

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Faculdade de Enfermagem
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem



Dissertação

População em situação de rua: território como lugar de trabalho em saúde

Maria do Carmo Ledesma Al Alam

Pelotas, 2014

Maria do Carmo Ledesma Al Alam

População em situação de rua: território como lugar de trabalho em saúde

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde. Área de concentração: Práticas Sociais em Enfermagem e Saúde. Linha de Pesquisa: Enfermagem em Saúde Mental e Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof^a Dr^a Valéria Cristina Christello Coimbra
Co-orientadora: Prof^a Dr^a Michele Mandagará de Oliveira

Pelotas, 2014

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

A316p Alam, Maria do Carmo Ledesma
População em situação de rua: território como lugar de trabalho em
saúde / Maria do Carmo Ledesma Al Alam; Valéria Cristina Christello
Coimbra, orientadora; Michele Mandagará Oliveira, coorientadora. –
Pelotas, 2014.
88 f.

Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em
Enfermagem, Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de
Pelotas, 2014.

1.Enfermagem. 2. Pessoas em situação de rua. 3. Território. 4.
Atenção à saúde. I. Coimbra, Valéria Cristina Christello, orient. II.
Oliveira, Michele Mandagará, coorient. III. Título.

CDD: 610.73

Maria do Carmo Ledesma Al Alam

População em situação de rua: território como lugar de trabalho em saúde

Dissertação aprovada, como requisito parcial, para obtenção do grau de Mestre em Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas.

Data da defesa: 28/04/2014

Banca Examinadora

Prof.^a Dr^a Valéria Cristina Christello Coimbra (UFPeI)

Assinatura:

Prof.^a Dr^a Michele Mandagará Oliveira (UFPeI)

Assinatura:

Prof. Dr Leandro Barbosa Pinho (UFRGS)

Assinatura:

Prof.^a Dr^a Vanda Maria da Rosa Jardim (UFPeI)

Assinatura:

Prof.^a Dr^a Luciane Prado Kantorski (UFPeI)

Assinatura:

Dr^a Ana Paula Muller Andrade (UFPeI)

Assinatura:

Resumo

AL ALAM, Maria do Carmo Ledesma. **População em situação de rua: Território como lugar de trabalho**. 2014. 88f. Dissertação (Mestrado) – Programa de pós Graduação da Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2014.

O presente estudo teve por objetivo conhecer a percepção das pessoas que vivem/viveram o processo de situação de rua sobre o cuidado oferecido pelos profissionais de saúde que trabalham/trabalharam nos seus territórios da rua. Foi utilizado como Referencial Teórico a produção teórica de Schuch, Gaboriau, Kasper e Magni, entre outros sobre população de rua. Em relação a território e saúde os autores que auxiliaram foram Guattari, Raffestin, Lancetti, Monken; Barcellos e Haesbaert. Trata-se de um estudo descritivo e exploratório com abordagem qualitativa, parte do Trabalho “Perfil dos usuários de crack e padrões de uso” aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas sob o nº301/2011. Foram entrevistados quatro participantes, em outubro de 2013, que estavam/estiveram em situação de rua. Foi realizada análise temática dos dados, apresentada em dois temas: “Vidas nos territórios da rua” e “Encontros e desencontros com o cuidado à saúde da população que vive nos territórios da rua”. Os participantes foram dois homens, duas mulheres, com idade de 30 a 55 anos, uma aposentada e os outros tinham trabalhos informais. Uns faziam uso de álcool, tabaco, crack e outras drogas, alguns foram viver na rua por causa de elos familiares rompidos por uso abusivo de drogas, e outros por dificuldades na relação familiar. No tema 1 falaram das dificuldades diárias, como frio, fome, maus tratos de alguns policiais, preconceito da sociedade e também sobre a rede de apoio que receberam de “padrinhos” (moradores ou donos de comércio, grupos religiosos e profissionais de saúde). Falaram das amizades e das pessoas que conheceram na rua, que presenciaram algumas discussões pontuais entre as pessoas em situação de rua, mas assistiam com maior frequência ações de solidariedade entre as pessoas que vivem na rua. No Tema 2 observou-se que alguns deles tinham e têm sérios problemas de saúde e que foram acompanhados em alguns momentos pelas Unidades Básicas de Saúde do município, pelo Pronto Socorro municipal e pelo Serviço Municipal de Redução de Danos. Observou-se ainda, que o cuidado estava centrado no apoio e na disponibilidade de alguns agentes redutores de danos, ou de profissionais de saúde que atendiam as suas necessidades. Não parece haver uma rede efetiva e contínua de organização de política pública de saúde e de trabalho para atender as necessidades de saúde das pessoas em situação de rua. É preciso que sejam retomadas discussões acerca das reais necessidades das pessoas que se encontram em situação de rua no município, que as políticas possam contemplar uma atenção de qualidade, de modo contínuo e não pontual, de prevenção de agravos, de tratamento de saúde quando necessário, com profissionais que tenham perfil para o trabalho no território da rua, que saibam reconhecer as suas vulnerabilidades e que sejam comprometidos com a vida e com a cidadania, independente dos territórios onde ela esteja presente.

Palavras-chave: pessoas em situação de rua; território; atenção a saúde

Abstract

AL ALAM, Maria do Carmo Ledesma. **Homeless population: Territory as a place of work.** 2014. 88f. Dissertation (Master) – Programa de pós Graduação from Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2014.

This study aimed to know the perception of people who live/lived the process of homelessness on the care provided by health professionals who work/worked in their territories. Was used as a Theoretical reference the theoretical production Schuch, Gaboriau, Kasper and Magni, among others on the street population. Regarding the concept of territory and health, the authors who helped were Guattari, Raffestin, Lancetti, Monken; Barcellos and Haesbaert. This is a descriptive, exploratory study with a qualitative approach, which is part of the research “Profile of crack users and usage patterns” approved by the Ethics Committee of the Faculty of Nursing, Federal University of Pelotas under No.301/2011. Were interviewed four participants who were on the streets during the month of October of the year 2013. Was made a thematic analysis of the data, exposed by two subjects: 1 Theme “Lives in the territories of the street” and Theme 2 “Encounter and mismatches with the health care of the population living in the territories of the street”. The participants were two men and two women, aged 30-55 years, one was retired and the others had informal jobs. Some used alcohol, tobacco, crack and other drugs, some were living on the streets as a result of family ties broken because of drug abuse, and other, difficulties in family relationships. In theme 1 they talked about the daily difficulties, as cold, hunger, mistreatment of some police officers, social prejudice and also on the network of support they received from “sponsors” (residents or owners of trade, religious groups and health professionals). Spoke of the friendships and the people who knew while living on the street, who witnessed some specific discussions among people living on the streets, but most frequently watched actions of solidarity between the people living on the street. In Topic 2 we observed that some of them had and have serious health problems and were accompanied at times by the Basic Health Units of the municipality, the Municipal Emergency Municipal Services and the Harm Reduction. It was also noted that care was centered on the support and the availability of some harm reduction agents or other health professionals who that met their needs when was necessary. Seems not to exist an effective and continuous network of organization of public health policies and working to meet the health needs of people living on the streets It must be resumed discussions on the real needs of people who are on the streets in the city, that policies can include high-quality care, continuously and non-point, of disease prevention, health treatment when needed with professionals who have the profile to work in the territory of the street, who knows how to recognize their vulnerabilities and are committed with the life and with the citizenship, regardless of the territories where it is present.

Keywords: homeless persons; territory; health care

Lista de abreviaturas e siglas

CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
ESF	Estratégia de Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MDS	Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome
MS	Ministério da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PSR	População em situação de rua
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFPel	Universidade Federal de Pelotas
UNESCO	Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura

Sumário

Apresentação.....	08
1Introdução.....	11
2 Objetivos.....	15
2.1Objetivo Geral.....	15
2.2 Objetivos Específicos.....	15
3 Construção do objeto de estudo e referencial teórico.....	16
3.1 População em situação de rua	24
3.2 Território e saúde	24
4 Metodologia	31
4.1 Caracterização do estudo	31
4.2 Local do estudo	32
4.3 Sujeitos do estudo	33
4.4 Critérios de inclusão	34
4.5 Procedimentos para coleta dos dados	34
4.6 Procedimentos éticos	35
4.7 Análise dos dados	36
5 Resultados e discussão	37
5.1 Apresentação dos participantes	39
5.2 Tema 1 Vidas nos territórios da rua	45
5.3 Tema 2 Encontros e desencontros do cuidado à saúde da população nos territórios da rua	58
6 Considerações Finais	71
Referências	75
Apêndices	83
Anexo	87

Apresentação

Este trabalho é fruto de constantes indagações, inquietações e indignações que fizeram parte da minha vida pessoal e profissional, como psicóloga social, em quase três décadas de trabalho com populações vulneráveis.

Senti-me satisfeita profissionalmente somente quando passei a trabalhar nas Unidades Básicas de Saúde, depois de trabalhar em empresas e clínica particular.

A partir de 2005, coordenei o Serviço Municipal de Redução de Danos de Pelotas por cerca de sete anos. Apesar de ao longo de minha trajetória profissional ter trabalhado em diversas comunidades vulneráveis, sempre buscando alternar trabalhar nos territórios das pessoas e dentro dos muros dos serviços, trabalhar com a população acessada pelo Redução de Danos foi uma experiência singular.

Em geral, o trabalho desenvolvido nos serviços da saúde ocorre por meio do acesso das pessoas diretamente no local onde é disponibilizado o serviço de que necessitam, ao contrário do que ocorre no Redução de Danos, que vai ao encontro das pessoas nos seus diferentes territórios.

Com a discussão relativa aos campos – acesso à população nos territórios por onde circulam – e a ida a estes, tive uma aproximação maior com pessoas de vulnerabilidade social diferenciadas, entre elas as pessoas em situação de rua.

O trabalho de campo e a coordenação me permitiram estabelecer uma relação de proximidade e confiança com as pessoas envolvidas. Por meio da aproximação conheci um pouco da realidade que enfrentam no cotidiano, passando a me questionar e a questionar o comportamento de alguns colegas, profissionais da saúde, que os discriminavam nos serviços de saúde.

Constatei serem pessoas que tiveram muitas perdas, sofreram e sofrem discriminações, violências, principalmente da polícia. Por outro lado, também identifiquei serem resilientes, criativas no seu modo de superar as adversidades e que constroem vínculos na rua e que alguns casos escolheram a rua como local de vivência.

Mesmo após sair da coordenação, passei a refletir sobre o que poderia fazer e me vieram à idéia duas alternativas: apenas continuar o meu trabalho, tratando-as com respeito e dignidade, como sempre fiz, ou também contribuir para o empoderamento de forma que busquem seus direitos de cidadãos e se organizem, criando uma associação vinculada ao movimento nacional de população de rua.

Optei por praticar as duas alternativas e passei a me interessar cada vez mais em aprofundar os estudos direcionados às circunstâncias e aos tratamentos dessas pessoas em situação de rua, sob o enfoque de filósofos, sociólogos, antropólogos e os mais diversos estudiosos do tema.

Foi extremamente gratificante desenvolver este trabalho, conhecendo outros estudos sobre população em situação de rua através da revisão bibliográfica. Alguns deram sustentação para a análise dos dados coletados junto aos participantes.

Para iniciar esta dissertação apresento o referencial que a norteia, destacando os autores que auxiliaram quanto à discussão sobre pessoas em situação de rua, dentre os quais destaco Schuch, Gaboriau, Kasper e Magni.

Em relação a território e saúde os autores que auxiliaram foram Raffestin, Guattari, Lancetti, Monken; Barcellos e Haesbaert.

A seguir, apresento o percurso metodológico adotado para a obtenção dos resultados, informando que foram feitas entrevistas semi estruturadas com perguntas abertas para se atingir os objetivos, com observância das exigências acadêmicas e éticas em todas as fases do trabalho.

Os dados qualitativos foram coletados a partir de entrevistas, realizadas com quatro pessoas que viveram mais de oito anos na rua; dois homens e duas mulheres, com idade entre 30 e 55 anos, uma aposentada e outros tinham trabalhos informais. Alguns deles faziam uso de álcool, tabaco, crack e outras drogas, alguns foram viver na rua em consequência de elos familiares rompidos por conta de uso abusivo de drogas, por dificuldades de relacionamento familiar e outros por escolha própria.

Foi realizada análise temática dos dados, apresentada por meio de dois temas: Tema 1: “Vidas nos territórios da rua” e Tema 2: “Encontros e desencontros com o cuidado à saúde da população que vive nos territórios da rua”.

No tema 1 falaram sobre as dificuldades diárias, como frio, fome, maus tratos de alguns policiais, preconceito da sociedade e também sobre a rede de apoio que receberam de “padrinhos” (moradores ou donos de estabelecimentos comerciais, grupos religiosos e profissionais de saúde). Falaram das amizades e das pessoas que conheceram enquanto viviam na rua, que presenciaram algumas discussões pontuais entre as pessoas em situação de rua, mas assistiam com maior frequência muitas ações de solidariedade entre as pessoas que vivem na rua.

No Tema 2 observou-se nos relatos que alguns deles tinham e têm sérios problemas de saúde e que foram acompanhados, em alguns momentos pelas Unidades Básicas de Saúde do município, pelo Pronto Socorro Municipal e pelo Serviço Municipal de Redução de Danos. Observou-se ainda, que o cuidado estava centrado no apoio e na disponibilidade de alguns agentes redutores de danos, ou de alguns outros profissionais de saúde que atendiam as suas necessidades quando necessário. Não parece haver uma rede efetiva e contínua de organização de política pública de saúde e de trabalho para atender as necessidades de saúde das pessoas em situação de rua.

Finalizo o trabalho com considerações acerca das necessidades em relação ao cuidado das pessoas que se encontram em situação de rua no município, que as políticas possam contemplar uma atenção de qualidade, de modo contínuo e não pontual, de prevenção de agravos, de tratamento de saúde quando necessário, com profissionais que tenham perfil para o trabalho no território da rua, que saibam reconhecer as suas vulnerabilidades e que sejam comprometidos com a vida e com a cidadania, independente dos territórios onde as pessoas estejam presentes.

1 Introdução

Esta dissertação trata de conhecer a percepção das pessoas em situação de rua sobre o cuidado oferecido pelos profissionais de saúde que trabalham/trabalharam nos seus territórios da rua.

É um desafio pensar sobre as pessoas em situação de rua sem contribuir para a essencialização das mesmas e auxiliar para romper com a comumente estigmatização (SCHUCH, 2008).

O surgimento do fenômeno “população de rua” remonta ao começo das cidades pré-industriais da Europa (MAGNI, 2006; SILVA, 2009). No decorrer do tempo a população em situação de rua já teve diversas designações, mudando de acordo com o período histórico, organização política e cultural.

Já foram chamados de população sem paradeiro fixo, andarilhos, vagabundos, mendigos, miseráveis, morador de rua. Denominações sempre carregadas de estigma (GOFFMAN, 1988). Portanto a forma como já foram chamadas não é homogênea, assim como não o são sua maneira de viver, suas trajetórias e visões de mundo (SCHUCH; GEHLEN, 2012).

Uma visão complexa da situação de rua exige o dimensionamento das multicausalidades que geram esta situação, entre as quais os processos sociais e históricos, políticas públicas, práticas dos sujeitos, como também entender que a rua pode ser o “espaço de produção de relações sociais e simbólicas” vivido pelas pessoas em situação de rua (SCHUCH; GEHLEN, 2012, p.13).

Por ser um fenômeno heterogêneo, as razões da sua existência não estão exclusivamente vinculadas à pobreza, à falta de moradia ou ao espaço geográfico e, portanto a questão econômica não é suficiente para a explicação do fenômeno “população de rua”. Mesmo assim destaca-se a questão das desigualdades sociais (GABORIAU, 2011).

A desigualdade social é crescente no Brasil, aumentando cada vez mais o número de pessoas excluídas das estruturas convencionais da sociedade, entre elas as pessoas em situação de rua (ONU, 2012; ROCHA, 2006).

Não se tem a intenção de definir “população em situação de rua”, pois, como coloca Gaboriau (2011), não existe uma definição que tenha validade em qualquer momento social e histórico.

Vieira; Bezerra; Rosa (2004) em seu estudo com população de rua encontraram três formatos em relação à permanência nas ruas: as pessoas que estão na rua, recentemente; as que estão na rua, circunstancialmente e aquelas que são da rua, permanentemente.

As pessoas em situação de rua são extremamente vulneráveis em relação à saúde (CARNEIRO JUNIOR; JESUS; CREVELIM, 2010; HALL et al., 2012), portanto entende-se que deveriam ter atenção especial dos profissionais de saúde.

A realidade apontada em levantamentos é de que a população em situação de rua tem dificuldades de acessar os serviços de saúde (BRASIL, 2012; CANAVAN et al., 2012; CARNEIRO JUNIOR; JESUS; CREVELIM, 2010; HALL et al., 2012).

São diversos os motivos das barreiras de acesso aos serviços de saúde, entre eles está o preconceito por parte dos serviços, que tem protocolos tradicionais, como exigência de documentos ou de familiares em internações, e também pelos profissionais de saúde (BRASIL, 2008a; CANAVAN et al., 2012; CARNEIRO JUNIOR; JESUS; CREVELIM, 2010). A maioria desses estudos aponta como serviço de primeira escolha da população em situação de rua para cuidado, os serviços de emergência.

Em razão das peculiaridades das pessoas em situação de rua existem demandas de diversos setores como, assistência, habitação, saúde, educação entre outros. Quanto à saúde, há necessidade de políticas públicas específicas para esta população, como serviços e ações que trabalhem de acordo com as especificidades da população de rua.

Para realizar estas ações se faz necessário que existam serviços que trabalhem nos territórios das pessoas em situação de rua, entendendo que o trabalho no território proporciona a essa população um cuidado mais eficaz porque o técnico passa a conhecer melhor a população, se vincula mais, de forma a identificar suas necessidades e proporciona um cuidado de acordo com as suas necessidades (CARNEIRO JUNIOR; JESUS; CREVELIM, 2010; LANCETTI, 2009).

Tratando-se de população em situação de rua, é necessário conhecer seu território e o significado deste para essa população, que tem dificuldade em se adaptar a serviços de saúde com protocolos tradicionais. Por este motivo estratégias de cuidado mais abertas, que se adéquem às suas realidades são mais eficazes (LANCETTI, 2009).

Para Rogério Haesbaert, o território é um termo interdisciplinar e polissêmico, porque às vezes está relacionado com a Biologia (etologia), com a Ciência Política (Estado), com a Antropologia (territorialidade), com a Psicologia (subjetividade), com a Sociologia (relações sociais), com a Geografia e com outras (HAESBAERT, 2012).

O autor resume as concepções de território em três vertentes: política, referida às relações espaço-poder em geral; cultural, em que o território é visto como produto da apropriação e valorização simbólica de um grupo em relação ao seu espaço vivido; e econômica, no qual o território é fonte de recursos (HAESBAERT, 2012).

Nas políticas públicas utiliza-se o termo território, por exemplo, no contexto da Política de Atenção Básica e a Política de Saúde Mental, referindo-se, na maioria das vezes, ao espaço geográfico e não a um sentido mais amplo, que compreende aspectos políticos, econômicos e culturais (HAESBAERT, 2012) com repercussões na subjetividade das pessoas (pois as pessoas produzem o espaço e tem objetivo de criar territórios), sendo assim sujeitos territoriais.

Segundo Lancetti (2009) o trabalho nos territórios onde as pessoas vivem, proporciona um bom vínculo dos profissionais de saúde com a população acessada, além de ser um potencializador de ações de promoção, prevenção e tratamento.

Trabalhando *in loco* com as pessoas em situação de rua percebe-se algumas dificuldades de acesso e acompanhamento nas suas necessidades pelos serviços de saúde (BRASIL, 2008a; 2012).

É imperativo de que os profissionais de saúde compreendam que saúde é um direito de todos e que apliquem os princípios do SUS – Sistema Único de Saúde, como a universalidade e a equidade. E que os gestores implementem dispositivos que atendam às necessidades da população em situação de rua.

Sendo assim, têm-se como pressupostos neste trabalho, que o cuidado em saúde a população em situação de rua não vem sendo observado como prioritário e que o cuidado humanizado nos territórios onde vive essa população pode possibilitar a potencialização de facilidades de acesso e qualificação do cuidado.

Diante do exposto, elaborou-se a seguinte questão de pesquisa: Qual a percepção das pessoas que vivem/viveram o processo de situação de rua em relação ao cuidado oferecido pelos profissionais de saúde que trabalham ou trabalharam nos seus territórios?

2 Objetivos

2.1 Objetivo Geral

Conhecer a percepção das pessoas que vivem/viveram o processo de situação de rua em relação ao cuidado oferecido pelos profissionais de saúde que trabalham ou trabalharam nos seus territórios.

2.2 Objetivos Específicos

Identificar os fatores que motivam/motivaram a ida para a rua das pessoas.

Descrever a experiência do encontro das pessoas que vivem/viveram o processo de situação de rua com os profissionais de saúde nos seus territórios.

Conhecer a expectativa das pessoas que vivem/viveram o processo de situação de rua em relação ao cuidado oferecido pelos profissionais de saúde que trabalham nos seus territórios.

3 Construção do objeto de estudo e referencial teórico

Com a finalidade de sustentar o presente estudo, foi realizada uma revisão de literatura com foco nas seguintes temáticas: população em situação de rua, território e saúde.

3.1 População em situação de rua

O fenômeno população de rua remonta ao aparecimento das cidades pré-industriais da Europa, passando a fazer parte do cenário da vida urbana delas, em diferentes lugares do mundo, com períodos de maior ou menor presença conforme os processos de desenvolvimento (MAGNI, 2006; SILVA, 2009).

A partir da década de 1980 cresce a preocupação pública e de gestores pelos chamados “moradores de rua”, que dava significado a pessoas que não tinham casa, não tinham trabalho, não tinham família, sempre pela visão da falta (MAGNI, 2006; SCHUCH, 2008, 2012). Hoje, nas políticas públicas são chamados de “população em situação de rua” referente à relação de transitoriedade que as pessoas vivenciam: em alguns momentos estão na rua, em outros estão abrigadas temporariamente (SCHUCH, 2012).

Ao longo dos tempos a população em situação de rua já teve diversas denominações, tais como população sem paradeiro fixo, andarilhos, vagabundos, mendigos, miseráveis, morador de rua, entre outras.

Cada uma dessas expressões carrega consigo ideologias, expressando as representações que a sociedade tem sobre as pessoas em situação de rua em determinado período histórico, organização política e cultural, mas todas com denotação estigmatizante – entendendo-se estigma como um atributo intensamente depreciativo, que aos olhos da sociedade serve para menosprezar aquele que o recebe (GOFFMAN, 1988).

Portanto, a forma como são definidos não é homogênea, assim como sua vivência, suas trajetórias e visões de mundo também não o são.

Em relação à vivência na rua, a pesquisa de Vieira; Bezerra; Rosa (2004, 93-94) aponta três formas de permanência nas ruas: “ficar na rua, circunstancialmente”, “estar na rua, recentemente” ou “ser de rua, permanentemente”.

O “ficar na rua” de modo circunstancial, reflete a precariedade de recursos para pagar pensão e de atendimento nas políticas sociais, está nesta condição por estar desempregada, porque vieram de outro lugar para procurar trabalho ou para tratamento de saúde. Geralmente estas pessoas sentem medo de dormir na rua e terminam por dormir em rodoviárias, albergues, salas de espera de hospitais, em locais públicos de movimento. Rejeitam ser identificadas com pessoas em situação de rua.

A situação de “estar na rua” versa sobre uma condição recente, já que não considera a rua ameaçadora e começa a estabelecer relações com pessoas em situação de rua e conhecer alternativas de sobrevivência, assim como a realizar algumas tarefas para ter algum recurso. Quando conseguem algum recurso procuram pensões ou albergues. É o caso de alguns guardadores de carro e recicladores.

O “ser da rua” é aquela situação permanente em que, quanto mais aumenta esse tempo na rua, maior a dificuldade de conseguir emprego e a rua se torna moradia.

Gaboriau (2011) tem uma concepção multifatorial da condição das pessoas em situação de rua, que se inter-relacionam, tais como: a política local, a organização social, as formas de dominação e as possibilidades de assistência. Segundo este autor, a cultura das ruas é plural, não estando exclusivamente vinculada à pobreza, à falta de moradia ou ao espaço geográfico, portanto, a questão econômica das pessoas não é suficiente para a sua compreensão.

Apesar desse entendimento, releva neste ponto tratar sobre a questão das desigualdades sociais enquanto um dos fatores determinantes desse processo.

Por meio de um estudo realizado em 2012, a Organização das Nações Unidas – ONU indicou que a desigualdade social é crescente no Brasil, sendo o

quarto país mais desigual da América Latina, chegando a ter 22% dos brasileiros vivendo em situação de pobreza ou indigência (menos de 2 US\$ por dia).

Há consenso, no Brasil, de que a persistência da pobreza está vinculada à desigualdade, sendo esta também resultante de múltiplos fatores, tais como os indicados por Bauman (2013, p.25): “renda per capita, vulnerabilidade social, pobreza, corrupção, humilhação e negação da dignidade”.

Uma das causas da desigualdade social pode ser indicada como a má distribuição de renda, que no Brasil possui um índice elevado – como aponta o coeficiente de Gini – em comparação com países em semelhante nível de desenvolvimento, tanto quando se considera o rendimento das pessoas, quanto quando se trata do rendimento familiar per capita (ROCHA, 2006).

Essa circunstância importa no aumento desenfreado do número de pessoas excluídas das estruturas convencionais da sociedade, tais como trabalho e moradia.

Alguns autores, como Bauman (1999) e Santos (2010), associam o processo de globalização neoliberal, principalmente após a década de 80, a desigualdades sociais e à exclusão social.

Segundo este entendimento, o processo de globalização tem produzido “pobreza, desagregação de famílias e comunidades, fragilização e afrouxamento dos vínculos humanos” (BAUMAN, 2013, p.26). Além disso, tem gerado uma progressiva segregação espacial, separação e exclusão (BAUMAN, 1999), gerando desterritorialização e reterritorialização, o que muitas vezes causa um aumento de pessoas excluídas que acabam em situação de rua.

Veja-se, portanto, que apesar dos indicativos ora tratados, o processo de ida para a rua não se limita à natureza subjetiva, à individualidade dos processos de fragilização das pessoas nesta situação, nem à questão econômica.

Autores que fizeram estudos e pesquisas com pessoas em situação de rua ressaltam a heterogeneidade dessa população (ROSA, 2005; SILVA, 2009; SNOW; ANDERSON, 1988; VIEIRA; BEZERRA; ROSA, 2004).

Desse modo, ainda que o presente trabalho venha a indicar dados colhidos em pesquisas com pessoas em situação de rua de territórios diversos, a fim de que se busque conhecer as inúmeras realidades existentes, não se tem a intenção de

generalizar as características apuradas, pois, conforme Snow; Anderson (1988), estas sempre devem ser contextualizadas às vivências de cada população.

Em função de suas peculiaridades a população em situação de rua exige demandas de diversos setores, como, assistência social, habitação, saúde e segurança pública. Em função dessas especificidades e necessitando implementar políticas públicas, o Ministério do Desenvolvimento Social organizou em 2005 o I Encontro Nacional sobre População em Situação de Rua que teve como objetivo discutir, em conjunto com os movimentos sociais representativos desse segmento social, os desafios e estratégias para a construção de políticas públicas para a população em situação de rua (BRASIL, 2006).

A importância da realização de estudos que permitissem caracterizar socioeconomicamente a população em situação de rua e quantificá-la foi destacada neste encontro como sendo ação prioritária para orientação e implementação de políticas públicas, direcionadas a essa população (BRASIL, 2006).

Em razão desta necessidade, o Ministério de Desenvolvimento Social em conjunto com a Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura – UNESCO realizou a “Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua” (BRASIL, 2008a).

O referido estudo abordou pessoas em situação de rua com 18 anos completos de idade ou mais. Incluiu 71 municípios (48 deles com mais de 300 mil habitantes e 23 capitais) e identificou 31.922 pessoas em situação de rua. São Paulo, Belo Horizonte e Recife estão entre as capitais brasileiras que não foram pesquisadas, por já terem sido feitos levantamentos semelhantes, na mesma época, e tampouco Porto Alegre que já havia sido pesquisada a nível municipal, simultaneamente ao estudo contratado pelo Ministério do Desenvolvimento Social (BRASIL, 2008a).

A maioria (82%) era do sexo masculino; 53% possuía entre 25 e 44 anos de idade; 95% não estudava, sendo que apenas 3,8% afirmaram estar fazendo algum curso. Além disso, a proporção de negros é maior na população em situação de rua do que na população em geral (BRASIL, 2008a).

Em relação à ida para a rua, 71,3% relataram pelo menos um desses motivos: problemas com alcoolismo e/ou drogas – 35,5%, desemprego – 29,8% e desavenças com pai/mãe/irmãos – 29,1% (BRASIL, 2008a).

Neste aspecto, Lemões (2013) observou que a população em situação de rua constrói novos vínculos equivalentes aos familiares. Por meio da vivência na rua, identificam pessoas com quem passam a ter laços significativos, como os de pais, tios, irmãos, padrinhos.

Retornando à pesquisa nacional (BRASIL, 2008a), verificou-se que a maioria da população em situação de rua é constituída de trabalhadores: 70,9% exercem atividade remunerada (coleta de material reciclável, flanelinha, construção civil, limpeza, carregador, estivador), mas apenas 1,9% com carteira assinada, o que desmistifica a ideia de que a população em situação de rua é formada de “pedintes” ou “mendigos”, já que apenas 16% encontram-se nesta condição.

Em estudo realizado por Bernardo; Nogueira; Bull (2011) foi encontrado dado semelhante, no qual todos os entrevistados nomearam-se como trabalhadores, havendo uma pequena diferença entre as pessoas entrevistadas na rua e entre aquelas que estavam em uma instituição municipal para essa população. Os indivíduos na rua viam no trabalho uma forma de ganhar dinheiro para atender suas necessidades imediatas (compra de bebida alcoólica, comida e deslocamentos para outras cidades), enquanto os que estavam em instituição municipal voltada para as pessoas em situação de rua viam no trabalho a chance de fixarem-se na cidade e, com isso, não voltarem às ruas. Assim, enquanto uns vêm no emprego formal a sensação de aprisionamento e pressão, outros o consideraram como uma chance de inserção social.

No mais, de acordo com a Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua, entre os pesquisados, 29,7% afirmaram ter algum problema de saúde e quando doentes 43,8% procuram como primeiro lugar um hospital/emergência (BRASIL, 2008a).

Conforme dados encontrados em estudo de coorte com pessoas em situação de rua de São Francisco - Estados Unidos, pessoas em situação de rua estão entre os grupos mais vulneráveis da sociedade e sofrem altas taxas de doenças. Esse

mesmo estudo assinala que as pessoas em situação de rua recebem a maioria dos seus cuidados médicos através de serviços de emergência (HALL et al., 2012).

Estudo realizado em 14 capitais europeias foi observado que os problemas de saúde mental são desproporcionalmente maiores entre os moradores de rua do que entre a população em geral, estimando que entre 20% e 50% das pessoas em situação de rua com problemas de saúde mental também são diagnosticadas com um transtorno de abuso de substância e que a população em situação de rua nos países ocidentais tem mais propensão a ter problemas de álcool e drogas do que a população em geral (CANAVAN et al., 2012).

Grande parte da população em situação de rua da pesquisa nacional era originária do mesmo local que se encontrava ou de locais urbanos próximos, não sendo decorrentes de deslocamentos ou migração campo/cidade. Dos entrevistados, 79,6% faziam uma refeição por dia, 69,6% dormiam na rua e 69,3% possuíam medo de violência praticada contra si ao dormir na rua (BRASIL, 2008a; KASPER, 2006).

A pesquisa confirma que a população em situação de rua é discriminada e que isso dificulta o acesso das pessoas a diversos locais, tais como estabelecimentos comerciais, transporte coletivo, bancos, órgãos públicos, serviços de saúde (BRASIL, 2008a).

Embora o Sistema Único de Saúde tenha alguns princípios como a universalidade e a equidade que, em outras palavras, significam que os serviços deveriam acolher todas as pessoas e tratá-las de acordo com a sua necessidade, ainda há alguns que não acolhem ou acolhem mal a população em situação de rua, dificultando o acesso das pessoas (BRASIL, 2012; CARNEIRO JUNIOR; JESUS; CREVELIM, 2010).

Segundo Hall et al. (2012) estudos com população em situação de rua relatam inúmeras barreiras de acesso a cuidados de saúde, que só aumentam os atrasos na procura de cuidados regulares. Entre elas estão a falta de medicamentos, de transporte, tempos de espera prolongados e falha de comunicação frequente entre o paciente e o sistema de saúde, além do sentimento de serem estigmatizados por outros pacientes e profissionais de saúde.

Já no estudo de grupo focal multicêntrico (Toronto, Ottawa, Montreal e Vancouver), para avaliar a qualidade de vida de jovens e adultos canadenses de rua, de Papelu (2012) as pessoas relataram dificuldades em relação à saúde: indisponibilidade dos serviços de saúde, falta de relacionamento com os profissionais de saúde, avaliação bastante inadequada das necessidades e falta de medicação. Além disso, queixaram-se de que, por um lado, são dependentes de drogas e tem pouco ou nenhum acesso a programas de tratamento de drogas, mas por outro lado tem o acesso direto a todas as drogas de rua. Alguns manifestaram que as drogas são importantes para a sua qualidade de vida e são uma fonte de prazer. Vários participantes observaram que as drogas e o álcool fornecem os meios para esquecer experiências dolorosas no passado e a realidade do presente.

Em 2012, o Ministério da Saúde instituiu o Comitê Técnico de Saúde da População em Situação de Rua visando à redução de iniquidades em saúde, por meio da Portaria nº 3.305/09, que tem entre suas competências, propor ações que visem garantir o acesso à atenção à saúde a essa população (BRASIL, 2012).

Também neste ano, o Ministério da Saúde criou o “Plano operativo para implementação de ações em saúde da população em situação de rua 2012-2015” que tem como objetivo garantir o acesso aos serviços de saúde, bem como a melhoria do nível de saúde dessa população, por meio de ações e iniciativas que reconheçam as especificidades dessa população, decorrentes dos processos de trabalho na rua, das condições de vida e a melhoria dos indicadores de saúde e da qualidade de vida (BRASIL, 2012a).

Este Plano tem como um dos princípios: “Recusa e repúdio a qualquer forma de exclusão e institucionalização compulsória” (Brasil, 2012a, p.2). No entanto, em alguns municípios brasileiros este não é respeitado e a população em situação de rua, ou os “desfiliados” (processo de rompimento de vínculos sociais), segundo Castel (2013) ou excluídos sociais como fala Bauman (1999), são retirados de forma compulsória das ruas. Dá-se uma prática “higienista” dos governantes, que limpam as cidades da “sociedade disciplinar e de controle” para efetivar o domínio dos “corpos dóceis”, usando as palavras de Foucault (2013).

O Ministério da Saúde passou a reconhecer que a população em situação de rua tem as suas especificidades decorrentes dos processos de viver e trabalhar na rua, das discriminações sofridas da população em geral e dos trabalhadores da saúde (BRASIL, 2012b; CARNEIRO JUNIOR; JESUS; CREVELIM, 2010). Em função disso, o Ministério da Saúde organizou o “Manual sobre o cuidado a saúde junto à população em situação de rua”, com o objetivo de instrumentalizar os profissionais na perspectiva da promoção do cuidado, ampliação e construção de novas formas de atuação frente aos problemas de saúde dessa população.

Já estudo realizado em quatro cidades canadenses para avaliar a qualidade de vida de jovens e adultos de rua, verificou que os aspectos identificados como sendo importantes para a qualidade de vida pelos participantes do estudo foi acesso à moradia, acesso e limpeza de banheiros, ter uma geladeira ou um fogão, sentir-se ligado a um bairro, ter refeições, viver em um ambiente que não seja cercado por vício e/ou doença mental, sem preocupações com as infecções e sem o estigma de ser sem-teto (PAPELU et al., 2012).

Diante das especificidades desse grupo populacional são importantes as estratégias, como o cuidado integral, longitudinal, intersetorial, entre outras (CARNEIRO JUNIOR; JESUS; CREVELIM, 2010).

O Ministério da Saúde preconiza para o trabalho com a população em situação de rua alguns dispositivos que trabalhem com essa população *in loco*, como equipes de estratégia de saúde da família para população em situação de rua e consultório na rua (BRASIL, 2012b; CARNEIRO JUNIOR; JESUS; CREVELIM, 2010). Modalidades de assistência que tem as diretrizes da atenção básica e a lógica da atenção psicossocial com sua proposição de trabalhar a redução de danos, com ações que vão ao encontro da população e não apenas esperam a procura desta para então intervir (BRASIL, 2012b).

O trabalho no território proporciona um cuidado em saúde mais eficaz (CARNEIRO JUNIOR; JESUS; CREVELIM, 2010) porque o técnico conhece a população, se vincula melhor de forma a identificar suas necessidades e proporciona um cuidado de acordo com as suas reais precisões através de planos terapêuticos singulares.

Segundo Lancetti (2009), é imperativo uma “clínica em movimento” para pessoas que não se adaptam a protocolos clínicos tradicionais, já que o cuidado realizado no lugar onde as pessoas moram (“território geográfico” e “território existencial”) é categoricamente mais “rico” e proporciona intervenções singulares, apesar de ser uma “práxis complexa”.

É preciso que a população em situação de rua tenha maior visibilidade e que seja tratada de forma digna pelos gestores e profissionais de saúde, os quais devem reconhecer suas necessidades e garantir seus direitos, cumprindo os princípios do SUS. Importante, também, que sejam criados dispositivos que trabalhem nos territórios das pessoas, nos territórios geográficos e territórios existenciais (GUATTARI; ROLNIK, 2013).

3.2 Território e saúde

O tema território será discutido aqui porque ao se trabalhar com a população em situação de rua deve-se operar nos seus territórios, tendo inclusive o poder público utilizado tal categoria para organizar serviços e ações (MONKEN; BARCELLOS, 2007).

Pode-se utilizar o termo território em diferentes áreas do conhecimento, cada uma centrada em um enfoque predominante, como a geografia na materialidade do território, a antropologia na territorialidade, a biologia na etologia, a ciência política no Estado e a psicologia na construção de subjetividade (HAESBAERT, 2012 p.37).

Já em um enfoque etimológico, surge território com dois sentidos diferentes, um material e outro simbólico. O vocábulo território *territorium*, *terri* (terra) e *torium* (pertence a) pode significar na origem latina um pedaço de terra apropriado ou *terreo-terror* (aterrorizar) de quem aterroriza para dominar, tendo ligação com dominação, controle, isto é, enquanto um termo se refere à ocupação da terra, o outro trata do sentimento que o território inspira nas pessoas – os que o detém sentem prazer e os que não o detém sentem medo pela exclusão. Portanto, desde

sua origem etimológica até sua prática está relacionada com relações de poder, sejam estas de natureza, social, econômica, geográfica ou outra (HAESBAERT, 2012, p.43).

Raffestin (1993, p.58), por sua vez, reconhece o território enquanto um espaço de relações de poder, afirmando que este se configura a partir da apropriação do espaço.

Ao debater o conceito de poder, Foucault (2010) reforça a idéia de que este não existe por si só, não possui um lugar fixo, não é propriedade de ninguém, pois somente existe quando exercido, sendo um elemento dentro das relações. O autor conclui que “[...] o poder não se dá, não se troca, nem se retoma, mas se exerce, só existe em ação, como também da afirmação que o poder não é principalmente manutenção e reprodução das relações econômicas, mas acima de tudo uma relação de força” (FOUCAULT, 2010, p. 175).

É indispensável estar consciente dessa significação do poder, conforme Marinho (2008), a fim de que se consiga perceber os limites entre a nossa liberdade e a dos outros, o que se mostra relevante, sobretudo no que se refere a lutas contra injustiças. Nas palavras do autor:

O discurso manipulador não tem a intenção de fazer as pessoas reconhecerem que o poder é algo indispensável em nossa existência, isto é, ver o lado positivo do poder. O discurso manipulador tem a intenção de manter o *status quo*, pois é a única maneira que uma determinada parcela da sociedade tem para continuar vivendo em cima de um barril de pólvora (o barril de pólvora é a massa oprimida) sem que este exploda, isto é, sem que a massa opressora se revolte de fato. A reflexão de Foucault pode ser constatada com as evidências sociais. A realidade do cotidiano é que as pessoas não reconhecem ter poder e admitem, também, ser muito difícil lutar contra a máquina montada (MARINHO, 2008, p.21).

O que se observa é que algumas pessoas em situação de rua não reconhecem o poder que possuem muitas vezes em razão dos discursos adotados por alguns profissionais de saúde, que reproduzem relações de poder como forma de manipulação, exercendo abusos para com esta população. Em algumas situações, por exemplo, oprimem o poder autônomo dessas pessoas, tratando-as como se não fossem sujeitos de direitos que possam estabelecer relações de produção e de liberdade.

O ideal seria que esses profissionais de saúde se afetassem e se deixassem afetar pela situação dessas pessoas em situação de rua, ao trabalharem nos territórios delas, estimulando-as a se organizarem para buscarem seus direitos com o foco em uma saúde integral. Seria, por exemplo, questionar: Como está sua saúde oral? Como está sua saúde mental? Como está sua saúde física? Como está sua cidadania? Como está o acesso à saúde no seu território?

Se assim agissem, respeitariam alguns dos princípios fundamentais do Sistema Único de Saúde, quais sejam, a universalidade, acolhendo sempre incondicionalmente, a integralidade e a equidade, sendo justo e priorizando a população mais vulnerável. A população em situação de rua seria acolhida e atendida de acordo com suas necessidades pela sua alta vulnerabilidade a saúde, o que ainda não ocorre em todos os serviços.

Esses profissionais deveriam identificar os poderes instituídos nos territórios para reconhecer que eles têm “conteúdo social, político e ambiental e que tem uma população que pode sofrer consequências dos processos de produção e consumo sobre sua saúde”. Importante notar que estes territórios são vinculados por redes em que as pessoas, as informações e materiais circulam cada vez mais intensamente (MONKEN; BARCELLOS, 2007, p.186-187).

Deve-se ter em mente que todos vivemos em um território onde temos diversos elementos que utilizamos para facilitar nossas vidas e onde estabelecemos relações (MONKEN; BARCELLOS, 2007).

Milton Santos (1999) falava que a geografia de um lugar é formada por fluxos e fixos. Num determinado território, quando falamos que tem praças, restaurantes, igrejas, UBS, escolas estamos falando nos fixos desse território, mas eles só têm razão de ser se tiverem fluxos e estiverem inseridos num território que lhes dê vida. Portanto, as relações estabelecidas com esses fixos são os fluxos (MONKEN; BARCELLOS, 2007).

Por essa razão, para que se trabalhe nos territórios das pessoas em situação de rua é necessário que se conheçam os fixos (quais locais utilizam para fazer a higiene, alimentação, por exemplo) e os fluxos (como são as relações estabelecidas com os companheiros, com os padrinhos que doam alimentos, por exemplo), para

que possa cuidá-las levando em conta sua singularidade, que significa conhecer sua trajetória, seus sofrimentos, suas alegrias e seus desejos.

É importante que os profissionais de saúde conheçam, no território das pessoas em situação de rua, tanto as relações de apoio social positivas, para estimulá-las, quanto às negativas, para proteção e diminuição dos riscos que estas geram (MURAMOTO; MÂNGIA, 2011).

No Brasil, como já comentado, existem desigualdades sociais acentuadas, portanto, as pessoas vivem de maneira diferente e em condições diferentes (MONKEN; BARCELLOS, 2007). Diante desse contexto, cada território tem uma população com características específicas, sendo alguns mais vulneráveis que os outros.

As condições de vida e de saúde dependem muito das condições dos territórios em que as pessoas circulam, sendo estes alguns determinantes de saúde (MONKEN; BARCELLOS, 2007). Veja-se que os territórios onde as pessoas em situação de rua circulam muitas vezes são insalubres – os lugares onde dormem são sujos e desprotegidos, a água que bebem geralmente não é potável, a alimentação muitas vezes tem más condições de conservação, etc. – o que determina sua alta vulnerabilidade em relação à saúde.

O Ministério da Saúde – MS, nas suas diversas políticas (atenção básica, saúde do trabalhador, saúde bucal, saúde mental, entre outras), tem como diretriz o trabalho no território onde as pessoas vivem, mas território visto como espaço geográfico, como delimitação de áreas circunscritas a serem planejadas e trabalhadas, na maioria das redações destas diretrizes (BRASIL, 2011a; 2011b).

A Portaria 3088/2011, por exemplo, que institui a Rede de Atenção Psicossocial, no artigo VI diz: "desenvolvimento de atividades no território..." e a Política Nacional de Atenção básica tem como um dos fundamentos e diretrizes: "ter território adstrito" (BRASIL, 2011a; 2011b).

Nos documentos das políticas, observa-se o uso do termo território sem fazer uma discussão sobre os seus múltiplos sentidos, além de lugar de trabalho. Entretanto, não há razão para pensar no território como mera delimitação de uma

área, sendo necessário conhecer processos e territorialidades que muitas vezes ultrapassam limite imposto por atores determinados (GONDIM et al., 2008).

Haesbaert (2012) assinala que Deleuze e Guattari são os autores que dão maior ênfase ao território como processo, como permanente “tornar-se ou devir” e desfazer-se.

Percebe-se a necessidade de considerar o território não apenas como espaço geográfico, mas como “espaço vivido e percebido” onde a pessoa se sente como se fosse seu lar, apropriado dele; como resultante de representações que desembocam numa série de comportamentos, de investimentos, nos tempos e nos espaços sociais, culturais e cognitivos (GUATTARI; ROLNIK, 2013, p. 323; LEFEBVRE, 1979).

Deleuze e Guattari articulam que o território pode se desterritorializar e que não existe uma desterritorialização desconexa de uma posterior reterritorialização. (DELEUZE; GUATTARI, 1997).

Partindo da ideia preconizada pelos autores franceses, Haesbaert (2012) discorre sobre território levando em conta o processo de territorialização, desterritorialização e reterritorialização, tratando a territorialização como produto de uma estratégia para tomar posse de um espaço geográfico, a desterritorialização como a saída livre ou forçada da territorialização e a reterritorialização consistiria como a constituição de uma nova territorialização, seja ela no mesmo local ou não.

Ou seja, o território pode se desterritorializar, engajando-se em linhas de fuga a conduzir o movimento e traçando o devir. A humanidade está imersa num enorme movimento de desterritorialização, no sentido de que seus territórios “originais” se desfazem continuamente (GUATTARI; ROLNIK, 2013, p.323).

Não existe desterritorialização desconectada de uma posterior reterritorialização, segundo os autores citados. A reterritorialização redundará numa tentativa de reconstrução de um território vinculado a um processo desterritorializante (GUATTARI; ROLNIK, 2013, p.323).

Um exemplo de desterritorialização seria quando as pessoas em situação de rua estão vivendo em algum espaço e a polícia as tira do mesmo. Este lugar é apenas o espaço físico, mas é a existência dos padrinhos que lhes ofertam roupas e

alimentos, os “tios” para os quais fazem alguma tarefa, a Igreja que oferece local para fazer a higiene, além das relações afetivas construídas. Com esta retirada, tem de encontrar outro lugar, onde refazem suas redes de apoio social, conhecendo novos “tios”, “padrinhos” para auxiliar em sua vivência.

Haesbaert (2012), a partir da proposta de Deleuze e Guattari, avalia a territorialização e a desterritorialização como processos simultâneos, básicos para compreender as práticas humanas.

Deve ficar claro que não são apenas as pessoas em situação de rua que se desterritorializam constantemente, na medida em que faz parte do cotidiano abandonar um território e ingressar em outro.

Existe, ainda, o processo da multiterritorialidade, indicado por Haesbaert, o qual se exemplifica quando a pessoa em situação de rua está na rua, mas também tem lugar na casa dos familiares – situações em que o território familiar foi abandonado, mas permanece com alguns contatos. Assim sendo, a pessoa frequenta o território da rua e o território da família. “É um processo de reterritorialização constante, seja de uma área ou de uma série de áreas que o ser humano e as sociedades vivenciam contínua ou simultaneamente” (PEREIRA; BARCELLOS, 2006).

Embora usado desde os anos 70, o termo desterritorialização, por Deleuze e Guattari ainda não é reconhecido pelos grandes dicionários (HAESBAERT, 2012). Ainda que o termo seja novo, o seu significado tem sido discutido há muito tempo, por exemplo, sobre a preocupação com o êxodo rural, em que as pessoas deixavam o campo e migravam para a cidade, desterritorializando-se e reterritorializando-se.

Segundo Boaventura Santos (2001) o processo de globalização não apenas desterritorializa, mas também territorializa. Por exemplo: uma das grandes manifestações da territorialização das décadas de 80 e 90 é o movimento indígena.

O movimento indígena é uma grande afirmação de que há relações sociais que são escritas em territórios e que só fazem sentido enquanto parte deles. Os direitos das comunidades indígenas não são direitos desterritorializados. As suas terras são sagradas, e são aquelas e não outras. Os seus recursos naturais provêm daquelas terras e não de outras. As suas formas de jurisdição, seus costumes, suas magias, suas religiões, suas relações com os espíritos e com os deuses apenas são visíveis e concretizáveis pela presença da comunidade naqueles lugares, com as peças daquele

específico cenário, como as árvores sagradas. Há uma hiperterritorialização que ocorre curiosamente em pleno período de globalização. O próprio movimento indígena é hoje globalizado, mas ainda territorializado. Os direitos pleiteados pelos indígenas são territorializados (SANTOS, 2001, p. 3).

Pretende-se estabelecer uma relação entre o conceito de território e seus desdobramentos para compreender de forma singular as pessoas, conhecendo sua história, suas dores, seus desejos, possibilitando a construção de um plano de cuidado de acordo com as suas necessidades e intervindo de forma integral e singular na sua saúde.

4 Metodologia

4.1 Caracterização do Estudo

Este estudo é um recorte da pesquisa intitulada “Perfil dos usuários de crack e Padrões de uso na cidade de Pelotas-RS”, financiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) através do edital MCT/CNPq 41/2010, constitui de duas etapas: uma de abordagem quantitativa e outra qualitativa, tendo como objetivo caracterizar o perfil dos usuários de crack do município de Pelotas-RS e seus padrões de uso.

O presente estudo é caracterizado como qualitativo, exploratório e descritivo, com a finalidade de conhecer a percepção das pessoas que vivem/viveram o processo de situação de rua em relação ao cuidado oferecido pelos profissionais de saúde que trabalham ou trabalharam nos seus territórios.

Segundo Minayo (2011) a pesquisa qualitativa:

[...] trabalha com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes. Esse conjunto de fenômenos humanos, entendido aqui como parte da realidade social, pois o ser humano se distingue não só por agir, mas por pensar sobre o que faz e por interpretar suas ações dentro e a partir da realidade vivida e partilhada com seus semelhantes (MINAYO, 2011, p.21).

O processo de trabalho em pesquisa qualitativa, que se faz em ritmo particular, é chamado de ciclo de pesquisa e consiste em três etapas: a fase exploratória, o trabalho de campo (observação e entrevista) e a análise dos dados. “O ciclo de pesquisa não se fecha, pois toda pesquisa produz conhecimento e gera indagações” (MINAYO, 2011, p.27).

Quanto ao aspecto exploratório, Gil (2011) afirma que esse tipo de pesquisa tem como objetivo proporcionar melhor familiarização com o problema, facilitando a explicitação do mesmo, provocando a construção de hipóteses, admitindo a delimitação de uma temática e de seus objetivos.

A pesquisa qualitativa é também descritiva, já que abarca a “essência e a aparência do fenômeno”, busca as “causas da existência dele, procurando explicar sua origem, suas relações, suas mudanças e se esforça por intuir as consequências que terão para a vida humana” (TRIVIÑOS, 2009, p.129).

Neste estudo foi utilizada entrevista semi estruturada¹ como fonte para obter os depoimentos sobre a vivência das pessoas em situação de rua em relação ao cuidado oferecido pelos profissionais de saúde que trabalham ou trabalharam nos seus territórios.

4.2 Local do Estudo

Este estudo foi realizado na cidade de Pelotas, no domicílio de um dos casais e o outro casal preferiu seu local de trabalho, ou seja, na rua, sentados num degrau de uma casa não habitada, agendados previamente.

O município de Pelotas possui uma população total de 328.275 mil habitantes (IBGE 2012). Sua rede de saúde pública é composta por cinco hospitais gerais, sendo dois universitários e um hospital especializado, 51 Unidades Básicas de Saúde (UBS) e dentre elas 34 Equipes da Saúde da Família (ESF) implantadas com uma cobertura de 35,67% da população (BRASIL, 2012c; 2012d).

Segundo a Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua realizada em 2007/2008, existiam em Pelotas 106 pessoas em situação de rua (BRASIL, 2008a).

Os serviços municipais que atendem esta população em Pelotas são o Centro de Referência Especializado em Assistência Social para população em situação de rua e a Casa de Passagem da Secretaria de Cidadania de Pelotas, com dez leitos.

¹ Entrevista semi estruturada segundo Minayo (2012, p.64) “combina perguntas fechadas e abertas, em que o entrevistado tem a possibilidade de discorrer sobre o tema em questão sem se prender à indagação formulada”.

Além do Albergue Pelotense (particular) e de grupos ligados a igrejas que fornecem alimentação.

4.3 Sujeitos do Estudo

A “Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua” do Ministério do Desenvolvimento Social em conjunto com a UNESCO – Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura realizada, também na cidade de Pelotas em 2007/2008 caracterizou o perfil da população de rua como sendo 87% homens, negros e pardos, tendo em sua maioria entre 25 e 44 anos de idade, 64% com ensino fundamental incompleto, 70% com menos de cinco anos em situação de rua (BRASIL, 2008a).

Foram sujeitos do estudo, quatro pessoas em situação de rua, que participaram da etapa qualitativa e quantitativa da pesquisa intitulada “Perfil dos usuários de crack e Padrões de uso na cidade de Pelotas-RS”, que foram acessadas por trabalhadores da saúde nos territórios por onde essa população circula.

A escolha deu-se também pelo histórico do vínculo com essas pessoas, que no início foi de difícil acesso e após algum tempo construiu-se um forte vínculo com os agentes redutores de danos e que se manteve. Os participantes foram identificados com nomes fictícios para preservar sua identidade, apesar de que não queriam a troca do nome, mas após serem explicadas as razões, aceitaram.

Importante esclarecer que os dois casais participantes saíram da rua, mas a saída da rua não foi critério de inclusão, a escolha foi pelos critérios descritos acima e pelo forte vínculo com os trabalhadores da saúde que trabalhavam em seus territórios, os agentes redutores de danos.

Para conseguir começar e manter o contato com os participantes do estudo foram necessários muitos deslocamentos pelos diversos territórios pelos quais eles circulam. Foi necessário ir ao encontro dos mesmos nos locais de trabalho,

residências, praça, locais de fornecimento de refeições e até mesmo em outra cidade (Brasília) onde a participante estava fazendo tratamento de saúde.

4.4 Critérios de Inclusão

- Ser maior de 18 anos;
- Estar ou ter estado em situação de rua há mais de um ano;
- Ter sido acessado por algum trabalhador de saúde na rua.

4.5 Procedimentos para coleta dos dados

Após a seleção dos participantes, eles foram contatados e foi perguntado pelo interesse em participar do estudo. Foi solicitado que assinassem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Apêndice B) em duas vias, ficando uma cópia com o sujeito participante e outra com a pesquisadora. Foi solicitado, também, ao participante autorização para a gravação da entrevista.

A seguir, foram feitas entrevistas semi estruturadas, com algumas questões norteadoras (Apêndice C), no mês de outubro de 2013, em datas e horários combinados com as pessoas.

As entrevistas duraram entre trinta a oitenta minutos, o tempo necessário para que os participantes realizassem a entrevista e ficasse claro que não tinham mais nada a falar. A variação do tempo foi de acordo com as características dos participantes, alguns mais prolixos, outros mais objetivos.

Após a gravação das entrevistas, estas foram transcritas fidedignamente para análise dos dados. A transcrição foi feita de forma cuidadosa para não modificar a fala das pessoas observando sempre a metodologia.

Ao utilizar as falas dos participantes foi realizada a correção do português e a limpeza do texto para o entendimento do leitor, como a supressão dos vícios de linguagem, palavras repetitivas, evitando comprometer e distorcer os conteúdos das falas.

4.6 Procedimentos Éticos

Este estudo é um subprojeto da pesquisa intitulada “Perfil dos Usuários de crack e padrões de uso na cidade de Pelotas-RS”, financiada pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) através do edital MCT/CNPq 41/2010 e encaminhada ao Comitê de Ética em Pesquisa na Área da Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas (UFPeI) com aprovação sob parecer nº 301/2011 (Anexo).

Foi solicitada autorização à Profª Enfª Drª Michele Mandagará Oliveira, coordenadora da pesquisa “Perfil dos usuários de crack e Padrões de uso na cidade de Pelotas-RS” para a realização do estudo (Apêndice A), e concedida a autorização.

Este estudo observou os princípios éticos da Resolução Nº196/96 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, que trata sobre a pesquisa envolvendo seres humanos, em todas as etapas. As pessoas foram identificadas por nomes fictícios para preservar sua identificação.

Aos sujeitos do estudo foi assegurado, através do TCLE (Apêndice B), o conhecimento do objetivo da pesquisa, o anonimato sobre as informações fornecidas por eles, o livre acesso aos dados e resultados alcançados, resposta a qualquer pergunta ou dúvida e também o direito de desistir em qualquer momento da investigação.

O estudo envolveu exclusivamente a realização de entrevistas, não estando incluído nenhum tipo de procedimento invasivo ou coleta de material biológico, ou experimento com seres humanos.

Os dados obtidos serão armazenados durante cinco anos no computador da pesquisadora. Serão usados como banco de dados para a elaboração de resumos e artigos. Após este período, os registros com versões em papéis serão incinerados e os arquivos virtuais serão excluídos do computador.

4.7 Análise dos Dados

Os dados das entrevistas semi estruturadas foram analisados e interpretados através da proposta operativa de Minayo (2012), por meio da análise temática, que aborda especificamente a participação do entrevistado no tema escolhido, respeitando os passos preconizados: a ordenação dos dados, a classificação dos dados e a análise final.

A ordenação dos dados constitui-se no mapeamento das entrevistas realizadas com os participantes. Após houve a classificação dos dados por meio de leitura flutuante para identificar ideias centrais e estruturas de relevância, as quais pudessem indicar a base de confronto do material empírico com os estudos existentes sobre o assunto proposto.

Desta classificação surgiram unidades temáticas: (1) “Vidas nos territórios da rua” e (2) “Encontros e desencontros do cuidado a saúde da população nos territórios da rua”.

Para conseguir iniciar e manter o contato com os participantes do estudo foram necessários muitos deslocamentos pelos diversos territórios pelos quais os participantes circulam. Foi necessário ir ao encontro dos mesmos nos locais de trabalho, residências, praça, locais de fornecimento de refeições e até mesmo em outra cidade (Brasília) onde a participante estava fazendo tratamento de saúde.

5 Resultados e discussão

O maior desafio deste trabalho é refletir sobre pessoas que estão nos territórios da rua, além do estigma que comumente são taxadas, nomeadas como desocupadas, usuárias de drogas, mendigos, algozes ou vítimas, e não contribuir para a essencialização desse fenômeno.

Uma visão complexa da situação de rua exige o dimensionamento das multicausalidades que originam o fenômeno “situação de rua” (processos sociais e históricos, políticas públicas, práticas dos sujeitos) além de reconhecer que a rua pode ser também o “espaço de produção de relações sociais e simbólicas” (SCHUCH; GEHLEN, 2012, p.13).

Esses autores afirmam que o surgimento dessa população, chamada de sem domicílio fixo, andarilhos, miseráveis, entre outras denominações não é recente nas cidades e que a forma em que são definidos é heterogênea, assim como sua maneira de viver, trajetórias e as visões de mundo da população em situação de rua (MAGNI, 2006; SHUCH; GEHLEN, 2012).

Através dos dados analisados pretendeu-se demonstrar a pluralidade de razões pelas quais os participantes ingressaram na rua, das maneiras como se mantiveram e das formas como saíram da rua.

Por entender que o fenômeno “população de rua” tem características gerais, porém com peculiaridades atreladas ao território em que se revela (SILVA, 2009), se faz necessária uma análise relativa ao território. Não se tem o objetivo de adotar um único conceito de território, mas será tratado, na visão de vários autores, como espaço de relações de poder de Raffestin (1993), como espaço vivido e percebido de Guattari (2013), como espaço de fluxos e fixos de Santos (1999) e da visão integradora entre espaço econômico, político e cultural articulado em rede de Haesbert (2012).

Monken e Barcellos por sua vez, destacam que todos os múltiplos conceitos convergem para uma ideia de território enquanto uma área delimitada, envolta de

características próprias, “onde a vida acontece submetida a certas inter-relações, regras ou normas” (MONKEN; BARCELLOS, 2007, p.185).

As ações no campo da saúde utilizam a delimitação do território para analisar e atuar junto às pessoas em situação de rua de maneira mais efetiva, embora se saiba que os limites territoriais são artificiais. Os limites geográficos não são suficientes para dar conta da sociodinâmica que as pessoas e os grupos estabelecem entre si.

A expressão população em situação de rua é utilizada neste trabalho, em detrimento de outras expressões, por significar a possibilidade de mobilidade como também em relação à transitoriedade que as pessoas vivenciam, em alguns momentos, na rua em outros períodos abrigados temporariamente, além de resultante da desigualdade social produzida pela sociedade capitalista e não apenas de fatores subjetivos dos indivíduos nessa condição.

5.1 Apresentação dos participantes

Os participantes deste estudo são dois casais, que se conheceram, viveram muito tempo na rua (de 9 a 21anos) e no momento da pesquisa estavam com residência. Os participantes têm histórias de vidas singulares, mas com pontos em comum. O primeiro casal é a Tainá e o Pedrinho e o segundo casal é a Cristina e o Aurélio.

É importante destacar que os participantes do estudo eram acessados pelo Serviço Municipal de Redução de Danos de Pelotas e que, por ser gestora deste serviço, a autora já mantinha vínculo com os mesmos. O ambiente de trabalho era fonte direta de dados e informações que a autora vivenciou a partir de sua inserção profissional. Nessa seara, envolveu-se e se deixou envolver, inserida, deliberadamente, na realidade dos fatos, princípios, cultura e sucessões de acontecimentos que permeiam o cotidiano das pessoas em situação de rua e do trabalho do Serviço Municipal de Redução de Danos.

A seleção dos quatro participantes foi feita por serem acessados pelo Serviço Municipal de Redução de Danos de Pelotas e terem vivido em situação de rua há mais de um ano, além de participarem da pesquisa: “Perfil dos usuários de crack e Padrões de uso na cidade de Pelotas-RS”, financiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) através do edital MCT/CNPq 41/2010.

Importante esclarecer que os dois casais participantes saíram da rua, mas a saída da rua não foi critério de inclusão. A escolha foi pelos critérios descritos acima e pelo forte vínculo com os trabalhadores da saúde que trabalhavam em seus territórios, os agentes redutores de danos.

Ao fazer contato com os participantes, foi explicado a eles o objetivo do trabalho, o porquê de terem sido escolhidos e, esclarecido que no momento a autora estava como pesquisadora, e, após as entrevistas colocando-se a disposição como profissional de saúde.

A pesquisadora foi muito bem recebida pelos participantes, todos foram receptivos e demonstraram afeto pelo trabalho feito com eles através dos agentes redutores de danos do Serviço Municipal de Redução de Danos de Pelotas, além de ressaltarem que atualmente sentem falta desse trabalho nos seus territórios.

O clima dos contatos, das entrevistas foi muito bom, bastante agradável, amistoso e de fortes emoções. Impossível não se deixar afetar com a narrativa de seus sofrimentos e de suas alegrias.

Salientaram bastante a diferença de tratamento no trabalho feito diretamente nos seus territórios daquele realizado nos serviços de saúde.

A seguir será feita uma breve apresentação dos participantes, onde os nomes são fictícios, para preservação da identidade das pessoas. São eles: Tainá, Pedrinho, Cristina e Aurélio.

Tainá

[...] eu nasci nua, nasci sem dente, nasci na sarjeta e sobrevivi, porque não vou sobreviver no mundo? [...] e fui embora (TAINÁ).

Cearense de Fortaleza, 52 anos, tinha estatura baixa, pele morena, no momento da entrevista estava sem cabelos em consequência da quimioterapia, possuía ensino médio completo, falava com fluência, procurando mostrar conhecimento e liderança.

Dizia ter saído de casa por desentendimento familiar. Teve três casamentos. Com 14 anos casou-se pela primeira vez, durou três meses este relacionamento e após nove meses teve um filho (o filho foi morar com o pai no exterior e nunca mais teve contato). Segundo ela, “não foi casamento, foi estupro, é porque quando você casa e não gosta e é obrigado a ter relação sexual para mim é estupro” (TAINÁ).

Era funcionária da Assembléia Legislativa do Estado do Ceará, definia-se como nômade, pois por muito pouco tempo teve residência fixa, desde que saíra do Ceará quando deixou sua família adotiva – pais separados e dois irmãos.

Não conheceu seus pais biológicos e seus quatro irmãos de sangue e tinha mágoa deles, dizia “onde quatro comem, cinco podem comer” e falava de sua concepção como fruto de um estupro: “se fui feita por um estupro, foi um estupro muito bem feito, fui feita para nascer porque se me colocassem num esgoto eu sobreviveria” (TAINÁ).

Vivia há dois anos e meio com o companheiro, tinha residência fixa em Pelotas. Dizia que “estava batalhando” para que seu companheiro se aposentasse.

Destacava-se entre as pessoas de rua por sua liderança sobre eles, na tentativa de organizá-los para a busca dos direitos da população de rua.

Pedrinho

Eu passei dois anos com essa perna aqui cheia de ferro porque eu quebrei a tíbia e a fíbula [...] eu saía todos os dias do albergue, às sete da manhã e ficava até as sete da noite sentado naqueles bancos ali em frente à usina, porque eu não podia caminhar. Não tinha muleta, não tinha nada. Os guris que me levavam no colo, me traziam no colo. Tinha gente que me levava comida ali (PEDRINHO).

Gaúcho, 55 anos, estudou até a 6ª série, moreno, estatura mediana, com cabelos e bigode grisalhos, tímido, tranquilo. Possui um irmão, mas não tem contato com o mesmo.

Chegou à rua com 41 anos, após sua esposa o abandonar e ir embora para Porto Alegre junto com a filha, perdendo contato com as mesmas. O motivo da separação é de que ambos eram abusadores de drogas.

Teve problemas para tratar-se em consequência de uma fratura. Tem hepatite C. Fez um grande vínculo com os agentes redutores de danos que o acessavam, diz que o que eles fizeram “nenhum familiar fez” por ele, fala isto muito emocionado.

Dormia nos albergues em Porto Alegre, embaixo dos viadutos, no albergue de Pelotas, na Casa de Passagem, na rua, na praça, embaixo de rampas, em barraca embaixo da ponte.

Ficou cerca de oito anos na rua, há dois anos e meio com residência fixa compartilhada com companheira.

Cristina

Nós quase morremos duas vezes de frio porque nos molhamos e nos congelamos, não tinha como trocar a roupa, aí eu e o Aurélio nos agarramos para dormir e conseguimos sobreviver, mas quase congelamos (CRISTINA).

Gaúcha, 30 anos, estudou até a 3ª série, loira, estatura baixa, magra, hiperativa. Segundo ela, chegou à rua pelo uso abusivo do crack, quando morava de aluguel e não conseguiu mais pagar.

Ficou cerca de nove anos na rua e antes disso foi casada e teve uma filha (hoje com 13 anos). Na rua conheceu Aurélio e tiveram quatro filhos (segundo ela, dois faleceram em consequência do uso abusivo de crack dela, e não comenta sobre os outros dois que estavam em Abrigos Municipais).

Na ocasião em que a pesquisadora era coordenadora do Serviço Municipal de Redução de Danos, tomou conhecimento que esta pessoa era de difícil acesso para os agentes redutores de danos. Por ter tido seus filhos recolhidos pelo Conselho Tutelar, não aceitava contato porque relacionava os agentes redutores de danos ao Conselho Tutelar, segundo ela “eram todos da Prefeitura” e não mereciam a sua confiança. Após vários meses de contato e persistência “se rendeu”. No início das abordagens dizia que não iria parar de usar crack, já que havia perdido seus filhos para o crack, iria morrer usando crack.

Quando eu estava no crack eu lembro a primeira vez que eu vi os redutores ali, nós estávamos no João Gilberto (bar) catando, eu disse para ela “eu nunca vou parar, eu nunca vou sair do crack, nunca, eu perdi meus filhos, eu vou morrer no crack” e eles me ajudaram e eu saí (CRISTINA).

Dormia na rua, geralmente, embaixo da rampa de um hospital e no prédio de uma faculdade. Para comer, quando as “madrinhas” não tinham, comia do lixo. Tomar banho, somente no sábado na Igreja Evangélica². Hoje, não, diz que toma banho todo dia e cheira a “dove”.

Saiu da rua após conseguir com a equipe do Serviço Municipal de Redução de Danos de Pelotas duas vagas na Santa Casa de São Lourenço (esta era a sua condição - que os dois fossem juntos) para desintoxicar do crack e após a desintoxicação não fumaram mais crack e foram morar numa casa, pois com o apoio de uma Igreja Evangélica conseguiu um chalé que foi montado em terreno emprestado por amigo.

Faz vigilância informal de carros junto com seu companheiro na Rua da Proclamação da República, onde recebe doações de alimentos, roupas e dinheiro dos frequentadores, já que são bastante conhecidos pelos mesmos. Vai para o ponto de trabalho depois de ver a novela das dezoito horas. Segundo seu companheiro, cozinha muito bem e ela confirma “cozinho com sazón” (referindo-se a propaganda de marca de tempero que mostra que quem cozinha com amor, cozinha com esse tempero).

Está muito feliz por ter saído da rua e trazido sua filha de treze anos para morar com ela. percebe-se que tem cuidado com a mesma.

A minha filha está comigo, a mais velha, ela fez 13 anos, nós fizemos uma festinha para ela, eu levo e busco no colégio, ah...”Deus o livre”...(talvez aqui se refira ao risco de perde-la novamente) (CRISTINA).

Está há cerca de um ano morando em residência fixa com o companheiro.

Aurélio

[...] foi por nós mesmo que a gente perdeu, não digo o amor, assim, a confiança dos parentes, de procurar alguém, de procurar, sabe? Então a gente fica feliz quando vem uma pessoa, para te ver, para te ouvir [...] é uma alegria pensar que se lembrou da gente, só em lembrar já é uma

² Uma das igrejas evangélicas que é referência de local que acolhe bem a população em situação de rua, onde são proporcionadas alimentação e higiene pessoal aos sábados, além de terem apoio quando querem sair da rua.

grande coisa [...] é importante o pessoal da saúde trabalhar na rua e vir, visitar o pessoal (AURELIO).

Gaúcho, 49 anos, moreno, alto, estudou até a 6ª série, tem problema para caminhar em consequência de um acidente de moto, que aconteceu ainda na época em que morava com seus pais. Recebe auxílio-doença.³

Foi morar na rua, aos 28 anos, após separar-se da primeira esposa com quem teve quatro filhos (21, 18, 17 e 13 anos). Ficou por 21 anos vivendo na rua e há cerca de um ano mora com sua companheira em residência fixa.

Algum tempo dormiu no Albergue, na Casa de Passagem, mas geralmente dormia embaixo da rampa de um hospital e não tem recordações boas desse tempo.

Pessoa sensível, afirma ter bastante vínculo com os profissionais que trabalharam com ele nos territórios onde andava.

Conta que estão pensando em adotar uma criança. Conservou contato com seu pai e irmãos durante todo o tempo em que esteve na rua, agora está tentando reaproximação com seus filhos.

³ Auxílio-doença “é o auxílio que todo segurado ou segurada da Previdência Social tem direito a receber mensalmente quando forem considerados pela perícia médica do INSS incapacitados temporariamente para exercer suas atividades por motivo de doença ou acidente.”(BRASIL, 2014)

5.2 Tema 1: Vidas nos territórios da rua

Onde é que você mora, ahh...eu moro onde não mora ninguém, onde não vive ninguém (TAINÁ).

Essa fala pode expressar como Tainá se sentia, invisível em relação à sociedade sedentária após trinta anos de itinerância.

Há cerca de trinta anos, segundo ela, nômade: “nesses trinta anos fiquei a mercê, sem endereço, fiquei nômade”. Desde que saiu de casa, viajava por todo o Brasil, pois tinha passe livre,⁴ conseguido pelo problema na perna, consequência de

[...] cirurgia mal feita em município do interior da Bahia, onde eu morei, e daí então, eu fui a Brasília, fiz ressonância magnética e o médico comprovou que eu realmente não podia fazer exercícios o qual fazia antes, porque eu fraturei a tíbia do lado direito (TAINÁ).

Apesar de nunca ter dormido na rua, costumava dormir em albergues e quando não conseguia dormir em albergues dormia em salas de espera de hospitais, delegacias.

Relatou que nunca passou fome e fazia faxina ou algumas vendas para viver: “Nunca passei fome [...] sempre arranjava uma faxina para fazer, vendia balas para comprar alimentos, nunca roubei, nem me prostitui” (TAINÁ).

Teve um tempo que abusou de bebida alcoólica. Dizia que era para se proteger, pois comprava para beber com os companheiros da rua. A estratégia de proteção utilizada era oferecer aos demais companheiros em situação de rua àquilo que eles queriam, por exemplo, se algum deles queria cachaça, ela dava um jeito de levar cachaça para ele, e até beber com eles, o que lhes dava uma cumplicidade e consequentemente segurança, além de torná-la, em alguns casos, uma líder do grupo.

Aí, eu ia beber, já tinha terminado meu serviço mesmo, pagava para todo mundo, exatamente para quê, para evitar um estupro [...] eu estava me protegendo, então foi assim que sobrevivi na rua, porque você tem que ter a malícia [...] então, eu me precavia, fazia como se fossem amigas ou conhecidas para poder me resguardar [...] igual, quando você vai visitar o

⁴ Benefício concedido pelo Governo Federal para portadores de deficiência física, mental, auditiva ou visual, comprovadamente carentes, que permite viajar gratuitamente por todo o país (BRASIL, 2014).

índio na aldeia e você dá a cachaça e o índio deixa você entrar, porque você dá um presente e todos eles te dão afago, então, no meio das pessoas, o que eu fazia, sabe de uma coisa eu vou comprar cachaça e vou beber com eles (TAINÁ).

Essa fala de Tainá faz lembrar a teoria da dádiva de Marcel Mauss, em que explica que as trocas são concebidas e praticadas de formas variadas e trata de uma tripla obrigação - dar, receber e retribuir. A dádiva produz aliança e neste sistema de trocas, o doador tem uma “ascendência sobre o beneficiário”, segundo Mauss (1974, p.54). Parece que Tainá ao pagar bebidas para todos, se protege, segundo ela, e mantém a liderança do grupo.

Ela tinha o cuidado de nunca dormir na rua e para isso, sempre, antes do anoitecer, procurava um local para ficar, pois sabia que se ficasse na rua, correria o risco de se submeter a situações extremamente difíceis, já que, segundo ela, seria tratada, confundida como uma daquelas pessoas que dormem na rua. Afirmava que nunca se prostituiu e nunca roubou. Não se misturava com as pessoas em situação de rua porque, segundo ela, sua mãe sempre lhe dizia: “quem se mistura com os porcos, farelo come” (TAINÁ).

Disse: “quando eu conheci o mundo como ele é, sem redoma sem nada, aí eu tinha que me precaver porque estava eu para eu, aí eu não tinha ninguém por mim, era só eu por eu” (TAINÁ). Esta era uma forma de se proteger, escolher com quem se misturar.

Magni (2006) aponta como uma das características da população em situação de rua o nomadismo, que diverge da norma sedentária a qual se proporciona para a formação e o desenvolvimento das cidades.

As pessoas em situação de rua privilegiam como lugares para circularem aqueles onde possuem fatura de água, doações de alimentos, acesso a trabalho. Compartilham com os companheiros em situação de rua estas informações quanto ao uso dos espaços que atendem as suas necessidades básicas (LEMÕES, 2011; SILVA, 2009; VIEIRA; BEZERRA; ROSA, 2004).

Nesse tema, será abordada a vida dos participantes nos seus territórios, desde a forma como chegaram, conviveram, ou talvez melhor seja dizer, sobreviveram e estabeleceram relações até sua saída da rua.

Não há a pretensão em falar por eles, e sim de dar voz a eles, e por isso são reproduzidas as suas falas, embora não completas.

Entende-se o processo de ida para a rua como complexo e consequência de múltiplos fatores que se inter-relacionam. Gaboriau (2011) coloca alguns fatores como: a política local, a organização social, as formas de dominação, as possibilidades de assistência. Coloca também que as “culturas das ruas são plurais e não estão somente ligadas à pobreza, à ausência de habitação ou ao espaço geográfico da rua” (GABORIAU, 2011, p.43).

Importante ressaltar que se entende que o processo de ida para a rua seja multifatorial e que não se limita a natureza subjetiva e nem à individualidade dos processos de fragilização das pessoas em situação de rua.

Os participantes tinham 20, 22, 28 e 41 anos quando chegaram à rua. As causas que os levou a irem para a rua foram segundo eles: conflitos familiares, uso de drogas e dificuldade para pagar aluguel.

Eu cheguei à rua, com 20 anos por causa do crack [...] eu morava de aluguel lá no Fragata, aí não consegui mais pagar aluguel (CRISTINA).

Cheguei com 28 anos, por causa das drogas [...] morava com a minha primeira família, foi porque não deu certo mesmo com a primeira esposa, e eu me separei (AURÉLIO).

Eu cheguei à rua, a partir de 1999 (tinha 41 anos), que eu perdi minha família toda, minha mulher foi embora para Porto Alegre com a minha filha, não me avisou nada, nessa época eu já usava, ela usava também. [...] Aí passou uns 6 ou 8 meses, nós estávamos separados, eu troquei minha casa por cocaína, falecida minha mãe me deixou e um irmão só que eu tinha, foi a partir disso aí eu passei a morar na rua porque eu não tinha onde ficar, né? (PEDRINHO).

Essas são as suas motivações manifestas, mas na verdade é importante considerar questões mais abrangentes, de ordem econômica, social e afetiva vivenciadas pelos mesmos.

Apesar de três dos quatro participantes usarem drogas e uma ser ex usuária de álcool, além de terem sido acessados pelo Serviço Municipal de Redução de Danos de Pelotas, isso não significa que a população em situação de rua de Pelotas tenha como motivação na ida para a rua, o uso de drogas, uma vez que, segundo a Pesquisa Nacional de População de Rua em Pelotas, a maior motivação encontrada para viver na rua não foi o uso de droga, foi por problemas familiares (10,1%),

seguido de separação ou decepção amorosa, perda de moradia (6,5%) e depois por uso de álcool e outras drogas (5,8%) (BRASIL, 2008).

Cristina, Aurélio e Pedrinho chegaram à rua pelo abuso de substâncias psicoativas, como relataram acima. No entanto, conforme observa Lemões (2012), embora a droga apareça como motivo manifesto, a droga se revela como a ponta do *iceberg* de problemas sociais graves que desestruturam os relacionamentos familiares e sociais como também pode ser um escape para esse contexto.

Já Tainá relata que o conflito familiar foi determinante para a sua ida para a rua: “Eu cheguei à rua por desentendimento familiar [...] saí com 22 anos e vim viajando” (TAINÁ).

A população em situação de rua tem dificuldades de encontrar locais para dormir. Na cidade dos participantes, existe uma Casa de Acolhida Municipal com dez leitos e um Albergue particular que não aceita pessoas que usam drogas. Na rua, eles sentem medo de serem agredidos quando estão dormindo e por este motivo não dormem tranquilos à noite (KASPER, 2006).

O Albergue é particular, ela que decide, se ela olhar para sua cara e achar que não gostou, ela não deixa a senhora ficar, né, porque é uma casa particular.(AURÉLIO).

Segundo Silva (2009), embora o fenômeno “população de rua” seja mundial ele possui particularidades. Algumas são vinculadas ao território das pessoas, por exemplo, em relação às condições climáticas (GABORIAU, 2011). Na nossa região sul, em que o inverno é rigoroso e chuvoso, as pessoas em situação de rua utilizam estratégias para se proteger das intempéries.

Na cidade dos participantes, como já falado sobre a dificuldade de encontrar abrigos, durante o inverno eles solicitam internação em Comunidades Terapêuticas ou no Hospital Psiquiátrico para fugirem do frio.

Abaixo algumas falas dos participantes são o suficiente para demonstrar o quão difícil é encontrar locais para a pessoa em situação de rua dormir na cidade dos mesmos.

Geralmente, era embaixo dos viadutos. [...] aí eu geralmente dormia, eu e uns quantos embaixo da rampa ali do Miguel Piltcher (hospital). [...] dormia também na Igreja da Luz. [...] Nós dormíamos na praça também [...] eu morava com um amigo meu ali entre as duas pontes de Rio Grande, tinha uma barraca ali (PEDRINHO).

A gente dorme na calçada em cima de papelão, no Clínicas (Hospital São Francisco de Paula), e aqui na faculdade (Faculdade de Direito). Nós quase morremos duas vezes de frio porque nos molhamos e quase nos congelamos. Não tínhamos como trocar a roupa, aí eu e o Aurélio nos agarramos para dormir e conseguimos sobreviver (CRISTINA).

Geralmente nós dormíamos no Clínicas (Hospital São Francisco de Paula), em baixo da rampa[...] passava muito frio. Uma vez eu e a Cristina quase morremos congelados, estava muito, muito frio, e não tinha como nos aquecer, aí nós nos abraçamos um no outro, e daí foi que deu uma aquecida, mas foi horrível, horrível mesmo. Na Casa de Passagem, às vezes, a gente dormia, depois a coordenadora pegou uma birra conosco e aí não nos deixava dormir lá, mas a gente dormiu muito, muito eles nos ajudaram (AURÉLIO).

Para abrigar a população em situação de rua os municípios têm abrigos e albergues públicos ou privados (SILVA, 2009). Os albergues são locais que proporcionam abrigo, cama, comida, banheiros para higiene, o que acaba sendo uma opção transitória para alguns, como relata Tainá: “Ficava em albergue porque albergue é muito bom para não pagar aluguel, porque você tem que guardar o dinheiro” (TAINÁ).

Em geral as pessoas em situação de rua rejeitam estes locais, mesmo em dias frios. Por exemplo, em Maringá, cidade onde costuma registrar temperaturas negativas no inverno, as pessoas em situação de rua rejeitam os albergues. Na cidade de São Paulo, segundo a Secretaria Municipal de Assistência e Desenvolvimento Social, apenas um em cada quatro moradores de rua aceita ir para albergues (SÃO PAULO, 2009).

Segundo Kasper (2006, p.211), não é o fato de os espaços serem destinados a certas funções que determina um local como sendo habitado, nem o atendimento às necessidades biológicas que faz com que as pessoas se sintam ‘em casa’ num determinado lugar e cita exemplos de recusa dos albergues das pessoas entrevistadas por ele. Entre os argumentos de recusa dos albergues estão as normas rígidas, “tem fila para tudo”, além de um senhor que lhe disse “que em albergue não é possível sentir-se ‘em casa’ porque todas as manhãs são postos para fora”, mas também porque analisa que “os albergues não oferecem as condições de uma mínima apropriação do espaço”. Nos albergues, segundo as pessoas em situação de rua, não há um sentimento de pertencimento ao lugar em consequência da rotina dos mesmos.

Por outro lado, há relato de dificuldades pela falta de endereço e muitas vezes as pessoas se sentem incomodados com a questão: “onde mora?”

[...] tudo parece que compõe contra você, exatamente por causa do 'bendito' endereço, onde é que você mora, ahh...eu moro onde não mora ninguém onde não vive ninguém...kkk [...] a pessoa é induzida a inventar um endereço porque se você não fizer isso, você não é atendida em lugar nenhum[...] você não consegue passe livre, você não consegue uma receita, você não consegue nada, simplesmente nada (TAINÁ).

Após a criação dos Centros de Referência Especializada para População em Situação de Rua, o endereço dos mesmos pode ser utilizado como referência, inclusive, para fins de inserção no cadastro único.⁵

Tão importante quanto difícil é a questão da alimentação e apesar de que o imaginário nos leve a achar que eles possam passar fome, isso na prática nem sempre acontece com as pessoas em situação de rua. As opções existem, pois raramente algum manifestou isso como preocupação maior. Percebe-se que em relação à comida os participantes do estudo têm algumas opções, como o “rango da sete” na segunda-feira, a janta oferecida pelo pessoal da Igreja Católica na quinta-feira, no sábado tem almoço na Igreja Evangélica, além do Restaurante Popular a R\$ 1,00 e doações de restaurantes e locais de lanches.

Nunca faltou alimento porque ou eu vendia alguma coisa para ter a comida ou então trabalhava (TAINÁ).

Para comer até do lixo nós comíamos, quando os padrinhos não tinham, aí a gente ia nos lixos, pegava nos containeres, comia os restos (CRISTINA).

Ah, para comer, a gente ia à igreja nos sábados, nas segundas-feiras tinha janta da noite, quarta-feira também tinha ali perto da Catedral, pedíamos nos restaurantes. Muitas vezes, também, a gente pegava “macaquinho” das lixeiras. Macaquinho é quando as pessoas deixam os pacotinhos pendurados por fora, aí a gente sabe que é coisa que presta de comer, né? (PEDRINHO).

Para comer, eram as madrinhas que a gente pedia nas portas, às vezes até do lixo [...] Ali da volta que a gente conhecia, da volta do Clínicas, a gente chamava de doutora, tinha o Guigui também, que nos ajudava muito com salgado e a gente conseguia dinheiro, cuidando carro, pedindo, mentindo, a vida do crack é uma mentira, a gente botava tudo fora, não aproveitamos aquilo, imagina a gente gastar em droga, cem reais, fumar cem reais de

⁵ O Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal (Cadastro Único) é um instrumento que identifica e caracteriza as famílias de baixa renda, entendidas como aquelas que têm: renda mensal de até meio salário mínimo por pessoa; ou renda mensal total de até três salários mínimos. O Cadastro Único permite conhecer a realidade socioeconômica dessas famílias, trazendo informações de todo o núcleo familiar, das características do domicílio, das formas de acesso a serviços públicos essenciais e, também, dados de cada um dos componentes da família. O Cadastro Único é coordenado pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (BRASIL, 2014).

crack e não ter um pão para comer, ter que comer do lixo, é horrível, é uma escravidão (AURÉLIO).

Apesar da dificuldade de locais disponíveis para realizar a higiene, muitos procuram cuidar da aparência, tomando banho e vestindo roupas limpas. Utilizam o Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua,⁶ ou a sede de uma Igreja Evangélica para este fim, e às vezes algumas pessoas utilizam uma torneira em determinada praça para se lavar e lavar suas roupas. Percebe-se a falta de locais para o uso desta demanda.

Tomava banho somente sábado na Igreja Evangélica, ficava toda a semana sem tomar banho, sempre catando no lixo, aí a gente vivia sujo, fedia 'pra caramba', agora não, graças a Deus, agora não, agora eu só uso "dove" (CRISTINA).

Quanto ao trabalho, três relatam que sempre tiveram alguma ocupação para seu sustento com trabalhos informais, sendo que dois têm auxílio-doença por problema em membro inferior e uma está aposentada por invalidez.

Levantamentos realizados com a população de rua mostram que a maioria possui trabalho informal, embora o senso comum refira que as pessoas em situação de rua não possuem trabalho porque são "preguiçosas", como se houvesse trabalho para todos, os responsabilizando pela condição em que se encontram sem levar em conta a situação macroeconômica, política e social (SNOW; ANDERSON, 1998).

Uma das participantes comenta sobre o trabalho formal e sobre o seu desinteresse no mesmo. Trabalhava, mas recusava a relação patrão/empregado e também trabalhava para obter dinheiro para as necessidades imediatas e não para acumular bens que é característica da sociedade em que vivemos (BÜLL; BERNARDO, 2011). Ou com resistência a produzir riquezas para os proprietários como fala Castel (2013).

Trabalho fixo eu sempre achei que não era minha praia porque eu gosto de ser dona de mim, então na hora que eu vendesse as balas e visse que tudo bem, então eu passava dois, três dias sem trabalhar, eu era patroa de mim mesma, a pessoa que trabalha todos os dias, como se diz, é muito desgastante, então eu achava melhor trabalhar no mercado informal (TAINÁ).

⁶ O Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua é um Serviço Socioassistencial, de natureza pública e estatal, voltado, especificamente, para o atendimento especializado à população em situação de rua (BRASIL, 2014).

As pessoas olham muito diferente para a gente, elas chegam a atravessar para o outro lado da calçada para não passar pela gente. É horrível, eles generalizam muito, porque um rouba eles acham que todos roubam, e a gente não, a gente catava PET, cuida de carro (CRISTINA).

Infelizmente, ainda parece ser prática comum o preconceito e a discriminação às pessoas em situação de rua. Muitas vezes elas são tratadas como ameaça à comunidade. Segundo Silva (2009, p.119) “em todas as épocas e lugares sempre houve discriminações relacionadas às pessoas em situação de rua.”

Também é fato reconhecido pelos próprios participantes, que existem pessoas que não tem esse preconceito, que os respeitam e constroem bons vínculos com eles.

O preconceito é horrível, não generalizando, porque sempre tem umas pessoas boas, mas a maioria é preconceituosa, até mesmo porque não conhece bem a gente, né, não tiro a razão deles (AURÉLIO).

Segundo Nery Filho; Valério; Monteiro (2012) existem três atitudes por parte da sociedade em relação a essa população: de indiferença, de hostilidade ou assistencialista. Ressaltam que quaisquer desses três modos os reconhecem através dos estigmas sociais e reforçam a condição de desfiliaados – como os chama Castel (2013) – desfiliaado como aquela pessoa que não se inclui ou que não admitiu ser incluída na sociedade.

Estigma, segundo Goffman (1988), é uma menção a um predicado intensamente depreciativo, explicado por uma gama de relações e não somente de atributos informados socialmente ou que o indivíduo transmite diretamente sobre si.

O estigma de rua recobre tal população de representações pejorativas que, por sua vez, para muitos, afastam a possibilidade de reflexão sobre os determinantes afetivos, sociais e econômicos envolvidos no contexto de vida da população em situação de rua (NERY FILHO; VALÉRIO; MONTEIRO, 2012).

A fala de Cristina retrata com nitidez um dos estigmas da população de rua na afirmação de Rosa (2005), no sentido de que “é bastante presente em suas vidas também o fato de serem vistos e tratados como bandidos” (ROSA, 2005, p.124).

Os participantes afirmam que nunca roubaram ou assaltaram “graças a Deus isso a gente não fez, assaltar e roubar” (AURÉLIO).

Considerando a boa relação que os participantes têm com os moradores das redondezas onde trabalham e moram, pode-se observar que essa é realmente uma visão equivocada.

Em consequência da discriminação da sociedade, onde esta clama aos gestores para a retirada das pessoas em situação de rua das praças, dos lugares públicos, e também do interesse de todos em camuflar o fenômeno “população de rua”, muitas vezes os órgãos do poder público acabam por agilizar práticas higienistas, como perseguições a população em situação de rua, internações compulsórias para dependentes de crack que não querem tratamento e “arquitetura antimendigo” (piso chapiscado debaixo dos viadutos, bancos de praças com divisórias, entre outros).

Com a ação de retirada das pessoas em situação de rua os agentes públicos acabam desterritorializando as pessoas e influenciando-as a constantemente retornar ao nomadismo (MAGNI, 1994).

A grande movimentação das pessoas em situação de rua apresenta-se “como uma resistência estratégica à quantificação, localização, classificação e identificação” (MAGNI, 2006, p.96).

O nômade é “vetor de desterritorialização”, segundo Deleuze e Guattari (1997).

Se o nômade pode ser chamado de o Desterritorializado por excelência, é justamente porque a reterritorialização não se faz *depois*, como no migrante, nem em *outra* coisa, como no sedentário. Para o nômade, ao contrário, é a desterritorialização que constitui sua relação com a terra, por isso ele se reterritorializa na própria desterritorialização. [...] O nômade habita esses lugares, permanece nesses lugares, e ele próprio os faz crescer, no sentido em que se constata que o nômade cria o deserto tanto quanto é criado por ele. Ele é o vetor de desterritorialização Deleuze e Guattari (1997, p.53).

Atualmente vem acontecendo de forma reiterada no Rio de Janeiro e São Paulo o recolhimento compulsório das pessoas em situação de rua e também massacres em Minas Gerais (SILVA, 2009).

Os participantes descrevem algumas violências:

Algumas vezes, quando nós estávamos dormindo deitado, eles vinham e batiam, mas não assim de bater, espancar. Eles davam uns pontapés, umas pauladas e mandavam embora dali, mandavam ir pra outro lugar dormir. Vários dos meus amigos foram espancados, que eu cansei de ver, tanto

pela Brigada, quanto pela Civil, quanto pela Municipal também. Isso aí eu cansei de ver. Agora eu não (PEDRINHO).

A polícia nos abordava duas, três vezes por dia, às vezes, não batiam, mas sempre com palavras “rústicas” (rudes), chamando de vagabundo, chamando de várias coisas. Queriam que a gente saísse dali, se acontecesse alguma coisa por perto, geralmente, a culpa caía entre nós e às vezes nem éramos nós, como nunca foi, graças a deus, isso a gente não fez, assaltar e roubar, mas “a corda sempre arrebenta do lado mais fraco” (AURÉLIO).

Ressalte-se que a última frase de Aurélio, demonstra um fato inevitável e injusto, qual seja o de que, sempre que algo de irregular ocorre em redondezas onde existem pessoas em situação de rua, a primeira desconfiança recai sobre essas pessoas, o que por muitas vezes resulta em ações truculentas dos órgãos de segurança pública, até como forma de dar uma satisfação rápida a sociedade.

Lemões (2010) aponta que essas ações (ofensas, humilhações, repressão) aumentam a estigmatização da população em situação de rua, o que vem sendo intensificado pela tecnologia de vigilância.

É interessante relatar que, apesar de todos os participantes falarem dos riscos, do medo da violência nas ruas, nenhum deles vivenciou violência física além daquelas praticadas por policiais.

Na verdade, diariamente é noticiada na imprensa a violência sofrida por pessoas em situação de rua. Importante assinalar que os maus-tratos sofridos, pela população em situação de rua, são na maioria das vezes dos representantes da Segurança Pública. Polícia essa que Gaboriau (2011, p.47) chama de “polícia dos pobres” (LEMÕES, 2010; SCHUCH, 2008; VIEIRA; BEZERRA; ROSA, 2004).

Em relação aos companheiros de rua, relatam que às vezes “rolava” discussão, mas violência física, não. “Às vezes um ou outro de nós brigávamos, discutíamos. Era só” (PEDRINHO).

As lembranças da família para alguns não são positivas, como as de Tainá, que era adotada. Quando perguntada sobre sua família biológica, demonstra mágoa por ter sido “abandonada”, responde: “Eu não quero nem acordo, quero que sejam muito felizes”. Foi o “desentendimento familiar” com a família adotiva que motivou sua ida para a rua: “abandonei tudo, fui embora, só mesmo com a roupa do corpo [...] sem dar notícias à mãe, a irmãos” (TAINÁ).

Com outros participantes não houve a ruptura total com a família, eles mantiveram o contato com algum familiar, desmitificando a ideia de rompimento absoluto de vínculos familiares.

Para Lemões (2012, p.85), este mito deve ser relativizado, “haja vista as potencialidades fluídicas e relacionais que estas dimensões exibem”. Este é o caso do Aurélio, que manteve contato com o pai e o irmão, mesmo após a saída de casa para a rua.

Percebe-se que as pessoas em situação de rua se desterritorializam ao sair da rua e ao se reterritorializarem constroem sua rede de apoio social na rua (amigos, padrinhos, madrinhas, locais para comer, fazer higiene, dormir, etc.). Apoio social faz referência ao conjunto de sistemas e de pessoas significativas que compõem a rede de relacionamentos de uma pessoa (FINKLER, 2011).

Segundo Lemões (2011, p. 146) a carência material não os impede de criar vínculos, pelo contrário, os estimula a criar outras conexões importantes para a sua subsistência. Constroem vínculos através de afinidade, afetividade e da reciprocidade nomeando as relações de “parentesco afetivo” entre eles, como irmãos, pais, tios e padrinhos de rua.

É o que demonstra Tainá ao narrar que em caso de doença, sempre tem algum companheiro que ajuda.

Na época que eu vim aqui pela primeira vez (antes de 2000) não existia RD, na época da saúde eu pouco precisei deles, porque tinha saúde para dar e vender, mas o Pichulin precisou, estava com pneumonia e foi o maior “redebú”, foi uma luta, aí senti muita dificuldade na saúde por causa dele [...] porque ele era usuário de drogas, eu senti muito por ele, ele falou uma frase “eu tenho você como uma irmã” e aquilo me cativou, sabe, não é porque é um drogado, que não precisa de carinho, todo mundo precisa de carinho, todo mundo precisa de humanidade, e muitas vezes eu fui para o hospital com ele. (TAINÁ)

Eles expressam que sempre tem algum amigo: “tem sempre um ou dois que são amigo mesmo” (AURÉLIO).

Quando um dos casais foi fazer desintoxicação em Hospital e teve que ausentar-se do ponto de trabalho conseguiu uma pessoa para ficar em seu lugar durante os vinte dias em que estiveram internados e a agente redutora de danos pegava o dinheiro e levava para eles no Hospital “ela vinha aqui, pegava dinheiro do

meu serviço com um cara que eu deixei cuidando carro aqui, e levava as coisas para nós” (CRISTINA).

Há certa unanimidade entre autores, que as redes de apoio social podem tanto trazer benefícios para a saúde, quando elas são fortes e sustentadoras, mas também podem se tornar risco, quando existe a pobreza de relações significativas (MURAMOTO; MÂNGLIA, 2011).

É exatamente este o pensamento de Sluzki (1997), que trata de como a rede social afeta a saúde e a saúde afeta a rede social, afirmando que a rede social pode proteger o indivíduo ou gerar doenças, dependendo do vínculo existente.

A tendência simplista e comodista de tentar naturalizar o fenômeno população de rua, como se uma das causas, não fosse as desigualdades sociais e a forma capitalista como o mundo se move, leva a análises fragmentadas e desconectadas, que buscam responsabilizar o indivíduo pela sua situação, e ao mesmo tempo isentando a sociedade de classes da produção dessas desigualdades, para então legitimar os programas assistenciais focalizados em “combate a pobreza” ou repressivos (SILVA, 2009).

A maioria dos participantes se sente responsável pela situação em que se encontra, já que a sociedade lhes aponta como fracassados, isto como consequência da individualização do fenômeno social (KASPER, 2006).

O fato é que, por acharem que são os causadores da própria situação, alguns acham que, se entraram podem encontrar forças para sair da situação, como fala a participante Cristina:

Eles (Redução de Danos e a Igreja) nos ensinaram que não é assim, que a gente pode conseguir de volta. Se a gente perdeu foi porque a gente quis, e a gente tem que correr atrás (CRISTINA).

Em relação à saída da rua, Kasper (2006) em sua tese, cita uma pesquisa de Daniel Terrole, com pessoas sem domicílio em Paris, que conclui que há “uma taxa baixíssima de reinserção, que não explica a maior parte da “saída das ruas”. Diz que a explicação é a morte “e cita um estudo feito por médicos suecos, entre 1969 e 1971, estimando uma mortalidade entre os moradores de rua nove vezes maior que no resto da população”.

Um dos casais conseguiu apoio para sair da rua, com o pastor da Igreja Evangélica, que lhe deu um chalé, e de um amigo que lhe emprestou o terreno em troca do pagamento da água e da luz:

Para sair da rua, um amigo me apoiou no terreno, o pastor me arrumou um chalé e eu botei lá no terreno dele. Pago água e luz para mim e para ele, que no caso, mora no mesmo terreno, e assim estou levando a vida, mas estou tentando melhorar (AURÉLIO).

Aurélio demonstra disposição de estabelecer vínculos afetivos após 21 anos sem contato com seus filhos, espera que agora com residência consiga reconquistar seus filhos. Diz:

[...] com meus filhos eu não tive mais contato, mas devagarzinho estou tentando fazer contato com eles. Depende de mim, é só eles verem que estou bem, aí já é um passo, estou tentando melhorar (AURÉLIO).

Fala, ainda, do prazer de ter um local fixo com condições de fazer a higiene, “só em acordar e ter uma água para lavar o rosto já é uma grande coisa” (AURÉLIO).

5.3 Tema 2: Encontros e desencontros do cuidado à saúde da população nos territórios da rua

A saúde é um direito constitucional (Art. 6º da Constituição Brasileira de 1988) e temos um Sistema Único de Saúde para atender a ele. O SUS tem alguns princípios como: a universalidade, equidade e integralidade (BRASIL, 2000). Destacam-se dois deles, a universalidade e a equidade; a universalidade versa sobre o direito universal a saúde, portanto, a saúde é para todos os cidadãos brasileiros, sem distinção, incluindo, portanto as pessoas em situação de rua e, quanto à equidade, atendendo de acordo com suas necessidades, ou seja, intensificado nas populações mais vulneráveis para que haja justiça social. Na realidade isto não ocorre, ficando muitas pessoas excluídas do cuidado em saúde, justamente aquelas que mais precisam, entre elas, as pessoas em situação de rua.

Entende-se saúde como resultante das condições da alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, e acesso a serviços de saúde, condições essas não vivenciadas pela população de rua (VIII CONFERÊNCIA DE SAÚDE, 1986, p.05).

A saúde dessa população é comprometida por diversos fatores como a vulnerabilidade às variações climáticas, dificuldade de acesso à água potável e aos serviços de saúde, além de alimentação e sono precários. Diante disso, há necessidade de ações intersetoriais para trabalhar no processo saúde-doença da população em situação de rua.

Alguns autores apontam que a população em situação de rua é bastante vulnerável em relação a diversos aspectos relacionados à saúde. É sabido que essa população apresenta incidência de tuberculose cerca de 57 vezes superior à da população em geral (CARNEIRO JUNIOR; JESUS; CREVELIM, 2010).

A mortalidade é nove vezes maior na população em situação de rua do que no restante da população (KASPER, 2006). Sendo assim é necessário dar prioridade de cuidado à saúde da população em situação de rua.

A população em situação de rua, conforme foi colocado anteriormente tem dificuldades no acesso aos serviços de saúde. No entanto, o serviço que vai ao encontro dessa população, como o Serviço Municipal de Redução de Danos, parece atender suas demandas e ser bem aceito. Percebe-se que a forma de trabalho – a itinerância – contribui para isto, ou seja, o formato de operacionalizar o cuidado nos territórios das pessoas desenvolvendo ações de saúde aos contextos mais distantes e de difícil acesso às populações mais vulneráveis (LEMKE; SILVA, 2011).

Existem diversos serviços de saúde que acolhem bem as pessoas em situação de rua. Um dos serviços que trabalhava (a autora não tem conhecimento da atual situação) de forma bastante integrada à população em situação de rua era o Serviço Municipal de Redução de Danos.

O Serviço Municipal de Redução de Danos de Pelotas aborda pessoas que usam drogas e tem como objetivo diminuir os danos causados pelo abuso de drogas, onde os agentes redutores de danos são técnicos importantes para o desenvolvimento de ações voltadas à saúde e ao resgate de cidadania, pautadas pela ética, sem julgamentos morais e discriminações e a partir disto formarem vínculo com essas pessoas até construírem com elas um projeto terapêutico singular que atenda as suas necessidades e remeta ao protagonismo de suas vidas (AL ALAM, 2010).

Redução de Danos atua no processo de cuidado das pessoas que usam drogas excluídas dos serviços de saúde, por ter agentes sociais como os agentes redutores de danos, que sabem acolher e manejar com esta população, tendo uma abordagem mais territorial e equânime, trabalhando na perspectiva da promoção de saúde e produção de autonomia das pessoas, buscando a defesa e a ampliação da vida (LANCETTI, 2009).

Atuam entendendo que o uso prejudicial de drogas é multifatorial, e tem como uma de suas origens as dificuldades da vida social, entre elas, problemas familiares e desemprego e não somente por comportamentos individuais.

Para a realização do trabalho dos agentes redutores de danos foi feito contato com diversos serviços de saúde e de assistência com o objetivo de criar uma rede

de cuidado para as pessoas em situação de rua. Apesar da dificuldade, percebeu-se que alguns serviços se diferenciavam e estavam abertos a receber a população alvo.

Eram serviços que possuíam profissionais sensibilizados para receberem pessoas em situação de rua. Estes serviços que acolheram bem foram: a UBS Simões Lopes, UBS SANSCA (Castilho), CAPS Escola e CAPS ad, conforme informado pelos participantes:

[...] eu consultava naquele postinho (UBS Simões Lopes) que tinha ali perto
[...] era muito bem tratado (Pedrinho), [...] no postinho da Castilho (UBS SANSCA), e lá era bem atendida (CRISTINA).

Percebeu-se que o resultado das ações quando compartilhadas era potencializado, porque o centro da ação terapêutica era depositado no campo existencial, no qual as relações de afeto, de cooperação e de produção de saúde se acentuavam.

Quando o Serviço Municipal de Redução de Danos planejou desenvolver um trabalho especificamente com pessoas em situação de rua, foi colocado para a equipe e, dois agentes redutores de danos – o Betinho e a Patrícia⁷ – mostraram-se entusiasmados com a proposta.

A partir daí, de 2009 a 2012, esses dois agentes redutores de danos ficaram acompanhando essa população com a qual construíram um cuidado contextualizado com a vivência dessas pessoas e formaram um ótimo vínculo, demonstrado nas falas dos participantes enaltecendo o afeto que mantêm pelos dois agentes redutores de danos.

Fica evidente no resultado das ações dos agentes redutores de danos, que o simples fato do deslocamento espacial, ou seja, de dentro dos serviços para um trabalho nos territórios onde as pessoas estão inseridas em sua rede de relações e em sua condição de vida, não é suficiente para produzir mudanças significativas nas práticas e nos territórios subjetivos.

⁷ Os nomes foram escolhidos pela agente redutora de danos, em referência a uma pessoa em situação de rua com a qual formara vínculo, e esta pessoa nunca lhe chamava pelo seu nome, mesmo quando ela retificava e sim de “Patrícia”. E o outro agente redutor de danos o chamava de “Betinho”.

Para que isso ocorra é necessário que o “trabalhador itinerante” tenha um engajamento ético-político e que esteja aberto às intensidades produzidas e que circulem em um território (ROLNIK, 2006).

As pessoas em situação de rua relatam quanto à abordagem de um serviço municipal da qual eles fugiam. Este serviço tinha como objetivo retirá-los da rua, pois a ação deste serviço parece que seria um exemplo de prática de controle e normalização (FOUCAULT, 2010).

Os trabalhadores itinerantes devem estar atentos quanto à ética do cuidado no trabalho junto às pessoas em situação de rua, a serviço de que estão nos territórios das pessoas, para controle e normalização ou para construção de um cuidado operando na promoção da saúde visando à melhoria da qualidade de vida das pessoas (LEMKE; SILVA, 2011).

Deleuze (2013) fala da necessidade de uma atitude constante de “estar à espreita”. Estar alerta aos signos (signos religiosos, signos familiares, signos amorosos, signos de violência,...) que emergem dos territórios existenciais das pessoas e para estar receptivo a esses signos é preciso uma “atenção especial, ao mesmo tempo flutuante, concentrada e aberta ao presente, capaz de entrar em sintonia fina com as intensidades do território existencial” (LEMKE; SILVA, 2011, p.992).

Outro fator importante constatado no trabalho dos agentes redutores de danos foi a forma de fazer o acolhimento, pois com isso construíram relações de confiança e vínculo. O acolhimento tem como objetivo constituir relações de “vínculo/responsabilização das equipes com os usuários, aumentar a capacidade de escuta às demandas apresentadas, resgatar o conhecimento técnico da equipe de saúde, ampliando sua intervenção” (MALTA; MERHY, 2004, p.260).

É importante assinalar que a formação de vínculos se deu com o bom acolhimento e com o acompanhamento longitudinal, resultando em mudanças de comportamento. Pela vivência de cerca de vinte anos trabalhando em saúde pública, a autora não concorda que haja mudanças de comportamento sem o estabelecimento de bons vínculos.

No relato dos participantes fica evidenciado que não eram acessados por profissional de saúde na rua antes da implantação do Serviço Municipal de Redução de Danos. “O primeiro contato foi em 2009, na janta de quarta” (PEDRINHO). Há relatos do tempo em que foram abordados pela equipe do Serviço Municipal de Redução de Danos em que se sentiam acolhidos e respeitados.

Será importante ressaltar o diferencial desses agentes redutores de danos que abordavam as pessoas em situação de rua, pois, segundo os participantes, tinham elevado grau de identificação, sabiam se colocar no lugar do outro e escutar, possuíam respeito e ética pelas pessoas. Isso fica assinalado nas entrevistas, quando falam do afeto que tinham pelos dois agentes redutores de danos.

Ela falava em particular, tratava todo mundo igual, não discriminava ninguém, eu devo muita obrigação para ela, o que ela fez por mim ninguém da minha família fez. A coordenadora da casa de passagem não me queria lá na casa de passagem e ela foi lá, me botou seis meses lá direto. Disse que eu podia ficar o tempo que eu quisesse lá dentro (PEDRINHO).

Ressaltam o respeito à privacidade que a agente redutora Patrícia possuía apesar do espaço de trabalho ser aberto, mesmo assim seus problemas não iriam ser revelados a todos.

Tinha a elegância de chamar cada um e falar sozinho, não era diante de todo mundo, dizia: “espera aí, já lhe dou seu tempo”, mas tinha tempo para todo mundo, e todo mundo tinha assunto diferente, ela nunca, colocava, expunha o problema do Pedrinho diante de ninguém, nem diante de mim, eram eles dois, isso que eu acho bonito, com qualquer pessoa, a técnica de como trabalhar, isso ela tem. Sabia respeitar a individualidade de cada um, porque não é por estar na rua que o problema tem que ser exposto, de maneira nenhuma, e nisso ela era muito elegante (TAINÁ).

Foi assinalado que os redutores de danos não eram preconceituosos em relação à população com a qual trabalhavam “ela não tinha preconceito, ela chegava abraçava, beijava um, beijava outro, eu mesmo cansei de passar vários dias sem banho, ela chegava, sentava no meio” (PEDRINHO).

Em função de reconhecer os limites impostos pelas circunstâncias enfrentadas pela população em situação de rua, os agentes redutores de danos buscavam estratégias envolvendo os diversos setores, a fim de construir a rede de suporte social.

Para isso, faziam diversas intermediações, entre os serviços e a população em situação de rua, tais como “conseguir os exames” (TAINÁ), fazer exame de BK (tuberculose), “marcava consulta pra todo mundo” (TAINÁ), conseguir leitos na Casa de Passagem, Albergue, Hospitais, Pronto Socorro, consultas nas UBS, CAPS, “até um terreno lá na Getúlio ela me conseguiu” (PEDRINHO).

Relata Pedrinho que “de madrugada ela ia tirar ficha pra mim nos postinhos. Nem me conhecia. Conversava com as enfermeiras, assistente social no pronto socorro” (PEDRINHO).

Apesar das dificuldades enfrentadas pelo Serviço Municipal de Redução de Danos em alguns momentos, por exemplo, como a falta de veículos para o deslocamento da equipe, esses agentes redutores de danos, acompanhavam de maneira sistemática e longitudinal a população em situação de rua acessada, nos diversos territórios por onde ela circulava.

Longitudinalidade, segundo Starfield (2002) é o acompanhamento das pessoas que usam os serviços pela equipe de saúde. Neste acompanhamento está subentendida uma relação terapêutica marcada pela responsabilidade do profissional de saúde, proporcionando o vínculo terapêutico duradouro indispensável à mudança de comportamento.

O vínculo pressupõe uma boa relação técnico/população que envolve confiança, boa escuta e reconhecimento das necessidades das pessoas e dos aspectos biopsicossociais dos mesmos (CUNHA; GIOVANELLA, 2011).

São evidentes os benefícios da longitudinalidade, como: maior acesso à atenção, maior satisfação dos usuários, melhor conhecimento das necessidades das pessoas, melhor promoção e prevenção de saúde, diminuição dos encaminhamentos desnecessários à especialistas, redução de custos e de hospitalização, menor mortalidade por todas as causas, menor reinternação hospitalar, menor utilização dos serviços de urgência e emergência, entre outros (BARATIERI; MARCON, 2011; CUNHA; GIOVANELLA, 2011; MENDES, 2012).

Um exemplo de acompanhamento longitudinal desses agentes redutores de danos é quando um dos casais foi fazer desintoxicação em São Lourenço, sendo acompanhados no Hospital onde estavam internados, espontaneamente. A agente

reduzidora de danos Patrícia possuía uma moto com a qual se deslocava até a cidade onde estavam internados para acompanhar Cristina e Aurélio.

Eles nos levaram até São Lourenço e nós ficamos lá 21 dias [...] ela levava coisas para nós, bolacha, refri. Nunca faltou nada porque eles levavam para nós e nos visitavam em São Lourenço, todas as visitas eles iam nos ver [...] Aqui (local de trabalho), eles (reduzidores) vinham a toda hora, quase todos os dias, saber como nós estávamos, conversar conosco (CRISTINA).

Tainá nos fala da importância de uma boa abordagem, referindo-se aos agentes redutores de danos, para se chegar a um bom resultado e com boas abordagens forma-se um vínculo. Lancetti (2009, p.61) diz algo semelhante, que uma vez criado o vínculo, há “possibilidades de trocas, atuação e intervenção” e uma vez estabelecido o vínculo “as pessoas transferem, repetem...” (LANCETTI, 2009, p.84).

[...] com uma boa conversa se chega a um bom resultado, porque se na época em que saí de casa tivesse uma pessoa de sã consciência, não me deixaria sair de casa, falaria comigo: “Tainá, é assim, assim” de uma maneira amigável, sabe, de uma maneira amistosa [...] eu acho que uma boa conversa você consegue tudo (TAINÁ).

Segundo Lancetti (2009) é o território onde a população vive o local mais “rico” para atendimento, pois ao transitar pelo território das pessoas se propiciam ideias e revelações únicas do que se estivesse dentro dos serviços.

O trabalho no território proporciona um cuidado em saúde mais eficaz porque o técnico conhece melhor a população, se vincula mais, de forma a identificar suas necessidades e adequar um cuidado de acordo com as suas reais precisões através de planos terapêuticos singulares (CARNEIRO JUNIOR; JESUS; CREVELIM, 2010).

Segundo Lemke; Silva (2011) existem tecnologias de cuidado que utilizam o deslocamento espacial para o cuidado, indo ao encontro das pessoas nos seus territórios de vida, como o trabalho dos agentes comunitários de saúde, dos acompanhantes terapêuticos, dos agentes redutores de danos e das equipes dos consultórios na rua.

Para esse modo de operacionalizar o cuidado, têm na literatura diferentes designações. Lemke; Silva (2011) citam algumas como:

Pelliccioli et al. (1987) utilizaram a expressão “clínica itinerante” para se referirem ao trabalho clínico realizado pelos acompanhantes terapêuticos (ats). Rolnik (1997) usou o termo “clínica nômade” para expressar um modo de cuidado que se dá no “fora” dos códigos instituídos, que ultrapassa os

territórios conhecidos e sedentarizados, deixando-se afetar pelos fluxos e intensidades para além do mundo das representações. Palombini (2004) usou o termo "clínica em movimento" ao se referir às práticas dos ats, e Silva (2005) usou o termo "fazer andarilho". Lancetti (2009) usa o termo "clínica peripatética" para definir esse modo de cuidado que pressupõe um deslocamento pelo território do usuário. [...] Petuco e Medeiros (2008) usam o termo "clínica aberta" para designar o trabalho dos acompanhantes terapêuticos e dos redutores de danos. [...] Souza (2007), ao falar do trabalho dos redutores de danos, considerou este uma modalidade de "clínica a céu aberto" que tem o desafio de se constituir como uma práxis que afirme o território como um espaço de produção de subjetividade. [...] Lancetti (2006a) também usa o termo "clínica cartográfica" para se referir às práticas de saúde que possuem um *setting* móvel, em contraposição às práticas que utilizam um *setting* fixo, e que, segundo o autor, produzem uma "clínica arqueológica" (Lemke; Silva, 2011, p.986).

Lancetti (2009) propõe uma clínica peripatética como uma ferramenta para trabalhar fora dos padrões tradicionais, uma clínica que se faz junto com as pessoas em movimento, destinada para pessoas que não se encaixam nos protocolos tradicionais dos serviços, como as pessoas em situação de rua. É uma ideia afinada com a forma da redução de danos e do consultório na rua trabalharem, fora dos locais de tratamento habituais, com novo *setting* terapêutico. Essa mudança de território de trabalho ou de desterritorialização produz novos modos terapêuticos que funcionam muito bem para pessoas que estão em situação de exclusão devido à ausência de acesso à rede de serviços de saúde e/ou não se adaptarem a protocolos fechados dos serviços de saúde.

Lancetti (2009) coloca que é imperativo uma "clínica em movimento ou clínica nômade" já que o cuidado realizado no lugar onde as pessoas moram ("território geográfico" e "território existencial") proporciona intervenções singulares, apesar de ser uma "práxis complexa". Complexa porque na clínica em movimento, itinerante, lidamos com o elemento "surpresa".

Os participantes relatam que é muito diferente ser atendido na rua, no território onde estão, do que dentro dos serviços de saúde, referem-se principalmente a questão afetiva.

É muito diferente, aqui tem mais carinho, muito mais carinho, bah, é muito mais, dá para ver que a pessoa gosta da gente assim um monte, a gente se sente bem cuidada. Aqui a gente sente assim, mais acolhida, mais protegida, aqui eles vinham a toda hora, não é que nem tu tirares uma ficha e consultar, aqui não precisava tirar ficha, pelo contrário, eles vinham aqui para nos ajudar, para nos proteger, para nos cuidar (CRISTINA).

Lancetti (2009) chama os agentes comunitários de saúde de trabalhadores afetivos, e de forma análoga penso que os agentes redutores de danos assim o são pela semelhança de sua atuação com os agentes comunitários de saúde e pelo seu envolvimento com as pessoas, baseadas na produção de afetos.

Tem diferença, sabe por quê? Porque o redução de danos, ele vai até o necessitado e ele não vai perguntar o que você quer, ele tem uma conversa e dessa conversa, ele chega a um intuito [...] é necessário (profissionais de saúde na rua), foi justamente o consultório de rua que estavam trabalhando, que colocou o Pedrinho na casa de passagem (quando estava com problema na perna), foi a agente redutora de danos – Patrícia, porque se não fosse ela, ele estava na rua. Naquela época a gente via trabalho, hoje a gente não está vendo trabalho, hoje a gente está vendo o quê, uma desassistência (TAINÁ).

Tainá quando fala da necessidade de profissionais de saúde na rua trabalhando com a população em situação de rua assinala a desassistência da saúde na cidade dos participantes. A política de saúde destinada a população de rua é frágil. Existem muitos desencontros no cuidado a saúde como se verá adiante.

Em algumas cidades já existe política de saúde específica para a população de rua, onde foram criadas modalidades de serviços com este fim, como o consultório na rua e equipes de saúde para a população de rua, em Belo Horizonte, Porto Alegre, Rio de Janeiro, São Bernardo do Campo e São Paulo, por exemplo. São modalidades de atenção integral a saúde com equipes multidisciplinares itinerantes desenvolvendo ações compartilhadas e integradas as Unidades Básicas de Saúde do território adscrito onde é feita a abordagem.

Há necessidade de ações que visem à diminuição dos riscos de doenças e outros agravos e o acesso universal a ações e serviços de promoção, proteção e recuperação para pessoas em situação de rua.

Ter gente da saúde na rua, atrás dos moradores de rua, é muito mais importante do que chegar numa pessoa e dizer: “ah, vai lá consultar”, é muito diferente, eles se sentem mais acolhidos, do que ter que ir lá tirar ficha, consultar e tudo [...] é muito mais diferente [...] a saúde na rua faz muita falta, eu sei por mim e pelo Aurélio como nós nos sentíamos felizes quando eles vinham aqui. Quando vinha aquela motinho, ou o carro da Patrícia nós dizíamos: “lá vêm eles”, coisa boa, independente de ser drogado ou não [...] Faz falta a saúde na rua, porque a pessoa se sente mais apoiada [...] porque os moradores de rua precisam muito disso, precisam muito desse apoio (CRISTINA).

É totalmente diferente ser atendido na rua, acho que deveria ter pessoal da saúde somente na rua, eu acho que é muito importante porque a gente se sente feliz quando vem uma pessoa, para te ver, para te ouvir, é uma

alegria pensar que alguém se lembrou da gente, só em lembrar já é uma grande coisa [...] é importante o pessoal da saúde trabalhar na rua e vir visitar o pessoal da rua (AURÉLIO).

As pessoas perceberam que as visitas dos agentes redutores de danos foram sendo diminuídas e em um dado momento passaram um tempo sem acontecer. Sabe-se que neste período teve a licença de saúde de um dos agentes redutores de danos e o outro foi demitido e mais tarde readmitido.

Os participantes falam de que antes e após o trabalho dos agentes redutores de danos (2009/2012) não houve abordagens apesar da necessidade.

Que eu visse até agora não tem nenhum redutor. E tem vários dos guris que estão ali na praça e que estão doentes (PEDRINHO).
Desde que a Patrícia e o Betinho (redutores de danos) saíram (2012), ninguém mais veio aqui (CRISTINA).
Hoje a gente não está vendo mais isso, a gente está vendo as pessoas ali se entregando, sem ter ninguém para cuidá-los (TAINÁ).

São muitos os desencontros do cuidado a saúde da população em situação de rua, como por exemplo, a dificuldade de acesso aos serviços de saúde, inabilidade de alguns profissionais de saúde na abordagem com a população em situação de rua, às vezes pela sujeira e o mau cheiro, rotina rígida dos serviços de saúde não levando em consideração as peculiaridades dessa população, burocracia para agendamento e atendimento, como a exigência de documentos, entre outros.

Há relato da dificuldade de conseguir atendimento nos serviços de saúde sem a intermediação dos agentes redutores de danos. Pedrinho teve um problema com fratura em membro inferior, diz ter passado muito trabalho para consultar, até que a equipe de agentes redutores de danos lhe auxiliou. Conseguindo, também, para que fosse acolhido um tempo na Casa de Passagem (tempo máximo de permanência era de três dias) e após no Albergue, que é particular. No Albergue conseguiu permanecer alguns meses, por conta da mediação dos agentes redutores de danos.

A população em situação de rua somente considera-se doente quando fica impedida de movimentar-se, então procura os serviços de emergência como primeira escolha (ADORNO, 2011; HALL et al., 2012; ROSA; SECCO; BRÊTAS, 2006).

Um participante relata quando necessitou ser atendido no Pronto Socorro Municipal, o tempo para ser atendido foi de dez horas.

Pedrinho estava com a perna em “petição de miséria” e ele não queria ir para o médico [...] nós ficamos esperando dez horas, eu vi como o Pronto Socorro está desassistido em tudo [...] todo mundo ali é prioridade [...] o médico chegou, olhou para a perna, passou antibiótico, e fez um curativo e nada mais [...] depois ele disse: “você precisa arranjar um angiologista”, tem que chegar lá na Secretaria de Saúde e pegar o papel para entregar lá no SANSKA (UBS), lá a moça disse que com cinco anos ainda não sai (TAINÁ).

Existe preconceito por parte dos serviços e trabalhadores da saúde com a população em situação de rua, influenciando no modo de tratamento dispensado a eles, desconsiderando o fato de que a cidadania e seus direitos independem da condição social na qual se encontram (ROSA; SECCO; BRÊTAS, 2006).

[...] o Ganso, mesmo, dava ataques epiléticos nele, a gente ligava para a SAMU, dizia o que era, perguntavam o nome e quando a gente dizia que era o Carlos Augusto, “a gente não vai aí porque a gente já sabe quem é ele”, aí passava aqueles ataques epiléticos nele, passava sozinho, nem os azuizinhos (polícia) nunca quiseram levar ele (PEDRINHO).

No estudo realizado por Canavan et al. (2012) em 14 capitais européias, foram identificadas barreiras de acesso e preconceito nos serviços em relação às pessoas em situação de rua, já que o direito aos cuidados de saúde para as pessoas em situação de rua nem sempre significa acesso. A acessibilidade é limitada, muitas vezes devido a fatores como horário de funcionamento, procedimentos de nomeação inflexíveis e localização. As pessoas em situação de rua também podem encontrar barreiras atitudinais nos serviços e, às vezes, falta de vontade ou dificuldade nos serviços de saúde para atender às necessidades múltiplas e complexas apresentadas por pessoas em situação de rua.

Em 2012, Tainá teve problema numa mama, referiu ter tido dificuldades para acessar o serviço de saúde e foi para Brasília consultar.

[...] quando descobri que estava com câncer (dez/2012) aqui (Pelotas) foi a maior dificuldade, daí que fizesse o raio x, a mamografia, o seio estava uma ‘flor’. [...] Quando cheguei ali (serviço de saúde), foi uma sorte tão grande (ironizando) foi logo na época do natal, no natal médico não trabalha (fala isso rindo), todo mundo de férias, aí, “vou lhe mandar para o doutor fulano de tal para lhe fazer uma pulsão”, aí eu fui perguntar, “não, agora todo mundo vai entrar de férias”. Eu ia deixar o pessoal voltar de férias para depois tratar, não, eu tive que ir com a cara e coragem. [...] Não consegui, a minha salvaguarda foi esse passe livre, que fui a Brasília, quando cheguei lá não precisei falar com Assistente Social nenhuma, não, eu fui direto para o hospital e me internaram, porque aqui não me internaram? (TAINÁ)

Diagnosticado o câncer de mama em Brasília, ficou fazendo tratamento lá mesmo e a partir dessa data permaneceu lá. Elogiou o atendimento recebido, segundo ela, bastante humanizado.

Tainá apesar de ser uma guerreira, não conseguiu superar o câncer e faleceu em Brasília durante o tratamento. Isto demonstra o que é percebido em relação aos participantes, ou seja, eles estão bastante vulneráveis e desassistidos pela saúde.

Muitos estudos (CANAVAN et al., 2012; HALL et al., 2012) discutem o acesso e o acolhimento dos serviços de saúde em relação à população em situação de rua, mas foi colocado por um dos participantes que alguns têm dificuldade em procurar ajuda: “olha, eu conheço vários aí que estão doentes mesmo e não procuram ajuda” (PEDRINHO). Isto talvez seja como já foi visto, que a população em situação de rua muitas vezes procura o serviço de saúde quando está com algum agravo em estágio avançado ou agudo e/ou algum sintoma a está impedindo de locomover-se, ou também pelo tratamento recebido pelos serviços de saúde, muitas vezes estigmatizada.

Diante dessas circunstancias aponta-se a formação de profissionais da saúde para a transformação das condições de vida. É de grande importância que os serviços de saúde tenham profissionais que saibam manejar com a população de rua, daí a necessidade de educação permanente para os técnicos, pois não adianta possuir serviços e não ter acolhimento e cuidado adequado, diz Tainá:

Eu gostaria de acrescentar o seguinte, que todo mundo que trabalha na área da saúde direto ou indiretamente, ficasse mais humanizada, realmente se preocupasse muito com o morador de rua (TAINÁ).

Parece que Tainá nos fala aqui de um cuidado em que o profissional de saúde se afete e se deixe afetar (DELEUZE, 2002), isto se considera o verdadeiro encontro dos profissionais com as pessoas que procuram o cuidado em saúde. Ayres (2009) falando sobre a integralidade do cuidado, diz que para isso devemos ouvir (além do escutar, estar atento ao que nos dizem), ver (perceber aquilo que as pessoas nos dizem através do seu corpo, de seus gestos, de seu olhar) e tocar mais e que isto é benéfico para o nosso “êxito técnico em nossas ações de saúde” (AYRES, 2009, p.18). Essa atitude aumenta nossa capacidade de identificar e

executar intervenções para prevenção, tratamento ou recuperação de agravos à saúde.

Os profissionais de saúde que trabalhavam com os participantes, o Betinho e a Patrícia, trabalhavam dessa forma ouvindo, vendo e tocando como relata Pedrinho.

Ela não tinha preconceito, chegava abraçava, beijava um, beijava outro, os guris todos, eu mesmo cansei de passar vários dias sem banho, ela chegava, sentava no meio (PEDRINHO).

A solicitação de Tainá de um atendimento humanizado por parte dos profissionais da saúde a população em situação de rua, é imprescindível e pode estar relacionada ao reconhecimento da cidadania dos mesmos.

Há necessidade de integração de diversas políticas públicas, como políticas de saúde, educação, geração de trabalho e renda, cultura, habitação para atender as necessidades dessa população, indo além de políticas assistencialistas (SHUCH et al., 2008).

6 Considerações Finais

O cuidado oferecido à saúde precisa transpassar diferentes barreiras, sejam elas sociais, físicas, estruturais, geográficas ou, sobretudo, aquelas permeadas por estigmas e preconceitos.

No que se refere à população em situação de rua, a diversidade de barreiras é consideravelmente superior. Por isso, foi elaborada a presente dissertação com o objetivo geral de conhecer a percepção das pessoas que vivem/viveram o processo de situação de rua sobre o cuidado oferecido pelos profissionais de saúde que trabalham/trabalharam no território da rua.

Além disso, este trabalho procurou identificar os fatores que motivam/motivaram a ida para rua, descrever os diferentes encontros com os profissionais de saúde e também conhecer a expectativa que os participantes têm a respeito do cuidado de saúde.

Com a inserção no campo para a coleta de dados, por meio do encontro com os quatro participantes que se deu em outubro de 2013, foi obtida uma aproximação de achados que foram ao encontro dos objetivos propostos e que possibilitaram conhecer algumas breves histórias sobre suas vidas, bem como sobre as suas chegadas ao território da rua, resultando na construção de dois temas de análise: “Vidas nos territórios da rua” e “Encontros e desencontros do cuidado à saúde da população nos territórios da rua”.

A cada diferente encontro com os participantes a autora pode perceber algumas semelhanças na decisão de ir viver na rua, na situação de vida de cada um deles nos seus territórios, tanto na vida individual, quanto na vida conjugal, mas buscou preservar a singularidade de cada um.

Foram quatro participantes, dois homens e duas mulheres, com idades que variaram entre 30 e 55 anos de idade, sendo uma aposentada e os demais com trabalhos informais. Dentre os participantes, alguns faziam uso de álcool, tabaco, crack e outras drogas; alguns foram viver na rua em consequência de elos familiares

rompidos por conta de uso abusivo de drogas, enquanto outros foram por dificuldades de relacionamento familiar.

No tema 1 “Vidas nos territórios da rua” falaram sobre as dificuldades diárias e também da rede de apoio de “padrinhos” (moradores ou donos de estabelecimentos comerciais) que receberam.

Os entrevistados citaram alguns grupos religiosos que costumavam ajudar voluntariamente, tanto na alimentação, quanto na oferta da higiene e até mesmo na ajuda para poder diminuir o uso abusivo de drogas. Além disso, falaram da importância da garantia que tinham do benefício recebido e do passe-livre, pois tinham facilidade para viajar, falaram das amizades e das pessoas que conheceram enquanto viviam na rua, que presenciaram ações de solidariedade entre as pessoas que vivem na rua.

Foi consenso na fala dos participantes que a possibilidade de sair da rua e ter “endereço fixo” facilitou a amenizar algumas necessidades sociais, de saúde e segurança, mesmo que estes endereços fossem aqui no município, ou fora dele. Entretanto, outros participantes relataram sofrer com o frio, ter dificuldades para acessar albergues municipais devido a exigências normativas e disciplinares que muitas vezes se transformavam em impeditivos de acessar esses serviços de assistência social do município. Relataram também que já haviam sofrido com a violência policial na rua.

No tema 2 “Encontros e desencontros com o cuidado à saúde da população que vive nos territórios da rua” foi possível observar a criação de vínculo entre os usuários e dois agentes redutores de danos. E o estabelecimento desta relação por vezes apareceu na fala dos participantes de forma bastante positiva, pois em várias falas, foi possível observar a satisfação que tinham pela atenção dispensada, com o acolhimento das necessidades, com a busca pela resolução conjunta dos problemas de saúde ou do uso abusivo de droga. Ou seja, os agentes redutores de danos ajudavam a intermediar a atenção em saúde tanto na atenção básica, quanto, nos outros níveis de atenção.

Alguns dos participantes tinham e têm sérios problemas de saúde que foram acompanhados em certos momentos pelas Unidades Básicas de Saúde do

município, pelo Pronto Socorro Municipal e pelo Serviço Municipal de Redução de Danos.

Também foi possível observar pelas falas que os participantes não sentiam que os agentes redutores de danos e profissionais de saúde de algumas Unidades Básicas de Saúde tinham preconceito, diferentemente de profissionais de outros serviços. Por isso, o pressuposto parece se confirmar, ou seja, se observou a inexistência, ou a fragilidade da atenção à saúde nos territórios da rua, pois não existe consultório de rua no município. O Serviço Municipal de Redução de Danos contava com um número reduzido de agentes redutores de danos, com vínculos precários de contratação e dificuldade, muitas vezes para conseguir transporte para as visitas ao campo.

Entretanto, o que se observa é que o cuidado estava centrado no apoio e na disponibilidade destes agentes redutores de danos, que não havia uma rede efetiva e contínua de organização de política pública de saúde e de trabalho para atender as necessidades de saúde das pessoas em situação de rua. É possível inferir que não havia nos territórios das pessoas, a garantia de acesso à saúde na rua antes da chegada destes profissionais, e tampouco continuou acontecendo, ou acontecendo em menor escala até a saída dos participantes do território na rua.

Para tanto, é preciso que sejam retomadas discussões a cerca das reais necessidades das pessoas que se encontram em situação de rua no município, que as políticas possam contemplar uma atenção de qualidade, de modo contínuo, com profissionais que tenham perfil para o trabalho no território da rua, que saibam reconhecer vulnerabilidades e que sejam comprometidos com a vida das pessoas atendidas, pois se observou que quando garantido este encontro existe a chance de promover não só saúde, mas inclusive cidadania e promoção de vida.

É em função de tais pluralidades que se acredita que para as pessoas em situação de rua serem cuidadas mais efetivamente é necessário que os profissionais de saúde trabalhem em seus territórios, utilizando tecnologias de cuidado adequadas às suas especificidades. Ou seja, é indispensável que saiam dos serviços fechados, onde estão protegidos pelo poder que ali habita e que vão ao encontro das pessoas em seus territórios.

Também não basta apenas o deslocamento das equipes, sendo necessário que os profissionais de saúde tenham empatia pelo trabalho no território e não tenham preconceito em relação à população em situação de rua. Repete-se, então, a importância de que tais profissionais se afetem e se deixem afetar no trabalho com as pessoas, pois sem isso não haverá vínculos e conseqüentemente exígua resolutividade.

Defende-se um trabalho nos territórios das pessoas, para que sejam ouvidas, para que se saiba o que elas querem e como querem ser atendidas. Um trabalho onde não haja agenda, onde não sejam necessários documentos para serem atendidas, onde sejam acolhidas incondicionalmente, onde não seja exigido como condição chegar abster-se, onde não seja exigida a presença de familiar para ser cuidado, onde os profissionais não façam expressões de julgamento, muitas vezes moral, e preconceituoso para com o seu comportamento, para com suas vestes ou seu cheiro. Quem sabe uma “clínica a céu aberto”, com o desafio de se defender a vida acima de tudo, como nos fala Lancetti?

Referências

- ADORNO, R.C.F. Atenção à saúde, direitos e o diagnóstico como ameaça: políticas públicas e as populações em situação de rua. **Etnografica**. 2011;15(3):543-67.
- AYRES, J.R.C.M. Organização das ações de atenção à saúde: modelos e práticas. **Saude soc.** [online]. 2009, vol.18, suppl.2, pp. 11-23. ISSN 0104-1290.
- AL ALAM, M.C.L.; GOULART, G. L.; CRUZ, V. D.; SILVA, P. M.; CAMPOS, R. Z. ; OLIVEIRA, M. M. Relato de experiência do Programa de Redução de Danos de Pelotas/RS. **J Nurse Health**. 2012; 2 Suppl:S258-264.
- BARATIERI, T.; MARCON, S. S. Longitudinalidade do cuidado: compreensão dos enfermeiros que atuam na estratégia saúde da família. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, Dec. 2011.
- BAUMAN, Z. **Danos Colaterais**: Desigualdades sociais numa era global. Rio De Janeiro: Zahar, 2013. 200p.
- BAUMAN, Z. **Globalização**: As consequências humanas. Rio De Janeiro: Zahar, 1999. 127p.
- BERNARDO, M. H.; NOGUEIRA, F. R. C.; BULL, S. Trabalho e saúde mental: repercussões das formas de precariedade objetiva e subjetiva . **Arquivos Brasileiros de Psicologia**; Rio de Janeiro, 63 (no.spe.): 1-104, 2011.
- BOTTI, N. C. L. et al. Padrão de uso de álcool entre homens adultos em situação de rua de Belo Horizonte. **SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. (Ed. port.)**, Ribeirão Preto, v. 6, n. spe, nov. 2010.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. 1988.
- BRASIL. **Decreto Presidencial nº 7.053/2009**. Institui a Política Nacional para Inclusão da População de Rua e seu Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Seção 1, 24 dez. 2009.
- BRASIL. Ministério da Previdência Social. **Auxílio-doença**. Disponível em:<http://www.mpas.gov.br/arquivos/office/3_081014-103851-326.pdf> Acesso em 08 mar. 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Estabelecimentos de Saúde no município de Pelotas**. Disponível em:

<http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_Unidade.asp?VEstado=43&VMun=431440>. Acesso em 07 fev. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Histórico da cobertura da Estratégia de Saúde da Família**. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/dab/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php> Acesso em 07 fev. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **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.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano Operativo para implementação de ações em saúde da População em Situação de Rua 2012-2015**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório Final da VIII Conferência Nacional de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 1986. Disponível em: <<http://www.universidadesaudavel.com.br/VIII%20CNS.pdf>> Acesso em 10 fev. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquistas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Disponível em: <<http://www.mds.gov.br>>. Acessado em 07 mar. 2014.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Cadastro Único**. Disponível em: < <http://www.mds.gov.br/bolsafamilia/cadastrounico>.> Acesso em 07 fev. 2014.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Pesquisa Nacional Sobre a População em Situação de Rua**. Meta Instituto de Pesquisa de Opinião/Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação. Brasília: MDS, 2008.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Política Nacional Para inclusão Social da População em Situação de Rua**. Brasília: MDS, 2008.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **I Encontro Nacional sobre População em Situação de Rua: relatório**. Brasília, DF: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação, Secretaria Nacional de Assistência Social, 2006.

BRASIL. **PORTARIA Nº 2.488, DE 21 DE OUTUBRO DE 2011**. POLITICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA. 2011.

BRASIL. **PORTARIA Nº 3.088, DE 23 DE DEZEMBRO DE 2011.** Rede de Atenção Psicossocial. 2011.

BÜLL, S.; BERNARDO, M. H. Aproximações e distanciamentos: novos e velhos trecheiros. **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho**, 2011, vol. 14, n. 2, pp. 311-324.

CANAVAN, R. et al. Service provision and barriers to care for homeless people with mental health problems across 14 European capital cities. **BMC Health Services Research** 2012, Jul 27;12:222. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1472-6963-12-222.pdf>> Acesso em 11 jul. 2013.

CANZONIERI, A. M. **Metodologia da pesquisa qualitativa na saúde.** Petrópolis, RJ: Vozes, 2011. 125p.

CARNEIRO JUNIOR, N.; JESUS, C. H.; CREVELIM, M. A. A Estratégia Saúde da Família para a equidade de acesso dirigida à população em situação de rua em grandes centros urbanos. **Saude soc.**, São Paulo, v. 19, n. 3, Sept. 2010.

CASTEL, R. **As metamorfoses da questão social:** uma crônica do salário. Petrópolis: Editora Vozes, 2013. 611p.

CASTEL, R. **Da indigência, à exclusão, à desfiliação.** In: Saúde e Loucura 4. São Paulo: Ed Hucitec, 1994. p.21-48.

CUNHA, E. M.; GIOVANELLA, L. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, supl. 1, 2011.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. **Mil Platôs. Capitalismo e esquizofrenia.** Vol.5. Trad. Suely Rolnik. São Paulo: 34, 1997. p.207.

DELEUZE, G. **Espinosa:** filosofia prática. São Paulo: Escuta, 2002. p.144.

DELEUZE, G. **O Abecedário de Gilles Deleuze:** entrevista realizada por Claire Parnet entre os anos 1988-1989. Disponível em: <http://www.oestrangeiro.net/index.php?option=com_content&task=view&id=67&Itemid=51> Acesso em 03 fev. 2013.

FOUCAULT, M. **Microfísica do Poder.** 28ª ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2010. p.295.

FOUCAULT, M. **Vigiar e Punir**. História da violência nas prisões. 41 ed. Petrópolis: Vozes, 2013. 288p.

FINKLER, L. **Avaliação de um projeto social para crianças e adolescentes em situação de rua e suas famílias**. Tese (Doutorado em Psicologia), Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011.

GABORIAU, P. Sem domicílio em Paris, Moscou e Los Angeles um etnólogo em três campos de pesquisa: tentativas de esclarecimento. In: **Antropolítica: Revista Contemporânea de Antropologia** - n. 29, 2. sem. 2010. Niterói: EdUFF, 2011. p. 131-149.

GEHLEN, I.; SILVA, S. R. e BORBA, M. (Org.). **Diversidade e Proteção Social: estudos quanti-qualitativos das populações de Porto Alegre: afro-brasileiros; crianças, adolescentes e adultos em situação de rua; coletivos indígenas; remanescentes de quilombos**. POA, Century, 2008. p.280.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. Ed. São Paulo: Atlas, 2011. p.184.

GOFFMAN, E. **Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada**. 4.ed. Rio de Janeiro, LTC, 1988. p.156.

GONDIM, Grácia et al. **O território da Saúde: A organização do sistema de saúde e a territorialização**. 2008. Disponível em:
< <http://www.epsjv.fiocruz.br/upload/ArtCient/20.pdf>> Acesso em 8 jun. 2013.

GONTIJO, D. T.; MEDEIROS, M. Crianças e adolescentes em situação de rua: contribuições para a compreensão dos processos de vulnerabilidade e desfiliação social. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 14, n. 2, Apr. 2009.

GUATTARI, F.; ROLNIK, S. **Micropolítica: cartografias do desejo**. Editora Vozes: Petrópolis, 2013. p.343.

HAESBAERT, R. **Da desterritorialização à multiterritorialidade**. Anais do X Encontro de Geógrafos da América Latina. Universidade de São Paulo. 2005. Disponível em:
<http://www.planificacion.geoamerica.org/textos/haesbaert_multi.pdf>. Acesso em: 9 fev. 2013.

HAESBAERT, R. **O mito da desterritorialização: Do fim dos territórios à multiterritorialidade**. Rio de Janeiro: Bertrand, 2012.p396.

HALL, Y.; CHOI, A.; HIMMELFARB, J.; CHERTOW, G.; BINDMAN, A. Homelessness and CKD: a cohort study. **Clin J Am Soc Nephrol**. 2012 Jul;7(7):1094-102. doi: 10.2215/CJN.00060112. Epub 2012 Jun 14. Disponível em:

<<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3386666/>>Acesso em 11 jul. 2013.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **IBGE Cidades** [internet]. Disponível em:< <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>>. Acesso em: 10 fev. 2013.

KASPER, C. P. **Habitar a rua**. 2006. 221 f. Tese (Doutorado em Ciências Sociais) Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2006.

LANCETTI, A. A amizade e o acompanhamento terapêutico. In: SANTOS, R.G. (Org.). **Textos, texturas e tessituras no acompanhamento terapêutico**. Equipe de Acompanhantes Terapêuticos do Instituto A Casa. São Paulo: Hucitec, 2006. p. 21-26.

LANCETTI, A. **Clínica peripatética**. São Paulo: Ed. Hucitec, 2009.p.127.

LEFEBVRE, H. **Lógica formal, lógica dialética**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1979.p.301.

LEMÕES, T. Um estudo etnográfico sobre o parentesco afetivo entre homens e mulheres em situação de rua. **Revista Perspectivas Sociais**. Pelotas, Ano 2, N. 1, p. 115-128, março/2013.

LEMÕES, T. Casa, rua e a fluidez de suas fronteiras: diálogos etnográficos e reflexivos sobre o fenômeno “população em situação de rua”. **Cadernos do LEPAARQ – Textos de Antropologia, Arqueologia e Patrimônio**. V. IX, nº17/18. Pelotas, RS: Editora da UFPEL, 2012.

LEMÕES, T. A rua como espaço de interação social: um estudo antropológico das relações entre população em situação de rua e grupos caritativos. **Antropolítica: Revista Contemporânea de Antropologia** - n. 29, p. 131-149, 2. sem. 2010. Niterói: EdUFF, 2011.

LEMKE, R. A.; SILVA, R. A. N. Um estudo sobre a itinerância como estratégia de cuidado no contexto das políticas públicas de saúde no Brasil. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, 2011.

MALTA, D. C.; MERY, E. A avaliação do projeto vida e do acolhimento no Sistema Único de Saúde de Belo Horizonte. **REME – Rev. Min. Enf**; 8(2):259-267, abr/jun, 2004.

MAGNI, C. T. **Nomadismo Urbano**: uma etnografia sobre moradores de rua em Porto Alegre. Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 2006.p.109.

MARINHO, E. R. AS RELAÇÕES DE PODER SEGUNDO MICHEL FOUCAULT. **E-Revista Facitec**, v.2 n.2, Art.2, dezembro 2008.

MAUSS, M. Ensaio sobre a dádiva: forma e razão da troca nas sociedades arcaicas. In: MAUSS, Marcel. **Sociologia e Antropologia**. V. II. São Paulo: EPU, 1974.p.39-184.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.p.512.

MINAYO, M. C. S. (Org.). **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 31 ed.- Petrópolis, RJ: Vozes, 2012. p.108.

MONKEN, M. e BARCELLOS, C. O território na promoção e vigilância em saúde. In: FONSECA, A. F. (Org.). **O território e o processo saúde-doença**- Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. p.177-224.

MURAMOTO, M. T.; MANGIA, E. F. A sustentabilidade da vida cotidiana: um estudo das redes sociais de usuários de serviço de saúde mental no município de Santo André (SP, Brasil). **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 16, n. 4, Apr. 2011 .

NERY FILHO, A.; VALERIO, A. L. R.; MONTEIRO, L. F. (Org.). **Guia do projeto consultório de rua**. – Brasília: SENAD; Salvador: CETAD, 2012.p.160.

ONU. Relatório "**Estado das Cidades da América Latina e do Caribe 2012 - Rumo a uma nova transição urbana**". Disponível em: <<http://www.jornaldaciencia.org.br/Detalhe.jsp?id=83825>>. Acesso em 10 fev. 2013.

PALOMBINI, A. (Org.). **Acompanhamento terapêutico na rede pública: a clínica em movimento**. Porto Alegre: EdUFRGS, 2004.

PAPELU , A.; HUBLEY, A.M.; RUSSELL, L.B.; GADERMANN, A.M.; CHINNI, M. Quality of life themes in Canadian adults and street youth who are homeless or hard-to-house: a multi-site focus group study. **Health Qual Life Outcomes**. 2012 Aug 15;10:93. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22894551>> Acesso em 11 jul. 2013.

PELLICCIOLI, E. (Org.). **Cadernos de AT: uma clínica itinerante**. Porto Alegre: Grupo de Acompanhamento Terapêutico Circulação, 1987.p.150.

PEREIRA, M. P. B.; BARCELLOS C. O Território no Programa de Saúde da Família. **Revista Brasileira de Geografia Médica da Saúde**, n.2, v.2,p.47-55, junho 2006.

PETUCO, D.R.S.; MEDEIROS, R.G. **Redução de danos: dispositivo da reforma? Trabalho completo**. In: Simpósio Temático: Acompanhamento Terapêutico

como dispositivo da Reforma Psiquiátrica. III Congresso Internacional - IV Congresso Ibero-americano - II Congresso Brasileiro de Acompanhamento Terapêutico. Multiversas cidades, andanças caleidoscópicas, tessitura de redes. Porto Alegre, 2008. Disponível em: <http://www.abordabrasil.org/biblioteca/Producao%20Academica/Medeiros%20e%20Petuco.pdf> Acesso em: 15 fev. 2013.

RAFFESTIN, C. **Por uma geografia do poder**. Tradução de Maria Cecília França. São Paulo: Ática, 1993.p.269.

ROCHA, S. **Pobreza no Brasil**: Afinal, de que se trata? 3ª edição. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2006.p.244.

ROLNIK, S. **Cartografia sentimental**: transformações contemporâneas do desejo. Porto Alegre: EDUFRGS, 2006.p.193.

ROLNIK, S. Clínica Nômade. In: Equipe de Acompanhantes Terapêuticos do hospital dia-“A Casa” (Org.). **Crise e cidade**: acompanhamento terapêutico. São Paulo: EDUC, 1997.p.83-97.

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

ROSA, A. S.; SECCO, M. G.; BRÊTAS, A. C. P. O cuidado em situação de rua: revendo o significado do processo saúde-doença. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 59, n. 3, June 2006.

SANTOS, B. S. **A gramática do tempo**: para uma nova cultura política. São Paulo: Cortez, 2010.p.511.

SANTOS, B. S. A territorialização/desterritorialização da exclusão/inclusão social no processo de construção de uma cultura emancipatória. Exposição realizada no Seminário: “Estudos Territoriais de desigualdades sociais”, 16 e 17 de maio no auditório da PUC/SP. São Paulo, 2001. Disponível em: <http://www.cedest.info/Boaventura.pdf>> Acesso em 10 fev. 2013.

SANTOS, M. **A natureza do espaço**: técnica e tempo, razão e emoção. São Paulo: Hucitec, 1999. p.384.

SÃO PAULO. 2009. **Secretaria de Assistência Social**. Disponível em: http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/assistencia_social/>. Acesso em 10 fev 2014.

SCHUCH, P. et al. “População em Situação de Rua: conceitos e perspectivas fundamentais”. In: GEHLEN, Ivaldo; SILVA, Simone Ritta e BORBA, Marta (Org.). **Diversidade e Proteção Social**: estudos quanti-qualitativos das populações de

Porto Alegre: afro-brasileiros; crianças, adolescentes e adultos em situação de rua; coletivos indígenas; remanescentes de quilombos. POA, Century, 2008. p. 13-30.

SCHUCH, P. e 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, 2012. p.11-25.

SERPA, A. (org). **Espaços culturais:** vivências, imaginações e representações. Salvador: EDUFBA, 2008.p.426.

SILVA, M. L. L. **Trabalho e população em situação de rua no Brasil.** São Paulo: Corte, 2009.p.293.

SLUZKI, C. E. **A rede social na prática sistêmica** – alternativas terapêuticas. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.p.145.

SNOW, D.; ANDERSON, L. **Desafortunados:** um estudo sobre o povo da rua. Petrópolis: Vozes, 1998.p.528.

SOUZA, T. P. **Redução de danos no Brasil:** a clínica e a política em movimento. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Departamento de Psicologia. Universidade Federal Fluminense. Niterói, 2007.

STARFIELD, B. **Atenção primária:** equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. – Brasília. UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. Disponível em:< http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_primaria_p1.pdf>. Acesso em: 12 mar. 2014.

TRIVIÑOS, A. **Introdução a pesquisa em ciências sociais:** a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 2009.p.175.

VIEIRA, M. A. C.; BEZERRA, E. M. R. e ROSA, C. M. M. **População de Rua:** quem é, com quem vive, como é vista. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2004.p.181.

Apêndices

APÊNDICE A – Carta à coordenadora da pesquisa do “crack”

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE ENFERMAGEM

Pelotas, 26 de março de 2013.

Prezada Coordenadora

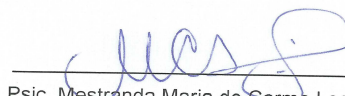
Ao cumprimentá-la cordialmente, eu, Maria do Carmo Ledesma Al Alam, mestranda do Programa de Pós Graduação da Faculdade de Enfermagem – UFPEL e tendo como orientadora a Profª Enfª Drª Valéria Coimbra, venho por meio deste solicitar sua autorização para utilizar os dados da pesquisa **“Perfil dos usuários de crack e Padrões de uso na cidade de Pelotas-RS”**, financiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) através do edital MCT/CNPq 41/2010, para com estes desenvolver minha pesquisa intitulada **“População de rua: O território como lugar de trabalho em saúde”**.

A presente pesquisa tem objetivo analisar o território como lugar de trabalho em saúde, suas potencialidades e desafios em relação à população em situação de rua.

Terei compromisso ético de resguardar todos os colaboradores envolvidos na pesquisa de acordo com o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem e a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que trata de Pesquisa envolvendo seres humanos.

Anexo a este documento encontra-se uma cópia do projeto, contendo os dados necessários para a sua apreciação.

Na certeza de contar com seu apoio, desde já agradeço, colocando-me ao seu inteiro dispor para outros esclarecimentos.


Psic. Mestranda Maria do Carmo Ledesma Al Alam

Ciente. De acordo. 
Data: 15.04.2013

Orientadora: Profª Enfª Drª Valéria Coimbra
E-mail: valeriacoimbra@hotmail.com

Orientanda: Psic. Mda Maria do Carmo Ledesma Al Alam
Tel: (53)8402.0784 E-mail: ledesmamc@yahoo.com.br

APÊNDICE B – Termo de consentimento livre e esclarecido - TCLE
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE ENFERMAGEM

Prezado (a) senhor (a),

Gostaria de convidá-lo (a) para participar da pesquisa **“População em situação de rua: O território como lugar de trabalho em saúde”**.

Esta pesquisa está sendo realizada por uma mestranda da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas. E tem como objetivo analisar o território como espaço de trabalho em saúde, suas potencialidades e desafios em relação à população em situação de rua. Sua participação consistirá em responder questões.

Eu, _____, tendo recebido as informações acima e ciente de meus direitos abaixo relacionados, concordo em participar.

A garantia de receber todos os esclarecimentos sobre as perguntas do questionário antes e durante a entrevista, podendo afastar-me em qualquer momento se assim o desejar, bem como está me assegurado o segredo das informações por mim reveladas;

A segurança de que não serei identificado, assim como está assegurado que a pesquisa não trará prejuízo a mim e a outras pessoas;

A segurança de que não terei nenhuma despesa financeira durante o desenvolvimento da pesquisa;

A garantia de que todas as informações por mim fornecidas serão utilizadas apenas na construção da pesquisa e ficará sob a guarda dos pesquisadores, podendo ser requisitada por mim a todo o momento.

Pelotas/RS, ____, de _____ de 2013.

Assinatura do entrevistado

Assinatura do Entrevistador

Certa de estar contribuindo com o conhecimento para a melhoria da saúde da população conto com a sua preciosa colaboração.

Atenciosamente

Maria do Carmo Ledesma Al Alam

Orientadora: Prof^a Enf^a Dr^a Valéria Coimbra

E-mail: valeriacoimbra@hotmail.com

Coorientadora: Prof^a Enf^a Dr^a Michele Mandagará Oliveira

Orientanda: Psic. Maria do Carmo Ledesma Al Alam

Tel: (53) 8402.0784

E-mail: ledesmamc@yahoo.com.br

APÊNDICE C – Roteiro de entrevista

Dados de identificação:

Nome fictício:

Data de Nascimento:

Estado civil:

Instrução:

Renda:

Tempo de permanência na rua:

Tempo de contato com profissional de saúde na rua:

Questões norteadoras:

- 1 Conte como chegou à rua? (trajetória, família, casa, onde dorme, onde se alimenta)
- 2 O que significa viver na rua? (rede, território, amigos, polícia, assistência)
- 3 Como foi o processo de sair da rua?
- 4 Você já ficou doente na rua? Caso tenha ficado, por quê? Fale-me sobre a sua saúde? (tem algum problema)
- 5 Quando precisou de atendimento em saúde, que local você procurou/procura? Como isso aconteceu/acontece?
- 6 Existem profissionais da saúde que lhe ajudam quando necessita? Onde, dentro do serviço ou na rua? (bom ou ruim em cada situação) Como foi? Você já vivenciou algum encontro com profissionais de saúde na rua? Como foi?
- 7 Percebe diferença na forma de cuidado em saúde recebida na rua daquela recebida nos serviços de saúde?

Anexo

Parecer do comitê de ética

**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE ENFERMAGEM
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**

PARECER N ° 301/2011

Prof.^a Dr.^a Michele Mandagará de Oliveira

PARECER PROJETO DE PESQUISA

Senhora Pesquisadora:

Após a análise do seu projeto por este comitê, considerando a realização dos ajustes solicitados, informamos que o projeto sob sua responsabilidade, intitulado: **"Perfil dos usuários de crack e padrões de uso"** foi **APROVADO**.

Protocolo interno N ° 063/2011

Pelotas, 26 de agosto de 2011.


Prof.ª Dr.ª Marilu Correa Soares
Coordenadora CEP-FEN-UFFPel
COREN-RS 21885