



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

ALANA DE OLIVEIRA LIMA

**O CUIDADO EM SAÚDE DE MULHERES EM SITUAÇÃO DE RUA EM
FORTALEZA: UM ESTUDO DE CASO**

FORTALEZA (CE)

2019

ALANA DE OLIVEIRA LIMA

O CUIDADO EM SAÚDE DE MULHERES EM SITUAÇÃO DE RUA EM FORTALEZA:
UM ESTUDO DE CASO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Ceará, como parte dos requisitos para à obtenção de título de Mestre em Psicologia. Linha de Pesquisa: Psicanálise e Práticas Clínicas.

Orientador: Prof. Dr. Ricardo Pimentel Mélo.

FORTALEZA (CE)

2019

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca Universitária

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

- L696c Lima, Alana de Oliveira.
O cuidado em saúde de mulheres em situação de rua em Fortaleza : um estudo de caso / Alana de Oliveira Lima. – 2019.
113 f. : il. color.
- Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Centro de Humanidades, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Fortaleza, 2019.
Orientação: Prof. Dr. Ricardo Pimentel Mélo.
1. Cuidado em saúde. 2. Mulheres em situação de Rua. 3. Estudo de Caso. I. Título.

CDD 150

ALANA DE OLIVEIRA LIMA

O CUIDADO EM SAÚDE DE MULHERES EM SITUAÇÃO DE RUA EM FORTALEZA:
UM ESTUDO DE CASO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Ceará, como parte dos requisitos para à obtenção de título de Mestre em Psicologia. Linha de Pesquisa: Psicanálise e Práticas Clínicas.

Orientador: Prof. Dr. Ricardo Pimentel Mélo.

Aprovada em: ___/___/_____.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Ricardo Pimentel Mélo (Orientador)

Universidade Federal do Ceará (UFC)

Profª. Dra. Maristela Moraes Melo

Universidade Federal de Campina Grande (UFCG)

Prof. Dr. Cássio Adriano Braz de Aquino

Universidade Federal do Ceará (UFC)

Profª. Dra. Juliana Sampaio

Escola de Saúde Pública (ESP/CE)

À todas e todos que caminharam junto
comigo nessa jornada.

AGRADECIMENTOS

À minha mãe que sempre esteve comigo, especialmente nos momentos mais difíceis. Ao meu pai que me ensinou nunca perder a esperança em dias melhores e ao meu irmão por me ensinar a respeitar as diferenças.

Ao meu orientador Ricardo pela confiança e a paciência em mim, mesmo quando nem eu mesma acreditava.

Ao NUCED pela aprendizagem cotidiana de uma vida fluida e alegre, mesmo diante de certa dureza.

À Myllis, Jéssica, Amanda, Ju Pinho e Kyara pela parceria durante esse período.

À Ju Pinho e a Myllis pela ajuda na reta final da formatação da dissertação.

À boneca Jurema pela sua presença e meiguice.

Ao Benfica pelo aconchego e por mostrar a boemia do bairro.

À Maristela e à Mariana por caminharem comigo desde a graduação e por acreditarem na minha potência de vida.

À Lôra (Krol) pela aprendizagem de vida em um ano de convivência.

À Jaína por me ensinar que “conversa em banco de praça” é também fazer pesquisa.

À Loris pelas suas gargalhadas e conversas nos corredores.

À Bárbara, Lua pelo incentivo e empréstimos de livros.

À Aline Teles pelas trocas de experiências, sobretudo, no campo da saúde mental.

Aos professores participantes da banca examinadora Maristela Moraes, Cássio Braz e Juliana Sampaio pela disponibilidade de estarem nesta banca de defesa.

Ao professor Cássio pela disponibilidade em explicar os trâmites burocráticos da banca de qualificação.

À Juliana Sampaio pelo incentivo e coorientação na reta final da dissertação.

Ao Fernando pela companhia e cumplicidade de longa data. A admiração é imensa nesses anos de amizade.

Ao Sr. Rogério pela afetividade e por me apresentar as belezas do bairro Parque Araxá.

À Iara pela solidária experiência em escutar minhas angústias durante o período da escrita.

À Aline Bernardo pela amizade, conversas e saídas na cidade de Fortaleza.

Ao Roger pelas conversas nos momentos de café.

À Lilian pelas andanças nos bares do Benfica para desopilar.

Às amigadas que construí nesse período da pós-graduação em nome de: Kevin e Juliana Vieira.

Às amigadas que construí no período da graduação e que contribuíram de certo modo para esta dissertação em nome de: Kairo, Gabi, Luciana, Sandinelly, Grace, Agno e Erika.

À parceria de companheiros da mesma linha de pesquisa, inclusive de empréstimos de livros em nome de: Mauro e Cecília.

À parceria de ex-professores e companheiros de profissão por me ensinarem como ser psicóloga e acreditar no meu potencial em nomes de: Ercília, Yuri, Kadu e Marbênia.

À Universidade Federal do Ceará, especialmente ao Laboratório da pós-graduação, Biblioteca do Centro de Humanidades e a Biblioteca do curso de Arquitetura que possibilitaram os estudos e a escrita desta dissertação.

Ao Departamento de Psicologia da UFC pelo acolhimento e apoio no período do meu adoecimento e recuperação.

Ao Fórum Cearense da Luta Antimanicomial pela amizade e por me ensinar a ser militante na cidade, em nomes de: Sylvinha, Márcia, Núbia, Ronaldo, Alex, Núbia e Sr. Crispim.

Ao Rafael Baquit e ao Coletivo BalanCeará por me ensinar a fazer redução de danos em festas raves.

Ao Eudes, Beladona e Mimosa pelo cuidado conosco na praça.

Aos demais homens, mulheres e seus animais de estimação que vivem nas ruas de Fortaleza pelo acolhimento.

À Alana Veras e Pedro pela hospitalidade no Centro POP.

Ao Hélder e a Eveline por me receberem na secretaria do PPGP/UFC com disposição e eficiência.

Ao Renê pela presteza em resolver as minhas demandas burocráticas durante o trancamento.

À Simone e ao Cícero pelo bom humor.

À Maria Tereza, Maysa, Arthur, Anny, Pedro, Alana, Samara, Daiani, Narjara e Kelia pela amizade e por se importarem comigo.

À Glenda pelas gargalhadas e leveza nos nossos encontros.

Ao Assis e a Grace pelo empréstimo do notebook na reta final.

À CAPES que possibilitou o custeio desta dissertação, por meio da bolsa de auxílio.

E, por fim, à Minha Vida.

Ando devagar
Porque já tive pressa
E levo esse sorriso
Porque já chorei demais

Hoje me sinto mais forte
Mais feliz, quem sabe
Só levo a certeza
De que muito pouco sei
Ou nada sei

Conhecer as manhas
E as manhãs
O sabor das massas
E das maçãs

É preciso amor
Pra poder pulsar
É preciso paz pra poder sorrir
É preciso a chuva para florir

Penso que cumprir a vida
Seja simplesmente
Compreender a marcha
E ir tocando em frente

Como um velho boiadeiro
Levando a boiada
Eu vou tocando os dias
Pela longa estrada, eu vou
Estrada eu sou

Conhecer as manhas
E as manhãs
O sabor das massas
E das maçãs

É preciso amor
Pra poder pulsar
É preciso paz pra poder sorrir
É preciso a chuva para florir

Todo mundo ama um dia
Todo mundo chora
Um dia a gente chega
E no outro vai embora

Cada um de nós compõe a sua história
Cada ser em si
Carrega o dom de ser capaz
E ser feliz

Conhecer as manhas
E as manhãs
O sabor das massas
E das maçãs

É preciso amor
Pra poder pulsar
É preciso paz pra poder sorrir

É preciso a chuva para florir

Ando devagar
Porque já tive pressa
E levo esse sorriso
Porque já chorei demais

Cada um de nós compõe a sua história
Cada ser em si
Carrega o dom de ser capaz
E ser feliz

Música Tocando em Frente, de Almir Sater e Renato Teixeira

RESUMO

Esta pesquisa apresenta um processo de investigação sobre o cuidado em saúde de mulheres em situação de rua na cidade de Fortaleza. Tal investigação surgiu a partir dos (des) caminhos percorridos em leituras, conversas nas orientações, com profissionais da assistência social e com as próprias pessoas que vivem nas ruas que nos apontaram para os modos de vida das mulheres em situação de rua. Conforme o I Censo e Pesquisa Nacional de 2009, 35,54% das mulheres afirmaram ter problemas de saúde. Os problemas de saúde mais citados foram: sofrimentos de ordem “psiquiátrica” (9%), hipertensão (8,3 %), diabetes (8,3 %), problemas de visão/cegueira (5,1%) e aids (5,1%) e mais da metade das mulheres optavam por tomar banho em locais com privacidade. Nesse sentido, a pesquisa objetiva conhecer práticas de cuidado em saúde que estão presentes na vida cotidiana de mulheres que vivem nas ruas de Fortaleza e como objetivos específicos: identificar práticas de cuidado em saúde dessas mulheres e acompanhar as redes imbricadas em possíveis práticas de cuidado em saúde. Vale ressaltar que o cuidado em saúde das pessoas que vivem nas ruas foi institucionalizado a partir do surgimento de práticas que dessem visibilidade as demandas da população de rua, tais como os “consultórios de rua” que em meados de 2011/2012, tornaram-se “consultório na rua”, a partir da regulamentação da Política de Atenção Básica (PNAB) pelas portarias 122 e 123/2012. Contudo, antes disso, demandas de saúde desse público eram tratadas apenas na Atenção Terciária (Santa Casa de Misericórdia) e instituições filantrópicas. Apenas em 2004, com o advento da Política de Assistência Social, demandas relacionadas a habitação e trabalho foram institucionalizadas. Inspiramo-nos em pressupostos teórico- metodológicos das práticas discursivas propostas por Foucault, os quais são utilizados nos estudos e pesquisas do NUCED/UFC. Utilizou-se a modalidade do “Estudo de Caso” como modo de singularizar as histórias de vida das duas interlocutoras que compuseram a pesquisa. Portanto, a análise dos dois estudos de caso foi produzida por meio dos “mapas dialógicos” dos quadros sequenciais de entrevistas narrativas que realizamos com as duas mulheres e utilizamos duas categorias “cotidiano da rua” e “cuidado em saúde”. Por fim, compreendemos que o cuidado em saúde no cotidiano da rua se faz por meio de redes de amizade, pois ultrapassa os modelos convencionais dos protocolos clínicos institucionais e de certo modo, as pessoas em situação de rua são mais livres nas suas práticas de cuidado em saúde, pois não dependem exclusivamente dos modelos clínicos tradicionais. A aposta nessa pesquisa é propor uma Psicologia que produza cuidado em saúde em cenários de rua e contribua com políticas públicas que lidem direcionadas às pessoas em situação de rua. O encontro com as mulheres em situação de rua produziu efeitos nelas e

nós pesquisadores, produzindo modos de exercitar a psicologia acreditando na potência de vida dessas mulheres.

Palavras-chave: Cuidado em Saúde. Mulheres em situação de Rua. Estudo de Caso.

ABSTRACT

This research presents an investigation process about the health care of homeless women in the city of Fortaleza. This investigation emerged from the (mis) paths taken in readings, conversations in the orientations, with social care professionals and with the people who live on the streets that pointed us to the ways of life of homeless women. According to the I National Census and Survey 2009, 35.54% of women said they had health problems. The most cited health problems were: “psychiatric” order suffering (9%), hypertension (8.3%), diabetes (8.3%), vision/blindness problems (5.1%) and AIDS (5,1%) and more than half of women chose to bathe in places with privacy. In this regard, the research aims to know practices that are present in the daily lives of women who live in the streets of Fortaleza and as specific objectives: to identify these women's health care practices and to follow the networks embedded in possible care practices. It is worth mentioning that the health care of people who live on the streets was institutionalized from the emergence of practices that brought visibility to the demands of the homeless people, such as the “street offices” that in mid-2011/2012 became “offices on the street”, based on the regulation of the Primary Care Policy (PNAB) by ordinances 122 and 123/2012. However, before that, health demands of this public were addressed only to the Tertiary Attention (Santa Casa de Misericórdia Hospital) and philanthropic institutions. Only in 2004, with the advent of the Social Assistance Policy, demands related to housing and work were institutionalized. We are inspired by the discursive practices proposed by Foucault, which are used in NUCED/UFC studies and researches. The “Case Study” modality was used as a way to single out the life stories of the two interlocutors who composed the research. Therefore, the analysis of the two case studies was produced through the “dialogic maps” of the sequential narrative interviews that we conducted with the two women and we used two categories “daily life on the street” and “health care”. Finally, we understand that health care in the everyday life of the street is done through friendship networks, because it goes beyond the conventional models of institutional clinical protocols and, in a certain way, homeless people are more free in their health care practices, since they do not depend exclusively on traditional clinical models. The focus of this research is to propose a Psychology that produces health care in the street scenario and contributes to public policies that deal with homeless people. Meeting with homeless women has had an effect on them and on researchers, producing ways of practicing Psychology believing in their power of life.

Keywords: Health Care. Homeless Women. Case Study.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	– Espaço externo	32
Figura 2	– Recepção	32
Figura 3	– Praça da Gentilândia	36
Figura 4	– Objetos de dormir na praça	36
Figura 5	– Sala de grupo.....	105
Figura 6	– Mais objetos de cozinha na quadra	106
Figura 7	– Objetos para cozinhar.....	106
Figura 8	– Fogão improvisado.....	107
Figura 9	– “Mistão”	107
Figura 10	– Vassoura e outros objetos na quadra.....	108

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Problemática da pesquisa, objetivo geral e objetivos específicos	26
Quadro 2 – Mudanças na PNAB (2017).....	67
Quadro 3 – Cotidiano na rua.....	77
Quadro 4 – Cuidados em saúde	83
Quadro 5 – Atividades da pesquisa	103
Quadro 6 – Tabela dos serviços voltadas às “populações em situação de rua”.....	104

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agentes Comunitários de Saúde
BPC	Benefício de Prestação Continuada
CADÚNICO	Cadastro Único
CAPR	Centro de Atendimento à População de Rua
CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas
CENTRO POP	Centro de Referência Especializado à População em Situação de Rua
CGLEA	Conferência Geral do Episcopado Latino Americano
CNR	Consultório na Rua
CNAS	Conselho Nacional de Assistência Social
CPDROGAS	Coordenadoria Especial de Políticas Sobre Drogas
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
CREAS	Centro de Referência Especializado de Assistência Social
CRP	Conselho Regional de Psicologia
CT'S	Comunidades Terapêuticas
ECR	Equipe do Consultório na Rua
ESF sem domicílio	Equipe de Saúde da Família sem Domicílio
ESP/CE	Escola de Saúde Pública do Ceará
GTI	Grupo de Trabalho Interministerial
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IST'S	Infecções Sexualmente Transmissíveis
LEC	Liga Eleitoral Católica
LOAS	Lei Orgânica da Assistência Social
MNPR	Movimento Nacional da População em Situação de Rua
MNCR	Movimento Nacional dos Catadores de Materiais Recicláveis
NASF-AB	Núcleos de Apoio à Saúde da Família
NUCED/UFC	Núcleo de Estudos Sobre Drogas da Universidade Federal do Ceará
OAF	Organização do Auxílio Fraternal
PROERD	Programa Educacional de Resistência às Drogas
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNAS	Política Nacional de Assistência Social
PNPR	Política Nacional para a População em Situação de Rua

PSE	Programa Saúde nas Escolas
PSF	Programas de Saúde da Família
PTS	Projeto Terapêutico Singular
SETRA	Secretaria de Trabalho, Desenvolvimento Social e Combate à Fome
SDHDS	Secretaria de Direitos Humanos e Desenvolvimento Social de Fortaleza
SPD/CE	Secretaria Especial de Políticas sobre Drogas do Ceará
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	19
1 INICIANDO OS (DES) CAMINHOS.....	23
1.1 Sobre as experimentações que possibilitaram a produção desta dissertação	23
1.2 Palavras e letras nômades em composição: abrindo espaço para a dissertação...	29
1.2.1 <i>Cena de um diário de campo que se interconectamno centro pop e rua: “fechaduras, grades, cadeados e violências”</i>	29
1.2.2 <i>Cena de um diário de campo que se interconecta na praça: “cotidiano à céu aberto”</i>	33
2 ANDANÇAS NO ASFALTO: CONSTRUINDO MÉTODO AO CAMINHAR ..	37
2.1 Tornando-se pesquisadora: algumas considerações sobre os deslocamentos da pesquisadora e os efeitos na pesquisa	38
2.2 Aspectos éticos-legais.....	42
2.3 Modalidade de pesquisa e ferramentas metodológicas	42
2.4 Locais de estudo e participantes.....	45
3 DE “SOFREDORES DE RUA” E “VAGABUNDOS” A “CIDADÃOS”	48
3.1 Tateando pela história.....	48
3.2 O surgimento da “era dos direitos”	51
3.2.1 <i>A relação da Pastoral do Povo de Rua com as pessoas em situação de rua</i>	53
3.2.2 <i>O surgimento do Movimento Nacional da População em Situação de Rua</i>	54
3.2.3 <i>A institucionalização das demandas da rua a partir da Política Nacional para População em Situação de Rua</i>	56
4 POLÍTICAS DE CUIDADO: SOBREVENDO A POLÍTICA DE ATENÇÃO BÁSICA	64
4.1 Apontamentos sobre a Política Nacional de Atenção Básica	65
4.2 Psicologia e Consultório na Rua.....	70
5 “CUIDAR É SIMPLEMENTE OLHAR PRO MUNDO QUE VOCÊ NÃO VÊ”: ESTUDO DE CASO	76

5.1	Cotidiano na rua	78
5.1.1	<i>Redes de Apoio em Itinerários</i>	78
5.1.2	<i>Itinerários a pé.....</i>	78
5.1.3	<i>Uso de substâncias.....</i>	79
5.1.4	<i>Vida na Rua e aspectos anteriores a isso.....</i>	80
5.1.5	<i>Difícultades e Oportunidades no cenário da rua.....</i>	81
5.2	Cuidado em saúde.....	84
5.2.1	<i>Cuidados Formais e Equipamentos de Política Pública.....</i>	84
5.2.2	<i>Cuidados Informais e a “redes de amizade”</i>	85
6	CONSIDERAÇÕES DE UMA MULHER SOBRE A PESQUISA E O ENCONTRO COM OUTRAS DUAS MULHERES.....	88
	REFERÊNCIAS	92
	APÊNDICE A - ROTEIRO DAS ENTREVISTAS REALIZADAS NO CENÁRIO DA PRAÇA	101
	APÊNDICE B - ATIVIDADES DA PESQUISA	103
	APÊNDICE C - TABELA DOS SERVIÇOS VOLTADOS ÀS “PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA” EM FORTALEZA	104
	APÊNDICE D - ÁREA INTERNA CENTRO POP.....	105
	APÊNDICE E - IMAGENS DOS ESPAÇOS DE MORADA NA PRAÇA.....	106
	ANEXO A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE).....	109
	ANEXO B - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP/UFC	110

APRESENTAÇÃO

A escrita como exercício pessoal praticado por si e para si é uma arte da verdade contrastiva ou, mais precisamente, uma maneira refletida de combinar a autoridade tradicional da coisa já dita com a singularidade da verdade que nela se afirma e a particularidade das circunstâncias que determinam o seu uso (FOUCAULT, 1992, p. 133).

Como iniciar a escrita de uma dissertação? A epígrafe acima diz um pouco do meu processo de escrita, pois durante o período do mestrado, um dos desafios, nesta caminhada, foi a escrita, tendo em vista que demandou esforço diferente da minha experiência no período de graduação, já que, no Mestrado, em função de uma maior exigência quanto as argumentações teóricas e metodológicas, em um tempo menor. Ao adentrar no mestrado, a escrita se tornou cotidiana e mais intensa, exigindo horas, dias de leituras e rabiscos. Criar uma linha de argumentação consistente, faz parte do aprendizado de quem está iniciando a carreira acadêmica, não é tão simples. Rascunhos e mais rascunhos são produzidos, textos de várias laudas e parágrafos são cortados e mudados de lugar para, enfim, se criar um “corpo” que se tornou dissertação.

Além disso, a escrita, no mestrado, se torna coletiva à medida que as vivências são compartilhadas nas conversas cotidianas e nos rascunhos que são lidos e corrigidos pelo orientador e pelos amigos. Nesse sentido, escrever me deu condições para continuar de modo mais fluido, tentando praticar a escrita como um “treino de si” (FOUCAULT, 1992). Um treino que articula pensamentos em posicionamentos. Conforme Rolnik (1993), o pensamento é fruto de esforço, que se dá por meio das marcas que são deixadas em nosso corpo, nos inúmeros encontros que se tecem em nossas experimentações pela vida. Escrever também é colocar no papel aquilo que marcou nosso corpo em vibrações, que, nessa pesquisa, também é resultado dos encontros com algumas pessoas que vivem nas ruas da cidade de Fortaleza. Nesse sentido, a escrita dessa pesquisa se tornou refúgio de inquietações e desassossegos advindos das andanças nos diversos espaços que a compuseram, seja em encontros na rua e em equipamentos de assistência social e de saúde, sejam na leituras e discussões em grupos de estudo. Tudo isso, ao se materializar em letras no papel, possibilitou vazão a misturas de sensações.

À medida que a dissertação foi sendo escrita, possibilitou visibilidade de vozes teórico-metodológicas, entremeadas as vozes de algumas mulheres em situação de rua, muitas deslegitimadas, cotidianamente.

Becker (2015) aponta que o processo de escrita está repleto de exclusões e escolhas: certa ideia adotada, palavras utilizadas, leituras feitas, programas e filmes assistidos. Desse

modo, o processo de escrita é um ato político, uma vez que “deriva das situações sociais em que as pessoas escrevem” (s.p). Assim, a escrita se torna múltipla ao considerarmos a pluralidade de vozes que possibilitam processos, inclusive o de certo isolamento para “amadurecer” sobre o que escrever.

Temos de lembrar também que a escrita desta dissertação se construiu em um cenário político-econômico bastante instável, especialmente, a partir do *impeachment* da ex-presidenta Dilma Rousseff, em 2016, seguido da prisão do ex-presidente Lula (investigado pela Operação Lava-Jato) e a vitória de um presidente de direita nas eleições de 2018. Tudo isso teve efeito perverso às políticas destinadas a pessoas em situação de rua e as populações empobrecidas do nosso país. A instabilidade desse momento político em curso se configura no recrudescimento de políticas arbitrárias e autoritárias, diminuição e retirada de direitos conquistados historicamente, mudanças em legislações e políticas que garantiam minimamente condições dignas aos mais empobrecidos, dentre outros. Isso afetou as Universidades públicas e seus integrantes punidos com cortes de bolsas de pesquisa científica, por exemplo, gerando incertezas sobre o adequado curso de estudos, pesquisas e ações de extensão.

Acrescente-se ao cenário político, um processo singular de adoecimento da pesquisadora, que me exigiu afastamento da escrita e da pesquisa do mestrado de modo geral. Com isso, houve perdas em relação a intensidade da dedicação à pesquisa, e, portanto, quando pude retomar a pesquisa, precisei de um tempo para mergulhar novamente em seu ambiente, tornando a me envolver mais intensamente. Mas o fiz, retomando o que já havia escrito, rememorando caminhadas e conversas. Todos esses acontecimentos políticos e pessoais, produziram efeitos importantes nas condições que possibilitaram a pesquisa que apresento como dissertação, nas políticas públicas e no cotidiano de todos nós cidadãos brasileiros.

Assim sendo, não há como ficar alheia aos atuais acontecimentos que o país sofre, muito menos ignorar tudo que enfrentei com minha saúde, e produzir uma escrita asséptica, visto que esta pesquisa trata da visibilidade de mulheres em situação de rua, que mistura-se a minha vida de mulher. Somos mulheres, que sofrem cotidianamente diversas violências de gênero, raça e classe social, ou seja, como um dos públicos mais afetados por essas mudanças políticas arbitrárias.

Mesmo com todos esses cenários, essas mulheres na rua e outras mulheres nos espaços acadêmicos resistem. Cheguei ao final do Mestrado e espero que esta dissertação seja mais um convite a construirmos maneiras de resistir às diversas “máquinas mortíferas” que presenciamos no cotidiano da vida, para que possamos vislumbrar dias mais dignos a serem vividos.

A dissertação está organizada em seis capítulos que apresentamos resumidamente aqui:

O capítulo 1, nomeado de introdutório, discorremos sobre o processo de como a dissertação vai se formando, os motivos pelos quais a temática foi escolhida, os objetivos da pesquisa, os referenciais teóricos e por fim, duas cenas que se fizeram durante as andanças que foram fundamentais para abrir espaço para a produção desta dissertação.

No capítulo 2, nomeado de metodológico, trouxemos pressupostos teóricos-metodológicos das “práticas discursivas” propostas por Foucault (1986), além das experimentações das andanças realizadas para ter acesso às mulheres que vivem nas ruas de Fortaleza. Os recursos metodológicos que fizeram parte da produção do *corpus* da pesquisa foram: observações, conversas no cotidiano e entrevista narrativa. Todos são utilizados em estudos e pesquisas do NUCED/UFC, do qual fazemos parte e os discutimos. Das observações e conversas no cotidiano surgiu um roteiro de perguntas divididos em dois itens: a) relatos sobre o cotidiano da rua e b) relatos sobre o cuidado em saúde. A partir das entrevistas, construímos “mapas dialógicos”, com o intuito de dar visibilidade as práticas discursivas produzidas no modo como as mulheres falam e vivem no cenários das rua.

Ainda no capítulo 2 apresentamos os aspectos formais da pesquisa que envolvem certa burocracia de submissão ao Comitê de Ética, aspectos éticos do ato da pesquisa e seus efeitos, os locais de estudo e participantes da pesquisa, além de discutirmos sobre a modalidade de “Estudo de Caso” como modo de singularizar as histórias de vida das duas interlocutoras principais da pesquisa.

No capítulo 3 e 4, chamados de “teóricos” com título: 1) “de ‘sofredores de rua’ e ‘vagabundos’ para ‘cidadãos’” e 2) “políticas de cuidado: sobrevoando a Política de Atenção Básica”. Discutimos, respectivamente, como condições sociais facilitaram a exacerbada ocupação de pessoas nas ruas e os desdobramentos da Política de Atenção Básica, sobretudo, no que se refere a saúde da população de rua com a regulamentação do Consultório na Rua, em 2011/2012.¹

No capítulo 5, nomeado como “analítico”, foram produzidos os “mapas dialógicos”, por meio de quadro sequencial de entrevistas narrativas que realizamos com as duas mulheres. Como referência utilizamos duas categorias de análise: a) “cotidiano da rua” e b) “cuidado em saúde”. Estas se desdobraram em subcategorias: a) “redes de apoio em itinerários”, b) “itinerários a pé”, c) “vida na rua e aspectos anteriores a isso”, d) uso de substâncias e)

¹ Em sua implantação inicial, os consultórios de rua foram designados à Coordenação Nacional de Saúde Mental. Mas em 2012 passaram para atenção básica e foi aí que começaram a ser articulados.

“dificuldades e oportunidades no cenário da rua”; f) “cuidados formais e equipamentos de política pública”, g) “cuidados informais e ‘redes de amizade’”.

Finalmente, no capítulo 6, chamado de considerações finais com o título: “considerações de uma mulher sobre a pesquisa e o encontro com outras duas mulheres” compreendeu-se que o cuidado em saúde no cotidiano da rua se faz por meio de redes de amizade que dentre os resultados produzidos na pesquisa, por meio dos mapas dialógicos, constatou-se que as dificuldades e oportunidades no cenário da rua se imbricam nos momentos de cuidado em saúde, ou seja, não há momentos distintos de lazer, corres e de cuidado em saúde. A todo momento, as redes se entrelaçam. Momentos de lazer, corres, conflitos, usos abusivos de álcool, prostituição, redes de solidariedade estão imbricados.

Assim compomos o trabalho no desejo de unir forças ao lado dessas mulheres, em seu autocuidado.

1 INICIANDO OS (DES) CAMINHOS

1.1 Sobre as experimentações que possibilitaram a produção desta dissertação

Inicialmente, as experimentações que levaram à pesquisa partiram, de minha inserção no curso de Psicologia, onde me envolvi em discussões direcionadas à ênfase chamada “Psicologia, Sociedade Civil e Direitos Humanos”, no eixo denominado “Clínica Ampliada”. Assim, inseri-me em debates e grupos de estudos no campo da saúde, especificamente, em temáticas relacionadas à reforma psiquiátrica e redução de danos. Então, no último ano da graduação, por meio dos estágios finais do curso, tive a oportunidade de adentrar no cotidiano de um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras drogas (CAPS-ad), em Fortaleza, no qual, segundo os profissionais do serviço, aproximadamente, 70% das pessoas atendidas estavam em situação de rua. Nesse local de atuação, desenvolvi, junto com outros estudantes de Psicologia, orientações de Apoio Institucional com o intuito de contribuir com a prática dos trabalhadores daquele serviço. O Apoio Institucional é um método de cogestão que analisa os processos de trabalho no sentido de aprimorar e melhorar os modos de fazer saúde de forma coletiva (BARROS; GUEDES; ROZA, 2011). Dessa maneira, as orientações foram fundamentais para colocar em discussão o modo como as pessoas em situação de rua eram acolhidas no serviço, bem como pensar coletivamente estratégias de cuidado, mesmo com percalços, tais como: dificuldades de adesão de profissionais para atuar extramuros e, por vezes, ausência de infraestrutura para esse tipo de serviço (Ex.: não havia carro permanente para “fazer visitas”).

Ao me envolver no cotidiano daquele serviço, mais especificamente no acolhimento, nas reuniões de equipe e em alguns grupos “terapêuticos”, percebi fragilidades na assistência a esse público, como por exemplo: práticas de alguns profissionais com ênfase na abstinência do uso de substâncias, desconsiderando a singularidade das pessoas atendidas e prerrogativas da Política de Atenção integral ao Usuário de Álcool e outras Drogas (2004), tais como: “não condicionar a oferta de cuidados à exigência [...], à abstinência, respeitando o momento e o desejo do usuário, utilizando estratégias de redução de danos e baixa exigência, evitar juízos de valor moral [...]” (BRASIL, 2015).

Além disso, essas pessoas não eram atendidas em relação às suas demandas por alimentação e higiene e a articulação intersetorial com as políticas de assistência social, como os Centros de Referência da Assistência Social (CRAS), Centros de Referência Especializado

de Assistência Social (CREAS) e os Centros de Referência Especializado para a População em Situação de Rua (Centros POPs) era deficitário, dificultando mais ainda o acolhimento delas.

Conforme Junior *et al* (1998), os serviços de saúde, em vez de se aproximarem das pessoas em situação de rua, acabam afastando-as, por elas não se adequarem às normas dos locais e pelas posturas inadequadas de alguns profissionais de saúde no atendimento. Essa situação descrita, instigou-me a pesquisar o que aconteceria fora desses equipamentos formais de saúde e questionar que cuidados as pessoas que moram nas ruas teriam em relação a si.

É importante salientar que, formalmente, segundo a Política Nacional para a População em Situação de Rua (2009) vigente há época, denomina-se pessoas em situação de rua:

[...] grupo populacional heterogêneo que possui em comum a pobreza extrema, os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados e a inexistência de moradia convencional regular, e que utiliza os logradouros públicos e as áreas degradadas como espaço de moradia e de sustento, de forma temporária ou permanente, bem como as unidades de acolhimento para pernoite temporário ou como moradia provisória (BRASIL, 2009, p. 1).

Portanto, inúmeras questões se colocam às políticas de cuidado das pessoas que moram nas ruas, principalmente ao se considerar características específicas desse público, conforme dito acima. No que se refere às práticas profissionais, nota-se a inabilidade de alguns no acolhimento, reproduzindo práticas discriminatórias e de higienização e de controle (prescrições de modos de viver sem considerar as singularidades), além de “exigências de que as pessoas tomem banho para que venham a ser atendidas, a necessidade de que estejam acompanhadas, as negativas em fazer procedimentos por receio de contaminação, etc.” (COSTA, 2005, p.9). Acrescente-se a esse quadro a precarização das condições de trabalho desses profissionais (muita demanda de atendimentos, instabilidade no emprego, ambiente tenso por causa de pessoas filiadas às facções diferentes, etc.).

As pessoas em situação de rua, em vista do tratamento que recebem nos serviços, compreensivelmente recusam-se a acessar algumas estratégias das políticas públicas, como por exemplo: a “oferta” de pousadas sociais, abrigos e albergues. Conforme o “I Censo e Pesquisa Nacional” (2009), 46,5% das pessoas em situação de rua preferiam dormir na rua com a justificativa de falta de liberdade dentro desses serviços com horários rígidos de entrada e saída. Para mais, 54,5 % sofreram discriminação e foram impedidos de acessar a rede de saúde, entrar em outros órgãos públicos, transporte coletivo, shopping center, bancos, tirar documentos, etc.

Desse modo, um dos desafios postos às políticas acerca dessa problemática diz respeito a formação de profissionais que deve ser pautada em compromisso ético-político,

qualificando ações que convirjam para a invenção de novos modos de vida dessas pessoas, além do deslocamento de concepções tradicionais sobre o cuidado em saúde delas e a produção de novos “itinerários” que considerem os modos de vida singulares delas, gerando possíveis rupturas nas maneiras de fazer saúde (LEMKE; SILVA, 2011).

Corroborando com Lancetti (2014), existem pessoas que não se adequam a determinados protocolos clínicos convencionais dos serviços e, com isso, profissionais são convocados a reinventarem e flexibilizarem suas práticas. Essa situação particular pode se referir ao trabalho com pessoas que vivem nas ruas, visto que escapam completamente de definições reducionistas e homogêneas, uma vez que seus códigos, muitas vezes, são diferentes dos impostos em instituições: horários rígidos, certa higiene, circulação restrita, entre outros.

Isto posto, os (des) caminhos percorridos em leituras, conversas nas reuniões de orientação, com profissionais do Centro POP e com as próprias pessoas que vivem nas ruas apontaram-nos para os modos de vida das mulheres em situação de rua. Assim, o projeto inicial que tinha o intuito de pesquisar “estratégias de redução de danos produzidas por pessoas em situação de rua”, mudou para “práticas de cuidado em saúde produzidas por mulheres em situação de rua”, pois as leituras indicam que há pouca visibilidade sobre essas mulheres em pesquisas, especialmente, por serem “minorias” nesses espaços. Isso se confirma pelo “I Censo e Pesquisa Nacional” (2009): as mulheres constituem 18% da população em situação de rua. Certamente, nem todas fazem uso compulsivo de drogas. Portanto, a mudança da pesquisa para “práticas de cuidado em saúde” em vez de “redução de danos” justificou-se, possibilitando múltiplas conexões sobre o cuidado em saúde no cenário da rua.

O “I Censo e Pesquisa Nacional” (2009) apontou também que o cenário da rua implica inúmeros desafios para a vida de mulheres que nela vivem, principalmente quando têm filhos, pois 20% delas, entrevistadas na pesquisa, “eram responsáveis por alguma criança e/ou adolescente na rua e/ou albergues”, enquanto que apenas 4,3% homens estão na mesma situação. Além disto, a situação das mulheres é mais complexa em relação a dos homens, pois as políticas públicas direcionadas a elas se limitam a aspectos reprodutivos e de maternidade, desconsiderando outros como questões como, por exemplo, violências de gênero. Bem sabemos que em função desse tipo de violência as mulheres sofrem práticas discriminatórias (ROSA, 2012). Exemplo disso, foi um episódio que presenciamos em uma praça onde desenvolvemos a pesquisa: uma das mulheres que acompanhávamos sofreu violência de gênero, cometida por um rapaz que vivia em outra praça. Acompanhamos essa mulher ao serviço de acolhimento às mulheres em situação de violência, que inicialmente foi bem recebida por profissionais do local, porém quando estes souberam que a mulher estava vivendo na rua, encaminharam-na para o

Centro POP, afirmando que esse equipamento é mais adequado para mulheres “domiciliadas” nas ruas. Diante da negativa em ser atendida, ela resolveu não o denunciar com medo de sofrer represálias e criou a estratégia de ficar pela manhã na praça onde foi agredida e à noite se retirar de lá e dormir na casa de um familiar.

Ainda uma observação importante: suspeitamos que, mesmo que a mulher citada fosse acolhida pelo serviço que a rejeitou (uma casa de apoio às mulheres vítimas de violência), pela postura dos profissionais e aparente rigidez do equipamento, a dinâmica nômade da mulher em situação de rua, acabaria por levá-la a ser rejeitada por não se adequar ao serviço institucional.

Retomando o Censo, agora no que se refere aos cuidados de saúde e higiene, a pesquisa mostrou que 35,54% das mulheres afirmaram ter problemas de saúde (homens foram 28,6%). Os problemas de saúde mais citados foram: sofrimentos de ordem “psiquiátrica” (9%), hipertensão (8,3 %), diabetes (8,3 %), problemas de visão/cegueira (5,1%) e AIDS (5,1%). Em relação ao uso de medicamentos, a pesquisa mostrou que 27,8% das mulheres fazem algum uso (homens 17,04%). Com relação a higiene pessoal é importante registrar que mais da metade das mulheres, preferem tomar banho em locais com privacidade (BRASIL, 2009), indicando, preocupação com os riscos que podem correr, quando se expõem publicamente.

Diante da relevância do tema, constituímos a pesquisa com o seguinte formato:

Quadro 1 – Problemática da pesquisa, objetivo geral e objetivos específicos

Problemática da Pesquisa	
Quais práticas de cuidado em saúde mulheres que vivem nas ruas de Fortaleza têm, em relação a si?	
Objetivo Geral	
Conhecer práticas de cuidado em saúde que estão presentes na vida cotidiana de mulheres que vivem nas ruas de Fortaleza.	
Objetivos Específicos	
Identificar práticas de cuidado em saúde dessas mulheres.	Acompanhar as redes imbricadas em possíveis práticas de cuidado em saúde.

Fonte: Elaborado pelo autor.

Como referência importante utilizamos as produções da filósofa Annemarie Mol (2008)² acerca do conceito de “cuidado”. Na literatura, há várias concepções de “cuidado”, principalmente adotadas por autores advindos do campo da Saúde Coletiva, como: Merhy (2002) em suas discussões sobre tecnologias “leves” e “duras”; Ayres (2004) com seus textos sobre interações nas práticas de saúde; Pinheiro, Mattos e Gomes (2005) sobre acolhimento e vínculo e Sá (2009) sobre a intersubjetividade na saúde, dentre outros. Segundo Mol (2008), o cuidado no contexto da atenção à saúde é relacional e múltiplo, ou seja, se faz em relações

² Tendo em vista se tratar de uma obra ainda não traduzida optamos por nos ater as análises de Spink tal e Mélló tal, sobre a obra de Mol citadas.

interpessoais e sempre com inúmeras possibilidades relacionadas aos seus efeitos (MÉLLO, 2018). Para esta autora, existem duas lógicas para lidar com processos de adoecimentos: “lógica do cuidado” e a “lógica da escolha”. A lógica da escolha possui duas vertentes: “mercado” e “cidadania”. A primeira vertente diz respeito a considerar o paciente como clientes. Nesse caso as possibilidades/opções de tratamento são dadas/ofertadas pelos profissionais de saúde, e os “pacientes” /clientes precisam fazer certa escolha. Não se considera relevantes os valores singulares dos pacientes. A segunda vertente, “cidadania”, diz respeito ao direito à saúde, ou seja, as relações são produzidas por meio de “contratos” já que a saúde é um dos bens preciosos da vida e por políticas do Estado. Seja por sermos considerados clientes ou cidadãos. A lógica da escolha é a de que os médicos, por exemplo, nos oferecem qual o tratamento, e nós, os pacientes devemos dizer que aceitamos, assim, em uma relação judicializada (MÉLLO, 2018), permitindo que os médicos se sintam confortados caso o tratamento não dê certo, pois, como o paciente, aceitou/escolheu o tratamento indicado, este se responsabiliza pelas consequências ruins que daí advierem.

Quando se trata da “lógica de cuidado”, aumenta a complexidade da situação, seguindo Mol (2008). A “lógica da escolha” considera os pacientes todos iguais, com necessidades iguais. Exemplo disso são as práticas em saúde universalistas de “bem-estar”. Já a “lógica do cuidado” considera os pacientes como singulares, ou seja, com especificidades (SPINK, 2015; MÉLLO, 2018). A tônica de que “cada caso é um caso” faz sentido na medida em que o sujeito é singularizado, e, por consequência o tratamento também o é a partir de práticas (SOUZA; MACERATA, 2015).

Sendo assim, o desafio é propor essa noção de “cuidado” para pessoas que vivem nas ruas, que estão fora dos moldes tradicionais de saúde. Ao lidar com esse público, sobretudo, com mulheres que vivem nas ruas, sugerimos que a lógica de cuidado produzida no contexto da rua se faz por meio de “amizade”: articulações advindas de amizades favorecem que as mulheres, por exemplo, consigam tomar banho, alimentarem-se, realizar consultas médicas, obter medicamentos, etc. Ou seja, para essas mulheres, o cuidado de si se faz em modos “informais” advindos de “redes de amizade” cotidianas. Certamente isso acontece porque ocorrem diversas dificuldades no acesso dessas mulheres às políticas de saúde e assistência existentes. Até o viés de cidadania que poderiam favorecer cuidados em saúde são conservadoras e excludentes em relação as mulheres que tem vida nômade nas ruas. Nesse caso, mesmo a “saúde cidadã”, tem viés “curativista” e moralista. Este é o caso exemplar das atuais Política de Saúde Mental e da Política Nacional sobre Drogas do governo Bolsonaro, que põem em xeque a pertinência do SUS, tratamentos em liberdade e com autonomia de quem é cuidado.

A atual Política de Saúde Mental e de Álcool e outras Drogas (2018) considera os hospitais psiquiátricos e as comunidades terapêuticas como parte da RAPS (Rede de Atenção Psicossocial), algo que na política anterior, de 2012, baseada na lei federal 10.216 (Reforma Psiquiátrica) não permitia, pois a RAPS trabalha na perspectiva do cuidado em liberdade e com serviços substitutivos a internações manicomialis.

A atual política discriminatória e excludente do governo federal permitiu a criação da Frente Parlamentar Mista em Defesa da Nova Política Nacional de Saúde Mental e da Assistência Hospitalar, que inclui as comunidades terapêuticas no Plano Plurianual (2020/2023). Agora, a perspectiva de cuidado das políticas públicas de álcool e drogas, enfatiza a centralidade de serviços privados com a prerrogativa de isolamento social e fortalecimento de ações proibicionistas e militarizados, por meio do Programa Educacional de Resistência às Drogas (PROERD) desenvolvido por militares, amparado em internações involuntárias e na perspectiva de abstinência total como único modo de lidar com o uso abusivo/compulsivo de drogas, desconsiderando completamente práticas de redução de danos e esvaziando o debate acerca da legalização de drogas (DCM, 2019).

Além disso, o desmanche no campo das políticas de saúde se amplia com a extinção do Programa Mais Médicos, a extinção, em abril, do Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento da Política Nacional para a População em Situação de Rua que, em junho, o governo voltou atrás e foi mantido, por pressão dos movimentos sociais, assim como outras (comissões, conselhos, fórum colegiados), a nova portaria 2.979/2019 que institui o Programa Previne Brasil, definindo novo modelo de financiamento da Atenção Básica que levará em consideração apenas a população cadastrada na equipe de saúde da família e equipe de atenção primária, com delimitação geográfica definida pelo IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), pagamento por desempenho, o NASF não é citado, deixando suspensa se continuará ou não na política, dentre outras decisões controversas.

Desse modo, toda tentativa de projeto de sociedade mais justa e solidária, foi excluído desse atual governo sectário, racista, arbitrário e proibicionista. Agora, a tônica é: práticas preconceituosas e discriminatórias, guiadas por viés religioso fundamentalista e moralista. Foram realizadas mudanças em políticas públicas que sequer tiveram oportunidade de serem totalmente implementadas de modo mais consistente como os Consultórios na rua criados em 2011/2012 (BRASIL, 2012). Outra mudança se relaciona a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) que entrou em vigor, em 2017, efetuada pelo governo anterior e com alterações importantes em relação a PNAB (2011) e que será discutida sobre os efeitos no cuidado em saúde das pessoas em situação de rua.

Foram mudanças que acarretaram configurações as práticas de atenção à saúde, atingindo, principalmente, os mais empobrecidos. Dessa maneira, o que percebemos são decisões e mudanças que favorecem uma pequena parcela da população com ideais neoliberais, produzindo efeitos avassaladores na estruturação das políticas de saúde. Somos nós usuários do SUS, profissionais, ativistas, acadêmicos, servidores públicos, movimentos sociais que ainda resistimos contra esses “tsunamis”, na tentativa de retomada de um projeto de sociedade menos desigual. Acreditamos na aposta da micropolítica dos encontros que os espaços de resistência se fortalecem e tomam fôlego para continuar.

1.2 Palavras e letras nômades em composição: abrindo espaço para a dissertação

1.2.1 Cena de um diário de campo que se interconecta no centro pop e rua: “fechaduras, grades, cadeados e violências”

Fechaduras, grades e cadeados vigiam aquele lugar que lembra um presídio. O barulho do portão, de cor preta, só confirma o que os ouvidos escutam. Passos entram no pátio. Certos olhares se encontram e outros se desencontram. Bancos, cadeiras, mesas e banheiros compõem o pátio. Desenhos nas paredes quebram a acidez do local. Piso de taco e decoração do lugar remontam ao século passado. Sofá branco encardido e armários lembram uma recepção. Avisos nas paredes lembram normas de convivência. Cadastro do Bolsa-família e Benefício de Prestação Continuada (BPC).

Movimentos de pessoas fazem parte do lugar. É hora do lanche e mais tarde virá o almoço, mas antes tem uma oficina e só come quem participar. Um círculo de pessoas se forma e o vídeo “Vida de Maria” projeta-se aos nossos olhos.

Chegou o almoço. O cardápio varia: carne moída ou frango. Uma funcionária diz: “E é se quiser! ”.

Um círculo se formou constituindo um “grupo de sete mulheres”. Uma das mulheres pergunta: o que vamos aprender como uma psicóloga? [Silêncio]. A psicóloga diz: “alguém sabe o que é redução de danos? ” Discutem sobre redução danos com drogas e com outros fatos da vida e uma das mulheres diz: eu já fui estuprada! Todas reafirmam: eu também já fui estuprada. [Silêncio]. A conversa seguiu sobre exemplos de violências cometidas contra mulheres e redução de danos no campo da sexualidade. Uma das mulheres ao final do grupo

disse: gosto mais desse grupo do que do geral que tem homem. O grupo foi encerrado, mas as conversas continuaram em outro dia com a temática Lei Maria da Penha.

Caminhando na rua: armas e facas compõem o cenário da rua, assim como asfaltos, bancos, árvores, ventos, animais, sonhos e redes de solidariedade. Na praça a vida pulsa. Leis próprias da rua abrem e fecham cadeados. A noite é uma criança. Os corres também. Maconha. Crack. Barrigudinha. Só assim pra aguentar a rua.

Ainda na rua, Maquiagem cobre rugas desgastadas pela idade e pela vida na rua. As rachaduras nos pés dão pistas do tempo nas ruas. Passos largos e fortes contornam as ruas da Avenida José Bastos que mudam de acordo com o nascer do sol. Aqui rola prostituição. Ser travesti é um modo de vida. As meninas moram tudo nessas casas, oh! Conversa vai e conversa vem. Suor pingando e as pernas cansando. As ruas são diferentes a pé. Frio, sede, cansaço e vontade de fazer xixi. E agora?

Agora no Posto de Saúde. “Aqui estão as caixas de camisinha”, dia a técnica do Posto a uma mulher que acompanhei. A mulher diz orgulhosa: “Essa é minha psicóloga”. Voltamos para as ruas: olhares nos percorrem. Curiosos, desejo ou repulsa? Forte calor: suor aumenta e a sede bate. Água derrama no copo. Ah! [Retomamos o fôlego]. Pés continuam andando...

A rua é como montanha-russa. Sofrimento. Alegria. Sofrimento. Morei seis anos até ela me levar pra casa dela. Colchão. Crack. Pó. A prostituição me acolheu. O amor me acolheu. Tô morando lá no centro. Rio de Janeiro, São Paulo, Fortaleza. Selvas de pedra. O sangue de Dandara e Erika nos acompanham. Fechaduras, grades e cadeados nos acompanham.

Mais um dia o sol chega. Pombos pousam no pátio, roupas são lavadas e desencontros acontecem. O abre e fecha do portão de cor preta é rotineiro. Hora do lanche e depois o almoço. Gargalhadas, cochichos e buchichos. Crianças, adultos ou as duas coisas?

Testas franzidas e mais desencontros. Funcionários nômades. Vidas precárias. Dignidade? Pobres atendem pobres. Regras de convivência como receitas de bolo são ensinadas. Moralismo? “Esse não tem mais jeito. “Voltou pra rua de novo. ” A rua é melhor que tá em casa. Essa é a psicóloga que tá participando com a gente. Calada. “Que eu saiba se pesquisa assim quando é com planta. ”

Precariedade. Sonhos. Ajuda mútua. Tô passando mal! Liga pro SAMU. Cadeiras voam e facas se mostram. Furadas e mortes são partes da vida. Territórios se misturam. Brigas são evitadas. Cada um no seu quadrado.

Conversas, risos, pinturas e brigas. Costume da rua vai à praça. Oficina do dia da Mulher. [Você é uma pessoa importante!]. Agressividade, delicadeza e sobrevivência na rua. Medos, frio na barriga e sonhos. Sexta é dia de cachaça e cerveja.

Encontros e mais desencontros contornam o vínculo na rua e fora dela, assim como fechaduras, grades e cadeados. Ela aceita, mas tem olhar desconfiado. Não sabe ler, mas faz caça-palavras. Pele ressecada. Magreza. Chicungunha. Violência de gênero e gravidez. Se esconde. Paróquia. Beco da Poeira. Centro POP. Mais um itinerário escapa da Academia. Entre fechaduras, grades e cadeados a vida continua. Uma vai pra lá e outra vai pra cá.

Figura 1 – Espaço externo



Fonte: Arquivo pessoal da autora.

Figura 2 – Recepção



Fonte: Arquivo pessoal da autora.

1.2.2 Cena de um diário de campo que se interconecta na praça: “cotidiano à céu aberto”

Benfica. Time. Cidade. Bairro. Lugar que tem cheiro de aconchego. Gente. Gentil. Gentilândia. “É tudo uma coisa só”. Praça. Calçada. Pé de árvores. Frente de lojas. Alpendres. Prédios. Casas antigas. Ainda existem casas em Fortaleza.

Reitoria. Universidade. Paróquia Nossa Senhora dos Remédios. Benfica remedia as tristezas. Quinta a sábado o bairro acorda. Domingo a quarta o bairro hiberna. Mangueiras, periquitos e gentes movimentam o bairro. Seja dormindo, acordado ou morto.

Tinha até Hospital de loucos. Buft! Demolido. Lá se vai uma memória do bairro Residencial Aquarela. De aquarela não tem nada. “Deuzulivre morar ali! Morreu muita gente”. Ah! se o bairro tivesse olhos e ouvidos! Quem garante se num tem!

Cantinho Acadêmico. Praça. Moradia. E praça é lugar de gente? É sim e há uns vinte anos. Carros, ônibus, bicicletas e pés contornam o bairro todo santo dia. Culinária da Van. Paraíba-bar. Mercado do café. Toca do coelho. Biroska. Consertamos Disco Voador. Valha, e disco voador tem concerto?!

Concha Acústica. Museu de Arte. Casa Amarela. Restaurante Universitário. Famoso RU. Escola Técnica que agora é universidade. Gato preto. Aparelho 64/68 que agora é Casa Vândala. “[...] E assim, tudo muda mesmo sem mudar [...].” Rua das Xerox. Escola Juvenal Galeno. Shopping Benfica. Ferro-velho. Casa de Cultura. Paradas de ônibus. Oh saudade!

Núcleo de Estudos sobre Drogas. NUCED. Poleiro. Atchim! Esse prédio tá condenado! Viuxe, vai todo mundo pra cadeia?! Tirando uma Panca. Oficina de Fanzines. Oficina da Boa Viagem. E as ferramentas? Lápis, cola, fita gomada, barbante, água, maquiagem, drag-queen...Jurema. Planta. Boneca. Professora.

Varal da Redução. Food e Troca. Sedanapo. Spots. Putas. Kit sniff. Kit Redução de Danos. Bazar. Festa Junina. CUCAS. Onde tudo começou! Sol da Barra. Lagoa da barra. Morro Santiago. Janguras. Chá das 16:20. “Os 10 minutos de atenção que vocês dão, já é muita coisa pra esses meninos!” Oficina do Melaço. Seu Gereba! Eita, quanta coisa, ufa! [Sem fôlego]. Sem as meninas, isso não funcionava!

Sem seguro de vida. Sem INSS. À deriva. Bolsa-auxílio. Colete-auxílio. NUCED-auxílio. Dá pra sobreviver! E o risco? “Se tá na chuva é pra se molhar”. Medo. Itinerários. Alguém tem que fazer. Lá vai!

Pés caminham pelo chão da universidade. Chão de pedra. Sobem e descem calçadas. Passa pelo Cantinho Acadêmico. Atravessam a avenida. Chão de praça. Medo. Frio

na barriga. Como chegar? Olhares curiosos como se perguntassem: quem é aquela? Suor nas mãos. Ansiedade. Um gole d'água. Olha ao redor. Bar aberto. Pouco movimento. Os hippies acampam ali. Pessoas caminham pela praça. Pessoas conversam na praça. Mais um gole d'água. Bancas de revistas abertas. Jogo de futebol na quadra. Policiais rondando. Melhor ir embora.

Oiii. Não te vi mais no Centro POP. Colchões no chão. Cachorros latem. Essa é minha amiga. Ninguém faz nada com ela! Mora aonde? Aqui mora mais de cinquenta pessoas. “Fora os catadores que se encostam pra dormir mais tarde”. Na quadra mora gente. Aqui na ‘academia ao ar livre’ mais um bocado. Ali moram os hippies. Dorme aonde? Com licença. Lá não dá certo porque tem gente de outros cantos.

Olhares ainda desconfiados. Essa é minha psicóloga. [Sou?] Aqui vinha uma mulher também. Tá escrevendo um livro. Cadê os azulzinhos? Tá aqui, oh! Vai com areia mermo! [Risos]. Quer baseado? Quer vinho? Posso não, tô trabalhando. Eu também!

Oh abraço bom! Olha, trouxe essas roupas e absorventes. Banho na universidade. Banho no Centro POP. Banho na mulher ali. Cadê a fulana? Foi comprar as verduras pro almoço. “Mar menino, todo folgado na rede!”.

Tapa na cara. O que foi que fiz senhor? Mulher reclamou que tu tava nu na praça. Cadê os documentos? Moro na rua e é o único lugar pra me trocar. Se não quer isso, então me arranja uma casa! Enquanto uns pedem uma casa, outros fazem dali sua casa. Santos. Armário. Rede. Cachorros. Colchões. Cadê o armário com as coisas? Levaram minhas coisas. Pastora há um tempão.

Segundo mês. Quer açaí? Pera que dou num copo. Hum, é bom! A banca ali dá pílula pra gente. Quem são “os meninos”? Os que vendem. Ah sim! Olhares ainda desconfiados. Medo. Colete protege. Carteira de estudante protege. O não-dito protege. Protege de quê? Eles de vez em quando dão uma batida na gente. Medo. Camisinha. Lubrificante. Fanzines. Sedanapo nem pensar!

Tu namoras? Tô com ele porque ele não sabe se virar só. Mora na rua desde os quinze anos. Cicatrizes pelo corpo. E as do coração? [Reflexão]. No dia que aquele bateu na minha cara, ele quase dá nele. Pera, venho já! O que tu foi fazer ali? Não...nada não. Tu viu? Vi não. Estranhei que tu sumiu! [Silêncio].

“O que os olhos não veem o coração também sente. Pois há coisas que só conseguimos ver de olhos fechados. Coisas que podem estar muito perto: dentro de nós mesmos. Ou, então, longe demais: em mundos recém descobertos [...]”

Olha o almoço! O que é hoje? Macarronada. Quer? [Gaguejo] Uma amiga chamou pra almoçar, obrigada! A gente ganha é muita coisa do pessoal daqui. Ganhamos esse tempero

que tá vencido, mas dá pra usar. Diarreia. Febre. Chicungunha. Pra onde ir? A gente vai no posto perto do canal. Como alguém doa algo vencido? Mar menino, dão até calcinha usada! [Reflexão].

Terceiro mês. Bancos da praça, mangueiras, sombra. Fazia tempo que não me sentava em praça. Manhã calma...Batida. Viuxe, vamo lá. Eu não! Medo. Frio na barriga. Era um cartaozeiro. A polícia já sabe quando tá sozinho aqui. Me dá teu número. Tô precisando conversar. A gente marca um dia pra conversar aqui na praça. Chacina. Essa conversa nunca aconteceu! [Choro].

Duas praças. A das comidinhas e a dos hippies. Só isso? Agora aquela é a da chacina. Duas praças e uma coisa em comum: a vida. Plantas. Pássaros. Pessoas. Quiosques. Sobrevivência nas ruas, nos bares e nas calçadas. Praças ainda resistem em Fortaleza. Sem a colonização, teria praça aqui? [Reflexão] Praça é lugar onde a diversidade se encontra. Carnaval da Gentilândia. Sanatório Geral. Transacionais. Damas Cortejam. Feira Agroecológica. Bazar Itinerante. Pobre e Rico se misturam. A rua não é de ninguém. A rua é de todo mundo.

Quarto mês. Mais um dia. Último dia. Pra quem? Vem no dia quinze que organizo aqui uma roda pra tu palestrar. Frio na barriga. O que vou falar? [Reflexão]. Dia quinze. Bolo. Refri. Mesa. Cachaça. Ritual de Umbanda. Velas. Altar. Luzes dos postes da praça apagam. A roda se faz. Cânticos e palmas começam. Cachorro é batizado. 7 entidades. Medo. Mulheres tombam. Senhoras nos bancos de lá olham pro acontecimento. Gratidão. Choro. Comes e bebes. Despedidas. Passos vão.

Figura 3 – Praça da Gentilândia



Fonte: Arquivo pessoal da autora.

Figura 4 – Objetos de dormir na praça



Fonte: Arquivo pessoal da autora.

2 ANDANÇAS NO ASFALTO: CONSTRUINDO MÉTODO AO CAMINHAR

Deambular por uma cidade qual um caminhante solitário e por essas errâncias ir descobrindo o que nunca vemos. Instaurar um olhar, carne do mundo de uma cidade cotidiana que se torna estranha, estrangeira. Experiência única do sair pela rua procurando encontros com nossos personagens. (CHNAIDERMAN, 2000, n/p)

A epígrafe acima diz muito das nossas andanças por algumas ruas da cidade de Fortaleza e que iniciaram, durante a participação no Núcleo de Estudos sobre Drogas (NUCED/UFC)³ em 2016, além de leituras sobre a temática, idas a Secretaria de Direitos Humanos e Desenvolvimento Social de Fortaleza (SDHDS)⁴ para preencher a solicitação de autorização de inserção nos Centros POP's, até as andanças que fizemos na praça do Ferreira, no centro da cidade, para acompanhar, de modo pontual, intervenções com residentes em saúde da Escola de Saúde Pública (ESP/CE). Foram inúmeras caminhadas, percalços, conversas, risadas e choros que possibilitam a produção desta pesquisa.

A pesquisa foi sendo construída à medida que mergulhamos no “campo-tema”, por leituras de artigos, teses, dissertações, jornais, livros, grupos de estudos, disciplinas, orientações, como as idas à rua e aos serviços de assistência social que acolhem pessoas em situação de rua, possibilitando múltiplos diálogos. Seguindo P.K Spink (2003), o “campo-tema” é conjunto de redes entrelaçadas e fluidas que conversam e negociam possibilidades, ou seja, não é apenas lugar geograficamente definido (é também), mas sim o lugar de argumentação, debates, consensos, dissensos sobre certo tema que se materializam em conversas, notícias, livros, revistas, etc.

Nesse sentido, essa dissertação se vincula a trabalhos, no campo da Psicologia, que dão ênfase a pesquisas no cotidiano (SPINK; MEDRADO; MÉLLO, 2002). Fazer pesquisa no cotidiano é mergulhar no vivido, transpondo a dicotomia sujeito/objeto, ou seja, é estar imerso no fluxo dos acontecimentos e ser parte também do processo. A potência do cotidiano não cabe dentro de procedimentos metodológicos rígidos, pois a vida pulsa e os acontecimentos são provisórios (FILHO, 2007). Além disso, mais do que apreendermos e representarmos as “realidades”, produzimo-las (ARENDETT, 2010; LATOUR, 2012; MEDRADO; SPINK; MÉLLO, 2014; MORAES, 2016).

Portanto, a imersão no cotidiano do Centro POP, possibilitou-nos arriscar um pouco como fotógrafa e psicóloga, ou seja, uma mesclagem de “personagens” que se produziram. E

³ Desenvolvendo ações de Redução de Danos.

⁴ Há época que desenvolvemos a pesquisa denominava-se Secretaria do Trabalho, Desenvolvimento Social e Combate à Fome.

mais ainda, o contato com as mulheres frequentadoras do serviço, produziu também certo deslocamento do lugar de “mulher” da própria pesquisadora (branca e universitária) e, por isso, com certos privilégios.

Assim sendo, corroborando com Moraes; Manso; Monteiro (2009), quando apontam que o processo de pesquisa “implica uma afetação recíproca: transformamos o outro e somos por ele transformados” (p. 103), expressamos, a seguir, os afetos e os deslocamentos que nos atravessaram durante esta jornada e que produziram outro olhar sobre os modos de vida, reverberando no nosso modo de fazer enquanto cidadã (o) -pesquisadora (o)-psicóloga (o).

2.1 Tornando-se pesquisadora: algumas considerações sobre os deslocamentos da pesquisadora e os efeitos na pesquisa

Os caminhos produzidos nesta pesquisa, levaram-nos a vários momentos, por vezes, beirando o insuportável ao nos deparar, cotidianamente, com situações limites e que nos fez questionar sobre o lugar da pesquisa diante de tantas violações de direitos a que as populações em situação de rua são submetidas, bem com o nosso lugar de pesquisadores que não podem calar diante disso. Por diversas vezes, fomos questionados por colegas e técnicos de equipamentos que percorremos, sobre o porquê da escolha em estudar essa temática. Foi uma via de mão dupla: escolhemos a temática, mas ela também nos escolheu, pois, os fios que alinhavamos teceram conexões que continuaram se entrelaçando e produzindo outras conexões que nos levaram a temática e a finalização da dissertação.

Inúmeras questões estavam em jogo nessas redes de práticas desse campo-tema e uma delas era o fato de haver uma pesquisadora “mulher” e as implicações disso quando se quer desbravar o desconhecido ou o não sabido peculiar de uma pesquisa. As mulheres do serviço e “das ruas” nos conectaram com diversos modos de ser mulher que são produzidos de acordo com as circunstâncias, ou seja, em certos momentos, elas (as mulheres que vivem nas ruas) são produzidas como agressivas e violentas, em outros momentos aparecem como vítimas de violências de gênero, já em outros, como companheiras/parceiras ou como mães, filhas, amigas, “usuárias” do serviço, e tantas outras possíveis maneiras de ser mulher, que não acessamos pelo corte temático e prático dessa pesquisa. Portanto, o contato com elas também nos fez questionar sobre os diversos posicionamentos no mundo como mulher, ou seja, enriquecedor e questionador a posição de mulher-pesquisadora-estrangeira em um mundo de conexões (a rua) em que, majoritariamente, é tecida por homens.

Um aspecto peculiar a condição de pesquisadora, se refere a muitos momentos em que houve medo de “habitar” certos territórios por conta de assédios e/ou receios de que estivesse se colocando em riscos. Por exemplo, ao reencontramos uma das mulheres no equipamento, ela contou que estava morando no Oitão Preto⁵; ao perguntarmos se poderíamos encontrá-la naquele local, a resposta foi bem enfática: “não, aquele lugar não é pra você, porque é muita gente usando crack e se prostituindo”. Precisamos refletir sobre que lugar é esse que não é para nós pesquisadores, mas é para aquela mulher e outras que estão em situação de rua como ela?

Ser estrangeira naquele mundo representado pelo “Oitão”, possibilitou também certa prudência de nossa parte na “livre circulação” de territórios, bem como despertou o cuidado das pessoas com as quais conversamos no período da pesquisa para com a pesquisadora. Assim, territórios que são considerados como caóticos e inóspitos, demonstram que possuem redes de proteção e solidariedade.

Não foram fáceis os encontros da pesquisadora com a realidade das pessoas que passou a conviver. Em certo dia, a pesquisadora foi convidada para conhecer a morada de um rapaz que vive nas ruas desde os doze anos de idade. Perguntamos como ele fazia para realizar suas necessidades fisiológicas nos finais de semana, tendo em vista que o Centro POP fecha e abre apenas na segunda e em horários comerciais. Ele nos respondeu: “muitas vezes, seguro a vontade, mas quando não dá, faço no lago próximo daqui”. Após esse diálogo, o choro da pesquisadora foi inevitável!

Diante disso, Barreto (2011) aponta que atuar com o público que vive nas ruas é estar imerso em ambiguidades. É estar entre a dor e da delícia de habitar esse mundo, pois nos deparamos com nossos próprios limites, seja como pesquisadora, seja na atuação como psicóloga em algum serviço de assistência ou saúde, seja na vida cotidiana, pois a complexidade desse campo de estudos nos desloca a todo instante e nos convoca repensar nossos modos de vida. Não é por acaso que certos profissionais entram em processo de sofrimento, pois não suportam as frustrações e impotências diante das injustiças sociais que esse público sofre e as negativas de alguns em não aceitar o cuidado ofertado.

Além disso, os saberes ditos “acadêmicos” são constantemente questionados por esse público que, historicamente, é tratado apenas como objetos passivos de pesquisas científicas. Contudo ao se adotar outra postura de pesquisa, corre-se o “risco” de recalcitrâncias, ou seja, do conhecimento científico ser colocado à prova pelos próprios pesquisados:

⁵Comunidade que se encontra no bairro Moura Brasil, localizado na Barra do Ceará e que se concentra uma grande zona de prostituição.

[...] para ser científico, o conhecimento deve expor o pesquisador a risco; um experimentador tem que correr o risco de que o seu laboratório venha a explodir com seu experimento, um terapeuta deve correr o risco de seu paciente inquiri-lo com um questionamento [...], etc. O conhecimento produzido deve buscar a recalcitrância em humanos e não-humanos, isto é, aceitar que as contestações ao trabalho do cientista sejam legítimas. Se você aceita tal base de ideias, a ênfase do fazer científico não é mais uma decisão na mão do pesquisador: a questão da recalcitrância impõe o respeito à contestação do outro ator, seja ele humano ou não humano. Emerge aqui a questão do interesse, daquilo que interessa, daquilo que é interessante (LATOURET, 2004 citado por ARENDT, 2010, p.34).

Uma situação em particular ocorreu no grupo de mulheres que era facilitado por uma Assistente Social e uma Psicóloga no Centro POP : o grupo ocorria as quartas-feiras e tinha a finalidade de discutir assuntos pertinentes ao cotidiano das mulheres que vivem nas ruas, pois elas se queixavam que no “grupo geral”, onde havia homens e mulheres, pouco se dava espaço para elas falarem. O grupo era dinâmico, ou seja, não havia quantidade exata de participantes (variava de 5 a 10 mulheres), além de haver bastante rotatividade. Toda semana eram discutidas temáticas diferentes sugeridas pelo grupo e/ou pelas profissionais e tinha duração de mais ou menos uma hora. Quando a Assistente Social apresentou a pesquisadora para elas, uma das mulheres participantes fez uma cara de estranhamento, daí quando explicamos a proposta da pesquisa, ela questionou o que iríamos aprender já que que ela não teria algo para ensinar a uma psicóloga. Esse questionamento foi disparador para refletirmos sobre o lugar da Psicologia na vida cotidiana da rua. Segundo Arendt (2010), não é a Psicologia que vai dizer sobre os sujeitos, mas sim, exatamente, o oposto em uma posição simétrica:

[...] nem ele (pesquisador) sabe mais, nem o sujeito pesquisado é suposto de tudo saber. É o problema interessante colocado pelo pesquisador que permitirá formular as perguntas que interessam ao pesquisado, estabelecendo uma relação que os conectará a outras proposições [...] (ARENDT, 2010, p. 35, grifo meu).

Possivelmente, essa indagação só foi possível porque nos colocamos em posição de saber menos vertical, possibilitando espaço de diálogo, uma vez que o saber da Academia é bastante criticado por ser desinteressado, isto é, sem implicação política. Sendo assim, é uma escolha política, pois apostamos no fazer falar aquilo que é cotidianamente silenciado por redes de poder advindas de epistemologias hegemônicas, e reconhecer que existem múltiplos saberes engendrados fora dos circuitos do saber científico, convocando-nos a postura ético-política questionadora (HUNING, GUARESCHI 2011).

Portanto, apostamos no rompimento de modos tradicionais e reducionistas de fazer pesquisa, os quais buscam por totalizações, dicotomizações e que dominaram historicamente a produção de conhecimento, silenciaram outros modos de fazer ciência e priorizaram perspectivas hierarquizadoras, sexistas e racistas.

Desse modo, a nossa pretensão em pesquisar mulheres em situação de rua é antes de mais nada ter outro olhar sobre as redes que se imbricam no cuidado delas, considerando as conexões produzidas como situadas e localizáveis, ou seja, são redes singulares e provisórias (HARAWAY, 1995). Essa proposta é formulada por Haraway (1995), a qual subverte o modo objetivista de produzir ciência. Para ela, a objetividade feminista não é ter olhar ‘neutro’ e distante de certo objeto, mas sim “trata da localização limitada e do conhecimento localizado, não da transcendência e da divisão entre sujeito e objeto” (p. 21).

Isto é, uma “política de posicionamento”, ou seja, não existe olhar desinteressado para determinado objeto, todo olhar tem posicionamento, parte-se de algum ponto de conexão. Até mesmo o modo desengajado, despretenso de ver/produzir determinado “objeto” é político, sendo uma maneira de silenciar/esconder determinadas argumentações (HARAWAY, 1995; ARENDT; MORAES, 2016). Assim, o fato de serem incipientes pesquisas e políticas públicas direcionadas às mulheres que vivem nas ruas, diz de um lugar de deslegitimação das práticas cotidianas dessas mulheres.

Sendo assim, a escolha por nos aproximar dessas mulheres e produzirmos de alguma maneira efeitos, seja na pesquisa, seja na vida delas e/ou nas políticas públicas é escolha política por favorecer visibilidade a essa problemática, tendo em vista que são mulheres que possuem marcadores de exclusão e estigmatização mais acentuados: mulheres negras e empobrecidas. Não abordaremos essa imbricação por não ser objetivo da pesquisa, contudo destacamos a importância de haver pesquisas direcionadas a essa temática e de estarmos inseridos nessa perspectiva crítica.

Portanto, realizar pesquisa com mulheres, é também nos colocarmos nessa rede de conexões, que se produzem desde o momento da escrita do anteprojeto, e se consolidam na dissertação, mesclando a pesquisa, pesquisadora, mulheres, metodologias e teorias.

Esses foram posicionamentos diante da pesquisa e da ciência que abriram caminhos e descaminhos na pesquisa, sendo que, ainda há um último aspecto que merece observação. Este se refere ao período em que estive afastada da pesquisa por motivos de doença. Foram tantos meses que sequer podia me dedicar a leitura do material produzido. Ser pesquisadora (o) é ser estrangeira (o), ou seja, é manter posturas de estranhamentos a tudo, inclusive ao próprio mundo acadêmico. Vivemos a tensão constante entre proximidade e afastamento: perde-se a possibilidade de conhecer se estivermos muito distantes; contudo, ao nos aproximar demais perdemos o que o estranhamento pode nos mostrar de potência (GUARESCHI; HUNING, 2011). Nesse sentido, o período de distanciamento, ainda que obrigatório, não me afastou da pesquisa, que presentifica-se e até serviu como motivação para enfrentar os

problemas de saúde e retornar ao Mestrado. Para a escrita da dissertação, o distanciamento da escrita, mas não da pesquisa, foi importante, pois, em alguns momentos, a afetação do trabalho na circulação nos territórios era tamanha que, por vezes, até dificultou a escrita: a pesquisadora impactada não conseguia maturar a experiência para escrever.

2.2 Aspectos éticos-legais

De algum modo, desde a apresentação da pesquisa vimos falando de ética e da postura ética adotada na nessa pesquisa. Agora no deteremos nas exigências legais da pesquisa.

O projeto desta pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética da Universidade Federal do Ceará e foi aprovado de acordo com a Resolução nº 466, de 13/06/2013 – “Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas envolvendo Seres Humanos”. Além das formalidades prescritivas que pesquisas no campo da saúde pressupõem, como a submissão supracitada e a assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE), a postura ética que tivemos durante o contato com as pessoas que vivem nas ruas foi de fundamental importância para a criação de vínculos com as mulheres participantes da pesquisa, pois a ética em pesquisa vai além de prescrições e burocracias e se relaciona com os efeitos produzidos, por meio de posturas como pesquisadoras(es) (CORDEIRO; FREITAS; CONEJO; DE LUIZ, 2013).

Portanto, explicamos a todas as pessoas que envolvemos de algum modo com a nossa pesquisa sobre a proposta, os objetivos e os procedimentos, além de assegurar sigilo, anonimato e possibilidade de desistência a qualquer momento que tais pessoas desejassem. Entregamos o TCLE às interlocutoras, porém só uma assinou. Tentamos duas vezes que a outra assinasse, mas percebemos certa resistência e não insistimos mais. Desse modo, gravamos áudio com a autorização de ambas as interlocutoras.

Pesquisar o público que vive nas ruas tem algumas peculiaridades e flexibilidades, principalmente por serem nômades, devido aos “corres” que fazem no cotidiano da rua, por já terem seus nomes fichados na polícia ou por não saberem escrever. Cabe a nós pesquisadores termos sensibilidade e oferecer acolhida a essas pessoas, compreendendo seus modos de vida sem julgamentos preconceituosos.

2.3 Modalidade de pesquisa e ferramentas metodológicas

Este projeto se configura como “Estudo de Caso” que, por sua vez, visa à investigação de um ou mais casos específicos em “profundidade”, ou seja, de modo detido. Essa

modalidade de pesquisa pretende compreender “tanto o que é comum quanto o que é particular em cada caso, mas o resultado final geralmente retrata algo de original [...]” (MAZZOTTI, 2006, p. 642). Como habitar à rua trata-se de uma experiência minoritária e que exige um desprendimento singular em relação a maioria das pessoas que habitam uma cidade, a modalidade de “estudo de caso” facilitou o desenvolvimento da pesquisa por não homogeneizarmos os modos de vida das mulheres.

Para desenvolver essa modalidade de estudo, utilizamos, como instrumentos de produção do *corpus* da pesquisa três ferramentas metodológicas: observação, conversas no cotidiano e entrevista narrativa. Esses instrumentos são chamados de estratégias metodológicas e possibilitam a produção de novos rearranjos dialógicos e interacionais (ARAGAKI; LIMA *et al.*, 2014). As observações e as conversas no cotidiano foram utilizadas para conhecer como as mulheres exerciam o autocuidado na rua e para acompanhar possíveis redes imbricadas nesse cuidado. Por exemplo, podemos constatar se usavam equipamentos de saúde e assistência social e com que finalidade.

As observações no cotidiano são estratégias metodológicas que visam compreender os modos de vida das pessoas e “busca dar visibilidade às contradições e possibilidades de produzir certa maneira contemplativa, embora abranja uma variedade de enfoques e formas de uso diferenciadas” (CARDONA; CORDEIRO; BRASILINO, 2014, p. 129). Já as conversas são ferramentas importantes para a compreensão das práticas discursivas, bem como dão lugar ao “protagonismo” das pessoas na coprodução do conhecimento (BATISTA; BERNARDES; MENEGON, 2014). Para isso, a familiarização com o local e a criação de vínculos com as participantes foram fundamentais para as conversas fluírem.

Já as entrevistas narrativas foram realizadas para contribuir na construção da história de vida delas, a fim de compreender seus processos de cuidado no cenário da rua. Sendo assim, o cenário das entrevistas foram as andanças por ruas e praças, com seus inúmeros movimentos: cachorros latindo, barulhos de trânsito, apito organizando carros, sirene de ambulância, conversas paralelas, assovios, dentre outros. Ou seja, o cotidiano se fez no ato das entrevistas. As entrevistas, com foco no objetivo de “acompanhar as redes imbricadas em possíveis práticas de cuidado em saúde”, desencadearam-se com vocabulários simples utilizados pela entrevistadora, aproximando-se do vocabulário das interlocutoras, favorecendo o diálogo entre ambas. Assim, as entrevistas mergulharam em um clima clínico em seu sentido amplo, de envolver uma experiência singular, onde narrar sua história “implica uma reconstrução na qual a memória é concebida de maneira dinâmica, compreendendo processos conscientes e também inconscientes” (AZEVEDO, 2013, p. 139). Desse modo, houve também

responsabilidade ética evidenciada na atuação da pesquisadora naqueles momentos junto as mulheres, dando acolhida a suas dores e alegrias, e conforme a gravidade sugerir e/ou acompanhá-las a um serviço especializado.

Acolher sofrimentos e alegrias que estão sendo partilhados foi parte de todo o processo de pesquisa com aquelas pessoas. As mulheres que participaram, o fizeram em uma relação de partilha das situações por elas vividas. Portanto, a implicação “clínica”, deve ser compreendida como essa capacidade de escuta, não somente sobre certo material empírico que é objeto de investigação, mas sobre uma certa elaboração narrativa de si, que têm efeitos sobre quem está falando. Tal escuta impõe cuidado para que não expusemos de modo desnecessário. Nem tudo que foi dito ou visto no cotidiano das praças e ruas com essas mulheres foi explicitado na pesquisa. A empatia e a postura sem pré-julgamentos ou atitudes policiais, permitiu adentrarmos na vida de rua desvelando o que já sabemos acontecer: comércio ilegal de drogas e brigas por sobrevivência. Mas, ressalte-se, conosco, no momento em que estávamos com essas pessoas elas não faziam usos de produtos ilegais, de algum modo nos preservando. Alguns moradores em situação de rua, nos convidavam para entrar nas rodas de uso de bebida e fumo, até por certa delicadeza, mas compreendiam nossa negativa. Essa situação se assemelha aos estudos de Rui (2014) que aponta a “privacidade” em certos usos de drogas ilícitas, como o *crack*, tendo espaços específicos para tal prática. De modo semelhante, a prática sexual das mulheres participantes da pesquisa não era realizada na praça, mesmo com a presença de pequenas barracas onde dormiam algumas vezes. Relataram que tal prática era realizada em um “quartinho” alugado no centro da cidade.

Por fim, entendendo que a pesquisa se refere a práticas mesmo quando trata de discursos/narrativas, em nossas análises isso será levado a efeito, tendo como base o conceito de “práticas discursivas”, proposto por Foucault. Para o autor (1986), os discursos produzem efeitos e estão permeados de saberes que possibilitam as condições de produção de determinado “regime de verdade”, em determinado período histórico. Isto é, segundo Boas (2002) “o discurso não pode ser definido fora das relações que o constituem” (p. 62). Assim sendo, discurso é prática, que tem “existência objetiva e material” sob “certas regras a que o sujeito está submetido desde o momento em que enuncia um discurso” (p. 63). Compreendemos que as práticas de cuidado produzidas por elas são práticas discursivas que as posicionam em certos lugares e o que nos interessa saber é quais são os efeitos que essas posições discursivas produzem no cotidiano de suas vidas. Desse modo, dois quadros com transcrições sequenciais de entrevistas foram criados e utilizados como “mapas dialógicos” para a análise (SPINK, 2013). O primeiro quadro chamado de “cotidiano na rua” tem como subtópicos: “redes de

apoio”, “itinerários a pé”, “vida na rua”, “uso de substâncias”, “dificuldades” e “oportunidades”. O segundo quadro chamado de “cuidados em saúde”, tem com os subtópicos: “cuidados formais”, “equipamentos de política pública” e “cuidados informais”.

A escolha por “mapas dialógicos” está diretamente ligada aos referenciais teóricos utilizados na pesquisa e os objetivos da pesquisa, dando visibilidade a análise das práticas discursivas produzidas, pois o intuito é trazer as práticas dessas mulheres relacionadas ao autocuidado, ou seja, escutamos sobre e vimos o cotidiano delas na rua. Isso constituiu-se na produção da pesquisa.

2.4 Locais de estudo e participantes

A pesquisa foi construída de acordo com nossas andanças pelo centro ampliado da cidade de Fortaleza. Como já foi citado, percorremos certos lugares até ancorarmos em outros que nos deram abertura para nos vincularmos.

O primeiro local foi a “Praça do Ferreira”, principal logradouro público da cidade de Fortaleza, localizada no centro da cidade, onde havia ações desenvolvidas por residentes em saúde da “Escola de Saúde Pública do Ceará” (ESP/CE) com pessoas que vivem na praça. Participamos de algumas ações conjuntas e houve a possibilidade de nos aproximar das mulheres que vivem no local, contudo ficou inviável a permanência nas ações, pois o lugar à noite se tornava “deserto”, tendo em vista que a área é comercial nos turnos da manhã e tarde, à noite se esvazia, dificultando andar pelas ruas. Nossas idas e vindas à praça eram efetivadas por transporte público e a parada de ônibus ficava longe da praça, dificultando mais ainda a permanência nas ações.

Resolvemos ampliar o campo de buscas e nos dirigimos a outras praças, mas o mesmo problema se verificou, tendo em vista também que há fragilidades nas saídas das equipes de “abordagem de rua”, como por exemplo a utilização do carro para outros afazeres do serviço e a equipe do Consultório na Rua ainda não estava funcionando. Assim nos dirigimos ao Centro POP⁶. Após nossa inserção no Centro POP no bairro Benfica, na fase de delimitação do estudo, identificamos um dos prováveis caso da pesquisa, tendo com critérios básicos de escolha: 1) mulheres com idade igual ou superior a 18 anos, 2) plenas condições de verbalizar sobre o tema da pesquisa e 3) que vivesse na rua há pelo menos um ano.

⁶Na cidade de Fortaleza, até o início de nossa inserção, em 2016, existiam dois Centros POPs em funcionamento. Um deles fechou sob a alegação de suspensão do pagamento do aluguel do imóvel por parte da Prefeitura, porém depois de inúmeras mobilizações, reabriu em outro endereço.

O Centro POP é um serviço socioassistencial, previsto no Decreto Nº 7.053/2009 e na Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais. Faz parte da Proteção Social Especial de Média Complexidade da Política Nacional de Assistência Social (PNAS) e é um serviço que atende especificamente demandas de “pessoas em situação de rua” (BRASIL, 2011). Desde 2007, existe serviço de assistência social às pessoas em situação de rua em Fortaleza. Antigamente, chamava-se CAPR (Centro de Atendimento à População de Rua).

Nossa inserção no serviço foi facilitada pela coordenadora do equipamento e por uma psicóloga e um educador social. Participamos de algumas atividades ofertadas pelo serviço, principalmente atividade em grupos. Frequentamos o serviço durante março/2017 a maio/2017. Destacamos que a inserção ao serviço foi possível, após a autorização da SDHDS (Secretaria dos Direitos Humanos e Desenvolvimento Social). Durante esse período, além de acompanharmos as atividades ofertadas, frequentamos o pátio que os “assistidos” utilizavam para comer, conversar, tomar banho, entre outros. Contudo, devido aos desencontros com as duas possíveis mulheres para compor a pesquisa, uma vez que não frequentavam todo dia o serviço, resolvemos nos dirigir a outro local.

Fomos a uma outra praça. Nela acompanhamos o cotidiano dos que ali moravam por 4 meses durante 2 vezes por semana. Por acaso, uma das interlocutoras que conhecemos no Centro POP, frequentava a praça e foi ela quem nos apresentou todos os habitantes do local, inclusive a outra interlocutora. Esse período durou de setembro/2017 a dezembro/2017. Desse modo, o encontro novamente com essa interlocutora facilitou nossa ida à praça, mesmo sem a presença dela, pois a pesquisadora passou a ser conhecida, com facilidade de circulação entre as pessoas que lá habitavam.

Colocamos nomes fictícios as interlocutoras: Beladona e Mimosa. São nomes de plantas alucinógenas. A primeira é uma planta europeia da família Solanácea, com nome científico *Atropa belladonae* foi muito utilizada em rituais de feitiçaria durante a Idade Média (MARTINEZ; ALMEIDA; PINTO, 2009). Já a segunda, é uma planta brasileira com nome científico de *Mimosa tenuiflora*, conhecida popularmente como jurema-preta e é utilizada em rituais e cultos indígenas do semiárido brasileiro (ALMEIDA; SILVA; ASSIS, 2018). A escolha desses nomes diz respeito ao misticismo que se tinha em relação as mulheres que eram vistas como bruxas na Idade Média e ao símbolo do NUCED que é a planta Jurema que também é um alucinógeno utilizando como chá em muitos rituais indígenas nordestinos.

Descrita nossa metodologia passaremos ao capítulo seguinte onde faremos um breve histórico sobre os modos de ocupação das ruas e conseqüente problemática urbana, que

teve como resposta hegemônica políticas públicas de higienização das cidades, discriminando pessoas em situação de rua.

3 DE “SOFREDORES DE RUA” E “VAGABUNDOS” A “CIDADÃOS”

3.1 Tateando pela história...

Os modos de viver nas ruas sem proteções de guardas ou muros, nem sempre fora considerado problema. Essa situação mudou, a partir de certas condições que possibilitaram a emergência de tal fenômeno. Na Europa, durante a Idade Média, pessoas estigmatizadas como loucos, mendigos, prostitutas, etc., perambulavam pelas ruas das cidades e faziam parte da paisagem urbana, sem que houvesse preocupação com a gestão pública de suas vidas. Em meados do final do século XVII e início do século XVIII, com a criação do Estado Moderno, emerge a “necessidade” de gestão pública das cidades europeias, por meio de aparatos médico-sanitaristas e higienistas de controle das populações, sob alegação de que os espaços se tornaram ameaçadores pela possibilidade de contaminação das pessoas por pestes e pela consequente exposição de corpos em cemitérios, surgindo, a “medicina social” (FOUCAULT, 1979).

Inicialmente, as ações de governo eram mais sanitárias (controle de esgotos, cemitérios e epidemias) e, posteriormente, ampliaram-se para controle das populações que faziam parte da paisagem urbana, por meio da retirada delas das ruas e enclausuramento em instituições totais (GOFFMAN, 1987). Assim, estar na rua se tornou sinônimo de “perigo”, seja pela contaminação de doenças, seja pela possibilidade de ser recolhido e enclausurado pelo governo, por meio da polícia que vigiava as ruas das cidades. Desta maneira, o espaço urbano se tornou, paulatinamente, lugar de medo, ameaça e angústia, ou seja, o “medo urbano” se expandiu pelas cidades (FOUCAULT, 1979).

Já no Brasil, durante o final do século XIX e início do século XX, práticas higienistas semelhantes às europeias supracitadas foram adotadas, consequência da colonização europeia. Pessoas que ocupavam as ruas das cidades após o período da abolição da escravatura e o início do regime republicano eram estigmatizadas como “vagabundas” e “desocupadas”. A “libertação” dos negros escravizados não teve como consequência melhorias de vida para eles que perambulavam pelos espaços públicos à procura de trabalho e moradia. Além disso, pessoas empobrecidas vindas do campo para a cidade também procuravam melhoria as suas condições de vida e se juntavam àquelas que já estavam nas ruas. Alguns conseguiram construir suas habitações em regiões precárias, os chamados “cortiços” à revelia do poder público e da elite brasileira que se incomodava com o contingente populacional que vivia na “desordem” (MARINS, 1998):

O quadro difuso e instável das cidades brasileiras, já naturalmente hipertensionado pela escravidão e seus processos de exclusão social, tendeu a se agravar com a Abolição e com a instauração de princípios democráticos. Surgia então a figura aterradora da massa de "cidadãos" pobre e perigosa, viciosa, a qual emergia da multidão de casas térreas, de estalagens e cortiços, de casas de cômodos, de palafitas e mocambos que eram a vastidão da paisagem das cidades herdadas do Império. Acusadas de atrasadas, inferiores e pestilentas, essas populações seriam perseguidas na ocupação que faziam das ruas, mas sobretudo seriam fustigadas em suas habitações (MARINS, 1998, p. 133).

Conforme Marins (1998), por um imperativo do modelo de cidade haussmaniano inúmeras ações de cunho higienista foram adotadas pelo governo brasileiro para “conter” pessoas que “enfeavam” e “produziam” doenças e sujeiras, por exemplo, à cidade do Rio de Janeiro: a demolição de cortiços e reorganização da paisagem urbana para deixar a cidade mais “limpa” e “luxuosa” para os transeuntes da elite e chegada de colonizadores estrangeiros.

Paralelamente, no final do século XIX, outros aparatos institucionais foram sendo construídos com o intuito de isolar os “indesejáveis”: hospícios, leprosários, prisões, entre outros. A cidade carioca se refazia em certa configuração em que prevalecia o projeto político de enclausuramento aos indesejáveis. Mas isso aconteceu em outras cidades brasileiras onde vários hospícios foram construídos: Hospital São Pedro em Porto Alegre - RS (1874), Hospital e Colônia Juqueri em Franco da Rocha - SP (1898), Hospital São Vicente de Paulo em Fortaleza-CE (1886), Hospital Colônia em Barbacena-MG (1903), dentre outros.

Assim, podemos dizer que a criação dessas instituições e de outros mecanismos de controle foram as primeiras políticas públicas direcionadas as pessoas que viviam pelas ruas. E tais pessoas, é importante destacar, não eram as classificadas como “loucas”, mas também as classificadas como prostitutas, bêbados, idosos, homossexuais, desocupadas, na maioria empobrecidas e negras, incluindo mulheres e crianças. Eram pessoas que não se enquadravam nas normas dos modos de vida hegemônicos estabelecidas na época e eram excluídas do circuito social de convivência da cidade (ARBEX, 2013).

No Nordeste, como no Ceará, durante o século XX, especificamente na década de 1930, situação higienista e de enclausuramento ocorreu com a criação de “Campos de Concentração”. Foram criados sete campos, nos municípios de Ipu, Quixeramobim, Senador Pompeu, Cariús e Crato, sendo dois na cidade de Fortaleza (bairros Otávio Bonfim e Arraial Moura Brasil). A construção desses campos ocorreu em locais estratégicos no Sertão do Ceará, justamente para conter o maior número de retirantes vindos do interior para a capital, ou seja, objetivo era confinar os ditos “flagelados” ou “retirantes” que fugiam da seca no interior do Estado. Essas instituições chegaram a alojar mais de 50 mil retirantes (RIOS, 2014). Conforme Rios (2014) os “Campos de Concentração” era como prisões:

Os que lá chegavam não podiam mais sair, ou melhor, só tinham permissão para se deslocar quando eram convocados para o trabalho, como a construção de estradas e açudes ou obras de “melhoramento urbano” de Fortaleza, ou quando eram transferidos para outro campo. Durante esses deslocamentos, sempre havia uma atenta vigilância para evitar as fugas ou rebeliões. Os flagelados só se deslocavam dentro de caminhões e, a todo momento, ficavam sob o atento olhar de vigilantes (RIOS, 2014, p. 93)

Havia todo um aparato de vigilância para que não houvesse a possibilidade de “desordens” e, caso houvesse, os “flagelados” eram levados à delegacia e detidos. Existia um registro chamado de “rol dos culpados” onde os casos de desobediência eram registrados. Geralmente, os casos eram: roubo de comida, revolta contra o sistema de vigilância dos campos e embriaguez. Foi a maneira que o governo, na época, encontrou de lidar com a situação da seca, tendo o apoio da Igreja Católica e da elite fortalezense para a legitimação desse projeto de governo, como aponta Rios (2014). Este afirma que a Igreja Católica teve papel fundamental na manutenção dos “Campos de Concentração” pois, com práticas assistencialistas e de caridade, pregava que a pobreza acometida aos flagelados era espiritual e não material, tornando-os conformados com tal situação e, conseqüentemente, contribuía para o controle de possíveis revoltas.

Sob a justificativa do advento da seca de 1932, a cidade de Fortaleza ganhou mais investimentos do governo federal para o desenvolvimento urbano, ou seja, a situação de seca tornou-se determinante para que o governo cearense obtivesse mais investimentos federais. Ao mesmo tempo, a burguesia fortalezense fazia bailes “pró-flagelados” e distribuição sopões e cestas básicas, patrocinados pelo Estado e por grupos religiosos. A construção do “asilo de alienados”, em 1932, foi anunciada em um dos bailes carnavalescos do Ideal Clube, um dos maiores e frequentados pela elite (RIOS, 2014). Dessa forma, a seca de 1932, juntamente com a fuga dos flagelados dos sertões possibilitou a criação de diversas políticas higienistas no Ceará, que reverberam até os dias atuais, expressas pelas políticas assistencialistas dirigidas aos empobrecidos. As práticas higienistas ampliaram-se na defesa do confinamento de pessoas empobrecidas, justificando-se como modo de conter a pobreza, mesmo fora de períodos de seca, ou seja, as pessoas empobrecidas incomodavam a sociedade fortalezense que via as culpava como disseminadores de sujeira e epidemias. Entretanto, no período de secas, potencializavam-se práticas de isolamento daquela população, pelo aumento de fluxos migratórios.

Em 1923, a pobreza não só foi represada em instituições e condenada como culpada pelas mazelas da cidade como também passou a ser criminalizada. Jornais da época anunciavam em suas páginas que a dita sociedade fortalezense decretou o dia 17 de fevereiro como “Dia da Extinção da Mendicância”, isto é: a partir daquele dia tornava-se terminantemente proibido

mendigar pelas ruas da cidade (RIOS, 2014, p.66). Alegava-se que nos períodos que não houvesse seca, não havia justificativa desesperada de fome, então os mendigos eram vistos como perigosos e fichados na polícia junto com ladrões (RIOS, 2014). Criou-se modo de culpabilizar os mais empobrecidos pela sua própria condição social, desresponsabilizando o Estado e as elites como geradores de pobreza:

No dia 16, *O Nordeste* anuncia: ‘A diretoria do ‘Dispensário dos Pobres’ vae extinguir definitivamente a mendicância no próximo dia 17 [...] Desta data em diante não haverá mais mendigos a esmolar pelas ruas da cidade [...]’. Ao chegar o esperado dia do ‘triumfo da caridade’, esse mesmo jornal destaca: ‘Hoje, o Dispensário dos Pobres, mantido pela ‘Liga de Senhoras Católicas Brasileiras’, conseguiu realizar o seu antigo propósito de extinguir a mendicância das ruas da nossa capital [...]’. Dessa forma, procurava-se evitar ‘o espetáculo de termos ruas e praças constantemente povoadas de mendigos, assim expostos a graves perigos de ordem moral’. Assim, a cidade tentava dar prosseguimento aos seus intentos modernizantes, com ‘cada um no seu lugar’ (RIOS, 2014, p. 66-67).

Nesse breve histórico, percebe-se que os empobrecidos, principalmente os retirantes que perambulavam pelas ruas, foram visibilizados por meio de políticas higienistas durante todo o final do século XIX e início do século XX. Contudo, não eram vistos como sujeitos de direitos e sim como famintos e perigosos (RIOS, 2014). Somente, a partir da década de 1970 é que começou a haver preocupação com a temática dos direitos humanos, produzindo-se, assim, políticas que considerem os mais empobrecidos como “cidadãos”. No século seguinte, inclui-se pessoas que viviam nas ruas, como “cidadãos” com “direitos” a políticas públicas específicas por estarem em extrema pobreza (BRASIL, 2012).

3.2 O surgimento da “era dos direitos”

Segundo Bobbio (2004), essa concepção de direitos supracitada, a qual ele denomina a “era dos direitos” surge no início da era moderna junto com a noção individualista de sociedade, passam-se os deveres dos súditos e priorizam-se os direitos dos cidadãos:

[...] É com o nascimento do Estado de direito que ocorre a passagem final do ponto de vista do príncipe para o ponto de vista dos cidadãos. No Estado despótico, os indivíduos singulares só têm deveres e não direitos. No Estado absoluto, os indivíduos possuem, em relação ao soberano, direitos privados. No Estado de direito, o indivíduo tem, em face do Estado, não só direitos privados, mas também direitos públicos. O Estado de direito é o Estado dos cidadãos (BOBBIO, 2004, p. 31).

A própria noção de “cidadão” já é uma classificação bem específica em relação ao conjunto geral de pessoas que habitam o país, que passou a se aliar a outras: a) gênero; b) fases da vida; c) estado “normal” e estados excepcionais na existência humana (BOBBIO, 2004). Em relação ao gênero, a ênfase é na diferença entre homens e mulheres. Sobre as fases da vida,

houve, paulatinamente, as diferenciações de direitos da infância e da velhice, por exemplo. E acerca dos estados normais e excepcionais, foram reconhecidos os direitos dos “doentes mentais” e “deficientes”. (BOBBIO, 2004).

Vemos que direitos não são naturais e estão em constante transformação, produzindo efeitos na sociedade. Um exemplo foi o nascimento de políticas sociais calcadas na concepção de direitos. Assim, certos sujeitos, reconhecidos como cidadãos, passaram a ter direitos reconhecidos: mulheres, crianças, velhos, “doentes mentais”. Nesses casos houve a intervenção do Estado por meio de políticas traduzidas em serviços públicos, o que configura para Bobbio (2004) como “direitos sociais”, diferentes de “direitos de liberdade”:

[...] Enquanto os direitos de liberdade nascem contra o superpoder do Estado- e, portanto, com o objetivo de limitar o poder-, os direitos sociais exigem, para sua realização prática, ou seja, para a passagem da declaração puramente verbal à sua proteção efetiva, precisamente o contrário, isto é, a ampliação dos poderes do Estado (BOBBIO, 2004, p. 35).

Resumidamente, os direitos passaram por três processos a) a passagem dos direitos de liberdade para os direitos políticos e sociais, tendo a presença direta do Estado; b) a passagem do “indivíduo humano” para grupos, como a família, minorias étnicas e religiosas e c) a passagem do “homem genérico” para o homem específico (sexo, idade, condições físicas), ou seja, essas diferenças específicas, exigem direitos específicos. Essa especificação que o autor aponta em seus estudos ocorreu nos direitos sociais e não nos direitos de liberdade, pois estes se referem ao “homem abstrato” e são tratados a partir do princípio da igualdade. Os direitos de liberdade se referem ao homem adulto e do sexo masculino (BOBBIO, 2004).

[...] Essa universalidade (ou indistinção, ou não-discriminação) na atribuição e no eventual gozo dos direitos de liberdade não vale para os direitos sociais, e nem mesmo para os direitos políticos, diante dos quais os indivíduos são iguais só genericamente, mas não especificamente. Com relação aos direitos políticos e aos direitos sociais, existem diferenças de indivíduo para indivíduo, ou melhor, de grupos de indivíduos para grupos de indivíduos, diferenças que são até agora (e o são intrinsecamente) relevantes. Durante séculos, somente os homens do sexo masculino- e nem todos- tiveram o direito de votar; [...]. Isso quer dizer que, na afirmação e no reconhecimento dos direitos políticos, não se podem deixar de levar em conta determinadas diferenças, que justificam um tratamento não igual. Do mesmo modo, e com maior evidência, isso ocorre no campo dos direitos sociais. Só de modo genérico e retórico se pode afirmar que todos são iguais com relação aos três direitos sociais fundamentais (ao trabalho, à instrução, à saúde); ao contrário, é possível dizer, [...], que todos são iguais no gozo das liberdades negativas. E não é possível afirmar aquela primeira igualdade porque, na atribuição dos direitos sociais, não se podem deixar de levar em conta as diferenças específicas, que são relevantes para distinguir um indivíduo de outro, ou melhor, um grupo de indivíduos de outro grupo (BOBBIO, 2004, p. 34).

Vimos o advento dos direitos sociais reconhecidos historicamente, a partir de reivindicações e lutas de movimentos de grupos específicos. Discutiremos a seguir três

condições que possibilitaram as pessoas que vivem nas ruas se tornarem sujeitos de direitos das políticas públicas no Brasil: a) a atuação da Igreja Católica, por meio da Pastoral do Povo de Rua; b) o surgimento do Movimento Nacional da População em Situação de Rua (MNPR) e c) a Política Nacional da População em Situação de Rua (PNPR).

Só em 2011, as demandas de cuidado em saúde das pessoas que vivem nas ruas se institucionalizam e são transformadas em “Política Nacional de Atenção Básica”. Para tanto, considerando a extensão do nosso país, existem algumas regiões que nem se quer foram implementadas ações de cuidado em saúde. Na cidade de Fortaleza-CE, houve tentativas com a criação do consultório de rua, em 2014, ligada a Coordenadoria Especial de Políticas sobre Drogas (CPDrogas) e, em 2015, houve a criação do projeto “Corre pra Vida” ligada à Secretaria Especial de Políticas sobre Drogas do Ceará (SPD/CE), inspirado no projeto “Corra pro abraço” do Governo do Estado da Bahia, porém ambos os projetos não houve continuidade no cuidado, pautados em ações de redução de danos.

3.2.1 A relação da Pastoral do Povo de Rua com as pessoas em situação de rua

Vimos que a Igreja Católica teve papel fundamental na legitimação de práticas higienistas no final do século XIX e início do século XX, porém a partir da década de 1970, surge um movimento importante dentro da Igreja Católica, especificamente na América Latina: a “Teologia da Libertação”. Com outras perspectivas não assistencialista e advogando políticas que acabassem com a pobreza, passou a ter expressiva atuação na crítica as ditaduras civis-militares na América Latina (PRADO, 2012), além de colaborar com a organizações de comunidades nas periferias das grandes cidades e nas zonas rurais.

Essa mudança foi favorecida pelo Concílio Vaticano II em 1962, considerado um dos maiores acontecimentos do século XX. Participaram religiosos católicos do mundo inteiro, discutindo sobre a ampliação do campo doutrinal e presença da Igreja Católica no enfrentamento de problemas sociais emergentes (PRADO, 2012). Isso motivou a realização da “II Conferência Geral do Episcopado Latino Americano” (CGLEA) em 1968, na cidade de Medellín (Colômbia), que ficou conhecida como a “Conferência de Medellín”, onde religiosos católicos discutiram sobre os documentos aprovados no Concílio Vaticano II e buscaram adaptá-lo aos aspectos regionais da América Latina. Isso impulsionou a “Teologia da Libertação”:

A Conferência de Medellín nos remete a criação de uma teologia católica latino-americana, a Teologia da Libertação, a questão mais importante de tal conferência e que vai mudar os caminhos da Igreja Católica na América Latina (PRADO, 2012, s/p).

No Brasil, esse movimento de acolhimento às demandas dos mais empobrecidos emergiu na década de 1970, especialmente na cidade de São Paulo. A partir da década de 1980, as ações se voltam preferencialmente para “o povo sofrido e sem casa” do centro de São Paulo (DE LUCCA, 2007). Paralelamente, ainda na década de 1970, surgiram também as Pastorais ligadas ao mesmo movimento da Igreja Católica na América Latina, tendo, portanto, o objetivo também de “libertação” dos mais empobrecidos. Em São Paulo, o Padre Júlio Lancellotti é um dos responsáveis pela “Pastoral da Rua”:

Criada em 1987, por meio da Fraternidade das Oblatas de São Bento, a Pastoral de Rua trabalha com o direito de convivência solidária nas ruas, viadutos e “lixões”, estimulando a redescoberta da autoestima e da dignidade do povo da rua (ARQUIDIOCESE DE BH, s/d).

Em Fortaleza-CE, a “Pastoral do Povo de Rua” começou suas ações em ruas e viadutos em 2002. Em 2007, ocorreu o “Fórum de Rua”, que teve como objetivo discutir sobre políticas públicas direcionadas a esse público e em 2010 é lançaram a cartilha “Povo da Rua Povo de Deus” (Pastoral do Povo da Rua da Arquidiocese de Fortaleza, s/d). Portanto, é com a “Pastoral do Povo de Rua” que iniciam movimentos que estimularam as pessoas que viviam nas ruas a se organizarem, reivindicarem vida digna.

Em nível nacional, em 1995, esse movimento religioso católico criou e organizou a manifestação popular conhecida como: “O Grito dos Excluídos”. Surgiu por iniciativa das Pastorais Sociais católicas, com o apoio de outros movimentos sociais organizados da sociedade civil, estimulados pela Campanha da Fraternidade, cujo tema foi “A fraternidade e os excluídos”. Participou, dessa organização o “Movimento Nacional dos Catadores de Materiais Recicláveis” (MNCR).

Um fato importante foi a morte violenta de sete moradores de rua, assassinados no centro de São Paulo, em 2004. Isso ficou conhecido como a “chacina da Praça da Sé”. Esse acontecimento desencadeou várias mobilizações, favorecendo a criação em do “Movimento Nacional da População em Situação de Rua” (MNPR), (KLAUMANN, s/d), conforme discutiremos a seguir.

3.2.2 O surgimento do Movimento Nacional da População em Situação de Rua

Conforme dito acima, o “Movimento Nacional da População em Situação de Rua” (MNPR) surgiu em 2005, a partir da mobilização das próprias pessoas em situação de rua, com o apoio de várias organizações religiosas, especialmente, a “Pastoral do Povo de Rua”.

Em 2001, ocorreu a “IV Marcha de Brasília”⁷, onde houve importante articulação coletiva de catadores de materiais recicláveis e pessoas em situação de rua. Algumas cidades tais como: Belo Horizonte, São Paulo, Porto Alegre, Fortaleza, Rio de Janeiro e Salvador formaram parceria com o objetivo de dar visibilidade as condições que as pessoas que vivem nas ruas passavam/passam e propor melhorias. Dessa forma, começaram a participar de debates, fóruns de discussões, ter assento em Conselhos, etc.

O marco para a formação do MNPR ocorreu no “IV Festival Lixo e Cidadania” realizado em 2005 em Belo Horizonte com a participação de moradores de rua do Rio de Janeiro, São Paulo, Bahia e Cuiabá. O evento possibilitou a oficialização do MNPR (SANTOS, 2012), que se define como:

[...]formado por homens e mulheres em situação ou trajetória de rua, comprometidos com a luta por uma sociedade mais justa que garanta direitos e a dignidade humana para todos. Esses homens e mulheres, protagonistas de suas histórias, unidos na solidariedade e lealdade, se organizam e mobilizam para conquistas de políticas públicas e transformação social” (SCHUCH; GEHLEN, 2012, p. 19-20).

Portanto, nota-se o MNPR investe no “protagonismo” das pessoas em situação de rua, reivindicando a cidadania, por meio de políticas públicas específicas. Os princípios do MNPR são: 1) democracia; 2) valorização do coletivo; 3) solidariedade; 4) ética; 5) trabalho de base. As bandeiras de luta são: a) resgate da cidadania; b) salários suficientes para o sustento; c) moradia digna e d) atendimento à saúde.

Retornando na história, durante a década de 1970, prevalecia a concepção religiosa de que esse público era “um povo sofrido e sem casa”, ou seja, “os sofredores de rua” (BRASIL, 2012). Por outro lado, a partir da década de 1980, por pressão das próprias instituições religiosas e mobilização de pessoas que viviam nas ruas, iniciam-se reflexões e discussões do poder público sobre a construção de políticas sociais direcionadas a esse público. (SCHUCH; GEHLEN, 2012). Rosa (2005) aponta que a mudança da terminologia de “sofredor de rua” para “povo de rua” e, posteriormente, para “população de rua” teve o intuito de reforçar uma “identidade de grupo” (povo) e de dar visibilidade às violações de direitos que sofriam e sofrem.

⁷É considerado o maior evento municipalista da América Latina. É organizada pela Confederação Nacional dos Municípios (CNM) e conta com a presença de representantes de todas as esferas governamentais. A última que ocorreu foi em 2014. Ver em <http://www.upb.org.br/noticias/avancos-da-marcha-a-brasilia-de-1998-a-2013/>

Conforme De Lucca (2007) a mudança na terminologia deslocou a concepção da cristã de sofrimento, para experiência do viver na rua como um “risco”.

Simultaneamente às mudanças das terminologias supracitadas, ainda em meados de 1980, houve mobilização de representantes desse público com o intuito de reivindicar direitos e minimizar estigmas advindos desses termos, ocorrendo, assim, mudança na definição para “pessoas em situação de rua”. Essa mudança na terminologia trouxe a concepção de certa “situacionalidade” do viver na rua, além de minimizar a estigmatização por eles sofrida, por se considerar a existência de vida relacional na rua, outra forma possível de sociabilidade e ocupação do espaço urbano, e não apenas se considerar a vida na rua como uma situação forçada pela ausência de moradia formal:

Como efeitos desse processo, percebeu-se que mesmo a própria terminologia “povo de rua” ou “morador de rua” escondia uma heterogeneidade importante de formas e estilos de vida e que havia várias “situações” diferentes em relação à permanência na rua as quais precisavam ser dimensionadas, [...]. O conceito de “pessoas em situação de rua” também busca reconstituir certa agência dessa população, apontando que o enrijecimento de uma categoria explicativa – “moradores de rua” – esconde a pluralidade dos usos e sentidos rua (SCHUCH; GEHLEN, 2012, p. 17).

Contudo, mesmo com todos esses avanços a rua ainda é vista como lugar de passagem e não de permanência, ou seja, ainda, majoritariamente, a “casa” é modelo de moradia. Por isso é importante compreender que existem várias noções do viver na rua e cada pessoa com sua experiência singular na rua vai nomear de um modo.

A pluralidade de vozes que ressoaram para melhorias nas condições de vida e criação e implementação de políticas públicas direcionadas a esse público mostra que confluências e divergências no jogo das relações entre organizações religiosas, sociedade civil e governo acontecendo simultaneamente e produzindo efeitos a longo prazo. A seguir, discutiremos a criação da “Política Nacional da População em Situação de Rua” e suas reverberações.

3.2.3 A institucionalização das demandas da rua a partir da Política Nacional para População em Situação de Rua

Nos dois tópicos anteriores, discutimos sobre dois atores importantes que impulsionaram mudanças na concepção do que é o “morador de rua”, trazendo para agenda política a noção de cidadania desse público: a relação da Pastoral do Povo de Rua com as pessoas em situação de rua e o surgimento do Movimento Nacional da População em Situação de Rua. Klaumann (s/d) aponta que a redemocratização do Brasil e a aprovação da Constituição

de 1988 também impulsionaram a luta por direitos e a formulação de políticas sociais, inclusive para esse segmento. Cabe ressaltar que a Constituição de 1988 só foi aprovada em razão de várias lutas dos movimentos sociais nas décadas de 1960/1970, sendo período sangrento da história brasileira em virtude da Ditadura Civil-Militar que durou 21 anos (1964-1985).

Assim, após o período ditatorial e a aprovação da Constituição de 1988, inúmeras mobilizações foram impulsionadas para a criação de políticas públicas que atendesse vários segmentos sociais, como a regulamentação do SUS que ocorreu na década de 1990. Especificamente em relação às pessoas que vivem nas ruas, em 1993, foi criado o “Fórum Nacional de Estudos sobre População de Rua” em Belo Horizonte, impulsionando diversas mobilizações, que culminaram na criação de políticas públicas direcionadas a esse público (KLAUMANN, s/d).

Em 2005 ocorreu o “I Encontro Nacional de População em Situação de Rua”, no qual foram formuladas propostas para a criação da “Política Nacional para a População em Situação de Rua” e a alteração no texto da lei 11.258/2005 que, por sua vez, promoveu a alteração da Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) expressa na lei 8.742/1993, que incluiu atendimento especializado para as pessoas em situação de rua (KLAUMANN, s/d). A LOAS se refere a Política de Seguridade Social não contributiva e garante condições mínimas sociais. Foi um importante marco no reconhecimento dos direitos dos mais empobrecidos (BRASIL, 2009).

Mais tarde, entre 2005 e 2008 o governo federal publicou várias portarias relacionadas a pessoas em situação de rua. Em 2006, foi aprovado o decreto de coleta seletiva e a criação do Grupo de Trabalho Interministerial (GTI) com o objetivo de formular propostas para instituir políticas públicas para as pessoas em situação de rua. No mesmo ano, vários representantes de movimentos sociais participaram da elaboração do documento “Política Nacional para a Inclusão Social da População em Situação de Rua” que culminou, em 2009, após o “II Encontro Nacional de População em Situação de Rua”, na assinatura do decreto nº 7.053/2009, que instituiu a “Política Nacional para a População em Situação de Rua” e o “Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento da política” (SANTOS, 2012). Cabe ressaltar que no período entre 2007 e 2008 foi realizado o “I Censo e Pesquisa Nacional”, dando visibilidade as condições de vida dessa parcela da população brasileira.

Em 2009, foi criado o “Conselho Nacional de Assistência Social” (CNAS), por meio da normativa nº 109/2009 da “Tipificação Nacional dos Serviços Socioassistenciais”:

Esta normativa possibilitou a padronização em todo território nacional dos serviços de proteção social básica e especial, estabelecendo seus conteúdos essenciais, público

a ser atendido, propósito de cada um deles e os resultados esperados para a garantia dos direitos socioassistenciais. Além das provisões, aquisições, condições e formas de acesso, unidades de referência para a sua realização, período de funcionamento, abrangência, a articulação em rede, o impacto esperado e suas regulamentações específicas e gerais (BRASIL, 2014, p.4).

Em 2010, começou, de fato, a implementação de políticas nos estados e municípios do país relativas a população em situação de rua e ocorreu a “II Marcha Nacional da População em Situação de Rua”. Cabe destacar que desde 2007 existia serviço de atendimento às pessoas que viviam nas ruas na cidade de Fortaleza-CE, denominado de CAPR (Centro de Atendimento à População de Rua). Esse serviço oferecia atendimento jurídico, psicossocial, obter documentos, acesso ao cadastro único (Cadúnico) e abrigamento (SOUZA; SOUSA; ASSUNÇÃO *et al*, s/d). Mais tarde, com a aprovação da política, em 2009, o serviço passou a ser chamado de Centro POP (Centro de Referência Especializado a População em Situação de Rua) de acordo com a tipificação nacional. Atualmente, há dois Centros POP’S na cidade de Fortaleza-CE, além de um Centro de Convivência, três abrigos (Abrigo para homens, Abrigo para mulheres e Casa de Passagem) e uma Pousada Social.

Em suma, a Política Nacional traz princípios e diretrizes baseados na garantia dos direitos das pessoas em situação de rua, considerando-as como:

[...] grupo populacional heterogêneo que possui em comum a pobreza extrema, os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados e a inexistência de moradia convencional regular, e que utiliza os logradouros públicos e as áreas degradadas como espaço de moradia e de sustento, de forma temporária ou permanente, bem como as unidades de acolhimento para pernoite temporário ou como moradia provisória (BRASIL, 2009, parágrafo único).

Desse modo, em razão de estarem em condições de pobreza extrema, vínculos interrompidos ou fragilizados e sem moradia convencional, portanto, em violação de direitos, a política criada compreende que esse público está em situação de risco pessoal e social. Assim, as demandas desse coletivo estão sob responsabilidade dos serviços classificados como de “Proteção Social Especial”. De acordo com a Tipificação Nacional, os serviços socioassistenciais são divididos em: “Proteção Social Básica” e “Proteção Social Especial” (Média e Alta complexidade) (BRASIL, 2014).

A “Proteção Social Básica”, trabalha com famílias e/ou indivíduos que estão em situação de risco social devido à pobreza, vínculos familiares fragilizados e tem o objetivo de prevenir situações de risco, fortalecendo os vínculos familiares e comunitários, tendo o CRAS (Centro de Referência de Assistência Social) como equipamento de referência a prestar esse serviço. Já a “Proteção Social Especial” trabalha com Média Complexidade e tem o objetivo de prestar atendimento e acompanhamento às famílias e/ou indivíduos que sofreram violações

sociais, mas não tiveram os vínculos familiares e comunitários rompidos. Os CREAS (Centro de Referência Especializado de Assistência Social) são os equipamentos que prestam acolhimento a essa demanda. Além da Alta Complexidade que trabalha com famílias e/ou indivíduos que tiveram os vínculos familiares e comunitários rompidos ou extremamente fragilizados. Os serviços direcionados a essas demandas são: Acolhimento Institucional, Repúblicas, Família Acolhedora e serviços de Proteção em situações de Calamidades Públicas e de Emergências (BRASIL, 2014).

Portanto, há todo um aparato em termos de políticas públicas direcionado aos mais empobrecidos, especialmente para pessoas em situação de rua. Contudo temos inúmeros percalços para a operacionalização dessas políticas, pois ainda circula a cultura de higienização, ou seja, práticas que fazem a remoção das pessoas dos locais onde vivem nas ruas, além de constante violência policial (militar e da guarda municipal), ou seja é um campo de disputas, pois ao mesmo que existem políticas que os reconhecem como sujeitos de direitos, existem outras políticas que os tratam como “não-cidadãos” e pessoas “descartáveis”:

Os programas sociais desenvolvidos nesse contexto trazem a marca ideológica do descarte social de uma população que é tratada como excedente. São programas marcados pela institucionalização de práticas que visam à retirada dessas pessoas das ruas, oferecendo, entretanto, poucas possibilidades de uma reestruturação de suas vidas (VARANDA; ADORNO, 2004, p.66).

O “I Censo e Pesquisa Nacional” (2009) indicaram que os próprios albergues destinados ao público de rua não se adaptaram as demandas deles, persistindo situações como: falta de liberdade (44,3%), horários rígidos de entrada e saída (27,1%), dificuldade de encontrar vagas (20,7%). Nota-se que dez anos depois do censo, as dificuldades persistem, uma vez que não há continuidade nas ações que são implementadas por governos que se sucedem. Com mudanças de mandato também mudam as políticas tornando-as frágeis. As políticas sociais ficam à mercê da vontade de representantes políticos que podem ou não as continuar ou mesmo implementar outras melhores. Essa morosidade e negligência na implementação de políticas sociais enuncia o jogo de conflitos e negociações dentro do modelo neoliberal vigente em que os empobrecidos são os mais afetados e qualquer proposta que traga, de certo modo, mudanças libertárias e reconhecimento da dignidade humana, o *status quo* limita e/ou impede de ser consolidada (SIMONSEN, 1977 *apud* GIBBS; AMAZONAS, 2015).

Nesse sentido, podemos afirmar que as políticas sociais só surgiram por razão da mobilização de vários atores frente às diversas injustiças sociais. Segundo Carvalho (2007), as políticas sociais só existem porque a maioria da população não tem condições para usufruir do acesso à saúde, educação, moradia, saneamento básico, entre outros.

Devido a redemocratização do país e a crise fiscal em 1980, a presença do Estado do “bem-estar social” passou por mudanças, influenciadas pelo modelo neoliberal e as propostas para a área “social” focalizaram-se na privatização dos serviços públicos, descentralização das políticas sociais, aumentando a eficácia dos gastos públicos e o foco em ações essenciais para as populações ditas “vulneráveis” e em situação de extrema pobreza. Essas mudanças nas políticas sociais acabam por manter os mais empobrecidos na mesma situação, priorizando-se práticas assistencialistas governamentais e não-governamentais. A primeira é materializada por meio de programas de distribuição de bolsas-auxílio e outros benefícios (Bolsa-Família, Benefício de Prestação Continuada) e a segunda, por meio de doação de sopões, cestas básicas, roupas, objetos de limpeza, entre outros. Cotidianamente, presenciamos instituições nas ruas realizando essas “benfeitorias” (CARVALHO, 2007).

Por outro lado, “políticas sociais” como bolsa-família, BPC, FIES, PROUNI, Mais Médicos, Minha Casa Minha Vida, políticas do campo- cisternas, carro-pipa, fundo rural, Pronaf, Luz para todos, ambulâncias SAMU, entre outras, geraram efeitos significativos à sociedade brasileira, produzindo ascensão social às classes trabalhadores e mudanças culturais importantes. Para Foucault (2008, p.194), a política social é “uma relativa repartição do acesso de cada um aos bens de consumo”. O autor aponta que para uma vertente do liberalismo chamada de “ordoliberalis” essa repartição é equivocada, pois não há possibilidade de compensação dos efeitos econômicos e nem igualização do acesso, uma vez que a regulação econômica se obtém por meio de jogos de diferenciações que é *sine qua non* à concorrência que se estabelece por diferenças, ou seja, é preciso que existam salários altos e baixos, preços que sobem e descem, pessoas que trabalhem e não trabalhem para que a regulação aconteça. A proposta de uma “política social” que efetive mudanças não é compatível com a política econômica neoliberal:

[...] trata-se simplesmente de assegurar, não a manutenção de um poder aquisitivo, isso de forma alguma, mas de um mínimo vital para os que, de modo definitivo ou passageiro, não poderiam assegurar sua própria existência*. É a transferência marginal de um máximo a um mínimo. Não é absoluto o estabelecimento, a regulação tendente a uma média. [...] o instrumento dessa política social, [...] não será a socialização do consumo e da renda. Só pode ser, ao contrário, uma privatização, [...]. Vai-se pedir à sociedade, ou antes, à economia, simplesmente para fazer que todo indivíduo tenha rendimentos suficientemente elevados de modo que possa, [...], se garantir por si mesmo contra os riscos que existem, ou também contra os riscos da existência que são a velhice e a morte, a partir do que constitui sua própria reserva privada. Ou seja, a política social deverá ser uma política que terá como instrumento, não a transferência de uma parte da renda ao outro, mas a capitalização mais generalizada possível para todas as classes sociais, que terá como instrumento o seguro individual e mútuo, que terá por instrumento enfim a propriedade privada. É o que os alemães chamam de ‘política social individual’, em oposição à ‘política social socialista’. Trata-se de uma individualização da política social, [...] em vez de ser essa

coletivização e essa socialização por e na política social (FOUCAULT, 2008, p. 196-197).

Desse modo, as políticas sociais nascem como modo de gerir os corpos empobrecidos que Foucault vai chamar de “biopolítica”, ou seja: modo pelo qual se governa uma população. Essa prática surge na passagem do século XVIII para o século XIX, quando é substituído certo modo de governar soberano, que se restringia a gerencia da família e da casa, para o governo de populações. Com efeito, algumas condições possibilitaram a emergência da “biopolítica”, tais como: expansão demográfica do século XVII devido ao acúmulo de riquezas e o aumento da produção agrícola:

[...] foi através do desenvolvimento desta ciência do governo que se pôde isolar os problemas específicos da população; mas também se pode dizer que foi graças à percepção dos problemas específicos da população, graças ao isolamento deste nível de realidade, que chamamos a economia, que o problema do governo pôde enfim ser pensado, sistematizado e calculado fora do quadro jurídico da soberania [...] (FOUCAULT, 1979, p. 288).

Em suma, as demandas da população vão produzindo visibilidade, retirando a centralidade da família e colocando o foco da economia em outros aspectos, eu tenho visibilidade com a emergências da estatística: taxa natalidade e mortalidade, grandes epidemias, número de doentes, regularidade de acidentes, entre outros. Técnicas de governo vão gerir modos de vida, o que podemos denominar de “governamentalidade” (FOUCAULT, 1979). Desse modo, as políticas sociais, vistas muitas vezes como políticas de inclusão têm maneiras de operar, funcionando como dispositivos biopolíticos, que ao cadastrarem certas camadas da população para lhes oferecem serviços e determinados produtos (benefícios, bolsas-auxílio, etc), também está ocorrendo controle da população para impedir rebeliões. No caso das pessoas que vivem nas ruas, as ações do Estado se tornam evidentes por meio de políticas assistencialistas e de segurança pública:

Trata-se de ações que visam conduzir as condutas humanas dentro de um jogo com regras definidas, no interior dos distintos e dos muitos grupos sociais. Tais regras não engessam as relações e nem mesmo as participações variadas da população e dos indivíduos em cada ação em que se mobiliza ou é mobilizada (LOPES, 2009, p. 156).

Dessa maneira, é preciso compreender os usos que se pode fazer das chamadas políticas sociais, que nem sempre vão ao encontro das reivindicações, reconhecimento de direitos e favorecimento de práticas libertárias; ao contrário as políticas sociais podem ter como efeito a criação de modos de viver que mantenha camadas da população na mesma situação de pobreza e exclusão de serviços de qualidade referentes a educação, moradia e saúde. Estratégias

são produzidas para que se permaneça nessa condição e a prática do consumo se instale, mantendo a ilusão de que são realmente cidadãos:

Não se trata de preocupação, de qualificação e de cuidado com o outro; trata-se, sim, da necessidade da permanência do outro. Para que a permanência do outro se mantenha, até mesmo para sustentar as redes de trabalho, a capacidade de consumir deve estar instalada. Para isso, as ações do Estado, quando esse opera em consonância com uma lógica de mercado, devem ser desencadeadas para que mesmo aqueles que não possuem formas de gerar seu próprio sustento consigam recursos para girar, mínima e localmente, uma rede de consumo (LOPES, 2009, p.156).

Citamos como exemplo as “oportunidades” de subemprego que são dadas às pessoas em situação de rua, tais como estágios com remuneração abaixo do salário mínimo, condições precárias de trabalho, ou seja, dá-se o mínimo como modo de compensação àqueles que se encontram à margem do consumo para que venham criar redes mínimas de consumo. Conforme Lopes (2009), essa prática transforma essas pessoas de “excluídos invisíveis” para “excluídos anormais”, pois não garantem transformação efetiva na vida delas, permanecendo, portanto, em situação de risco social. Não queremos dizer que a criação de políticas sociais não seja importante, principalmente para populações que foram historicamente negligenciadas, contudo devemos atentar aos jogos de poder presentes na criação e operacionalização das mesmas, uma vez que estamos inseridos em modelo econômico e político neoliberal as chamadas políticas sociais fazem parte desse jogo.

Retomando, o surgimento dos serviços direcionados às pessoas que vivem nas ruas só foi possível após a aprovação da “Política Nacional da População em Situação de Rua”, contudo não é suficiente para acolher a todos e muito menos de tirá-los da condição de pobreza. Para Lopes (2009), a forma de governo neoliberalista em que vivemos legitima a pobreza absoluta e um Estado assistencialista, ou seja, o Estado mantém e produz a pobreza, sem gerar transformações sociais, políticas e econômicas efetivas que diminuam a miséria do país. Afinal, manter a pobreza é mais vantajoso do que tentar eliminá-la. Assim, o Estado e o modelo neoliberal andam juntos, um se retroalimentando do outro, a serviço do aumento de lucro e sustentabilidade do mercado de consumo: “condições de vida e de consumo associam-se hoje de forma indissolúvel e estão cada vez mais sob a tutela do Estado” (LOPES, 2009, p. 167). O imperativo da inclusão pode ser considerado, em muitos casos, como modo do Estado se manter na articulação com a lógica neoliberal, garantindo assim:

[...] cada indivíduo uma condição econômica, escolar e de saúde pressupõe estar fazendo investimentos para que a situação presente de pobreza, de falta de educação básica e de ampla miserabilidade humana talvez se modifique em curto e médio prazo. A promessa da mudança de *status* dentro de relações de consumo — uma promessa que chega até aqueles que vivem em condição de pobreza absoluta —, articulada ao

desejo de mudança de condição de vida, são fontes que mantêm o Estado na parceria com o mercado e que mantêm a inclusão como um imperativo do próprio neoliberalismo (LOPES, 2009, p. 167).

Finalmente, neste capítulo, ao produzirmos apontamentos acerca das condições que possibilitaram as pessoas que vivem nas ruas serem “reconhecidas” como sujeitos de direitos e incluídas em políticas públicas e trazermos discussões sobre os efeitos de tais políticas, compreendemos que a resistência a esse fenômeno de tutela do Estado, são políticas de cuidado que se fazem como práticas libertárias. Sendo assim, vemos na história em um primeiro momento, ações de enclausuramento em instituições. Depois a emergência de ações assistencialistas religiosas, com um movimento contrário dentro da própria Igreja Católica com “Teologia da Libertação”. Esta favoreceu certo movimento das próprias pessoas que vivem nas ruas a lutarem pelo reconhecimento dos seus direitos e advogarem autonomia sobre seus destinos. E, conseqüentemente, surgiram as primeiras políticas públicas na perspectiva dos “direitos humanos” direcionadas a esse público. As políticas públicas demarcam importante momento de reconhecimento das reivindicações do movimento e a institucionalização de demandas. Por outro lado, essa situação merece atenção para não se tornar um jogo na manutenção do sistema neoliberal.

Nesse sentido, discutiremos no próximo capítulo, políticas de cuidado que ainda estão em vigor, especificamente a “Política Nacional de Atenção Básica” e suas reverberações no cuidado junto às pessoas em situação de rua.

4 POLÍTICAS DE CUIDADO: SOBREVOANDO A POLÍTICA DE ATENÇÃO BÁSICA

Durante este trabalho, aprendemos que a pesquisa se faz nas errâncias do cotidiano, ou seja, à medida que as experimentações acontecem surgem feixes de inspiração para categorias serem criadas, bem como os capítulos que comporão a dissertação. Desse modo, a ideia deste capítulo surgiu após o exame de qualificação em que diversas sugestões se fizeram e em momentos de conversas nas orientações e reflexões, colocamos a categoria “cuidado em saúde” em análise com mais consistência nos diversos caminhos percorridos. Nesse primeiro momento, o caminho foi realizado a partir do olhar breve sobre a Política de Atenção Básica (PNAB)⁸. Inicialmente, a análise foi realizada pela política aprovada em 2011, contudo no caminhar da pesquisa, houve análise da PNAB que foi aprovada ainda 2017.

Ao delinear o capítulo, surgiu o seguinte questionamento: por que escolhemos a “Política de Atenção Básica” e não outra, como por exemplo a “Política de Assistência Social”? Isto posto, pensamos menos em “desvendar” as controvérsias e mais apontá-las como redes heterogêneas que atravessam as políticas públicas e nos fazem a todo momento questionar seus efeitos. Talvez, esse questionamento tenha surgido em razão da inserção da pesquisadora, no início da pesquisa, em equipamento da “Política de Assistência Social”: o Centro POP⁹ e não no Consultório na Rua e/ou Unidade Básica de Saúde do município de Fortaleza. Na capital, ressaltamos que serviços como Centro POP, Casa de Passagem, Abrigos, dentre outros, são vinculados a Secretaria de Direitos Humanos e Desenvolvimento Social de Fortaleza (SDHDS).

Essa dicotomia, Assistência Social e Saúde, foi produzida pelas próprias políticas públicas. Começou na Assistência Social em 2004, com a aprovação da Política Nacional para a População de Rua (2009), por meio dos Centros POP’S¹⁰ e só, em 2011/2012, se tornou, institucionalmente, demanda da Atenção Básica, por meio das Equipes de Consultórios na Rua (CnR), embora já houvesse experiências exitosas, desde 2004, com os Programas de Saúde da Família sem Domicílio em Porto Alegre (PSF sem Domicílio), que, posteriormente se tornaram Equipes de Saúde da Família sem Domicílio com experiências em Belo Horizonte, São Paulo (ESF sem Domicílio) e Rio de Janeiro (ESF Pop Rua), até que em 2012 passou a se demanda

⁸ Ver a nova Portaria 2.979 de 12 de novembro de 2019 que institui o Programa Previne Brasil. Disponível em: <http://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-n-2.979-de-12-de-novembro-de-2019-227652180>.

⁹ A minha inserção no Centro POP se deu pela facilidade de acesso e por ser um serviço importante, próximo a Universidade Federal do Ceará que está em funcionamento.

¹⁰ Na cidade Fortaleza, existe desde 2007, o qual era chamado de CAPR (Centro de Atendimento à População de Rua). Ver: <http://www.sbpcnet.org.br/livro/62ra/resumos/resumos/2284.htm>.

de Política de Saúde Mental, por meio dos Consultórios de Rua¹¹ (LONDERO; CECCIM; BILIBIO, 2014).

Tal dicotomia se materializa nas falas de alguns profissionais do Centro POP que visitamos, que relataram da dificuldade que muitas pessoas que vivem nas ruas têm quando vão aos serviços de saúde e lhes é negado atendimento por não terem documentos¹² (comprovante de endereço, RG e/ou cartão do SUS), e precisam ser encaminhadas para os serviços de assistência social, para só depois serem atendidas nos equipamentos de saúde. Dessa maneira, por vezes, o “cuidado em saúde” se materializa na prática do “empurra-empurra”, como se esse público não tivesse demandas de saúde e como se os serviços de assistência social não trabalhassem também com promoção de saúde. Sendo assim, arriscamos em afirmar pelas experimentações em ato, que o sujeito da política pública é ainda concebido como universal e “dicotomizado”: demandas “sociais” são da alçada da Política de Assistência Social e demandas de “saúde/doença” são da alçada das Políticas de Saúde.

As práticas cotidianas que experimentamos no período da pesquisa nos despertaram para esse modo de “cuidado” dicotomizado. Verificamos que demandas de saúde de pessoas que vivem nas ruas ainda são tratadas apenas com doenças relacionadas a tuberculose e IST’S (Infecções Sexualmente Transmissíveis), levando a ações e campanhas voltadas somente para o tratamento delas. Salientamos que tais ações são importantes, pois a exposição a chuvas, alimentos contaminados, práticas sexuais desprotegidas ocorrem, porém, demandas de saúde não estão apenas restritas a essas doenças. Nesse sentido, nota-se, ainda, resquícios de práticas de saúde fixadas no modelo preventivista e curativista, por serem, por consequência, mais objetivistas e imediatistas, focadas no modelo biomédico.

Constatada essa divisão, desenvolvermos esse capítulo em dois momentos: a) situaremos a Política de Atenção Básica e seus desdobramentos nas práticas do cuidado junto a população de rua; b) discutiremos a relação da Psicologia com o Consultório na Rua (sendo este integrado a Atenção Básica).

4.1 Apontamentos sobre a Política Nacional de Atenção Básica

¹¹A diferença de Consultório *de* rua e *na* rua será discutido posteriormente.

¹²A Portaria nº 940/2011 do Ministério da Saúde que regulamenta o Sistema Cartão Nacional de Saúde (Sistema Cartão) permite o atendimento às pessoas em situação de rua mesmo que não tenham comprovante de residência. Ver http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt0940_28_04_2011.html.

Desde o século XIX (período colonial) já existiam práticas de saúde, que foram se atualizando até chegar ao modelo contemporâneo das políticas de saúde. No final do século XIX e início do século XX, as práticas de saúde vigentes se pautavam em modelos médicos preventivistas e curativistas europeus e norte-americanos de combate as doenças infectocontagiosas. Assim, surgem as políticas higienistas de limpeza das cidades com a justificativa de combate as epidemias que assolavam as capitais brasileiras (CAMPOS; 2007). Durante o final do século XIX, surgiram inúmeros aparatos que sustentaram esse modelo médico-sanitarista, tais como: o primeiro hospício: D. Pedro II, em 1852 no Rio de Janeiro, as primeiras Inspetorias de Saúde Pública, Institutos de Profilaxia, entre outros. (CAMPOS, 2007). Assim, a produção de saúde no Brasil estava ligada a concepção de prevenção e cura e não de promoção de saúde, permeando ainda hoje nas práticas cotidianas dos serviços de saúde e da população em geral.

A partir de 1925 foram implantados os primeiros Centros de Saúde e que possuíam uma proposta diferente de Saúde Pública que não fosse apenas curativista e de isolamento dos doentes nos hospitais:

As bases científicas e filosóficas a nortear o trabalho nesses estabelecimentos sanitários baseavam-se na epidemiologia, na educação sanitária e na administração sanitária. Essa nova forma de atuar, por meio de uma rede permanente de unidades de saúde, abrangeu novos princípios e metodologias, quais sejam: a subdivisão das cidades em Distritos Sanitários e a ação das equipes de enfermeiras visitadoras. Por meio destas buscava-se conhecer sistematicamente a situação dos domicílios, das famílias e indivíduos, monitorando e traçando o perfil epidemiológico de cada área. A partir desse conhecimento passava-se a atuar segundo as técnicas de educação, prevenção e profilaxia disponíveis, transmitindo às famílias novos hábitos de higiene (CAMPOS, 2007, p. 888).

É importante destacar, por mais que ainda houvesse resquícios do modelo preventivista e de tutela, os Centros de Saúde ampliaram a possibilidade de educação sanitária às populações ditas “vulneráveis” e por estarem mais próximos dessas populações, conseguiam mais eficácia no combate às doenças e o modelo de descentralização auxiliava na resolutividade das ações. Desse modo, houve a necessidade de criar o Sistema Distrital de Administração Sanitária que consistia em uma rede descentralizada de Centros de Saúde (CAMPOS, 2007).

Assim, esse breve percurso histórico da saúde brasileira situa os processos implementados na assistência à saúde, do ponto de vista da prevenção que se atualizaram e desembocaram no que conhecemos hoje como Atenção Básica/Primária à Saúde. Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) foi regulamentada a partir de 2006, revisada e ampliada em 2011 e, mais recentemente, revisada novamente e aprovada em 2017, por meio da Portaria nº 2.436/2017. Devido suas novas modificações, em 2011, a PNAB trouxe ampliações em

relação à anterior aprovada em 2006 com a expansão dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF-AB) no municípios, criação das equipes de Saúde da Família Ribeirinhas (ESF Ribeirinhas), Unidades de Saúde Fluviais, profissionais de saúde bucal da ESF, equipes de Agentes Comunitários de Saúde (ACS), Programa Saúde nas Escolas (PSE), além terem sido regulamentadas as Equipes dos Consultórios na Rua (ECR) (BRASIL, 2012). Os recursos também foram ampliados em 40% em relação ao ano de 2010, representando “o maior aumento de recursos repassados fundo a fundo desde a criação do PAB¹³” (BRASIL, 2012, p. 10). Do mesmo modo, ampliaram -se os profissionais e os variados atores acionados como: as (os) profissionais, as (os) usuárias (os) as (os) gestoras(os), Unidades Básicas de Saúde (UBS), tecnologias diversas, verbas, legislações que operacionalizam a política e materializam-na no cotidiano da vida das pessoas.

Entretanto, a aprovação da PNAB em 2017 trouxe algumas mudanças, principalmente no que diz respeito à cobertura da ESF e na modalidade de repasse da verba federal:

Quadro 2 – Mudanças na PNAB (2017)

Mudanças na PNAB (2017)
Mudança na Equipe de Saúde da Família (ESF), ou seja, acrescentou-se na equipe o agente de combate às endemias (ACE); além de considerar outros formatos de equipe.
O Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) passa a ser Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção (NASF-AB), pois atuará de maneira integrada para dar suporte (clínico, sanitário e pedagógico) aos profissionais das equipes de Saúde da Família (eSF) e de Atenção Básica (EAB).
Seguindo o pressuposto de que Atenção Básica e Vigilância em Saúde devem se unir para a adequada identificação de problemas de saúde nos territórios e o planejamento de estratégias de intervenção clínica e sanitária mais efetivas e eficazes, orienta-se que as atividades específicas dos agentes de saúde (ACS e ACE) devem ser integradas.
Poderão ser consideradas, ainda, atividades do Agente Comunitário de Saúde, a serem realizadas em caráter excepcional, assistidas por profissional de saúde de nível superior, membro da equipe, após treinamento específico e fornecimento de equipamentos adequados, em sua base geográfica de atuação, encaminhando o paciente para a unidade de saúde de referência: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Aferir a pressão arterial, inclusive no domicílio, com o objetivo de promover saúde e prevenir doenças e agravos; ✓ Realizar a medição da glicemia capilar, inclusive no domicílio, para o acompanhamento dos casos diagnosticados de diabetes mellitus e segundo projeto terapêutico prescrito pelas equipes que atuam na Atenção Básica; ✓ Aferição da temperatura axilar, durante a visita domiciliar;

¹³Programa de Atenção Básica.

<ul style="list-style-type: none"> ✓ Realizar técnicas limpas de curativo, que são realizadas com material limpo, água corrente ou soro fisiológico e cobertura estéril, com uso de coberturas passivas, que somente cobre a ferida; e ✓ Orientação e apoio, em domicílio, para a correta administração da medicação do paciente em situação de vulnerabilidade.
<p>Reduz o teto da população adstrita por equipe de Atenção Básica e de Saúde da Família de 4.000 pessoas localizadas dentro do seu território para 2.000 a 3.500, garantindo os princípios e diretrizes da AB.</p>
<p>Novo formato de transferência de verbas federais, ou seja, os repasses federais serão feitos em duas modalidades: custeio de ação e serviços públicos de saúde e bloco de investimento. Anteriormente, os repasses eram feitos em seis blocos de financiamento.</p>

Fonte: Ministério da Saúde

Na prática, houve maior flexibilidade na utilização das verbas federais de acordo com a prioridade dos gestores municipais, evitando que os recursos ficassem parados. Essas mudanças ocorridas na PNAB, apresentadas no quadro acima, são as mais relevantes por terem afetado o cotidiano das práticas na Atenção Básica. Todavia, mesmo com algumas mudanças, a Atenção Básica continua exercendo a função de organizar a Rede de Atenção à Saúde, como “porta de entrada” de pessoas que procuram a rede de saúde, e deve seguir os princípios do SUS: “universalidade”, “integralidade da atenção”, “participação da comunidade”, “descentralização”, “responsabilização” e “equidade”. A organização da rede se dá pelo “cuidado” que abrange:

[...] o conjunto de serviços executados pela equipe de saúde que atendam às necessidades da população adstrita nos campos do cuidado, da promoção e manutenção da saúde, da prevenção de doenças e agravos, da cura, da reabilitação, redução de danos e dos cuidados paliativos. Inclui a responsabilização pela oferta de serviços em outros pontos de atenção à saúde e o reconhecimento adequado das necessidades biológicas, psicológicas, ambientais e sociais causadoras das doenças, e manejo das diversas tecnologias de cuidado e de gestão necessárias a estes fins, além da ampliação da autonomia das pessoas e coletividade (BRASIL, 2017, s/p).

[...] o desenvolvimento de ações de cuidado de forma singularizada, que auxilie as pessoas a desenvolverem os conhecimentos, aptidões, competências e a confiança necessária para gerir e tomar decisões embasadas sobre sua própria saúde e seu cuidado de saúde de forma mais efetiva. O cuidado é construído com as pessoas, de acordo com suas necessidades e potencialidades na busca de uma vida independente e plena. A família, a comunidade e outras formas de coletividade são elementos relevantes, muitas vezes condicionantes ou determinantes na vida das pessoas e, por consequência, no cuidado (BRASIL, 2017, s/p).

Portanto, as ações de cuidado em saúde na Atenção Básica devem seguir os princípios norteadores da política, articulando-se com as demandas e desejos das pessoas.

Existem algumas funções que a Atenção Básica deve cumprir, gerando efeitos na Rede de Atenção à Saúde, tais como: a) ser base, b) ser resolutiva, c) longitudinalidade do

cuidado, d) coordenar o cuidado e) ordenar as redes (BRASIL, 2017). Segundo a PNAB (2017), essas funções auxiliam no processo de organização para facilitar o cuidado e a comunicação em rede. Dentre as quatro funções supracitadas, destacamos a de coordenar o cuidado:

Elaborar, acompanhar e organizar o fluxo dos usuários entre os pontos de atenção das RAS. Atuando como o centro de comunicação entre os diversos pontos de atenção, responsabilizando-se pelo cuidado dos usuários em qualquer destes pontos através de uma relação horizontal, contínua e integrada, com o objetivo de produzir a gestão compartilhada da atenção integral. Articulando também as outras estruturas das redes de saúde e intersetoriais, públicas, comunitárias e sociais (BRASIL, 2017, s/p).

Aqui, notamos que a Atenção Básica exerce a função de coordenar o cuidado, atuando como o centro comunicador de outros pontos de atenção, além de organizar o fluxo da rede de saúde por meio de ferramentas protocolares (encaminhamentos, consultas, exames, prontuário eletrônico, etc.). Permanece, contudo, a crítica de que os profissionais dos serviços, muitas vezes, olham mais para o corpo biológico e menos para as condições gerais que possibilitaram um processo de adoecimento, fazendo com que as práticas focalizem procedimentos/protocolos, esvaziando o cuidado e enfraquecendo a tessitura das relações frente aos processos de sofrimento (MEHRY; FEUERWERKER, 2014).

Um dos atores fundamentais que deve possibilitar a tessitura desse cuidado, indo além de protocolos, é a Estratégia de Saúde da Família (ESF) que surgiu em 1994 após a aprovação da lei 8.080/90. Anteriormente, denominava-se de Programa de Saúde da Família, inspirado em modelo de saúde de outros países (Cuba, Canadá e Inglaterra), que prezavam a promoção de saúde por meio da Medicina Comunitária na tentativa de superar os modelos assistencial centrado na figura do médico, além de considerar aspectos sociais, políticos, históricos como variáveis importantes responsáveis pelos processos de adoecimentos.

A ESF exerce também função intersetorial com outros atores da rede de saúde, a fim de articular o cuidado, descentralizando as ações de saúde, mapeando os condicionantes e as multiplicidades que produzem efeitos na saúde da população (SCHERER; MARINO; RAMOS, 2005). Isso só é possível com equipe multiprofissional (médico generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar ou técnico de enfermagem, agentes comunitários de saúde, além de profissionais de saúde bucal e, agora, agentes de combate às endemias). Entretanto, mesmo com a proposta desse modelo assistencial, questiona-se porque o sistema tem a resolutividade deficitária. Cotta; Ferreira *et al* (2008) indicam que um dos grandes desafios dessa resolutividade diz respeito aos processos de trabalho no cotidiano, considerando-se: a) as especificidades de cada trabalho; b) as diversas racionalidades dos campos de conhecimento) as experiências dos profissionais; d) a instabilidade do vínculo profissional; e)

a inserção do modelo de mercado no campo da saúde que investe cada vez mais em especialismos, tecnologia de ponta e planos de saúde, visando o lucro na saúde. São itens que contribuem para fragilizar o sistema de cuidado em saúde.

A ESF surge justamente para ampliar o acesso ao SUS de segmentos populacionais rurais e urbanos que eram excluídos (COTTA; FERREIRA *et al*, 2008). Existem críticas de que a ESF pode ser usada para controle da população empobrecida, uma vez que a ESF vai até o domicílio das famílias de maneira compulsória, tendo como sua matriz teórica a vigilância à saúde e a epidemiologia, focando, de certo modo, no modelo higienista e não sanitarista, não valoriza a prática clínica no que diz respeito a atenção singular, apresenta visão hierarquizada entre profissionais, além de não garantir a superação do modelo médico-centrado (FRANCO; MERHY, s/d). Entretanto, mesmo com essas limitações, a ESF exerce um papel importante na ampliação de acesso à promoção de saúde, tendo em vista que o atendimento do SUS é universal (PASSAMANI; SILVA; ARAÚJO, 2008; ANDRADE; NORONHA *et al*, 2015).

As controvérsias sobre a efetividade da ESF não se esgotam, uma vez que ela ocupa um lugar no campo da saúde repleto de conflitos e contradições entre modelos assistenciais higienistas e modelos assistenciais sanitaristas. Certamente a implantação da ESF não garante, por si só, mudança no modelo mas pode ser um instrumento de trabalho micropolítico, que opera no cotidiano, em busca de atender demandas de saúde advindas da população, garantindo a produção de cidadania libertária e produtora de autonomia, além de investimentos em recursos humanos que possibilitem o exercício da interdisciplinaridade (FRANCO; MERHY, s/d; BOING; CREPALDI, 2010).

Outro aspecto importante, diz respeito a inserção da Psicologia na ESF. Acerca disso abordaremos, no próximo tópico, a relação da Psicologia com a Atenção Básica, tendo em vista que o exercício profissional nesse campo reverbera diretamente nos modos de trabalho da ESF, dando suporte aos casos mais complexos, por meio do NASF-AB.

4.2 Psicologia e Consultório na Rua

O desejo de discutir a relação da Psicologia com o Consultório na Rua surgiu no período do Mestrado (por meio da inserção no NUCED/UFC) com o seguinte questionamento: que clínica psicológica é possível no Consultório na Rua?

Em 2011/2012, houve ampliação das ações das equipes da Atenção Básica para “populações específicas” e uma delas foi a criação das Equipes de Consultório na Rua (ECR), por meio das portarias 122 e 123 de 2012. Isso se fez sob a justificativa de dificuldades de

acesso à rede de saúde por parte de certas pessoas em situação de rua, em razão da complexidade de se adequarem a protocolos institucionais, por conta de rompimento importante com normas e laços sociais, e também, por essas pessoas serem vítimas de estigma e preconceito. Por isso, houve a pertinência de criar serviços voltados às particularidades de tal público, principalmente no que diz respeito a práticas que não sejam efetivadas sob viés moralista. A proposta do Consultório na Rua vai em direção a isso (BRASIL, 2012; LANCETTI, 2014; SILVA, 2015).

A experiência de implantação do Consultório POP RUA no Rio de Janeiro, em 2010, apontou que produzir modos de cuidado em saúde é colocar as pessoas que vivem nas ruas na posição de “sujeitos”, considerando a singularidade de cada um mesmo no contexto extremo da rua, isto é:

Convocar os sujeitos a deslizarem de operar na vitimização e na marginalização (das posições polarizadas, portanto), é pedir que os sujeitos se posicionem mesmo que, minimamente, enquanto sujeitos que têm desejos, questões, problemas e singularidades. Deslocar os modos instituídos de ver o mundo, e também de colocar-se na vida (SILVA, 2015, p. 61)

Desse modo, a clínica psicológica no Consultório na Rua é convocada a borrar as fronteiras rígidas entre saberes, levar em conta as singularidades dos territórios em que atua, produzindo “uma nova maneira de operar no território e na clínica” (SOUZA; MACERATA, 2015, p. 5). Essa nova maneira é possível, por meio de processos de invenção no plano coletivo em que clínica e política são inseparáveis:

“[...] Coletivo diz respeito ao plano de produção, composto de elementos heteróclitos e que experimenta, todo o tempo, a diferenciação. Coletivo é multidão, composição potencialmente ilimitada de seres tomados na proliferação das forças. [...] A clínica em sua relação com os processos de produção de subjetividade implica, necessariamente, que nos arrisquemos numa experiência de crítica/análise das formas instituídas, o que nos compromete politicamente” (BENEVIDES, 2005, p. 23).

Portanto, a aposta é que o modo de cuidado em saúde de tal público deva ocorrer respeitando os próprios sujeitos que vivem nas ruas, pois a dinâmica peculiar e o nomadismo do território implicam rearranjos diferenciados nas práticas de cuidado em saúde. Sendo assim, Benevides (2005) destaca três princípios éticos que facilitam a produção da prática psicológica: 1) “princípio da inseparabilidade” entre clínica e política; 2) “princípio da autonomia e da corresponsabilidade” no processo de cuidado e 3) “princípio da transversalidade” em que o campo psi é efeito da convergência de outros saberes/fazer, contribuindo para outro modo de produzir saúde. Portanto, operar com pessoas que vivem nas ruas, é investir na ousadia e na potência do cuidado, por meio de práticas inventivas e peripatéticas (LANCETTI, 2014).

De modo inverso ao que destacamos no parágrafo anterior vemos, cotidianamente, ações dirigidas à população de rua, pautadas em internações involuntárias e compulsórias, que internam pessoas em comunidades terapêuticas (CTs), aniquilando a liberdade e autonomia das pessoas que vivem nas ruas e que possuem problemas com uso abusivo/compulsivo de drogas. Em 2017, o “Relatório de Inspeção Nacional realizado pelo Conselho Federal de Psicologia”, em parceria com o Ministério Público e com o Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura, apontou que diversas CTs descumpriam a obrigatoriedade de laudo médico e comunicação ao Ministério Público (MP) até 72 horas de casos de internações involuntárias, além de cometerem diversas outras violações relatadas por “internos” (CFP; MNPCT; PFDC; MPF, 2018).

Conforme Mélló; Mora; Galindo (2018), o modelo terapêutico de uma das maiores CTs no Brasil que, provavelmente, serve de inspiração para outras CTs é pautado por atividades de “cunho religioso”, “laborterapia” e “convivência em comunidade”, baseados em modelos moralistas e sem a constituição de Projeto Terapêutico Singular (PTS), este exigido pela lei federal 10.216/2001, pelo Ministério da Saúde e pelo movimento da Luta Antimanicomial.

Desse modo, a rua também se torna campo de disputas, uma vez que distintos modelos terapêuticos se colocam em ação, inclusive em Consultórios na Rua, que deveria se pautar por exercer seu trabalho de modo ético, diminuindo internações, por meio de ações de redução de danos e promoção de saúde.

Boing; Crepaldi (2010) apontam que, devido a luta histórica do movimento sanitário e do modelo antimanicomial que tomaram rumos distintos (apesar de se formarem no mesmo período), a saúde mental foi vista como se não fizesse parte do sistema de saúde em geral:

A Política Nacional de Atenção Básica, dentre outros documentos, instituiu a atenção básica, através das equipes de saúde da família, como referência e organizadora de todo o sistema, enquanto documentos específicos da legislação de saúde mental colocam os CAPS como referências da rede diversificada de serviços em saúde mental, como se esta não fizesse parte do sistema de saúde em geral. Tal dicotomia pode estar relacionada a um fator histórico, como reflexo dos movimentos sanitário (que implicou a mudança de modelo de atenção à saúde) e antimanicomial, uma vez que ambos se formaram na mesma época, mas tiveram encaminhamentos paralelos, inclusive em termos de políticas públicas de saúde coletiva e de saúde mental (BOING; CREPALDI, 2010, p.642).

Assim, em 2001, o Ministério da Saúde criou o “Plano Nacional de Inclusão das Ações de Saúde Mental na Atenção Básica e em 2013, criou o “Projeto Caminhos do Cuidado” com o objetivo de formação em saúde mental álcool e outras drogas, direcionado para os ACS, auxiliares e técnicos de enfermagem da Atenção Básica (BRASIL, 2001; QUEIROZ, 2007).

Ainda Boing e Crepaldi (2010), indicam que a Psicologia tem muito a contribuir na Atenção Básica, sobretudo, na Saúde da Família, por meio da composição do profissional da Psicologia na equipe mínima da ESF (Estratégia Saúde da Família):

[...] a Saúde da Família mostra ser uma estratégia eficiente no caminho da consolidação do SUS, contudo, é preciso avançar, investir, sobretudo em recursos humanos, para qualificar a atenção básica e permitir que esta cumpra seu papel. Frente a essa atribuição, entende-se que a atenção básica necessita contar com equipes de saúde efetivamente interdisciplinares, nas quais o psicólogo tem muito a contribuir (Böing et al., 2009). Para tanto, torna-se imprescindível que o psicólogo esteja locado na unidade de saúde e faça parte da equipe de saúde (BOING e CREPALDI; 2010, p.645).

Isto posto, a clínica psicológica no Consultório na Rua se conecta ao trabalho “interdisciplinar” e “coletivo”, favorecida por mudanças nas diretrizes curriculares nacionais nas últimas décadas, que ampliou a formação em saúde para os cursos de psicologia, dando enfoque maior a proposta de saúde coletiva e ao SUS. Devido essas mudanças curriculares, a formação psi passou a ter mais responsabilidades no campo da saúde, exigindo-se formação de psicólogos pautada nos preceitos do SUS (ELIAS *et al*, 2018).

Essa imersão da Psicologia no SUS possibilitou aproximação com público, majoritariamente, composto por classes empobrecidas, que somada a mudança no perfil socioeconômico dos estudantes de Psicologia, vem produzindo efeitos importantes nos modos de trabalho do psicólogo (NETO, 2010).

Corroborando com Rodrigues (2017), pensar o cuidado em saúde nas práticas psi é pensar também na produção de modos de vida, sustentados em postura política que reconheça que “o modo como nós conhecemos o mundo [...] é inseparável dos modos com os quais escolhemos viver nele. [...] o conhecimento e suas incorporações materiais são tanto produto do trabalho social, como constitutivas de formas de vida social” (RODRIGUES, 2017, p. 41). Uma dessas formas de vida que deve ser respeitada se refere àqueles que estão vivendo nas ruas de nossas cidades. Portanto, conceber certa clínica psicológica no Consultório na Rua é apostar na força dessas pessoas, apostar que “sejam capazes de se constituir em sujeitos de suas próprias práticas” (ROSE, 2011, p. 236-237).

Assim, no cuidado em saúde com as pessoas que vivem na rua, ora nos deparamos com práticas em saúde que operam a partir de modos higienistas e de repressão; ora operam por modos protocolares (prevenção e tratamento) com finalidade de “cura”; ora por modos religiosos de “salvação eterna”; e, por fim, por modos de cuidado em saúde libertários que incluem ações de redução de danos. Todas essas versões se imiscuem em manuais de políticas públicas, no cotidiano dos equipamentos, em rodas de conversas acadêmicas, em prontuários,

na recepção dos serviços, nos encaminhamentos efetivados pelos profissionais, na prescrição de medicamentos, em reuniões de equipe, etc.

Isso nos impõe atenção e militância constante em torno de uma ética de cuidado em saúde que não seja autoritária e manicomial. Impõem-nos o dever de articular redes de conexões que se entrelaçam por diversos fios e produzem clínica no/pelo/para território da rua, distinta de modos de atendimentos convencionais.

A conexão entre Psicologia e Consultório na Rua é possível mediante a compreensão do lugar desse campo de saber-fazer. Inúmeras experiências exitosas, especialmente, em Maceió, Recife, Rio de Janeiro, São Paulo e Porto Alegre mostraram que é possível outra prática profissional no Consultório na Rua, mesmo com a heterogeneidade que advém desse campo de atuação (TEIXEIRA; FONSECA, 2015). Essa heterogeneidade deve ser criativa pela fluidez da população em situação de rua. Nossa atuação deve produzir deslocamentos constantes em cuidados que respeitem a dinâmica da população de rua. Os deslocamento nas práticas cotidianas da psicologia não deve se apenas em relação a circulação em variados espaços físicos, mas também de mudança do *status* de saber-poder de nossa atuação: entendermos que nosso saberes precisam mudar e nossa práticas se tornarem mais criativas.

...Cuidar do outro é
cuidar de mim, cuidar
de mim é cuidar do mundo, outro mundo,
outros tempos, outros fins, outro começo,
outro começo, sabido são os afetos, o amor
é terapêutico...

Johnson Soares, Junior Santos e Ray Lima
(CORRA PRO ABRAÇO, 2016)

5 “CUIDAR É SIMPLEMENTE OLHAR PRO MUNDO QUE VOCÊ NÃO VÊ”: ESTUDO DE CASO

Os quadros 3 e 4 que estão abaixo apresentam as transcrições sequenciais das entrevistas e trazem a síntese das narrativas realizadas com as interlocutoras, em função dos temas abordados. Segundo Spink (2014), esses quadros são chamados de “mapas dialógicos” e facilita o processo de análise.

As entrevistas narrativas aconteceram em um só dia, tendo em vista o nomadismo das interlocutoras e o nosso receio de não as encontrarmos outra vez que as procurássemos. Tomamos essa decisão após acompanharmos uma interlocutora que encontramos no Centro POP e que, devido a alguns conflitos com seu companheiro, não foi mais vista no serviço, nem em outros locais que costumava circular. Com isso, nos dirigimos a uma praça já conhecida por abrigar pessoas que estavam em situação de rua.

Iniciamos nos aproximando sem pressa das mulheres duas vezes por semana ao local. Acertamos em realizar as entrevistas na praça aproximando-nos para estabelecer vínculo. Do mesmo modo, essa situação cotidiana menos formal permitiu que as entrevistas fossem realizadas no formato de conversas. Nosso objetivo de entender situações de cuidado vividas por mulheres em situação de rua a partir do estabelecimento de vínculos de confiança parte de estudos que indicam que a produção de tais laços sociais com pessoas que vivem nas ruas é o fio condutor para desencadear e estudar ações em saúde bem-sucedidas (TEIXEIRA; FONSECA, 2015).

Em momentos de conversas descontraídas com outros habitantes da praça, obtivemos relatos importantes sobre suas estratégias de sobrevivências tais como: *“no Rio, de longe, quando avistei a polícia e sabia que ia me revistar, amarrei o saquinho de droga no cachorro e soltei ele. Quando foram me revistar, não encontraram nada. E outra vez que amarrei no menino que tava comigo. Eles não iam revistar a criança. (risos).”* Esse relato partiu de Beladona quando morou no Rio de Janeiro.

As categorias: cotidianos na rua (Quadro 1) e cuidados em saúde (Quadro 2) foram criadas a partir das entrevistas narrativas realizadas na praça. Os subtemas foram criados observando as semelhanças e diferenças dos relatos das participantes:

Quadro 3 – Cotidiano na Rua

Nome	Idade	Gênero	Redes de Apoio em Itinerários	Itinerários a pé	Uso de substâncias	Vida na Rua	Dificuldades	Oportunidades
Beladona	54 anos	Mulher trans	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Amizades da prostituição, dos pensionatos e da praça; ✓ Centro POP, HABITAFOR, Unidades Básicas de Saúde e Ministério da Saúde (DST/AIDS). 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Benfica (casa) ✓ Praça da Gentilândia (amigos da praça) ✓ Av. 13 de maio (HABITAFOR) ✓ Av. Domingos Olímpio (Apoena) ✓ Rodolfo Teófilo (amigas da prostituição). 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Uso de drogas ilícitas (maconha e crack) e drogas lícitas como bebidas alcoólicas ✓ Uso intenso de bebida alcoólica 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Ficou oito anos e estava há dois meses pelo Aluguel Social ✓ Arranjou muitos amigos, mas também muitos inimigos. ✓ Sempre há atritos devido aos corres que faz. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Necessidades fisiológicas ✓ Higiene pessoal, (principalment e aos sábados e domingos) ✓ Uso abusivo de álcool (problemas no fígado, rim e baço). ✓ Prostituição 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Vantagens em ser travesti (mais atenção dos órgãos públicos) ✓ Políticas Públicas (curso “Novos Caminhos”, bolsa no valor de R\$ 250,00, Aluguel social) ✓ Trabalhos esporádicos no Centro Janaína Dutra
Mimosa	46 anos	Mulher cis	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Amiga (usa máquina de lavar) ✓ Médica que mora nas redondezas (ajuda com alguma medicação e/ou atendimento) ✓ Amigos da praça da Gentilândia ✓ UB’S próxima ✓ UFC ✓ Residência Universitária 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Amiga da pizzaria (lava prato) ✓ UFC (tem acesso ao banheiro) ✓ Residência Universitária (acesso ao banheiro nos finais de semana e balde d’água) ✓ Centro POP (documentação) ✓ Algumas casas próximas à praça da Gentilândia (ajuda) 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Uso de drogas ilícitas (maconha e crack) e drogas lícitas como bebidas alcoólicas 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Está há cinco anos. Foi para rua, por causa do companheiro. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Chuva ✓ Obter alimento (fica “mangueando”), ✓ Medo na hora de dormir (houve tentativa de estupro) ✓ Brigas e roubos entre eles mesmo 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Banho na UFC e estabeleciment o comercial em frente à praça da Gentilândia ✓ Políticas Públicas: (recebe o Bolsa-família) ✓ Trabalha como guarda-carros, às vezes

Fonte: A autora

5.1 Cotidiano na rua

5.1.1 Redes de Apoio em Itinerários

As redes de apoio construídas nos itinerários dessas mulheres variam do apoio formal das instituições públicas, às amizades que elas fizeram/fazem durante a vivência circulando nas ruas.

Como exemplo das amizades, Beladona relatou que também contava com “amigas da prostituição”, “amizades da praça” e têm proteção de alguns donos de bancas de revistas e taxistas em locais que circula. Em relação ao apoio formal, relatou que utiliza o Centro POP, HABITAFOR, Unidades Básicas de Saúde e Hospitais.

Mimosa relatou que conta com algumas amizades para se manter nas ruas: usava a máquina para lavar roupa de uma amiga, uma senhora que mora nas redondezas de uma das praças que frequenta a ajuda eventualmente na obtenção de medicações ou atendimento com a ida a UBS mais próxima, também, tem ajuda de amigos nas praças, estudantes de uma Instituição de Ensino Superior (IES) próxima e ajuda de mulheres que habitam uma residência comum. As ajudas que recebe de estudantes e mulheres se refere a algum dinheiro e locais para fazer sua higiene pessoal. Também se referiu aos bares que, por abrirem todos os dias, lhes permitem uso para higiene e necessidades fisiológicas.

Uma das queixas que elas fizeram foi em relação aos horários de funcionamento das instituições de saúde e assistência que funcionam de segunda à sexta e em horário comercial (08:00 às 18:00), dificultando o acesso delas em outros momentos, especialmente aos finais de semana.

Assim, constituem redes de cuidado de si, contando com apoios importantes, para além dos serviços públicos. Para elas estes ainda as discriminam e fazem muitas exigências, como o porte de documentos, que lhes dificultam o acesso. Destacaram os Centros POP, como importantes para apoio em vários aspectos: alimentação, higiene, conversas e encaminhamentos a outros serviços.

5.1.2 Itinerários a pé

Nesse subtema, ao perguntar sobre os seus itinerários, elas compreenderam como os caminhos percorridos durante o dia e descreveram da seguinte forma:

Beladonna: praça gentilândia (encontra os amigos), HABITAFOR (paga o aluguel social), Faculdade Apoena (onde faz curso de culinária e participa de reuniões para obter ajuda para aluguel de um quarto), avenida José Bastos onde encontra amigas da prostituição. Faz esses itinerários a pé, pois não tem paciência de pegar ônibus.

Mimosa: circula em direção a IES, ao Centro POP e a algumas casas que dão suporte próximas à uma praça. Seus itinerários são mais restritos às redondezas da praça que ela habita.

5.1.3 Uso de substâncias

Esse tema, drogas, emergiu, tanto pelas observações da pesquisadora ao circular nos espaços habitados pelas mulheres, quanto na fala delas. Vale ressaltar que as duas mulheres participantes da pesquisa faziam uso de drogas ilícitas (maconha e crack) e drogas lícitas como bebidas alcoólicas. Em relação as drogas ilícitas não constatamos, seja pela observação, seja em queixa das mulheres nenhum uso compulsivo. De certo modo, isso contraria visões preconceituosas de que quem está morando nas ruas sempre tem envolvimento problemático com o crack, por exemplo. De modo inverso, vale registrar o relato de Beladonna de uso intenso de bebida alcoólica a ponto de lhe causar sérios problemas de saúde: “tive que operar, pois tive problemas no fígado, rim e baço”.

Observamos que o uso de cachaça é frequente entre as pessoas que vivem ou passam o dia em praças, especialmente um tipo de bebida de baixa qualidade a qual chamam de “barrigudinha”. Essa bebida é vendida a preços que variam de R\$1,00 a R\$2,00, em garrafinha de 490ml, com uma gradação alta alcóolica 40%. Na cidade de São Paulo, o uso intenso feito por moradores em situação de rua provocou alerta importante com grave problema de saúde pública. Segundo matéria jornalista publicada no jornal O Estado de São Paulo, a “barrigudinha” pode resultar em coma alcóolico, amnésia e intoxicação, causar manchas na pele e hemorragia intestinal, alerta feito pela coordenadora de Saúde Mental da Secretaria Municipal de Saúde, em função do aumento da procura de tratamento médicos após o uso da bebida.

Vemos que essa bebida se tornou um problema grave não só na região sudeste. No entanto, mesmo que se use outro tipo de bebida alcóolica, percebemos ser um problema grave, pois, conforme o Centro de Informações sobre Saúde e Álcool (CISA, s/d), o uso excessivo e continuado de álcool aumenta o risco de complicações de saúde. O estudo apontou que 6,2% das doenças no Brasil é responsabilidade do uso excessivo do álcool. Portanto, problemas de

saúde que podem ter relação com o uso excessivo de álcool e podem levar a complicações graves a essa população em situação de rua são: doenças do fígado, problemas gastrointestinais, pancreatite, neuropatia periférica, problemas cardíacos e vasculares, câncer de boca, faringe, laringe, dentre outros (CISA, s/d).

Diante desse quadro de riscos e possíveis problemas relacionados à saúde das mulheres que participaram da pesquisa, indicamos-lhes ações de RD que amenizariam o problema, como evitar a “barrigudinha” e ingerir bastante água. Além disso, lhes indicamos a frequência ao CAPS-ad Centro. Uma delas, participante de um projeto de prefeitura que contava com participação do NUCED, chegou a frequentar o CAPS-ad, mas por pouco tempo. Perdemos seu contato, e soubemos, por amigos da praça “que estava sendo ameaçada pelo seu companheiro e “deu um tempo dali”. A pesquisadora circulou em vários dos locais que essa mulher ia, sem conseguir encontrá-la. Por outro lado, o fato de ter “sumido” sem deixar muitas pistas de onde estava, foi indicativo de êxito em sua proteção.

5.1.4 Vida na Rua e aspectos anteriores a isso

Nesse item, pretendemos destacar dois aspectos de vida: os entrelaçamentos de acontecimentos que precederam suas vidas nas ruas e, de algum modo, favoreceram essa forma de vida, e aspectos da vida nas ruas que lhes são adversos (mas que também podem ser comuns a vida “caseira”).

Beladonna relatou que já vivia há oito anos nas ruas, pois sua família, especialmente seu pai não aceitava sua identidade de gênero e orientação sexual. Dormia em cima de um colchão em baixo de um viaduto: “arranjei muitos amigos, mas também muitos inimigos. Sempre tem atrito, devido aos corres.” Esses corres e atritos são os bicos ou pequenos roubos que fazem e, no momento da divisão da grana, gera conflitos. Interessante destacar que naquele momento da pesquisa, Beladonna frequentava uma praça, utilizava o Centro POP, e havia sido beneficiada por um projeto de aluguel social ofertado pela Prefeitura de Fortaleza. Por conta desse Projeto, estava fazendo um curso profissionalizante, junto com outras pessoas em situação de rua. Por isso, pelo menos momentaneamente, não estava dormindo nas ruas.

Mimosa morava na Suécia com seu pai e afirmou que estava há cinco anos morando nas ruas. Foi levada a essa situação por causa do envolvimento afetivo com seu atual companheiro. Antes de se vincular a esse homem, já tinha atritos com sua mãe (não quis aprofundar sobre os atritos). Com a morte do seu pai disse que “caiu em depressão” e em uma de suas vindas em visita a Fortaleza, conheceu um homem que vivia nas ruas do centro da

cidade e decidiu viver com ele nessas condições. Há época da pesquisa estavam morando em uma praça.

Vemos que, tanto para Beladonna quanto para Mimosa, a ida às ruas se deveu a problemas de desamparo importantes. Um relatou desentendimentos com a mãe, outra a perda do pai. E seus destinos, ainda que distintos, foram exitosos: uma estava deixando a morada na rua por conta de um projeto da Prefeitura e outra permaneceria nas ruas com um companheiro. Isso nos indica duas saídas que certamente não vão impedir o retorno de problemas diversos em suas vidas, mas com o entendimento que é possível, com apoio de políticas públicas, para ambas, darem curso às suas vidas de modo digno, seja optando por ficar morando na rua, seja optando por morar em um local fora das ruas.

5.1.5 Dificuldades e Oportunidades no cenário da rua

As dificuldades de viver nas ruas apontadas pelas mulheres são diversas, e principalmente nos finais de semana quando diversos estabelecimentos e equipamentos públicos estão fechados. Apontaram os principais: locais adequados para fazerem suas necessidades fisiológicas, higiene pessoal e se alimentarem. Mesmo tendo dificuldades importantes, em seus relatos, as maiores tensões e problemas advém do uso abusivo/compulsivo de álcool, terem de se prostituir para obter renda, as brigas e roubos que ocorrem entre os próprios moradores em situação de rua e, por fim, o controle feito pelas forças policiais da presença dessas pessoas nos espaços urbanos, buscado expulsá-las. Essas dificuldades são corroboradas por outros estudos. (SIMÕES JUNIOR, 1992; VIEIRA *et al*, 1994; VARANDA; ADORNO, 2004; TIENE, 2004; MOTTA COSTA, 2005; VERAS *et al*, 2014; FILGUEIRAS, 2019).

Contudo, as duas interlocutoras relataram também que existem circunstâncias de prazer e oportunidades. Ambas relataram que tiveram oportunidades, durante o período da pesquisa terem mais atenção advinda de políticas públicas advindas, especialmente da Prefeitura: cursos profissionalizantes, possibilidade de moradia no “projeto Novos Caminhos”, bolsa-auxílio para cursos profissionalizantes. E políticas advindas do governo Federal como o bolsa-família.

Em relação a rua, creem que seja possível fazer, trabalhos esporádicos, como uma ONG-centro de referência Janaína Dutra (Beladona) e guardar carros (Mimosa). O que vimos em nossas andanças é que a maioria das pessoas em situação de rua trabalham, corroborando um estudo feito pelos “Médicos sem Fronteiras” na cidade do Rio de Janeiro:

“Eles são trabalhadores como a maioria dos brasileiros que acorda cedo, antes mesmo do sol aparecer. Têm longas jornadas de trabalho e exercem atividades muitas vezes exaustivas. A diferença é que enquanto a maioria dos trabalhadores brasileiros volta, no final do dia, para suas casas, eles buscam nas marquises, um teto para protegê-los do frio, da chuva, ou mesmo dos ataques inesperados de pedestres, policiais ou companheiros de rua” (Médicos sem Fronteiras, 2003, s/p).

Os prazeres e oportunidades advindos da vida na rua, para essas mulheres que um dia estiveram em moradias formais e em vidas formais, foram acolhedores para que pudessem continuar vivendo e ter algum respiro para reorganizarem suas vidas, seja para se manterem, de algum modo integralmente nas ruas ou buscar outro lugar para, pelo menos repousarem com segurança.

Quadro 4 – Cuidados em Saúde

Nome	Idade	Gênero	Cuidados Formais	Equipamentos de Política Pública	Cuidados Informais
Beladona	54 anos	Mulher trans	<ul style="list-style-type: none"> ✓ De seis em seis meses faz exames de DST/AIDS ✓ Vai aos retornos da cirurgia que fez. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Centro Pop, UBS, Hospitais e Centro Janaína Dutra. 	Não relatou
Mimosa	46 anos	Mulher cis	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Fez prevenção da mama e do útero. ✓ Pega medicação UB'S mais próxima. ✓ Toma injeção anticoncepcional de três em três meses. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Centro Pop, UBS, Hospitais. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Cuidados Pessoais: usa hidratante que substitui o sabonete ✓ Usa sabonete de aroeira e também ingere. ✓ Quando menstruada e sem grana, usa “pano” para substituir absorventes.

Fonte: A autora

5.2 Cuidado em saúde

5.2.1 Cuidados Formais e Equipamentos de Política Pública

Ao perguntarmos sobre os cuidados formais em saúde, Beladonna relatou que realiza exames de DST/AIDS a cada seis meses. Também realiza os retornos aos equipamentos previstos em função da cirurgia que realizou na região abdominal (complicações advindas do uso de bebida alcoólica conforme dito anteriormente): “vou pros retornos no hospital por causa dessa cirurgia. Tá tudo direitinho oh. Bem sequinho” (mostrou a cicatriz).

Já Mimososa relatou que faz, anualmente, prevenção de câncer de mama e útero em uma UBS. Quando doente, também se dirige a essa UBS para consulta e obtenção de medicamentos. Ademais, dirige-se a cada três meses ao mesmo equipamento para aplicações injetáveis de medicamento anticoncepcional. Segundo ela, não pretende ter filhos. Além disso relatou que quando está menstruada e sem grana, usa “pano” para substituir absorventes e quando não está no período menstrual não usa calcinha.

Essa dinâmica de procurar equipamentos de saúde se configura importante, especialmente em cidades que não operam os serviços de Consultório na Rua¹⁴ constantes da política de Atenção Básica. Essa situação se assemelha com o que ocorria antes de serem instituídos os Consultórios na Rua pela Atenção Básica. Lembramos que em 2004 se operava o cuidado em saúde das pessoas em situação de ruas, por meio de experiências advindas das Estratégias de Saúde da Família sem Domicílio (ESF sem Domicílio) nas cidades de Porto Alegre, Belo Horizonte, São Paulo e Rio de Janeiro (LONDERO; CECCIM; BILIBIO, 2014).

Durante as conversas, ambas relataram que as Unidades de Saúde (UBS) são equipamento importantes de referência. Essa aproximação entre população em situação de rua e serviços de saúde, teve importante incentivo há época da pesquisa advindos do Ministério da Saúde que, em parceria com o Ministério do Desenvolvimento Social e Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República em 2015, lançaram campanha incentivando a saúde da população de rua com *slogan*: “Cuidar da Saúde de Todos. Faz bem para a população em situação de rua. Faz bem para o Brasil”. A campanha teve o objetivo de valorizar a saúde da população em situação de rua como um dos seus direitos e, por meio de materiais informativos divulgados em mídias sociais e também divulgados em ação específica a profissionais de saúde, movimentos sociais diretamente relacionados ao acompanhamento desse público. Certamente,

¹⁴ Esse serviço foi extinto em Fortaleza há pelo menos dois anos.

foi uma política importante que auxiliou na sensibilização dos profissionais de saúde, facilitando o acesso e atendimento da população em situação de rua, diminuindo preconceitos e fortalecendo seus direitos (BRASIL, 2017).

5.2.2 Cuidados Informais e “redes de amizade”

Acima, em vários trechos do trabalho, nos referimos aos apoios de amigos que sustentaram muitas vezes as mulheres participantes da pesquisa. Isso foi tão relevante que decidimos colocar um item, como categoria de análise, para nos determos ainda mais um pouco sobre o tema.

O cuidado em saúde se faz também de modo “informal.” Mimososa contou que quando teve Chicungunha ficou pela praça e teve ajuda do companheiro que comprava os medicamentos. Também contou que inúmeras vezes utilizou o banheiro de uma IES quando precisou tomar banho ou fazer suas necessidades fisiológicas. Relatou:

— “Por ser mulher preciso de mais coisas que os homens: desodorante, xampu, sabonete, absorvente, lavar as roupas, ..., Mas, nem sempre dá pra usar essas coisas por causa do preço caro. Por exemplo, para tomar banho, eu usava um hidratante [...], mas que deixei de usar”.

Podemos constar que é falsa a visão de que moradores em situação de rua, de algum modo, descuidam de sua higiene por opção. E ainda mais se forem mulheres, com peculiaridades como o período menstrual, e mesmo o fato de culturalmente, usarem mais produtos de estéticos, de beleza, percebemos na pesquisa que o que lhes falta são equipamentos e locais públicos para que possam realizar cuidados básicos consigo.

O que vemos, como diversos autores, a exemplo de Foucault e Derrida, já afirmaram é que: entre as chamadas classes populares a amizade “como espaço de experimentação capaz de irromper formas fixas de subjetividade e sociabilidade constituindo uma forma de resistência política” (GOMES *et. al.* 2007, p. 149). Vimos na pesquisa com as duas mulheres exatamente essa resistência política frente a tantos problemas advindos da vida na rua. Suas vidas nessa situação exigem suporte em modelos não convencionais, como os advindos de protocolos clínicos institucionais. Pessoas em situação de rua tem de ser mais criativas em suas práticas de cuidado em saúde, por não terem acesso aos modelos clínicos tradicionais.

São pessoas que fazem do nomadismo perspectiva de vida a semelhante daqueles que na Grécia Antiga ficaram conhecidos como cínicos¹⁵. Estes desenvolviam modos de vida baseados na liberdade de viver sem regras rígidas e com o mínimo possível (MÉLLO, 2018). Certamente há semelhanças com pessoas que, no contemporâneo, desejam viver em situação de rua. Isso as diferenciaria de que está nas ruas por contingências outras que as obrigaram a esta situação de moradia e vida.

O cuidado em saúde destinado a essa população em situação de rua, deve levar em conta suas peculiaridades de vida. Para os profissionais deveria prevalecer essa ética da amizade, onde a: “heterogeneidade no encontro com o outro que não deve ser suprimida na busca de uniformidade [...] [representando assim] a possibilidade de experimentar e reinventar formas de existência, recusando modos de subjetividade e sociabilidade dominantes” (Gomes, et. al. 2007, p. 150). Por isso, estratégias de Redução de Danos são fundamentais no atendimento a essa população, por remeterem “a um compromisso coletivo de questionar valores e entender que nossos prazeres regulados estão menos relacionados às leis ditadas pelo Estado e mais ao cuidado de si de outrem” (MÉLLO, 2018, p. 136).

Falar de situações que remete a amizade na vida nas ruas, não deve servir para “romantizar” essa situação. Ao contrário, as inúmeras dificuldades, várias elencadas nessa pesquisa, mostram que a vida nas ruas tem graves problemas. Porém, até em função de tais dificuldades, tem-se na experimentação política da amizade, conseqüente vivência de alteridade e solidariedade entre pessoas em situação de rua. Tais experimentações deveriam levar a outros seguimentos da sociedade a repensar seus modos de vida. Méllo (2018) reflete sobre a potência política de vida dos ditos “drogados” e “moradores de rua” afirmando que semelhante a prática cínica, o modo de vida deles “expõem as nossas contradições de viver em um mundo onde vale o ter, onde perdemos o culto ao ‘elementar’, valorizando o fausto” (p.136). O autor defende que toda cidade repense suas relações com a vida aprendendo com nomadismos que favorecem fluidez as relações.

É importante ressaltar que essa prática nômade que se estabelece em relações de amizade é política e deve produzir questionamentos sobre as normas rígidas, moralistas e estigmatizadoras pré-estabelecidas em nossa sociedade, ou seja, trata-se de saber que precisamos investir em certos modos de “transgressão” (MÉLLO, 2018, p. 137) do que se normalizou como vida: trabalho como prioridade em detrimento de outras atividades, por exemplo.

¹⁵ Apesar do termo ser muito usado no contemporâneo, sua significação na Grécia antiga não tem nenhuma relação com o uso atual, referente a mentira e calúnia.

Na vivência com as mulheres em situação de rua durante o período da pesquisa, notamos que mesmo diante de todas as adversidades que o cenário da rua proporciona, havia certa “rebeldia” em não se enquadrar nas normas prescritas da sociedade. Certamente, por estarem excluídas dos mecanismos formais de assistência social e saúde, precisam buscar alternativas outras, que encontram nas relações de amizade construídas nas ruas.

6 CONSIDERAÇÕES DE UMA MULHER SOBRE A PESQUISA E O ENCONTRO COM OUTRAS DUAS MULHERES

Variados acontecimentos se deram na superfície de nossos olhares. Muitos deslizaram despercebidos e outros, de algum modo, marcaram presença em encontros presentificados na memória de conversas, nos diários de campos, em gravações de áudios e, por fim, nesta dissertação.

Quilômetros de passos ocorreram nos dois anos de encontros e desencontros, em pisadas pelo bairro do Benfica e regiões próximas. O Benfica cravou meu cotidiano desfamiliarizando-o: percebi como diversas pessoas ocupam o “mesmo lugar”, com modos tão diferentes, que o tornam outros lugares. Ali pulsa diversidade: diversão, uso de bebidas alcóolicas, leituras e estudos. É lugar de moradia fixa e moradia nômade, de ganhar um dinheirinho e também de perdê-lo. Lugar de aconchego e acolhimento, e lugar de violências variadas. Em suma, é um bairro boêmio e científico.

Fui recebida por “moradores de rua” nas adjacências no bairro e com afeto e respeito. Aprendi com mulheres sobre diversos modos de ser mulher, gestados nos dilemas que vivem nas ruas: processos de adoecimentos, violências, preconceitos de gênero, desemprego, frio, entre outros. Estes lhes potencializam em consequências comuns: potência de vida e batalho cotidiano, para sobreviverem nos asfaltos de Fortaleza.

A pesquisa mostrou que cuidado em saúde, por meio de “redes de amizade”, se faz no cotidiano da rua. Vale salientar que quando as instituições “formais” se protagonizam, muitas vezes, é de maneira moralista, ou seja, a população de rua é tida como “preguiçosa”, “vagabunda” e “criminosa”. Por isso, para muitas pessoas em situação de rua, os usos das instituições “formais” se fazem de modo esporádico. Contudo, observamos que as idas aos serviços do Centro POP são frequentes, pois possibilita banho, alimentação e vaga na Pousada Social. As instituições de Segurança Pública, como a Polícia Militar, só aparecem para vigiá-las e criminalizá-las. A Unidade Básica de Saúde, é o equipamento de saúde mais usado, quando as amigas não conseguem resolver os problemas de saúde. Ressalto que, no processo de investigação, houve, quando necessário, orientação para vários moradores e moradores de rua, procurarem rede de apoio formal, especialmente, para aqueles que explicitamente queriam sair da situação de rua.

Notamos que os cuidados de si feitos pelas mulheres que entrevistei e acompanhei pelas ruas e praças, são atravessados por momentos de “privacidade”, quando se afastam e perambulam sós, ou quando buscam um quarto para “fazerem amor” com um companheiro ou

namorado, quando buscam “lugares fechados” para tomar banho, ou quando me levavam para um lugar fora dos cenários de uso de substâncias para conversarmos. Além disso, os cuidados de si são atravessados por momentos de “segurança”, quando dormem com facas ou tesouras no próprio corpo para evitar estupros que são bastante frequentes no cenário da rua. Uma delas relatou: “durmo com um olho no peixe e outro no gato”.

Dentre os resultados produzidos na pesquisa, por meio dos “mapas dialógicos”, constatou-se que as dificuldades e oportunidades no cenário da rua se imbricam nos momentos de cuidado em saúde, ou seja, não há momentos distintos de lazer, corres e de cuidado em saúde. A todo momento, as redes se entrelaçam. Momentos de lazer, corres, conflitos, usos abusivos de álcool, prostituição, redes de solidariedade estão imbricados. Além disso, Beladona relatou que ser trans no cenário da rua lhe traz oportunidades/vantagens, por exemplo de ser chamada pelo nome social nas UBS, oportunidade de trabalho em centros de referência a população LGBTQ e de denunciar violações que sofre no cotidiano.

Apesar de haver certo nomadismo, percebemos a possibilidade dessas mulheres de ancorar na praça, como local de “moradia”, “rede de apoio” e construção de amizades. Ou seja, por mais que houvesse os “corres” em outros locais da cidade, mas voltavam para praça. A produção de “casa” foi constatada ali. Um dos momentos interessantes, foi quando uma das mulheres varreu o seu cantinho. Simbolicamente, ali delimitava seu local de morada.

A criatividade impera na situação de vida na rua, para se conseguir algo e cuidar de si, como se a vida nômade fosse “bricolagem”. Um termo originário da língua francesa (*bricolagem*), usado para caracterizar atividades realizadas pela própria pessoa, evitando a busca de um serviço profissional. Na pesquisa isso aparece de forma muito intensa, nas redes que as mulheres vão construindo para sobreviver nas ruas. Além do que expomos nos capítulos anteriores ainda podemos mostrar exemplos cotidianos no uso de atores não humanos (LATOUR, 2012), que se tornam importantes nas vidas dessas pessoas: rede armada de uma árvore a outra, saco plástico grosso para cobrir os objetos durante o período de chuvas, colchões e painéis guardados em lugares protegidos, fogo feito com madeira e fogão feito com restos de alumínio, armário com fotos de familiares, santos e pertences como tesouras, copos...

Em síntese, pesquisar pessoas que moram na rua demanda disponibilidade afetiva e física. A pesquisa se tornou, de certo modo nômade até ancorarmos em alguns espaços como uma praça. As andanças foram importantes para circular em parte da cidade de Fortaleza e conhecer os itinerários de algumas mulheres que habitam às ruas, que por sinal andam quilômetros e quilômetros. Acompanhá-los exige fôlego!

A pertinência se deu na produção de uma pesquisa que levou em conta os modos de vida das mulheres em situação de rua, evitando reducionismos, julgamentos e moralismos, atentando-se ao cenário da rua na produção da rede de cuidado em saúde “formal” e “informal”. Este último, produzido por meio de uma lógica de amizade. Compreendemos também os serviços de assistência social como redes de cuidado e que o “cuidado pressupõe reconhecer potencialidades” (MÉLLO, 2018, p. 138). Reconhecer que as pessoas em situação de rua são múltiplas e singulares, ou seja, cada pessoa e/ou família que chega à procura de amparo tem seus desejos e peculiaridades, devendo ser acolhidas sem posturas policiais e de julgamentos.

Faço um parêntese para destacar o protagonismo do Núcleo de Estudos sobre Drogas (NUCED/UFC) que prestou assistência aquele público durante o período da pesquisa. Compartilhamento de dilemas e angústias, fornecendo insumos como camisinhas e gel lubrificante, e, sobretudo disponibilizando escuta em encontros e reuniões durante as idas e vindas às ruas e nesse momento de escrita e certamente na “defesa”. Trata-se de um lugar onde a pesquisa é vivida como parte da vida.

O encontro com as mulheres em situação de rua produziu efeito tanto nelas como em nós envolvidos na pesquisa, produzindo um modo de fazer psi que aposta na potência de vida dessas mulheres. Por fim, esta pesquisa sinaliza para mais produções acadêmicas que explorem os modos de cuidado em saúde no cenário da rua, pautados na amizade e que produzam efeitos na produção de políticas públicas, mesmo diante da atual conjuntura de retrocessos. O que vimos com essa pesquisa foram pessoas que, mesmo desprovidas “[...] de bens materiais, sem casa, absolutamente fora das práticas de consumo, envelhecendo nas ruas, corpo sujo e fétido que mimetiza no asfalto, o morador de rua aparece como uma ameaça às definições normativas do espaço urbano e às projeções corporais idealizadas” (FRANGELLA, 2009, p. 61), buscando usar e se apropriarem, de alguma forma, dos espaços urbanos. E, destoando da paisagem falsamente higienizada, montada por outros moradores da cidade plenamente adaptados à vida de reprodução consumista, se instalam nas ruas e, em nossas vidas, de algum modo, colocando na agenda das políticas de convivência, um alerta para a insuficiência de políticas de assistência social e saúde para elas, sobretudo, alertam-nos que não se trata de lhes oferecer caridade, mas dignidade, para que usufruam da vida urbana ao seu modo.

São urgentes políticas de habitação, sejam as formais como casas e apartamentos, sejam as públicas como os abrigos. É urgente, a inclusão dessa pessoas em atividades que gerem renda, sem serem precarizadas e o retorno de consultórios na rua, acolhedores. Sobretudo, para

que todas essas urgências se façam. É urgente entendermos que “não temos uma perspectiva sobre o mundo, pelo contrário, é o mundo que nos faz entrar em uma de suas perspectivas” (LAPOUJADE, 2017, p 47). Assim, que permitamos que outras perspectivas de vida, como de quem vive deambulando pelas ruas, entre nas nossas vidas.

“De quem será, cuidado?
Fico sempre tão impressionado
com muito muito que se faz
do pouco que é dado
de residir assombrado
que germina assim, tão frágil semente
ganhando vulto em solo adubado
De que será? Do semeador, do semeado?
Vivo a pergunta do mérito
da relação entre os dois, cuidado”
(Marcos Vinícius Matranga)¹⁶

¹⁶ Marcus Vinícius foi assassinado no povoado de Pirajuía, município de Jaguaripe, no Recôncavo Baiano, em função de sua luta do psicólogo em defesa das populações empobrecidas e discriminadas em sua comunidade. Atuava ao lado das populações ribeirinhas para preservação ambiental daquela área, sendo uma liderança em defesa da preservação do mangue, de onde boa parte dos moradores da comunidade retira o seu sustento familiar

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, D.F; SILVA, A.L.P; ASSISB, T.J.C.F. Dimetiltryptamina: alcaloide alucinógeno e seus efeitos no Sistema Nervoso Central. **Acta Brasiliensis** 2(1): 28-33, 2018. Acesso: 29/10/2019. <http://revistas.ufcg.edu.br/ActaBra> <http://dx.doi.org/10.22571/2526-433843>.
- ANDRADE, M.V; NORONHA, K; *et al.* A equidade na cobertura da Estratégia Saúde da Família. **Revista Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2015. Disponível em: <https://scielosp.org/pdf/csp/2015.v31n6/1175-1187/pt>. Acesso: em 10 de nov. de 2017.
- ARBEX, D. **Holocausto Brasileiro**. Ed.-São Paulo: Geração Editorial, 2013.
- ARAKI, S.; LIMA *et al.* Entrevistas: negociando sentidos e coproduzindo versões de realidade. In: SPINK, M.J.; BRIGAGÃO, J.; NASCIMENTO, V.; CORDEIRO, M. (org.). **A produção de informação na pesquisa social: compartilhando ferramentas**, Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2014. p. 57-72. (Publicação Virtual). Disponível em: <<file:///C:/Users/usuario/Desktop/projeto%20de%20pesquisa/Livroproducaodeinformacao.pdf>> Acesso em: 15 dez. 2015.
- AYRES, J.R.C.M. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. *Saude soc.* [online]. 2004, vol.13, n.3, pp.16-29. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902004000300003&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 10 de fevereiro de 2017.
- ARENDDT, R.J.J; MORAES, M.O. O projeto ético de Donna Haraway: alguns efeitos para a pesquisa em psicologia social. **Pesquisas e práticas psicossociais**11 (1), São João Del Rei, janeiro a junho de 2016.
- ARQUIDIOCESE DE BH. **Pastoral de Rua**. Disponível em: <http://arquidiocesebh.org.br/arquidiocese/atuacao/pastorais/pastoral-de-rua/>. Acesso em: 26 de novembro de 2019.
- AZEVEDO, C.D.S. A abordagem de narrativas de vida como um caminho de pesquisa em saúde. In: AZEVEDO, C.D.S; SÁ, M.D.C. (org.). **Subjetividade, gestão e cuidado em saúde: abordagens da psicossociologia**, Rio de Janeiro, Editoria FIOCRUZ, 2013. p.131-151.
- BARRETO. A.F. Sobre a dor e a delícia da atuação psicológica no SUAS. **Revista Psicologia: ciência e profissão**, vol. 31, n 2, Brasília, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932011000200015. Acesso em: 22 de setem de 2017.
- BARROS, M.E.B.; GUEDES, C.R.; ROZA, M.M.R. O apoio institucional como método de análise-intervenção no âmbito das políticas públicas de saúde: a experiência em um hospital geral. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, n.12. p. 03- 14, 2011.
- BATISTA, N.C.S.; BERNARDES, J.; MENEGON, V.S.; Conversas no cotidiano: um dedo de prosa na pesquisa. In: SPINK, M.J.; BRIGAGÃO, J.; NASCIMENTO, V.; CORDEIRO, M. (org.). **A produção de informação na pesquisa social: compartilhando ferramentas**, Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2014. p. 97-122. (Publicação Virtual).

BECKER, H. **Truques da escrita**: para começar e terminar teses, livros e artigos. Tradução de Denise Bottmann. Revisão técnica de Karina Kuschnir. Rio de Janeiro: Zahar. 253 pp, 2015.

BENEVIDES, R. A Psicologia e o Sistema Único de Saúde: quais interfaces? **Revista Psicologia & Sociedade**, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/psoc/v17n2/27040.pdf>. Acesso em: 20 de nov. de 2017.

BOAS, C.T.V. **Para ler Michel Foucault**. Imprensa Universitária da UFOP 2ª Edição – Eletrônica, 2002. 104 p. Disponível em: <https://www.passeidireto.com/arquivo/23839819/boas-crisoston-terto-vilas-para-ler-michel-foucault>. Acesso em: 20 julho. 2017.

BOBBIO, N. **A era dos direitos**. Nova ed.-Rio de Janeiro: Elsevier, 2004.

BOING, E; CREPALDI, M.A. O Psicólogo na Atenção Básica: Uma Incursão Pelas Políticas Públicas de Saúde Brasileiras. **Revista Psicologia: ciência e profissão**, 2010. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/pcp/v30n3/v30n3a14.pdf>. Acesso em: 11 de nov. de 2017.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Relatório final da oficina de trabalho para discussão das ações de saúde mental na atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: http://www.sgc.goias.gov.br/upload/links/arg_842_oficina_plano_inclusao_saude_mental_atencao_basica.pdf. Acesso em: 12 de dez. de 2018.

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, 2009. 240 p. Disponível em: http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Livros/Rua_aprendendo_a_contar.pdf Acesso em: 19 julho. 2017.

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. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2009/Decreto/D7053.htm Acesso em: 13 dez. 2015.

BRASIL. **Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome**. LOAS Anotada: Lei Orgânica de Assistência Social. Secretaria Nacional de Assistência Social-SNAS. Departamento de Gestão do Sistema Único de Assistência Social-DGSUAS, 2009. Disponível em: http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Normativas/LoasAnotada.pdf. Acesso em: 14 de out. de 2017.

BRASIL. **Secretaria Nacional de Renda e Cidadania e Secretaria Nacional de Assistência Social Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome**. Orientações Técnicas: Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua – Centro Pop SUAS e População em Situação de Rua, 2011. Disponível em: http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Cadernos/orientacoes_centro_pop.pdf Acesso em: 14 julho. 2017.

BRASIL. Portaria nº 122, de 25 de janeiro de 2011. Define as diretrizes e funcionamento das Equipes de Consultório de Rua. **Diário Oficial da União 2012**. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0122_25_01_2012.html. Acesso em: 12 de nov. de 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>. Acesso em: 07 de nov. de 2017.

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 / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_cuidado_populacao_rua.pdf. Acesso em: 04 de nov. de 2017.

BRASIL. **Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome**. Secretaria Nacional de Assistência Social. Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais, 2013. Reimpressão 2014. Disponível em: https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Normativas/tipificacao.pdf. Acesso em: 05 de nov. 2017.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Campanha Políticas de Equidade para Tratar Bem de Todos: Saúde da População em Situação de Rua, 2015. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/component/content/article/869-politicas-de-equidade-em-saude/41381-em-situacao-de-rua> Acesso em: 03 jan.2019.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Guia estratégico para o cuidado de pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas: *Guia AD* / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília. Ministério da Saúde, 2015. 100 p. Disponível em: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2015/dezembro/15/Guia-Estrat--gico-para-o-Cuidado-de-Pessoas-com-Necessidades-Relacionadas-ao-Consumo-de---lcool-e-Outras-Drogas--Guia-AD-.pdf>. Acesso em: 09 de nov.2017.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Portaria nº 2.436 aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão das diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), 2018. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 10 de nov. 2017.

CAMPOS, C.E.A. As origens da rede de serviços de Atenção Básica no Brasil: o Sistema Distrital de Administração Sanitária. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.14, n.3,p.877-906, jul.-set. 2007.

CARDONA, M.G.; CORDEIRO, R.M.; BRASILINO, J.; Observação no cotidiano: um modo de fazer pesquisa em psicologia social. *In*: SPINK, M.J.; BRIGAGÃO, J.; NASCIMENTO, V.; CORDEIRO, M. (org.). **A produção de informação na pesquisa social**: compartilhando

ferramentas, Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2014. p. 123-148. (Publicação Virtual). Disponível em: <<file:///C:/Users/usuario/Desktop/projeto%20de%20pesquisa/Livroproducaodeinformacao.pdf>> Acesso em: 15 dez. 2015.

CARVALHO, A.M. Políticas sociais: afinal do que se trata? **Revista do PPGPS / UENF**. Campos dos Goytacazes, v.1, n.3, set-dez/2007, p. 73-86, ISSN 1981-9862

CHNAIDERMAN, M. Devaneios em torno de uma psicanálise errante. **Revista Cult**. Não paginado. Disponível em: <https://revistacult.uol.com.br/home/devaneios-em-torno-de-uma-psicanalise-errante>. Acesso em: 11 julh.2017.

CISA. **Alcoolismo**: 10 anos à saúde e efeitos à saúde causados pelo álcool e status global de doenças, s/d. Disponível em: <http://www.cisa.org.br/> Acesso em: 02 de jan. 2019.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA *et al.* Relatório de Inspeção Nacional de Prevenção e Combate à Tortura. Brasília DF: CFP, 2018. Disponível em: https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2018/06/Relatorio-da-inspecao-nacional-em-comunidades-terapeuticas_web.pdf. Acesso em: 12 de nov. de 2018.

CORDEIRO, M.P; FREITAS, T.R.D; CONEJO, S.P; DE LUIZ, G.M. Como pensamos ética em pesquisa. *In*: SPINK, M.J.; BRIGAGÃO, J.; NASCIMENTO, V.; CORDEIRO, M. (org.). **A produção de informação na pesquisa social**: compartilhando ferramentas, Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2014. p.

COSTA, A.P.M. População em situação de rua: contextualização e caracterização. **Revista Virtual Textos & Contextos**, nº 4, p.1-15, dez. 2005. Disponível em: <<file:///C:/Users/usuario/Downloads/993-3618-2-PB.pdf>> Acesso em: 16 dez. 2015.

CHNAIDERMAN, M. Devaneios em torno em torno de uma psicanálise errante. **Revista Cult**, n/p, 2000. Disponível em: <https://revistacult.uol.com.br/home/devaneios-em-torno-de-uma-psicanalise-errante/>. Acesso em: 22 de junho de 2017.

DCM, 2019. Na reforma psiquiátrica, Bolsonaro desmonta atendimento humanizado e foca recursos em internação. Disponível em: <https://www.diariodocentrodomundo.com.br/na-reforma-psiquiatrica-bolsonaro-desmonta-atendimento-humanizado-e-foca-recursos-em-internacao/>. Acesso em: 07 de nov. de 2019

DE LUCCA, D. **A rua em movimento- experiências urbanas e jogos sociais em torno da população de rua**. 241f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

ELIAS *et al* (org.). **Formação profissional em psicologia**: práticas comprometidas com a comunidade. Ribeirão Preto: Sociedade Brasileira de Psicologia, 2018. E-book. Disponível em: https://www.ffclrp.usp.br/imagens_noticias/24_09_2018_08_21_34_60.pdf. Acesso em: 05 de ago. de 2019.

FILGUEIRAS, Cristina Almeida Cunha. Morar na rua: realidade urbana e problema público no Brasil. *Cad. Metrop.*, São Paulo, v. 21, n. 46, pp. 975-1003, set/dez 2019 <http://dx.doi.org/10.1590/2236-9996.2019-4613>.

FILHO, A.V. Pesquisar o cotidiano é criar metodologias. **Educ. Soc.**, Campinas, vol. 28, n. 98, p. 97-110, jan./abr. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/es/v28n98/a06v2898.pdf>. Acesso em: 24 de jul. 2017.

FOUCAULT, M. O nascimento da biopolítica. São Paulo: Martins Fontes, 2008.

_____. A escrita de si. In: **O que é um autor?** Lisboa: Passagens, p.129-160, 1992.

_____. **A Arqueologia do saber**. Rio de Janeiro: Forense, 1986.

_____. **Microfísica do Poder**. São Paulo: Editora Paz e Terra, 1979.

FRANCO, T.B; MERHY, E.E. Programa de Saúde da Família, PSF: Contradições de um Programa Destinado à Mudança do Modelo Tecnoassistencial, s/d. Acesso em: 17/01/2017 <http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/capitulos-14.pdf>

FRANGELLA, S.M. **Corpos urbanos errantes: uma etnografia da corporalidade de moradores de rua em São Paulo**. São Paulo, Anablumme e Fapesp. 2009.

GIBBS, C.C.M; AMAZONAS, L. **A População em Situação de Rua e Políticas Públicas: os limites à efetivação dos direitos na cidade de Manaus**, 2015. Disponível em: <http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2015/pdfs/eixo4/populacao-em-situacao-de-rua-e-politicas-publicas-os-limites-a-efetivacao-dos-direitos-na-cidade-de-manaus.pdf>. Acesso em: 02 de nov. de 2017.

GOFFMAN, Erving. **Manicômios, prisões e conventos**. 2ª ed. São Paulo: Perspectiva. 1987.

GOMES, M. C. P. A; PINHEIRO, R. Reception and attachment: integral practices in health care administration in large urban centers. *Interface - Comunic., Saúde, Educ., Interface - Comunic., Saúde, Educ.* v.9, n.17, p.287-301, mar/ago 2005.

GOMES, Livia Godinho Nery; JUNIOR SILVA, Nelson. Experimentação Política da Amizade e Solidariedade. **Psic.: Teor. e Pesq.**, Brasília, Abr-Jun 2007, Vol. 23 n. 2, pp. 149-158.

HARAWAY, D. Saberes localizados: a questão da ciência para o feminismo e o privilégio da perspectiva parcial. **Cadernos Pagu** (5), p.07-41, 1995. Disponível em: <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/cadpagu/article/view/1773> Acesso em: 20 jul. 2017.

HUNING, S.M; GUARESCHI, N.M.F. Michel Foucault, Bruno Latour e algumas linhas de fuga na produção de conhecimentos. **Revista Ciências Sociais Unisinos**. 47 (1): 64-71 janeiro/abril de 2011. Disponível em: http://revistas.unisinos.br/index.php/ciencias_sociais/article/viewFile/183/233. Acesso em: 24 de out. 2017.

JUNIOR, N.C.; NOGUEIRA, E.A. *et al.* Serviços de saúde e população de rua: contribuições para um debate. **Saúde e Sociedade** 7 (2), p. 47-62, 1998. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v7n2/05.pdf>. Acesso em: 20 jul. 2017.

KLAUMANN, A.R. **Moradores de rua um enfoque histórico e socioassistencial da população em situação de rua no Brasil: a realidade do Centro POP de rio do sul/SC**, s/d.

LANCETTI, A. Clínica Peripatética. São Paulo: Hucitec, 2014.

LAPOUJADE, D. As existências mínimas. São Paulo: n-1 edições, 2017.

LATOUR, B. Reagregando o Social. Bauru, SP: EDUSC/ Salvador, BA: EDUFBA. 2012.

LEMKE, R. A.; NEVES DA SILVA, R. Z. Um estudo sobre a itinerância como estratégia de cuidado no contexto das políticas públicas de saúde no Brasil. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010373312011000300012&script=sci_abstract&tlng=pt Acesso em: 06 set. 2016.

LONDERO, M.F.P; CECCIM, R.B; BILIBIO, L.F.S. **Consultório de/na rua: desafio para um cuidado em verso na saúde**. Interface (Botucatu) [online]. 2014. http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832014000200251&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 05 de nov. de 2017.

LOPES, M.C. Políticas de Inclusão e Governamentalidade. **Educação e Realidade** 34(2): 153-169, 2009.

MARINS, P.C.G. Habitação e Vizinhaça: limites da privacidade no surgimento das metrópoles brasileiras. In: NOVAIS, F.A; SEVCENKO (org.). **História da vida privada no Brasil- República: da Belle Époque à Era do Rádio**, São Paulo: Companhia das Letras, p.132-214, 1998.

MARTINEZ, S.T; ALMEIDA, M.R; PINTO, A.C. Alucinógenos naturais: um voo da Europa medieval ao Brasil. Instituto de Química, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Centro de Tecnologia, Bl. A, Cid. Univ. Ilha do Fundão, 21941-909 Rio de Janeiro - RJ, Brasil. Acesso em: 29/10/2019. <http://www.scielo.br/pdf/qn/v32n9/v32n9a47.pdf>

MAZZOTTI, A.J.A. Usos e abusos dos estudos de casos. **Cadernos de Pesquisa**, v. 36, n.129, p. 637-651, set./dez. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/cp/v36n129/a0736129.pdf>. Acesso em: 20 julh.2017.

MÉDICOS SEM FRONTEIRAS. **Moradores de rua: muito trabalho, pouca cidadania**. 2003. Disponível em: [//www.msf.org.br/noticias/moradores-de-rua-muito-trabalho-pouca-cidadania](http://www.msf.org.br/noticias/moradores-de-rua-muito-trabalho-pouca-cidadania). Acesso em: 26 de novembro de 2019.

MEDRADO; B.; SPINK, M.J.; MÉLLO, R.P. Diários como atuantes em nossas pesquisas: narrativas ficcionais implicadas. In: SPINK, M.J.; BRIGAGÃO, J.; NASCIMENTO, V.; CORDEIRO, M. (org.). **A produção de informação na pesquisa social: compartilhando ferramentas**, Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2014 (publicação virtual). Disponível em: <file:///C:/Users/usuario/Desktop/projeto%20de%20pesquisa/Livroaproducaodeinformacao.pdf> Acesso em: 15 dez. 2015.

MÉLLO, R. P. Cuidar? De Quem? De Quê? A Ética que nos Conduz. 1ª ed. Curitiba: Appris, 2018.

MÉLLO, R.P; MOURA, M; GALINDO, D. Atendimento terapêutico ou modelos que confinam? Comunidades Terapêuticas em xeque. **Revista Mnemosine**. Vol. 14, nº 1, 2018. Disponível em: [file:///C:/Users/GLENDA%20ISIS/Downloads/41700-140389-1-PB%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/GLENDA%20ISIS/Downloads/41700-140389-1-PB%20(1).pdf). Acesso em: 11 de jul. de 2018.

MERY, E.E. FEUERWERKER, L.C.M. Ressonâncias de Foucault, Deleuze e Guattari em meu pensamento. *In: Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação*. Porto Alegre: Rede Unida, 2014.

MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002.

MORAES, M; MANSO, C.C; MONTEIRO, A.C.L. Afetar e ser afetado: corpo e cognição entre deficientes visuais. **Revista Univ. Psychol, Bogotá**, Colômbia, v.8, nº 3, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/pdf/rups/v8n3/v8n3a14.pdf>. Acesso em: 15 de setem. de 2017.

MOTTA COSTA, Ana Paula. População em situação de rua: contextualização e caracterização **Textos & Contextos** (Porto Alegre), vol. 4, núm. 1, dezembro, 2005, pp. 1-15 Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul Porto Alegre, RS, Brasil.

NETO, J.L.F. A atuação do psicólogo no SUS: análise de alguns impasses. **Revista Psicologia Ciência e Profissão**, 2010. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932010000200013. Acesso em: 09 de ago. de 2018.

PASSAMANI, J. D; SILVA, M. Z; ARAÚJO, M.D. Estratégia saúde da família: o acesso em um território de classe média. **UFES Rev Odontol** 2008; 10(2):37-45. Acesso em: 17 de jan de 2017 <http://www.scielo.br/pdf/csp/v31n6/0102-311X-csp-31-6-1175.pdf>

PRADO, L. R. A. **Conferência de Medellín: um momento de reflexão do vaticano II a luz da realidade vivida na américa latina**, 2012. Anais do III Congresso Internacional de História da UFG/ Jataí: História e Diversidade Cultural. Textos Completos. Realização Curso de História.

QUEIROZ, I. S. Adoção de ações de redução de danos direcionadas aos usuários de drogas: concepções e valores de equipes do Programa de Saúde da Família. **Pesquisas e Práticas Psicossociais**, 2(1), São João Del-Rei, Mar./Ag., 2007. Disponível em: <https://ufsj.edu.br/portal-repositorio/File/revistalapip/16artigoword.doc> Acesso em: 19 de jan. de 2018.

RIOS, K.S. **Isolamento e Poder: Fortaleza e os campos de concentração na seca de 1932**. Fortaleza: Imprensa Universitária, 2014.

RODRIGUES, L. **Performances do vínculo na Política de Assistência Social: um objeto múltiplo**. 2017. Tese (Doutorado em Psicologia) - Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

ROLNIK, S. Pensamento, corpo e devir: uma perspectiva ético/estético/política no trabalho acadêmico. **Cadernos de Subjetividade**, v.1 n.2: 241-251. Núcleo de Estudos e Pesquisas da Subjetividade, Programa de Estudos Pós-Graduados de Psicologia Clínica, PUC/SP. São Paulo, set./fev. 1993.

ROSA, A.S. **Mulheres em situação de rua na cidade de São Paulo: um olhar sobre trajetórias de vida**. Anderson da Silva Rosa – São Paulo, 2012. XVII, 229f. Tese (Doutorado) – Universidade Federal de São Paulo. Escola Paulista de Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

ROSA, C. M. M. **Vidas de Rua**. SP, Editora Hucitec/Rede Rua, 2005. p.292.

ROSE, N. **Inventando nossos selfs: Psicologia, poder e subjetividade**. Petrópolis: Vozes, 2011.

RUI, T. **Nas tramas do crack. Etnografia da abjeção**. São Paulo: Terceiro Nome, 2014.

SA, M.C. A fraternidade em questão: um olhar psicossociológico sobre o cuidado e a "humanização" das práticas de saúde. **Interface (Botucatu)** [online]. 2009, vol.13, suppl.1, pp.651-664. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832009000500016&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 10 de fevereiro de 2017.

SANTOS, N.D. **O Movimento Nacional da População de Rua/Núcleo Londrina: uma trajetória de luta**. 2012. 116 fls. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina. 2012.

SCHUCH, P; GEHLEN, I. A “Situação de rua” para além de determinismos: explorações conceituais – In: SCHUCH, Patrice (Org.). **A Rua em Movimento: debates acerca da população adulta em situação de rua na cidade de Porto Alegre**. FASC- Fundação de Assistência Social e Cidadania da Prefeitura Municipal de Porto Alegre, p.11-25, 2012.

SILVA, C.G.P. Eixo estruturais da práxis em saúde pública do Consultório da Rua POP Rua do Rio de Janeiro. *In: Saberes e Práticas na Atenção Primária à Saúde: cuidado à população em situação de rua e usuários de álcool, crack e outras drogas*.Ed.- São Paulo: Hucitec, 2015.

SILVA, F. P.; FRAZÃO, I. S.; LINHARES, F. M. P. Práticas de saúde das equipes dos Consultórios de Rua. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n.4. p. 805-814, abr., 2014.

SIMÕES JUNIOR, José Geraldo. **Moradores de rua**. São Paulo: Polis, 1992.

SOUZA, E.B; SOUSA, J.K; ASSUNÇÃO, E.F *et al.* **População em Situação de Rua: um estudo no CAPR de Fortaleza-CE, s/d. 62ª Reunião Atual da SBPC**. Universidade Estadual do Ceará/ UECE. Disponível em: http://www.mds.gov.br/suas/guia_protecao. Acesso em 21 dez. 2017.

SOUZA, T.P; MACERATA, I. A clínica nos consultórios na rua: territórios, coletivos e transversalidades. **Ayvu: Rev. Psicol.**, v. 01, n. 02, p. 03-23, 2015. Disponível em:<http://www.ayvu.uff.br/index.php/AYVU/article/view/25> Acesso em: 03 dez. 2018.

SPINK, M. J.P. **Práticas Discursivas e Produção de Sentidos no Cotidiano**. Biblioteca Virtual de Ciências Humanas do Centro Edelstein de Pesquisas Sociais Edição Virtual 2013.

Disponível em: file:///C:/Users/GLENDA%20ISIS/Downloads/SPINK_Praticas_discursivas_e_producao_FINAL_CAPA_NOVAc.pdf Acesso em: 04 de out. 2017.

SPINK, M.J.P. Clientes, cidadãos, pacientes: reflexões sobre as múltiplas lógicas de cuidado na atenção à saúde. **Revista Saúde e Sociedade**, São Paul, p. 115-123, 2015 Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010412902015000500115&script=sci_abstract&tlng=pt .Acesso em: 06 set. 2016.

SPINK, P. K. Pesquisa de campo em psicologia social: uma perspectiva pós-construcionista. **Psicologia & Sociedade**; 15 (2): 18-42; jul./dez.2003.

TEIXEIRA, M; FONSECA, Z. **Saberes e práticas na atenção primária à saúde**: cuidado à população em situação de rua e usuários de álcool, crack e outras drogas. Ed.- São Paulo: Hucitec, 2015.

TIENE, Izalene. **Mulher moradora de rua** – entre violências e políticas sociais. Campinas: Alínea, 2004.

VARANDA, Walter; ADORNO, Rubens de Camargo Ferreira. Descartáveis urbanos: discutindo a complexidade da população de rua e o desafio para políticas de saúde. **Saúde e Sociedade** v.13, n.1, p.56-69, jan-abr 2004.

VERAS, R.M *et al.* As condições de vida e de trabalho da população em situação de rua do Centro Histórico de Salvador, Bahia. **Cadernos de Pesquisa Interdisciplinar em Ciências Humanas**. v. 15, n. 106, 2014. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/cadernosdepesquisa/article/view/1984-8951.2014v15n106p161>. Acesso em: 07 de ago. de 2019.

ZANCHETTA, D. Pinga de R\$ 1 vira caso de saúde pública. **O Estado de S. Paulo**, 2010. Disponível em: <https://sao-paulo.estadao.com.br/noticias/geral,pinga-de-r-1-vira-caso-de-saude-publica-imp-,623014>. Acesso em: 26 de novembro de 2019.

**APÊNDICE A - ROTEIRO DAS ENTREVISTAS REALIZADAS NO CENÁRIO DA
PRAÇA**

Nome/Apelido _____ Idade: _____ Sexo: ____.

Orientação sexual/Identidade de Gênero: _____

Situação 1

RELATOS SOBRE COTIDIANO NA RUA

1- Como é o seu cotidiano na rua?

2- Há quanto tempo você vive na rua?

3- Como são suas redes de apoio?

4- Quais seus itinerários a pé?

5- Quais as dificuldades e oportunidades de viver na rua?

Situação 2**RELATOS SOBRE CUIDADO EM SAÚDE**

1- Como você se cuida?

2- Possui algum ferimento ou doença?

3- Onde você procura em casos de doenças e/ou ferimentos? (Rede formal e informal).

4- Quem você procura em casos de doenças e/ou ferimentos?

APÊNDICE B - ATIVIDADES DA PESQUISA

Quadro 5 – Atividades da pesquisa

Nº	DATA	VISITAS	ATIVIDADES
1	17/06/2016	1ª visita ao Centro POP	Conhecendo o lugar
2	28/06/2016	1ª visita a Casa do Povo de Rua	Fechado
3	28/06/2016	1ª visita a SETRA	Cadastro para autorização da pesquisa
4	27/07/2016	2ª visita ao Centro POP	Conversa com a coordenação
5	03/08/2016	3ª visita ao Centro POP	1ª participação do grupo de mulheres
6	18/09/2016	4ª visita ao Centro POP	Facilitação do grupo de mulheres
7	20/09/2016	5ª visita ao Centro POP	Facilitação de roda de conversa sobre redução de danos
8	21/09/2016	6ª visita ao Centro POP	Participação do grupo facilitado pela Pedagogia do serviço
9	28/09/2016	7ª visita ao Centro POP	2ª participação do grupo de mulheres
10	14/10/2016	1ª ida a Praça do Ferreira com os residentes da ESP-CE	1ª participação de atividade dos residentes.
11	16/11/2016	2ª ida à Praça do Ferreira	2ª participação: assistir à peça: “Senhora dos Restos”
12	06/03/2017	8ª visita ao Centro POP	1ª participação de oficina facilitada pela Pedagogia do serviço
13	07/03/2017	9ª visita ao Centro POP	2ª participação de oficina em alusão ao “Dia Internacional da Mulher” e conversas no pátio do serviço
14	05/04/2017	10ª visita ao Centro POP	Participação de exibição do filme: “Vidas de Maria” e conversas no pátio do serviço
15	10/04/2017	11ª visita ao Centro POP	1ª Conversa com psicóloga do serviço e realização de fotos do lugar e conversas no pátio do serviço
16	17/04/2017	12ª visita ao Centro POP	2ª Conversa com psicóloga do serviço e realização de fotos do lugar e conversas no pátio do serviço.
17	24/05/2017	13ª visita ao Centro POP	Participação de roda de conversa com Educador Social do serviço
18	21/09/2017	14ª visita ao Centro POP	Encerramento das visitas no serviço
19	16/10/2017	15ª visita à praça	Reconhecendo o lugar
20	17/10/2017	16ª visita à praça	Entrevista narrativa com Beladona e Mimosa
21	18/10/2017	17ª visita à praça	Conversa com a missionária do Shalom que auxilia a população em situação de na rua e depois conversa com Mimosa na praça
22	23/10/2017	18ª visita à praça	Conversa com os habitantes da praça e fotos do local.
23	25/10/2017	19ª visita à praça	Conversa com os habitantes da praça e fotos do local.
24	26/10/2017	20ª visita à praça	Conversa com Beladona na praça
25	27/10/2017	21ª visita à praça	Conversa com os habitantes da praça
26	30/10/2017	22ª visita à praça	Conversa com os habitantes da praça
27	01/11/2017	23ª visita à praça	Conversa com Mimosa na praça
28	22/11/2017	24ª visita à praça	Acompanhamento de uma mulher da praça a UBS, porém como não estava, houve conversa no banco de praça.
29	13/12/2017	25ª visita à praça	Encerramento dos encontros e do ano com ritual de Umbanda

Fonte: A autora.

APÊNDICE C - TABELA DOS SERVIÇOS VOLTADOS ÀS “PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA” EM FORTALEZA

Quadro 6 – Tabela dos serviços voltadas às “populações em situação de rua”

SERVIÇOS	ESPECIALIDADES	ORGANIZAÇÕES
1- Serviços de atenção às “pessoas em situação de rua”	1.1- Serviços de saúde	<ul style="list-style-type: none"> • Unidades Básicas de Saúde • Centros de Atenção Psicossocial (geral e ad) • Hospital Santa Casa • Coordenadoria de Políticas sobre Drogas- Equipe de Abordagem de Rua • Secretaria de Políticas sobre Drogas – Projeto “Corre pra Vida” • Unidade de Acolhimento Silas Munguba
	1.2- Serviços de assistência social	<ul style="list-style-type: none"> • CRAS • CREAS • Centros POPs • Centro de Convivência • Pousadas Sociais • Casa de Passagem • Abrigos • Centro de Referência em Direitos Humanos • Ponto de Cidadania • Centro Nacional de Defesa dos Direitos Humanos da População em Situação de Rua e Catadores de material reciclável.
2- Órgãos de Justiça e Segurança Pública	2.1- Instituições Judiciárias	<ul style="list-style-type: none"> • Núcleo de Direitos Humanos e Ações Coletivas da Defensoria Pública • Promotoria de Justiça
3- Organizações, Redes, Fóruns e Instâncias de Controle Social	2.1- ONGs e/ou Entidades	<ul style="list-style-type: none"> • Pastoral do Povo de Rua • Movimento Nacional da População de Rua (representação do Ceará) • Irmã Inês • Toca do Assis • Grupo Espírita Casa da Sopa

Fonte: A autora

APÊNDICE D - ÁREA INTERNA CENTRO POP

Figura 5- Sala de grupo



Fonte: Arquivo pessoal da autora.

APÊNDICE E - IMAGENS DOS ESPAÇOS DE MORADA NA PRAÇA

Figura 6 - Mais objetos de cozinha na quadra



Fonte: Arquivo pessoal da autora.

Figura 7 - Objetos para cozinhar



Fonte: Arquivo pessoal da autora.

Figura 8 - Fogão improvisado



Fonte: Arquivo pessoal da autora.

Figura 9 - “Mistão”



Fonte: Arquivo pessoal da autora.

Figura 10 - Vassoura e outros objetos na quadra



Fonte: Arquivo pessoal da autora.

ANEXO A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Você está sendo convidada para participar, como voluntário, da pesquisa intitulada: "ESTUDO DE CASO SOBRE PRÁTICAS DE CUIDADO PRODUZIDAS POR MULHERES EM SITUAÇÃO DE RUA NA CIDADE DE FORTALEZA-CE", sob a responsabilidade da pesquisadora Alana, portadora do RG 2001010295908, do CPF 600.097.773-50, regularmente matriculada no Programa de Pós-Graduação Mestrado em Psicologia, da Universidade Federal do Ceará (UFC)

Após ser esclarecida sobre as informações a seguir, no caso de permitir a pesquisa, que será realizada com você no local que lhe for mais conveniente; assine ao final deste documento, que está em duas vias, uma delas é sua e a outra da pesquisadora responsável. Você pode desistir de participar da pesquisa em qualquer momento e, nesse caso, não terá nenhum prejuízo.

Havendo dúvida, você pode me perguntar a qualquer momento da pesquisa e também poderá procurar o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará, no endereço: Comitê de Ética em Pesquisa- Rua Coronel Nunes de Melo, 1000, Rodolfo Teófilo, CEP 60.430-275, Fortaleza/CE, Fone: (85) 3366-8344.

O objetivo desta pesquisa é estudar práticas, técnicas e tecnologias de autocuidado que estão presentes na vida cotidiana de mulheres que vivem na rua. Sua participação nesta pesquisa consistirá em ser entrevistada e observada nessas situações de cuidado de si. As entrevistas serão conversas, por isso, sem um roteiro previamente fixado. Sendo abertas, as entrevistas partem apenas de uma pergunta-disparadora: "Como você se cuida morando na rua?"

Os dados serão gravados, na sequência serão digitados, cruzados com a literatura em estudo, com o intuito de produção de trabalho científico. As análises serão compartilhadas com você, com o propósito de inclusão de sua impressão na pesquisa.

Você não correrá risco algum. Os benefícios para você serão: identificação de quais práticas, técnicas e tecnologias de autocuidado lhe permitem viver de forma mais digna. Consequentemente, o relato de sua vivência contribuirá para efetivação de propostas cuidados em saúde de pessoas, que como você, moram na rua e são mulheres.

Os dados referentes a sua pessoa serão confidenciais e é garantido o sigilo de sua participação durante toda pesquisa, inclusive na divulgação da mesma. Os dados serão divulgados em trabalhos científicos, porém fazendo-se uso de nomes fictícios, de forma a não possibilitar sua identificação ou das pessoas que você citar.

Você receberá uma cópia desse termo onde tem o meu nome, telefone e endereço (ALANA DE OLIVEIRA LIMA) e da instituição na qual me encontro matriculada, para que você possa me localizar a qualquer tempo. Meu nome, como citado anteriormente, é ALANA. Endereço para a minha localização: Departamento de Psicologia da Universidade Federal do Ceará, Av. Universidade, 2762, Benfica, Fortaleza/CE, CEP: 60020-180. Carteira de Identidade: 2001010295908 SSP/CE. Telefone: (85) 3366-7722 ou (85) 3366-7661 e e-mail: pospsi@ufc.br

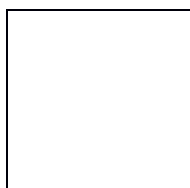
Considerando tudo que está escrito acima, CONFIRMO que estou sendo informada por escrito e verbalmente dos objetivos desta pesquisa e em caso de divulgação em formato de trabalhos científicos, AUTORIZO publicação.

Eu _____ Idade: _____

sexo: _____ Naturalidade: _____ portadora do documento RG Nº: _____ declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Assinatura da participante

OU



Digital da Participante da Pesquisa

Alana de Oliveira Lima
Assinatura da pesquisadora

_____, _____ de _____ de 20__

ANEXO B - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP/UFC

UFC - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO CEARÁ /



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ESTUDO DE CASO SOBRE PRÁTICAS DE CUIDADO PRODUZIDAS POR MULHERES EM SITUAÇÃO DE RUA NA CIDADE DE FORTALEZA-CE.

Pesquisador: ALANA DE OLIVEIRA LIMA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 65301617.4.0000.5054

Instituição Proponente: Departamento de Psicologia

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.004.322

Apresentação do Projeto:

O projeto em questão pretende realizar estudo de caso sobre práticas de cuidado em saúde produzidas por mulheres em situação de rua na cidade de Fortaleza, proporcionando discussões teórico-metodológicas que subsidiem políticas voltadas a esse segmento populacional. Seu intento principal é conhecer as práticas de cuidado adotadas por mulheres que moram na rua e, como desdobramento disso, pesquisar possíveis usos de equipamentos de saúde e assistência social por essas mulheres; acompanhar as redes imbricadas no cuidado à saúde dessas mulheres e identificar especificidades em relação ao cuidado de si. O método utilizado na pesquisa será o estudo de caso, por buscar situações únicas para analisá-las em profundidade. O estudo será desenvolvido por meio de observações e conversas no cotidiano da rua, utilizando-se como instrumento de registro o diário de campo. Na fase exploratória da pesquisa, a pesquisadora principal se aproximará da população foco da pesquisa por meio de sua inserção na rua. Após essa inserção, na fase de delimitação do estudo, a pesquisadora escolherá 3 casos exemplares a serem objetos da pesquisa. Como referencial teórico serão utilizadas as produções teóricas de Schuch, Kasper, Magni e Rosa, sobre "pessoas em situação de rua". Em relação aos conceitos de "território" e "saúde" os autores que nos auxiliarão serão Guattari, Deleuze, Raffestin, Lancetti, Monken e Barcellos, além de Haesbaert. Acerca da formação de "redes

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1000

Bairro: Rodolfo Teófilo

UF: CE

Município: FORTALEZA

CEP: 60.400-275

Telefone: (85)3366-8344

E-mail: comape@ufc.br

UFC - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO CEARÁ /



Continuação do Parecer: 3.004.322

relacionais”, utilizaremos os autores Latour e Woolgan. No tocante ao conceito de cuidado utilizaremos os autores Foucault e Mol. Finalmente em relação a “clínica” utilizar-nos-emos as (os) autoras (es) Roinik, Saldón, Paulon, Palombini, Passos, Benevides e certamente os clássicos Freud e Lacan.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Estudar práticas, técnicas e tecnologias de auto-cuidado que estão presentes na vida cotidiana de mulheres que vivem na rua.

Objetivo Secundário: Conhecer as práticas de cuidado adotadas por mulheres que moram na rua e os atores humanos e não humanos relacionados às essas práticas; Pesquisar possíveis usos de equipamentos de saúde e assistência social por mulheres que moram na rua; Acompanhar as redes imbricadas no cuidado à saúde de mulheres que moram na rua e identificar especificidades em relação ao cuidado de si.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os procedimentos utilizados nesta pesquisa seguem as normas estabelecidas pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e não oferecem riscos à dignidade e à integridade física, psíquica e moral da(s) participante(s). Os procedimentos metodológicos descritos no projeto não traz complicações e/ou prejuízos, salvo algum constrangimento que possa surgir ao fornecer informações pessoais. Nesse caso, os pesquisadores envolvidos garantem que as mulheres participantes da pesquisa poderão se recusar a responder ou a qualquer momento desistir de participar. Os benefícios da pesquisa são indiretos e estão relacionados à sua capacidade de contribuição pesquisa contribua para: a) compreensão e análise das práticas de cuidado produzidas por mulheres em situação de rua; b) ampliação de uma clínica itinerante ou de território no campo da saúde pública em Fortaleza; c) aprimoramento de políticas de atenção integral à saúde de mulheres.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto com objeto, objetivos e metodologia dotados de coerência. Os procedimentos a serem adotados na etapa de campo apresentam-se claramente descritos e de acordo com parâmetros éticos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados todos os termos necessários à viabilização da execução da pesquisa.

Recomendações:

Sem recomendações.

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1000

Bairro: Rodolfo Teófilo

CEP: 60.430-275

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3366-8344

E-mail: comape@ufc.br

UFC - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO CEARÁ /



Continuação do Parecer: 2.004.302

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Pesquisa pertinente ao campo da psicologia e da saúde coletiva, sem pendência documental e em observância aos princípios éticos que devem balizar as pesquisas psicológicas que envolvem diretamente o contato com seres humanos em campo.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_858676.pdf	03/03/2017 14:33:03		Acelto
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoAlanaLima.pdf	02/03/2017 10:31:07	ALANA DE OLIVEIRA LIMA	Acelto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	02/03/2017 10:28:05	ALANA DE OLIVEIRA LIMA	Acelto
Outros	solicitacaodelsenciaodolocal.pdf	31/01/2017 16:40:13	ALANA DE OLIVEIRA LIMA	Acelto
Outros	Termodecompromisso.pdf	31/01/2017 16:37:12	ALANA DE OLIVEIRA LIMA	Acelto
Declaração de Pesquisadores	declaraçãodospesquisadores.pdf	31/01/2017 16:35:50	ALANA DE OLIVEIRA LIMA	Acelto
Orçamento	declaraçãodecustelodapesquisa.pdf	31/01/2017 16:33:39	ALANA DE OLIVEIRA LIMA	Acelto
Outros	Cartadesolicitacaopreçãopreço.pdf	31/01/2017 16:32:15	ALANA DE OLIVEIRA LIMA	Acelto
Cronograma	Cronogramadapesquisa.pdf	31/01/2017 16:25:24	ALANA DE OLIVEIRA LIMA	Acelto
Folha de Rosto	Folhaderosto.pdf	31/01/2017 16:19:25	ALANA DE OLIVEIRA LIMA	Acelto

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1000

Bairro: Rodolfo Teófilo

CEP: 60.430-278

UF: CE Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3366-8344

E-mail: conep@ufc.br

Fonte: Plataforma Brasil

UFC - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO CEARÁ /



Continuação do Processo: 2.004.322

FORTALEZA, 06 de Abril de 2017

Assinado por:
FERNANDO ANTONIO FROTA BEZERRA
(Coordenador)

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1000
Bairro: Rodolfo Teófilo CEP: 60.430-275
UF: CE Município: FORTALEZA
Telefone: (85)33682-8044 E-mail: comape@ufc.br