especificidade de cada método, mas potencializando sua capacidade explicativa quando combinados.

Essa integração metodológica, além de fortalecer a validade dos achados, também responde ao princípio da pluralidade epistemológica, assumido como fundamento da pesquisa. Ao reconhecer que fenômenos complexos, como a permanência nas ruas de pessoas com dependência química, exigem múltiplas lentes de análise, a pesquisa adota uma postura teórica e metodológica coerente com os desafios sociais e éticos que o tema impõe.

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

A presente dissertação é um recorte da pesquisa intitulada “A multidimensionalidade do cuidado em saúde mental: o uso dos pressupostos da interprofissionalidade para intervenção e avaliação da RAPS do município de Governador Valadares, MG”, vinculada ao projeto macro aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação Percival Farquhar (UNIVALE/FPF), sob o número de parecer consubstanciado 5.620.255 e CAAE 61376422.7.0000.5157. A proposta foi considerada eticamente adequada e aprovada em 01 de setembro de 2022, conforme as diretrizes estabelecidas pela Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (Brasil, 2012h).

O projeto original propõe avaliar, entre outros aspectos, a satisfação dos usuários com os serviços de saúde mental e as variáveis relacionadas às práticas interprofissionais no atendimento psicossocial. Um de seus objetivos específicos — “caracterizar os indivíduos assistidos quanto às substâncias psicoativas utilizadas e à frequência de uso” — fundamenta diretamente o presente trabalho, que se debruça sobre os fatores que contribuem para a permanência de pessoas em situação de rua com dependência química no município de Governador Valadares-MG, incluindo a caracterização do uso de álcool e outras drogas, o acesso aos serviços públicos e as experiências territoriais associadas à saúde.

Neste recorte, os dados foram coletados por meio de análise documental de prontuários (etapa quantitativa) e entrevistas semiestruturadas com acolhidos da Cristolândia (etapa qualitativa), respeitando todos os princípios da ética em pesquisa. Os participantes da etapa qualitativa foram devidamente informados sobre os objetivos do estudo, os riscos e benefícios envolvidos, tendo assinado o TCLE antes das entrevistas. A coleta de dados garantiu o

anonimato, a privacidade e a confidencialidade das informações, e os dados utilizados da etapa documental foram tratados com base nos princípios da não identificação individual dos sujeitos.

Ressalta-se que, durante toda a execução da pesquisa, os riscos potenciais, como desconforto emocional decorrente das perguntas sobre experiências de rua e uso de substâncias, foram minimizados por meio da escuta qualificada e da garantia do direito à desistência da participação a qualquer momento, sem prejuízos. A pesquisadora também esteve atenta a sinais de sofrimento emocional durante as entrevistas, com possibilidade de encaminhamento ao suporte psicossocial caso necessário.

Dessa forma, reafirma-se que o presente estudo seguiu rigorosamente os preceitos éticos estabelecidos para pesquisas com seres humanos, em consonância com a regulamentação vigente, tendo sua legitimidade garantida pela aprovação prévia do comitê competente.

5 RESULTADOS

Para aprofundar a compreensão sobre os fatores que levam as pessoas à situação de rua, os desafios que dificultam a saída desse contexto, e sua caracterização, os resultados desta pesquisa foram analisados a partir de uma abordagem mista, combinando dados quantitativos e qualitativos. A primeira etapa apresentou a análise dos resultados quantitativos, que permitem uma visão mais ampla e objetiva do fenômeno, oferecendo dados que auxiliam na identificação de padrões e tendências.

Os resultados descritos a seguir apresentam uma análise descritiva das informações quantitativas coletados em 287 prontuários de pessoas em situação de rua atendidas nos últimos 6 meses (Junho/2024 a Novembro/2024) pela equipe do Consultório na Rua do município de estudo, sendo ele Governador Valadares-MG.

A estrutura da análise dos dados quantitativos foi organizada em cinco categorias principais, com o objetivo de compreender o perfil da população. As categorias são:

- (1) perfil demográfico e social;
- (2) condições de vida e contexto social;
- (3) histórico de saúde geral;
- (4) uso de substâncias e hábitos;
- (5) rede de atenção à pessoa em situação de rua e acompanhamento.

Essa divisão em categorias permite organização e clareza além de uma visão ampla e integrada das diversas dimensões que afetam a vida das pessoas em situação de rua, contribuindo para a construção de estratégias e de intervenção mais eficazes e alinhadas às suas reais necessidades.

5.1 PERFIL DEMOGRÁFICO E SOCIAL

Em relação à análise da nacionalidade, a grande maioria dos indivíduos possui nacionalidade brasileira, representando 283 pessoas (98,61%), sendo apenas dois indivíduos (0,70%) naturalizados, enquanto outros dois (0,70%) não tiveram a nacionalidade informada. Em relação ao local de origem, a maioria são provenientes de Minas Gerais 213 indivíduos (74,22%), com predominância do município de Governador Valadares com 108 indivíduos (37,63%), enquanto 40 indivíduos (13,94%) são de estados que fazem fronteira com Minas Gerais, 7 indivíduos (2,44%) são dos estados da região Nordeste, além dos estados da região

norte e sul com 1 indivíduo (0,35%) cada. Por fim, 2 indivíduos (0,70%) apresentaram origem internacional, e 23 indivíduos (8,01%) não tiveram informações sobre o estado de nascimento registrado no prontuário. O número e a proporção de indivíduos por nacionalidade e origem são apresentados na tabela 1, e o número e a proporção de indivíduos agrupados por estado e município de origem estão na tabela do Apêndice 4.

Tabela 1 – Número e proporção de indivíduos por nacionalidade e origem

NACIONALIDADE BRASILEIRA		
Estado	Quantidade de indivíduos	Proporção (%)
Minas Gerais	213	74,21
Bahia	11	3,83
Espírito Santo	9	3,14
São Paulo	12	4,18
Rio de Janeiro	6	2,09
Distrito Federal	1	0,35
Goiás	1	0,35
Ceará	1	0,35
Rio Grande do Norte	2	0,7
Alagoas	1	0,35
Pará	1	0,35
Rio Grande do Sul	1	0,35
Pernambuco	3	1,05
NACIONALIDADE ESTRANGEIRA		
País	Quantidade de indivíduos	Proporção (%)
África	1	0,35
Venezuela	1	0,35

Fonte: Dados da pesquisa. Elaborado pela autora (2025).

A distribuição da raça/cor entre os indivíduos tem o predomínio de pessoas que se autodeclararam pardas, totalizando 148 indivíduos (51,57%), em seguida, observou-se 76 registros (26,48%) que se identificaram como pretas. A população branca correspondeu a 40 indivíduos (13,94%), enquanto os que se identificaram como indígenas e amarelos, ambos com 1 registro cada (0,35%). Além disso, 21 pessoas (7,32%) não tiveram informações sobre a raça/cor registradas.

A análise das idades revelou que a maioria dos participantes se concentrava na faixa etária de adultos jovens (30 a 44 anos), representando 49,5% da amostra (n=142), seguidos dos adultos maduros, com idades entre 45 e 59 anos, corresponderam a 32,8% (n=94) dos participantes, indicando que a população em situação de rua estudada é predominantemente composta por

adultos em idade economicamente ativa A distribuição das idades dos participantes está detalhada na Tabela 2.

Tabela 2 – Distribuição dos participantes por faixa etária

CATEGORIA	NÚMERO DE PESSOAS	PORCENTAGEM (%)
Jovens (≤ 29 anos)	24	8,4%
Adultos jovens (30–44 anos)	142	49,5%
Adultos maduros (45–59 anos)	94	32,8%
Idosos (≥ 60 anos)	27	9,4%
Total	287	100%

Fonte: Dados da pesquisa. Elaborado pela autora (2025).

Em relação ao sexo, identidade de gênero, e orientação sexual, observou-se que há predomínio de indivíduos do sexo masculino, que compuseram 213 registros (74,22%), e quando questionados sobre a identidade de gênero, 104 indivíduos (36,24%) optaram por não informar, e os que informaram somaram 5 registros (1,75%), sendo 2 pessoas (0,70%) que se identificaram como mulheres transexuais e 3 (1,05%) que marcaram a opção "outro". Por fim, com relação à orientação sexual, 145 indivíduos (50,52%) identificaram-se como heterossexuais, representando a maioria dos registros. Todos os dados à respeito do sexo, identidade de gênero, e orientação sexual estão apresentados na tabela 3.

Tabela 3 – Distribuição dos participantes (sexo, identidade de gênero e orientação sexual)

ASPECTO	CATEGORIA	NÚMERO	PORCENTAGEM (%)
Sexo	Masculino	213	74,22
	Feminino	67	23,34
	Não informado	7	2,44
Identidade de Gênero	Não informado	104	36,24
	Informação não registrada no prontuário	178	62,02
	Mulheres transexuais	2	0,7
	Outro	3	1,05
Orientação Sexual	Heterossexual	145	50,52
	Homossexual (gay ou lésbica)	9	3,14
	Bissexual	3	1,05
	Outro	2	0,7
	Não informou	60	20,91
	Informação não registrada no prontuário	68	23,69

Fonte: Dados da pesquisa. Elaborado pela autora (2025).

Em relação aos dados sobre o curso mais elevado frequentado ou concluído, a pesquisa revela que a maioria possui níveis de escolaridade entre a 5ª e a 8ª série, seguidos dos indivíduos que haviam cursado entre a 1ª e a 4ª série do Ensino Fundamental. O Ensino Médio foi o segundo maior nível de escolaridade relatado. A distribuição dos níveis de escolaridade mais elevados frequentado ou concluído pelos participantes da pesquisa estão descritos na tabela 4.

Tabela 4 – Distribuição dos níveis de escolaridade mais elevados frequentados ou concluídos pelos participantes, com números absolutos e percentuais

NÍVEL DE ESCOLARIDADE	NÚMERO DE INDIVÍDUOS	PORCENTAGEM (%)
Ensino Fundamental	193	67,25
Ensino Médio	56	19,51
Nunca Frequentou a Escola	16	5,57
Sem Informação no prontuário	12	4,18
Ensino Superior (incluindo especialização, mestrado, doutorado)	6	2,09
Classe de Alfabetização	4	1,4
Total	287	100

Fonte: Dados da pesquisa. Elaborado pela autora (2025).

5.2 CONDIÇÕES DE VIDA E CONTEXTO SOCIAL

Os dados sobre a condição e o tempo de permanência em situação de rua em maior proporção foi de pessoas em situação de rua há menos de 6 meses, com 104 registros (36,24%). Entre aqueles com períodos mais longos, 62 indivíduos (21,60%) declararam estar nessa condição entre 1 e 5 anos, enquanto 56 pessoas (19,51%) relataram viver em situação de rua por mais de 5 anos. Além disso, 42 indivíduos (14,63%) estavam em situação de rua entre 6 e 12 meses, e 23 indivíduos (8,01%) não tiveram informações sobre sua condição atual registradas.

Entre os indivíduos atendidos, 91 pessoas (31,71%) declararam possuir referência familiar, enquanto a maioria, 102 indivíduos (35,54%), relataram não ter vínculo familiar de referência. Um número significativo, 94 registros (32,75%), não apresentou informações sobre essa questão. No que se refere à frequência de visitas a familiares, 123 indivíduos (42,86%) declararam não manter esse tipo de contato. Entre aqueles que relataram visitar familiares, os vínculos com frequência absoluta e relativa de cada um estão descritos na tabela 5.

Tabela 5 – Frequência de visitas a familiares ou outros, por tipo de relação

TIPO DE RELAÇÃO	FREQUÊNCIA ABSOLUTA (N)	FREQUÊNCIA RELATIVA (%)
Não informado	46	32,86
Pais e mães; Irmãos ou irmãs; Filhos(as)	77	55
Outros parentes	9	6,43
Outros	8	5,71

Fonte: Dados da pesquisa. Elaborado pela autora (2025).

Quanto à frequência com que os indivíduos se alimentam ao longo do dia, a maioria, com 152 registros (52,96%), não forneceu informações sobre a quantidade de vezes que se alimenta, 68 indivíduos (23,69%) se alimentam de 2 a 3 vezes ao dia, enquanto 54 indivíduos (18,82%) se alimentam mais de 3 vezes ao dia. Apenas 13 indivíduos (4,53%) indicaram que se alimentam uma vez ao dia. Os dados da origem da alimentação relatada pelos participantes, incluindo fontes variadas de apoio alimentar, assim como a ausência de informações, constam na tabela 6.

Tabela 6 – Origem da alimentação dos participantes

Origem da Alimentação	Frequência Absoluta (n)	Frequência Relativa (%)
Não apresentou informações	187	53,13
Doação popular	52	14,77
Outros	43	12,22
Doação de grupos religiosos	42	11,93
Restaurante Popular	15	4,26
Restaurantes	13	3,69

Fonte: Dados da pesquisa. Elaborado pela autora (2025).

Os dados sobre o acesso à higiene pessoal revelaram em sua maioria que 140 indivíduos (48,79%) relataram ter acesso à higiene pessoal. A distribuição das respostas sobre o acesso à higiene pessoal, bem como a ausência de acesso a esses serviços, consta na tabela 7.

Tabela 7 – Acesso à higiene pessoal

CATEGORIA	NÚMERO DE INDIVÍDUOS	PERCENTUAL (%)
Acesso à higiene pessoal	140	48,79
Não informado	105	36,59
Sem acesso à higiene pessoal	42	14,63
Total	287	100%

Fonte: Dados da pesquisa. Elaborado pela autora (2025).

Em relação ao recebimento de benefícios, 131 pessoas (45,64%) afirmaram não receber benefícios. Outros 35 indivíduos (12,20%) não forneceram informações sobre essa questão. Por outro lado, 121 pessoas (42,16%) relataram que recebem algum tipo de benefício.

A análise das ocupações dos indivíduos em situação de rua revela uma diversidade de perfis profissionais, e foram divididos em 8 categorias de ocupações que estão descritas na tabela 8.

Tabela 8 – Descrição das ocupações distribuídas em categorias

CATEGORIA DE OCUPAÇÃO	OCUPAÇÕES E DETALHES	NÚMERO DE INDIVÍDUOS	PERCENTUAL (%)
Trabalhadores informais e independentes	Açougueiro (5), ambulante (1), artesão (1), autônomo (9), comerciantes (2), do lar (11), estudante (1), faxineira (1), garçom (1), garimpeiro (1), gráfico (1), instalador de cortinas (1), lavador de carros (4), manicure (1), pizzaiolo (2), salgadeiro (1), serviço braçal (1), sem ocupação (1)	45	15,67
Trabalhadores especializados e técnicos	Ajudante de mecânico (1), ajudante de pátio (1), auxiliar de saúde bucal (1), borracheiro (2), cabeleireira (1), chefe de cozinha (1), cuidador de idosos (2), encanador (1), escolta armada (1), estivador (1), frentista (2), gari (1), lanterneiro (1), mecânico (5), metalúrgico (1), serralheiro (4), soldador (2), técnico de enfermagem (3), polidor automotivo (1), vigilante (2)	34	11,85
Profissionais de serviços gerais e auxiliares	Ajudante (1), auxiliar de cozinha (1), auxiliar de produção (2), balconista (1), barbeiro (2), cozinheira (4), desempregada (4), diarista (1), doméstica (6), lavrador (1), montador (2), operário (1), repositor (3), serviços gerais (27), vaqueiro (4), vendedor (9)	69	24,04
Professores e educadores	Professor (1), professor de teologia (1)	2	0,7
Profissionais administrativos e de apoio	Auxiliar administrativo (1), contador (2), corretora de imóveis (1), recepcionista (1), servidor público (1)	6	2,09
Trabalhadores da construção civil	Ajudante de pedreiro (6), bombeiro hidráulico (1), construtor de obras (1), carpinteiro (2), eletricista (3), gesso (1), pedreiro (22), mestre de obras (1), servente de pedreiro (6), pintor (8)	51	17,77
Profissões ligadas a transporte e logística	Carreteiro (1), motoboy (3), motorista (7), operador de máquina (3)	14	4,88
Sem informação e beneficiários	Aposentados (2), beneficiários da LOAS (1), informações não registradas (63)	66	23
Total		287	100%

Fonte: Dados da pesquisa. Elaborado pela autora (2025).

A situação no mercado de trabalho dos participantes é caracterizada por 123 indivíduos (42,86%) desempregados. Em relação ao trabalho autônomo, 2 (0,70%) informaram exercer atividade com previdência social, enquanto 4 (1,39%) são autônomos sem cobertura previdenciária. Além disso, 8 (2,79%) são aposentados ou pensionistas. 33 (11,50%) relataram que não trabalham, e 16 (5,57%) mencionaram outra situação. Por fim, 101 indivíduos (35,19%) não forneceram informações sobre sua situação laboral.

5.3 HISTÓRICO DE SAÚDE GERAL

Em relação à fez ou faz tratamento com psiquiatra ou teve internação por problema de saúde mental, a maior parte dos participantes, 184 (64,11%), informaram não ter realizado. Por outro lado, 64 (22,30%) declararam já ter passado por essas situações, enquanto 39 (13,59%) não forneceram informações a respeito.

Quanto à percepção dos participantes sobre seu peso, 196 indivíduos (68,29%) não forneceram informação. Entre os que indicaram sua condição de peso, 16,03% (46 pessoas) consideram seu peso adequado, 12,20% (35 pessoas) se classificam como abaixo do peso, e apenas 3,48% (10 pessoas) se consideram acima do peso.

Em relação à internação nos últimos 12 meses, 204 participantes (71,08%) não tiveram nenhuma internação, enquanto 36 participantes (12,54%) indicaram que tiveram alguma internação nesse período. Outros 47 participantes (16,38%) não forneceram informações sobre esse dado. Outras condições de saúde foram registradas, divididas em diferentes categorias, e estão descritas na tabela 9.

Tabela 9 – Distribuição das condições de saúde relatadas

CATEGORIA DE CONDIÇÕES DE SAÚDE	DOENÇAS RELATADAS (N)	TOTAL (N)	PERCENTUAL (%)
Condições sem diagnóstico específico ou não informado	Sem informação: 175	175	54,18
Doenças infecciosas e parasitárias	COVID-19: 1, HIV: 5, Sífilis: 28, Tuberculose: 4, IST: 4, Tricomoníase: 1, Piodermite: 1, Pneumonia: 1, Gastroenterite: 1, Arbovirose: 1	47	14,55
Doenças do sistema nervoso e transtornos mentais	Ansiedade: 3, Depressão: 5, Esquizofrenia: 4, Transtorno mental: 14, Epilepsia: 2, Insônia: 1, Crise convulsiva: 1, Labirintite: 2	32	9,91

Outros	Astenia: 2, Dor abdominal: 1, Dor de cabeça frequente: 1, Dor na mandíbula: 1, Dor no joelho: 1, Dor muscular: 1, Dor na face: 1, Dor no dente: 1, Dor occipital: 1, Dormência nas pernas: 1, Lesão na planta do pé direito: 4, Artrose crônica: 1, Dor lombar: 3, Hérnia de disco: 2, Lombalgia crônica: 1, Fibromialgia: 1, Fratura em MMSS: 2, Cirurgia no tornozelo: 1, Apendicite: 1, Refluxo: 1, Queimação no estômago: 1, Úlcera: 1, Hemorroidas: 2, Câncer no intestino: 1, Câncer de esôfago: 1, Hepatite C: 2, Anemia: 2, Aborto: 1, Cefaleia: 1, Diabetes: 1, Diarreia: 1, Cálculo renal: 2, Gota: 1, Lúpus: 1, Bronquite: 3, Dispneia: 1, Síndrome gripal: 2, Tosse: 3, Hipertensão: 3, Arritmia: 1, Trombose venosa profunda: 1, Variz em membro inferior: 1, Hidradenite: 1, Psoríase: 1, Hemorragia conjuntival: 2, Alteração na próstata: 1, Mioma uterino: 1, Secreção purulenta na região peniana: 1, Carões nas mamas: 1	69	21,36
Total		323	100%

Fonte: Dados da pesquisa. Elaborado pela autora (2025).

Sobre a informação das deficiências, 216 (75,26%) indivíduos afirmaram não ter nenhuma deficiência, enquanto 71 (24,74%) relataram alguma deficiência. As deficiências relatadas estão descritas na tabela 10.

Tabela 10 - Descrição dos tipos de deficiência

TIPO DE DEFICIÊNCIA	NÚMERO DE INDIVÍDUOS	PORCENTAGEM (%)
Deficiência física	30	42,25
Deficiência intelectual/cognitiva	16	22,54
Deficiência visual	13	18,31
Deficiência auditiva	5	7,04
Outra deficiência	3	4,23
Deficiências combinadas	4	5,63
Total	71	24,74

Fonte: Dados da pesquisa. Elaborado pela autora (2025).

Os dados relativos à presença de doenças crônicas entre os participantes do estudo estão descritos na tabela 11. As condições analisadas incluem diabetes, hipertensão arterial, doenças respiratórias, câncer, histórico de AVC, infarto, doenças cardíacas, hanseníase e tuberculose.

Os dados estão organizados em números absolutos e percentuais, evidenciando a prevalência, ausência ou falta de informação para cada condição.

Tabela 11 – Prevalência de doenças crônicas, incluindo números absolutos e percentuais de presença, ausência e falta de informação para cada condição avaliada

CONDIÇÃO	TEM (N, %)	NÃO TEM (N, %)	SEM INFORMAÇÃO (N, %)
Diabetes	16 (5,57%)	253 (88,15%)	18 (6,27%)
Hipertensão Arterial	53 (18,47%)	217 (75,61%)	17 (5,92%)
Doenças Respiratórias	14 (4,88%) *	187 (65,16%)	86 (30,07%)
Asma	6 (2,09%)		
DPOC/Enfisema	1 (0,35%)		
Outras	7 (2,44%)		
Câncer	3 (1,05%)	241 (83,97%)	43 (14,98%)
Histórico de AVC	3 (1,05%)	263 (91,64%)	21 (7,32%)
Histórico de Infarto	3 (1,05%)	260 (90,59%)	24 (8,36%)
Doenças Cardíacas	9 (3,14%)*	238 (82,93%)	40 (13,93%)
Insuficiência	2 (0,70%)		
Outras	7 (2,44%)		
Hanseníase	5 (1,74%)	237 (82,58%)	45 (15,68%)
Tuberculose	13 (4,53%)	231 (80,49%)	43 (14,98%)

Fonte: Dados da pesquisa. Elaborado pela autora (2025).

Em relação à saúde reprodutiva, 64 participantes (22,30%) indicaram que não estavam gestantes, enquanto 218 participantes (75,96%) informaram que a questão não se aplica a eles, e 5 participantes (1,74%) afirmaram estar gestantes no momento do atendimento.

5.4 USO DE SUBSTÂNCIAS E HÁBITOS

Sobre o uso de substâncias químicas e hábitos, a tabela 12 apresenta a prevalência do uso de álcool, outras drogas e tabaco entre os participantes do estudo, detalhando os números absolutos e percentuais para cada categoria.

Tabela 12 – Distribuição do uso de álcool, outras drogas e tabaco, com números absolutos e percentuais para cada categoria

USO DE SUBSTÂNCIAS	SIM (N, %)	NÃO (N, %)	SEM INFORMAÇÃO (N, %)
Álcool	188 (65,51%)	83 (28,92%)	16 (5,57%)
Outras Drogas	163 (56,79%)	105 (36,59%)	19 (6,62%)
Tabaco	195 (67,94%)	78 (27,18%)	14 (4,88%)

Fonte: Dados da pesquisa. Elaborado pela autora (2025).

5.5 REDE DE ATENÇÃO À PESSOA EM SITUAÇÃO DE RUA E ACOMPANHAMENTO

A pesquisa revelou que 203 (70,73%) recebem acompanhamento por outra instituição, enquanto 39 (13,59%) não recebem tal apoio, e 45 (15,68%) não forneceram essa informação. Os detalhes das instituições que acompanham são especificados na tabela 13, destacando a frequência com que cada uma foi mencionada.

Tabela 13 – Rede de atenção à pessoa em situação de rua e acompanhamento

Instituições que acompanham	Número de Indivíduos (n)	Percentual (%)
Respostas sem informação sobre instituições	74	25
Centro POP	54	18,25
Missão Vida	49	16,55
Associação de Acolhimento aos Dependentes Químicos e Familiares (ADQF)	35	11,83
Abrigos	31	10,47
Abrigos noturnos	21	7,1
Centro de Atenção Psicossocial - Álcool e Drogas (CAPS AD)	19	6,42
Cristolândia	8	2,7
Superintendência do Sistema Estadual de Atendimento Socioeducativo (SEAS)	3	1,00
Estratégia Saúde da Família (ESF)	2	0,68

Fonte: Dados da pesquisa. Elaborado pela autora (2025).

Agora, na segunda etapa, são apresentados os dados qualitativos, extraídos das entrevistas de 14 acolhidos da Cristolândia, na qual os depoimentos dos entrevistados evidenciaram experiências individuais e subjetivas relacionadas à ida e permanência na rua. Para isso, os achados foram organizados em dois eixos principais: os motivos que levaram os entrevistados a irem para a rua e aqueles que contribuíram para sua permanência nesse espaço.

5.6 MOTIVOS PARA IR PARA A RUA

A trajetória de ida para a rua é marcada por um conjunto de fatores que envolvem tanto aspectos individuais quanto sociais e estruturais. Os relatos das pessoas em situação de rua

entrevistadas evidenciam que essa transição não ocorre de maneira isolada, mas sim em resposta a eventos adversos que resultam na ruptura de vínculos familiares, na precarização das condições de vida e na ausência de suporte social efetivo. Dentre os principais motivos apontados pelos entrevistados, destacam-se a dependência química, os problemas familiares e as perdas pessoais, e as dificuldades econômicas.

5.6.1 Dependência química

Atualmente, a Organização Mundial de Saúde (OMS) considera a dependência química como uma doença crônica e recorrente. Para esta instituição, o uso de drogas constitui um problema de saúde pública, que vem ultrapassando todas as fronteiras sociais, emocionais, políticas e nacionais, preocupando toda a sociedade (Andretta; Oliveira, 2011). Como será possível observar nos relatos a seguir, a relação entre o consumo de substâncias e a vivência nas ruas é complexa, envolvendo tanto a busca por alívio emocional quanto a intensificação da vulnerabilidade social.

“Porque a dependência química me levou pra ela, né? Ah, mas pra ir morar na rua, teve todo um processo. Então, acho que foi o crack em si, que eu não tinha força contra ele” (Entrevistado 1).

“Eu estou aqui por causa de que, né, muitos erros que eu cometi na vida, né, principalmente experimentar drogas, né. E a droga, no geral, me levou até a situação de rua, entendeu” [...] “Quando eu experimentei o crack. Foi tristeza total. Porque aí eu comecei a dormir na rua” (Entrevistado 2).

“Ah, foi várias coisas me levaram para rua. Eu digo que o ícone, né, foi a droga! O começo da minha vida de drogadição foi quando eu experimentei o álcool, a primeira vez ainda. Eu era menor de idade, né? Aí isso foi me causando interesse em outros tipos de substâncias maiores, de mais efeito. Aí no primeiro dia que eu fui para São Paulo, eu já tive a oportunidade de consumir a cocaína, né? Porque lá era mais fácil, meus familiares que moravam lá tinham acesso, passavam para mim, aí fui pra rua” (Entrevistado 3).

“Cheguei a ganhar 80 mil reais brutos todo mês. Larguei tudo pra ficar na rua, acabei com tudo por conta do Crack” (Entrevistado 4).

“Aí meu concunhado chegou perto de mim assim eu passando chamou eu lá perto pra ir no boteco eu peguei que nem um besta e fui, “ ah cê não pode tomar mais, nos pode” eu só olhei aquilo acho que a cabeça virou ai peguei um quartel de pinga e deste dia pra cá não parei mais” e isso me levou a ir pra rua”(Entrevistado 6).

“O que me levou a ir para as ruas primeiramente foram as drogas e, em segundo lugar, as drogas em geral, porque eu não iria tentar levar uma vida digna sendo que eu era um viciado em entorpecentes, aí a gente acaba ficando lá”(Entrevistado 9).

“Eu fui pra rua por conta da droga, né? Briga, bebida demais. Briguei muito com a minha família, briguei com o meu pai, briguei com a minha mãe, e não tinha mais pra onde ir e pra onde voltar” (Entrevistado 10).

“É, conhecer a droga demais, né? Conhecer a droga, envolvendo, envolvendo, aí acabei sendo dominado por ela, de não ter controle, aí a gente acaba indo pra rua e ficando lá pra usar ela, devendo aqui, devendo outra ali, e acabou, mano” (Entrevistado 13).

As entrevistas revelam que o uso abusivo de substâncias psicoativas tem sido um fator determinante para a ida à rua. Muitos citam o uso de drogas como o crack, cocaína e álcool como o ponto de partida para sua situação atual, relatando que o agravamento da dependência química contribuiu para o distanciamento da família e para a perda de emprego e moradia, tendo a rua como refúgio. Além disso, o estigma social em torno do uso de drogas dificultou o acesso a redes de apoio, tornando a rua, para alguns, a única alternativa possível.

5.6.2 Problemas familiares e perdas pessoais

Os relatos a seguir das pessoas em situação de rua revelam que os problemas familiares e as perdas pessoais são aspectos complexos e multifacetados e são relevantes para a ida para a rua. Entre os fatores mais indicados, destaca-se a desestruturação familiar, a perda de vínculos afetivos e o impacto emocional causado por essas rupturas. A seguir, serão apresentadas as falas dos entrevistados, que expõem como essas questões, somadas à vulnerabilidade social, levaram muitos a se encontrarem nas ruas.

“E um dia minha mãe falou tanta verdade pra mim, que foi acumulando durante o tempo que eu usava droga dentro de casa, e ela segurando, segurando, um dia ela soltou tudo. Foi pior do que a pior surra que ela me deu. Eu não aguentei e fui pra rua por causa do crack” (Entrevistado 1).

“Eu perdi, primeiramente, esposa, filho, depois, contato com familiares, trabalho e o convívio com a sociedade, né. São essas coisas que me levaram para a situação de rua” [...] “Eu fui pra rua quando eu perdi minha família. Perdi a família. Família que eu falo é esposa e filho” (Entrevistado 2).

“A primeira palavra que vem na minha mente é que eu fui morar na rua depois de perdi meu pai, porque não tinha mais lugar para ir aí eu pensei passar morar na rua, e fiquei na casa de um casa de outro, apanhava, mas não dava certo aí eu fiquei morando debaixo de ponte, aí eu saí quando eu ficava em porta de loja, dormia dentro de caixa de papelão, ficava pedindo dali pra cá de um lado pro outro, tacaram fogo dentro papelão e saía correndo, já queimei pé e isso não é bom não, se tivesse uma casa para eu ficar tranquilo, mas não tenho e tenho que ficar na rua” [...] “O que me levou a ir e ficar na rua foi depois que meu pai morreu, aí nós morava com nossa madrasta, aí nossa madrasta era tão ruim batia em mim no meu irmão e minha irmã, só que minha irmã arrumou um marido casou e foi embora e ficou meu irmão, aí depois eu vi que não tava aguentando ficar dentro de casa eu partir pra rua e meu irmão ficou, aí depois que meu irmão também saiu pra rua comigo” (Entrevistado 6).

“A fraqueza de eu ter perdido minha filha me levou pra rua e eu ficava lá, né? Porque ela era tudo na minha vida, né? Eu perdi ela com 10 anos e ela era tudo, né? Ela era tudo na minha vida. Então, na hora que eu perdi ela, quando eu perdi minha mãe, até que eu não caí tanto não, mas depois que eu perdi minha filha, aí acabou tudo. Minha vida acabou, né?” (Entrevistado 7).

“Então, as pessoas que falam assim: “Ah, o governo é que faz isso.” Não, cara, essa desestrutura é familiar, cara. Ela é uma desarmonização estrutural, entendeu? Não é o que a rua te oferece, o que te arrasta para a rua é o que falta em casa. É a falta de estrutura em casa, psicológica, amorosa, afetiva, religiosa. É isso, cara. Lá é só a ponta do iceberg” [...] “Nesse dia, saí cedo para resolver um problema,

e algumas pessoas foram à minha casa tentar ceifar minha vida. Como vi que estava colocando não só minha vida em risco, mas também a da minha ex-mulher, liguei para ela e disse: "Eu não volto mais para casa. Acabou o casamento." Desde então, fui para as ruas em Belo Horizonte e fiquei lá" (Entrevistado 8).

"Eu tive uma infância muito conturbada por familiares. Logo que minha mãe faleceu, eu tinha 8 anos de idade, e os meus irmãos me viraram as costas, aí eu tive que me segurar de qualquer maneira, e o único meio que eu tive para me virar foi nas ruas, pq não tinha pra onde ir, tive que ficar lá" (Entrevistado 9).

Fui morar em situação de rua assim: tudo que eu fazia meu pai tava ali pra me amparar, tudo que eu fazia de errado, aí eu fui viver entre aspas no crime, mas eu nunca tive passagem na polícia nem nada, sempre eu fui trabalhador, sempre consumí as drogas com meu próprio trabalho, mas aí em 2020 veio a COVID e levou meu pai, meu pai morreu de COVID em 2020, daí eu perdi aquele pilar que era meu pai, e aí passou o tempo eu fui ficando assim na rua e não tive pra onde voltar" (Entrevistado 11).

"Aí, nesse mundo, o meu pai, que era mulhereiro, ficava com mulher, espancava eu e meu irmão, isso não tinha amor nenhum, nenhum, nenhum. Não sei o que é amor de pai e mãe, não, cara, aí nessa trajetória eu e meu irmão fomos internados, e depois fomos pra rua e ficamos por não ter pra onde ir" (Entrevistado 12).

"O desprezo da minha família me fez conhecer as drogas e a rua, o abandono e creio que foi isso. Eu tinha 25 anos, eu sempre trabalhei, entendeu? Aí daí chegou uma época da minha vida que eu conheci a rua e entrei pras drogas e foi só coisas ruim que aconteceu, e continuei na rua" (Entrevistado 14).

As falas dos entrevistados forneceram uma visão clara de como os conflitos familiares recorrentes, violência doméstica e perdas significativas, como a morte de um ente querido, foram fatores determinantes para a decisão de ir para a rua. Muitos entrevistados mencionaram que a falta de acolhimento e o rompimento de vínculos afetivos os deixaram sem alternativas seguras de moradia. Além disso, há relatos de que a rua foi vista, inicialmente, como um espaço de refúgio ou fuga, diante da impossibilidade de permanência em um ambiente familiar hostil.

5.6.3 Dificuldades econômicas

A dificuldade econômica é um fator significativo que contribui para a situação de rua. A seguir, um dos entrevistados nos mostra que a impossibilidade de pagar o aluguel e a ausência de um lugar para onde ir fizeram com que a rua se apresentasse como o único recurso disponível naquele contexto.

“É porque eu perdi o emprego né, e fiquei sem condições de pagar o aluguel, aí fui morar na rua, foi a única situação que me achei no momento porque não tinha outro lugar pra ir, e foi o único recurso que achei” (Entrevistado 5).

O relato acima nos mostra que a perda de emprego e a consequente falta de recursos para arcar com despesas básicas, como moradia e alimentação, foram apontadas como fatores determinantes para a ida à rua, que é a única opção viável no momento da crise.

5.7 MOTIVOS PARA PERMANECER NA RUA

A permanência na rua, conforme evidenciado pelos relatos dos entrevistados, está relacionada a um conjunto de fatores que dificultam a saída desse contexto. As falas coletadas demonstram que, para muitos, os motivos que levam a permanecer na rua estão ligados a dependência química, as dificuldades de reinserção social e a adaptação às condições de vida nas ruas, além da própria estrutura oferecida pelos serviços para pessoa em situação de rua, que oferece redes de sociabilidade e estratégias de sobrevivência.

5.7.1 Dependência química e dificuldades para sair

A dependência química exerce um papel central na permanência das pessoas em situação de rua. A seguir, os depoimentos ilustram essas experiências, revelando os desafios enfrentados para romper esse ciclo e sair das ruas.

“Aí eu tinha incentivo, mas o crack me roubou tudo. Tudo, tudo, tudo. Eu usando isso, essa porcaria eu não sou nada, sabe? Nem me adianta fazer plano porque ele me rouba tudo, e não consigo sair da rua”[...] Ah, eu não tava tendo coragem de pedir ajuda para sair da rua, eu não tinha força por conta da droga e da vergonha por usar a droga. Não porque eu queria estar lá, porque eu já vivi uma vida fora

dali, mas você entra num ciclo de usar pra suportar a rua. Eu não nasci ali. Eu já vi várias pessoas na rua quando eu tava no auge, sabe? Um pouco no auge da minha carreira. Que eu passava e vivia, eu tinha dó. Agora, você viver lá é diferente” (Entrevistado 1).

“Então chegou uma época que eu não tinha controle nenhum nas drogas, porque eu não conseguia ter uma vida social normal, tinha vergonha, e me afundava nas drogas. Você trabalhar, ir para casa, mas aí você se perde por conta de usar a droga e vai para a rua e vai ficando lá por conta dela” (Entrevistado 3).

“Os motivos que me levavam a ficar na rua, é assim, é a desestabilidade de tudo, né? Igual eu estou te falando, você tem aquela vontade de largar as drogas e sair daquele lugar que não te faz bem, é desumano, é muito sofrimento, mas sozinho, sem nenhum apoio da família, você não consegue” (Entrevistado 4).

“Olha, eu não tinha instrução a respeito de sair da rua aí, porque a rua é o seguinte: a maneira de viver e ficar na rua é uma coisa que faz você pensar apenas em uma coisa: se drogar e se dopar, para que aquele dia passe, que a noite venha e que acabe rapidamente. E, no outro dia, a mesma coisa” (Entrevistado 9).

“Ah, eu sempre pensei em voltar pra casa, mas não tinha força por conta da droga, não tinha nada. Aí ao mesmo tempo que você pensa em voltar, depois você lembra das coisas, você não tem mais como voltar, você não tem como mais criar a família, você não tem mais condições de alugar uma casa, você não tem mais vontade de fazer nada. Você não consegue sair da rua (Entrevistado 10).

As falas dos entrevistados revelam uma forte conexão entre o uso de drogas e a permanência nas ruas. O vício em substâncias como o crack é frequentemente mencionado como um obstáculo insuperável para sair da situação de rua. A dependência química não apenas rouba a motivação e a força para buscar ajuda, mas também cria um ciclo de vergonha e desesperança, dificultando o retorno à vida social e familiar. Além disso, a falta de apoio familiar e a ausência de estratégias eficazes para lidar com o vício são apontadas como fatores críticos que mantêm as pessoas presas à vida nas ruas.

A rotina diária de busca por drogas e a necessidade de escapar da realidade tornam-se prioridades, sobrepondo-se a qualquer desejo de mudança ou reintegração social. Assim, a

permanência na rua é resultado de um processo complexo, em que a vulnerabilidade causada pela dependência química se soma às dificuldades estruturais para romper com essa condição.

5.7.2 Sobrevivência e adaptação à rua

As falas dos entrevistados nos mostram que a permanência na rua está diretamente ligada às estratégias de sobrevivência desenvolvidas por aqueles que vivem nesse contexto. A seguir, os depoimentos ilustram essas vivências e os desafios enfrentados para sobreviver nesse ambiente.

“Ah, eu catava material reciclável, né? Tinha dinheiro todo dia na mão, e algumas pessoas me davam. E, então você sobrevive ali das coisas que dão, do lixo, da rua, aí isso me mantinha ali na rua” (Entrevistado 2).

“Às vezes furtava para comprar as drogas e me manter ali na rua. Às vezes, se tivesse alguma coisa pra fazer, um serviço, eu fazia. Pedia dinheiro” (Entrevistado 3).

“A rua te forja de uma certa forma, porque a característica mais forte que você precisa ter na rua é mostrar desprezo, mostrar que é ruim. Na rua, mostrar ser ruim é bom, e você tem que mostrar força. E a selva de pedra é a rua, porque lá, quanto mais ruim, melhor, e quanto mais não humano, melhor. Quanto mais animal, melhor pra você continuar na rua e sobreviver” (Entrevistado 8).

Os relatos nos mostram que a necessidade de garantir a subsistência leva muitas pessoas a se adaptarem à dinâmica da rua, seja por meio da coleta de materiais recicláveis, da ajuda recebida de terceiros ou, em alguns casos, de práticas ilícitas para suprir suas necessidades básicas. Além disso, a rua impõe um conjunto de regras próprias, nas quais demonstrar força e insensibilidade pode ser uma forma de autopreservação. A experiência de estar na rua acaba moldando comportamentos e redefinindo relações sociais, criando um ciclo no qual a adaptação à vida nesse espaço dificulta ainda mais a possibilidade de saída.

5.7.3 Condições oferecidas pela rua

Em relação às condições estruturais e os serviços disponíveis na rua podem, paradoxalmente, contribuir para a permanência nesse contexto. A seguir, os depoimentos ilustram como essas condições influenciam a decisão de continuar nesse espaço.

“Um albergue, que era grande, chamado Arsenal, lá em São Paulo. Acho que é o maior da América Latina. Fiquei um tempo por lá, e lá eu tinha esse apoio de um assistente social que me acompanhava, e eu ficava na rua. Me acompanhava, era bom, mas depois larguei tudo por conta da droga” (Entrevistado 3).

“Todo usuário de droga é irresponsável, e uma das coisas que a rua te oferece é essa oportunidade de ser irresponsável, sem consequências ou com consequências que você pode fugir a princípio, e a rua te oferece um albergue para pernoitar, um restaurante popular onde você pode comer, um centro pop para tomar banho, dão roupas, e com isso você não tem responsabilidade nenhuma, e fica cômodo continuar ali” (Entrevistado 8).

Apesar das dificuldades enfrentadas, dois entrevistados destacaram que a existência de abrigos, centros de atendimento e locais para alimentação minimiza algumas das necessidades básicas, permitindo que se mantenham na rua sem um compromisso direto com responsabilidades cotidianas. Além disso, para aqueles que fazem uso de drogas, a ausência de cobranças e a possibilidade de escapar das consequências imediatas de suas escolhas reforçam esse ciclo de permanência. Ainda que alguns tenham passado por serviços de assistência social, como os albergues e centros de acolhimento, nem sempre a transição para uma vida fora das ruas acontece.

5.8 PERSPECTIVA TERRITORIAL

A construção da identidade territorial entre pessoas em situação de rua revela-se como um processo dinâmico e multifacetado, permeado por experiências de pertencimento, exclusão, resistência e reconstrução simbólica do espaço. Os relatos coletados nesta pesquisa trazem à tona as formas pelas quais esses sujeitos constroem sentidos e vínculos com os territórios que habitam, mesmo em condições de extrema vulnerabilidade.

A análise qualitativa das entrevistas realizadas permitiu identificar diferentes motivações que contribuem para a ida e para a permanência nesse contexto. Esses motivos, embora singulares em cada trajetória, revelam padrões que se entrelaçam com os processos de territorialização, refletindo vínculos afetivos, estratégias de sobrevivência, formas de resistência e dinâmicas de pertencimento ao espaço urbano. As falas dos participantes revelam não apenas carências materiais, mas sobretudo complexas construções subjetivas e sociais que sustentam a permanência nas ruas.

Diante disso, foi elaborada uma tabela (Quadro 1) que organiza os motivos citados pelos entrevistados à luz da perspectiva territorial. A partir dos conceitos de territorialidade, multiterritorialidade, desterritorialização e reterritorialização, foi possível interpretar como as experiências cotidianas desses sujeitos com o território urbano contribuem para a construção de sentidos, vínculos e modos de estar no mundo. A seguir, apresenta-se a referida tabela, que sintetiza essas interpretações.

Quadro 1 - Perspectiva territorial

ENTREVISTADO	MOTIVOS PARA IR À RUA	MOTIVOS PARA PERMANECER NA RUA	INTERPRETAÇÃO TERRITORIAL
Entrevistado 1	Crack, perda do vínculo familiar, rejeição materna, desemprego	Recaída, descontrole, perda da moradia	Desterritorialização da vida familiar e laboral; tentativa de reterritorialização frustrada por uso de drogas
Entrevistado 2	Luto, drogas, rejeição	Vergonha, fracasso, sobrevivência via coleta	Desterritorialização afetiva e social; territorialidade de sobrevivência no lixo e nas ruas
Entrevistado 3	Drogas, migração, influência da família	“Conforto” da rua, irresponsabilidade, falta de emprego, instituição de apoio	Multiterritorialidade: transita entre a rua e instituições; territorialidade da rua como espaço sem cobranças
Entrevistado 4	Crack, brigas conjugais, perda da família	Isolamento, vício, dor física e espiritual	Desterritorialização familiar e emocional; ausência de reterritorialização sólida
Entrevistado 5	Desemprego, ausência de moradia	Álcool, vínculos frágeis com os pares	Desterritorialização urbana por exclusão do trabalho e da moradia; territorialidade precária
Entrevistado 6	Luto, maus-tratos, alcoolismo	Laços frágeis com usuários, abandono	Desterritorialização precoce (família); reterritorialização frágil nos vínculos com a rua
Entrevistado 7	Luto, drogas, relação abusiva	Vergonha, medo, exclusão	Desterritorialização por violência simbólica e emocional; reterritorialização negativa no sofrimento urbano

Entrevistado 8	Ameaça, separação, ruptura familiar	Desumanização, comodismo	Desterritorialização por violência direta; a rua como território de resistência crítica
Entrevistado 9	Rejeição familiar, perdas, drogas	Cotidiano marcado pela dopagem, falta de perspectiva	Multiterritorialidade do vício e da rua; territorialidade da fuga pela droga
Entrevistado 10	Conflitos familiares, drogas	Falta de forças, imobilismo	Desterritorialização emocional e motivacional; ruptura com qualquer espaço estruturante
Entrevistado 11	Luto, drogas	Acostumar-se com a rua, ausência de esperança, falta de perspectiva, família	Desterritorialização afetiva e familiar com a perda do pai; reterritorialização na rua como espaço de sobrevivência e resignação.
Entrevistado 12	Violência doméstica, abandono parental, ausência de afeto e suporte familiar, institucionalização na infância	Falta de lugar para onde ir, ausência de vínculos familiares ou alternativas habitacionais	Desterritorialização familiar precoce; ausência de territorialidades institucionais protetivas; reterritorialização na rua como única possibilidade concreta de habitar.
Entrevistado 13	Drogas, perda de controle, endividamento	Continuidade do uso de drogas, fuga de cobranças e dívidas, falta de alternativas viáveis	Multiterritorialidade marcada pelo consumo de drogas; desterritorialização da vida social e econômica; reterritorialização na rua como espaço de uso e evasão
Entrevistado 14	Desprezo e abandono familiar, ruptura com vínculos afetivos, iniciação no uso de drogas	Falta de apoio familiar, ausência de recursos financeiros, falta de trabalho e de alternativas de reintegração	Desterritorialização familiar e afetiva; reterritorialização forçada na rua como espaço de exclusão social e busca por pertencimento.

Fonte: Dados da pesquisa. Elaborado pela autora (2025).

A leitura das falas por meio dos conceitos territoriais evidencia que a rua, embora marcada por precariedades e vulnerabilidades, também se constitui como espaço de agência, sociabilidade e construção de identidade. Elementos como o sentimento de liberdade, as relações estabelecidas com outros sujeitos em situação de rua e o afastamento de instituições formais como a família e o trabalho apontam para territorialidades específicas que dão sentido à permanência nas ruas, muitas vezes em oposição às lógicas normativas da sociedade.

Além disso, o quadro revela que a experiência de rua não é homogênea, sendo atravessada por múltiplos territórios que coexistem e se entrecruzam, conferindo complexidade às decisões e aos vínculos desses sujeitos com o espaço urbano. Dessa forma, compreende-se que a territorialidade das pessoas em situação de rua vai além da ocupação física do espaço urbano. Trata-se de uma construção identitária atravessada por elementos simbólicos, sociais e políticos, onde a rua pode ser simultaneamente espaço de exclusão e lugar de existência.

Compreender essas dinâmicas é fundamental para o desenvolvimento de políticas públicas sensíveis às territorialidades e aos modos de vida das pessoas em situação de rua, contribuindo para ações mais eficazes e respeitosas à realidade desses indivíduos.

6 DISCUSSÃO

Diversos estudos apontam que a vivência nas ruas está associada a múltiplos fatores, como o uso abusivo de álcool e outras drogas, o rompimento de vínculos e conflitos familiares (incluindo separações conjugais), o desemprego e a busca pela sensação de liberdade proporcionada pela vida nas ruas (Sicari; Zanella 2018) , déficit habitacional, baixa escolaridade, pobreza e cortes em programas sociais , negligências e abusos durante a infância, deficiências crônicas, transtornos mentais (Natalino , 2024). Além disso, Sicari e Zanella (2018) destacam que esse processo pode ocorrer de maneira gradual, resultando na permanência definitiva nas ruas. Esses achados dialogam com os dados da presente pesquisa, que também evidenciam a complexidade dos fatores envolvidos na permanência da população em situação de rua.

Flores *et al.*, (2015) relatam que as causas que levam as pessoas à situação de rua podem ser divididas em estruturais e biográficas. Para os autores, as questões estruturais estão ligadas ao contexto econômico que o país enfrenta, à estrutura do mercado de trabalho, e às legislações e políticas de proteção social nacionais criadas. Já as questões biográficas estão relacionadas à história de vida de cada indivíduo, às dificuldades familiares, laborais e de saúde, assim como ao uso abusivo de álcool e outras drogas. Tal constatação apresenta consonância, pois, os dados da presente pesquisa nos remetem aspectos estruturais e biográficos, e muitas vezes inter-relacionados como é o caso da relação ao recebimento de benefícios, onde 131 pessoas (45,64%) afirmaram não receber benefícios, e 123 indivíduos (42,86%) desempregados, e todos os 287 (100%) participantes fazem uso de álcool e/ou outras drogas, e os relatos também corroboram com tais achados, como são os casos a seguir:

*“Eu fui pra rua por conta da droga, né? Briga, bebida demais”
(Entrevistado 10).*

“É porque eu perdi o emprego né, e fiquei sem condições de pagar o aluguel, aí fui morar na rua, foi a única situação que me achei no momento porque não tinha outro lugar pra ir, e foi o único recurso que achei” (Entrevistado 5).

Essas vivências evidenciam não apenas a urgência em se desenvolver políticas públicas que garantam a segurança e a saúde mental dessas populações, mas também a necessidade de

uma abordagem mais humana e integrada que promova a dignidade e a reintegração social dos indivíduos em situação de rua. A análise das falas dos entrevistados revela um padrão recorrente na literatura sobre população em situação de rua e dependência química: a intersecção entre o uso de substâncias, a exclusão social e a dificuldade de reinserção na sociedade.

Conforme apontado por Hino, Santos e Rosa (2018), a permanência nas ruas é frequentemente impulsionada por múltiplos fatores, incluindo a dependência química, a ausência de suporte social e a falta de oportunidades de quem está na rua. Essa realidade é evidente nos relatos, como no caso do Entrevistado 1, sobre a dependência química, que afirma: *“Nem me adianta fazer plano porque ele [o crack] me roubou tudo, e não consigo sair da rua”*, do Entrevistado 9 sobre ausência de suporte social, que afirma: *“Eu tive uma infância muito conturbada por familiares. Logo que minha mãe faleceu, eu tinha 8 anos de idade, e os meus irmãos me viraram as costas, aí eu tive que me segurar de qualquer maneira, e o único meio que eu tive para me virar foi nas ruas, pq não tinha pra onde ir, tive que ficar lá.”*, e do Entrevistado 5 sobre falta de oportunidades, que afirma: *“É porque eu perdi o emprego, né, e fiquei sem condições de pagar o aluguel, aí fui morar na rua, foi a única situação que me achei no momento porque não tinha outro lugar pra ir, e foi o único recurso que achei”*.

A dependência química é um fator recorrente entre todos os entrevistados, sendo apontada como uma das principais razões para a situação de rua. Os relatos do Entrevistado 1: *“Porque a dependência química me levou pra ela, né?”*; Entrevistado 2: *“Quando eu experimentei o crack. Foi tristeza total. Porque aí eu comecei a dormir na rua”*; Entrevistado 3: *“Ah, foi várias coisas me levaram para rua. Eu digo que o ícone, né, foi a droga”*, e do Entrevistado 9: *“O que me levou a ir para as ruas primeiramente foram as drogas”*, ilustram como o uso de substâncias químicas são fatores que desencadeiam um ciclo de perda de controle. A experiência com a droga é frequentemente associada à fuga de problemas emocionais, como descrito pelo Entrevistado 6:

“Aí meu concunhado chegou perto de mim assim eu passando chamou eu lá perto pra ir no boteco eu peguei que nem um besta e fui, “ ah cê não pode tomar mais, nos pode” eu só olhei aquilo acho que a cabeça virou aí peguei um quartel de pinga e deste dia pra cá não parei mais” e isso me levou a ir pra rua” (Entrevistado 6).

Esses relatos alinham-se ao estudo de Mendes, Ronzani e Paiva (2019), que destaca como a dependência química é uma das vulnerabilidades mais graves capaz de levar o indivíduo

à situação de rua, especialmente devido à sua capacidade de isolar o indivíduo de suas responsabilidades e vínculos afetivos, e fuga dos problemas emocionais.

O relato do Entrevistado 13: *“É, conhecer a droga demais, né? Conhecer a droga, envolvendo, envolvendo, aí acabei sendo dominado por ela, de não ter controle, aí a gente acaba indo pra rua e ficando lá pra usar ela”*, reflete uma experiência comum entre pessoas que se vêem dominadas pela dependência química, em que o uso de substâncias psicoativas se transforma em um ciclo vicioso, difícil de interrupção. O processo descrito de "conhecer a droga" e gradualmente ser “dominado por ela” remete a estudos que exploram o desenvolvimento da dependência e os fatores psicológicos e sociais que facilitam esse processo.

De acordo com Mendes, Ronzani e Paiva (2019) a dependência química muitas vezes se inicia de forma gradual, onde o indivíduo, inicialmente no controle, perde a capacidade de intervir em suas escolhas, sendo levado a um estágio onde as drogas se tornam um mecanismo central na vida cotidiana, e é frequentemente acompanhado pela marginalização social, levando muitas pessoas à situação de rua, como uma forma de acesso constante à substância. O ciclo de individualização e a perda de controle descrito pelo Entrevistado 13 evidenciaram como a dependência química controla o indivíduo, e também o coloca em uma situação de extrema vulnerabilidade, como a vida nas ruas.

O relato do Entrevistado 8 evidencia como a violência e as ameaças podem ser fatores determinantes para a entrada na situação de rua, especialmente quando há risco iminente à vida:

“Nesse dia, saí cedo para resolver um problema, e algumas pessoas foram à minha casa tentar ceifar minha vida. Como vi que estava colocando não só minha vida em risco, mas também a da minha ex-mulher, liguei para ela e disse: "Eu não volto mais para casa. Acabou o casamento." Desde então, fui para as ruas em Belo Horizonte e fiquei lá” (Entrevistado 8).

Esse achado corrobora com a pesquisa de Sicari e Zanella (2018), que identificou que algumas pessoas são forçadas a deixar suas residências devido a ameaças de milícias ou traficantes, impossibilitando seu retorno. Nesse contexto, a rua não surge como uma escolha voluntária, mas como uma alternativa de sobrevivência diante da coação e do medo. A migração para outras cidades, como no caso do entrevistado que se deslocou para Belo Horizonte, pode ser uma estratégia de fuga e proteção, ainda que isso signifique enfrentar novas vulnerabilidades inerentes à vida nas ruas. Esses dados reforçam a necessidade de políticas públicas que

considerem não apenas os fatores estruturais da situação de rua, mas também os aspectos relacionados à segurança e à proteção das pessoas que se encontram nessa condição.

O relato do Entrevistado 14 “*O desprezo da minha família me fez conhecer as drogas e a rua, o abandono e creio que foi isso*”, revela como o abandono familiar pode ser um fator determinante para a entrada na situação de rua, com a busca por pertencimento e alívio do sofrimento emocional. A falta de apoio familiar é um dos principais fatores de risco para a dependência química, conforme aponta a pesquisa de Schenker e Minayo (2003), que discutem como o desamparo familiar pode desencadear o uso de substâncias psicoativas, inicialmente como uma forma de autossuperação ou ruptura das dificuldades, e posteriormente levar às ruas. Esse processo pode, gradualmente, levar o indivíduo a um ciclo de marginalização, no qual as ruas se tornam o único espaço de “pertencimento”, tal como relatado pelos entrevistados.

Segundo Santos (2000), o território só adquire sentido para a análise social quando é considerado em função do seu uso e da relação estabelecida com os indivíduos que dele se utilizam. Nesse sentido, a apropriação do território está diretamente associada aos significados que as pessoas constroem e ressignificam em seu cotidiano (Reis; Rizzott, 2013). No contexto da população em situação de rua, essa apropriação envolve não apenas a ocupação do espaço físico, mas também a incorporação de códigos e comportamentos necessários à sobrevivência. O relato do Entrevistado 8 evidencia essa dinâmica ao destacar como a vivência nas ruas exige a adoção de uma postura de força e indiferença, onde a demonstração de humanidade pode ser vista como fraqueza:

“A rua te forja de uma certa forma, porque a característica mais forte que você precisa ter na rua é mostrar desprezo, mostrar que é ruim. Na rua, mostrar ser ruim é bom, e você tem que mostrar força. E a selva de pedra é a rua, porque lá, quanto mais ruim, melhor, e quanto mais não humano, melhor. Quanto mais animal, melhor pra você continuar na rua e sobreviver” (Entrevistado 8).

Assim, a rua se configura como um território de adaptação e resistência, no qual os indivíduos internalizam e expressam valores que garantem sua permanência nesse espaço.

O estudo de Santos (2011) relata que há algumas pessoas que optam por viver nas ruas, e que essa escolha está relacionada a uma noção de liberdade e serviços proporcionados pela mesma, e acaba sendo um fator fundamental para explicar as razões desse indivíduo na permanência nas ruas, o que podemos observar no relato do Entrevistado 8, sugerindo que a

estrutura de assistência disponível pode, paradoxalmente, contribuir para a permanência nas ruas ao proporcionar uma rede de suporte que minimiza algumas das dificuldades cotidianas, reforçando a percepção de liberdade e ausência de responsabilidades:

“Todo usuário de droga é irresponsável, e uma das coisas que a rua te oferece é essa oportunidade de ser irresponsável, sem consequências ou com consequências que você pode fugir a princípio, e a rua te oferece um albergue para pernoitar, um restaurante popular onde você pode comer, um centro pop para tomar banho, dão roupas, e com isso você não tem responsabilidade nenhuma, e fica cômodo continuar ali” (Entrevistado 8).

A necessidade de constante deslocamento pela cidade é uma característica marcante da vida em situação de rua, funcionando como uma estratégia de sobrevivência e permanência diante da precariedade do acesso a direitos básicos. A mobilidade cotidiana permite que essas pessoas busquem proteção, alimentos, roupas e outras formas de assistência no espaço urbano.

Os relatos dos entrevistados do presente estudo reforçam essa dinâmica: o Entrevistado 2: *“Ah, eu catava material reciclável, né? Tinha dinheiro todo dia na mão, e algumas pessoas me davam. E, então você sobrevive ali das coisas que dão, do lixo, da rua, aí isso me mantinha ali na rua”*, menciona a coleta de materiais recicláveis como meio de obter dinheiro diariamente e complementar a sobrevivência com doações e restos encontrados na rua. Já o Entrevistado 3: *“Às vezes furtava para comprar as drogas e me manter ali na rua. Às vezes, se tivesse alguma coisa pra fazer, um serviço, eu fazia. Pedia dinheiro.”*, destaca a busca por diferentes estratégias para suprir suas necessidades, incluindo trabalhos esporádicos, pedidos de dinheiro e, em alguns casos, pequenos furtos para sustentar o vício e permanecer nas ruas.

Esses depoimentos evidenciam como a falta de inserção no mercado formal de trabalho e a ausência de suporte social estruturado levam essas pessoas a desenvolverem táticas próprias para garantir sua subsistência, ressaltando a necessidade de políticas públicas que promovam oportunidades de inclusão econômica e social para essa população.

O estudo Kunzi, Heckert e Carvalho (2014) corrobora, relatando que a mobilidade urbana das pessoas em situação de rua não é apenas uma consequência da falta de moradia, mas um elemento central na construção de sua rotina e estratégias de sobrevivência, em busca de proteção, alimentos, roupas e outros.

O uso de substâncias psicoativas entre pessoas em situação de rua está frequentemente relacionado a estratégias de enfrentamento diante das condições extremas de vulnerabilidade e exclusão social. Para muitos, a droga não se resume apenas a um vício, mas torna-se um mecanismo para suportar a dureza e a permanência da vida nas ruas, funcionando como um alívio temporário para dores físicas e emocionais, conforme pode ser observado nos relatos à seguir:

“Ah, eu não tava tendo coragem de pedir ajuda para sair da rua, eu não tinha força por conta da droga e da vergonha por usar a droga. Não porque eu queria estar lá, porque eu já vivi uma vida fora dali, mas você entra num ciclo de usar pra suportar a rua” (Entrevistado 1).

“Então chegou uma época que eu não tinha controle nenhum nas drogas, porque eu não conseguia ter uma vida social normal, tinha vergonha, e me afundava nas drogas” (Entrevistado 3).

“Se drogar e se dopar, para que aquele dia passe, que a noite venha e que acabe rapidamente. E, no outro dia, a mesma coisa” (Entrevistado 9)

Nesse sentido, estudos como de Tondin, Barros Neta e Passos (2013), afirma que o uso de substâncias químicas se configura como uma alternativa para resistir às condições sociais adversas, sobreviver e minimizar o sofrimento físico e psíquico, sendo que em muitos momentos, é a perspectiva de sobrevivência no meio da sociedade de abandono.

Os relatos coletados no estudo de Reis e Azevedo (2019) nos permite perceber que existem aspectos específicos nas trajetórias e acontecimentos que surgem ao longo da vida das pessoas, e que invariavelmente não são controlados, e que representaram o ponto inicial para a inserção nas ruas, o que corrobora com o presente estudo, de acordo com os relatos a seguir:

“Eu perdi, primeiramente, esposa, filho, depois, contato com familiares, trabalho e o convívio com a sociedade, né” (Entrevistado 2).

“A primeira palavra que vem na minha mente é que eu fui morar na rua depois de perdi meu pai” (Entrevistado 6).

“A fraqueza de eu ter perdido minha filha me levou pra rua e eu ficava lá, né?” [...] “Meu pai morreu de COVID em 2020, daí eu perdi aquele pilar que era meu pai, e aí passou o tempo eu fui ficando assim na rua e não tive pra onde voltar” (Entrevistado 7).

Esses relatos evidenciam que a vivência nas ruas, muitas vezes, não resulta de uma escolha deliberada, mas de eventos traumáticos e perdas significativas que fragilizam os laços sociais e familiares, o que contribui para a dificuldade de reorganização da vida, tornando a ida e permanência nas ruas uma consequência das circunstâncias vivenciadas.

Reis e Azevedo (2019) apontam que, além dos fatores econômicos, há outras vulnerabilidades, como dificuldades emocionais, falta de moradia, discriminação e exposição à violência, que prejudicam o enfraquecimento das relações interpessoais e comunitárias. Estas desvinculações se mostraram presentes nos relatos dos participantes do presente estudo referentes à fragilização de vínculos familiares e violência sendo do:

“E um dia minha mãe falou tanta verdade pra mim, que foi acumulando durante o tempo que eu usava droga dentro de casa, e ela segurando, segurando, um dia ela soltou tudo” (Entrevistado 1).

“O que me levou a ir e ficar na rua foi depois que meu pai morreu, aí nós morava com nossa madrasta, aí nossa madrasta era tão ruim batia em mim no meu irmão e minha irmã” (Entrevistado 6).

“Eu tive uma infância muito conturbada por familiares. Logo que minha mãe faleceu, eu tinha 8 anos de idade, e os meus irmãos me viraram as costas, aí eu tive que me segurar de qualquer maneira, e o único meio que eu tive para me virar foi nas ruas, pq não tinha pra onde ir, tive que ficar lá” (Entrevistado 9).

Dessa forma, percebe-se que a fragilização dos vínculos familiares e a vivência de situações de violência atuam como fatores determinantes na trajetória que leva muitas pessoas à situação de rua, evidenciando a complexidade desse fenômeno.

A dificuldade de romper com a vida nas ruas é um dilema comum entre pessoas em situação de vulnerabilidade, especialmente quando o uso de substâncias químicas se torna um obstáculo para a reintegração social, como evidencia o relato do Entrevistado 10:

“Ah, eu sempre pensei em voltar pra casa, mas não tinha força por conta da droga, não tinha nada. Aí ao mesmo tempo que você pensa em voltar, depois você lembra das coisas, você não tem mais como voltar, você não tem como mais criar a família, você não tem mais condições de alugar uma casa, você não tem mais vontade de fazer nada. Você não consegue sair da rua”.

O estudo de Barata *et al.* (2015) corrobora com tal relato, pois afirma que a maioria das pessoas em situação de rua traz consigo problemas de ordem econômica ou afastamento/ausência de relações familiares, motivados por desavenças, desemprego e uso de álcool ou drogas.

A maioria dos participantes do presente estudo, totalizando 102 indivíduos (35,54%), relataram não possuir um vínculo familiar de referência, e quanto à frequência de visitas a familiares, 123 indivíduos (42,86%) afirmaram não manter esse tipo de contato. Estudos indicam que a dificuldade em estabelecer e manter relações familiares é um aspecto presente na vida das pessoas em situação de rua, sendo que muitas evitam o contato com seus familiares para impedir que testemunhem sua condição de vulnerabilidade social (Cunha *et al.*, 2017).

Violência familiar e uso de drogas representam os fatores que contribuem para o surgimento de conflitos familiares, e ao longo do tempo, ocorre a ruptura das relações. Isto representa o principal desafio para a reinserção no ambiente familiar, pois o resgate dos vínculos é o objetivo central dos atendimentos oferecidos pelos equipamentos públicos da assistência social, mas é necessária a articulação por meio de ações comunitárias e intersetoriais para promover a reinserção familiar e social. Naqueles casos em que a reinserção familiar não será efetivada em virtude de sucessivos conflitos, é necessária uma ação conjunta para que a pessoa em situação de rua construa um projeto de vida, inicie a inserção no mercado de trabalho e desenvolva a emancipação.

A análise do local de nascimento e da nacionalidade dos indivíduos em situação de rua no município de Governador Valadares revela características territoriais relevantes. A predominância de nascimentos no estado de Minas Gerais, representando 74,21% da amostra, com destaque para Governador Valadares (108 nascimentos), evidencia uma forte concentração

local. Esse dado sugere que grande parte dessa população em situação de vulnerabilidade está vinculada ao próprio território, o que reforça a importância de compreender dinâmicas sociais, econômicas e culturais locais no planejamento de políticas públicas. Essa constatação vai ao encontro do que afirmam Costa e Richetti (2011), ao apontarem que a maioria das pessoas em situação de rua é oriunda da própria cidade ou região, carregando trajetórias marcadas por desemprego, trabalhos instáveis e sentimentos de fracasso e impotência. Segundo os autores, esse fenômeno é intensificado pelo processo de globalização, que aprofunda as desigualdades e a exclusão social, tornando ainda mais difícil a permanência dos sujeitos nos circuitos formais da economia e da cidadania. Além disso, a baixa representatividade de indivíduos nascidos fora do Brasil (apenas 0,7%) e a predominância de brasileiros (98,61%) refletem uma homogeneidade nacional dentro desse grupo. Essa característica aponta para desafios que não estão diretamente relacionados à imigração, mas sim às desigualdades regionais e às condições de vida locais.

Os dados do “Diagnóstico com base nos dados e informações disponíveis em registros administrativos e sistemas do Governo Federal” apontam que os dez municípios com maior número de pessoas em situação de rua concentram juntos quase 48% dessa população no Brasil, sendo os destaques: São Paulo, Rio de Janeiro, Belo Horizonte, Brasília, Salvador, Fortaleza, Curitiba, Porto Alegre, Campinas e Florianópolis. Esses resultados corroboram com os achados do presente estudo, que também identificou São Paulo, Rio de Janeiro, Belo Horizonte, Brasília e Fortaleza como locais de origem predominantes entre os indivíduos em situação de rua analisados. Essa convergência reforça a centralidade desses grandes centros urbanos no contexto da vulnerabilidade social, possivelmente devido à oferta de serviços, oportunidades de sobrevivência e a concentração de desigualdades socioeconômicas que os tornam polos de atração e exclusão social (Reis; Vêras, 2024).

Em relação à distribuição da raça/cor, a análise dos dados revelou um predomínio de pessoas que se declararam parda, com 51,57% de prevalência, seguida de pessoas que se auto declararam pretas, totalizando 26,48%; a população branca representou apenas 13,94% dos registros. Esses dados demonstram um cenário racial que não apenas confirma a hiper-representatividade de negros somando pretos e pardos nesse contexto, mas também acompanha os achados em torno da vulnerabilidade social e da desigualdade racial encontrados no Brasil.

Mendes, Ronzani e Paiva (2019), revelam, em sua revisão sistemática, que o racismo institucionalizado é um dentre os diversos determinantes sociais que afetam de forma negativa a vida dessas populações, estando diretamente associado à negação ao acesso a direitos fundamentais, como a saúde, moradia e educação. A conexão entre a situação de rua e a

discriminação racial no Brasil é multissecular (Natalino, 2024). Esses fatores reforçam a importância de políticas públicas não só para combater a situação de rua, mas também as condições estruturais que sustentam a exclusão social contínua de grupos marginalizados ao longo do tempo.

A análise dos dados sobre a população em situação de rua revela um predomínio acentuado de indivíduos do sexo masculino, com 74,22% da amostra composta por homens. Essa realidade é corroborada por estudos que indicam uma tendência similar em diversas pesquisas sobre o tema, e estão em consonância com o perfil nacional dessa população, que é majoritariamente composta por homens, evidenciando uma masculinização dessa população vulnerável (Schuck; Gesser; Beiras, 2020).

Abreu *et al.* (2024) abordam que o masculino é sinônimo de força e de agressão, e se torna referência para sobrevivência em um cenário de desigualdade social. A predominância de adultos jovens e maduros entre os participantes deste estudo corrobora achados de pesquisas anteriores. Esmeraldo Filho *et al.* (2021) identificaram, em sua revisão sistemática sobre pessoas em situação de rua, que a maioria dos estudos aponta para uma concentração dessa população na faixa etária de 25 a 44 anos, com predominância do sexo masculino e baixa escolaridade.

No presente estudo, a análise das idades revelou que 49,5% dos participantes se concentravam na faixa etária de adultos jovens (30 a 44 anos), evidenciando que a maior parte da população em situação de rua é composta por indivíduos em idade economicamente ativa. Esses dados sugerem que a situação de rua afeta significativamente indivíduos que ainda possuem potencial produtivo, o que reforça a necessidade urgente de políticas públicas que promovam a reinserção social e laboral desse grupo. A elevada presença de adultos em idade produtiva em situação de rua também aponta para a importância de estratégias públicas que articulem ações de assistência social, saúde mental, capacitação profissional e geração de emprego e renda, a fim de viabilizar a superação dessa condição e o retorno à plena participação social e econômica.

Os dados apresentados evidenciam uma lacuna significativa na documentação da identidade de gênero e orientação sexual nos prontuários de pessoas em situação de rua, com 62,02% e 23,69% dos registros sem essas informações, respectivamente. Essa ausência pode ser atribuída ao preconceito e à discriminação enfrentados por indivíduos LGBTQIA+.

Estudos indicam que o preconceito relacionado à orientação sexual e identidade de gênero pode levar ao rompimento de vínculos familiares, resultando em situação de rua para pessoas LGBTQIA+. Campos, Cardoso e Moretti-Pires (2019) analisou as experiências de

pessoas LGBTQIA+ em situação de rua em Florianópolis- SC, e identificou que as identidades de gênero e orientações sexuais têm impacto significativo sobre as vivências dessas pessoas, sendo um motivo importante na quebra de vínculo familiar e ida para a rua .

Segundo Machado (2015) discutir população de rua Lgbt é desafiador, por ser uma discussão recente, porém possui os mesmos desafios que uma outra pessoa em situação de risco social, valendo ressaltar que alguns destes desafios estão ligados ao fato de pertencerem ao grupo de orientação sexual e/ou identidade de gênero diferentes do que se espera socialmente. Vale lembrar que é um grupo onde recentemente passou a ter a devida importância no contexto das políticas públicas. No entanto, é importante reconhecer que, embora em menor número, há indivíduos em situação de rua que possuem níveis mais elevados de escolaridade, incluindo o Ensino Médio completo (18,47%) e até mesmo Ensino Superior (2,09%). Esse dado sugere que a situação de rua não está exclusivamente associada à baixa escolaridade, mas também a outros fatores, como desemprego, conflitos familiares e uso de substâncias psicoativas.

O Observatório Brasileiro de Políticas Públicas com a População em Situação de Rua (POLOS-UFG, 2023), apresenta dados relevantes sobre esse aspecto, indicando que embora a maioria das pessoas em situação de rua tenha níveis de escolaridade mais baixos, uma parcela significativa possui Ensino Médio completo, e uma pequena porcentagem alcançou o Ensino Superior. Isso reflete a complexidade do fenômeno da população em situação de rua, que não está restrito apenas à falta de escolaridade, mas envolve múltiplos fatores sociais, econômicos e pessoais.

A análise das ocupações entre indivíduos em situação de rua demonstra uma ampla diversidade de trajetórias profissionais. Observa-se uma predominância de trabalhadores informais e independentes, seguidos por profissionais de serviços gerais e auxiliares, além de significativa presença de trabalhadores da construção civil. Esse panorama reforça a constatação de Büll (2010) de que, para essa população, o trabalho tem um papel central na construção da identidade, sendo frequentemente associado à honestidade e à inclusão social, mais do que à acumulação de bens. No entanto, conforme Carvalho (2015), a vulnerabilidade social limita a capacidade dessas pessoas de reivindicarem direitos trabalhistas, levando-as a aceitar qualquer tipo de ocupação disponível.

Langa (2012) destaca que a inserção precoce no trabalho informal ou ilegal faz parte da trajetória de vida dessas pessoas, mesmo antes da experiência de rua. Diante desse cenário, Farias (2007) resalta a importância de políticas públicas voltadas à geração de renda e inserção produtiva, promovendo oportunidades de trabalho que garantam maior dignidade e autonomia a essa população.

A análise dos hábitos relacionados ao uso de substâncias químicas entre os participantes do estudo revelou uma alta prevalência de consumo. O tabaco apresentou a maior taxa de consumo entre as substâncias avaliadas, sendo utilizado por 195 indivíduos (67,94%), seguido do álcool que foi consumido por 188 indivíduos (65,51%), e uso de outras drogas também foi expressivo, com 163 participantes (56,79%) relatando consumo. Esses dados evidenciam a forte presença do uso de substâncias psicoativas entre a população em situação de rua de Governador Valadares-MG, fator que pode estar relacionado às condições de vulnerabilidade social e emocional enfrentadas por esse grupo. Essas drogas lícitas e ilícitas podem assumir tanto um papel consolador perante a realidade do indivíduo, quanto um papel causador dessa mesma realidade (Sicari; Zanella, 2018).

A dificuldade de acesso a uma alimentação adequada é uma das principais vulnerabilidades enfrentadas pelas pessoas em situação de rua, comprometendo sua saúde e qualidade de vida (Cerdeira *et al.*, 2024). A Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948) reconhece a alimentação e o acesso à água potável como direitos fundamentais para garantir um padrão de vida digno (ONU, 1948). No entanto, os dados do presente estudo evidenciam a precariedade alimentar dessa população. Quanto à frequência alimentar, apenas 122 (42,51%) consomem de duas, três, ou mais de três refeições diárias. No entanto, um número significativo de 152 participantes (52,96%) não forneceu essa informação, possivelmente refletindo a irregularidade das refeições ou a incerteza quanto ao acesso a alimentos. Além disso, a origem da alimentação reforça a dependência de doações, pois a maioria dos que informaram obtêm comida por meio de doações populares (14,77%) e de grupos religiosos (11,93%). O acesso a estabelecimentos como Restaurantes Populares (4,26%) e restaurantes comerciais (3,69%) foi limitado, indicando a restrição financeira como mais um fator de vulnerabilidade.

O uso abusivo de álcool e outras drogas pode causar mudanças nos hábitos alimentares, além de contribuir para a negligência alimentar devido à dificuldade em enfrentar problemas sociais (Feldman *et al.*, 2021). Esses achados demonstram a necessidade de políticas públicas voltadas à segurança alimentar dessa população, promovendo estratégias que garantam o acesso contínuo e adequado à alimentação, reduzindo os impactos da fome e da desnutrição em um grupo já extremamente marginalizado.

A higiene pessoal é um aspecto fundamental para a dignidade e a qualidade de vida, mas, para a população em situação de rua, sua manutenção muitas vezes se torna um desafio, impactando diretamente na discriminação social e no acesso a direitos básicos, como saúde e trabalho. No presente estudo, 140 indivíduos (48,79%) relataram ter acesso à higiene pessoal, enquanto 42 (14,63%) indicaram não possuir esse acesso, e 105 participantes (36,59%) não

forneceu informações, possivelmente refletindo a instabilidade ou a intermitência desse cuidado. Esses dados demonstram que, embora uma parcela significativa da população consiga manter alguma rotina de higiene, ainda há um contingente relevante que enfrenta dificuldades nesse aspecto.

A dificuldade de acesso a locais para a realização da higiene pessoal acarreta diversos prejuízos para a saúde, como infestações de piolhos, doenças na pele, dificuldades para tratar feridas, dentre outros (Brasil, 2012a). De acordo com o Conselho Nacional do Ministério Público (CNMP, 2015) a precariedade no acesso a banheiros públicos, chuveiros e produtos de higiene reforça a marginalização dessa população, uma vez que a aparência pessoal e a higiene são fatores que influenciam diretamente tanto na percepção social quanto na viabilidade de reinserção no mercado de trabalho e no acesso a políticas públicas.

Reis e Rizzotti (2013) relatam que discriminação contra o corpo que sofre as consequências da vivência na rua é uma reação contra uma aparência não idealizada. De acordo com o Conselho Nacional do Ministério Público (2015) a apresentação pessoal e a higiene corporal estão entre os fatores que geram discriminação, dificultando o acesso às políticas públicas e limitando as oportunidades de saída das ruas, como a reinserção no mercado de trabalho. Assim, a ampliação de estruturas e políticas voltadas à higiene pessoal para pessoas em situação de rua torna-se uma necessidade urgente para reduzir os impactos da exclusão social e garantir condições mínimas de dignidade e reinserção social.

Os dados do presente estudo indicam a presença significativa de doenças infecciosas e parasitárias entre a população em situação de rua, destacando-se a sífilis (28 casos), HIV (5 casos) e tuberculose (4 casos), além de outras infecções como ISTs (4 casos), COVID-19, pneumonia e gastroenterite. Esses achados corroboram estudos prévios que apontam a alta prevalência de tuberculose (Adorno, 2011), e infecções sexualmente transmissíveis, incluindo HIV, sífilis e hepatites, entre essa população (Brito *et al.*, 2007).

Figueroa-Munoz e Ramon-Pardo (2008) relatam que a situação de rua representa um aumento de risco para a incidência da tuberculose, e também um aumento dos desfechos negativos da doença. A vulnerabilidade social e a precariedade das condições de vida, como a falta de acesso a serviços de saúde, higiene e alimentação adequada, contribuem diretamente para a disseminação dessas doenças. Além disso, a dificuldade de adesão a tratamentos prolongados, especialmente em casos de HIV e tuberculose, agrava ainda mais o quadro de saúde dessas pessoas, reforçando a necessidade de estratégias de intervenção que considerem as especificidades desse grupo e ampliem o acesso ao cuidado integral.

A presença de pessoas com deficiência em situação de rua evidencia a interseção entre vulnerabilidades sociais e barreiras estruturais que dificultam ainda mais a garantia de direitos e o acesso a condições dignas de vida. No presente estudo, 71 indivíduos (24,74%) relataram alguma deficiência, sendo a maioria delas de natureza física (42,25%), seguida por deficiência intelectual/cognitiva (22,54%) e visual (18,31%). Esses dados reforçam a discussão de Costa (2005) sobre as dificuldades adicionais enfrentadas por essa população, que, além das limitações impostas pela deficiência, precisam lidar com a falta de acessibilidade nos espaços públicos e com a ausência de políticas públicas eficazes que assegurem suporte adequado, e que certamente, a necessidade de viver nas ruas faz com que sejam criadas alternativas de sobrevivência e de transformação da realidade que se apresenta a cada dia.

A precariedade da vida nas ruas agrava as limitações funcionais dessas pessoas, dificultando sua mobilidade, seu acesso a serviços de saúde e assistência social, e ampliando seu estado de vulnerabilidade. Esses achados evidenciam a necessidade urgente de estratégias intersetoriais que promovam a inclusão, a acessibilidade e o atendimento específico para pessoas com deficiência em situação de rua, garantindo-lhes o direito a uma vida digna e ao suporte necessário para sua autonomia e bem-estar.

Os dados dos prontuários referentes à saúde mental da população atendida revela um quadro de vulnerabilidade psicológica significativo, sendo que 64 (22,30%) dos indivíduos já passaram por tratamento com psiquiatria ou tiveram internação por problema de saúde mental, e 32 (9,91%) relataram condições de saúde relacionadas à doenças do sistema nervoso e transtornos mentais, como ansiedade, depressão, esquizofrenia.

Patrício *et al.* (2019) destacam que a maioria das pessoas em situação de rua apresenta algum nível de fragilidade psicológica, frequentemente manifestada por sintomas como ansiedade, depressão e desesperança. Esses aspectos estão diretamente ligados ao contexto de extrema vulnerabilidade em que essa população se encontra, marcado por fatores como abuso de substâncias, violência, conflitos familiares, abuso sexual, isolamento social e falta de oportunidades.

Foi identificado no presente estudo, que 204 indivíduos (71,08%), não passaram por nenhuma internação nos últimos 12 meses. Esse dado pode estar relacionado não apenas à falta de acesso aos serviços de saúde, mas também às barreiras institucionais que dificultam o atendimento dessa população (Grangeiro *et al.*, 2012). A exigência da presença de familiares ou responsáveis por parte de hospitais e pronto-socorros é um exemplo de obstáculo que frequentemente impede que pessoas em situação de rua recebam o cuidado necessário (Hallais; Barros, 2015). Essa prática, além de burocratizar o acesso à saúde, reforça a exclusão social e

institucional a que essa população já está exposta (Silva; Frazão; Linhares, 2014; Lisboa, 2013). Tais fatos evidenciam a necessidade de políticas públicas mais inclusivas e adaptadas às especificidades desse grupo.

A alta prevalência de doenças crônicas, especialmente cardiovasculares, entre a população em situação de rua reflete não apenas a falta de acesso a cuidados preventivos e tratamentos adequados, mas também a presença de múltiplos fatores de risco que agravam essas condições. De acordo com os dados coletados, 18,47% dos participantes apresentam hipertensão arterial, a condição crônica mais prevalente entre os entrevistados, corroborando com estudos anteriores que destacam a hipertensão como uma das principais doenças cardiovasculares dessa população (Brasil, 2013). Além disso, o uso de substâncias psicoativas, como álcool e tabaco, figura como um importante fator de risco, contribuindo para o desenvolvimento e agravamento dessas condições (Brasil, 2013).

A prevalência de diabetes (5,57%) e doenças cardíacas (3,14%) também foi observada, ainda que em menor proporção. A escassez de acesso a cuidados médicos e a precariedade das condições de vida contribuem para o agravamento dessas doenças, muitas vezes resultando em complicações graves e até fatais. Em comparação com a população geral, os adultos em situação de rua morrem mais em decorrência de doenças crônicas (OPAS, 2017). Portanto, a promoção de políticas públicas que garantam o acesso universal e contínuo a serviços de saúde, além de ações educativas e preventivas, são essenciais para mitigar os impactos dessas doenças crônicas e melhorar a qualidade de vida dessa população vulnerável.

A garantia de acesso aos serviços públicos, incluindo os serviços de saúde, compõem uma das diretrizes importantes para atender às necessidades específicas das pessoas em situação de rua. Diante disso, é necessário refletir que apesar de a saúde ter sido instituída como direito universal pela Constituição Federal em 1988, o acesso ao SUS pelas populações mais vulneráveis, com adequação dos serviços e ações existentes, ainda deve ser visto com um olhar mais atento, na perspectiva da promoção da equidade.

A análise dos dados coletados revela a complexidade das relações entre os indivíduos e os territórios que habitam, evidenciando como a identidade territorial é construída a partir de múltiplas experiências e significados atribuídos ao espaço. Segundo Haesbaert (1999), a identidade territorial é uma identidade social definida pela apropriação simbólica e concreta de um território, constituída pelos processos de identificação social. Essa perspectiva é fundamental para compreender as narrativas dos participantes, que expressam sentimentos de pertencimento, resistência e adaptação em relação aos seus territórios. Entrevistado 1 aponta a apropriação do território como uma consequência da dependência: *“Eu arrumei meu emprego,*

ganhei o bolsa moradia [...] mas aí tive uma recaída [...] não consigo sair da rua.” Já o Entrevistado 3 confessa: *“Apesar de não ser bom, eu sabia que não era boa aquela vida, mas era confortável. Era o que eu tinha. Pra mim, viver da forma como eu queria, era aquilo.”* A permanência na rua, ainda que marcada por sofrimentos, vai se tornando uma forma de habitar e se identificar com o território. Para o Entrevistado 6, essa ligação é construída a partir da exclusão familiar: *“Depois que meu pai morreu, fui morar com a madrastra, que batia na gente [...] não aguentei e fui pra rua.”* Nessa mesma linha, o Entrevistado 7 afirma: *“Eu perdi minha filha... aí minha vida acabou. [...] Eu queria sair da rua, mas não procurava, eu mesmo não procurava eles pra nada.”* O território da rua se configura, assim, como um lugar ambíguo, ao mesmo tempo refúgio e prisão, onde os sujeitos constroem significados a partir da dor, da resistência e da resignação. Por fim, o Entrevistado 9 sintetiza: *“A maneira de viver e ficar na rua é uma coisa que faz você pensar apenas em uma coisa: se drogar e se dopar, para que aquele dia passe”* (Entrevistado 9).

Os depoimentos dos participantes refletem a dinâmica da multiterritorialidade, conceito discutido por Haesbaert (2004), que destaca a coexistência de múltiplos territórios na vida dos indivíduos. Por exemplo, Entrevistado 6:

“A primeira palavra que vem na minha mente é que eu fui morar na rua depois de perdi meu pai, porque não tinha mais lugar para ir aí eu pensei passar morar na rua, e fiquei na casa de um casa de outro mas nao dava certo aí eu fiquei morando debaixo de ponte, aí eu saí quando eu ficava em porta de loja, dormia dentro de caixa de papelão, ficava pedindo dali pra cá de um lado pro outro, tacavam fogo dentro papelão e saia correndo, já queimei pé e isso não é bom não, se. tivesse uma casa para eu ficar tranquilo, mas não tenho e tenho que ficar na rua.” (Entrevistado 6).

Essa fala evidencia como o território da rua, mesmo permeado por privações e violência, se constitui como espaço vivido e relacional, adquirindo sentido na ausência de outras alternativas de pertencimento. Assim, a experiência cotidiana nas ruas gera formas particulares de vinculação espacial que transcendem as fronteiras físicas, revelando a sobreposição de territorialidades na trajetória de vida dessas pessoas.

A compreensão da identidade territorial também é enriquecida pelas narrativas dos próprios sujeitos em situação de rua, que revelam como o pertencimento a determinados espaços está intrinsecamente ligado às vivências, afetos e relações sociais historicamente construídas. As falas dos entrevistados nesta pesquisa evidenciam como o território da rua, ainda que marcado pelo sofrimento, torna-se um espaço de referência existencial e de

identidade. Entrevistado 1, por exemplo, compartilha: *"Eu abandonei várias empresas para morar na rua, por causa do crack [...]. Aí eu tinha incentivo, mas o crack me roubou tudo. Tudo, tudo, tudo. Eu usando isso, essa porcaria eu não sou nada, sabe? Nem me adianta fazer plano porque ele me rouba tudo, e não consigo sair da rua."* Já Entrevistado 8 reflete sobre a forma como o espaço urbano molda: *"A rua te forja de uma certa forma, porque a característica mais forte que você precisa ter na rua é mostrar desprezo, mostrar que é ruim [...]. Quanto mais não humano, melhor pra você continuar na rua e sobreviver."*

Essas vivências, carregadas de significados, dores e estratégias de sobrevivência, contribuem para uma leitura da territorialidade que ultrapassa a dimensão física e passa a incorporar elementos simbólicos e afetivos. Assim como o estudo de Oliveira (2023), que analisa o pertencimento de Paraguiaios em Dourados-MS, observando que o território da rua, mesmo em sua dureza, constitui-se como lugar de identidade, ainda que marcada pela exclusão.

As falas dos entrevistados 1 e 2 revelam um processo de destituição progressiva da dignidade humana, marcado pela exclusão, pela dor emocional e pela busca desesperada de alívio através do uso de substâncias. Como é o caso do Entrevistado 2 que relata:

"Tipo assim, eu já fui chutado em calçada, já me chamaram de lixo, sabe, lixo humano, umas coisas que vai machucando muita pessoa e a pessoa, cara, aí ela acaba indo para o álcool, para a droga, para aliviar um pouco a dor, sabe, mas aí acaba ficando na rua, porque não tem força pra sair" (Entrevistado 2).

Essa vivência de rejeição e sofrimento ecoa fortemente no poema *O Bicho*, de Manuel Bandeira (1947), que retrata a cena impactante de um homem catando comida entre os detritos, confundido com um animal por sua condição extrema de vulnerabilidade: *"O bicho, meu Deus, era um homem."* A figura poética se entrelaça à realidade do entrevistado 1, que narra estar *"catando lixo, no bairro de Lourdes, em Belo Horizonte"*, sob o efeito do crack, tendo deixado empregos e vínculos para mergulhar em uma existência marginalizada. Tanto na poesia quanto no relato, percebe-se o processo de desterritorialização simbólica e afetiva, em que o sujeito perde seu lugar social e sua identidade é dissolvida em meio ao estigma e à indiferença. No entanto, ao verbalizar sua dor, o entrevistado também afirma sua humanidade, rompendo com a lógica que o reduz a um "lixo humano" e mostrando que, por trás da degradação, há uma história, afetos e uma subjetividade ferida, mas ainda pulsante.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo teve como objetivo geral analisar os fatores que contribuem para a permanência de pessoas em situação de rua com dependência química no município de Governador Valadares-MG, considerando seus aspectos de saúde, sociais e territoriais. A pesquisa revelou que a permanência nas ruas não é resultado apenas da ausência de moradia ou de uma escolha individual, mas sim de um conjunto complexo de fatores interligados, como a fragilidade das redes de apoio, o uso contínuo de substâncias psicoativas, a dificuldade de reinserção social e a criação de novas territorialidades que produzem um senso de pertencimento à rua. A abordagem teórica sustentada por autores como Milton Santos e Haesbaert foi essencial para compreender a rua como espaço social de resistência e identidade, evidenciando que as dinâmicas territoriais influenciam diretamente as trajetórias de vida dessas pessoas.

No que se refere ao primeiro objetivo específico, sobre a caracterização do estado de saúde da população em situação de rua de Governador Valadares-MG, os dados revelaram um panorama de profundo adoecimento físico e mental. As informações coletadas nos prontuários do Consultório na Rua apontam para uma alta incidência de doenças crônicas, transtornos psiquiátricos e agravos relacionados à precariedade das condições de vulnerabilidade e exclusão social, como infecções de pele e doenças respiratórias, que exigem acompanhamento contínuo, o que aponta para a complexidade das demandas em saúde enfrentadas por essa população.

O recorte adotado não permitiu avaliar diretamente a adesão aos tratamentos, mas os dados indicam que o cuidado prestado pelo Consultório na Rua representa uma estratégia importante de acesso à saúde, ainda que limitada diante das necessidades apresentadas. A análise desse conjunto reforça a importância de políticas públicas que considerem os determinantes sociais do processo saúde-doença, e de práticas de cuidado territorializadas que respeitem as especificidades de quem vive nas ruas. Nesse sentido, compreender a saúde dessa população exige ir além do modelo biomédico tradicional e reconhecer os vínculos entre o adoecimento e as condições de vida no território urbano.

Em relação ao segundo objetivo específico, sobre a caracterizar as questões ligadas ao uso abusivo de álcool e outras drogas da população em situação de rua de Governador Valadares-MG, os dados evidenciaram que o consumo de substâncias psicoativas é um aspecto central na vida das pessoas em situação de rua, tanto nos registros documentais quanto nos relatos dos entrevistados. O uso de álcool, crack, maconha e outras drogas aparece como elemento presente nas trajetórias, muitas vezes anterior à vivência nas ruas, mas também

intensificado por ela. As substâncias, segundo os relatos, são utilizadas como forma de suportar a dor emocional, o abandono, a fome, o frio e a solidão. Em diversos discursos, o uso é descrito como um “refúgio”, um “alívio” ou mesmo um “companheiro” no cotidiano hostil da rua. A dependência química, nesse contexto, não pode ser compreendida apenas como um problema de saúde individual, mas como um fenômeno multifatorial, relacionado a processos de exclusão social, ruptura de vínculos e ausência de políticas públicas eficazes. A análise reforça que o consumo de drogas está intrinsecamente ligado às condições de vida nas ruas, não apenas como causa, mas também como consequência da permanência nessa condição.

No que se refere ao terceiro objetivo específico, em caracterizar os aspectos sociodemográficos da população em situação de rua de Governador Valadares-MG, os dados analisados a partir dos prontuários do Consultório na Rua indicam um perfil predominante de homens adultos, com baixa escolaridade e histórico de vínculos familiares fragilizados. A maioria dos sujeitos é natural de Governador Valadares ou de municípios próximos, embora também tenha sido identificada uma parcela oriunda de outras localidades, evidenciando certa mobilidade territorial.

A inserção no mercado de trabalho formal é praticamente inexistente entre os atendidos, sendo comum a realização de atividades informais como estratégia de subsistência. Esses elementos apontam para um contexto de vulnerabilidade social crônica, agravada por múltiplas privações materiais e simbólicas, que afetam diretamente as possibilidades de acesso a direitos fundamentais e de reintegração social. A caracterização sociodemográfica dessa população é fundamental para o planejamento de políticas públicas mais sensíveis à realidade local, considerando as particularidades do território e do público atendido.

No que se refere ao quarto objetivo específico, detectar o vínculo social (pertencimento) e as perspectivas de acesso à atenção à saúde, os relatos dos participantes revelaram que, apesar da ruptura ou fragilidade dos vínculos familiares, novos laços afetivos e de solidariedade são construídos no cotidiano da rua. Esses vínculos entre pares tornam-se fundamentais para a sobrevivência, gerando um sentimento de pertencimento ao grupo e ao território ocupado.

A rua, nesse contexto, deixa de ser apenas um espaço de passagem ou exclusão, sendo ressignificada como um território de convivência e identidade. Em relação ao acesso à saúde, os entrevistados relataram que buscam atendimento nos serviços públicos disponíveis, demonstrando uma movimentação ativa diante das suas necessidades, embora não tenham aprofundado avaliações sobre esses serviços. Esses achados apontam para a importância do vínculo social na experiência de estar na rua e para a relevância da existência de pontos de

atenção acessíveis, mesmo que ainda pouco explorados nos discursos quanto à sua qualidade ou efetividade.

Além disso, a pesquisa revela que a vivência nas ruas impõe uma adaptação constante, exigindo a adoção de estratégias de sobrevivência que, muitas vezes, reforçam o ciclo de marginalização. Sendo assim, os resultados deste estudo sublinham a necessidade urgente de intervenções integradas que abordem não apenas os sintomas, mas também as causas subjacentes da situação de rua. Os relatos dos entrevistados evidenciam a urgência de políticas públicas que atendam não apenas às necessidades básicas, mas também aos aspectos emocionais, sociais e de saúde mental dessa população. É imperativo que as políticas públicas sejam reformuladas para promover a reintegração social por meio de abordagens mais humanas e integradas, que considerem a singularidade de cada indivíduo e suas experiências de vida.

Entende-se que a transformação dessa realidade exige uma abordagem holística e compassiva, que reconheça a dignidade e os direitos de cada pessoa, trabalhando sobremaneira para quebrar o ciclo de vulnerabilidade e estigmatização. Somente assim poderemos construir uma sociedade mais justa e inclusiva, onde todos tenham a oportunidade de uma vida digna e plena. Em última análise, este estudo reforça a importância de uma abordagem multidisciplinar e intersetorial para enfrentar o problema da população em situação de rua, envolvendo ações coordenadas nas áreas da saúde, assistência social, educação, habitação e segurança pública. Somente assim será possível garantir a dignidade e promover a reintegração social desses indivíduos, construindo uma sociedade mais justa e humana.

As temáticas da saúde, da dependência química, da territorialidade e da exclusão social se articulam entre si na explicação da permanência nas ruas. A rua é ao mesmo tempo espaço de marginalização e lugar de construção de sentidos e de resistência. A análise à luz dos conceitos de desterritorialização e reterritorialização permitiu reconhecer que, mesmo nas margens, esses sujeitos produzem vínculos e pertencimentos, ainda que frágeis e instáveis. Assim, não basta olhar a situação de rua apenas como ausência de teto: é preciso enxergar os territórios que ali se constroem e os sentidos que neles se inscrevem.

Esta pesquisa, embora tenha alcançado os objetivos propostos e contribuído para a ampliação do conhecimento sobre a população em situação de rua com dependência química em Governador Valadares-MG, apresenta algumas limitações que precisam ser consideradas. Primeiramente, o recorte territorial e populacional adotado restringe os resultados ao contexto local, dificultando a generalização das conclusões para outras regiões ou realidades distintas.

Entre as limitações da pesquisa, destaca-se ainda a restrição da amostra aos usuários acolhidos pela Cristolândia-GV, o que limita a diversidade de experiências e contextos vividos

por outras pessoas em situação de rua no município. A ausência de mulheres na amostra qualitativa também representa uma lacuna, considerando que a vivência feminina na rua possui características e vulnerabilidades específicas. Além disso, a coleta de dados concentrou-se em dois serviços (Cristolândia e Consultório na Rua), o que pode não abranger a totalidade das dinâmicas territoriais e assistenciais da cidade, impondo limites à extrapolação dos achados.

Outra limitação refere-se ao número de participantes na etapa qualitativa da pesquisa. Foram realizadas entrevistas com 14 acolhidos, o que, embora tenha possibilitado a identificação de aspectos relevantes sobre a permanência nas ruas, não permite afirmar que suas experiências representem a totalidade da diversidade existente entre as pessoas em situação de rua da cidade. A utilização de dados secundários provenientes de prontuários do Consultório na Rua também se configura como um fator limitante, na medida em que a qualidade e a completude dos registros podem variar conforme a prática dos profissionais de saúde, influenciando a consistência das informações analisadas. Também se deve considerar que a pesquisa adotou um desenho transversal, captando as condições e percepções dos participantes em um único momento, sem possibilitar o acompanhamento de mudanças ao longo do tempo.

Reconhecer essas limitações, no entanto, não diminui a relevância dos achados, já que este estudo contribui ao identificar as dinâmicas de multiterritorialidade e resistência como dimensões centrais ainda pouco exploradas em estudos locais sobre população em situação de rua, sendo assim, reforça a necessidade de aprofundamento em pesquisas futuras, que contemplem metodologias longitudinalmente orientadas, ampliação do número de participantes e diversidade de instituições envolvidas, para oferecer uma compreensão ainda mais abrangente da complexa realidade vivida pelas pessoas em situação de rua.

Como desdobramento, recomenda-se ampliar o recorte populacional, incluindo diferentes perfis e instituições, bem como aprofundar investigações sobre as experiências das mulheres, crianças, idosos e pessoas LGBTQIA+ em situação de rua. Além disso, investigar o papel das políticas habitacionais, a eficácia da rede intersetorial e as experiências de reterritorialização poderá contribuir significativamente para a construção de novos caminhos de intervenção e inclusão social.

REFERÊNCIAS

- ABREU, M. de *et al.* Construções de masculinidades entre pessoas moradoras de rua: uma revisão de escopo. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 33, n. 2, e220927pt, 2024. Disponível em: <https://scielosp.org/article/sausoc/2024.v33n2/e220927pt> . Acesso em: 31 de jan. 2025.
- ABRIC, J. C. (1998). A abordagem estrutural das representações sociais. *In*: MOREIRA, A. S. P.; OLIVEIRA, D. C. (Orgs.). **Estudos interdisciplinares de representação social**. Goiânia: AB, p. 27-38.
- ADORNO, R.C. F. Atenção à saúde, direitos e o diagnóstico como ameaça: políticas públicas e as populações em situação de rua. **Etnográfica.**, n.15, v. 3, p. 543-67, 2011. Disponível em: https://scielo.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0873-65612011000300007 . Acesso em: 4 fev. 2025.
- ANDRETTA, I.; OLIVEIRA, M. S. A entrevista motivacional em adolescentes usuários de droga que cometeram ato infracional. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, 24(2), 218-226. 2011. Disponível em: https://www.scielo.br/j/prc/a/36CKNXFY3hsvFQwPHWvRfBq/abstra_ct/?lang=pt. Acesso em: 4 fev. 2025.
- AYRES, J. R. C. M. Uma Concepção Hermenêutica de Saúde. **Physis: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 17(1):43-62, 2007.
- AXINN, W. G.; PEARCE, L. D. **Mixed Method Data Collection Strategies**. Cambridge: University Press, 2007.
- BANDEIRA, M. **O Bicho**. Poema. Rio de Janeiro, 27 dez. 1947.
- BARATA, R. B. *et al.* Desigualdade social em saúde dos moradores de rua na cidade de São Paulo. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 24, n. 1, p. 219-232, abr./jun. 2015. Suplemento. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/QXWC9xT4V4HKhNsQ7DP4nSw/>. Acesso em: 4 fev. 2025.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.
- BAVARESCO, T.; STEDILE, N.L.R.; FERLA, A.A. A integralidade como estratégia de acesso e valorização da sexualidade feminina em serviços de saúde. *In*: CECCIM, B.R.; STEDILE, N. R. L. (Org.). **Fronteiras-Ensino e atenção à Saúde da mulher**. Caxias do Sul, RS: Educ, 2007, 178 -248.
- BORYSOW, I. C.; ODA, W.Y.; FURTADO, P. F.; Furtado. Avaliação da implantação do Consultório na Rua: um estudo de caso. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 33, e33042, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/zqjccGk8L3RMJrJG3Vj64wJ/>. Acesso em: 10 jan. 2025.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de Atenção Integral à Saúde**. Brasília, 1990a.
- BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços

correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF, 1990b. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 16 mar. 2025.

BRASIL. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, DF, 1990b. Disponível em: https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=719008&filename=LegislacaoCitada%20PL%206507/2009. Acesso em: 16 mar. 2025.

BRASIL. Congresso Nacional. Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993. Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 1993. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8742.htm. Acesso em: 3 abr. 2025.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 1988. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 3 abr. 2025.

BRASIL. **Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, DF, 2001. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm. Acesso em: 3 abr. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST/Aids. **A política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. 2003. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pns_alcool_drogas.pdf. Acesso em: 17 fev. 2019.

BRASIL. **Lei nº 11.258, de 30 de dezembro de 2005**. Altera a Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, que dispõe sobre a organização da Assistência Social, para acrescentar o serviço de atendimento a pessoas que vivem em situação de rua. Brasília, 2005a. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2004-2006/2005/lei/111258.htm. Acesso em: 01 mar. 2019

BRASIL. Ministério da Saúde. **Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil**. Conferência Regional da Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas, Brasília, 2005b. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_a_nos_Caracas.pdf. Acesso em: 01 mar. 2025.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação. **Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua: Sumário Executivo**. Brasília: MDS/SAGI, 2008. Acesso em: <https://fpabramo.org.br/acervosocial/wp-content/uploads/sites/7/2017/08/033.pdf>. Acesso em: 24 mar. 2025.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome. **Cadastro Único – CadÚnico**. Base de dados do Governo Federal. Disponível em: <https://paineis.mds.gov.br/public/extensions/observatorio-do-cadastro-unico/index.html>. Acesso em: 11 abr. 2025.

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: Presidência da República, Casa Civil, 2009a. Disponível em https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d7053.htm Acesso em: 7 abr. 2023.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à fome. **Rua: Aprendendo a contar: Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de rua.** Brasília (DF): MDS; Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação, Secretaria Nacional de Assistência Social, 2009b. Disponível em: https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Livros/Rua_aprendendo_a_contar.pdf. Acesso em: 4 fev. 2025.

BRASIL. Resolução nº 109, de 11 de novembro de 2009. Aprova a Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais. **Diário Oficial da União.** Brasília, 2009c. Disponível em: https://www.mds.gov.br/webarquivos/public/resolucao_cnas_n109_%202009.pdf. Acesso em: 4 fev. 2025.

BRASIL. Portaria nº 1.190, de 4 de junho de 2009. Institui o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde - SUS (PEAD 2009-2010) e define suas diretrizes gerais, ações e metas. **Diário Oficial da União.** Brasília, 2009d. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1190_04_06_2009.html. Acesso em: 4 fev. 2025.

BRASIL. Portaria nº 843, de 28 de dezembro de 2010. Dispõe sobre o cofinanciamento federal, por meio do Piso Fixo de Média Complexidade – PFMC, dos serviços socioassistenciais ofertados pelos Centros de Referência Especializados de Assistência Social – CREAS e pelos Centros de Referência Especializados para População em Situação de Rua, e dá outras providências. **Diário Oficial da União.** Brasília, DF, 2010. Disponível em: <https://blog.mds.gov.br/redesuas/portaria-no-843-de-28-de-dezembro-de-2010/>. Acesso em: 27 fev. 2025.

BRASIL. Decreto nº 7.179 de 20 de maio de 2010. Institui o plano integrado de enfrentamento ao crack e outras drogas, cria o seu comitê gestor, e dá outras providências. **Diário Oficial da União.** Brasília, DF, 2010b. Disponível em: <https://legislacao.presidencia.gov.br/atos/?tipo=DEC&numero=7179&ano=2010&ato=602ETRU5EMVpWT8d6>. Acesso em: 27 fev. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.841, de 20 de setembro de 2010. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas – 24 horas - CAPS AD III. **Diário Oficial da União.** Brasília, DF, 2010c. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt2841_20_09_2010_comp.html. Acesso em: 27 fev. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.842, de 20 de setembro de 2010. prova as Normas de Funcionamento e Habilitação dos Serviços Hospitalares de Referência para a Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas - SHR-ad. **Diário Oficial da União.** Brasília, DF, 2010d. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt2842_20_09_2010_rep_comp.html#:~:text=Aprova%20as%20Normas%20de%20Funcionamento,outros%20Drogas%20%2D%20SHR%20Dad. Acesso em: 27 fev. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.843, de 20 de setembro de 2010. Cria, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - Modalidade 3 - NASF 3, com prioridade para a atenção integral para usuários de crack, álcool e outras drogas. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 2010c. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt2843_20_09_2010.html. Acesso em: 27 fev. 2025.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome – MDS. Secretaria Nacional de Renda e Cidadania e Secretaria Nacional de Assistência Social. **Orientações técnicas: Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua - Centro Pop. SUAS e População em Situação de Rua Volume 3**. Brasília: Gráfica e Editora Brasil LTDA, 2011a. Disponível em: https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/cadernos/orientacoes_centro_pop.pdf. Acesso em: 14 fev. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. 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**. Brasília, DF, 2011b. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0122_25_01_2012.html. Acesso em: 14 fev. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **VIII Chamada para Supervisão Clínico-Institucional da Rede de Atenção Psicossocial, Álcool e outras drogas**. Brasília, DF, 2011c.

BRASIL. Ministério da Saúde. 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). **Diário Oficial**. Brasília, DF, 2011d. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em: 4 fev. 2025.

BRASIL. **Decreto nº 7.637, de 8 de dezembro de 2011**. Altera o Decreto nº 7.179, de 20 de maio de 2010. Institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas. Brasília, DF, 2011e. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7637.htm#:~:text=DECRETO%20N%C2%BA%207.637%2C%20DE%208,ao%20Crack%20e%20outras%20Drogas.&text=II%20%2D%20Grupo%20Executivo.,Ministro%20de%20Estado%20da%20Justi%C3%A7a. Acesso em: 4 fev. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual sobre o cuidado à saúde junto à população em situação de rua**. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2012a. Disponível em: <https://cetadobserva.ufba.br/sites/cetadobserva.ufba.br/files/539.pdf>. Acesso em: 4 fev. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 121 de 25 de janeiro de 2012. Institui a Unidade de Acolhimento para pessoas com necessidades decorrentes do uso de Crack, Álcool e Outras Drogas (Unidade de Acolhimento), no componente de atenção residencial de caráter transitório da Rede de Atenção Psicossocial. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 2012c. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0121_25_01_2012.html. Acesso em: 4 fev. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 123, de 25 de janeiro de 2012. Define os critérios de cálculo do número máximo de equipes de Consultório na Rua (eCR) por Município. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 2012c. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0123_25_01_2012.html#:~:text=Defin

[e%20os%20crit%C3%A9rios%20de%20c%C3%A1lculo,Rua%20\(eCR\)%20por%20Munic%C3%ADpio](#). Acesso em: 4 fev. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 130, de 26 de janeiro de 2012. Redefine o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas 24 h (CAPS AD III) e os respectivos incentivos financeiros. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 2012d. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0130_26_01_2012.html. Acesso em: 4 fev. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 131, de 26 de janeiro de 2012. Institui incentivo financeiro de custeio destinado aos Estados, Municípios e ao Distrito Federal para apoio ao custeio de Serviços de Atenção em Regime Residencial, incluídas as Comunidades Terapêuticas, voltados para pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 2012e. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0131_26_01_2012.html. Acesso em: 4 fev. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 132, de 26 de janeiro de 2012. Institui incentivo financeiro de custeio para desenvolvimento do componente Reabilitação Psicossocial da Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 2012f. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0132_26_01_2012.html. Acesso em: 4 fev. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 148, de 31 de janeiro de 2012. Define as normas de funcionamento e habilitação do Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, do Componente Hospitalar da Rede de Atenção Psicossocial, e institui incentivos financeiros de investimento e de custeio. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 2012g. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0148_31_01_2012.html. Acesso em: 4 fev. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução n 466 de 12 de dezembro de 2012: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, DF, MS; 2012h. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html. Acesso em: 4 abr. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/geral/documento_norteador.pdf. Acesso em: 3 abr. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.029, de 20 de maio de 2014. Amplia o rol das categorias profissionais que podem compor as Equipes de Consultório na Rua em suas diferentes modalidades e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 2014. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1029_20_05_2014.html. Acesso em: 3 abr. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Nota Técnica conjunta sobre Diretrizes, Fluxo e Fluxograma para a atenção integral às mulheres e adolescentes em situação de rua e/ou usuárias de álcool e/ou crack/outras drogas e seus filhos recém-nascidos. Brasília: SNAS, 2016. Disponível em:

https://www.mds.gov.br/webarquivos/legislacao/bolsa_familia/nota_tecnica/nt_conjunta_01_MDS_msaude.pdf. Acesso em: 4 fev. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: http://www.brasilsus.com.br/index.php/legislacoes/gabinete_-do-_ministro/16247-portaria-n-2-436-de-21-de-setembro-de-2017. Acesso em: 3 abr. 2025.

BRASIL. Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania (MDHC). **Relatório População em situação de rua**: diagnóstico com base nos dados e informações disponíveis em registro administrativo e sistemas do Governo Federal. Brasília: MDH, 2023. Disponível em: https://www.gov.br/mdh/pt-br/navegue-por-temas/populacao-em-situacao-de-rua/publicacoes/relat_pop_rua_digital.pdf. Acesso em: 20 set. 2023.

BRITO, V.O.C. *et al.* Infecção pelo HIV, hepatites B e C e sífilis em moradores de rua, São Paulo. **Rev Saude Publica.**, n. 41, Supl. 2, p. 47-56, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/BkmTkCXfDrXZYffynzMCvTB/?lang=pt>. Acesso em: 16 mar. 2025.

BÜLL, S. **Histórias de trabalho e outras histórias no trecho**. 2010. Dissertação (mestrado). Pontifícia Universidade Católica de Campinas, SP, Brasil. Disponível em: https://repositorio.sis.puc-campinas.edu.br/bitstream/handle/123456789/15903/ccv_ppgpsico_me_Sandra_B.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: 4 fev. 2025.

CAMPOS, D. A. de; CARDOSO, H. M.; MORETTI-PIRES, R. O. Vivências de pessoas LGBT em situação de rua e as relações com a atenção e o cuidado em saúde em Florianópolis, SC. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. especial 8, p. 79-90, dez. 2019. Disponível em: https://www.scielo.br/j/sdeb/a/pYxXfpnpVkhLBSR_M6hMVSLR/?utm_source=chatgpt.com#. Acesso em: 31 de jan. 2025.

CARVALHO, G. M. **Análise psicodinâmica do trabalho da população de rua de Manaus**. 2015. Dissertação (mestrado). Universidade Federal do Amazonas, Manaus, AM, Brasil. Disponível em: <https://tede.ufam.edu.br/bitstream/tede/4637/2/Disserta%c3%a7%c3%a3o%20%20-%20Gerusa%20Menezes%20de%20Carvalho.pdf>. Acesso em: 31 de jan. 2025.

CERDA, C. M. P. de la *et al.* Acesso e qualidade da alimentação: percepção da população em situação de rua. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 37, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2024AO0002361>. Acesso em: 07 abr. 2025.

CNMP. Conselho Nacional do Ministério Público. Guia de Atuação Ministerial: defesa dos direitos das pessoas em situação de rua. [internet]. Brasília, DF: CNMP; 2015. Disponível em: https://www.cnmp.mp.br/portal/images/Publicacoes/documentos/Guia_Ministerial_CNMP_WEB_2015.pdf. Acesso em: 25 mar. 2025.

COSTA, A. P. M. População em situação de rua: contextualização e caracterização. **Revista Virtual Textos & Contextos**, n. 4, dez. 2005. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/3215/321527157003.pdf>. Acesso em: 02/02/2025.

COSTA, J. M.; RICHETTI, P. Reflexões sobre exclusão em tempos de globalização: notas sobre viver nas ruas. **Hologramatica**, n.14, v. 3, p. 3-15, 2011. Disponível em: http://www.cieniciared.com.ar/ra/usr/3/468/hologramatica_n14_v3pp3_15.pdf. Acesso em: 4 fev. 2025.

CUNHA, J.G. *et al.* Novos arranjos: lançando um olhar sobre os relacionamentos interpessoais. **Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia**, n.10, v.1, p. 95 – 108, 2017. Disponível em: https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1983-82202017000100010 . Acesso em: 4 fev. 2025.

DEGASPERI, N. **Drogas, Políticas Sociais e Serviço Social**. 2013. 219 f. Dissertação (mestrado). Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, SC, 2013. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/xmlui/bitstream/handle/123456789/123164/326705.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 23 abr. 2025.

DELIBERADOR, H. R.; VILLELA, F. S. L. Acerca do conceito de saúde. **Psic. Rev.** São Paulo, v. 19, n.2, p.225-237, 2010. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/psico/revista/article/view/6724/4862>. Acesso em: 23 abr. 2025.

FARIAS, V. C. C. **Possibilidades de inserção/reinserção produtiva dos moradores de rua do município de Porto Alegre**. 2007. Dissertação (mestrado). Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil. Disponível em: <https://repositorio.pucrs.br/dspace/bitstream/10923/5193/1/000393134-Texto%2bCompleto-0.pdf> . Acesso em: 23 abr. 2025.

FELDMAN J.V. *et al.* Eating habits and nutritional status of alcohol users admitted to a hospital unit. **Braz J Dev.**, n. 7, v. 3, p. 31273-88, 2021. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/27151/21463>. Acesso em: 4 mar. 2025.

FIGUEROA-MUNOZ, J. L.; RAMON-PARDO, P. Tuberculosis control in vulnerable groups. **Bull World Health Organ.**, n.86, v. 9, p. 733-735, 2008. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC2649499/>. Acesso em: 24 mar. 2025.

FILHO, C. E. E. *et al.* Pessoas em situação de rua: uma revisão sistemática da produção científica no Brasil. **Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia**, v. 14, n. spe, p. 1–22, 2021. Acesso em : <https://pepsic.bvsalud.org/pdf/gerais/v14nspe/04.pdf>. Acesso em: 24 mar. 2025.

FLORES, M. *et al.* Ocupación e identidade social en personas em situación de calle de la calle de punta arenas. **Revista Chilena de Terapia Ocupacional**, n. 5, v. 2, p. 1-16, 2015. Disponível em: <https://revistaterapiaocupacional.uchile.cl/index.php/RTO/article/view/38159/39817> Acesso em: 31 de jan. 2025.

GRANGEIRO, A *et al.* Prevalência e vulnerabilidade à infecção pelo HIV de moradores de rua em São Paulo, SP. **Revista de Saúde Pública**, n.46, v. 4, p. 674-684, 2012. Disponível em : https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/rsp/v46n4/4111.pdf. Acesso em: 30 jan. 2025.

GUALDA, D.M.R; BERGAMASCO, R.B. **Enfermagem, cultura e o processo saúde doença**. São Paulo: Ícone, 2004.

GUALDA, D.M. R *et al.* O corpo e a saúde da mulher. **Rev Esc Enferm USP**, n.43, Esp. 2, p.1320-5, 2009.

HAESBAERT, R. Região, Diversidade Territorial e Globalização. **GEOgraphia**, n. 1, Niterói: Programa de Pós-Graduação em Geografia, 1999. Disponível em: [file:///C:/Users/nanat/OneDrive/%C3%81rea%20de%20Trabalho/13361-Texto%20do%20Artigo-52709-1-10-20090903%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/nanat/OneDrive/%C3%81rea%20de%20Trabalho/13361-Texto%20do%20Artigo-52709-1-10-20090903%20(1).pdf). Acesso em: 23 fev. 2025.

HAESBAERT, Rogério. **O mito da desterritorialização**: do “fim dos territórios” à multiterritorialidade. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2004.

HAESBAERT, R. Território e multiterritorialidade: um debate. **GEOgrafia**, ano IX, n. 17, p. 19-45, 2007. Disponível em: <https://periodicos.uff.br/geographia/article/view/13531>. Acesso em: 14 fev. 2025.

HAESBAERT, R. **O Espaço em Contexto**: a Multiterritorialidade em Discussão. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2011.

HAESBAERT, R. **Viver no Limite**: Território e Multiterritorialidade em Tempos de Insegurança e Conflito. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2014.

HALLAIS, J. A. S.; BARROS, N. F. Consultório na Rua: visibilidades, invisibilidades e hipervisibilidade. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 31, n. 7, p. 1497-1504, 2015. Disponível em: <https://cadernos.ensp.fiocruz.br/ojs/index.php/csp/article/view/5933> . Acesso em: 16 jan. 2025.

HARVEY, D. O direito à cidade. **New Left Review**, n. 53, p. 23–40, set./out. 2008. Disponível em: <https://newleftreview.org/II/53/david-harvey-the-right-to-the-city>. Acesso em: 01 abr. 2025

HINO, P.; SANTOS, J.O; ROSA, A.S. Pessoas que vivenciam situação de rua sob o olhar da saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, n.7, Supl. 1, p.684-692, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/NsHh6w97c84Sy8h9Ssybxdk/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 31 de jan. 2025.

IBGE. **Panorama do Censo Demográfico 2022**. Rio de Janeiro: IBGE, 2024. Disponível em: <https://censo2022.ibge.gov.br/panorama/>. Acesso em: 4 fev. 2025.

KUNZI G.S.; HECKERT, A.L.; CARVALHO, S.V. Modos de vida da população em situação de rua: inventando táticas nas ruas de Vitória/ES. **Fractal, Rev. Psicol.**, n. 26, v. 3, p. 919-942. Disponível em: https://www.scielo.br/j/fractal/a/k3SQD6TLfjtDVhWrMgmy_Wcg/ . Acesso em: 7 fev. 2025.

LANGA, E. N. B. **Pessoas que habitam as ruas em Fortaleza nos circuitos da vulnerabilidade e exclusão**: Identidades em construção nas trajetórias e percursos. 2012. Dissertação (mestrado). Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, CE, Brasil. Disponível em: <https://repositorio.ufc.br/ri/bitstream/riufc/6406/1/2012-DIS-ENBLANGA.pdf>. Acesso em: 7 fev. 2025.

LIMA, M. S.; SOARES, B. G. O.; MARI, J. J. Saúde e doença mental em Pelotas, RS: dados de um estudo populacional. **Rev Psiq Clín**; v. 26, n. 5, p. 225-235, 1999. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-256438>. Acesso em: 3 fev. 2025.

LISBOA, M.S. **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 em Psicologia) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2013. Disponível em: <https://tede2.pucsp.br/handle/handle/17023>. Acesso em: 23 jan. 2025

MACHADO, A. R.; MIRANDA, P. S. C. Fragmentos da história de atenção à saúde para usuários de álcool e outras drogas no Brasil: da justiça à saúde pública. **Hist Cienc Saúde - Manguinhos**. v.14, n.3, p. 801-21, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/hcsm/v14n3/06.pdf>. Acesso em: 23 jan. 2025.

MACHADO, R. W. G. População LGBT em situação de rua: uma realidade emergente em discussão. **Revista EDUC**. Faculdade de Duque de Caxias, v. 1, n. 3, Jan./Jun. 2015. Disponível em: <http://uniesp.edu.br/sites/biblioteca/revistas/20170608150422.pdf>. Acesso em: 31 de jan. 2025.

MALGOR, H. S. **Soltar as muletas**: Um olhar diferente sobre as drogas e a adição. São Paulo Editorial Summus, 2018.

MATTOS R. A. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Cad. Saúde Pública**, n. 20, v. 5, 1411-6, 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/4fSwNHx3nWnW49Tzq8KZLKj/?lang=pt>. Acesso em: 4 fev. 2025.

MARTINS, José de Souza. **O massacre dos inocentes: a criança sem infância no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1991. Acesso em: https://docvirt.com/docreader.net/DocReader.aspx?bib=mi_bibliografico&pagfis=25810. Acesso em: 5 abr. 2025.

MELO, E. M. de. Ação comunicativa, democracia e saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, supl., p. 167- 178, 2005. Acesso em : <https://www.scielo.br/j/csc/a/RbPcxQcZSXCfBc7S3QZVBsb/?lang=pt>. Acesso em: 5 abr. 2025.

MENDES, K.T.; RONZANI, T.M.; PAIVA, F.S. População em situação de rua, vulnerabilidades e drogas: uma revisão sistemática. **Psicologia & Sociedade**, v. 31, n. 2, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/psoc/a/N9kcMm76dkJ8nrBWfhZtvfq/>. Acesso em: 11 jan. 2025.

NATALINO, M. A. C. **A População em situação de rua nos números do Cadastro Único**. Rio de Janeiro: Ipea, mar. 2024. Disponível em: https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/12642/13/TD_2944_web.pdf. Acesso em: 24 mar. 2025.

POLOS-UFMG. Observatório Brasileiro de Políticas Públicas Com A População Em Situação De Rua. **Informe técnico**: perfil da população em situação de rua no Brasil – dezembro/2023. Belo Horizonte: POLOS-UFMG, 2023. Disponível em: <https://cnmp.mp.br/portal/informes/informe-tecnico-brasil.html>. Acesso em: 15 abr. 2025.

OLIVEIRA, M. A. F. *et al.* Processos de avaliação de serviços de saúde mental: uma revisão integrativa. **Saúde em Debate**, v.38, n.101, p. 368-378, 2014. Disponível em:

<https://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38n101/0103-1104-sdeb-38-101-0368.pdf>. Acesso em: 20 abr. 2025.

OLIVEIRA, A. B. de. Identidade e territorialidade. **Revista Educação e Ciências Sociais**, [S. l.], v. 5, n. 9, p. 95–119, 2023. Disponível em: <https://revistas.uneb.br/index.php/cienciassociais/article/view/13935>. Acesso em: 11 abr. 2025.

OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde–BRASIL. **Doenças cardiovasculares – principais fatos**. Temas de Saúde. Brasília -DF, 2017.

OPAS/OMS. Organização Pan-Americana da Saúde e Organização Mundial da Saúde para as Américas. **Folha informativa: Álcool**. 2020. Folha informativa atualizada em agosto de 2020. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topicos/alcool> . Acesso em: 23 mar. 2025.

ONU. Organização das Nações Unidas. Assembleia Geral da ONU. **Declaração Universal dos Direitos Humanos**. Brasília, DF: ONU, 1948. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/declaracao-universal-dos-direitos-humanos>. Acesso em: 25 mar. 2025.

PATRÍCIO, A. C. F. de A. *et al.* Transtornos mentais comuns e resiliência em pessoas em situação de rua. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 72, v. 6, p. 1603-1610, nov./dez. 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/NVfx8zSPLdMbHf5k9bDWnjS/?lang=pt> . Acesso em: 4 abr. 2025.

RAMOS, R. C. M. B. **Comunidades terapêuticas: “novas” perspectivas e propostas higienistas**. 2012. 129 f. Dissertação (Mestrado). Universidade Estadual de Maringá, Maringá –PR, 2012. Disponível em: <http://www.ppi.uem.br/arquivos-para-links/teses-e-dissertacoes/2012/renata-b>. Acesso em: 23 abr. 2025.

REIS, E. C. G. dos; VÉRAS, M. P. B. Desigualdades sociais, territórios da vulnerabilidade e mobilidade urbana. **Cadernos Metrôpole**, São Paulo, v. 26, n. 60, p. 537-560, maio/ago. 2024. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cm/a/TcBs56trZdkkrMDYLSMR8jn/?lang=pt> . Acesso em: 23 jan. 2025.

REIS, M. S.; RIZZOTTI, M. L. A. População de Rua, Território e gestão de políticas sociais: para além de um retrato social. **Serviço Social em Revista**, Londrina, v. 16, n. 1, p. 43–65, jul./dez. 2013. Disponível em: <https://ojs.uel.br/revistas/uel/index.php/ssrevista/article/view/16394>. Acesso em: 11 jan. 2025.

REIS, T. C. M.; AZEVÊDO, A. V. dos S. Vivências de homens em situação de rua no sul do Brasil. **Contextos Clínicos**, v. 12, n. 3, set./dez. 2019. Disponível em: https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-34822019000300014 Acesso em: 31 de jan. 2025.

RIQUINHO, D. L.; GERHARDT, T. E. A transitoriedade nos estados de saúde e doença: construção do cotidiano individual e coletivo em uma comunidade rural. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 8 n. 3, p. 419-437, nov.2010/fev.2011.

RODRIGUES, L. B. F. **Controle penal sobre as drogas ilícitas: o impacto do proibicionismo no sistema penal e na sociedade**. 2006. 273f. Tese (Doutorado). Faculdade de Direito da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006. Disponível em: <https://cetadobserva.ufba.br/sites/cetadobserva.ufba.br/files/355.pdf>. Acesso em: 9 nov. 2019.

ROSA AS, BRÊTAS ACP. A violência na vida de mulheres em situação de rua na cidade de São Paulo, Brasil, Brasil. **Interface**, Botucatu, n.19, v. 53, p. 275-85, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/8T6c9LN8dqCzSJRFyypZDbT/>. Acesso em: 15 jan. 2025.

ROSEIRO, M. N. V.; TAKAYANAGUI, A. M. M. Novos indicadores do processo saúde-doença. Saúde. **Santa Maria**, v. 33, n.1. p. 37-42, 2007. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/revistasauade/article/view/6462>. Acesso em: 15 jan. 2025.

SÁ, L.D.; PALHA, P.F.; VILLA, T.C.S. A literatura em saúde pública: o ensino de um novo olhar sobre o processo saúde-doença. **Rev.latino-am.enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 6, n. 3, p. 55-60, julho 1998. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/KjmKfwgY5M3rQZqXVXbsgLg/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 4 fev. 2025.

SANTOS, M. **Território e sociedade**: entrevista com Milton Santos. São Paulo: Fundação Perseu de Abreu, 2000.

SANTOS, M. **A natureza do espaço**: técnica e tempo, razão e emoção. 4. ed. São Paulo: Edusp, 2008. Disponível em: <https://sites.usp.br/fabulacoesdafamiliabrasileira/wp-content/uploads/sites/1073/2022/08/A-natureza-do-Espaco.pdf> . Acesso em: 15 jan. 2025.

SANTOS, G. T. Políticas Públicas para a População em Situação de Rua. 2011. 45 fl. Monografia (Especialização). Escola Nacional de Administração Pública - ENAP, Brasília, 2011. Disponível em: <https://repositorio.enap.gov.br/bitstream/1/3307/1/Gilmar%20Trindade%20dos%20Santos%20-%20Monografia%20vers%C3%A3o%20definitiva.pdf>. Acesso em: 4 fev. 2025.

SCHENKER, M.; MINAYO, M. C. S. A implicação da família no uso abusivo de drogas: uma revisão crítica. **Ciências e Saúde Coletiva**, v. 8, 2003. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232003000100022 . Acesso em: 20 fev. 2025

SCHUCK, A. L.; GESSER, M.; BEIRAS, A. Diálogos entre gênero e as experiências com a população de rua. **Rev. psicol. polít.**, São Paulo, v. 20, n. 48, p. 279-294, ago. 2020. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-549X2020000200003&lng=pt&nrm=iso . Acessos em: 3 jan. 2025.

SCLIAR, M. História do Conceito de Saúde. **Physis: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 17(1):29-41, 2007.

SEM, A. **Desenvolvimento como liberdade**. São Paulo: Companhia das Letras, 1999.

SERAPIONI, M. Métodos qualitativos e quantitativos na pesquisa social em saúde: algumas estratégias para a integração. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 5, n. 1, p. 187-192, 2000. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/8MGqFCjhjvXKQsq37t6q7PK?utm_source=chatgpt.com. Acesso em: 20 jan. 2025

SICARI, A. A.; ZANELLA, A. V. Pessoas em situação de rua no Brasil: revisão sistemática. **Psicologia: ciência e profissão**, Brasília, DF, v. 38, n. 4, p. 662-679, out./dez. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pcp/a/zZmF6jcYxpRqGS4b5QMX9sQ/?format=pdf&lang=pt> . Acesso em: 27 mar. 2025.

SILVA, F.P.; FRAZÃO, I.S.; LINHARES, F.M.P. Práticas de saúde das equipes dos Consultórios de Rua. **Cad Saude Publica**, n. 30, v.4, p. 805-814, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/hms3nnTsGgFhCXdP4kQ9mfN/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 23 fev. 2025.

SILVEIRA, G. L.; RODRIGUES, L. B. O consumo de substâncias psicoativas e o autocuidado entre pessoas em situação de rua na cidade de Juazeiro-BA. **Revista Psicologia, Diversidade e Saúde**, v. 2, n. 1, 2013. Disponível em: <https://www5.bahiana.edu.br/index.php/psicologia/article/view/212>. Acesso em: 10 jan. 2025.

SMITH, N. **A cidade pós-moderna: planejamento urbano e luta social**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2009.

THUM, M. A.; BALDISSEROTTO, J.; CELESTE, R. K. Utilização do e-SUS AB e fatores associados ao registro de procedimentos e consultas da atenção básica nos municípios brasileiros. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, n. 2, e00029418, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00029418>. Acesso em: 02 abr. 2025.

TONDIN, M. C.; BARROS NETA, M. A. P.; PASSOS, L. A. Consultório de Rua: Intervenção ao uso de drogas com pessoas em situação de rua. **Revista de Educação Pública**, n. 22, v. 49, p. 485-501, 2013. Disponível em: <http://educa.fcc.org.br/pdf/repub/v22n49s02/v22n49s02a07.pdf>. Acesso em: 4 fev. 2025.

UNODC. United Nations Office on Drugs and Crime. **World Drug Report 2017**. United Nations publication. Viena: UNODC, 2017.

VASCONCELOS, E. **Geografia da exclusão: a cidade e os sem-teto**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2017.

APÊNDICE 1 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO – TCLE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO – TCLE

1 – Identificação do Responsável pela execução da pesquisa:

Título: Desafios e perspectivas: Um estudo sobre os motivos da permanência nas ruas de pessoas em situação de rua com dependência química no município de Governador Valadares-MG.

Natureza do Projeto: Pesquisa

Linha de Pesquisa: Território, Saúde e Sociedade

Pesquisador Responsável: Anaile Duarte Toledo Martins

Contato com pesquisador responsável: Rua Israel Pinheiro, 2000 – Campus Universitário – Tel.: 3279 5579

Email: anaile.martins@univale.br

Comitê de Ética em Pesquisa: Rua Israel Pinheiro, 2000 – Campus Universitário – Tel.: 3279 5575

1 – Informações ao participante:

- a) Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa intitulada: **Desafios e perspectivas: Um estudo sobre os motivos da permanência nas ruas de pessoas em situação de rua com dependência química no município de Governador Valadares-MG**. A pesquisa teve como objetivo analisar os motivos que levam as pessoas em situação de rua que fazem uso de álcool e outras drogas a permanecerem em situação de rua.
- b) Deverão ser respondidas as perguntas do **ROTEIRO ESTRUTURADO DE AVALIAÇÃO DAS PERCEPÇÕES DAS PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA**, e **O Inventário de Qualidade de Vida do WHOQOL (FLECK, 2000)**, que são 100 questões relacionadas com a sua situação de saúde, mobilidade e gênero e também, questões sobre o seu perfil econômico e outras perguntas, que poderá ser gravada pelo entrevistador.
- c) Durante a entrevista, o entrevistador registra as respostas em meio gravador digital, que serão transcritas depois. Após a transcrição, os arquivos digitais serão apagados, você terá acesso às suas respostas para a análise, aprovação ou correções, bem como verificar se foi feito qualquer registro que use o seu nome. Caso você considere que as respostas não estejam do seu agrado, poderá fazer as correções que julgar necessárias.

- d) Apenas pessoas com idade igual ou superior a 18 anos poderão participar da pesquisa.
- e) A sua participação será apenas para fornecer as respostas às perguntas. O tempo previsto para o preenchimento das informações dos questionários será de vinte minutos.
- f) O entrevistador fará algumas perguntas. Ao responder será muito importante que as respostas sejam sinceras. Caso em algum momento, não queira responder, é só pedir para o entrevistador passar para a próxima pergunta. Durante a entrevista, o entrevistador usará um gravador para melhor absorver as respostas. Ao final, você poderá verificar se os registros estão de acordo com suas respostas, bem como se foi feito qualquer registro que possa te identificar. Durante sua participação, você poderá recusar responder a qualquer pergunta que porventura lhe causar algum constrangimento.
- g) Você tem o direito de recusar-se a participar da pesquisa, em qualquer momento durante a entrevista, podendo até mesmo, pedir que seja apagado o registro feito, sem nenhuma penalização ou prejuízo.
- h) A sua participação na pesquisa será como voluntário, não recebendo nenhum privilégio, seja ele de caráter financeiro ou de qualquer natureza. Entretanto, lhe serão garantidos todos os cuidados necessários à sua participação de acordo com seus direitos individuais e respeito ao seu bem-estar físico e psicológico.
- i) Serão garantidos o seu anonimato e privacidade. Na apresentação dos resultados não serão citados os nomes dos participantes.
- j) Também fica assegurado o seu direito de pedir indenizações e a cobertura material para reparação a danos diretos/indiretos e imediatos/tardios causados pela participação na pesquisa, se algum dano causado à você. Em caso de danos decorrentes da realização da pesquisa, haverá assistência integral, de maneira gratuita.
- k) Preveem como benefícios da realização dessa pesquisa que os dados produzidos pela mesma possibilitem desenvolver estratégias de atenção à saúde e assistência social à população em situação de rua. Os resultados obtidos com a pesquisa serão apresentados em eventos ou publicações científicas por meio de resumos, artigos e Dissertação de Mestrado. Além disso, será disponibilizado uma cópia de todos os resultados à secretaria de saúde e a presente instituição para que todos os participantes tenham acesso a pesquisa.
- l) Os TCLEs e demais documentos produzidos que contenham algum tipo de identificação serão arquivados separadamente dos resultados obtidos, como forma de evitar a associação de nomes e resultados, resguardando a pesquisadora e os participantes.
- m) Como forma de garantir a não violação e a integridade dos documentos (danos físicos, cópias, rasuras) produzidos no decorrer desta pesquisa, os documentos eletrônicos (gravação das entrevistas e bancos de dados), no computador portátil do Núcleo de Pesquisa SAIS, com acesso protegido por senha. Posteriormente serão encaminhados em dispositivo externos portáteis de armazenamento eletrônico de dados, juntamente com os documentos físicos ao Núcleo de Pesquisa Saúde, Indivíduo e Sociedade (SAIS), C2, sala 3, campus II na Universidade Vale do Rio Doce (UNIVALE). Os dados coletados ficarão armazenados por um período de cinco anos e após esse período o material físico será incinerado e as mídias digitais totalmente excluídas dos arquivos de rede do laboratório.

Confirmo ter sido informado e esclarecido sobre o conteúdo deste termo. A minha assinatura abaixo, com rubrica em todas as páginas do presente documento, indica que concordo em participar desta pesquisa e por isso dou meu livre consentimento.

Este documento será emitido em duas vias de igual teor e conteúdo, sendo uma delas destinada ao pesquisador e outra destinada ao participante. As vias serão assinadas em todas as páginas pelo pesquisador e pelo participante.

Governador Valadares, _____ de _____ de 2024.

Nome do participante:

Assinatura do participante: _____

Assinatura do pesquisador responsável: _____

APÊNDICE 2 – QUESTIONÁRIO COLETA DE INFORMAÇÕES PRONTUÁRIOS DO CONSULTÓRIO NA RUA

QUESTIONÁRIO COLETA DE INFORMAÇÕES PRONTUÁRIOS DO CONSULTÓRIO NA RUA

Este questionário destina-se a reunir informações que serão extraídas dos prontuários do Consultório na Rua. A pesquisa a qual essa coleta pertence tem como título provisório : “Desafios e perspectivas: Um estudo sobre os motivos da permanência nas ruas de pessoas em situação de rua com dependência química no município de Governador Valadares-MG.” Esta pesquisa se destina a fins puramente científicos, e está devidamente autorizada pelo CEP. A presente pesquisa tem como pesquisadores principais a Profª Anaile Duarte Toledo Martins e o Prof. Dr. Leonardo Oliveira Leão e Silva.

DATA DE COLETA:

NOME DO ENTREVISTADOR:

NÚMERO DO PRONTUÁRIO:

1. Perfil Demográfico e Social

- **Município de nascimento:**
- **Nacionalidade:** () Brasileira () Naturalizado () Estrangeiro () Sem informação
- **Raça/cor:** () Branca () Preta () Parda () Amarela () Indígena () Sem informação
- **Sexo:** () Feminino () Masculino
- **Data de nascimento:** ____/____/____
- **Deseja informar sua identidade de gênero:** () Homem cisgênero () Mulher cisgênero () Homem transgênero () Mulher transgênero () Travesti Não-Binário () Outro () Sem informação
- **Deseja informar a orientação sexual:** () Heterossexual () Gay () Lésbica () Bissexual () Assexual () Pansexual () Outro () Sem informação
- **Qual é o curso mais elevado que frequentou ou frequenta:** () Creche () Pré-escola (exceto CA) () Classe de Alfabetização - CA () Ensino Fundamental 1ª a 4ª séries () Ensino Fundamental 5ª a 8ª séries () Ensino Fundamental Completo () Ensino Fundamental Especial () Ensino Fundamental EJA - séries iniciais (Supletivo 1ª a 4ª) () Ensino Fundamental EJA - séries finais (Supletivo 5ª a 8ª) () Ensino Médio, Médio 2º Ciclo (Científico, Técnico etc.) () Ensino Médio Especial () Ensino Médio EJA (Supletivo) Superior, Aperfeiçoamento, Especialização, Mestrado,

Doutorado () Alfabetização para Adultos (Mobral etc.) () Nenhum () Sem informação

2. Condições de Vida e Contexto Social

- **Está em situação de rua:** () < 6 meses () 6 a 12 meses () 1 a 5 anos () > 5 anos () Sem informação
- **Possui referência familiar:** () Sim () Não () Sem informação
- **Visita algum familiar com frequência:** () Não () Cônjuge/Companheiro(a) () Filho(a) () Enteadado(a) () Neto(a)/Bisneto(a) () Pai/Mãe () Sogro(a) () Irmão/Irmã () Genro/Nora () Outro parente () Não parente () Sem informação
- **Qual a origem da alimentação:** () Restaurante Popular () Doação Restaurante () Outras Doação () Grupo Religioso () Doação de Popular () Sem informação
- **Quantas vezes se alimenta ao dia:** () 1 vez () 2 ou 3 vezes () mais de 3 vezes () Sem informação
- **Tem acesso à higiene pessoal:** () Não () Banho () Acesso ao Sanitário () Higiene Bucal () Outras () Sem informação
- **Recebe algum benefício:** () Sim () Não () Sem informação
- **Ocupação:** _____
- **Situação no mercado de trabalho:** () Empregador () Assalariado com carteira de trabalho () Assalariado sem carteira de trabalho () Autônomo com previdência social () Autônomo sem previdência social () Aposentado/Pensionista () Desempregado () Não trabalha () Servidor público/militar () Outro () Sem informação

3. Histórico de Saúde Geral

- **Fez ou faz tratamento com psiquiatra ou teve internação por problema de saúde mental:** () Sim () Não () Sem informação
- **Teve alguma internação nos últimos 12 meses:** () Sim () Não () Sem informação
- **Outras condições de saúde:** _____
- **Sobre seu peso, você se considera:** () Abaixo do Peso () Peso Adequado () Acima do Peso () Sem informação
- **Tem diabetes:** () Sim () Não () Sem informação
- **Tem hipertensão arterial:** () Sim () Não () Sem informação
- **Tem doença respiratória no pulmão:** () Asma () DPOC/Enfisema () Outra () Não Sabe () Sem informação
- **Tem ou teve câncer:** () Sim () Não () Sem informação
- **Teve AVC/derrame:** () Sim () Não () Sem informação
- **Teve infarto:** () Sim () Não () Sem informação
- **Teve doença cardíaca do coração:** () Insuficiência Cardíaca () Outra () Não Sabe () Sem informação
- **Está com hanseníase:** () Sim () Não () Sem informação

- **Está com tuberculose:** () Sim () Não () Sem informação
- **Está gestante:** () Sim () Não () Não se aplica
- **Tem alguma deficiência:** () Auditiva () Intelectual/Cognitiva () Visual () Física () Outra

4. Uso de Substâncias e Hábitos

- **Faz uso de álcool:** () Sim () Não () Sem informação
- **Faz uso de outras drogas:** () Sim () Não () Sem informação
- **Está fumante:** () Sim () Não () Sem informação

5. Rede de Atenção à Saúde e Acompanhamento

- **É acompanhado por outra instituição:** () Sim () Não () Sem informação
- **Se acompanhado por outra instituição, qual instituição:**

APÊNDICE 3 – ROTEIRO ESTRUTURADO DE AVALIAÇÃO DAS PERCEPÇÕES DAS PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA

ROTEIRO ESTRUTURADO DE AVALIAÇÃO DAS PERCEPÇÕES DAS PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA UNIVERSIDADE VALE DO RIO DOCE MESTRADO EM GESTÃO INTEGRADA DO TERRITÓRIO

Iniciais do nome do entrevistado: _____

Entrevistador: _____

Data: ____/____/2024

INSTRUÇÕES IMPORTANTES

1. Esta pesquisa se destina a fins puramente científicos, e seu objetivo é analisar os motivos que levam as pessoas em situação de rua que fazem uso de álcool e outras drogas a permanecerem em situação de rua.
2. Para que os resultados sejam uma representação da realidade, é necessário que as respostas dadas sejam sinceras. Não existe uma resposta melhor e outra pior, todas as respostas são igualmente importantes.
3. Para que possamos melhor aproveitar seu testemunho, se as perguntas não lhe causarem algum tipo de constrangimento, ou dificuldades éticas, pedimos que responda a todas as questões que dizem respeito à realidade, isto é, ao modo como você pensa.
4. Em caso de dúvidas, pergunte, sua contribuição será mais efetiva caso tire todas as dúvidas que tiver, junto ao entrevistador.
5. Salientamos que sua participação na presente pesquisa se faz mediante seu livre consentimento, já assinado. Os dados obtidos no conjunto de entrevistas e questionários respondidos por todos os participantes, serão utilizados para fins acadêmicos e de publicação em revistas científicas. O fato de não haver identificação neste formulário, e no registro eletrônico garante o anonimato dos autores das respostas às questões propostas.
6. Qualquer momento que não se sentir confortável pode optar por não responder ou desistir de participar.

1. Trajetória de vida e rupturas familiares

- De onde você é? (Onde nasceu)
- De onde você veio? (Onde estava quando veio para a instituição?)
- Tem perspectiva de ir para onde quando sair?

2. Entrada e permanência na rua

- O que você sentia por estar morando na rua?
- Quais motivos, situações ou motivações o levaram a permanecer na rua?
- Qual era sua relação com as outras pessoas em situação de rua?
- Quem são as pessoas ou grupos que mais o auxiliavam enquanto estava em situação de rua?
- De quem você normalmente recebia orientações?
- Você tinha algum plano ou objetivo para sair da situação de rua?
- O que você achava que seria necessário para melhorar sua situação enquanto estava em situação de rua?
- Quando estava em situação de rua, queria receber ajuda ou apoio para mudar a situação?
- Já passou por violência ou abusos enquanto estava em situação de rua?
- Como você se mantinha alimentado?
- Onde você costumava dormir ou passar a maior parte do tempo?

3. Iniciação e padrão de uso de substâncias

- Com qual frequência você fazia uso de substância química/drogas?
- Começou o uso de substância química/droga com qual idade?
- Quais motivos levaram a iniciar o uso de substância química?
- Como você obtinha as substâncias químicas/drogas?
- Já tentou tratamento ou reabilitação para parar o uso de substância química em outro momento?

4. Experiências de cuidado e pertencimento

- Quem são as pessoas ou grupos que mais o auxiliavam enquanto estava em situação de rua? (profissionais de saúde, da assistência social ou familiares) *(Essa pergunta também se encaixa aqui.)*

5. Perspectivas de futuro e percepção de si mesmo

- Tem perspectiva de ir para onde quando sair? (*Repetida aqui também, porque conecta com o futuro.*)
- Você tinha algum plano ou objetivo para sair da situação de rua?
- Quando estava em situação de rua queria receber ajuda ou apoio para mudar a situação?

APÊNDICE 4 – DISTRIBUIÇÃO DE MUNICÍPIO DE ORIGEM DOS INDIVÍDUOS AGRUPADOS, COM O NÚMERO DE INDIVÍDUOS E SUAS RESPECTIVAS PORCENTAGENS

DISTRIBUIÇÃO DE MUNICÍPIO DE ORIGEM DOS INDIVÍDUOS AGRUPADOS, COM O NÚMERO DE INDIVÍDUOS E SUAS RESPECTIVAS PORCENTAGENS.			
Estado	Município(s)	Número de Indivíduos	Porcentagem (%)
Minas Gerais	Governador Valadares	108	37,63
	Belo Horizonte	14	4,87
	Coronel Fabriciano	8	2,79
	Caratinga	5	1,74
	Ipatinga	3	1,05
	Teófilo Otoni, Itambacuri, Mantena	4 cada (3 municípios)	1,39 cada (4,18)
	Coroaci, Divinolândia de Minas, Engenheiro Caldas, Itanhomi, Jampruca, Medina, Mutum, Padre Paraíso, Peçanha	2 cada (9 municípios)	0,7 cada (6,27)
	Açucena, Aimorés, Além Paraíba, Almenara, Barra Longa, Betim, Brasília de Minas, Capitão Andrade, Carangola, Carlos Chagas, Central de Minas, Conselheiro Pena, Contagem, Dom Cavati, Frei Gaspar, Frei Lago Negro, Guapé, Ibirité, Inhapim, Itabirito, Jordânia, Malacacheta, Manhumirim, Mathias Lobato, Minas Novas, Muriaé, Nanuque, Novo Cruzeiro, Ouro Verde de Minas, Pará de Minas, Pavão, Peçanha, Poços de Caldas, Poté, Raul Soares, Resplendor, Ribeirão das Neves, Sabinópolis, Santa Helena de Minas, Santa Maria do Suaçuí, São Félix, São João Del Rei, São José das Tronqueiras, Sem Peixe, Tarumirim, Três Corações .	1 cada (45 municípios)	0,35 cada (15,68)
Bahia	Salvador	3	1,05
	Jequié	2	0,7
	Cachoeira de São Félix, Campo Formoso, Esplanada, Gandu, Itabuna, Itambé	1 cada (6 municípios)	0,35 cada (2,09)
Espírito Santo	Pancas, Serra	2 cada (2 municípios)	0,70 cada (1,4)
	Boa Esperança, Colatina, João Neiva, Linhares, Nova Venécia	1 cada (5 municípios)	0,35 cada (1,75)
São Paulo	São Paulo	6	2,09
	Guarujá, Santos, São José dos Campos, São Miguel Paulista, Tatuí, Taubaté	1 cada (6 municípios)	0,35 cada (2,09)
Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	3	1,05
	Duque de Caxias, Macaé, São João de Meriti	1 cada (3 municípios)	0,35 cada (1,05)
Pernambuco	Cabo de Santo Agostinho, Cabrobó, Caruaru	1 cada (3 municípios)	0,35 cada (1,05)

Rio Grande do Norte	Natal	2	0,7
Ceará	Fortaleza	1	0,35
Goiás	Bom Jesus	1	0,35
Alagoas	Anadia	1	0,35
Pará	Belém	1	0,35
Rio Grande do Sul	Campos Cardoso Moreira	1	0,35
Distrito Federal	Brasília	1	0,35
Internacional	Guiné-Bissau (África), San Carlos (Venezuela)	1 cada (2 países)	0,35 cada (0,7)
Sem Informação	N/A	23	8,01

Fonte: Dados da pesquisa. Elaborado pela autora (2025).