

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**

WELISON DE LIMA SOUSA

**O CUIDADO ÀS PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA DE MACEIÓ-ALAGOAS: UM
ESTUDO DE CASO**

**MACEIÓ
2016**

WELISON DE LIMA SOUSA

**O CUIDADO ÀS PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA DE MACEIÓ-ALAGOAS: UM
ESTUDO DE CASO**

Dissertação apresentada à Banca Examinadora do Programa de Pós-Graduação em Psicologia, da Universidade Federal de Alagoas, como exigência para a obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Orientador: Prof. Dr. Jefferson de Souza Bernardes.

MACEIÓ
2016

Catálogo na fonte
Universidade Federal de Alagoas
Biblioteca Central
Divisão de Tratamento Técnico

Bibliotecária Responsável: Helena Cristina Pimentel do Vale

S725c Sousa, Welison de Lima.
O cuidado às pessoas em situação de rua de Maceió-Alagoas: um estudo de caso
/ Welison de Lima Sousa . – 2016.
81 f. : il.

Orientador: Jefferson de Souza Bernardes.
Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal de Alagoas.
Instituto de Psicologia. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Maceió, 2016.

Bibliografia: f. 74-80.
Apêndice: f. 81

1. Psicologia social. 2. População em situação de rua – Maceió (AL) – Cuidados.
3. Ator-Rede – Teoria. I. Título.

CDU: 316.6(813.5)



UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS - UFAL
INSTITUTO DE PSICOLOGIA - IP
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA – PPGP

TERMO DE APROVAÇÃO

WELISON DE LIMA SOUSA

Título do Trabalho: "***O Cuidado nas Redes heterogêneas de Atenção às Pessoas em situação de rua de Maceió-Alagoas***".

Dissertação aprovada como requisito para obtenção do grau de Mestre em Psicologia, pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Alagoas, pela seguinte banca examinadora:

Orientador:

Prof. Dr. Jefferson de Souza Bernardes (PPGP/UFAL)

Examinadores:

Prof. Dr. Ricardo Pimentel Mélo (UFC)

Profª. Drª. Maria Auxiliadora Teixeira Ribeiro (PPGP/UFAL)

Maceió-AL, 28 de junho de 2016.

Dedicado à Hiran Luiz, Tia Chiquinha e
à Maria Rodoviária!

AGRADECIMENTOS

A todos as pessoas que se disponibilizaram a conversar e trocar histórias;

Ao Jefferson Bernardes pelos encontros afetivos e singulares que me permitiram um aprendizado para a vida;

A Maria Auxiliadora, Ricardo Mélo, Telma Low e Jacqueline Brigagão, por aceitarem o convite e contribuírem em momentos distintos e importantes desta construção;

A Milena Lisboa pela disponibilidade e atenção;

Ao Consultório na Rua de Maceió pelas conversas e discussões;

A Jorgina Sales, pela disponibilidade para diversas conversas;

A promotoria de Justiça Coletiva e Direitos Humanos do Ministério Público de Alagoas, pela disponibilidade para conversa e da disponibilização de documentos;

Aos meus familiares pelo apoio e compreensão;

A Ana Costa por enfrentar a distância, compreender as ausências, ser companheira e amar;

Ao João Djair (curumim) pela companhia, partilha e amizade;

Ao Miguel pelas caminhadas;

A Tchonga e Família tchonga pela acolhida de sempre;

A Eyre Malena, por todos os afetos;

Ao Nilton, Stephane, Darlan e Adriano, por serem parceiros de alegrias/angústias e diversos aprendizados para a vida!

Aos companheiros e companheiras do grupo de pesquisa, por todas as contribuições nesse processo de aprendizado;

Aos meus amigos e amigas, que perto ou longe, me incentivaram e são parte importante de mais essa parte da minha história!

A Helena Pimentel, pelo acolhimento e atenção.

RESUMO

O cuidado à população em situação de rua ainda é um desafio para as políticas públicas, uma vez que requer não apenas a garantia de direitos, mas, a promoção de projetos específicos de vida para sujeitos específicos. Esta pesquisa teve como objetivo compreender o cuidado à população em situação de rua, a partir da vivência com o Consultório na Rua. Para tal, utilizamos do referencial teórico-metodológico da Teoria Ator-Rede, que nos convida a “seguir os atores” e, assim, acompanhamos a história de “Maria Rodoviária”, uma idosa que vivia em situação de rua no ponto de ônibus da rodoviária de Maceió-AL. O processo de “cuidado” que vai se consolidando diante de sua situação e envolvendo diversos atores. Para a produção e análise das informações utilizamos das conversas no cotidiano e da produção do diário de campo. A proposta do cuidado foi realizada a partir de sua articulação com os valores propostos por Italo Calvino em seu livro “Seis propostas para o novo milênio” que são: leveza, rapidez, exatidão, visibilidade e multiplicidade. A intenção é que estas propostas de Calvino possam colaborar na problematização e produção do cuidado junto à população em situação de rua.

Palavras-chave: Cuidado. População em situação de rua. Teoria Ator-Rede

ABSTRACT

The care with the homeless people is still a challenge to the Public Policy, once requires not only warranty rights, yet, the development of specific life projects to specific individuals. This research had as aim to understand the care with homeless people, onwards their experience with Street Clinic. Thus, we used the Actor-Network Theory as theoretical framework, which invite us “to follow the actors” and, assist “Maria Rodoviária’s story”, a homeless elderly who lived in a stop bus in Maceió’s Bus Station. The caring process will consolidating face the situations involving different actors. In the production and analysis of the informations we used daily talk and field diary. The caring proposal was made onwards its liaison with the values proposed by Italo Calvino in his book “Six proposals to the new millennium” which are softness, quickness, accuracy, exposure and multiplicity. The intention is that Calvino Proposals could contribute in the questioning e production of the care with homeless people.

Keywords: Care, Homeless. Actor-Network Theory.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Dinâmica do Compartilhamento da Saúde.....	20
Figura 2 - Intersetorialidade da Política Nacional para População em Situação de Rua.....	27
Figura 3 - Rede de Serviços para a População em Situação de Rua.....	70

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	09
2	O CUIDADO: APROXIMAÇÕES TEÓRICAS.....	11
3	A POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA: CONSTITUIÇÃO; MULTIPLICIDADE E CUIDADO.....	24
3.1	A constituição da categoria população em situação de rua.....	24
3.2	Caracterização de sua multiplicidade.....	32
3.3	Cuidado à população em situação de rua	36
4.	REFERÊNCIAL TEÓRICO METODOLÓGICO	40
4.1	Teoria Ator-Rede (TAR)	40
4.2	Procedimentos da construção das informações	47
5	UMA HISTÓRIA PARA UM CUIDADO: VALORES QUE VALEM A PENA DEFENDER	53
	Leveza	54
	Rapidez	60
	Precisão	61
	Visibilidade	67
	Multiplicidade	69
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	72
	REFERÊNCIAS	74
	APÊNDICE A	81

1 INTRODUÇÃO

O interesse pela temática do cuidado à população em situação de rua surge de minha experiência profissional como psicólogo no Consultório de/na Rua da cidade de Maceió-AL, no qual tive alegrias e frustrações em meio a uma rede de atores humanos e não-humanos que me fizeram refletir sobre meus pré-conceitos em relação à rua e as pessoas que lá estão.

Em meados de janeiro de 2015, uma amiga me perguntou se vi no facebook umas postagens que estavam circulando referentes à história de uma senhora que vive num banco de um ponto de ônibus situado na rodoviária de Maceió. Fui então procurar tais postagens e, ao encontrar, me deparei com uma imagem dessa senhora e dos comentários de usuários do facebook, que apresentavam diversos posicionamentos, que convocavam atitudes dos governantes, de serviços, de instituições, das mais diversas formas: a Prefeitura, através das Secretarias de saúde e assistência social; o conselho municipal do idoso, que era convocado a fazer algo por se tratar de uma idosa; a Justiça através do Ministério público que deveria retirar a senhora do local mesmo que à força e levá-la para um outro lugar. Esta história me levou a refletir sobre a importância da atenção e do cuidado que as pessoas em situação de rua requerem e que envolve a complexidade do cotidiano e da heterogeneidade dessa população. Ao mesmo tempo, também, ilustra uma rede que vai se formando, incluindo novos atores e evidenciando controvérsias, posicionamentos éticos e políticos que estão diretamente ligados a atenção e ao cuidado para com essa população.

Através desta história, uma questão se torna presente: a rua é um espaço onde as coisas acontecem, sendo um lugar que produz realidades, simultaneamente à sua própria produção. A população em situação de rua carece de cuidado na especificidade das relações e significados próprios produzidos pela vivência do espaço da rua, daí surgem nossas questões: Como cuidar da população em situação de rua? Como compreender o que é o cuidado nestes contextos?

Assim, o objetivo geral desta pesquisa é compreender o cuidado à população em situação de rua. Para isso, tomamos como objetivos específicos: descrever a rede de cuidados que envolve essa população e, em especial, uma pessoa em situação de rua; seguir atores envolvidos no cuidado às pessoas em situação de rua; problematizar o cuidado a partir de referenciais externos a Psicologia, no caso, por meio da literatura.

Para fazer essa discussão, primeiramente, problematizei a noção de cuidado na literatura científica e, posteriormente, o cuidado específico à população em situação de rua.

Utilizei o referencial teórico-metodológico da Teoria do Ator-Rede, no qual propõe que devemos “seguir os atores” (actantes) humanos e não-humanos, em seus movimentos nas redes heterogêneas, analisando como produzem suas realidades. Apresentarei “Maria Rodoviária”¹, a idosa relatada na reportagem, e o processo de cuidado que foi se consolidando diante de sua situação, envolvendo diversos atores. Segui documentos, espaços diversos, objetos, pessoas etc, que se conectam à “Maria Rodoviária”. Utilizei, também, as conversas no cotidiano e a escrita de diário de campo para a produção das informações, bem como para a análise destas.

Por fim, discuto o cuidado articulado aos valores propostos por Italo Calvino em seu livro “Seis propostas para o próximo milênio” que são: leveza, rapidez, exatidão, visibilidade e multiplicidade. A ideia é que as propostas de Calvino ajudem a problematizar os cuidados produzidos junto à população em situação de rua.

¹ “Maria Rodoviária” é nome fictício criado para a proteção desta pessoa em situação de rua.

2 O CUIDADO: APROXIMAÇÕES TEÓRICAS

Para a compreensão das práticas de cuidado em saúde, práticas realizadas por meio de uma lógica de rede de serviços, se torna necessário discutir a noção de cuidado para além de um “[...] conjunto de procedimentos tecnicamente orientados para o bom êxito de um certo tratamento” (AYRES, 2004, p. 74). Um modelo tecnicista de cuidado não dá conta da dimensão complexa e dinâmica dos conceitos e de ações que este pode tomar. Ayres (2004) aborda a questão do cuidado como um constructo que, por um lado, trata de uma compreensão filosófica e, por outro lado, uma atitude prática frente ao sentido que as ações de saúde adquirem nas diversas situações em que há necessidade de uma ação terapêutica, ou seja, a interação entre dois ou mais sujeitos que visa o alívio de um sofrimento ou o alcance de um bem-estar, no qual serão mediados pelos saberes específicos para tal finalidade.

Desta forma, seguindo Boff (2014) e Ayres (2004) buscaremos discutir o cuidado a partir da Fábula-mito de Higino que trata da relação do ser humano com o cuidado, para tentarmos construir nossas reflexões sobre cuidado, considerando sua amplitude e complexidade.

Certo dia, ao atravessar um rio, Cuidado viu um pedaço de barro. Logo teve uma ideia inspirada. Tomou um pouco do barro e começou a dar-lhe forma. Enquanto contemplava o que havia feito, apareceu Júpiter. Cuidado pediu-lhe que soprasse espírito nele. O que Júpiter fez de bom grado. Quando, porém, Cuidado quis dar um nome à criatura que havia moldado, Júpiter o proibiu. Exigiu que fosse imposto o seu nome. Enquanto Júpiter e o Cuidado discutiam, surgiu, de repente, a Terra. Quis também ela conferir o seu nome à criatura, pois fora feita de barro, material do corpo da Terra. Originou-se então uma discussão generalizada. De comum acordo pediram a Saturno que funcionasse como árbitro. Este tomou a seguinte decisão que pareceu justa: Você, Júpiter, deu-lhe espírito; receberá, pois, de volta este espírito por ocasião da morte dessa criatura. Você, Terra, deu-lhe o corpo; receberá, portanto, também de volta o seu corpo quando essa criatura morrer. Mas como você, Cuidado, foi quem, por primeiro, moldou a criatura, ficará sob seus cuidados enquanto ela viver. E uma vez que entre vocês há acalorada discussão acerca do nome, decido eu: esta criatura será chamada *Homem*, isto é, feita de *húmus*, que significa terra fértil (BOFF, 2014, p. 51-52).

Boff (2014) chama tal relato de fábula-mito, uma vez que por fábula, compreende uma narrativa imaginária na qual os personagens são em geral, animais, plantas ou a personificação de qualidades, virtudes e vícios, que tem por objetivo transmitir lições morais ou tornar concreta uma verdade abstrata. Enquanto o mito, para o autor, estaria relacionado a uma crença coletiva acerca de algo relevante (pessoas, situações, acontecimentos) que circulam pela cultura. Assim, dada a presença de figuras mitológicas greco-latinas de grande significação simbólica, como Júpiter, Terra e Saturno, seguindo tais considerações chamamos a história de Cuidado de fábula-mito.

[...] o mito se comunica mediante narrativas que utilizam símbolos e representações poderosas, como deuses e deusas, confrontos entre o céu e a terra para expressar situações ou histórias verdadeiras, carregadas de dramaticidade e significação, vividas, desde sempre, pela humanidade. Ou procuram explicar o surgimento de realidades que, para certas comunidades, têm especial significação e valor, como o nome de um lugar, a importância de um certo animal, de uma montanha ou de certo comportamento exemplar, para o bem ou para o mal. O mito configura sempre representações da consciência coletiva, ditas e reditas em cada geração (BOFF, 2014, p. 63).

O mito busca expressar valores de grande impacto e complexidade de forma alegórica e subjetiva que seriam mais difíceis de serem expressos através de conceitos. Desta forma, a fábula-mito do cuidado elaborada por Higino, como discutido por Boff (2014), busca explicar o sentido do cuidado para a vida humana, nos trazendo as forças universais (Júpiter, Terra e Saturno) enquanto símbolos importantes para a compreensão da narrativa. Traz Júpiter, representando o céu, o criador e doador da vida e do espírito. A Terra fornece o material do qual se molda o ser humano, a argila, trazendo assim, a perspectiva imanente da realidade. E Saturno, vem representar o deus antigo, aquele que é sábio e justo, o deus do tempo e da utopia, que vem reinar para além de qualquer conflito. Assim, pensamos que é o tempo que possibilita as condições necessárias para que o ser humano se construa, pois depende do tempo para crescer, aprender, amadurecer, ganhar sabedoria e até morrer. A fábula-mito de Higino nos traz que é no/pelo cuidado que essas forças se unem e tornam-se materiais para a construção da existência do ser humano no mundo, sendo o cuidado o acompanhante do ser humano enquanto este caminha pelo tempo/espço.

Buscando aprofundar os diversos elementos desta narrativa mitológica, recorreremos a Ayres (2004) que nos apresenta alguns elementos pertinentes para a discussão que nos propomos, são eles: o Movimento; Interação; Identidade e Alteridade; Plasticidade; o Projeto; o Desejo; a Temporalidade; Não-Causalidade; e a Responsabilidade. Tal autor nos afirma que o Movimento é o primeiro elemento da alegoria, e o coloca como fundamental, pois é através do movimento que Cuidado encontra a argila, não é numa busca, mas sim no movimento que as coisas acontecem, pois é no ato de viver, que se constrói projetos de vida. A interação é fator constante na alegoria entre os diversos personagens, ao mesmo tempo em que produz identidades, produz também a alteridade, que só é possível na presença e reconhecimento do outro. A plasticidade emerge como a possibilidade de mudança, de transformação, que alimenta e encerra a existência humana. O projeto é condição para o cuidado, ao mesmo tempo em que o cuidado é a capacidade de construir projetos de vida. O Desejo surge na alegoria como o desejo de presença que é permeado pelos diversos personagens em meio ao conflito e a resistência. A temporalidade é condição para o cuidado, do devir da existência,

que sempre está em movimento. A não-causalidade, remete a uma compreensão de que não se pode pensar o cuidado numa relação de causa e efeito, em que uma parte é mais importante do que outra de forma hierarquizada, mas sim, pensarmos que cada parte envolvida no cuidado, só ganhará sentido enquanto uma totalidade, e que a totalidade tem seu sentido dependente de cada uma de suas partes. A responsabilidade surge na alegoria, nos falando de que o cuidado, não é apenas um ato de projetar, mas sim, de se responsabilizar pelo projeto. Como afirma Ayres (2004, p. 78), “[...] um projetar porque se responsabiliza”, tal afirmação é de grande importância ao pensarmos a noção de cuidado, pois nos remete a um compromisso ético e político para com os sujeitos envolvidos no cuidado.

Assim, ainda refletindo sobre as questões trazidas anteriormente, podemos pensar que,

Cuidar da saúde de alguém é mais que construir um objeto e intervir sobre ele. Para cuidar há que se considerar e construir projetos; há que se sustentar, ao longo do tempo, uma certa relação entre a matéria e o espírito, o corpo e a mente, moldados a partir de uma forma que o sujeito quer opor à dissolução, inerte e amorfa, de sua presença no mundo. Então é forçoso saber qual é o projeto de felicidade que está ali em questão, no ato assistencial, mediato ou imediato. A atitude de cuidar não pode ser apenas uma pequena e subordinada tarefa parcelar das práticas de saúde. A atitude "cuidadora" precisa se expandir mesmo para a totalidade das reflexões e intervenções no campo da saúde (AYRES, 2001, p. 71).

Para compreendermos as práticas de cuidado em saúde, devemos partir da consideração de sua complexidade já que são muitos os ângulos de aproximação e discursos possíveis sobre essa questão (BARROS; GOMES, 2011). Para Barros e Gomes (2011) a noção de cuidado é polissêmica e transita por diferentes abordagens conceituais e metodológicas, e que o mais importante é pensar sobre o sentido adotado nos diferentes contextos e quais os efeitos produzidos. Pensar sobre os efeitos produzidos pelo cuidado pode nos ajudar a promover formas de cuidado mais alinhadas aos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e se configurar como organizador das práticas em todos os âmbitos da saúde.

Para Boff (2005), o cuidado significa desvelo, solicitude, zelo, atenção, bom trato, e a atitude de cuidado por uma pessoa pode provocar uma preocupação, uma inquietação e um sentido de responsabilidade pelo outro, mas que, só acontece quando a existência de alguém tem importância para mim. Tal constatação, pode nos auxiliar na direção de melhores compreensões sobre o ato de cuidar, entendendo este agora, a partir de uma lógica de responsabilização para com o projeto de vida do outro e, assim, de um comprometimento ético e político para com os meios e os efeitos do ato de cuidar, que implica na importância do outro para mim, ou seja, do que tem sido valorizado no cotidiano das práticas de saúde.

Cuidar das coisas implica ter intimidade com elas, senti-las dentro, acolhê-las, respeitá-las, dar-lhe sossego e repouso. Cuidar é entrar em sintonia com as coisas. Auscultar-lhe o ritmo e afinar-se com ele. Cuidar é estabelecer comunhão. Não é a razão analítica-instrumental que é chamada a funcionar. Mas a razão cordial, o *esprit de finesse* (o espírito de delicadeza), o sentimento profundo. Mais que o *logos* (razão), é *opathos* (sentimento), que ocupa aqui a centralidade (BOFF, 2005, p. 31).

Desta forma, acreditamos que o cuidado é uma construção que se dá no cotidiano, em sujeitos concretos, dotados de história e complexidade. Nesta direção, Barros e Gomes (2011) propõem que a noção de cuidado recusa binarismos ou dualismos, ou que se torne o oposto de descuidado. Argumentam que cuidado deve ser tomado a partir do Devir: acontecimentos que ocorrem na própria vivência dia-a-dia do sujeito, como um processo de encontros cotidianos.

Pires (2005) nos fala da politicidade do cuidado que trata da intrínseca ambivalência da ajuda que sendo poder, tanto domina como liberta fazeres humanos. Tem como característica, enquanto gesto e atitude solidária, proteger e assegurar vida, direitos e cidadania, mas também impulsiona uma relação opressora e subjugante, já que pode utilizar dos artificios da solidariedade para manter-se na posição de domínio. Como saída para tal ambivalência, Pires (2005) nos aponta a construção de autonomias, para todos os sujeitos, sejam usuários dos serviços, profissionais, gestores, famílias, comunidades, enfim, cidadãos. Podemos compreender autonomia, como afirma Cruz (2009), como o processo de co-constituição de maior capacidade dos sujeitos de compreender e agir sobre si mesmos e sobre o contexto, conforme objetivos democraticamente estabelecidos. Assim, sujeitos autônomos são sujeitos de conhecimentos e reflexões, com capacidade de lidar com o sistema de poder, com os conflitos e de estabelecer compromissos e contratos com os outros sujeitos de modo a criar bem-estar e contextos democráticos.

Assim, Cruz (2009) argumenta que cuidado remete a uma construção que vai além de uma ação sobre a doença ou da produção de saúde. Cuidado atravessa a possibilidade de contribuir para o maior grau de autonomia dos sujeitos e do exercício da cidadania através da construção de espaços de emergência de sujeitos políticos e de desejos, comprometidos com o seu próprio processo saúde-doença-cuidado, suas formas de ser, bem como a construção de transformações sociais. Diante do exposto, cabe pensarmos o cuidado como instância criadora, e não apenas como regras, procedimentos, rotinas e técnicas.

Pires (2005) afirma que o cuidado pode ser uma prática reconstitutiva da autonomia dos sujeitos através do triângulo emancipatório do cuidar: Conhecer para cuidar melhor (compreender o contexto sócio-histórico no qual são geradas as relações de ajuda-poder na política de saúde, ampliando a reflexão para além do enfoque restrito da doença); Cuidar para

confrontar (fortalecimento de autonomias individuais e coletivas na equipe de saúde e em sua relação com o outro, coletivizando conhecimentos capazes de democratizar assimetrias de poder); e Cuidar para emancipar (gestão da ajuda-poder na micropolítica do trabalho em saúde, na busca por desconstruir assimetrias de poder). Esta autora nos afirma ainda que:

Assumir a politicidade do cuidado como referência analítica e proposição indutora de mudança significa apostar numa ajuda que priorize a libertação de fazeres, desconstruindo as amarras que o aprisionam e potencializando enfrentamentos de situações opressoras. Significa passar de técnico a agente público de mudança, de administrador de decisões a formulador e indutor das mesmas, de *paciente* a cidadão, de *doente* a pessoa humana, capaz tanto de sapiência criativa [...] (PIRES, 2005, p. 1034).

É o cuidado enquanto ato de construção de autonomia dos sujeitos na sua relação consigo, com os outros e para com seus contextos de vida. Mélló (2009) fala do cuidado enquanto encontro, como intercessão, em que às vezes se cuida e, às vezes, se é cuidado. Essa horizontalidade aponta para construções conjuntas de subjetividades, que podem tanto manter relações de tutela, pois muitas práticas de gestão do cuidado em saúde atuam de forma a desqualificar e tornar incapaz o outro, através de um julgamento do que é certo ou errado em relação a este em sua condição de ser e de viver, através de uma lógica de cuidado pautado no modelo estritamente biomédico e cientificista que desqualifica e silencia todo conhecimento que não esteja de acordo com tal.

Há também o cuidado interessado na produção de autonomia e protagonismo entre os diferentes atores envolvidos. Desta forma, podemos afirmar que o cuidado em saúde possui a capacidade de redimensionar as concepções de saúde, doença, cura e do próprio cuidado. O Cuidado, então, deve estar articulado e/ou redimensionar a concepção de saúde, de forma que esta reconheça a diversidade do humano. Considerando a vida como um processo de mudança, a partir da relação homem-meio, relação que não acontece a partir da passividade ou subjugação, mas como construção:

A vida é exatamente a possibilidade de mudança, de autocriação (autopoiese) neste confronto incessante. A história de um ser é a história de suas articulações com o meio e é isso que determina seu modo de ser no mundo e o próprio mundo. A vida seria então essa relação arriscada com o que nos circunda, e a saúde deveria ser entendida não como a subordinação passiva ao meio, mas como o empreender, o atuar nele, construindo-o (BARROS; GOMES, 2011, p. 644).

Discutir o cuidado é se debruçar sobre o conceito de Saúde, pois cuidado é uma forma de ser e se relacionar com o mundo. Buscamos então, ajuda para esta questão em Canguilhem (2009), ao argumentar que saúde e doença não são polaridades. Canguilhem utiliza da

diferenciação entre norma e normal, no qual a primeira, remete a um substantivo que designa formas de viver e se relacionar com o mundo, e a segunda diz respeito a uma adjetivação construída para estabelecer valores, ou seja, uma forma de qualificar a norma. Canguilhem (2009) nos coloca que saúde está relacionada à capacidade normativa dos indivíduos, às suas normas, e não ao que é normal, ou imposto como tal. Pensar a saúde como a possibilidade e a capacidade dos sujeitos de produzirem novas normas (formas de ser e de viver) é pensar na saúde enquanto poder criativo, enquanto criatividade. É a abertura a novas possibilidades de ser e de viver ou, mais ainda, que a doença é a redução da capacidade de criar novas normas, ou seja, de ser normativo (criativo) diante da vida.

A partir das contribuições apresentadas por Canguilhem, é interessante pensar as práticas de saúde para além do discurso médico, que é em si, a exclusão do próprio sujeito. Para isso, devemos buscar romper com esse discurso, ainda que isso seja difícil, uma vez que estamos imersos diante dessa lógica que permeia os diversos âmbitos da vida, não se limitando ao âmbito dos serviços de saúde.

A partir dessas considerações, fica claro, que o cuidado não corresponde a mais um procedimento técnico específico, pois não há formulas que nos ensinem a cuidar, se partimos da compreensão de saúde enquanto criatividade, assim também deve ser o cuidado. Tal termo, então, deve ser considerado uma referência ética para fundamentar as práticas de saúde entre os diversos: usuários, profissionais e serviços (BARROS; GOMES, 2011). O cuidado traz a possibilidade de superação ou, pelo menos, minimização da negação ou desqualificação do outro na direção de novo modelo de atenção.

O modelo de atenção integral à saúde, como afirma Miceli (2009), diferentemente do modelo biomédico, é baseado no indivíduo que é considerado um ser integral e inserido num contexto e numa comunidade, que também deve ser cuidada, sendo as ações direcionadas ao indivíduo e ao seu contexto, de forma simultânea. Sendo um modelo no qual os cuidados são realizados em rede, sem hierarquia de saberes, sendo valorizada a comunicação entre todos os envolvidos no processo do cuidar. Esse modelo apresenta características interessantes para o cuidado e que estão em consonância com o que Mattos (2013) apresenta como características de um modo qualificado de cuidar, que segundo este, é a capacidade de apreensão ampliada das necessidades de saúde das pessoas e dos grupos aliado à habilidade para aplicar as tecnologias existentes.

Merhy (1997) traz contribuições importantes sobre o trabalho em saúde, apresentando três tipos de tecnologias: tecnologias duras, que podem ser representados pelas máquinas; as tecnológicas leve-duras que diz respeito aos saberes estruturados; e as tecnologias leves, que

se implicam na produção das relações entre os sujeitos envolvidos nos processos de comunicação, no acolhimento, na formação de vínculo e na produção de autonomia.

[...] a produção do cuidado, estabelece-se entre eles um espaço intercessor que sempre existirá nos seus encontros, mas só nos seus encontros, e em ato. A imagem desse espaço é semelhante à da construção de um espaço comum, no qual um intervém no outro, por isso é caracterizado como processo intercessor, e não como simples intersecção, pois contém, na sua constitutividade, a lógica da mútua produção em ato micropolítico, que supõe a produção de um no outro (MERHY, 2006, p. 70).

Merhy (2006), assim como Mélo (2009), nos fala do cuidado enquanto acontecimento, o que nos mostra a importância deste em seu caráter singular de cada encontro e na relação que se constitui. Assim, o cuidado tem a capacidade de potencializar o protagonismo dos sujeitos envolvidos. Merhy (2006) apresenta então, para a importância das relações, as tecnologias leves na produção do cuidado, dada sua potência para a produção da saúde e de sujeitos.

Concordando com Bernardes (2012) de que o cuidado é organizador do trabalho na saúde, percebemos que podemos falar do cuidado, a partir da gestão do cuidado, ou seja, da humanização em/na saúde (BENEVIDES; PASSOS, 2005), ou a partir da integralidade na saúde (MATTOS, 2001). A humanização na saúde enquanto política deve traduzir princípios e modos de operar no conjunto das relações entre todos que constituem o Sistema Único de Saúde (SUS), no qual o modo coletivo e co-gestivo de produção de saúde e de sujeitos implicados nesta produção deve orientar a construção da Política Nacional de Humanização (PNH) (BENEVIDES; PASSOS, 2005). Isto implica num modo coletivo de operar e de se organizar que envolve todos os atores: profissionais, gestores e usuários na busca pela criação de espaços de construção e troca de saberes.

Importante contribuição da humanização na saúde é conceituar saúde como um processo de produção, no qual não se reduz ao binômio queixa-conduta, mas aponta para a multiplicidade dos determinantes da saúde e para a complexidade das relações entre sujeitos trabalhadores, gestores e usuários de serviços de saúde, o que produz nesse processo a um só tempo a saúde e os sujeitos implicados em novas práticas de saúde (BENEVIDES; PASSOS, 2005).

Para a construção de novos sujeitos e práticas em saúde, o cuidado é imprescindível, pois revela a mudança de concepção no que se refere ao campo do cuidar. Nosso eixo de sustentação é pensar o cuidado como "techné" (arte, para os gregos), ou seja, tomar o cuidado como técnica de vida. Tal perspectiva tem implicações importantes, pois trata-se de um processo de produção de novas subjetividades entre os profissionais e usuários dos serviços de saúde, subjetividade entendida como a maneira particular de cada um de sentir, ver e estar no mundo (DIMENSTEIN, 2004, p. 114-115).

Essas considerações reafirmam a relação intrínseca entre humanização e cuidado, pois implicam no compromisso com a pluralidade das forças que compõem a vida como afirma Dimenstein (2004), apontando para uma ética dialógica e comprometida com formas singulares de ser e de viver. Esta mesma autora, ao falar do contexto da atenção à saúde mental, mas que aqui iremos ampliar para o âmbito geral das práticas de saúde, diz que se observam práticas e saberes que buscam a modelagem e homogeneização das subjetividades, ou seja, são produzidas ações que se afastam da perspectiva do cuidado com um ser humano concreto e singular.

A Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2009a) fundamenta-se na Clínica Ampliada, afirmando que ela é uma ferramenta de articulação e inclusão dos diferentes enfoques e disciplinas sobre o trabalho em saúde, bem como na necessidade de compartilhar com os usuários a construção dos diagnósticos e as condutas que serão realizadas, dando ênfase à coletividade e à participação social, pois “[...] ampliar e compartilhar a clínica é construir processos de saúde nas relações entre serviços e a comunidade de forma conjunta, participativa e negociada” (p.11).

Para Campos e Amaral (2007) a Clínica Ampliada aborda o sujeito em sua concretude e nos convida a pensá-la enquanto clínica do sujeito. Para Barros e Gomes (2011), as práticas do cuidado:

[...] como clínica ampliada, como clínica aberta, é estabelecer um compromisso radical com o sujeito visto como singular, assumindo responsabilidades no processo terapêutico, afirmando a intersetorialidade em saúde e tendo a dimensão dos limites dos saberes especializados. Dessa forma, afirmamos uma perspectiva transdisciplinar, que rompe com os especialismos desqualificadores e busca outros conhecimentos-saberes, assumindo, enfim, um compromisso ético que não reduz o sujeito à doença (p. 653).

Tal afirmativa nos leva para uma compreensão abrangente da complexidade das necessidades desse sujeito, pois a partir da clínica ampliada opera uma mudança do “objeto de trabalho” e objetivo/finalidade do trabalho em saúde (CAMPOS; AMARAL, 2007), não sendo mais apenas o tratamento ou prevenção das doenças o foco do trabalho, mas todas as necessidades de um sujeito concreto, singular e desejante. Quanto ao objetivo ou finalidade do

trabalho em saúde, podemos afirmar que além da busca pela produção da saúde através dos diversos meios (curativos, preventivos, reabilitação e paliativos), a clínica deve contribuir para a autonomia dos usuários, tal ampliação, diz respeito à capacidade dos usuários de compreenderem e atuarem sobre si e sobre o mundo.

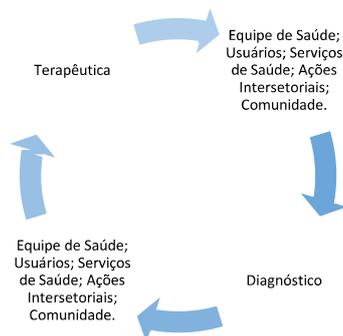
Essa alteração de objeto e objetivo exige mudanças nos meios de intervenção, sejam diagnósticas ou terapêuticas (CAMPOS; AMARAL, 2007). A integração de diversas abordagens na busca pela compreensão de um sujeito concreto facilitará o manejo eficaz da complexidade do trabalho em saúde, no qual não podemos pensar como sendo algo individual, mas coletivo e multidisciplinar, não cabendo, portanto, apenas ao núcleo profissional, pois deve englobar outros sujeitos, sejam familiares, amigos, pessoas da comunidade e, claro, o próprio usuário (BRASIL, 2009a).

A Clínica Ampliada se organiza em eixos: o primeiro eixo é a compreensão ampliada do processo saúde-doença. Esse eixo enfatiza a situação real do trabalho em saúde com sujeitos concretos, de modo a evitar recortes arbitrários dessa realidade, que não reconheçam sua complexidade, que se traduz num modo diferente de fazer clínica, numa ampliação do objeto de trabalho e na busca de resultados eficientes, através da inclusão de novos instrumentos de trabalho.

Um segundo eixo, diz respeito à construção compartilhada dos diagnósticos, terapêuticas e soluções dos problemas. O princípio básico é o reconhecimento da complexidade dos sujeitos e do processo saúde-doença. Tal proposta caminha na direção da equipe de saúde, dos usuários, dos serviços de saúde, das ações intersetoriais e comunidade, apostando na potência da construção compartilhada e nos desdobramentos desta.

O compartilhamento como discutido, é exemplificado abaixo por meio de uma figura, no qual não existe início ou fim, afinal, é um processo constante, de negociação e de reavaliação, no qual sempre há disponibilidade para mudanças e inclusão de novos sujeitos, dispositivos ou estratégias.

Figura 1 - Dinâmica do Compartilhamento da Saúde.



Fonte: Autor (2016)

A Ampliação do “objeto de trabalho” é um eixo que trata da compreensão de que o “objeto de trabalho” no campo da saúde é centrado nas pessoas e não em suas doenças. Neste sentido, busca-se rupturas com modelos ou práticas que se responsabilizam por “procedimentos”, “diagnósticos” ou “pedaços das pessoas”, buscando superar esta fragmentação, individualização e desresponsabilização do trabalho, da atenção e do cuidado. Desta forma, a ampliação do “objeto de trabalho” é um convite para a responsabilização com pessoas, em sua totalidade e complexidade nos diversos contextos e momentos de vida.

A transformação dos “meios” ou instrumentos de trabalho apresenta eixos de construção de novos arranjos e dispositivos de gestão que possam ser capazes de privilegiar uma comunicação que seja transversal. Pois, só se constrói a clínica ampliada e compartilhada tendo a capacidade de escuta do outro e de si mesmo. Neste sentido, Campos e Amaral (2007) apontam que o desafio da clínica ampliada é a superação dessas fragmentações, a fim de construir uma clínica que seja ampliada e compartilhada, que inclua além dos conhecimentos da semiologia das doenças, que possa agregar outros recursos como a história de vida do sujeito, a valorização da escuta, da palavra, do poder da educação em saúde e do apoio psicossocial como importantes para a compreensão dos sujeitos em seus contextos de vida e em seu processo saúde-doença.

O suporte para os profissionais de saúde é um eixo que nos fala sobre afetos, ou melhor, do reconhecimento destes e na forma de lidar com eles no trabalho em saúde, de modo a criar instrumentos que possam ajudar o profissional a lidar com as dificuldades e identificações, sejam positivas ou negativas com os diversos tipos de situações. A principal proposta então, é a superação dos ideais de “neutralidade” e “não-envolvimento”, afinal, ao afetar, também sou afetado, não existindo um limite delimitado. A elaboração dessa afetação é um importante elemento para a construção de vínculos e compreensões ampliadas dos sujeitos, inclusive, do próprio profissional. Assim, a temática dos afetos é parte importante

nas discussões da equipe e com os próprios usuários, fazendo parte inclusive, das discussões de caso.

Diante desses eixos, afirmamos que a Clínica Ampliada está agregada ao cuidado, já que ambas partilham da concepção de ampliação do processo saúde-doença e reafirmam a importância de ter por base as necessidades dos sujeitos e o compartilhamento da responsabilidade. Tal processo gera saúde, protagonismo e autonomia dos sujeitos, através de constantes processos de negociação.

Gostaríamos ainda, de seguir discutindo o cuidado, agora relacionado à noção de integralidade. Integralidade é um dos princípios do Sistema Único de Saúde, com caráter polissêmico e definido a partir de conjuntos de sentidos (MATTOS, 2013). Integralidade, em todos os conjuntos de sentidos propostos por este autor, tem como ponto central a recusa do reducionismo, da objetivação dos sujeitos, em busca de um modo ampliado de apreensão das necessidades de saúde, como também de uma afirmação do diálogo como fundamental para sua construção, já que ele considera a realização da Integralidade somente a partir da relação sujeito-sujeito. Essas considerações, para nós, reafirmam a relação intrínseca entre integralidade e cuidado.

O primeiro conjunto de sentidos para integralidade está relacionado ao que podemos considerar ser uma boa prática profissional, ou seja, de valores que se expressam na forma como os profissionais respondem aos que o procuram, garantindo uma atenção que não seja fragmentária ou reducionista às dimensões biológicas em detrimento das demais considerações. O que se busca é uma atitude de acolhimento para quem busca os serviços de saúde e a utilização do conhecimento sobre o processo saúde-doença de forma prudente e guiada por uma perspectiva abrangente das necessidades desses sujeitos.

Assim, a integralidade como dimensão das práticas profissionais, se faz pelo encontro/relação entre profissional e usuário do serviço, na busca pela forma mais abrangente possível das necessidades deste usuário, de modo a gerar e aproveitar as oportunidades de aplicação de técnicas de prevenção, mas que não se resumem a isso, afinal as necessidades dos usuários vão além de questões de prevenção e de controle de doenças.

O segundo grupo de sentidos para integralidade, está relacionado à organização do trabalho nos serviços de saúde. Trata-se de um princípio de organização contínua do processo de trabalho de modo que se ampliem as possibilidades de apreensão das necessidades dos sujeitos que buscam os serviços, tendo o diálogo como central para que tal apreensão ocorra. O diálogo é o ponto de partida e ocorre entre os diferentes sujeitos envolvidos e as diferentes formas de perceber as necessidades de serviços de saúde, o que possibilita a ampliação da

atenção às necessidades dos grupos populacionais que buscam os serviços de saúde, ao mesmo tempo, também, que promove o questionamento sobre as melhores formas de dar respostas a tais necessidades.

O terceiro conjunto de sentidos diz respeito à configuração das políticas específicas, que são políticas desenhadas como resposta para problemas de saúde que afligem determinado grupo populacional. Assim, trata-se da recusa por parte dos que se engajam na formulação de políticas a reduzir suas políticas a objetos descontextualizados. A ideia é a formulação de políticas que ampliem o horizonte de problemas a serem tratados:

[...] a apreensão ampliada das necessidades que perpassam vários sentidos de integralidade tem muito a ver com esse exercício do cuidado prudente. Não tem tanto a ver com a perspectiva da intervenção em grande escala. Tem mais a ver com a análise que utilize o conhecimento técnico, a partir do qual reconhecemos (na nossa leitura de profissionais de saúde) a necessidade de certo cuidado numa situação concreta, mas que amplia o olhar para além desse conhecimento, no sentido de apreciar o significado desse cuidado na vida das pessoas e dos grupos sociais, e de indagar sobre sua possibilidade de contribuir, ainda que modestamente, para uma vida decente (MATTOS, 2013, p. 133).

Esse cuidado prudente que nos fala Mattos (2013) se diferencia da arrogante imprudência, que se volta mais para ações (intervencções) no/sobre o outro, do que para as consequências ou efeitos destas ações sobre os outros. E daí, tal autor nos convoca à prudência, tida por ele como “[...] o reconhecimento da necessidade de procurar manter a escala das ações propostas pela ciência em proporção com nossa capacidade de pensar suas consequências” (p. 121). Tal perspectiva de prudência para o cuidado (e também para a ciência) é uma diretriz ética e política. Não basta pensarmos apenas nas intervenções para a promoção da saúde, temos que considerar a necessidade de avaliação dos efeitos que serão produzidos por tais intervenções, e junto com os diversos atores envolvidos, estar discutindo se tais intervenções diante de seus efeitos serão oportunas ou não. O cuidado, então, deve andar junto com prudência e responsabilidade na produção de vidas decentes.

Como podemos perceber o cuidado não apresenta um sentido definitivo ou um conceito único, o que para Barros e Gomes (2011) tal inexistência de um sentido definitivo do que seja o cuidado, não deve ser tomada como uma fragilidade, sendo exatamente o contrário, essa amplitude é sua potencialidade, na medida em que abre um campo de possibilidades para a construção de sentidos diversos e oportunos para serem operados no campo da saúde.

Desta forma, a articulação entre cuidado e clínica ampliada, com os sentidos da integralidade, podem produzir os efeitos que desejamos para a construção de um cuidado que

produza modos de ser e de viver singulares, que produza sujeitos e formas de trabalho mais responsáveis e implicadas ética e politicamente.

3 A POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA: CONSTITUIÇÃO; MULTIPLICIDADE E CUIDADO.

3.1 A constituição da categoria população em situação de rua.

A redemocratização do país, através da luta dos movimentos sociais que culminou na Constituição Federal de 1988, sobretudo pelo explícito nos artigos 5º e 6º, no qual determina a igualdade de todos perante a lei e os direitos sociais, abre espaço para que a população em situação de rua seja pauta de debates e políticas públicas (BRASIL, 2013).

Na década de 1990, alguns episódios dão maior visibilidade à população em situação de rua, evidenciando a urgência de sua inclusão social. O primeiro foi o Fórum Nacional de Estudos sobre População de Rua em 1993; seguido do Grito dos Excluídos a partir de 1995, que surge da iniciativa das pastorais sociais, em vista da Campanha da Fraternidade, que tinha como tema “A Fraternidade e os excluídos”. Esta campanha tinha como objetivo denunciar a exclusão e valorizar os sujeitos sociais (BRASIL, 2010).

Outro evento importante é a aprovação da Lei nº 8.742 de 7 de dezembro de 1993 – Lei Orgânica da Assistência Social (BRASIL, 1993) - que tem importância por considerar a assistência social como direito do cidadão e dever do Estado.

Em 2001, acontece a 1º Marcha do Povo da Rua e o 1º Congresso Nacional de Catadores de Materiais Recicláveis, que já se articulam para a organização nacional do Movimento dos Catadores de Recicláveis, algo que servirá de incentivo futuro para a formação do Movimento Nacional da População em Situação de Rua.

Em 2004, é aprovada a Política Nacional da Assistência Social, que atribui proteção social especial e atendimento da população em situação de rua. Neste mesmo ano, ocorre um evento trágico, a chacina da Praça da Sé em São Paulo, no qual 15 pessoas em situação de rua foram atacadas, resultando na morte de 7 delas. Tal massacre exaltou a cobrança por proteção e políticas públicas para essa população. Em 2005, é lançado o Movimento Nacional de População em Situação de Rua (MNPR), apoiado pelo Movimento dos Catadores de Materiais Recicláveis, com o intuito de reivindicar políticas públicas que atendam às necessidades e à dignidade humana dessa população (MOVIMENTO NACIONAL DA POPULAÇÃO DE RUA, 2010).

A partir desse cenário, a população em situação de rua é convidada pela Secretaria Nacional de Assistência Social do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome para a realização do I Encontro Nacional de População em Situação de Rua (com a

participação das três esferas do governo, sociedade civil, movimentos sociais e organizações não-governamentais). Neste evento surge o esboço da Política Nacional para a População em Situação de Rua, além de subsídios para o texto da lei nº 11.258, de 30 de Dezembro de 2005, que altera a Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) e inclui o atendimento especializado para população em situação de rua (BRASIL, 2013).

Neste contexto, inicia-se a redação da Política Nacional para População em Situação de Rua (PNPR). Para continuidade das ações e consolidação da PNPR, o Ministério do Desenvolvimento Social realiza o primeiro Censo Nacional para População em Situação de Rua, que teve a coleta de dados nos anos de 2007 e 2008, com lançamento dos resultados da pesquisa em 2009. Já com os dados do Censo, ocorre em 2009 o II Encontro Nacional sobre População em Situação de Rua, momento no qual foi consolidada sua proposta intersetorial para a PNPR, instituída finalmente pelo decreto nº 7.053 de 23 de Dezembro de 2009, que além da Política também institui o Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento dessa política (BRASIL, 2009b). Dentre os objetivos da Política Nacional para a População em Situação de Rua, podemos destacar:

[...] assegurar o acesso amplo, simplificado e seguro aos serviços e programas que integram as políticas públicas de saúde, educação, previdência, assistência social, moradia, segurança, cultura, esporte, lazer, trabalho e renda; garantir a formação e a capacitação permanente de profissionais e gestores para atuação no desenvolvimento de políticas públicas intersetoriais, transversais e intergovernamentais direcionadas às pessoas em situação de rua; desenvolver ações educativas permanentes que contribuam para a formação de cultura de respeito, ética e solidariedade entre a População em Situação de Rua e os demais grupos sociais, de modo a resguardar a observância aos direitos humanos; implantar centros de defesa dos direitos humanos para a População em Situação de Rua; criar meios de articulação entre o Sistema Único de Assistência Social (SUAS) e o Sistema Único de Saúde (SUS) para qualificar a oferta de serviços; implementar ações de segurança alimentar e nutricional suficientes para proporcionar acesso permanente à alimentação pela População em Situação de Rua, com qualidade; e disponibilizar programas de qualificação profissional para as pessoas em situação de rua, com o objetivo de propiciar o seu acesso ao mercado de trabalho. (BRASIL, 2014, p. 15)

Para a concretização desses objetivos, tal política define População em Situação de Rua como:

Grupo populacional heterogêneo que possui em comum a pobreza extrema, os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados e a inexistência de moradia convencional regular, e que utiliza os logradouros públicos e as áreas degradadas como espaço de moradia e de sustento, de forma temporária ou permanente, bem como as unidades de acolhimento para pernoite temporário ou como moradia provisória (BRASIL, 2009b, p. 9).

Esta conceituação passa a servir de base para pensar a inclusão dessa população de forma efetiva nos programas sociais do governo. Ela estabelece quatro condições para a

caracterização de uma pessoa em situação de rua: a pobreza extrema; os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados; a inexistência de moradia convencional regular; e utilização dos logradouros públicos e áreas degradadas como espaço de moradia e de sustento (BRASIL, 2014). O Decreto nº 7.053 apresenta em seus princípios e diretrizes, sobretudo, o respeito à dignidade, a equidade e a igualdade como norteadores para a garantia de direitos, retomando assim, à própria constituição.

A instituição do Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento da Política Nacional para a População em Situação de Rua é outra conquista para as pessoas em situação de rua, pois constitui espaço de diálogo no qual fazem parte representantes da sociedade civil e representantes de diversos órgãos do governo, como os Ministérios do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, da Saúde, da Justiça e outros (BRASIL, 2009b). Percebemos um esforço no sentido de problematizar e produzir ações intersetoriais, apostando na potência desta forma de organizar e compreender as demandas da população em situação de rua, tendo entre suas atribuições:

[...] acompanhar e monitorar o desenvolvimento da Política Nacional para a População em Situação de Rua; propor medidas que assegurem a articulação intersetorial das políticas públicas federais para o atendimento da População em Situação de Rua; propor formas e mecanismos para a divulgação da Política Nacional para a População em Situação de Rua; acompanhar os estados, o Distrito Federal e os municípios na implementação da Política Nacional da População em Situação de Rua, em âmbito local; e elaborar planos de ação periódicos com o detalhamento das estratégias de implementação da Política Nacional para a População em Situação de Rua, especialmente quanto a metas, objetivos e responsabilidades (BRASIL, 2014, p. 16).

A PNPR enfoca a intersetorialidade como estratégia permanente de negociação para o desenvolvimento de serviços, projetos, programas e benefícios que atendam aos direitos humanos das pessoas em situação de rua nas diversas políticas públicas, formando assim, uma rede com capacidade efetiva e com qualidade na atenção ofertada (BRASIL, 2011).

Figura 2 - Intersetorialidade da Política Nacional para População em Situação de Rua.



Fonte: BRASIL (2011).

Já como desdobramento das conquistas faladas aqui, no reconhecimento dos direitos da população em situação de rua, acontece a inclusão no Programa Nacional dos Direitos Humanos (PNDH-3) de ações programáticas para este segmento, que são:

Assim, foram previstas no PNDH-3 as seguintes ações voltadas para a população em situação de rua: i) geração de emprego e renda; ii) enfrentamento ao preconceito; iii) garantia de registro civil; iv) acesso a serviços de saúde e a atendimento médico; de programas de reinserção; proteção contra abusos e exploração sexual; v) prevenção à violência contra esse segmento; capacitação de policiais para o atendimento cidadão e não violência em relação à população de rua; vi) punição para policiais que cometam violência contra população em situação de rua e vii) criação de centros de referência e garantia de serviços de acolhimento adequados (BRASIL, 2011, p. 22).

Outra conquista, é a consolidação do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) com a inclusão da tipificação do Serviço Especializado para Pessoas em Situação de Rua, por meio da Resolução nº 109/2009 que dispõe sobre a Tipificação Nacional de Serviços Assistenciais. O Serviço Especializado para Pessoas em Situação de Rua se dará por meio do Centro de Referência para população em situação de rua (Centro POP), sendo um serviço direcionado para o atendimento desta população, por meio de um espaço de referência para convívio grupal, com atividades direcionadas para o desenvolvimento de sociabilidades e resgate, fortalecimento ou construção de vínculos interpessoais e/ou familiares. Outro serviço também se constitui nesse momento, que é o de Abordagem Social, que pode ou não ser oferecido pelo Centro POP, sendo recurso para identificação de pessoas em situação de rua,

com a possibilidade de garantir a oferta de serviços especializados no próprio contexto da rua, viabilizando intervenções voltadas às necessidades mais imediatas e à vinculação dessas pessoas à rede de serviços disponível, diante de suas demandas (BRASIL, 2011).

Em 2011, o Sistema Único de Saúde (SUS) também lança serviços específicos para o atendimento à população em situação de rua, como a Portaria nº 2.488/GM/MS, de 21 de outubro, que estabeleceu a Política Nacional de Atenção Básica e que prevê as equipes de Consultório na rua – eCR; e a Portaria nº 122/GM/MS de 25 de janeiro de 2012, que define as diretrizes e organização das eCR (BRASIL, 2013).

Para compreender a proposta de Consultório na Rua, é importante conhecermos sua história, que se inicia no ano de 1999, quando durante uma das avaliações de suas atividades, os técnicos do Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas (CETAD) da Universidade Federal da Bahia (UFBA) se deram conta de que as crianças e adolescentes que viviam em situação de rua em uso de drogas pouco chegavam ao CETAD/UFBA para tratamento. Quando isso acontecia, dificilmente se mantinham em atendimento. Este fato levou alguns técnicos aos locais de concentração dessas crianças e adolescentes, em alguns pontos da cidade de Salvador, e a estabelecerem contatos com o objetivo de “uma observação etnográfica que fornecesse subsídios para uma abordagem adequada e um resumo da representação que estes jovens faziam-se a propósito das drogas, de seu uso e o seu tratamento” (NERY FILHO, 1993, p. 265 apud OLIVEIRA, 2009, p. 64).

Em 1997 é idealizado pelo Dr. Antônio Nery Filho, então coordenador do CETAD, o projeto do Consultório de Rua (CR), tendo por base uma pesquisa etnográfica sobre os meninos e meninas de rua usuários de substâncias psicoativas legais e ilegais, na cidade de Salvador, que subsidiou a sua tese de doutorado de 1993, intitulada “La vie dans lamarginalité ou la mort dans l’institution: étude sur quatre groups d’enfants et d’adolescents vivant de la rue à Salvador de Bahia” (OLIVEIRA, 2009).

O Consultório de Rua teve suas atividades iniciadas em 1999, no Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas (CETAD) da Universidade Federal da Bahia (UFBA), através de parceria com a Secretaria do Trabalho e Desenvolvimento Social (SETRADS) da Prefeitura Municipal de Salvador, que buscava solução para a problemática das crianças em situação de rua que perambulavam pelo centro histórico, em permanente e intenso uso de drogas.

O Consultório de Rua foi desenvolvido como um dispositivo para atender meninos e meninas em situação de rua, usuárias de drogas, que se encontravam em risco pessoal e social, no qual o trabalho se desenvolvia através de equipes multidisciplinares, que se dirigiam ao encontro do público-alvo nos locais em que estavam, ou seja, dos espaços da rua. O

deslocamento da equipe é feito através de veículo adaptado para os atendimentos *in loco*, que visam a prevenção e a redução de danos decorrentes do uso de drogas, além da prevenção das doenças sexualmente transmissíveis (BRASIL, 2010).

A equipe foi se configurando ao decorrer da experiência e das necessidades da população assistida. É importante ressaltar o caráter interdisciplinar dessa prática, pois como afirma Oliveira (2009, p. 78-79):

A escolha inicial dos técnicos que formariam as primeiras equipes e a sua composição multidisciplinar foram se diferenciando ao longo da experiência. O estabelecido, na primeira versão do projeto, previa, para a realização das ações propostas, equipes multidisciplinares, cuja composição era formada por um estudante do quinto ano do curso de medicina, um médico psiquiatra, um psicólogo (de formação psicanalítica), um antropólogo e um motorista capacitado como agente de saúde/redutor de danos. Essa formação inicial foi sendo modificada, à medida que transcorria a experiência, em função das demandas e necessidades da população atendida, ajustando o funcionamento do CR a partir da prática, de modo que, no decorrer do trabalho, foi sendo definida uma equipe mínima que prevaleceu até o final da experiência aqui descrita, cuja composição incluía médico generalista, psicólogo, pedagogo (ou educador social), assistente social, redutor de danos e o motorista com capacitação para agente de saúde.

A equipe é tida como parte essencial do trabalho do Consultório de Rua, consistindo em si mesma a tecnologia dessa prática, no qual a intervenção se processa no seu modo de operar, configurando-se a partir das práticas de acolhimento, de criação de vínculo, de flexibilidade e criatividade, nos contextos particulares em que as atividades do Consultório de Rua acontecem. O trabalho se constrói no fazer, não seguindo um formato rígido e não havendo um “certo” *a priori*, como afirma Oliveira (2009).

Oliveira (2009) enfatiza a importância da criação de vínculo para o trabalho do Consultório de Rua, entendendo o contexto no qual a equipe estará inserida, já que “[...] em geral, as pessoas se sentiam apreensivas, denotando certo temor, que só ia cedendo à medida que os técnicos iam esclarecendo a proposta e enfatizando a oferta de serviços de saúde.” (p. 89), esta estratégia para criação de vínculo, se fazia necessária já que somente por meio do vínculo é que as ações podiam ser efetivadas.

Assim, o comportamento da equipe e a forma como essa se relacionava com a população, em seus detalhes, dos mais sutis aos mais amplos, eram de grande importância, pois iriam permitir que eles atribuíssem significados à nossa presença e, gradualmente, determinassem a aceitação do trabalho, constituindo-se assim a base sobre a qual iriam se construir os vínculos transferenciais, fundamentais para o trabalho acontecer (OLIVEIRA, 2009, p. 90).

O vínculo se torna condição fundamental para que o trabalho do Consultório de Rua aconteça. Para Jorge e Corradi-Webster (2012), o Consultório de Rua surge para preencher

uma lacuna assistencial para a população em situação de rua, em especial, crianças e adolescentes. Ao mesmo tempo em que se configura como uma nova forma de se fazer saúde, revertendo a negação do direito do acesso à saúde e a tantos outros recursos sociais.

O Consultório de Rua constitui uma modalidade de atendimento extramuros, dirigida a usuários de drogas que vivem em condições de vulnerabilidade social e distanciados da rede de serviços de saúde e dos demais serviços que lhe garantem cidadania (BRASIL, 2010). Sendo ainda, dispositivos Clínico-Comunitários “[...] que ofertam cuidados em saúde aos usuários em seus próprios contextos de vida, adaptados para as especificidades de uma população complexa.” (BRASIL, 2010, p. 10). Esta afirmação remete às ações contextualizadas e localizadas realizadas pelo Consultório de Rua, que promovem a acesso à rede institucionalizada, a assistência integral e a promoção de laços sociais para essa população que vive em situação de exclusão social, possibilitando um espaço concreto de exercício de direitos e cidadania.

Em 2009, o Ministério da Saúde reconhece a experiência que vem sendo realizada em Salvador, através do Consultório de Rua, e então resolve por ampliar essa experiência para todo o Brasil através de financiamento para novas equipes de Consultório de Rua, isso ocorre com a abertura de edital para seleção de projetos (BRASIL, 2010; JORGE; CORRADI-WEBSTER, 2012), no qual em primeira chamada, foram 32 projetos inscritos, sendo 14 selecionados. Em segunda chamada, já em 2010, foram 50 projetos inscritos e 20 selecionados. Maceió (Alagoas) participou da seleção na primeira chamada, sendo selecionada já nesta oportunidade (JORGE; CORRADI-WEBSTER, 2012).

Em março de 2010, o Ministério da Saúde, organiza a I Oficina Nacional de Projetos de Consultório de Rua pela Coordenação Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas, no qual discutiu como seriam concretizados os projetos de consultório e organizadas suas equipes.

A estrutura definida pelo Ministério da Saúde para o Consultório de Rua é caracterizada por uma equipe volante mínima, com formação multidisciplinar por profissionais da saúde mental, da atenção básica, e de pelo menos um profissional da assistência social, sendo estes: médico, psicólogo, assistente social, e outros profissionais de nível superior, redutor de danos, técnico de enfermagem e educadores sociais, além desses profissionais, é indicado que eventualmente se tenha o trabalho de oficinairos que possam desenvolver atividades de arte-expressão (BRASIL, 2010).

Para o desenvolvimento das atividades é necessário um automóvel, para deslocamento da equipe e dos materiais necessários à realização das ações. O automóvel além de transportar

a equipe, assume a função de se constituir como uma referência para os usuários, sendo necessária uma caracterização própria que facilite seu reconhecimento e que tenha linguagem própria direcionada ao público que será assistido. Existem experiências de automóveis grafitados ou que portam adesivos que tem sentido específico para a população atendida (BRASIL, 2010).

O Consultório de Rua, enquanto Clínica de Rua, especializada para o atendimento de problemas relacionados ao consumo de substâncias psicoativas, implica em atuar constantemente diante de situações que são tidas como novas para a própria equipe, pois:

Não havendo as condições prévias estabelecidas, tudo está por se fazer. De modo que o “lugar” do profissional é construído a partir do momento em que se coloca no contexto do trabalho, assim como o “lugar” do Consultório de Rua. Diferentemente do trabalho dentro de uma instituição, quando é o usuário que busca o serviço e cujas condições de atendimento já estão dadas, com toda a ambiência ajudando a compor o setting terapêutico, incluindo o lugar que o profissional ocupa na organização do serviço, na rua esses “lugares” precisam ser construídos a partir do trabalho e da posição em que os profissionais se colocam para os usuários (BRASIL, 2010, p. 11-12).

Assim, o trabalho do Consultório de Rua é um processo de constante construção, no qual o fazer é construído coletivamente, em que o próprio serviço do consultório acontece no fazer, nas relações e nos espaços que vão se constituindo dialogicamente de modo a garantir o atendimento integral e articulado em rede, que se realiza de forma interdisciplinar e intersetorial.

Os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) são retomados como princípios do Consultório de Rua, e tidos como eixos éticos que norteiam a prática (BRASIL, 2010). A universalidade, que garante o acesso a todo cidadão aos serviços de saúde, faz com que a prática do Consultório de Rua aconteça de modo a garantir este, funcionando como porta de entrada no sistema. A integralidade e a equidade são asseguradas pela multidisciplinaridade da equipe, que busca através dos diversos olhares e saberes uma atenção e cuidado integral, reconhecendo e acolhendo as diversas demandas da população que será atendida, e oferecendo um serviço que atenda de forma equânime as necessidades de uma população tão excluída socialmente.

Em 2011, o projeto Consultório de Rua passa por mais uma mudança, sendo integrado à Política Nacional de Atenção Básica, como equipe de cuidado para população específica, nisso o nome “Consultório de Rua” se modifica para “Consultório na Rua”, tendo agora a “[...] responsabilidade exclusiva de articular e prestar atenção integral à saúde das pessoas em situação de rua.” (BRASIL, 2012a). Tal mudança visou dar atenção integral à população em

situação de rua, entendendo que esta população possui outras necessidades que não somente as relacionadas à saúde mental e ao uso de substâncias psicoativas.

Desta forma, o Consultório na Rua, visa garantir o acesso da população em situação de rua aos serviços de saúde de forma mais ampla do que a proposta inicial, que tinha foco apenas na saúde e nos problemas decorrentes do uso de drogas. O público atendido pelo Consultório na Rua é uma população heterogênea com diversas demandas. Tal constatação nos remete à complexidade da necessidade de atenção e cuidado a essa população, que deve ser pautado por uma perspectiva de integralidade na atenção, não se limitando à saúde, mas aos diversos aspectos que permeiam o viver na rua.

Em 2012, o Ministério da Saúde lança o Manual sobre o cuidado à saúde junto a população em situação de rua, no qual afirma inaugurar um novo marco na atenção à saúde da população em situação de rua no SUS, ampliando o acesso e a qualidade da atenção integral à saúde dessa população (BRASIL, 2012).

3.2 Caracterização de sua multiplicidade

É importante notar, que para a afirmação de um novo marco na atenção à população em situação de rua, foi necessária uma conceituação para tal população, fato que é tido por diversos autores como algo difícil (ROSA; CAVICCHIOLI; BRÊTAS, 2005; ROSA; SECCO; BRÊTAS, 2006; DONOSO *et al.*, 2013). Tal população sempre foi marcada pela multiplicidade de fatores que a mantinha nessa condição (de rua), o que dificultaria sua definição, como afirma Donoso *et al.* (2013).

Neste sentido, Trino, Machado e Rodrigues (2015) também afirmam que a multiplicidade de situações vivenciadas por esta população, tanto no âmbito pessoal quanto social, os fatores de ida para as ruas, suas estratégias de sobrevivência, os novos formatos de socialização e construção de vínculos, influenciam diretamente na conceituação da população em situação de rua, e assim de um amplo aspecto de referenciais para tal, o que faz com que essa definição seja extremamente complexa.

Para Rosa, Secco, Brêtas (2006) a população em situação de rua, vivencia um processo de exclusão das estruturas atuais da sociedade, como emprego, moradia e privacidade, caracterizando-se por possuírem menos do que o necessário para sua existência. Entretanto, Garcia (2013) apresenta uma reflexão interessante, ao caracterizar a população de rua por meio de seu “nomadismo”, categoria que transcenderia o mero deslocamento, tornando-se um modo de vida com características próprias. Isso acarreta um duplo processo: por um lado na

resistência aos ideais de residência, segurança, estabilidade e constância; por outro lado, na vulnerabilidade fruto das inúmeras formas de vivências existentes neste contexto. Tal perspectiva nos indica uma multiplicidade de formas de ser e de viver, que é tão presente dentre as pessoas que vivem em situação de rua, ao mesmo tempo, que nos provoca a pensar as ações para essa população, de forma que reconheça esse caráter múltiplo e diversificado, em que possamos conhecer, acolher e promover esse modo de vida, em sua característica de resistência, assim como, produzir possibilidade de lidar com as vulnerabilidades, sem destruir resistências ou promover padronizações e generalizações. Neste lidar é necessário reconhecer a especificidade e produzir espaços de diálogo, no qual a própria população possa ser criativa.

De acordo com Graeff (2012), a noção de situação de rua pode ser considerada mais precisa e adequada às condições sociais nas quais essa população se encontra, no qual, ao mesmo tempo em que sublinha o caráter situacional das mesmas, contribui para o combate de sua estigmatização. Tal concepção remete ao princípio da transitoriedade da/para a situação de rua (ROSA; CAVICCHIOLI; BRÊTAS, 2005; ROSA; SECCO; BRÊTAS, 2006).

É importante ainda ressaltar que as pessoas vivem “na” e “da” rua (ROSA; SECCO; BRÊTAS, 2006). A rua é um espaço rico nas possibilidades de experiências e oferece múltiplos processos de significação como afirmam Matias e Francischini (2010). Podemos afirmar então, que a rua é um espaço de criação, no qual o sujeito constroi e é construído.

Rosa (2005) pesquisou as diferentes expressões nas décadas de 1970, 1980 e 1990 para nomear pessoas que utilizam os espaços públicos para morar e sobreviver. Destacam-se os esforços de diferentes atores sociais, inclusive da própria população de rua, em buscar termos menos pejorativos que os de vadios, vagabundos e mendigos. A década de 1990, ainda segundo esta autora, teria sido marcada pela retomada da expressão “população de rua” que significou a tentativa de abranger a heterogeneidade e a multiplicidade de situações que podem ser encontradas nas ruas.

Rosa, Cavicchioli e Brêtas (2005) constroem uma classificação da população em situação de rua a partir da relação entre tempo na rua e vínculos familiares, englobando as seguintes categorias: Ficar na Rua, Estar na Rua e Ser da Rua. Ficar na Rua, remete à transitoriedade, sendo alguém que mantém forte o vínculo familiar. Estar na Rua, se caracterizaria pela diminuição do contato familiar e o estabelecimento de novos vínculos na rua. Já o Ser da Rua, traria em si a identidade e identificação com a própria rua, que passa então a ser o lugar de referência e de relações.

Nota-se que não existe um consenso sobre o que seria ou quem seria a população em situação de rua, mas fica claro que essa nomeação é permeada por questões de tentativas de

resgates históricos dessa população como pessoas de direitos. Dada a complexidade de conceituação para a população em situação de rua, Trino, Machado e Rodrigues (2015) afirmam que o conceito é diverso e por isso essa diversidade deve ser considerada na implementação das políticas, sejam por gestores ou equipes que trabalhem com essa população, já que tal conceito deve ser constantemente ressignificado de acordo com a realidade de cada território, pois “Pessoa em situação de rua” numa cidade como o Rio de Janeiro deve ser diferente do que significa “pessoa em situação de rua” em uma cidade do Acre, por exemplo²² (p. 30). Esse esforço reflexivo, permite observar a produção de rótulos e estigmas locais, assim como uma série de referenciais que serão próprias dos espaços da rua em seu dinamismo, enquanto território vivo, e que serão fundamentais para caracterizar e definir essa população com as especificidades locais do território em que se encontra essa população e problematizar todas as políticas que atuam intersetorialmente sobre a conceituação dessa população, de modo a produzir ações que possam dar conta da ampla gama de necessidades dessa população (TRINO; MACHADO; RODRIGUES, 2015).

Compreender a população em situação de rua é perceber a multiplicidade dos fatores que as levou para essa situação, que vão desde fatores estruturais/sociais como ausência de moradia, trabalho e renda, até fatores pessoais como o rompimento das relações familiares e outros infortúnios (perda de bens, transtornos mentais, uso de drogas) (BRASIL, 2014).

Diante disso, é importante discutirmos sobre as informações da Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua, realizada entre agosto de 2007 e março de 2008, em 23 capitais e em 48 municípios com mais de 300 mil habitantes, totalizando um universo de 71 cidades brasileiras. É importante relatar que entre as capitais brasileiras, não foram pesquisadas: Recife, Belo Horizonte e São Paulo, que haviam feito levantamentos semelhantes em anos recentes. Também não envolveu Porto Alegre, que na época realizava, por iniciativa municipal, uma pesquisa dessa natureza (BRASIL, 2011). A pesquisa teve por objetivo quantificar e caracterizar socioeconomicamente as pessoas que vivem em situação de rua de modo a orientar a elaboração e a implementação de políticas públicas voltadas para essa população, que identificou 31.922 pessoas nas 71 cidades pesquisadas (BRASIL, 2009b), o que indica que o número de pessoas em situação de rua no Brasil é bem maior, já que tal pesquisa só abarcou adultos, e não foi realizada em todos os municípios brasileiros, como também o índice populacional aumentou.

Alguns dados sobre os resultados do Censo (BRASIL, 2009b) nos permite refletir e desconstruir alguns mitos e estigmas referentes a essa população. A população em situação de rua é composta por pessoas de todas as faixas etárias, predominante de pessoas do sexo

masculino (82%). Em relação à formação escolar 74% dos entrevistados sabem ler e escrever; 17,1% não sabem escrever; e 8,3% apenas assinam o próprio nome, o que nos leva a pensar a Educação dessa população como um desafio para as políticas intersetoriais. Sobre a trajetória e deslocamentos, 72% participantes da pesquisa afirmam vir de áreas urbanas. No que diz respeito aos vínculos familiares, a pesquisa mostrou que 51,9% entrevistados possuem algum parente residente na cidade onde se encontram, porém, 38,9% destes não mantêm contato com esses parentes.

No que diz respeito a trabalho e renda, a população em situação de rua é composta, predominantemente, por trabalhadores, já que 70,9% exercem algum tipo de atividade remunerada. Apenas 15,7% das pessoas pedem dinheiro como principal meio para a sobrevivência. Essas informações derrubam o mito de que a população em situação de rua não trabalha e vive de pedir dinheiro.

Um índice preocupante é relativo à alimentação, em que 79,6% dos participantes da pesquisa disseram conseguir fazer ao menos uma refeição por dia, sendo que 27,4% compram comida com seu próprio dinheiro. No entanto, 19% dos participantes não conseguem se alimentar todos os dias (ao menos uma refeição por dia), o que indica a necessidade de implantação ou fortalecimento de ações que garantam o acesso à alimentação para esta população. Essas condições se dão, mesmo diante da indicação de que 45,7% das pessoas entrevistadas sempre viveram no mesmo município onde estão em situação de rua e 30,3% vivia em um município do Estado atual.

Sobre os principais motivos para estar em situação de rua, a pesquisa mostra que: 35,5% dos entrevistados foram para a rua por problemas de alcoolismo e/ou drogas; 29,8% por conta do desemprego; e 29,1 foram devido às desavenças familiares. Cerca de 70% falaram de, pelo menos, um desses três motivos (na pesquisa os entrevistados podiam falar 3 motivos) os quais podem, ainda, estar correlacionados entre si, sem que possamos concluir a prevalência específica de cada um desses motivos nas trajetórias pessoais de cada pessoa entrevistada.

A pesquisa também apresentou os principais grupos de problemas de saúde da população em situação de rua. O primeiro grupo foi de problemas cardíacos relatado por 13,6% dos entrevistados, no qual se incluiu hipertensão arterial, seguidos do segundo grupo, formado por problemas mentais, relatados por 9,6% dos entrevistados, que incluem, além de distúrbios psiquiátricos, a depressão, esquizofrenia, amnésia, distúrbio bipolar, ataque de nervos, agitação e hipocondria. O terceiro grupo foi de problemas respiratórios, referido por 9,5% dos entrevistados, que abarca tuberculose, asma, bronquite, pneumonia, ou

simplesmente problema respiratório. E quando doentes 44% dos entrevistados procuram, em primeiro lugar, o hospital/emergência. E, em segundo lugar, 27 % procuram o posto de saúde (BRASIL, 2009b).

Estas informações mostram diversas especificidades que devem ser consideradas para que o cuidado se efetive com essa população, que apresenta maior vulnerabilidade a problemas de saúde, à violência, como também, dificuldades para se alimentar e dificuldades de acesso a água limpa e a locais adequados para higiene pessoal e necessidades fisiológicas, além de adequação para dormir. Soma-se a isso, questões relativas ao estigma, medo, raiva ou o sentimento de invisibilidade que perpassa essa população, indicando que as necessidades dessa população são diversas, não se restringindo a questões socioeconômicas.

3.3 Cuidado à população em situação de rua

Pensar no cuidado com essa população é pensar um fenômeno multidimensional e complexo (TRINO; MACHADO; RODRIGUES, 2015) no qual não cabe lógicas higienistas, mas apostarmos na rua como ferramenta clínica, pois a rua não é apenas um território físico, mas um território de vida de pessoas. Essa consideração potencializa as ações, já que abandona a dicotomia “rua-sair da rua”. Passamos então a pensar a rua como território de significados, um espaço de cuidado (SILVA, 2015).

Ao destacarmos a rua como espaço clínico e de cuidado, regido pela singularidade dos modos de vida e das pessoas que ali vivem, é necessário lembrar que:

[...] é preciso muito cuidado com a lógica que opera no afã de remover as pessoas das ruas a qualquer custo, como foco eminentemente voltado para uma “higienização” dos logradouros públicos e sem entender todo o contexto pelo qual cada indivíduo se encontra e que o levou para estar em situação de rua. Entender esse contexto como processual e estabelecer políticas junto a essa população que se traduzam em reais e efetivas formas de inclusão a serem instituídas de forma contratualizada e em ato com os diversos atores em território, legitimam a Integralidade das ações junto a esta população e, mais do que isso, produzem vínculos importantes para a atenção e a produção do cuidado junto a ela (TRINO; MACHADO; RODRIGUES, 2015, p. 31).

Dada a complexidade de situações, demandas e necessidades que a população em situação de rua tem, Trino, Machado e Rodrigues (2015) afirmam ser imprescindível que o cuidado seja compartilhado e implicado em redes intersetoriais, com o investimento em processos de gestão e trabalho que fomentem a sustentabilidade destas próprias redes, pois se não houver compartilhamento, implicação e responsabilização, ou seja, diálogo, as redes são insustentáveis.

Pensar na lógica de rede de serviços sugere a ideia de articulação, conexão, vínculos, ações complementares e relações horizontais (RAMÔA, 2015), e isso só se produz no constante diálogo, que implica no caso como guia, caso singular, sendo essa a principal estratégia de gestão, pois o caso orienta as ações e parcerias necessárias, caso contrário, existe maior chance de não ser efetiva (SILVA, 2015). Outro fator importante para que isso aconteça, é a existência de um alinhamento conceitual e de ações, de modo a garantir a integralidade por meio de ações intersetoriais, que são viabilizadas por meio do diálogo permanente entre os diversos atores e equipamentos do território (TRINO; MACHADO; RODRIGUES, 2015).

Considerando a promoção do cuidado à população em situação de rua, Trino, Machado e Rodrigues (2015), afirmam ser pertinente destacar os conceitos de Autonomia e Tutela, por acreditarem que existe uma linha tênue entre estes conceitos diante das medidas protetivas e sociais do Estado a sujeitos quase sempre em vulnerabilidade ou aos considerados incapazes, como é o caso dessa população.

Merhy (1998) fala de uma tutela como dispositivo castrador e uma como dispositivo libertador. Tais efeitos dependem de interesses, poder, e comprometimento dos atores envolvidos. O primeiro tipo se expressa como castração e anulação do outro, caracterizadas por posturas assistencialistas e caritativas, que acabam atuando junto ao indivíduo fortalecendo sua passividade e vitimização. O segundo tipo de Tutela, seria um instrumento de produção de autonomia, e atua como ferramenta que pode aumentar a governabilidade de si e de sua vida como direito de cidadania. É nesse limite que o trabalho em saúde acontece, e essa é uma questão a ser pensada e questionada, pois ela produz efeitos contrários aos já discutidos como cuidado que queremos promover.

Estar atento a esses processos de produção de autonomia ou castração é responsabilizar-se diante de uma intervenção, que tem uma dimensão tutelar, que pode, ou não, estar implicada com a produção de autonomia do usuário diante de sua vida. Isso é o cuidado para Merhy (1998).

Para produzir autonomia e fomentar o cuidado é necessário o respeito ao *modus vivendi* da população em situação de rua. Não cabendo nenhuma forma de julgamento ou censura moral aos comportamentos dos indivíduos, sejam relativos ao uso de substâncias psicoativas, ou aos comportamentos delinquentes ou antagônicos à moral e costumes tidos como aceitáveis (BRASIL, 2010).

Nesta perspectiva do compromisso ético com o respeito ao modo de vida da população em situação de rua, podemos falar a Redução de Danos (RD) como estratégia prioritária de

cuidado. A Redução de Danos (RD), para Neil e Silveira (2008, p. 3) “[...] engloba um conjunto de estratégias que, dirigidas a pessoas que não conseguem ou não querem parar de consumir drogas, tem por objetivo reduzir as consequências negativas que o uso pode ocasionar”. É importante salientar que a RD, ao tomar essa postura de respeito e reconhecimento da autonomia do sujeito, não impõe condições para que o cuidado aconteça, mas convida o sujeito a participar da elaboração das estratégias e das intervenções que acontecerão. Por isso, concordamos com Trino, Machado, Rodrigues (2015) que posicionam a Redução de Danos, como um conceito, estratégia e ferramenta, que ganha materialidade a partir do encontro entre trabalhador de saúde e usuário dos serviços de saúde, no qual, trata-se de uma forma de abordar questões de saúde garantindo e proporcionando uma reflexão ampliada sobre possibilidades de diminuir os danos relacionados a alguma prática que cause ou possa causar danos.

Conte *et al* (2004) afirma que a RD centra-se no desejo, na demanda e na necessidade dos usuários, desta forma, possibilita o direito de escolha e a responsabilização dos sujeitos diante de suas vidas. Isso só acontece devido a uma compreensão do trabalhar com o que é possível e concreto, através da atitude baseada na escuta, reflexão e problematização das demandas de saúde, por meio de construção compartilhada e corresponsável de planos terapêuticos, o que implica em apostar que o importante não é a extinção de sintomas, mas sim promover qualidade de vida, e que tal, só se consegue a partir da perspectiva do usuário e de suas possibilidades (TRINO; MACHADO; RODRIGUES, 2015).

Nesta mesma direção, Passos e Souza (2011, p. 161) afirmam que “a corresponsabilidade emerge como efeito da coprodução de saúde, uma vez que as regras de conduta são criadas na situação de um encontro e a partir dos vínculos que esse encontro é capaz de instaurar”, o que só confirma a importância dessa estratégia enquanto eixo ético e de compromisso social e político no âmbito do cuidado para com todas pessoas e com o próprio SUS em seus princípios.

Sendo assim, a Redução de Danos contribui para que o cuidado transcenda a postura estigmatizante do discurso médico, já que possibilita “o exercício da tolerância à diversidade de escolhas, de condições, de estilos de vida e, principalmente, de compreensão dos conceitos relativos às singularidades das pessoas (como os de saúde, doença, desvio e dano) [...]” (FORTESKI; FARIA, 2013, p. 89). Então, a Redução de danos, acima de tudo, é uma prática de saúde comprometida com as demandas dos sujeitos.

Outra questão importante possibilitada pela RD é a concretização dos princípios do SUS, no qual Trino, Machado e Rodrigues (2015) falam da Universalidade, Equidade e Resolutividade.

Garantir a universalidade do atendimento público em saúde institui não estabelecer barreiras, condições prévias para que o cuidado se estabeleça. No que tange a equidade, como princípio de Justiça, o SUS propõe atender diferentemente os desiguais ou cada um de acordo com a sua necessidade na assistência à saúde, oferecendo serviços e ações voltados as situações de risco, às condições de vida e à saúde de determinados indivíduos e grupos da população. Nos casos dos princípios da universalidade e da equidade, a RD se apresenta como estratégia privilegiada na sua garantia e sustentabilidade. Para o princípio da resolutividade a RD caracteriza-se como uma possibilidade de aumento da capacidade de escuta, análise e ofertas de ações em saúde, sempre a partir e em conjunto com o usuário, potencializando assim as chances de que as ações propostas sejam mais próximas do possível para sustentação pelo usuário e também seu comprometimento com seu processo de cuidado (TRINO; MACHADO; RODRIGUES, 2015, p. 41).

Diante do exposto, podemos perceber a centralidade e a importância da RD enquanto diretriz do cuidado junto à população em situação de rua seja usuário de drogas ou não. Ao mesmo tempo, suas considerações éticas e políticas são de extrema importância por possibilitarem formas de pensar o cuidado em suas diversas facetas e possibilidades de atos, superando o caráter procedimental e acreditando em interações coletivas, partilhadas, que se dão de forma criativa e responsável entre atores (profissionais, comunidade, usuários e serviços).

4 REFERENCIAL TEÓRICO METODOLÓGICO.

4.1 Teoria do Ator-Rede (TAR).

O aporte teórico-metodológico da Teoria Ator-Rede (TAR) começou a ser pensado a partir de pesquisas realizadas no campo de estudos da ciência e da tecnologia, e se constitui como um referencial de conhecimento que permite uma perspectiva não dicotômica e não essencialista (BONAMIGO, 2010). A TAR tem foco nas associações, sendo chamada também de “Sociologia de Associações” como afirma Latour (2012).

Para Canal (2011), Latour ao propor a “Sociologia das Associações” se afasta das concepções tradicionais do que seria o “social” e apresenta uma nova perspectiva para tal. Latour (2012) a fim de esclarecer suas concepções, decide chamar a abordagem tradicional da Sociologia, de “Sociologia do Social”, e sua perspectiva sociológica, de “Sociologia de Associações”, ou como ficou conhecida, a Teoria do Ator-Rede. A partir de tal diferenciação, Latour busca provocar e questionar a concepção de que o social seria a explicação para todas as coisas, e afirma que os problemas dos pressupostos sociológicos começam pelo próprio significado da palavra Sociologia, no qual, mostra que traduzida do latim ou do grego, a palavra “sócio-logia” significa “ciência do social”, o que para este autor, “[...] seria excelente se não fossem dois empecilhos: o termo ‘social’ e o termo ‘ciência’” (p. 18). Argumenta ainda que, tanto a ciência, como o que entendíamos por sociedade, passaram por diversas mudanças, já que são instáveis e se transformam. Nesta perspectiva, Latour irá discutir sobre o que é o “social”, negando este, como sendo um tipo de material ou domínio qualificativo dos vínculos sociais.

Essa compreensão, de acordo com Canal (2011), implica em não considerar a existência de um “contexto” social onde acontecem as atividades sociais que seria o domínio próprio da realidade e que este poderia explicar as causas de vários aspectos (econômicos, psicológicos, legais, por exemplo), no qual o “social” se torna uma força oculta que está por trás de toda atividade. Assim, para a “Sociologia do Social”, o social só pode ser explicado pelo social e tem fatos que só podem ser entendidos pelo social. Sobre isso Latour (2012) afirma que “[...] confundiram o que deviam explicar com a explicação” (p. 26).

Para a “Sociologia do Social”, o social se constitui a partir dos vínculos sociais em que os únicos atores são os humanos. Assim, falar do social é falar de humanos e da relação destes entre si. Os não-humanos surgem apenas para explicar como os humanos se relacionam com eles simbolicamente, no qual dominam ou são dominados, mas nunca são atores (CANAL,

2011). Neste sentido, Law (1992) argumenta contrariamente a Sociologia do Social e afirma que não teríamos sociedade, senão, pela heterogeneidade das redes, sendo a tarefa da Sociologia então, caracterizar e explorar as redes em sua heterogeneidade, e em como elas são ordenadas em padrões para gerar efeitos tais como organizações, desigualdades e poder. Neste sentido, as interações entre pessoas são mediadas através de objetos, o que confirma a presença deles e a necessidade de considerá-los como atores, que moldam e traduzem o social.

Por exemplo, eu falo a você através de um texto, muito embora provavelmente nunca nos encontraremos. E para fazer isso, eu estou digitando num teclado de computador. Nossas comunicações com os outros são mediadas por uma rede de objetos – o computador, o papel, a imprensa. E é também mediada por redes de objetos-e-pessoas, tal como o sistema postal. O argumento é que essas várias redes *participam* do social. Elas o *moldam*. Em alguma medida, elas ajudam a superar a sua relutância em ler meu texto. E (mais crucialmente) elas são *necessárias* para o relacionamento social entre autor e leitor (LAW, 1992, p. 3).

Nesta direção a TAR, como afirma Mélo (2015), faz ver aquilo que parece óbvio, mas que tem sido descartado nas pesquisas nas áreas das humanidades, que é o fato de que “interagimos” também com não humanos, sejam os nominados como animais ou objetos, sejam os “imateriais” nominados como memórias, sons e imagens. Pedro (2010) afirma que os objetos técnicos não são meros instrumentos a serviço da sociedade ou um suporte de algo que lhes é externo. Sustenta que são atores capazes de engendrar transformações que ultrapassam o âmbito técnico-instrumental, o que implica em referir-se a eles como sendo sociotécnicos.

Diante disso, Latour (2012) refuta a ideia de uma “ordem social”, “dimensão social”, ou “contexto social” como entidades que detêm forças capazes de explicar outras dimensões, para ele, a sociedade não é mais um contexto onde acontece e se enquadra tudo. Assim, Latour (2012) redefine o conceito de social como “[...] associações de elementos heterogêneos” (p. 23), no qual trata-se de reposicionar o que chamamos de “social” como também, de compreender os atores, para além de meros informantes.

A tarefa de definir e ordenar o social deve ser deixada aos próprios atores, não ao analista. É por isso que para recuperar certo senso de ordem, a melhor solução é rastrear conexões entre as próprias controvérsias e não tentar decidir como resolvê-las. A busca de ordem, rigor e padrão não é de modo algum abandonada, apenas reposicionada um passo à frente sob a forma de abstração, para que os atores possam desdobrar seus próprios e diversos cosmos, pouco importa quão irracionais pareçam (LATOUR, 2012, p. 44).

Para entender sobre como se considera a associação entre elementos heterogêneos, é importante falarmos do Princípio da Simetria Generalizada, no qual propõe que todas as

coisas e fenômenos sejam tratados sob os mesmos termos, como afirma Freire (2006) tal princípio refere-se a dar igual importância de tratamento aos humanos e não-humanos, estudando-os ao mesmo tempo, o que culmina na problematização e superação das dicotomias: natureza/sociedade, humano/não-humano, micro/macro, verdadeiro/falso. Ao mesmo tempo, essa autora, afirma que partindo de tal princípio, não existe de antemão o mundo das coisas de um lado e o mundo dos homens de outro, uma vez que natureza e sociedade são efeitos de redes heterogêneas de humanos e não-humanos.

Moraes (2004), afirma que:

Penso ser o princípio de simetria generalizada proposto por Latour uma consequência dessa ontologia de múltiplas entradas e conexões. Trata-se de analisar simetricamente não apenas o erro e o acerto mas, antes, todo e qualquer efeito das negociações em rede, inclusive a natureza e a sociedade (MORAES, 2004, p. 323).

Ao problematizar essas dicotomias, a TAR argumenta que tais dicotomias podem existir, entretanto são divisões e distinções resultantes de uma série de associações entre atores heterogêneos (CORDEIRO, 2010). Outra problematização decorrente do princípio de simetria é a da concepção de realidade, que não é tida como fato externo, objetivo e sujeito a explicação, mas sim, como algo que é construído e reconstruído ativamente, sendo que para descrever tal construção e reconstrução precisamos focar na heterogeneidade material de redes de atores humanos e não-humanos e descrevê-la a partir de uma ontologia relacional (CORDEIRO, 2010).

Assim, a TAR apresenta contribuições na forma de pensar e tratar a realidade, com foco não na interpretação do mundo em divisões, mas nas descrições do mesmo, levando em conta sua hibridização (FREIRE, 2006).

Neste sentido, Mélo (2015) afirma que a TAR não busca polarizar uma disputa entre humanos e não-humanos, mas através da simetria reinvincada pela TAR, busca a descentralização do humano como único foco e a centralização nas redes heterogêneas que constituem a vida.

[...] o foco de partida não é o humano, muito menos o objeto, mas as redes que os/nos incluem e nas quais todos se formam. Portanto, pode-se afirmar, que, para a TAR, as formas de viver humanas estão para além dos humanos, ou melhor, não se fazem sem outros. As formas de viver já são materialidades heterogêneas, que advêm de associações e que provocam efeitos múltiplos (MÉLLO, 2015, p. 47).

Neste sentido, Moraes (2004) afirma que a TAR define a ciência como rede de atores, e isso culmina em redimensionarmos as noções de racionalidade e objetividade, ou de veracidade dos fatos científicos, assim como, a própria noção de natureza e sociedade, que são

tidos como efeitos, resultados alcançados a partir das tensões próprias às muitas redes de atores. O conhecimento também é uma rede heterogênea, que se sustenta a partir de seus atores a partir de traduções e tensões próprias das redes.

Em resumo, o conhecimento é uma questão material, mas é também uma questão de organizar e ordenar esses materiais. Este então é o diagnóstico da ciência, na visão ator-rede: um processo de “engenharia heterogênea” no qual elementos do social, do técnico, do conceitual, e do textual são justapostos e então convertidos (ou “traduzidos”) para um conjunto de produtos científicos, igualmente heterogêneos. Isto é o que podemos dizer sobre a ciência. Mas eu já sugeri que a ciência não é muito especial. Assim o que é verdadeiro para a ciência é também verdadeiro para outras instituições. A família, as organizações, sistemas de computador, a economia, tecnologias – toda a vida social – podem ser similarmente descritas. Todos esses são redes ordenadas de materiais heterogêneos cujas resistências foram superadas. Este então é o movimento analítico crucial feito pelos autores da teoria ator-rede: a sugestão que o social não é *nada mais do que redes de certos padrões de materiais heterogêneos* (LAW, 1992, p. 2).

A atividade científica tem, então, uma dimensão pública, de modo que os fatos científicos só podem se constituir enquanto tais, por meio da conjugação de interesses e mobilização de um grande número de aliados. Assim, um conceito não se torna científico por estar distante daquilo que envolve, como pedidos pelos ideais de “neutralidade científica”, mas exatamente por sua capacidade de se ligar mais estreitamente a um repertório bem maior de recursos, no qual tecem e atravessam a trama social (PEDRO, 2010).

Para melhor compreensão de tal, um conceito se faz fundamental, é o de tradução (ou translação):

Traduzir (ou transladar) significa deslocar objetivos, interesses, dispositivos, seres humanos. Implica desvio de rota, invenção de um elo que antes não existia e que de alguma maneira modifica os elementos imbricados. As cadeias de tradução referem-se ao trabalho pelo qual os atores modificam, deslocam e transladam os seus vários e contraditórios interesses. Mas a operação de tradução implica uma solução aparentemente contraditória do cientista, pois ao mesmo tempo em que procura engajar outras pessoas para que elas acreditem na caixa-preta, comprem-na e disseminem-na no tempo e no espaço, tenta controlá-las para que aquilo que elas adotam e disseminam permaneça mais ou menos inalterado (FREIRE, 2006, p. 51).

Nesta mesma direção, Pedro (2010) afirma que os movimentos de composição de uma rede, são traduções permanentes nos quais os atores traduzem ações, linguagens, identidades e desejos, tendo em vista que os demais atores também fazem o mesmo, então, a tradução não é apenas uma mudança de vocábulo para outro, é antes de tudo, um deslocamento como já apontado, que acontece por meio da mediação ou invenção de uma relação antes inexistente, e que de alguma forma, modifica os atores envolvidos, o que conseqüentemente, modifica a rede.

A tradução então, nos apresenta a oportunidade de entender a necessidade do trabalho coletivo e de constante negociação na produção do conhecimento, sendo constante em todo o ato da pesquisa, inclusive na análise. Exemplificando tal questão, Lisboa (2013) apresenta em sua tese de doutorado as diversas negociações realizadas nos momentos da pesquisa. Assim, tal conceito se faz importante para a Teoria Ator-Rede, pois evidencia o processo de negociação que acontece em rede para a construção de um fato científico, que são tidos como heterogêneos.

Nobre e Pedro (2010) apontam que as controvérsias são ferramentas de mapeamento das redes articuladas entre humanos e não humanos. Afirmam ainda, que as controvérsias se referem a uma disputa em que se alegam razões pró ou contra o estabelecimento de determinada condição, rumo a um objetivo comum. Para se originarem as controvérsias, necessita-se que exista algum tipo de produto ou processo, que sejam os focos de disputa no qual porta-vozes construam argumentações (positivas e negativas) que conduzam ou afastem para/de uma condição de produzidos. O que implica afirmar que os argumentos são jogos de poder e força, incluindo aqui, argumentos técnicos, mas também crenças, interesses e demais redes envolvidas ou convidadas a participar da disputa, no qual o poder se expressa no rumo que a controvérsia terá.

Cabe salientar, as controvérsias, que são tidas como um debate (ou polêmica) que tem por “objeto” conhecimentos que ainda não estão consagrados, definidos enquanto fato (PEDRO, 2010), são tidas como caixas cinzas, questões que portam em si, interrogações, argumentos, questionamentos, que ainda não se constituíram como caixas pretas (termo utilizado para falar de um fato que se consolidou, que não é objeto de controvérsia, de disputa).

Para entendermos melhor essa questão, vamos seguir Latour (2000) que nos ilustra com a expressão *caixa-preta*, que é usada na cibernética, para referir-se a uma máquina ou um conjunto de comandos que se revelam complexos demais. Latour vai avançar nessa discussão, afirmando que o fato científico é resultante de inúmeras associações e disputas, controvérsias, até que sejam referenciados sem discussão, ou seja, se consolidaram e tornaram-se caixa-preta. Latour (2000, p. 216) descreve esse processo como “A congregação de aliados desordenados e não-confiáveis vai, pois, sendo transformada lentamente em alguma coisa muito parecida com um todo organizado. Quando tal coesão é obtida, temos finalmente uma caixa-preta”. E permanecerá fechada, enquanto caixa-preta, até que algum evento qualquer ocorra e então se faça necessário abri-la.

Nobre e Pedro (2010), afirmam que uma caixa-preta começa a ser formada, ou um enunciado começa a ganhar solidez de um fato, sempre que sejam introduzidas novas formulações na condição de premissa inquestionável. No qual o fato vai sendo exportado e “comprado” sem questionamentos ou controvérsias por outros, sejam atores e redes, no qual a cada nova “compra”, ela se solidifica ainda mais. O que mantém e determina um fato ou enunciado enquanto sólido e inquestionável é o movimento feito pelas redes heterogêneas, no qual surgem e são feitos aliados distintos na busca pela sustentação e manutenção de tal fato e das redes que se constituíram. Sempre que um fato encontra oposição ou obstáculo, ele será empurrado para a “falsidade”, na tentativa de que aliados possam trair porta-vozes e que surjam as controvérsias, em que se fará necessária a abertura da caixa-preta, que antes designava o fim das discussões e a ausência das controvérsias. Passa agora a ser uma caixa-cinza, na qual as controvérsias são retomadas com toda a força (NOBRE; PEDRO, 2010).

As controvérsias são, então, tidas como importantes espaços para a pesquisa, pois é por meio das controvérsias que os fatos são construídos, por meio da evidência de diversos atores que se mobilizam na construção ou desconstrução dos fatos, como afirma Vinck (1995 apud PEDRO, 2010). As controvérsias são ainda, um modo de visualizar o trabalho incessante de amarrar e desamarrar como diria Latour (2012).

Portanto, fatos não são indiscutíveis, pois são construções realizadas através de traduções e versões controversas, que estão constantemente sendo formuladas ou reformuladas pelas redes heterogêneas.

Avançando na apresentação dos principais conceitos da TAR, por ator entende-se tudo que tem agência e que se define pelos efeitos de suas ações, ou seja, ator é tudo que age, que deixa traço e produz efeitos no mundo, podendo assim referir-se às pessoas, instituições, coisas, animais, objetos, máquinas etc (FREIRE, 2006). Para a TAR, um “ator” é uma definição semiótica - um actante - que se refere a algo que age ou que é alvo das ações dos outros (CORDEIRO, 2010). Desta forma, ator não se restringe apenas a humanos, mas pode ser, também, não-humanos.

Em relação ao conceito de rede, afirmamos que tal conceito não se relaciona à cibernética, uma vez que nesta, a rede refere-se apenas ao transporte de informações sem qualquer alteração desta. Na TAR a rede é pensada como fluxos, circulações e alianças, nas quais os atores interferem e sofrem interferências (FREIRE, 2006). Como afirma Cordeiro (2010), pensar a rede na TAR necessariamente implica em transformação, uma vez que o foco não são apenas as associações, mas os efeitos que estas associações produzem. Assim, uma rede de atores não se reduz a um único ator, nem a uma rede, mas sim a um composto de

séries heterogêneas de elementos, animados e inanimados conectados, agenciados, sendo simultaneamente um ator que se conecta a novos elementos e uma rede que se redefine e transforma seus componentes (MORAES, 2004).

Pedro (2010), colaborando com a discussão sobre redes, afirma que o conceito de redes, envolve a ideia de múltiplas conexões que, assim, possibilitam acompanhar e delinear a produção de fenômenos:

Na rede, cada elemento é simultaneamente um ator, cuja atividade consiste em fazer alianças e arregimentar outros atores; uma rede, capaz de, a partir de seus movimentos, redefinir e transformar seus componentes. Um ator é, assim, uma rede configurada a partir de relações heterogêneas, ou seja, ele é um efeito de rede que, por sua vez, participa da composição de outras redes (PEDRO, 2010, p. 81-82).

Temos então, que a rede é sempre heterogênea e tem um caráter de mudanças constante, de si e dos atores envolvidos, pois uma rede é um processo constante de definições e redefinições (NOBRE; PEDRO, 2010).

É o próprio Latour quem nos fala da noção de rede na TAR:

Veja você que peguei a palavra network não simplesmente para designar coisas no mundo que tenham o formato de net (ao contrário de, digamos, justapor domínios, trazer à tona delineações de bordas, volumes impenetráveis), mas principalmente para designar um modo de investigação que aprende a registrar, na ocasião de um interrogatório, os seres inesperados que são necessários para qualquer entidade existir (LATOURE, 2013, p. 25).

Tal afirmação, proposta por Latour, dá ênfase ao aspecto da multideterminação de uma rede, ou melhor, do Ator-Rede, já que tal noção descreve a inseparabilidade entre ator e rede, pois se trata de:

[...] um termo puramente conceitual que significa que sempre que se desejar definir uma entidade (um agente, um ator) deve-se desenvolver seus atributos, ou seja, sua rede. [...] É assim nessa completa reversibilidade – um ator não é nada mais que uma rede, exceto que uma rede é nada mais que atores – que reside a principal originalidade desta teoria. Novamente, rede é o conceito que ajuda a redistribuição e realocação da ação (LATOURE, 2013, p. 26).

Desta forma, rede é lógica de conexões, totalidade de fluxos, movimentos de agenciamentos e mudanças (FREIRE, 2006). É o processo de transformação e construção de fatos, sujeitos, objetos e crenças que a TAR busca descrever, ou seja, o que faz agir as redes heterogêneas. Isso só é possível seguindo os atores em seus movimentos.

Assim, a Teoria do Ator-Rede nos abre diversas possibilidades metodológicas, já que seu interesse é sobre as associações, que produzem fatos, sujeitos, objetos e crenças, ou seja, como se produzem realidades (LATOURE, 2012).

Como afirma Latour (2012, p. 31) é preciso empregar o slogan da TAR, que cumpre apenas “seguir os próprios atores”, a fim de descobrir como as associações são feitas para a construção de redes, que sustentam realidades. Aqui se percebe que a realidade é construída e sustentada por redes, nas quais diversos atores estão envolvidos e que serão encarados a partir do princípio da simetria generalizada.

A TAR permite verificarmos uma multiplicidade de materiais heterogêneos conectados em forma de uma rede que tem múltiplas entradas, está sempre em movimento e aberta a novos elementos que podem se associar de forma inédita e inesperada. Todos os fenômenos são efeitos dessas redes que mesclam simetricamente pessoas e objetos, dados da natureza e dados da sociedade, oferecendo-lhes igual tratamento (MELO, 2007, p. 170).

Para a TAR, não importa somente a ideia de associações, mas sim, o que essas associações produzem, ou seja, os efeitos decorrentes delas (CORDEIRO; CURADO; PEDROSA, 2014).

Falar da TAR como fundamento metodológico é marcar a importância do cotidiano, de descrever as histórias de como as associações vão acontecer constantemente entre a rede de atores heterogêneos, entendendo que é essa rede de atores que produz tudo que temos afirmado ser realidade, sociedade. Uma vez que, para a TAR, não existe nada *a priori*. O que existem são redes de atores que produzem efeitos e que são sempre aberturas de possibilidade para novas associações, novas redes de atores.

A TAR descreve de que forma as várias histórias funcionam como pedaços que podem se ligar numa colcha de retalhos por similaridade e por diferença. Entre as muitas pequenas histórias, podem subsistir padrões que não precisam se reduzir à cronologia da narrativa, pois é possível estarem fora da colcha. Pode ser também que não exista um padrão único e coerente, que cada história sobre práticas locais e específicas baste a si mesma. Quer-se evitar qualquer gênero de narrativa cuja pretensão é uma globalização. Uma conclusão é vista como um fechamento de possibilidades, ideia completamente avessa à proposta das redes e das narrativas plurais (MELO, 2007, p. 176-177).

É esse contar histórias, essa evitação de conclusões que fechem possibilidades que nos encanta na TAR e nos deixa seguros para segui-la, tendo-a como um aporte flexível e crítico na/da pesquisa.

4.2 Procedimentos da construção das informações

Este trabalho tem de forma assumida a não neutralidade. Apostamos na reflexividade, que diz respeito “[...] à espiral da interpretação e aos efeitos da presença do pesquisador nos resultados da pesquisa” como afirmam Spink e Menegon (2004, p. 88). As mesmas autoras, citando Tindall (1994) relatam duas vertentes propostas por este autor para a posição do

pesquisador: a reflexividade pessoal, que implica na reflexão sobre quem é o pesquisador e como os interesses e valores deste influenciam na pesquisa; e a reflexividade funcional, que se volta para a comunidade e a forma como “quem somos” influencia no processo de pesquisa e em seus resultados.

Seguindo ainda os rastros de Spink e Menegon (2004) pensamos a ética a partir do próprio processo de pesquisa, nos qual estas autoras afirmam ser imprescindível:

Pensar a pesquisa como uma prática social, adotando uma postura reflexiva em face do que significa produzir conhecimento [...]; garantir a visibilidade dos procedimentos de coleta e análise dos dados [...]; aceitar que a dialogia é intrínseca à relação que se estabelece entre pesquisador e participantes (SPINK; MENEGON, 2004, p. 91).

Essas pontuações são norteadores da pesquisa e sempre estarão dialogando com o fazer da pesquisa. Teremos ainda três cuidados éticos essenciais que são apontados por Spink e Menegon (2004): o consentimento informado, que trata do acordo inicial para colaboração, sendo passível de ser revisto e negado em qualquer momento da pesquisa, tendo por princípio básico a transparência quanto aos procedimentos, aos direitos e deveres de todos os envolvidos na pesquisa; a proteção do anonimato, que refere-se à proteção do participante garantindo que este não será identificado; e o resguardo do uso abusivo do poder na relação entre pesquisador e participantes, o que implica no estabelecimento de uma relação de confiança em que seja assegurado ao participante o direito de não responder a algo, enquanto que para o pesquisador, remete ao cuidado sensível para com os limites apropriados da revelação, zelando para que a curiosidade seja controlada, respeitando o limite da intimidade do participante. Já o anonimato, refere-se à proteção do participante, garantindo que este não será identificado.

Desta forma, nos posicionamos tendo a Ética como relativa e dialógica a partir da contribuição de Cordeiro *et al* (2014), no qual defende que a ética, não se limita à uma prescrição, mas sim, a algo que é co-construído, negociado, resignificado por diferentes vozes, incluindo diversos atores envolvidos no processo de definição dos valores e normas de conduta.

Pensamos a relação dialógica entre os diversos atores como fundamental nesta pesquisa, desde a apresentação da pesquisa, no pedido do consentimento até possíveis mudanças no modo como nos posicionamos como pesquisadores. Pensamos ainda, que ética e política se articulam e podem garantir a reflexão necessária para a realização da pesquisa e da construção de um conhecimento que possa ser reconhecido pelos diversos atores da pesquisa.

Assim, consideramos o cuidado à população em situação de rua, a partir de um recorte da história de uma pessoa em situação de rua, no qual buscamos ter contato com a rede heterogênea que foi se constituindo na busca por cuidar dela e nos desdobramentos disso. Tentamos acompanhar as controvérsias que se fizeram presentes, buscando estabelecer novas controvérsias e chamar os diversos atores para o debate e discussão, da história e do tema do cuidado à população em situação de rua.

Inicialmente queríamos percorrer três histórias de pessoas em situação de rua, mas fomos percebendo que isso seria muito difícil, dado o tempo que tínhamos disponível. Ao mesmo tempo, uma história em específico foi nos envolvendo, nos afetando de tal modo que ficou impossível não segui-la, não buscá-la e não problematizá-la nas diversas conversas que fomos tendo e foram acontecendo. O pesquisar nos parece ser um exercício de se deixar afetar por nossas questões, sejam prazeres, incômodos ou indignações.

Nisto, são duas as ferramentas principais nesta caminhada: as conversas no cotidiano e a produção dos diários de campo. As conversas no cotidiano, enquanto recurso metodológico, são apontadas por Batista, Bernardes e Menegon (2014) como a valorização dos lugares diversos, de alteridade, de diversidade, de diálogo e de encontro. Entendemos então, que as conversas são protagonistas relevantes na produção do conhecimento como afirmam os mesmos autores, ao mesmo tempo em que acreditamos ser nas conversas que as traduções e as controvérsias podem aparecer.

As conversas no cotidiano permeiam as variadas esferas das interações, sendo corriqueira e, por isso, muitas vezes menosprezada, diante de sua riqueza e peculiaridade (MENEGON, 2013). Diante disso, as conversas se apresentam com características que acreditamos ser importantes e que foram desejadas por nós diante do processo de pesquisa, são elas de acordo com Menegon (2013): a flexibilidade temporal, as conversas ocorrem de forma breve, podemos dizer até fugaz; a flexibilidade espacial, que remete ao fato das conversas poderem ocorrer em diversos espaços e lugares, como ocorreu nesta pesquisa (tive conversas, por exemplo, voltando pra casa num taxi, no ponto de ônibus, na sala do trabalho de uma amiga, dentro do ônibus com um amigo, na festa de aniversário de um colega no qual estávamos reunidos com diversos outros amigos na beira-mar); a variabilidade de composição dos participantes, melhor dizendo, dos atores da pesquisa, diz respeito, à variabilidade de número, sexo, idade, condição social, como também, acreditamos que essa variabilidade, diz respeito ao reconhecimento de que o conhecimento está presente para além da academia, sendo a informação de qualquer pessoa importante na composição da construção da pesquisa, não existe *a priori* o que é importante ou não, apenas existem os objetivos que me

direcionam; o descompromisso disciplinar dos atores da pesquisa, ou seja, a informalidade que permeou algumas conversas, me possibilitou ter acesso a diferentes linguagens e concepções sobre a história que eu estava buscando compreender.

As conversas no cotidiano possibilitam a valorização dos encontros e desencontros permeados pelas socialidades e materialidades de cada lugar, o que nos faz adotar uma postura dialógica, articulada à ética e à política como afirmam Batista, Bernardes e Menegon (2014).

Um ponto importante para a construção dessa pesquisa é a ideia de microlugar, que chama atenção para a importância do acaso diário, dos encontros e desencontros.

Os micro lugares e seus diferentes horizontes são produtos e produtores de vários processos sociais e identitários: nós, eles, os temas a serem debatidos, com quem conversamos, como e onde vivemos. Denso, o cotidiano se compõe de milhares de micro-lugares; não é um contexto eventual ou um ambiente visto como pano de fundo. Os micro lugares, tal como os lugares, somos nós; somos nós que os construímos e continuamos fazendo numa tarefa coletiva permanente e sem fim (SPINK, 2008, p. 71).

Tal concepção nos ajuda a situar e reconhecer a importância dos diversos espaços em que estamos inseridos, nos reconhecendo como parte destes, o que nos coloca diante de um duplo desafio, como nos aponta Spink (2008): o primeiro é o de aprender a prestar atenção a nossa própria cotidianidade reconhecendo a produção e negociação de sentidos; e, o segundo desafio, é de aprender a fazer isso como parte do próprio cotidiano, não como pesquisador e muito menos como um observador distante, mas simplesmente como parte.

Ao nos situarmos e assumirmos as conversas como importante em todo o processo de pesquisa, nos coloca diante da concepção de campo enquanto tema. O campo não é um lugar, e assim estamos sempre em nosso campo de pesquisa, o campo-tema (SPINK, 2003; 2008):

Campo, entendido como campo-tema, não é um universo “distante”, “separado”, “não relacionado”, “um universo empírico” ou um “lugar para fazer observações”. Todas estas expressões não somente naturalizam mas também escondem o campo; distanciando os pesquisadores das questões do dia a dia. Podemos, sim, negociar acesso às partes mais densas do campo e em consequência ter um senso de estar mais presente na sua processualidade (SPINK, 2003, p. 28).

Assim, por meio da fundamentação do campo-tema, estamos pesquisando o tempo todo: por onde as conversas acontecerem e a temática surgir ou for provocada, afinal, estamos sempre conversando, e a conversa situa-se como um ato ativo, vivo e prazeroso de pesquisar. Juntamente com a centralidade das conversas e da concepção de campo-tema, temos mais um aliado, o princípio da dialogia, que diz respeito a aceitação de que o conhecimento é uma construção coletiva, no qual se tem como fundamental no trabalho com as conversas no

cotidiano a autorização para participar da conversa, a garantia do anonimato dos participantes e jamais abusar das relações de poder como proposto por Batista, Bernardes e Menegon (2014) para subsidiar o papel central das conversas na produção do conhecimento.

Utilizamos a escrita em um diário como ferramenta importante na construção desta pesquisa, já que o consideramos enquanto ator (actante), uma vez que ele produz efeitos e mobiliza afetos (MEDRADO; SPINK; MÉLLO, 2014).

O escrever, então, assume a característica de promover tensionamentos na/da experiência vivida, o que torna o diário de campo um espaço de experimentação, em que não nos limitamos a transcrever ou representar a experiência, pois nos implicamos com a experiência e com o que escrevemos, nos incluímos e tensionamos a experiência com esse movimento, que resulta no fato da escrita ser produtora de questões pertinentes como dito por Diehl, Maraschin e Tittoni (2006).

O reviver a partir da escrita do diário provoca novas configurações das questões. Tais reconfigurações remetem ao pesquisador, à situação que se pesquisa, aos atores envolvidos e à rede que se forma para que a pesquisa aconteça. Assim, o diário assume o lugar de companheiro no ato de pesquisar, não sendo apenas um “caderno de anotações”, mas um potencializador da pesquisa, já que ele possibilita a presentificação das relações que a pesquisa proporciona.

Outro fundamento para a escrita do diário foi assumir o olhar como ferramenta da pesquisa (DIEHL; MARASCHIN; TITTONI, 2006), reconhecendo que ele é marcado pelo percurso que foi feito, no qual não somos neutros e enxergamos aquilo que podemos ver. Perceber isso é se colocar no exercício constante de buscar se perceber implicado naquilo que observamos, uma realidade construída pelo ato ativo dos diversos olhares. O que significa se abrir para o novo, o inesperado, na busca pela produção de espaços de diálogo e de visibilidades, como afirmam Diehl, Maraschin e Tittoni (2006). Afinal, como canta Arnaldo Antunes “o seu olhar lá fora, o seu olhar no céu, o seu olhar demora, o seu olhar, o seu olhar, melhora o meu!” (música “O seu olhar”).

O diário em nosso estudo é um atuante na pesquisa:

O diário, como afirmamos, é um atuante: com ele e nele a pesquisa começa a ter certa fluidez, à medida que o pesquisador dialoga com esse diário, construindo relatos, dúvidas, impressões que produzem o que nominamos de pesquisa. Esse companheirismo rompe com o binarismo sujeito-objeto, tornando o diário também um ator/atuante que permite a potencialização da pesquisa (MEDRADO; SPINK; MÉLLO, 2014, p. 278).

Desta forma, utilizaremos o diário como texto que compõe nosso corpus de análise, assim como feito por Lisboa (2013), em sua tese de doutorado em que investigou como se configura a rede de atenção e cuidado destinada a população em situação de rua em sofrimento mental, no qual afirma que a rua é um espaço de caráter fluido que necessita de estratégias de pesquisa que sejam móveis e maleáveis.

Lisboa (2013) utiliza o diário priorizando cenas e casos relatados e que foram integrados com análises do contexto e da teoria na qual estava embasada. Tal será também o nosso percurso.

Buscamos, então, ter o diário como atuante na pesquisa, sendo importante ator no processo de análise, no qual o seu próprio escrever como afirma Lisboa (2013) já é um processo analítico, que será posteriormente, articulado com o referencial teórico e com o contexto em que foi escrito, sendo esse um segundo momento analítico.

5 UMA HISTÓRIA PARA UM CUIDADO: VALORES QUE VALEM A PENA DEFENDER

Buscaremos discutir o cuidado associado a cinco valores importantes para compreender as práticas de saúde atuais: leveza, rapidez, precisão, visibilidade e multiplicidade. Objetivamos sugerir novos desdobramentos para um cuidado em saúde que possibilite a construção de sujeitos autônomos e capazes de lidar com suas questões e seus contextos de vida, ou seja, um cuidado pautado na complexidade das histórias de vida de cada sujeito.

É Calvino (1990) em seu livro “Seis propostas para o próximo milênio” que servirá de norte para nossas reflexões e análises, assim como foi guia para Santos (2013) que em sua dissertação de mestrado, intitulada “Conversas sobre a formação em Psicologia e o trabalho para o Sistema Único de Saúde”, realiza a partir do Calvino um paralelo entre Formação em Psicologia e o trabalho no Sistema Único de Saúde (SUS) e que aqui, buscamos avançar, tal articulação com a literatura, realizando aproximações na busca da associação entre cuidado e os valores já descritos. Este livro do Calvino é uma obra póstuma, que como diz Esther Calvino (esposa de Calvino), na introdução do livro, é constituído por textos de conferências que ele iria apresentar na Charles Eliot Norton Poetry Lectures: um ciclo de seis conferências que se desenvolvem ao longo de um ano acadêmico (o de Calvino seria o ano letivo de 1985-86) na Universidade de Harvard, em Cambridge, no estado de Massachussets. O termo “poetry” significa qualquer espécie de comunicação poética – literária, musical, figurativa. Sendo a escolha do tema livre, Calvino propôs a tratar de “[...] alguns valores literários que mereciam ser preservados no curso do próximo milênio [...]” (CALVINO, 1990, p. 5). Apesar de o livro apresentar seis propostas, foram descritas somente cinco delas: Leveza, Rapidez, Exatidão, Visibilidade, Multiplicidade. A Consistência, que seria a sexta proposta, não chegou a ser escrita, pois Calvino faleceu antes disso.

Para dialogar com os cinco valores calvinianos, apresentaremos a história de “Maria Rodoviária”. Mulher que vivia na rua, em um dos bancos do ponto de ônibus da rodoviária de Maceió. Maria Rodoviária é uma idosa com aproximadamente 65 anos. Ela mesma não sabia sua idade ou, talvez, nunca quis declará-la. São diversas histórias que falam o que a levou para a situação de rua: uns dizem que foi o luto pela morte de um filho; outros dizem que ela foi abandonada devido a um problema mental; outros mais dizem que ela era de outro Estado. Das poucas informações que temos é que ela foi ficando ali, naquele local. No banco do ponto

de ônibus passava seus dias, noites, se alimentava, realizava sua higiene, produzia suas relações etc, e lá viveu por quase 10 anos.

Buscando escapar dos processos homogeneizadores que fazem desaparecer os sujeitos, queremos contar esta história, reconhecendo sua singularidade, ao construir uma narrativa por meio das conversas, documentos, relações, em suma, seguindo a história de Maria Rodoviária. O objetivo desse “seguir” é produzir a articulação entre as práticas das políticas de saúde das populações em situação de rua com o cuidado. Tal produção será por meio dos valores apresentados por Calvino, sustentando-se, teórica e metodologicamente, em torno da Teoria do Ator-Rede.

Leveza

Não a dirigi a palavra (não a conheci, mas a vi algumas vezes há muito tempo atrás), mas me lembro dela, tinha um semblante triste, pesado talvez, parecia incomodada com o mundo que lhe rodeava e que a olhava com repulsa. Não lembro de ter sentido isso, mas me incomodei com a presença de um odor que contaminava o ar, tal odor era do corpo dela, fruto da ausência de higiene, mas o local onde ela “habitava” não lhe permitia ter tal higiene, era um banco duro de cimento. Isso é realmente impactante! Era um ponto de ônibus, no qual diariamente pessoas passavam, iam e vinham de casa, do trabalho, de algum compromisso. Ah! Já ia esquecendo, o banco do ponto de ônibus era o ponto de ônibus da Rodoviária Municipal, então a circulação de pessoas é maior que o normal, não é qualquer ponto de ônibus e isso é uma informação importante, para as questões seguintes. Tem a circulação de pessoas que ficam à espera de seu ônibus, mas também tem a circulação de quem chega ou sai da rodoviária, sendo recebida ou deixada por familiares, amigos. Tem as pessoas que só passam pela rodoviária, que passam pelo ponto, que passam por ela. Se é um espaço de circulação, tem diversos pontos de comércio, seja de lanches (bem do lado dela, tinha uma barraca que vendia bombons), um senhor vendendo CD’s, e ele usa um som para ir tocando seus CD’s que esperam por compradores e garantem a animação ou não do ponto de ônibus. Estamos falando de um lugar de passagem para alguns, apenas para alguns. Pois ali, é “O Lugar”, o espaço dela, é onde ela organiza sua vida, sua existência há mais ou menos 10 anos, ela já faz parte da paisagem ou seria o contrário? Buscando tomar contato com sua história, vou em busca de seus rastros, ou tento seguir um recorte de sua história, tendo como norte, outras histórias, que vão se cruzando, se enrolando e se desdobrando em acontecimentos, afetações, impasses e resoluções (DIÁRIO DE CAMPO, 01/03/2015).

A leveza, para Calvino (1990), está relacionada à busca da superação ou fuga de uma petrificação que envolve o mundo:

Logo me dei conta de que entre os fatos da vida, que deviam ser minha matéria-prima, e um estilo que eu desejava ágil, impetuoso, cortante, havia uma diferença que eu tinha cada vez mais dificuldade em superar. Talvez que só não estivesse descobrindo o pesadume, a inércia, a opacidade do mundo – qualidades que se aderem logo à escrita, quando não encontramos um meio de fugir a elas. Às vezes, o mundo inteiro me parecia transformado em pedra: mais ou menos avançada segundo as pessoas e os lugares, essa lenta petrificação não poupava nenhum aspecto de vida. Como se ninguém pudesse escapar ao olhar inexorável da Medusa (CALVINO, 1990, p. 16).

Seguindo os rastros produzidos por Maria Rodoviária, estivemos envolvidos com diversos atores (pessoas, documentos, lugares, entre outros). Em todos esses contatos, sentimos o “peso”, a petrificação como resultado que perpassava um duplo desafio: o lidar com uma situação complexa; e, ao mesmo tempo, como lidar nesta situação, com as práticas do cuidado? Para isso, seguiremos as relações de Maria Rodoviária com o banco de cimento, o ponto de ônibus, a rodoviária, as pessoas que a circundavam, os serviços de saúde que se organizavam para seu cuidado, dentre outros aspectos.

Em contato com a promotoria de Justiça Coletiva e Direitos Humanos do Ministério Público de Alagoas, eles disponibilizaram alguns documentos que serão discutidos no decorrer desta dissertação e que produzem os desdobramentos desta história (ver em apêndice A, uma tabela com os acontecimentos desta história).

O primeiro documento é a cópia de um email, de Agosto de 2012, onde Centro de Atenção e Prevenção à Violência contra a Pessoa Idosa (CIAPPI), realiza denúncia junto ao serviço especializado de abordagem social sobre uma “idososa abandonada na Rodoviária Feitosa”. Na denúncia se destaca que trata-se de uma idosa “deitada num banco da parada de ônibus sempre com a mesma roupa aparentando sofrer de transtornos mentais, pois quando tentam conversar com ela reage de forma violenta”. O e-mail continua: “a aparência é de total descuido com a higiene pessoal e suas pernas, pés e calcanhar na cor preta”. Tal e-mail parece ter sido originado a partir de um telefonema, em que se estabeleceu a parceria para trabalharem juntos neste caso, em que se preocupam com a verificação de algum “problema mental”. A ligação garante a produção da demanda e o e-mail, é a oficialização desta, promovendo dois movimentos: por um lado, o CIAPPI produz seus encaminhamentos e, por outro lado, exige que este encaminhamento, seja executado pelos órgãos competentes. Acompanhando tal situação, percebo que o CIAPPI já sabe que a abordagem social já conhece o caso, já tendo ido ao local da denúncia, a rodoviária, e também já buscou uma avaliação psicológica, na esperança de, a partir de um diagnóstico, poder tomar as providências cabíveis.

Temos aqui um ponto a ser seguido: a denúncia. É acompanhando esta denúncia que iremos seguir a História de Maria Rodoviária e, assim, refletirmos sobre a produção do cuidado à população em situação de rua. Um fluxo que se organiza, que deve ir tomando rumos e incluindo novos atores, eis que a rede vai se formando e deformando.

Outro documento que tivemos acesso, foi um relatório técnico do Centro Pop de Novembro de 2012, no qual “em parceria com a coordenadora dos abrigos” profissionais do Centro Pop foram até a rodoviária a fim de verificar a denúncia sobre uma idosa, de 60 anos, que encontra-se em situação de rua e vulnerabilidade física e social. De acordo com o relatório técnico, que tem por objetivo esclarecer sobre providências e encaminhamentos adotados em relação ao caso de Dona Maria, essa senhora, ao perceber a chegada da equipe, mostra resistência, mas aos poucos vai aceitando o contato de modo que a equipe consegue algumas informações com ela. Durante tal contato, percebeu-se que ela “precisa de cuidados médicos e higiene pessoal”, mas ela nega qualquer atendimento e “disse que de lá não sairia”. Acreditamos que a parceria com a coordenadora de abrigos era para isso, para a saída dessa senhora do local. Como anexo do relatório, fotos de Maria Rodoviária, sentada no banco do ponto de ônibus da rodoviária. Cena não muito receptiva, pois trata-se de imagem “pesada”. A partir desse encontro, o encaminhamento da situação é fazer o contato com o Consultório na Rua, para “se deslocar até o local oferecendo cuidados especiais de saúde e higienização”.

Vamos refletir sobre essa situação, o primeiro contato com Maria Rodoviária, após a denúncia, foi realizado pela coordenadora dos abrigos de Maceió, com a equipe da abordagem social. Tal contato provocou rechaço por parte de Maria Rodoviária, em função de a equipe estar mais preocupada com sua retirada deste local do que com seus cuidados. Acreditamos que tal atitude se distancia do acolhimento que temos buscado para os serviços e práticas no âmbito da saúde, que tem como foco o favorecimento da construção de relações vinculares de confiança e compromisso entre serviços e usuários (BRASIL, 2010). No cuidado à população em situação de rua, se faz necessário, a superação da relação “rua – sair da rua”, já que este pode não ser o objetivo ou desejo de quem lá está.

Importante pensar o acolhimento, “[...] como ato ou efeito de acolher (que) expressa, em suas várias definições, uma ação de aproximação, um “estar com” e um “estar perto de”, ou seja, uma atitude de inclusão” (BRASIL, 2010, p. 6). Para que o acolhimento aconteça é preciso estar aberto ao diálogo ou, como afirma Teixeira (2003), o acolhimento se dá a partir de uma rede de conversações, que dá centralidade ao diálogo. As conversas são importantes dispositivos para o acolhimento, a aproximação para com o outro e, ao mesmo tempo, estabelece como premissa o reconhecimento da alteridade.

É a leveza no cuidado: a do diálogo e da possibilidade de relacionar-se com o outro a partir de formações discursivas distintas das usualmente produzidas. Alguns autores definirão

como a possibilidade de um “outro olhar” (DIEHL; MARASCHIN; TITTONI, 2006). A ausência da leveza na relação com o outro, acaba por nos colocar diante de limitações e receios próprios destas relações, o que acaba homogeneizando-as, perdendo a possibilidade de descobertas dos encantamentos do outro e das múltiplas relações que poderiam se estabelecer. O relato feito por uma profissional do Consultório na Rua e técnica de referência de Maria Rodoviária, fala da leveza na constituição de vínculos:

[...] conta que Dona Maria não gostava de comer comida, gostava apenas de frango e macarrão, e comia muito lanche. Mas um dia, Dinah, juntamente com a sua equipe, organizou um café da noite para Maria Rodoviária. No café tinha macaxeira e galinha, que Maria tinha dito gostar, e ela comeu “tanto, tanto e ficou muito feliz!”. Fiquei emocionado com essa história: foi lhe dada a possibilidade de escolher, foi lhe oferecido algo dentro das possibilidades do que ela queria, e ela tinha o direito de querer, todos temos! É assim que se cria vínculo, reconhecendo direitos! [...] (DIÁRIO DE CAMPO, 09/07/2015).

O café da noite foi uma das possibilidades de se produzir acolhimento e vínculos, e claro, isso ocorreu após diversos diálogos, permeados pela criatividade e sensibilidade de uma equipe de trabalho. Vale destacar que essa profissional do consultório na rua também é atriz. Talvez por isso tamanha criatividade, possibilitando produzir cuidado de formas distintas das convencionais.

É essa mesma profissional quem descreve Maria Rodoviária como “alegre e simpática” (DIÁRIO DE CAMPO, 09/07/2015). Descrição distante de outras, que posicionavam Maria Rodoviária como raivosa, agressiva, louca. Esses diferentes olhares possibilitam explorar a leveza ou o peso que pode ser dado numa mesma situação, desencadeando práticas de diálogo e construção de vínculos ou de estigmatização e homogeneização.

Dinah conseguiu reposicionar o olhar, a fim de não ser petrificada. Como no mito de Perseu que, para vencer a Medusa e seu olhar petrificante, desenvolveu o olhar por tabela, por meio de seu escudo. Como diz Calvino, Perseu...

[...] se sustenta sobre o que há de mais leve, as nuvens e o vento; e dirige o olhar para aquilo que só pode se revelar por uma visão indireta, por uma imagem capturada no espelho. Sou tentado de repente a encontrar nesse mito uma alegoria da relação do poeta com o mundo (...). É sempre na recusa da visão direta que reside a força de Perseu, mas não na recusa da realidade do mundo de monstros entre os quais estava destinado a viver, uma realidade que ele traz consigo e assume como um fardo pessoal (CALVINO, 1990, p. 16-17).

Como nos diz Calvino (1990), é essa capacidade de olhar por outro ângulo, e de se sustentar no que há de mais leve, que faz com que Perseu vença sua batalha. Com a ajuda de Hermes, Deus da Comunicação, Perseu utiliza as sandálias aladas que lhe permitem voar.

O que propomos é que também o cuidado se faça assim, que tenha por base um olhar diferenciado e se sustente no que há de mais leve², o diálogo, em conversas permeadas por um olhar não estigmatizante ou normatizador dos modos de ser e viver, na construção de vínculos solidários e na abertura para a escuta, o que possibilita a produção de sujeitos autônomos e corresponsáveis.

O diálogo se apresenta como possibilidade de superação de relações de poder, ao mesmo tempo em que permite problematizar as formas em que a relação se dá pela capacidade de questionar os posicionamentos que vão sendo tomados e o que será feito diante disso. Assim, a neutralidade é ressignificada pelo diálogo, uma vez que o diálogo aponta para um processo de construção coletiva do cuidado, das formas de ser e dos modos de cuidar, não sendo estas relações hierarquizadas e padronizantes de sujeitos ou práticas.

O diálogo transforma-se em importante localizador acerca do tempo e do espaço que é do outro, em especial quando falamos da população em situação de rua, em que, muitas vezes, quem se disponibiliza ao cuidado é considerado estrangeiro ou até mesmo intruso. É preciso um permitir-se ao estranhamento da relação que pode se estabelecer, ainda que isso seja tomar contato com os limites e tensões desta, produzindo assim, a leveza do encontro. Refletir sobre as concepções *a priori*, os sujeitos, as intervenções e os modos de agir, nos possibilita a leveza necessária para o cuidado que acontece no reconhecimento da alteridade.

A leveza que propomos aqui, no qual o cuidado se centra no diálogo e na construção coletiva, se diferencia do cuidado associado ao peso regido por procedimentos centrados em práticas que tomam o diagnóstico como ponto de partida para que o cuidado se efetue. O cuidado centrado única e exclusivamente nos procedimentos operam narrativas que ganham peso e tornam-se imutáveis. Importante aqui, trazeremos a leveza novamente para nosso diálogo e retomarmos o diagnóstico relacionado à diagnose, que remete a junção de dia (entre) e gnose (conhecimento), ou seja, é o conhecimento entre as pessoas. Conhecimento que é produzido por meio do diálogo, no sentido forte do termo. Conhecimento que é produzido a partir das relações cotidianas entre pessoas.

Desta forma, diferentemente do modelo biomédico em que o processo de identificação do diagnóstico é fundamental e antecede ao tratamento e prognóstico da doença,

² Merhy (1997) ao apresentar as tecnologias do trabalho em saúde, pontua que as tecnologias leves, são relacionais. Acreditamos que a leveza às vezes pode apresentar a dureza, mas não o peso. Criticamos tal divisão proposta por Merhy, já que opõe leveza a dureza, mas nada fala sobre o peso, que para nós este sim acaba com toda possibilidade de leveza, diferentemente da dureza, que pode ser necessária em algum momento da proposta de leveza atrelada ao diálogo que defendemos aqui.

argumentamos que o diagnóstico no modelo do cuidado é ponto de chegada (se por acaso se chegar), jamais ponto de partida. O diagnóstico transforma-se em espécie de norte, estrela guia, mas jamais solo seguro.

O diagnóstico como ponto de partida, que se centra numa racionalidade médica, provoca um duplo movimento: por um lado, o reducionismo do sujeito à sua doença. Por outro lado, a intervenção em seu corpo, independente de sua permissão. O reducionismo à doença como único objeto de intervenção das práticas de cuidado em saúde, deixando de lado o sujeito em suas diversas dimensões de necessidades, o que implica anular o sujeito enquanto ser desejante e com capacidade de ser autônomo e corresponsável pelo seu cuidado: é a existência que ganhou peso. É o processo de petrificação que nos fala Calvino, que não poupa nenhum aspecto de vida e que, também, está presente no âmbito da saúde, afinal, devemos refletir de forma ampla, na complexa tarefa de construir de forma eficaz um sistema público que garanta acesso universal, equânime e integral a todos os cidadãos em forma de cuidado (BENEVIDES; PASSOS, 2005).

Ir para o encontro do outro, sem esperar ou permitir que este se posicione sobre sua condição e assim expresse suas necessidades e desejos, é estar petrificado, é entrar numa relação que produz peso. Bernardes e Ribeiro (2013) nos afirmam que no cotidiano de práticas de saúde são as ações tecnicistas, no qual o cuidado é envolto por égides morais e legalistas em que a ação é automática, procedimental, mecânica, dura e prescritiva, que podemos perceber o peso no qual o cuidado está imerso. Podemos tomar diversos exemplos do cuidado que ganhou peso: as práticas higienistas que tomam como cuidado a retirada forçada de pessoas da situação de rua sem antes escutá-las; a imposição da abstinência como exigência para a entrada no serviço de saúde ou para o atendimento; a exigência do comprovante de residência da pessoa em situação de rua como pré-requisito para abertura de prontuário numa unidade de saúde; a exigência da “higiene” realizada para que o atendimento aconteça; enfim, a produção dos diversos diagnósticos da psicopatologia descritiva que petrificam e anulam o sujeito.

Rapidez

[...] Na vida prática, o tempo é uma riqueza de que somos avaros; na literatura, o tempo é uma riqueza de que se pode dispor com prodigalidade e indiferença: não se trata de chegar primeiro a um limite preestabelecido; ao contrário, a economia de tempo é uma coisa boa, porque quanto mais tempo economizamos, mais tempo poderemos perder. A rapidez de estilo e de pensamento quer dizer antes de mais nada agilidade, mobilidade, desenvoltura; qualidades essas que se combinam com uma escrita propensa às divagações, a saltar de um assunto para outro, a perder o fio

do relato para reencontrá-lo ao fim de inumeráveis circunlóquios (CALVINO, 1990, p. 59).

Calvino (1990) nos apresenta a Rapidez como outro valor importante para a literatura, que também gostaríamos de discuti-lo e trazê-lo para pensarmos o cuidado. O cuidado enquanto rapidez relaciona-se a reconhecer os diferentes tempos existentes, a singularidade de cada sujeito. Nos relatos que ouvimos, Maria Rodoviária parece estar num tempo distinto do tempo prescritivo dos serviços que tentam promover seu cuidado. Eles estão preocupados em “chegar primeiro a um limite preestabelecido”, enquanto ela parece querer “gastar o tempo” dos serviços, pois para ela as referências são outras, não existe algo preestabelecido que lhe interesse: ir para um abrigo ou sair da rua, não são metas a serem atingidas por ela ou demandas dela.

Tal premissa de rapidez indica algo importante, o respeitar a complexidade das histórias e das demandas dos sujeitos não é perder tempo, mas produzir corresponsabilidade, já que se trata de uma história singular, que necessita de agilidade, mobilidade e desenvoltura na busca e produção de ações que são compartilhadas, por isso tem maior probabilidade de serem eficazes. Ou seja, propomos o cuidado a partir do que Calvino, inspirado no oxímoro do Imperador romano Augusto, chama de *Festina lente*, ou “apressa-te lentamente”. Isso é, rapidez (economia) na produção do cuidado. O trabalho para ser bem feito tem o seu próprio tempo. Embora deva ser realizado com rapidez.

Pensar a rapidez aqui é pensar na subjetividade de cada ser, no qual a tomamos como a maneira particular de cada um sentir, ver e estar no mundo (DIMENSTEIN, 2004), e acreditamos ser fundamental para o cuidado. A rapidez que defendemos aqui é de um tempo partilhado entre serviços e usuários, no reconhecimento dos aspectos subjetivos de cada um. Se não, pode ocorrer o “atropelamento” de situações e até do próprio cuidado.

Maria Rodoviária chamou atenção de diversas pessoas e serviços exatamente por estar “obstruindo” ou estar obstaculizando um lugar de passagem, e assim fazendo as pessoas “perderem tempo”. Parece que, também, o cuidado a Maria Rodoviária foi permeado por esse desejo de não perder tempo. O que nos aponta novamente para que o cuidado seja um “apressar-se lentamente”, abrindo espaço para os encontros, os diálogos (leveza) e para os reconhecimentos dos tempos de cada um e de suas urgências.

*Precisão*³

Que viva la ciencia,
 Que viva la poesia!
 (...)

 Es cierto que no hay arte sin emoción,
 Y que no hay precisión sin artesanía.⁴

Avancemos para outro valor defendido por Calvino (1990): a Precisão. Acreditamos que todos os valores se articulam, e a Rapidez que defendemos só é alcançada pela Precisão, que pode ser definida a partir de três pontos: a boa definição de um projeto de obra; a formação de ideias visuais nítidas; e uma linguagem precisa, com a capacidade de traduzir o imaginário. Assim, temos a precisão como um valor atrelado ao ser exato e preciso, uma linguagem capaz de capturar detalhes.

Cabe retomarmos ao Relatório do Centro Pop, que finaliza com a decisão de encaminhar o caso para o Consultório na rua, isso acontece em Novembro de 2012, mas curiosamente, em outubro do mesmo ano, uma das equipes do Consultório na Rua já tinha ido na rodoviária, tendo feito o primeiro contato com Maria Rodoviária, preenchido sua ficha de cadastro para acompanhamento, e aberto seu prontuário para realização dos registros dos atendimentos que vão acontecendo sistematicamente pela equipe, na busca cada vez maior por garantir o cuidado à Maria Rodoviária.

O tempo vai passando... é fevereiro de 2013, e a coordenação geral do CREAS, por meio de ofício pede ao CAPS Enfermeira Noraci Pedrosa apoio técnico de um psiquiatra para realizar o acompanhamento do caso da Dona Maria . Uma rede vai se formando, em que novos atores vão surgindo, sendo eles humanos e não humanos, todos vão constituindo a construção da atenção à história específica de Maria Rodoviária, mas que nos serve como possibilidade de ampliação da discussão sobre tantas outras histórias.

Cada sujeito deve ser considerado em sua singularidade histórica e pessoal, abrindo espaço para a compreensão daquilo que lhe é necessário, tomando como ponto central e primordial a participação e explicação do sujeito sobre sua condição e de seus desejos. Tal postura também remete a concepção trazida pela Teoria do Ator-Rede, de deixar que os atores expliquem sua realidade, e que ao pesquisador cabe buscar as associações. Aqui, entendemos

³ Há duas traduções para este valor em Calvino: uma que apresenta o termo Exatidão, outra que apresenta o termo Precisão. Para este trabalho, preferimos adotar o termo precisão, que abre duas possibilidades na discussão do cuidado: primeiro, é exato, preciso, certo, singular; segundo, é preciso, necessário, urgente. Abre assim, maior riqueza de trabalho com este termo.

⁴ Trecho da música “Guitarra y vos” de Jorge Drexler, lançada em 2004 no Álbum Eco.

que reconhecer a singularidade é reconhecer as associações que cada ator constituiu para tornar-se o que é.

Assim, alcançar a precisão enquanto valor e pensar isso no âmbito do cuidado é falar sobre “Projeto Terapêutico Singular (PTS)”, já que, sermos precisos é reconhecer e lidar com a singularidade e com a especificidade das necessidades do outro e ambas questões são fundamentos do PTS, como afirma Pinto *et al* (2011).

O PTS se apresenta como de grande importância por apostar em um processo democrático e horizontal do cuidado, criando espaços coletivos de discussão, em que não se exclui o sujeito, mas que o reposiciona na relação, lhe possibilitando ser ativo no processo de construção de sua terapêutica (BRASIL, 2007).

Este processo deve incluir os diversos atores que se façam necessários diante da problemática enfrentada, numa atuação que pode ser interprofissional e intersetorial, e que busque fugir do formalismo burocrático, estabelecendo novos diálogos na construção do cuidado. A ausência de diálogo ou a ausência de uma construção coletiva do cuidado, ou de um projeto terapêutico, acaba por culminar em fragmentações e ações descontextualizadas.

Em meio as conversas que tive para elaboração dessa história, lembrei que uma amiga me falou de uma reportagem que saiu na internet sobre Maria Rodoviária, fui então procurá-la e ela é de Maio de 2013, no qual trata-se de uma matéria de um jornal na internet, o “Alagoas 24 horas”, que vai descrevendo Maria Rodoviária, como “aparentemente idosa” que vive no ponto de ônibus da rodoviária municipal de Maceió e que escolheu tal lugar para moradia. Diz a matéria ainda, que as pessoas afirmam que ela tem “problemas mentais” e que, também, os comerciantes de bares e restaurantes a ajudam. O “fedor” é colocado como incomodo aos transeuntes que passam ou estão no local a fim de embarcar no ônibus. A falta de higiene é evidenciada, há quem diga que a viu fazer necessidades fisiológicas no local, lá mesmo, no banco do ponto de ônibus. É difícil imaginar essa cena, pois ela é impactante, é pesada demais, para tantos padrões que nos petrificam. A matéria segue nos apresentando Maria, como uma pessoa que vive em constantes atritos com a população, pois as pessoas “tiram onda dela”, dizem que há cerca de um ano atrás ela foi espancada por “playboys”, os mais jovens a agridem fisicamente e os mais velhos verbalmente. É muita violência para com uma senhora! O questionamento que surge nesse momento é: Por que ninguém faz nada? Ao tentar falar com ela, a resposta obtida pela equipe do Jornal são gritos de “Quero apenas dormir, saiam daqui”, pedido esse que é justo, também não gosto de ser importunado quando quero dormir. Se ela não quer falar, a reportagem procurou quem pudesse falar e talvez intervir na situação da idosa, na rua, que incomoda as pessoas, e talvez tenha um “problema mental”, mas quem pode “falar” por ela ou pela situação dela? É difícil responder. Mas a Secretaria Municipal de Assistência Social (SEMAS) foi questionada sobre Maria e, através de sua assessoria de comunicação, diz acompanhar a situação dela, informando seu nome completo. E diz ainda que as equipes de Abordagem social e do Consultório de Rua já tentaram ajudá-la, mas sem sucesso. A família de Maria foi procurada pela SEMAS, mas por não ter nenhuma informação correta, a família não foi encontrada. Então a SEMAS fez um relatório e encaminhou para o Ministério Público Estadual, e aguarda a autorização para intervenção, que permitirá ao órgão a internação compulsória de Maria Rodoviária. (DIÁRIO DE CAMPO, 01/03/2015).

Pensar o cuidado é pensar junto com os sujeitos em que é dirigido, é pensar em suas necessidades, que devem ser ditas por eles e discutidas entre as equipes (Saúde e Assistência), podendo articular outros setores como a justiça, diante das necessidades do sujeito.

Talvez nos aproximemos do Projeto Terapêutico Singular, trazendo o sujeito para debater sua condição e suas demandas. É pensar nas necessidades do sujeito e não nas necessidades de estabelecimento de normas higienistas nos serviços (retirar da rua uma idosa porque ali não é lugar para ela). Para cada pessoa um projeto e o PTS requer sensibilidade, que se expressa pelo diálogo, vínculo e responsabilização. Neste sentido, a equipe do Consultório na Rua se tornou referência na relação com Maria Rodoviária, como podemos perceber no relatório de acompanhamento do caso, feito pelo Centro de Atenção Psicossocial Enfermeira Noracy Pedrosa faz um relatório de acompanhamento do caso de Maria, feito por uma psicóloga, que em parceria com o Consultório na Rua, e por solicitação do Ministério Público, foi até a rodoviária verificar as condições de vida da Maria Rodoviária. No relato, Maria é encontrada dormindo no banco do ponto de ônibus e percebendo a chegada da equipe, levanta-se e logo reconhece a equipe do Consultório na Rua “não apresentando resistência para receber e cumprimentar” diz o relatório. Nesse contato lhe é oferecido água, pois ela reclamava de calor. Ainda consta no relatório: “foi abordada carinhosamente por todos e houve uma troca de diálogo”. Lembro aqui, ao imaginar essa cena, que Dinah, havia me falado de uma Maria “alegre e simpática”. Mas o relatório segue, e acaba por focar a questão da higiene, no qual está “em estado de grande comprometimento, muito suada, vestes sujas e rasgadas, pele com escamas de sujeiras, cabelos cheios de nós, grande e sem corte há muitos anos, unhas grandes e sujas, mau cheiro de fezes e urina.”. O relatório continua dizendo que Maria Rodoviária é percebida pela relatora do documento como não tendo referência familiar e que, em alguns momentos, tem discurso delirante, e fica desconfiada ao perceber a aproximação de algumas pessoas, possivelmente transeuntes que estavam no ponto de ônibus e queriam saber o que acontecia.

A questão da ausência de higiene é relatada por diversos atores, seja na reportagem, nos relatórios e, também, na fala de algumas pessoas com quem conversamos. Cefai (2010) fala da questão da ausência de higiene como uma demarcação de território através da repulsa que provoca, ao mesmo tempo em que é uma maneira de estar-aí, de chamar atenção para sua presença a ocupar um espaço: “O cheiro também pode ter suas virtudes. Mais do que sintoma de desleixo ou de falta de cuidado consigo mesmo, ele pode também ser um ato de comunicação a se decifrar. Ele mantém o intruso à distância e demarca um território do Eu” (CEFAI, 2010, p. 81). Assim, para algumas mulheres em situação de rua, o mau cheiro torna-

se uma forma de defesa e proteção, funcionando como uma barreira contra possíveis violências.

Ter contato com essa reflexão aponta para a necessidade de conhecer o espaço do outro, de modo a não acabarmos na ânsia pelo cuidado (numa falsa rapidez), por tirar-lhe suas estratégias de sobrevivência, tão necessárias para quem vive na rua.

Sobre a desconfiança falada no relatório, uma enfermeira do Consultório na Rua diz que:

[...] ela (Maria Rodoviária) ficava agitada porque as pessoas pediam para que a equipe (Consultório na Rua, mas o mesmo ocorria com outras equipes, como a abordagem social) a levassem dali, que a tirassem do local e ela ficava reclamando das pessoas e quase que automaticamente com a equipe para que fossem embora (DIÁRIO DE CAMPO, 09/07/2015).

Deste modo, podemos perceber que a desconfiança de Maria Rodoviária se justifica, afinal, ela não queria sair do local. A preocupação com a possibilidade de ser retirada era constante, já que percebia o incômodo que causava. Assim, o afastar-se, o negar-se é a estratégia encontrada para manter-se no seu espaço, mesmo esta atitude sendo com a equipe do Consultório, visto que provocava a participação de transeuntes solicitando sua retirada.

Continuando discutindo o relatório do CAPS, a relatora aponta questões interessantes, acerca do vínculo com a equipe do consultório na rua, bem como, do pertencimento de Maria rodoviária com o seu espaço de existência. O relatório afirma que aos que lhe oferecerem água e lanche (referindo-se à equipe do consultório na rua), Maria Rodoviária aceita prontamente, mas não come na presença da equipe, decide guardar atrás do banco onde estava sentada “dando a entender que ali era seu armário”. Aqui mais uma vez o banco aparece como um ator: é o conforto, a cama, o “armário”, o local de segurança dela e de suas coisas. Oferecem-lhe ajuda e a mesma sempre resistente em aceitar dizia: “de outra vez eu vou”, o tipo de ajuda não é especificado no relatório. Na saída, Maria Rodoviária estende a mão e cumprimenta a todos com um leve aperto. Diante do encontro que foi exposto no relatório, tem-se também uma conclusão, “a mesma necessita de cuidados médicos e psicológicos, ser colocada em uma instituição para resgatar seus valores sociais, uma clínica para tratamento clínico e mental na tentativa de ter uma vida mais saudável e recuperar as atividades de vida diárias”.

Esta conclusão não é produzida com Maria Rodoviária, afinal, ela tem atividades diárias, sua rotina que neste momento podem não se enquadrar nos padrões sociais. Essa conclusão vai contra o que Maria rodoviária demonstrou até aquele momento nos contatos. Ela não quer sair do seu lugar. Mas, parece existir a necessidade de sua retirada daquele

espaço. Esta, definitivamente, não se configurava como uma demanda de Maria Rodoviária, em que a remoção de seu corpo daquele local, o ponto de ônibus, tornou-se objeto de intervenção.

Em 18 de Fevereiro de 2014, um ofício é encaminhado pela Promotoria de Justiça e Direitos Humanos, para a Promotoria de Justiça coletiva especializada de Defesa da Saúde, do Idoso e do Deficiente, no qual envia, também, os relatórios do CREAS (Centro POP) e do CAPS Enf^a Noracy Pedrosa pedindo que sejam tomadas as providências cabíveis, destacando a vulnerabilidade física e social de Maria Rodoviária. Neste ofício está escrito que: (Maria Rodoviária) “mostra muita resistência para sofrer qualquer tipo de atendimento, necessitando urgentemente de cuidados médicos e psicológicos, de forma compulsória, uma vez que não mostra mais discernimento para optar por não se tratar”. A situação é urgente e as medidas também o são. Em Junho de 2014, é protocolada uma ação do Ministério Público do Estado de Alagoas, pedindo a interdição de Dona Maria, no qual apresenta os relatórios já destacados aqui e pede:

- a) A concessão de liminar de antecipação dos efeitos da tutela, com a nomeação de curadora provisória ao interditando, com fulcro no art. 1.775, 3º do código Civil, para que o represente nos atos da vida civil, sobretudo no recebimento de seu suposto benefício previdenciário e na sua subsistência;
- b) Concedida a antecipação da tutela, que seja oficiada à Gerência Executiva do INSS em Maceió-AL, para a adoção das providências necessárias a confirmação do recebimento do benefício previdenciário da interditada, e se legítimo que se proceda através de seu curador;
- c) A citação do interditando para que, em dia a ser designado, seja efetuado o seu interrogatório, nos termos do art. 181. CPC;
- d) Requer a internação compulsória no Hospital Portugal Ramalho; e que após a internação, se faz necessário e o acompanhamento para que a devida assistência seja dada através da secretaria de saúde do município, assim como o CAPS e outros os demais órgãos de assistência ao idoso.

Aqui temos um pedido para que alguém possa assumir a responsabilidade de representar e assistir Maria Rodoviária em seus atos de vida, inclusive em questão relativa a um suposto benefício previdenciário. Em uma das conversas com a equipe, ficamos sabendo que Maria dizia que era aposentada, mas nunca quis ir atrás desta questão, pois seus documentos tinham sido roubados. Essa informação não foi confirmada.

Temos ainda um pedido de internação, a intervenção ou as “providências cabíveis” citada e pedida em diversos momentos desta história.

Chegamos a 19 de Março de 2015, e é publicada no Diário Oficial do Estado de Alagoas a sentença que decreta a interdição de Maria Rodoviária, baseado em provas colhidas que dão conta que Maria Rodoviária é portadora da Síndrome Pós-Traumática com CID 10 “F

07.8” e que está incapaz de reger bens e de gerenciar seus interesses. A decisão nomeia ainda a Coordenadora do Consultório na Rua de Maceió como Curadora de Maria Rodoviária.

A conversa com a coordenadora me ajuda a compreender esse momento da história:

[...] O promotor de justiça entrou com o pedido na justiça de interdição de Maria Rodoviária e para o processo caminhasse precisaria de alguém para a curatela, que acabou sendo ela. O promotor já queria há muito tempo fazer isso (interditar Maria Rodoviária e levá-la para um hospital) mas nunca deu certo, mas agora a Maria estava doente, ela (coordenadora) estende que era necessária uma intervenção. Ela me explicou que a ideia era levá-la para um abrigo e que já tinha sido conseguido o abrigo, mas o abrigo queria um respaldo sobre as condições de saúde de Maria, por isso, Maria acabou indo para o Hospital Portugal Ramalho (um hospital psiquiátrico), que deveria ser algo passageiro, pois infelizmente não tinha outro lugar para levá-la, pois, a rede que temos em Maceió não tem condições de dar suporte para ações desse tipo. Para a interdição de Maria foi articulada a ida de um Psiquiatra para avaliar Maria na própria rodoviária. Ele até se chateou com o barulho do local e da falta de condições para realizar a avaliação. Fiquei imaginando a “loucura” de tal situação! No final, teve um diagnóstico, CID 10, F 07.2, Síndrome Pós-Traumática, nunca ouvi falar nesse diagnóstico, preciso procurar sobre, [...] (DIÁRIO DE CAMPO, 23/06/2015).

Temos aqui novo ator a ser explorado e seguido: a construção do diagnóstico e as possíveis muitas funções que ele desempenha. A Síndrome Pós-Traumática, diz respeito a Transtornos Orgânicos da Personalidade e do Comportamento devidos à doença cerebral, lesão e disfunção. A justiça não dialoga com o cuidado. O diagnóstico aqui dá o “respaldo” necessário para que a intervenção aconteça, pois captura Maria Rodoviária e reduz sua complexidade a uma nosografia. O que era a busca por cuidado, torna-se a necessidade de tratamento. Não podemos pensar na garantia de direitos sem questionarmos os aspectos normativos das práticas de cuidado (LARA; GUARESCHI; GONZALES, 2014). A garantia de direitos deve estar atrelada a um compromisso ético e político, com a construção conjunta para a concretização de “melhores condições de vida”, tidas como extremamente singulares e, por isso, não cabendo em generalizações baseadas em concepções moralistas e/ou higienistas. Neste sentido, cabe a advertência de Mattos (2013) em que o cuidado exige sensibilidade e prudência nas leituras de demandas diversas.

Vale lembrar que a Reforma Psiquiátrica se constitui como importante referência para problematizar esse momento da narrativa, pois tem em seus princípios a garantia da cidadania, por meio do respeito aos direitos humanos e à singularidade dos sujeitos, o rompimento com práticas de isolamento, exclusão e submissão à autoridade, ao mesmo tempo em que enfatiza que o cuidado deve ser compartilhado e de base comunitária para produção de sujeitos autônomos (HECK et al, 2008).

Em 27 de Março de 2015, acontece a internação involuntária de Maria Rodoviária, com a presença de um carro da polícia, de policiais, uma ambulância do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), profissionais do Consultório na Rua, profissionais da Abordagem Social. Maria não quer ir, mas não tem forças para resistir. Sua saúde tinha piorado nos últimos dias, alguns dias antes ela tinha “passado mal” e desmaiado, a população chamou o SAMU, mas esta não compareceu ao local. Ela é então levada ao Hospital Escola Portugal Ramalho (HEPR), o hospital psiquiátrico público do Estado de Alagoas.

[...] foi uma mudança muito brusca na vida de Maria Rodoviária, a sua rotina na rua deixou de existir, foi um choque de realidade! Ela não queria ir para o abrigo e não tinha nenhum transtorno que justificasse sua ida para o Portugal Ramalho, e ainda que tivesse, lá não seria o lugar adequado para ela. Me falaram que os profissionais do HEPR reclamavam de Maria, pois ela não queria tomar banho, soube ainda que seu cabelo foi cortado devido as condições que se encontravam. Fico pensando no impacto do banho e do corte de cabelo nela, que antes estabelecia sua dinâmica de vida, era autônoma, e agora era violentada desta forma. Isso é violência, não cuidado (DIÁRIO DE CAMPO, 09/07/2015).

A situação é extremamente complexa. Maria Rodoviária no hospital acaba por (ser forçada a) entrar na dinâmica própria hospitalar. Sua singularidade e autonomia são capturadas. Em conversas com profissionais do Consultório na Rua, foi dito que, em visita a ela, a encontraram “dopada” e que ela pedia para sair constantemente, pois não queria ficar ali. Isso não foi considerado. A lógica procedimental parece ter tomado conta do caso, a “doença” necessitava ser tratada, ainda que para isso, nada mais fosse considerado.

Aqui a rapidez e a precisão são desconectadas do cuidado, pois não é mais o sujeito quem participa de sua terapêutica, mas a doença. Para ser preciso, o cuidado deve ser dialogado e produzido com o sujeito. A precisão fala de sua história, singularidades, especificidades, autonomia e protagonismo. O plano terapêutico é singular e é preciso.

Visibilidade

A visibilidade é outro valor proposto por Calvino (1990) que acreditamos ser importante para a produção do cuidado. Calvino, em função do entupimento de imagens reais, afirma que estamos perdendo a capacidade de imaginar. A imaginação abre diversas possibilidades de encantamento para além da concretude das imagens já prontas, como as fotos/imagens na reportagem ou nos relatórios que encontramos. As imagens chocam pela frieza e dureza com que se apresentam. Feito Medusa, petrifica quem as vê. Paralisa, objetifica o outro, transformando-o em número, estatística governamental. Corpos dóceis, diria Foucault (1987). Tais imagens, deixam pouco para a imaginação.

Maria Rodoviária somente se tornou visível por que estava em um lugar de passagem em um momento em que isso não era permitido: a rodoviária, que marca inclusive seu próprio nome. A visibilidade aqui, também vinha destas marcas: o banco de cimento no qual deitava, o cheiro que exalava, o nome que lhe foi dado.

Pensamos que a visibilidade se articula ao cuidado a partir da noção de território, que não se reduz ao espaço geográfico, mas ao espaço subjetivo das relações e dos afetos no qual os sujeitos estão inseridos.

É um querer perceptivo balizado por quanto cada qual se permite ou suporta encarar as diferenças no outro que podem assim desestabilizar as representações, pois a visibilidade estará relacionada ao campo produzido entre cada olhar que se abre para o diferente e a visão de identidades reconhecidas no outro, tensionando a própria representação de si que está em jogo na relação especular. Na angústia produzida no encontro com uma diferença insuportável, o sujeito se utiliza muitas vezes do imaginário plástico para sobrepor imagens a alteridades, enxergando aquilo que consegue ver, a despeito do que possa aparecer em um olhar mais atento (DIEHL; MARASCHIN; TITTONI, 2006, p. 413).

Maria Rodoviária, recebia o apoio de comerciantes locais que lhe davam comida e a cuidavam contra as muitas formas de violência. Acreditamos que a escolha da rodoviária como ponto de “morada” era estratégica. Já que ali ela ficaria visível e, por isso, “protegida”. Mas, foi também essa mesma visibilidade que lhe colocou em evidência a ponto de quererem tirá-la de lá.

Se fosse em outro lugar da cidade, um lugar menos “visível”, ela ainda estaria lá, mas era um lugar que chamava muita atenção e muito questionamento popular diante da situação dela, me disse uma das pessoas responsáveis pelo processo de interdição dela (DIÁRIO DE CAMPO, 09/07/2015).

O Cuidado, articulado a visibilidade, é a possibilidade de produzir autonomias. Argumentamos que o cuidado aconteça no território do sujeito, de modo a garantir, dentre outras coisas, a visibilidade dos processos de cuidado, a visibilidade dos sujeitos que estão sendo cuidados, bem como, trazer a possibilidade de poder produzir a corresponsabilização dos diversos atores que estão no território, criando espaços de negociação e diálogo e, assim, possibilitando o reconhecimento e o acolhimento de/entre todos os envolvidos.

O território é um ponto de apoio para o suporte e para o cuidado e não um espaço que deva ser evitado para que o cuidado aconteça. Nestes percursos identificamos importantes atores que podiam ser articulados de modo a garantir o cuidado: a rodoviária, o banheiro da rodoviária, os comerciantes, as pessoas que ficavam no ponto de ônibus, os motoristas e os ônibus que lá passavam diariamente.

As possibilidades de dar visibilidade à potência do cuidado no território pode produzir corresponsabilização entre todos os envolvidos diante da situação, por meio da problematização e da construção de alternativas resolutivas das situações.

Em contrapartida temos a sensação de que ao retirarem Maria Rodoviária do local onde estava, ela torna-se invisível, talvez até desconhecida e esquecida. Tanto que em 24 de abril de 2015, menos de um mês após sua internação, Maria Rodoviária faleceu em decorrência de uma parada cardiorespiratória. Isso não foi visível para ninguém, pois na página do facebook da Promotoria da Justiça Coletiva e Direitos Humanos do Ministério Público de Alagoas, ainda consta fotos de Maria Rodoviária, na rodoviária e depois internada, com diversos comentários parabenizando a atitude da promotoria... É trágico que o último comentário na foto seja de 8 de agosto de 2015, alguns meses após o falecimento de Maria, que mostram o desconhecimento dos efeitos produzidos em nome do “cuidado”. A invisibilidade de Maria Rodoviária fez com que desaparece não somente dos olhos dos transeuntes do terminal interestadual, mas também, da própria vida... a imaginação fica agora repleta de imagens horrendas dos corredores psiquiátricos a maltratar Maria.

Multiplicidade

O próximo valor que gostaríamos de defender para o Cuidado é a Multiplicidade. Diz respeito ao conhecimento, que Calvino (1990) articula com o romance contemporâneo, afirmando ser este “como enciclopédia, como método de conhecimento, e principalmente como rede de conexões entre fatos, entre pessoas, entre as coisas do mundo” (p. 121). Para Calvino, o grande desafio para a literatura é o de saber tecer em conjunto os diversos saberes e códigos numa visão pluralista e multifacetada do mundo. Neste sentido, acreditamos ser esse um desafio para o cuidado também. Conseguir tecer-se de forma a contemplar as diversas necessidades de quem busca ou deseja o cuidado, para isso, pensamos ser importante discutir a noção de rede de cuidados, que para Ramôa (2015) sugere a ideia de articulação, conexão, vínculos, por meio de ações complementares e relações horizontais entre parceiros, de modo a garantir a integralidade da atenção. Tal sugestão nos leva a falar dos diversos serviços existentes que podem fazer parte dessa rede.

Sampaio (2015) afirma que a construção de uma rede de cuidados é tarefa complexa, pois exige a implantação de ações que qualifiquem os encontros entre diversos serviços, saberes e especialidades. Desta forma, podemos pensar a multiplicidade relacionada ao cuidado, como articulada à interdisciplinaridade e à intersetorialidade. A rede na prática se expressa pela oferta de serviços, no caso específico desta pesquisa, serviços para a população

em situação de rua. Para Sampaio (2015) existem dois tipos de redes: a formal e a informal. A primeira é composta por organizações e instituições que buscam o mesmo objetivo; enquanto que as informais são compostas por pessoas autônomas, mas que possuem ideias, ações e interesses comuns.

Sampaio (2015, p. 59) nos dá um exemplo de rede formal de serviços para a população em situação de rua que, como podemos verificar, inclui diversos setores, dada a amplitude de necessidades desta população (Figura 1, abaixo).

Figura 3 - Rede de Serviços para a População em Situação de Rua.



Fonte: SAMPAIO (2015).

Verifica-se na Rede de Serviços apresentada que tão importante quanto a rede formal é a rede informal, pois se constitui enquanto uma rede solidária, apresentando diversos e importantes dispositivos de cuidado. Em muitos casos, essas redes têm mais possibilidade de acesso às pessoas em situação de rua que os próprios serviços formais. Ao mesmo tempo, podemos afirmar que a construção de vínculo é mais comum e característica entre as redes informais, pelo próprio modo como vão se constituindo, na informalidade do cotidiano.

Na história de Maria Rodoviária, a presença de uma rede informal é constante, e é feita pelas pessoas que estavam próximas a ela, como comerciantes, que eram quem diariamente lhe davam comida e, também, garantiam sua segurança. Um contraexemplo, a impossibilidade de uso dos banheiros públicos na rodoviária, também era fator importante para pensar a rede de cuidados (ou descuidados).

Os muitos diálogos entre estas redes são fundamentais. A rede oficial de saúde pode e deve lançar mão da solidariedade das redes informais, trabalhando conjuntamente no cuidado desta população. A multiplicidade assim, se caracteriza pelas muitas possibilidades de

distintas conexões entre os usuários e as comunidades. Quanto mais conexões produzidas em redes solidárias, maior o cuidado.

Esta rede de cuidados é heterogênea e não inclui apenas humanos. Podemos citar, por exemplo, a existência de banheiros públicos, coretos em praças, os carros para deslocamentos das equipes dos serviços de assistência, que tem papel importante na criação de vínculo e identificação da equipe pela população em situação de rua.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O cuidado à população em situação de rua ainda é um desafio para as políticas públicas, uma vez que requer não apenas a garantia de direitos, mas, a promoção de projetos específicos de vida para sujeitos específicos. Nisto cabe salientar, que o cuidado só se efetivará a partir da articulação entre os diversos setores públicos e pelo alinhamento dos princípios e valores e das ações de modo a conseguir garantir a integralidade do cuidado.

Nesta dissertação, defendemos alguns valores que articulados ao cuidado, podem contribuir para que a integralidade do cuidado aconteça. Não acreditamos que tais valores sejam padrões que devem ser replicados. São apenas norteadores para que o cuidado aconteça de forma criativa, crítica, problematizadora de formas moralistas e higienistas de cuidado.

A leveza que defendemos é a do diálogo, que promove autonomia e responsabilização dos sujeitos pelos seus projetos de vida e de cuidados. O diálogo se faz necessário para com a população em situação de rua, de modo a promover o acolhimento, a criação de vínculo e as aproximações necessárias de modo a compreender as diversas formas de ser e viver, tão presentes a essa população, que tem como marca sua heterogeneidade. A leveza, enquanto valor nos ensina, também, que não podemos carregar pesos para o cuidado. Tais pesos são os conhecimentos *a priori*, as concepções generalistas sobre sujeitos ou formas de intervenção, os preconceitos etc. Tais pesos estarão sempre permeados pela impossibilidade de execução dos projetos ou pelo descontentamento diante dos resultados, que serão frustrantes, dada a não responsabilização por parte daqueles a quem o cuidado seria dirigido e compartilhado.

A rapidez ocorre no cuidado que reconheça os diferentes tempos e que possa incorporar isso a sua dinâmica de trabalho, não tendo como foco os pontos de chegada, mas que se afete com todo o percurso a ser trilhado da forma ágil, sem perder o caráter poético e relativo do tempo.

A precisão que decidimos por relacionar à construção do Projeto Terapêutico Singular, nos aponta o desafio de questionar práticas abusivas e que promovam a exclusão ou marginalização de sujeitos, diante dos processos de cuidado e de garantia de direitos. Entendemos que o cuidado só acontece quando ele tem a característica da “precisão” de cada caso, em que as pessoas envolvidas são vistas em suas singularidades, e no encantamento que isso tem e dá para as relações horizontalizadas e comprometidas com a criação de possibilidades concretas e possíveis para a melhoria de vida de sujeitos também concretos e

possíveis. A precisão aqui nada tem a ver com o cálculo, a matemática, a certeza. Ao contrário, nesta precisão, abrem-se infinitas possibilidades de produção de histórias.

Nesta modalidade de cuidado, posicionamentos moralistas não podem ter espaço. Afinal, os moralismos, por mais bem intencionados que sejam, promovem relações verticais, no qual os profissionais (seja lá de qual âmbito for, como saúde, assistência ou justiça, dentre outros) sabem mais sobre os sujeitos do que eles mesmos, sabendo sempre o que é melhor para o outro, lançando para o outro um projeto que não é o dele próprio. Precisamos lidar com as necessidades demandadas pelos sujeitos, diante de suas histórias e formas de compreender o mundo e suas relações. Importante pensar que o cuidado acontece no território do sujeito. Isso é ser exato, garantindo ao outro que ele possa se produzir e produzir melhores condições de vida, no espaço que desejar.

A visibilidade nos aponta para o desafio de promover processos criativos possíveis para esta população de rua. Processos em que a produção da autonomia seja central, em meio a seus territórios (tantas vezes invisibilizados), às possibilidades de diálogos e reconhecimento entre as pessoas que lá vivem. A não problematização do território provoca a invisibilidade do sujeito e dos processos de cuidado, como também daqueles que estão envolvidos no cuidar.

A multiplicidade apresenta todo o esforço coletivo das diversas esferas da sociedade na produção do cuidado através da criação de serviços que garantam a integralidade e equidade, para atender as demandas da população em situação de rua. Trata-se aqui, de pensar numa rede heterogênea que englobe, instituições, humanos e não-humanos de modo a facilitar, promover e sustentar o cuidado. Redes oficiais, dos serviços de saúde, assistência etc; rede não oficial, que promove relações com esta população em situação de rua. O importante é ficarmos atentos às diversas conexões possíveis na operação do cuidado. Ao mesmo tempo, tais redes apontam para a preocupação de não hierarquizarmos os atores no cuidado, pois todos produzem efeitos distintos e necessários ao cuidado.

Assim, o cuidado se revela como leve, rápido, preciso, visível e múltiplo quando produz sujeitos autônomos capazes de lidar com suas questões e seus modos de existir. Ao mesmo tempo, que possibilita que trabalhadores dos diversos serviços, possam ser “cuidadores” se permitindo ao contato com o outro, no qual, dentre tantas possibilidades dessa relação, está a de serem “tocados além de tocar” e poderem, também, ser transformados por tal. Queremos com isso, argumentar que o cuidado enquanto leveza, rapidez, precisão, visibilidade e multiplicidade, se organiza como um processo de troca de afetações, em que, as relações são constituídas pelo prazer do encontro, no reconhecimento das alteridades.

REFERÊNCIAS

AYRES, J. R. C. M. Cuidado e reconstrução das práticas de Saúde. **Interface**, Botucatu, v. 8, n.14, p. 73-92, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832004000100005&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 10 ago. 2014.

_____. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 6, n.1, p. 63-72. 2001. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232001000100005>>. Acesso em: 11 ago. 2014.

BARROS, M. E. B. ; GOMES, R.S. Humanização do cuidado em Saúde: de tecnicismos a uma ética do cuidado. **Fractal: Revista de Psicologia**, v. 23, n. 3, p. 641-658, set./dez. 2011.

BATISTA, N. C. S.; BERNARDES, J.; MENEGON, V. S. M. Conversas no cotidiano: um dedo de prosa na pesquisa. In: SPINK, M. J. P. et. al. (Org.). **A produção de informação napesquisa social**: compartilhando ferramentas. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2014.

BRASIL. **Clínica ampliada**: equipe de referência e projeto terapêutico singular. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização, 2007.

BRASIL. Lei nº 8.742 de 7 de dezembro de 1993. **Lei Orgânica da Assistência Social**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8742.htm>. Acesso em: 12 ago. 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Consultórios de rua do SUS**: material de trabalho para a II oficina nacional de consultórios de rua do SUS. Brasília, DF: FIOCRUZ, 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República. **Diálogos sobre a população em situação de rua no Brasil e na Europa**: experiências do Brasília DF, 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Manual sobre o cuidado à saúde junto a população em situação de rua**. Brasília, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política nacional de atenção básica**. Ministério da Saúde. Brasília, DF, 2012a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de humanização da atenção e gestão do SUS**: clínica ampliada e compartilhada. Brasília, DF, 2009a.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Renda e Cidadania e Secretaria Nacional de Assistência Social. **Orientações técnicas**: centro de referência especializado para população em situação de rua: centro Pop. Brasília, DF, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Saúde da População em situação de rua: um direito humano**. Brasília, DF, 2014.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação, Secretaria Nacional de Assistência Social. **Rua: aprendendo a contar: pesquisa nacional sobre população em situação de rua**. Brasília, DF, 2009b.

BERNARDES, A. G. Potências no campo da saúde: o cuidado como experiência ética, política e estética. **Barbarói**, v. 36, p. 175-190, 2012.

BENEVIDES, R.; PASSOS, E. Humanização como dimensão pública das políticas de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 10, n. 3, p. 561-571, 2005.

BERNARDES, J. S.; RIBEIRO, M. A. T. O procedimento acima de qualquer suspeita. **Sau. & Transf. Soc.**, v. 4, n. 3, p. 52-57, 2013.

BOFF, L. O cuidado essencial: princípio de um novo ethos. **Revista Inclusão Social**, v. 1, n. 1, p. 28-35, 2005.

_____. **Saber Cuidar: ética do humano**. 20. ed. Petrópolis: Vozes, 2014.

BONAMIGO, I. S. A teoria Ator-Rede como dispositivo teórico-metodológico de análise da produção de violências na contemporaneidade. In.: FERREIRA, A. A. L. et al. (Org.). **Teoria Ator-Rede e Psicologia**. Rio de Janeiro: Nau, 2010.

CAFEI, D. Provações corporais: uma etnografia fenomenológica entre moradores de rua de Paris. **Lua Nova**, São Paulo, n. 79, p. 71-110, 2010.

CALVINO, I. **Seis propostas para o próximo milênio**. Tradução de Ivo Barroso. 2. ed. São Paulo: Companhia das Letras, 1990.

CAMPOS, G. W. S.; AMARAL, M. A. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 849-859, ago. 2007.

CANAL, N. U. Entre figurações e associações. as sociologias de Norbert Elias e Bruno Latour. **Acta Scientiarum. Human and social Sciences**. Maringá, v. 33, n. 2, p. 139-148, 2011.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. 6. ed. rev. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2009.

CONTE, M. et al. Redução de danos e saúde mental na perspectiva da atenção básica. **Boletim da Saúde**, Porto Alegre, v. 18, n. 1, jan./jun. 2004.

CORDEIRO, M. P. Psicologia social ou psicologia das associações?: a perspectiva latouriana de sociedade. **Psico**, Porto Alegre, n. 3, v. 41, p. 303-309, 2010.

CORDEIRO, M. P.; CURADO, J.; PEDROSA, C. Pesquisando redes heterogêneas: contribuições da teoria ator-rede. In: SPINK, M. J. P. et. al. (Org.). **A produção de informação napesquisa social: compartilhando ferramentas**. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2014.

_____. et al. Como pensamos ética em pesquisa. In: SPINK, M. J. P. et. al. (Org.). **A produção de informação napesquisa social: compartilhando ferramentas**. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2014.

CRUZ, M. C. C. **O conceito de cuidado á saúde**. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal da Bahia, Instituto de Saúde Coletiva, Salvador, 2009.

DIEHL, R.; MARASCHIN, C.; TITTONI, J. Ferramentas para uma psicologia social. **Psicologia em Estudo**, v. 11, n. 2 , p. 407-415, 2006.

DIMENSTEIN, M. A reorientação da atenção em saúde mental: sobre a qualidade e humanização da assistência. **Psicol. Cienc. Prof.**, Brasília, DF, v. 24, n. 4, p. 112-117, dez. 2004.

DONOSO, M.T.V. et al. Estudo etnográfico sobre pessoas em situação de rua em um grande centro urbano. **Rev. Min. Enferm.** v. 17, n. 4, 2013.

FORTESKI, R.; FARIA, J. G. Estratégias de redução de danos: um exercício de equidade e cidadania na atenção a usuários de drogas. **Rev. Saúde Públ. Santa Cat.**, Florianópolis, v. 6, n. 2, p. 78-91, abr./jun. 2013.

FOUCAULT, M. **Vigiar e punir**. Petrópolis: Vozes, 1987.

FREIRE, L. L. Seguindo Bruno Latour: notas para uma antropologia simétrica. **Comum**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 26, p. 46-65, 2006.

GARCIA, M. R. V. Diversidade sexual, situação de rua, vivências nômades e contextos de vulnerabilidade ao HIV/AIDS. **Temas Psicol.**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 3, dez. 2013.

GRAEFF, L. Corpos precários, desrespeito e autoestima: o caso de moradores de rua de Paris-FR. **Psicol. USP**, São Paulo, v. 23, n. 4, dez. 2012 .

HECK, R. et al . Gestão e saúde mental: percepções a partir de um centro de atenção psicossocial. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis , v. 17, n. 4, p. 647-655, dec. 2008 . Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/04.pdf>>. Acesso em: 03 dez. 2015.

JORGE, J. S.; CORRADI-WEBSTER, C. M. Consultório de rua: contribuições e desafios de uma prática em construção. **Saúde & Transformação Social**, Florianópolis, v. 3, n. 1, p. 39-48, 2012.

LARA, L.; GUARESCHI, N.; GONZALES, Z. Aos psicólogos em atuação nas políticas públicas. In: BERNARDES, A. G.; TAVARES, G.M.; MORAES, M. (Org.). **Cartas para pensar políticas de pesquisa em psicologia**. Vitória: EDUFES, 2014.

LATOURE, B. **Ciência em ação**: como seguir cientistas e engenheiros sociedade afora. São Paulo: Editora Unesp, 2000.

_____. **Reagregando o social**: uma introdução à teoria do Ator-Rede. Tradução de Gilson César Cardoso de Sousa. Salvador: Edufba; Florianópolis:Edusc, 2012.

_____. Redes, sociedades, esferas: reflexões de um teórico ator-rede. **Informática na Educação: teoria e prática**, Porto Alegre, v. 16, n. 1, p. 23-36, jan./jun. 2013. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/index.php/InfEducTeoriaPratica/article/view/36933/25939>>. Acesso em: 11 nov. 2014.

LAW, J. **Notas sobre a teoria do ator-rede**: ordenamento, estratégia, e heterogeneidade. Tradução de Fernando Manso,1992. Disponível em: <<http://www.necso.ufrj.br>>. Acesso em: 17 jun. 2005.

LISBOA, M. S. **Os loucos de rua e as redes de saúde mental**: os desafios do cuidado no território e a armadilha da institucionalização. 2013. Tese (Doutorado em Psicologia Social) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2013.

MATIAS, H. J. D.; FRANCISCHINI, R. Desafios de etnografia com jovens em situação de rua: a entrada em campo. **Psicol. Refl. Crít.**, v. 23, 2010.

MATTOS, R. A. Cuidado prudente para uma vida decente. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Cuidado**: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, IMS: ABRASCO, 2013.

_____. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, IMS: ABRASCO, 2001. p. 39-64.

MEDRADO, B.; SPINK, M. J.; MÉLLO, R. P. Diários como atuantes em nossas pesquisas: narrativas ficcionais implicadas. In.: SPINK, M. J. P. et al. (Org.). **A produção de informação na pesquisa social**: compartilhando ferramentas. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2014.

MELO, M. F. A. Q. Seguindo as pipas com a metodologia da TAR. **Rev. Dep. Psicol. UFF**, v. 19, n. 1, p. 169-185. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-80232007000100013&script=sci_arttext>. Acesso em: 19 out. 2014.

MÉLLO, R. P. Em metodologias tensoativas, pesquisam-se agregados em redes heterogêneas. In: LANG, C. E. et al.(Org.). **Metodologias**: pesquisas em saúde, clínica e práticas psicológicas. Maceió: Edufal, 2015.

MELLO, U. R. C. **Estratégias de humanização do cuidado em saúde mental**: cartografando as intervenções de apoiadores institucionais. 2009. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2009.

MENEGON, V. S. M. Por que jogar conversa fora?: pesquisando no cotidiano. In: SPINK, M. J. (Org.). **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas**. Edição Virtual. Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2013.

MERHY, E. E. O cuidado é um acontecimento, e não um ato. In: FÓRUM NACIONAL DE PSICOLOGIA E SAÚDE PÚBLICA: Contribuições técnicas e políticas para avançar o SUS. 2006. Brasília. **Anais...** Brasília, DF: Conselho Federal de Psicologia, 2006.

_____. **O desafio da tutela e da autonomia: uma tensão permanente do ato cuidador**. 1998. Disponível em: <<http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/artigos-22.pdf>>. Acesso em: 17 jan. 2015.

_____. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: _____; ONOCKO, R. **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 2-63.

MICELI, A.V. P. **Laços e nós: a comunicação na relação médico- paciente com câncer e dor crônica**. 2009. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social, Rio de Janeiro, 2009.

MORAES, M. A ciência como rede de atores: ressonâncias filosóficas. **Hist. Cienc. Saude Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, ago. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010459702004000200006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 out. 2014.

MOVIMENTO NACIONAL DA POPULAÇÃO DE RUA (MNPR). **Cartilha de formação do movimento nacional da população de rua**. 2010. Disponível em: <http://www.direito.mppr.mp.br/arquivos/File/MNPR_Cartilha_Direitos_Conhecer_para_lutar.pdf>. Acesso em: 13 ago. 2015.

NIEL, M.; SILVEIRA, D. X. (Org.). **Drogas e redução de danos: uma cartilha para profissionais de saúde**. São Paulo, 2008. Disponível em: <<http://www.leahn.org/wp-content/uploads/2013/10/drogas-e-redu%C3%A7%C3%A3o-de-danos-uma-cartilha-para-profissionais-de-sa%C3%BAde.pdf>>. Acesso em: 1 nov. 2014.

NOBRE, J. C. A.; PEDRO, R. M. L. R. Reflexões sobre possibilidades metodológicas da Teoria Ator-Rede. **Cadernos UniFOA**, Volta Redonda, Ano 5, n. 14, dez. 2010. Disponível em: <www.unifoa.edu.br/cadernos/edicao/14/47.pdf>. Acesso em: 17 out. 2014.

OLIVEIRA, M. G. P. N. **Consultório de rua: relato de uma experiência**. 2009. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Federal da Bahia. Instituto de Saúde Coletiva Salvador, 2009.

PASSOS, E.; SOUZA, T. P. Redução de danos e saúde pública: construções alternativas à política global de guerra às drogas. **Psicologia & Sociedade**, v. 23, n. 1, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/psoc/v23n1/a17v23n1.pdf>>. Acesso em: 23 set. 2014.

PEDRO, R. Sobre redes e controvérsias: ferramentas para compor cartografias psicossociais. In.: FERREIRA et al. (org). **Teoria Ator-Rede e psicologia**. Rio de Janeiro: Nau., 2010.

PINTO, D. M. et al. Projeto terapêutico singular na produção do cuidado integral: uma construção coletiva. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 20, n. 3, p. 493-502, set. 2011 .

PIRES, M. R. G. M. Politicidade do cuidado e processo de trabalho em saúde: conhecer para cuidar melhor, cuidar para confrontar, cuidar para emancipar. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 1025-1035, dez. 2005.

RAMÔA, M. Usuários de crack: escuta e clínica ampliada. In: TEIXEIRA, M.; FONSECA, Z. (Org.). **Saberes e práticas na atenção primária à saúde: cuidado à população em situação de rua e usuários de álcool, crack e outras drogas**. São Paulo: Hucitec, 2015.

ROSA, A. S.; CAVICCHIOLI, M. G. S. BRÊTAS, A. C. P. O processo saúde-doença-cuidado e a população em situação de rua. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. v. 13, n. 4, p. 576-582, 2005.

_____; SECCO, M. G.; BRETAS, A. C. P. O cuidado em situação de rua: revendo o significado do processo saúde-doença. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, DF, v. 59, n. 3, jun. 2006 .

ROSA, C. M. M. **Vidas de rua**. São Paulo: Hucitec, 2005.

SAMPAIO, C. Território e redes. In: LOPES, L. E. (Org.) **Caderno de atividades: tutor: curso atenção integral à saúde de pessoas em situação de rua com ênfase nas equipes de consultórios na rua**. Rio de Janeiro: EAD/ENSP, 2014.

SANTOS, R. G. A. **Conversas sobre a formação em psicologia e o trabalho para o Sistema Único de Saúde**. 2013. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal de Alagoas, 2013.

SILVA, C. G. P. Eixos estruturais da práxis em saúde pública do consultório da rua pop rua do Rio de Janeiro. In: TEIXEIRA, M.; FONSECA, Z. (Org.). **Saberes e práticas na atenção primária à saúde: cuidado à população em situação de rua e usuários de álcool, crack e outras drogas**. São Paulo: Hucitec, 2015.

SPINK, M. J.; MENEGON, V. M. A pesquisa como prática discursiva: superando os horrores metodológicos. In: SPINK, M. J. (Ed.). **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas**. São Paulo: Cortez, 2004.

SPINK, P. K. Pesquisa de campo em psicologia social: uma perspectiva pós-construcionista. **Psicologia & Sociedade**, Porto Alegre, v. 15, n. 2, dez. 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/psoc/v15n2/a03v15n2.pdf>>. Acesso em: 14 ago. 2014.

_____. O pesquisador conversador no cotidiano. **Psicologia & Sociedade**, Porto Alegre, v. 20, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/psoc/v20nspe/v20nspea10.pdf>>. Acesso em: 20 set. 2014.

TEIXEIRA, R. O acolhimento num serviço de saúde como entendido como uma rede de conversação. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social; ABRASCO, 2003. p. 89-112.

TRINO, A. T.; MACHADO, M. P. M.; RODRIGUES, R. B. Conceitos norteadores do cuidado junto à população em situação de rua. In: TEIXEIRA, M.; FONSECA, Z. (Org.). **Saberes e práticas na atenção primária à saúde: cuidado à população em situação de rua e usuários de álcool, crack e outras drogas**. São Paulo: Hucitec, 2015.

APÊNDICE A

Ano	Acontecimentos		
2012	<p>14 de Agosto</p> <p>Email do CIAPPI (centro de atenção e prevenção à violência contra a pessoa idosa) para a coordenação da ABORDAGEM SOCIAL, informando sobre IDOSA ABANDONADA NA RODOVIARIA FEITOSA.</p>	<p>05 de outubro</p> <p>Preenchimento da Ficha de Cadastro de Maria rodoviária e abertura de prontuário dela por equipe do Consultório na rua.</p>	<p>06 de Novembro</p> <p>Relatório técnico do Centro POP, encaminhando o caso de Dona Maria Lucia para o Consultório na rua para "se deslocar até o local oferecendo cuidados especiais de saúde e higienização".</p>
2013	<p>05 de Fevereiro</p> <p>Envio de Ofício da coordenação geral do CREAS pedindo apoio técnico (psiquiatra) do CAPS noracy pedrosa para realizar acompanhamento de Dona Maria Lucia</p>	<p>14 de Maio</p> <p>Publicada Reportagem no site alagoas24horas sobre Maria rodoviária, o título da reportagem é: "Paciente psiquiátrica ameaça população; Secretaria quer intervenção"</p>	
2014	<p>18 de Fevereiro</p> <p>Elaborado Relatório Técnico de acompanhamento do caso de Maria Rodoviária, pelo CAPS Noracy Pedrosa, a pedido da Promotoria de Justiça Coletiva e Direitos Humanos. O relatório conclui que "a mesma necessita de cuidados médicos e psicológicos, ser colocada em uma instituição para resgatar seus valores sociais, uma clínica para tratamento clínico e mental na tentativa de ter uma vida mais saudável e recuperar as atividades de vida diárias".</p> <p>-----</p> <p>Um Ofício da Promotoria de Justiça Coletiva e Direitos Humanos vai para a Promotoria de justiça coletiva especializada de defesa da saúde, do idoso e do deficiente, encaminhando relatórios técnicos dos CAPS Noracy Pedrosa e do CREAS, para que tal promotoria tome as medidas cabíveis.</p>		<p>04 de Junho</p> <p>É protocolada ação do Ministério Público do Estado de Alagoas, pedindo a interdição de Maria Rodoviária.</p>
2015	<p>19 de Março</p> <p>É publicada no diário oficial a sentença que decreta a interdição de Maria Rodoviária.</p>	<p>27 de Março</p> <p>Maria rodoviária é internada compulsoriamente no Hospital Escola Portugal Ramalho.</p>	<p>24 de Abril</p> <p>Morre Maria rodoviária em decorrência de parada cardiorrespiratória.</p>