

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
ESCOLA DE ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**LETICIA PASSOS PEREIRA**

**NO MUNDO DA RUA:** itinerários terapêuticos de pessoas em situação de rua com transtornos mentais na busca por cuidado

**Porto Alegre**

**2020**

LETICIA PASSOS PEREIRA

**NO MUNDO DA RUA:** itinerários terapêuticos de pessoas em situação de rua com transtornos mentais na busca por cuidado

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

**Linha de pesquisa:** Saúde mental e Enfermagem.

**Orientadora:** Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Christine Wetzel

Porto Alegre

2020

### CIP - Catalogação na Publicação

Pereira, Leticia Passos  
NO MUNDO DA RUA: itinerários terapêuticos de pessoas  
em situação de rua com transtornos mentais na busca por  
cuidado / Leticia Passos Pereira. -- 2020.  
198 f.  
Orientadora: Christine Wetzel.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do  
Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de  
Pós-Graduação em Enfermagem, Porto Alegre, BR-RS, 2020.

1. Pessoas em Situação de Rua . 2. Saúde Mental. 3.  
Narração. I. Wetzel, Christine, orient. II. Título.

**LETÍCIA PASSOS PEREIRA**

**NO MUNDO DA RUA: ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS DE PESSOAS EM  
SITUAÇÃO DE RUA COM TRANSTORNOS MENTAIS NA BUSCA POR CUIDADO**

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestra em Enfermagem.

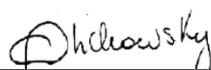
Aprovada em Porto Alegre, 29 de junho de 2020.

**BANCA EXAMINADORA**



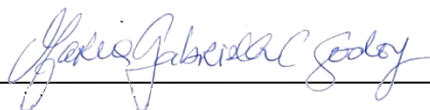
---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Christine Wetzel  
Presidente da Banca –  
Orientadora PPGENF/UFRGS



---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Agnes Olschowsky  
Membro da banca  
PPGENF/UFRGS



---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria Gabriela Curubeto Godoy  
Membro da banca  
UFRGS



---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Tatiana Engel Gerhardt  
Membro da banca  
UFRGS

Aos "loucos da rua", para que saibam  
que suas histórias foram ouvidas.

## AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, **Christine Wetzel**, pela sensibilidade e coragem com que aceitou compartilhar comigo essa jornada, com tanta dedicação e disponibilidade. Por me acolher, me cuidar e assumir papéis que transcenderam o seu de orientadora, sempre com muita paciência, generosidade, alegria e respeitando meu(s) tempo(s). Muito obrigada por tantos aprendizados, foi um privilégio imensurável caminhar ao teu lado nessa trajetória.

Ao **Idilso Kirch**, pela compreensão e paciência e por se fazer sempre presente, dividindo comigo todos os dias dessa caminhada. Por me ouvir tantas vezes, até decorar as falas das entrevistas e, ainda assim, estar disponível para ouvir mais uma vez. Muito obrigada por ser meu porto seguro.

À **Equipe do Consultório na Rua** - Ana, Carol, Lucas, Loza, Jô, Lu, Rô, Camila, Dante, Nora – por me acolherem com tanto carinho e com tantos ensinamentos. Obrigada pelo tempo que vocês dedicaram a essa pesquisa e por todo o auxílio. Vocês são inspiradores.

Aos colegas e amigos – **Fabiane Pavani, Mariane Xavier, Bárbara Moraes, Mateus Cocaro, Karen Santos, Gabriela Salvalaggio, Manoela Figueiredo, Edson Muller** pelas discussões, trocas, reflexões, momentos de descontração e apoio.

À **minha família**, por muitas vezes mesmo sem que compreendessem o que eu estava fazendo, acreditaram em mim, compreenderam as minhas ausências e sempre se disseram orgulhosos.

À **Universidade Federal do Rio Grande do Sul, à Escola de Enfermagem da UFRGS** e ao **Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UFRGS** por oferecem estrutura necessária para a realização do mestrado.

À **CAPES**, pela bolsa de pós-graduação.

Sua casa não te define  
Sua carne não te define  
Você é seu próprio lar.

(Francisco, el Hombre)

## RESUMO

Este estudo trata sobre as trajetórias das pessoas em situação de rua com transtornos mentais na busca por cuidado, considerando que fazem parte de um contingente que habita as ruas, em uma situação de exclusão naturalizada ao longo do tempo e requerem cuidados particularizados, que ofereçam flexibilidade e sejam centrados em suas experiências. As maneiras como o buscam, como procuram certas formas de tratamento, como se comportam em relação a ele e a avaliação dos seus resultados dependem, em grande medida, dos significados culturais e expectativas associados à experiência da doença. Assim, o objetivo desta pesquisa foi analisar os itinerários terapêuticos das pessoas em situação de rua com transtornos mentais. Consiste de um estudo de abordagem qualitativa, que teve como caminho teórico-metodológico as perspectivas dos itinerários terapêuticos e dos setores de cuidados de saúde. O itinerário terapêutico enfatiza a visão do usuário e seus arranjos organizativos ao longo das experiências de adoecimento. Permite entender como escolhe, avalia e adere, ou não, aos tratamentos prescritos, em suas redes sociais, além de evidenciar outros aspectos envolvidos no cuidado, sobretudo simbólicos, sociais e culturais. Foram analisados na perspectiva dos setores de cuidado em saúde, propostos por Arthur Kleinman - popular, *folk* e profissional. Para obtenção do material empírico, foi utilizada a entrevista narrativa, realizada com pessoas em situação de rua com transtornos mentais acompanhadas por um Consultório na Rua, na cidade de Porto Alegre. Os eixos temáticos que orientaram a análise das narrativas produzidas foram: concepções de cuidado, interpretação da doença e itinerários terapêuticos. As concepções de cuidado delineadas foram, o cuidado: caritativo, emancipatório; espiritual; enquanto controle; afetivo e altruísta. Foi constatada a ênfase na perspectiva de cuidado caritativo, envolvendo pessoas e instituições que suprem necessidades relativas à alimentação, higiene, abrigo, vestuário e educação. A partir do eixo interpretação da doença, emergiram as perspectivas relacionadas a: depressão, experiências sensoperceptivas, ser nervosa, surtos, uso de drogas e comportamentos suicidas. Evidenciou-se que os participantes recebem diagnósticos psiquiátricos heterogêneos e incongruentes e as (re)interpretações que fizeram do sistema explicativo da psiquiatria, a partir de suas experiências de sofrimento, e as maneiras próprias de abordar, lidar e legitimá-lo, tiveram influência de sistemas culturais, sociais, políticos e econômicos. Os itinerários terapêuticos foram analisados



inseridos em um contexto, composto de diversos atores, eventos e experiências, que levaram a diferentes formas de enfrentamento, interpretações e escolhas, resultando em itinerários amplos, diversificados e dinâmicos. O setor popular constituiu-se enquanto importante local e compartilhamento de cuidado, no qual as redes de apoio e busca por cuidado foram compostas, nas trajetórias iniciais, por figuras familiares e aparentadas. Com a ruptura desses vínculos, foram constituídas novas relações de apoio no mundo da rua. Esse setor também foi representado pela rede comunitária, relacionada à subsistência no espaço da cidade e pelo trabalho. O setor *folk* estabeleceu-se como parte dos itinerários através de crenças religiosas, evidenciando as igrejas, sobretudo a evangélica, e as figuras de Deus e de Exu. Caracterizou-se como um setor aberto, de fácil acesso, e que através de seus dogmas e rituais, propiciou conforto e alívio na maior parte das situações. O setor profissional, composto pelos subsetores da assistência social, da saúde e da justiça e segurança, esteve voltado a ações assistencialistas, de controle e medicalizantes, e as suas estruturas são desarticuladas e pouco voltadas a um projeto emancipatório e de inclusão social. Esse estudo mostrou que identificar as especificidades do grupo estudado exigiu acessar as (re)significações e (re)interpretações de suas experiências, as formas como lidaram e como buscaram ajuda. Em relação ao setores de cuidado, demonstrou o potencial transformador de cuidado do setor *folk* e evidenciou a invisibilidade significativa do setor saúde nos itinerários terapêuticos.

**Palavras-chave:** Pessoas em Situação de Rua. Saúde Mental. Narração.

## ABSTRACT

This study concerns the trajectories of homeless persons with mental disorders in the search for care by taking into consideration the fact that they belong to a contingent of people who inhabit the streets in an exclusion situation that has become naturalized over time and who require peculiar support that be flexible and centered in their experiences. The ways how they search for care, how they look for certain forms of treatment, how they behave themselves in relation to it and the evaluation of the findings depend highly on the cultural meanings and expectations in connection with the experience of the disease. Therefore, the objective of this research is to analyze the therapeutic routes of the homeless people with mental disorders. The approach is qualitative while the theoretical and methodological path comprises the perspectives of therapeutic routes and those of health care. The therapeutic route emphasizes the vision of the user and his organization arrangements in the course of the disease experiences. In addition, it allows understanding how the user chooses, evaluates and sticks or not to the prescribed treatments in his social networks besides evidencing other aspects involved in the care mainly the symbolic, social and cultural ones. The routes were analyzed from the perspective of the health care sectors proposed by Arthur Kleinman, i. e., the popular, folk and professional ones. The empiric material was obtained through narrative interviews carried out with homeless people with mental disorders assisted by a Street Medical Staff in the city of Porto Alegre, RS. The thematic axes that guided the analysis of the produced narratives were concepts of care, interpretation of the disease and therapeutic routes. The outlined care concepts comprised charitable, emancipatory, spiritual, controlling, affective and altruistic ones. It has been observed the emphasis on the perspective of charitable care involving people and institutions that provide needs regarding food, hygiene, shelter, clothing and education. From the disease interpretation axis, the following perspectives have emerged related to depression, sensor`s perceptive experiences, nervous condition, psychotic breaks, use of drugs and behaviors. It became evident that the participants receive heterogeneous and incongruous psychiatric diagnose while the (re)interpretations they made of the psychiatry explanation system from their suffering experiences and from their own ways of approaching, dealing and legitimizing it were influenced by cultural, social, political and economic systems. The therapeutic routes were analyzed by considering their insertion in a context composed by several actors,

events and experiences that led to different forms of confrontation, interpretations and choices that resulted in wide, diverse and dynamic routes. The popular sector became an important place and care share where the support networks and care search comprised family members and relatives within the starting routes. Upon the break of these bonds, new support relations were constituted in the street world. This sector was also represented by both the community network regarding livelihood in the city space and the work. The folk sector has established itself as part of the routes through religious beliefs with emphasis to churches, mainly the evangelic one, and to God and Exu. It has been characterized as an open sector of easy access which provided comfort and relief through its dogmas and rites in most of the situations. The professional sector is composed by the sub-sectors of social, health, legal and safety assistance and it has been dedicated to actions of assistance, control and medical care while its structures are not articulated and are little addressed to a project of emancipation and social inclusion. This study showed that identifying the peculiarities of the studied group required access to the (re)significations and (re)interpretations of their experiences, the ways how they dealt with them and how they looked for help. As to the care sectors, it showed the transforming care potential of the folk sector and it evidenced the significant invisibility of the health sector in the therapeutic routes.

**Keywords:** Homeless People. Mental Health. Narration.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

<b>Figura 1</b> – Sistema local de cuidados de saúde: estrutura interna.....	48
<b>Quadro 1</b> – Abstração analítica.....	70
<b>Quadro 2</b> – Comparação contrastiva.....	72
<b>Quadro 3</b> – Avaliações e Problemas e/ou Condições detectadas dos participantes pelo setor profissional.....	86

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

<b>CAPS</b>	Centro de Atenção Psicossocial
<b>CAPS AD</b>	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas
<b>CR</b>	Consultório na Rua
<b>DSM-5</b>	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
<b>eCR</b>	Equipes de Consultório na Rua
<b>FASC</b>	Fundação de Assistência Social e Cidadania
<b>FIERGS</b>	Federação das Indústrias do Estado do Rio Grande do Sul
<b>GEPESM</b>	Grupo de Estudo e Pesquisa em Enfermagem Psiquiátrica e Saúde Mental
<b>ITs</b>	Itinerários terapêuticos
<b>MNPR</b>	Movimento Nacional da População de Rua
<b>PET-Saúde</b>	Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde
<b>PNPR</b>	Política Nacional para a População em Situação de Rua
<b>RAPS</b>	Rede de Atenção Psicossocial
<b>SINE</b>	Sistema Nacional de Emprego
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde
<b>TCLE</b>	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
<b>UFRGS</b>	Universidade Federal do Rio Grande do Sul

## SUMÁRIO

<b>CONSIDERAÇÕES INICIAIS</b> .....	15
<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	18
<b>2 DELIMITAÇÃO DO PROBLEMA DE PESQUISA</b> .....	21
2.1 População em situação de rua – produtos urbanos .....	21
2.2 População em situação de rua – de quem se está falando? .....	24
2.3 Caracterização da população em situação de rua .....	28
2.4 Políticas Públicas para as pessoas em situação de rua e a Reforma Psiquiátrica Brasileira .....	33
2.5 Concepções de doença e de cuidado.....	40
<b>3 OBJETIVOS</b> .....	45
3.1 Objetivo geral .....	45
3.2 Objetivos específicos.....	45
<b>4 CAMINHO TEÓRICO-METODOLÓGICO</b> .....	46
4.1 Itinerários terapêuticos.....	46
4.2 Setores de cuidados de saúde .....	49
4.2.1. Setor popular de cuidado à saúde.....	50
4.2.2 Setor profissional de cuidado à saúde .....	51
4.2.3 Setor <i>folk</i> de cuidado à saúde .....	53
4.3 Pesquisa qualitativa .....	55
4.4 Contexto e local do estudo.....	56
4.5 Aproximação com o campo e participantes .....	58
4.6 Meios para a produção das informações .....	63
4.6.1 Entrevista Narrativa: aspectos teóricos e práticos.....	63
4.7 Análise do material empírico.....	70
4.8 Aspectos éticos .....	75
<b>5 RESULTADOS</b> .....	76
5.1 Histórias que transitam sem serem vistas .....	76
5.2 Concepções de cuidado .....	79
5.3 Interpretação da doença .....	87
5.3.1 Depressão .....	89
5.3.2 Experiências sensoperceptivas .....	90
5.3.3 Ser nervosa .....	94

5.3.4 Surtos .....	98
5.3.5 Uso de drogas .....	102
5.3.6 Comportamentos suicidas .....	108
<b>5.4 Itinerários terapêuticos .....</b>	<b>112</b>
5.4.1 Setor popular .....	112
5.4.1.1 Família.....	112
5.4.1.2 Rede comunitária .....	117
5.4.1.3 Trabalho .....	123
5.4.2 Setor <i>folk</i> .....	128
5.4.3 Setor profissional.....	134
5.4.3.1 Subsetor assistência social .....	134
5.4.3.2 Subsetor saúde .....	145
5.4.3.3 Subsetor justiça e segurança .....	157
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>164</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>168</b>
<b>APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....</b>	<b>187</b>
<b>ANEXO A – Parecer de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UFRGS..</b>	<b>188</b>
<b>ANEXO B – Parecer de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da SMSPA..</b>	<b>195</b>

## CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Esta pesquisa propõe uma temática que busca refletir sobre os caminhos trilhados na busca por cuidado por pessoas em condições de vulnerabilidade, a população em situação de rua com transtornos mentais<sup>1</sup>. Essas pessoas, em países de baixa e média e renda, como o Brasil, possuem expressivos problemas de saúde física e mental, vivem vidas socialmente marginalizadas e com extensas necessidades de cuidado que não são atendidas (SMARTT et al., 2019).

A proposta emergiu a partir de minha trajetória pessoal e acadêmica, que propiciou vivências que impulsionaram na escolha deste tema.

O contato com a área da saúde mental ultrapassa minha vida acadêmica, pois questões relacionadas à temática me acompanharam desde a fase escolar. No entanto, foi durante a graduação em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), desde as primeiras aulas da disciplina Cuidado de Enfermagem em Saúde Mental I, realizada no terceiro semestre do curso, que percebi a saúde mental como um campo possível de atuação profissional e de pesquisa. Em 2015 participei do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) através do PET Redes de Atenção: Práticas em Rede - Linha de Cuidado em Saúde Mental da Criança e do Adolescente, que me introduziu à prática interdisciplinar e permitiu pensar o cuidado em saúde mental no território.

A aproximação com a área intensificou-se em um estágio realizado em uma Unidade de Internação Psiquiátrica em hospital geral no sétimo semestre e com a participação no Grupo de Estudo e Pesquisa em Enfermagem Psiquiátrica e Saúde Mental (GEPESM) da Escola de Enfermagem da UFRGS. Participar do grupo me proporcionou, além de discussão teórica sobre saúde mental, apreender sobre metodologias de pesquisa e ampliar o pensamento avaliativo e crítico sobre produção científica.

Outra experiência importante foi minha inserção, enquanto bolsista de iniciação científica, nos projetos “Saúde mental e o trabalho: percepção dos enfermeiros do serviço de emergência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre” e “Percepções da equipe de enfermagem no cuidado ao paciente com comorbidade psiquiátrica em um

---

<sup>1</sup> A escolha pela utilização do termo “transtornos mentais” deu-se pelo mesmo ser empregado nos sistemas classificatórios atuais da psiquiatria em substituição a outros termos como “doença” ou “enfermidade”, visando uma abordagem descritiva e não associada a patologia.



serviço de emergência”. A participação nessas pesquisas oportunizou ampliar conhecimentos sobre diversos aspectos do sofrimento psíquico e identificar a importância do papel da enfermagem no cuidado psicossocial. Durante o período como bolsista, foi possível acompanhar e envolver-me no processo de pesquisa, possibilitando desenvolver as etapas que a compõem.

Nesse período, também realizei estágios curriculares e não-obrigatórios em serviços de saúde mental, como o Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil, e outros que atendem pessoas com transtornos mentais, como o Consultório na Rua (CR) e um serviço de emergência geral. Essas experiências possibilitaram perceber como se dava o acolhimento, o atendimento e a participação dos sujeitos com transtornos mentais e em sofrimento nos diferentes serviços de saúde. Assim, busquei em meu trabalho de conclusão de curso, analisar as dificuldades encontradas pelos enfermeiros no cuidado ao paciente com comorbidade psiquiátrica em um serviço de emergência geral e suas sugestões para melhoria do cuidado aos pacientes nesse serviço.

Essa trajetória e, principalmente a vivência no CR, despertou o interesse pela população em situação de rua enquanto um grupo repleto de especificidades, permitindo que eu “abrisse os olhos” e os encontrasse também em outros serviços, atentando às dificuldades evidenciadas por sua invisibilidade diante do sistema de saúde e da sociedade. A aproximação com as pessoas em situação de rua permitiu que eu refletisse sobre a forma como lidamos diferentes radicais<sup>2</sup> e percebesse a fragilidade existente também no seu cuidado em saúde mental. Com isso, pude repensar meu papel como enfermeira, como pesquisadora e como cidadã, motivando-me a buscar alternativas que pudessem, de alguma maneira, ampliar a visibilidade para essas pessoas.

Ao ingressar como mestranda e bolsista no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFRGS, busquei aprofundar meus conhecimentos sobre essa população e a saúde mental e, a partir disso, percebi que no interior do grupo heterogêneo que é a população em situação de rua, submetido a diversas relações de vulnerabilidade, havia ainda outro ocultado - as pessoas em situação de rua com transtornos mentais.

---

<sup>2</sup> Dá-se ao termo radicais, o sentido da alteridade, em uma relação de contraste.

Assim, surgiram as indagações que originaram essa pesquisa, que buscou analisar os itinerários terapêuticos (ITs) de pessoas em situação de rua com transtornos mentais, considerando o contexto em que vivem, as relações que estabelecem, as experiências que têm e as interpretações que fazem sobre suas histórias de vida.

Para organizar a leitura, apresento as partes integrantes dessa dissertação. No primeiro capítulo, realizo uma introdução à temática, seguida da justificativa da sua escolha e dos questionamentos do estudo.

No segundo capítulo, na delimitação do problema de pesquisa, abordo os aspectos históricos da constituição das cidades, entendendo a população em situação de rua como produto urbano desses modelos de cidades; as questões relacionadas à nomenclatura e caracterização das pessoas em situação de rua; e como as políticas públicas e a Reforma Psiquiátrica Brasileira voltam-se a essa população. Abordo ainda concepções de doença e de cuidado.

No terceiro capítulo apresento os objetivos da pesquisa e, no quarto, o referencial teórico-metodológico, compreendendo os ITs e os setores de cuidados de saúde, as bases conceituais da pesquisa qualitativa e das narrativas, a sua aplicação prática, a análise do material empírico e os aspectos éticos.

No quinto capítulo apresento os resultados relativos às concepções de cuidado, às interpretações da doença e aos ITs. Por fim, estão as considerações finais, as referências, o apêndice e os anexos.

## 1 INTRODUÇÃO

A realidade das grandes cidades e capitais é atravessada por contextos de pobreza e violência, com frequência resultando na existência de minorias e grupos em situação de vulnerabilidade, que sofrem discriminação, sendo vítimas da intolerância, do abandono, da exclusão e da desassistência (CARMO, 2016). Entre tais grupos, a população em situação de rua destaca-se de maneira crescente e o imaginário social a concebe como um grupo homogêneo, de indivíduos caracterizados pela pobreza, que utilizam os espaços públicos para dormir, comer, fazer uso de drogas e suas necessidades fisiológicas, reduzindo a isso a percepção do que esses indivíduos fazem e de como utilizam o espaço da rua (PIMENTA, 2019).

Essas pessoas passaram a fazer parte do cenário das cidades não como cidadãos, mas como “não-sujeitos”, discriminados, alvo de preconceitos e estigmas, sendo privadas de uma vida digna e vistas como perigosas (PIZZATO, 2012).

Além do preconceito e de suas repercussões nesse grupo, como um todo, há uma parte dele, as pessoas com transtornos mentais, que são isoladas do próprio conjunto que habita as ruas, em uma situação de exclusão naturalizada ao longo do tempo (BRITO, 2006). Essa exclusão é percebida também no cuidado em saúde mental, nos serviços de saúde, nas políticas públicas e na literatura que, frequentemente, têm como ênfase o uso de drogas quando tratam de questões relacionadas à população em situação de rua. A relevância do tema é indiscutível, considerando que, por exemplo, em Porto Alegre, 24,6% da população em situação de rua faz uso de álcool diariamente e 15,8% fumam crack todos os dias (GEHLEN; SCHUCH, 2016). No entanto, as questões relacionadas aos transtornos mentais - esquizofrenia, transtorno de humor bipolar, depressão - ficam à margem, implicando no desafio de pensar o cuidado psicossocial para esse grupo específico.

A Reforma Psiquiátrica Brasileira, ao propor transformar o modo de atenção asilar em saúde mental para um cuidado psicossocial, amplia a discussão sobre o espaço da loucura. No entanto, percebe-se que a cidade ainda permanece de costas para o diferente, para tudo o que quebre sua ilusão de homogeneidade, segregando, assim, os loucos e, ainda mais, os “loucos em situação de rua”.

Torna-se necessário permitir à loucura o direito de circular na cidade, e que a cidade seja um espaço que possibilite a convivência de muitas e diferentes forças que compõem as subjetividades, sendo dever de todo estado democrático criar espaços

possíveis para que essas diferenças circulem livremente. É uma via de mão dupla, em que a cidade se abre à diferença da loucura e o louco tem a possibilidade de inventar modos de viver e circular na cidade. Afinal, as cidades são territórios repletos de conflitos, tão múltiplos e contraditórios quanto são os modos de viver que as habitam (PAULON, 2017).

E nesse permitir-se conviver com a loucura, é preciso entender que as expectativas que uma sociedade ou grupo nutrem sobre o comportamento das pessoas com transtornos mentais refletem-se sobre a maneira pela qual a doença é expressa. Isto é, os indivíduos tendem a expressar situações de mal-estar por meio de formas aceitáveis e significativas para a própria cultura (RABELO; ALVES; SOUZA, 1999). E isso repercute na decisão de procurar certas formas de tratamento e nas maneiras como os sujeitos vão se comportar em relação ao tratamento e a avaliação dos seus resultados dependerá, em grande medida, dos significados culturais e expectativas associados à experiência da doença (KLEINMAN, 1980).

Em uma conjuntura marcada por iniquidades, injustiças, violências e sofrimentos para a população em situação de rua, o cuidado se constitui enquanto um movimento reconstrutivo de valores, de conceitos e de práticas. Assim, pensar o cuidado exige dar voz às perspectivas subjetivas negligenciadas, oprimidas ou desconhecidas. Conceituá-lo e valorizá-lo é uma forma de apreender e lidar com a intersubjetividade constitutiva das diferentes existências de um modo ativamente interessado no “outro”, entendido como co-construtor necessário de tudo o que possamos chamar de vida humana (AYRES, 2017).

Entende-se o cuidado como a estrutura ontológica do ser humano, isto é, uma estrutura que lhe é própria, inerente, sendo o modo de ser mais próprio e originário do ser humano (CARRILHO, 2010). Nessa perspectiva, as pessoas em situação de rua com transtornos mentais estabelecem relações de cuidado, porém, a maneira como essas ocorrem e se concretizam ainda requer ser aprofundada e, nessa direção, a partir da reconstrução dos seus ITs, buscou-se esse aprofundamento.

O itinerário terapêutico enfatiza a perspectiva do usuário e seus arranjos organizativos ao longo das experiências de adoecimento, permitindo entender como ele escolhe, avalia e se adere ou não aos tratamentos prescritos, em suas redes sociais, que podem ou não incluir a rede de serviços, além de evidenciar outros aspectos envolvidos no cuidado, sobretudo simbólicos, sociais e culturais (PINHEIRO et al., 2016). Compreende as experiências das pessoas em seus modos de significar

e produzir cuidados, delineando trajetórias em diferentes redes que possam lhes dar sustentabilidade nessa experiência (RUIZ; GERHARDT, 2016).

Considera-se que existem lacunas epistemológicas e práticas em relação às especificidades no cuidado em saúde mental prestado à população em situação de rua com transtornos mentais, a qual requer cuidados particularizados, flexíveis, e centrados na pessoa, e que a mudança paradigmática da atenção em saúde mental, a partir da Reforma Psiquiátrica Brasileira, apresenta entraves relacionados ao cuidado a grupos específicos, que permanecem desassistidos por serviços de saúde em geral e pela Rede de Atenção Psicossocial.

Portanto, ressalta-se a importância da realização de pesquisas na perspectiva psicossocial que permitam pensar sobre as formas que o cuidado vem assumindo e sobre como a rede de saúde mental responde às necessidades desses grupos. Ademais, urge compreender como são construídas as relações de cuidado, o que exige dar voz às subjetividades negligenciadas, oprimidas ou desconhecidas.

A partir disso, é preciso que se reflita criticamente sobre como as pessoas em situação de rua com transtornos mentais traçam seus caminhos na busca por cuidado. Da mesma forma, deve-se pensar sobre quais são as implicações disso na elaboração de modos de cuidar em saúde mental. Com isso, esta pesquisa questiona: Quais são as trajetórias percorridas por pessoas em situação de rua com transtornos mentais na busca por cuidado? Quais as interpretações que atribuem às experiências de doença e sofrimento? Quais as concepções de cuidado que adotam a partir de suas experiências?

Assim, buscando proporcionar visibilidade a esse grupo, demanda-se que grupos envolvidos com a atenção psicossocial tematizem a situação, em uma perspectiva dialógica e compreensiva. Além disso, a análise das suas redes e das relações desenvolvidas, permite desvendar as lógicas, possibilidades e escolhas mobilizadas, podendo facilitar o delineamento de modos de cuidado.

## **2 DELIMITAÇÃO DO PROBLEMA DE PESQUISA**

Esta pesquisa consistiu em um estudo sobre a forma como são construídas as trajetórias na busca por cuidados por pessoas em situação de rua com transtornos mentais. O problema investigado referiu-se à invisibilidade e banalização dos chamados “loucos da rua” na sociedade e seus desdobramentos no campo dos saberes e das práticas em saúde mental.

Pela complexidade desse universo, foram abordados elementos teóricos e conceituais referentes à população em situação de rua, a sua relação com o surgimento das cidades, contextualizando esse fenômeno em termos históricos e apresentando sua configuração atual. Ainda, políticas públicas voltadas para as pessoas em situação de rua e as pessoas em situação de rua com transtornos mentais no contexto da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Também serão abordados conceitos relacionados a concepções de doença e de cuidado, que orientarão o olhar para o fenômeno estudado.

### **2.1 População em situação de rua – produtos urbanos**

O surgimento das primeiras cidades na Antiguidade Oriental iniciou uma nova forma de organização política, econômica, social e cultural. Na Idade Moderna surgiram as cidades-capitais e, a partir desta época, no Ocidente, a rua passou a ser um espaço importante de governabilidade. As políticas médico-sanitaristas e higiênicas estavam empenhadas em controlar espaços e pessoas, além de estabelecer políticas de promoção de saúde, trabalho, educação e bem-estar, a fim de definir populações governáveis e disciplinar sujeitos (SCHUCH; GEHLEN, 2012; MONTEIRO, 2012).

Simões Junior (1992) faz um retrospecto enunciando que, apesar do surgimento da população de rua estar associada ao processo de urbanização, desde a Antiguidade já era registrada a presença de determinados grupos que habitavam as ruas e viviam quase que exclusivamente da mendicância. Na Grécia Antiga, com a decomposição da sociedade arcaica, a consolidação de propriedade privada e a expropriação de terras comuns, ocorreu um grande êxodo da população atingida para as cidades, originando os primeiros grupos de mendicantes e vagantes urbanos. Em Roma, semelhantemente, despejos rurais, vítimas de guerras, exércitos dissolvidos,

geraram um contingente de população sem-terra e sem ofício, de mutilados, de doentes, que se deslocou para a cidade sem outra alternativa a não ser a mendicância ou a prática de atividades consideradas marginais.

Durante a era medieval na Europa, segundo Geremek (1995), os mendigos e andarilhos compunham juntamente com os vagabundos, vigaristas e ladrões, o grupo dos miseráveis, representados como o “amálgama social definido sobretudo por fatores negativos” (p. 307). A “vagabundagem caracterizava o modo de viver de todos esses grupos, mal assimilados socialmente e que levam uma vida errante; o vagabundo é um indivíduo sem domicílio e, em geral, sem emprego” (GEREMEK, 1995, p. 99).

Nesse período, a sociedade estava organizada em relações sociais hierarquizadas, baseadas na religião e na nobreza medieval. Assim, se por um lado havia massas esfomeadas de miseráveis, enchendo as praças e ruas, que ficavam esperando ajuda ao pé das muralhas, contando com a comida, o leito em um abrigo ou a esmola de um passante, por outro, ligado especialmente ao cristianismo, a miserabilidade tornava-se uma escolha voluntária e publicamente manifesta, como um caminho para a perfeição e a salvação. Diante disso, havia uma ambivalência em relação à forma como a miséria era percebida e tratada - enquanto a voluntária era um estado digno de elogio, a miséria por necessidade era moralmente condenada (GEREMEK, 1995).

No início da Idade Moderna, ainda no contexto europeu, Geremek (1995) traz que a absorção limitada no mercado de trabalho e barreiras sociopsicológicas consolidaram os efeitos do rebaixamento social, tornando sobressalentes as massas de miseráveis. Assim, para essas pessoas que não tinham lugar nem no campo nem na cidade, restava ganhar a vida com trabalhos ocasionais e esmolas e “às vezes se sustentavam tomando-se parasitas, aventureiros, vigaristas ou até mesmo criminosos” (p.21). Nesse período, a miséria aparece sobretudo como uma praga social, e o pobre como uma figura perigosa para a ordem pública.

No Brasil colonial, em uma sociedade escravista, a vida na rua era uma alternativa à ausência de perspectiva para um contingente que descendia de negros pobres e livres e uma opção para jovens e crianças, como consequência da orfandade, do abandono ou da fuga do convívio familiar. Esses pobres e libertos, normalmente não apresentavam grandes vantagens em relação aos escravos,

sobreviviam da mendicância e eram definidos a partir de duas dimensões, que representam o termo “vadiagem”: ociosidade e itinerância (NOGUEIRA, 2009).

A ociosidade caracterizava as pessoas pela inexistência de vinculação senhorial e pela irregularidade ou a descontinuidade do trabalho (pescadores, marinheiros, ambulantes, mendigos). A itinerância configurava-se em possuir um sentimento de autonomia, de “pôr o pé na estrada” ou “vagar por vilas e cidades”, sem laços de dependência, significando que essas pessoas violavam a ordem patriarcal e situavam-se fora da ordem estabelecida (NOGUEIRA, 2009).

A partir do século XIX, com o processo de industrialização, as cidades tornaram-se uma peça fundamental para compreender a nova organização social e política da sociedade ocidental. Em um acelerado processo de urbanização no século XX, sobretudo nos países emergentes, o fenômeno urbano tornou-se um saber-poder que pretendia o remodelamento dos espaços e uma política higienista. Nesta perspectiva, passou-se a criar novos “problemas” e autoridades para combater tais contrariedades e, no que se refere às populações que faziam da rua seu local de existência social, mesmo que temporariamente, era demonstrado um olhar suspeito e de anormalidade (SCHUCH; GEHLEN, 2012; MONTEIRO, 2012). Isto posto, já é possível notar que as pessoas que habitam as ruas, independente dos motivos ou circunstâncias, transgridem historicamente as normas do espaço urbano das cidades.

Com a abolição da escravatura, milhares de ex-escravos foram lançados às ruas – sem emprego, moradia e nem condições para prover sua sobrevivência. Assim, restava-lhes vagar pelas cidades praticando a mendicância, cometendo pequenos furtos ou submetendo-se a condições deploráveis de trabalho, também concorrendo em desigualdade de condições com os brancos pobres e os imigrantes que chegavam ao país. O fim da escravidão refletiu de forma significativa nos primeiros movimentos das pessoas em direção às ruas no Brasil (CERQUEIRA, 2011).

Após a promulgação do Primeiro Plano Econômico do governo Collor, em 1990, as pessoas passaram a ocupar a rua como lugar devido, principalmente, a questões econômicas que foram acentuadas. A consequência mais evidente e imediata desse plano econômico atingiu a construção civil, fazendo com que a maior parte dos operários e migrantes que viviam sozinhos e moravam nos alojamentos dos canteiros de obras, se tornassem desempregados. A intensificação da recessão levou também outros grupos de desempregados e empobrecidos a morar e sobreviver na rua. Com isso, ampliaram o contingente dos sem-teto, dividindo o espaço com seus tradicionais



moradores: mendigos, alcoolistas, deficientes e marginais. Desde então, percebe-se a existência de categorias, que classificam e estigmatizam os que fazem da rua seu habitat, sendo uma delas a dos os loucos. Entende-se, por um lado, que cada integrante dessa população possui uma forma particular de circular e estar na rua, o que proporciona dinamicidade à experiência urbana. Por outro, é comum a todos constituírem um segmento à parte, à margem da sociedade (SIMÕES JUNIOR, 1992).

Embora as sociedades capitalistas modernas tenham sido indiscutivelmente potentes na produção de miséria e exclusão, a existência de pessoas em situação de rua não é exclusiva deste modelo.

No entanto, apesar de assumir diferentes sentidos e significados ao longo do tempo, o viver na rua carrega uma marca permanente e fundamental: é uma realidade tradicionalmente urbana e estabelece como seu produto quem faz da rua sua morada (SIMÕES JUNIOR, 1992).

## **2.2 População em situação de rua – de quem se está falando?**

Ficam girando pela cidade, se espalhando, construindo e reconstruindo suas vidas para que sejam novamente destruídas num ciclo sem fim. Por esse motivo, se chamam “pelegrinos”. (Jornal Boca de Rua<sup>3</sup>, ano XVII, n. 69, 2018, p. 2)

A população em situação de rua faz parte, de maneira crescente, do cenário das grandes cidades e são nominadas com diferentes termos que procuram defini-las. As próprias pessoas que vivem nas ruas denominam-se “pelegrinos”, como nota-se no trecho acima, termo que carrega um significado de contínuo recomeço. Algumas expressões como “moradores de rua”, “povo da rua”, “população de rua” e “pessoas em situação de rua” também são encontradas na literatura. Apesar da diversidade de nomenclaturas utilizadas para sua identificação, caracterizam “um conjunto de populações diversas que circulam pelas ruas e fazem dela seu local de existência e moradia, mesmo que temporariamente, e/ou utilizam serviços diversos destinados à sua proteção e à promoção de direitos” (SCHUCH; GEHLEN, 2012, p. 13).

---

<sup>3</sup> O Jornal Boca de Rua é produzido (fotos, textos e ilustrações) por pessoas em situação de rua e risco social de Porto Alegre sob a supervisão da Agência Livre para Informação, Cidadania e Educação (Alice). A receita obtida com os exemplares vendidos é revertida para os integrantes do grupo (AGÊNCIA LIVRE PARA INFORMAÇÃO, CIDADANIA E EDUCAÇÃO, 2018).

O Decreto nº 7.053, de 23 dezembro de 2009, que institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua (PNPR), define a População em Situação de Rua como:

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

Essa definição é a mais utilizada atualmente no Brasil, no entanto, permite levantar alguns questionamentos: o que define a existência de uma moradia convencional regular? E o que distingue esse grupo de outros que vivem em habitações muito precárias? Apesar disso, é enfatizada a heterogeneidade dessa população, que compreende diferentes faixas etárias, gêneros, etnias, ideologias, entre outros, tornando a rua um espaço diverso e multicultural. Ao mesmo tempo, a situação de rua é uma experiência individual, caracterizada pelo abandono e negação da dignidade, resultando em consequências graves para a saúde e para a vida. Nessas características, além das já citadas na definição acima, também devem ser incluídas a exclusão social, a estigmatização e a criminalização, que coloca o grupo à margem da sociedade.

Em 2015, a Assembleia Geral da Organização das Nações Unidas tratou, na perspectiva dos direitos humanos, sobre moradia como componente do direito a um padrão de vida adequado e à não discriminação, defendendo uma perspectiva dinâmica e contextual da definição de situação de rua. São reconhecidas as experiências e a interpretação da situação de rua entre os diversos grupos e em diferentes situações, indo ao encontro da pluralidade de histórias e identidades da rua, propondo que as próprias pessoas em situação de rua definam suas necessidades e sejam reconhecidas como agentes da mudança, para fins de tornar realidade seu direito a uma moradia adequada (FARHA, 2015).

Como fruto dessa Assembleia, é proposto um enfoque tridimensional para a definição de situação de rua, baseado nos direitos humanos:

a) A primeira dimensão se refere à ausência de moradia – a ausência tanto do aspecto material de uma habitação minimamente adequada quanto do aspecto social de um lugar seguro, além de participar da vida em comunidade.

b) A segunda dimensão considera a situação de rua como uma forma de discriminação sistêmica e de exclusão social e reconhece que a privação de um lar dá lugar a uma identidade social através da qual as pessoas em situação de rua formam um grupo social sujeito à discriminação e estigmatização.

c) A terceira dimensão reconhece as pessoas em situação de rua como possuidores de direitos e resilientes na luta pela sobrevivência e dignidade. A partir da compreensão dos sistemas que negam seus direitos, devem-se reconhecer as pessoas em situação de rua como agentes centrais da transformação social necessária para a realização do direito a uma moradia adequada.

A partir da discussão sobre as definições, pode-se então retomar a reflexão acerca dos termos utilizados para nominar esta população.

O termo “*homelessness*”, utilizado nos países de língua inglesa, sugere tanto a falta de habitação física quanto a perda do sentido de pertencimento no meio social. Em sua tradução para idiomas como o português, a expressão mais próxima seria “sem teto”, “desabrigado”. Em francês, faz-se referência à situação de rua através das expressões “*sans domicile fixe*” ou “*sans-abrisme*”. Em espanhol, utilizam-se expressões como “*sin hogar*”, “*sin techo*”, “*en situación de calle*” ou “*poblaciones callejeras*” (FARHA, 2015). Nota-se que estas denominações se originam e estão pautadas na ausência de moradia, o que corrobora com a definição adotada no Brasil, relacionada a tal fator.

No final da década de 1980, as pessoas que habitavam as ruas eram conhecidas por uma expressão de forte conotação religiosa, “sofredores de rua”, que eram atendidos por instituições filantrópicas e de caridade. Além desse, termos como “mendigos” e “pedintes” também eram comumente utilizados (SCHUCH; GEHLEN, 2012). Esses vocábulos são carregados de estigma e representam a forma como essas pessoas eram vistas pela sociedade.

Assim, ao longo do tempo, a proposta da substituição da terminologia “sofredor de rua” para expressões como “povo de rua” e “morador de rua” implicou um deslocamento da experiência da rua percebida como um sofrimento, para a experiência da rua como habitat. Paralelo a isso, iniciou-se um movimento de luta por direitos da parte de representantes da própria população em situação de rua, problematizando as propostas de intervenção e as próprias formas de sua denominação. Como efeitos desse processo, percebeu-se que mesmo a terminologia “povo de rua” ou “morador de rua” oculta importantes diferenças nas formas e estilos

de vida, uma vez que há várias situações diferentes em relação à permanência na rua, que precisam ser dimensionadas (SCHUCH; GEHLEN, 2012).

Nesse sentido, Vieira, Bezerra e Rosa (1992) discutem três situações em relação à permanência na rua: “ficar na rua - circunstancialmente”, “estar na rua - recentemente” e “ser da rua - permanentemente”.

“Ficar na rua” caracteriza uma situação provisória, circunstancial, na qual geralmente as pessoas sentem-se desvalorizadas, demonstram medo de dormir na rua e buscam rapidamente uma saída. Além disso, rejeitam drasticamente a identificação com o morador de rua, procurando se distanciar desses. Considerando como contexto desta pesquisa uma capital, pressupõe-se que muitas das pessoas encontradas na rua pertencem a essa modalidade devido à elevada taxa de desemprego e à migração para a cidade em busca de melhores condições de vida, nem sempre encontradas.

“Estar na rua” expressa a situação daqueles que começam a estabelecer relações com pessoas da rua e conhecer novas alternativas de sobrevivência; também passam a frequentar lugares de distribuição de alimentos e instituições socioassistenciais. Ainda não se definem como moradores de rua, normalmente apresentam-se como trabalhadores desempregados<sup>4</sup>. Nesse caso, apesar de a rua passar a tomar forma de moradia, nota-se a resistência em ser identificado como parte deste lugar.

Por fim, “ser da rua” reflete o momento em que a rua torna-se espaço de moradia de forma praticamente definitiva, no qual novas relações se estabelecem, hábitos são incorporados e novos códigos são criados. Além de estar submetido a tal condição habitacional, pertencer à rua torna-se um modo de vida próprio, com o desenvolvimento de formas específicas de garantir a sobrevivência, de conviver e ver o mundo e a cidade.

Com isso, percebe-se a importância da nomenclatura a ser utilizada, uma vez que diferentes termos carregam diferentes significados que, apesar de parecerem sinônimos, não o são e cada um carrega ideologias, conceitos e simbolismos históricos. Dessa forma, torna-se imprescindível romper com antigas denominações e

---

<sup>4</sup> A denominação “trabalhador desempregado” deve ser considerada no contexto da época em que o estudo foi realizado (1992). Este período foi marcado por uma conjuntura de recessão e desemprego, expondo parte significativa da classe trabalhadora à vida nas ruas.

passar para novas que atentem para as diferentes experiências nas ruas e combatam processos de estigmatização.

Diante da necessidade de uma definição conceitual, nesta dissertação será utilizada a expressão “pessoas em situação de rua”, por descrever não somente a carência de moradia, mas também identificar um grupo social caracterizando o princípio da transitoriedade desse processo de absoluta exclusão social. Além disso, o termo citado manifesta a possibilidade de mobilidade social ascendente ou descendente, como também em relação à transitoriedade horizontal que esses indivíduos vivenciam (AGUIAR; IRIART, 2012).

Nessa perspectiva, esta pesquisa se propõe a entender o espaço da rua como cenário de um modo de vida e como um campo de diferentes possibilidades que são descobertas e utilizadas criativamente por quem a vive.

### **2.3 Caracterização da população em situação de rua**

A fim de caracterizar as pessoas em situação de rua, serão apresentadas algumas informações relacionadas ao perfil desse grupo. Ressalta-se que o Brasil não conta com dados oficiais sobre a população em situação de rua e que, os existentes, são subestimados.

O Censo do Sistema Único de Assistência Social em 1.924 municípios, estimou a existência de 101.854 pessoas em situação de rua no país (NATALINO, 2016). Considerando a carência de dados, serão apresentados os oriundos dos dois estudos mais recentes no Brasil. O primeiro, realizado pelo Ministério do Desenvolvimento Social em 71 cidades brasileiras<sup>5</sup>, nos anos de 2007 e 2008, possibilitará conhecermos as características dessa população a nível nacional. O outro, realizado em Porto Alegre, em 2016, possibilitará contextualizar esta população no município em que será realizada esta pesquisa. (BRASIL, 2009b; GEHLEN; SCHUCH, 2016).

A partir dos estudos acima citados, serão abordados os dados do perfil das pessoas em situação de rua, os motivos que levaram às ruas, o tempo de permanência nessa situação, suas relações com a família, com os movimentos sociais e com as instituições, além de suas condições de saúde.

---

<sup>5</sup> Neste censo, a cidade de Porto Alegre foi excluída por ter realizado pesquisa semelhante em ano próximo.

O censo em nível nacional identificou 31.922 pessoas maiores de 18 anos em situação de rua. Desses, 82% eram homens, predominantemente jovens com idade entre 26 e 35 anos (59%) e negros<sup>6</sup> (67%).

No que tange às razões da ida para as ruas, 35,5% apontam o alcoolismo e/ou drogas como principal motivo; além disso, outras duas razões configuram-se como predominantes: desemprego (29,8%) e desavenças com familiares (29,1%). Apesar de não estar numericamente exposta, há de se considerar também os que escolhem a rua como opção pessoal. Baseados na liberdade que a rua proporciona, optam por permanecer nesse ambiente a voltar para lares perigosos ou opressores.

A respeito do tempo de permanência na rua, 48,4% está há mais de dois anos e cerca de 30% já dormem na rua há mais de cinco anos. Considerando as situações relativas a permanência na rua proposta por Vieira, Bezerra e Rosa (1992) descritas anteriormente, pode-se inferir que à proporção que o tempo na rua aumenta, a condição do “ser da rua” torna-se mais estável e permanente.

Em relação aos vínculos familiares, 51,9% possuem algum familiar na mesma cidade, 34,3% da população estudada mantêm contato frequente com a família e 38,9% não mantêm contato.

Considerando a participação em movimentos sociais ou atividades de associativismo, 95,5% não participam de qualquer movimento social; entre os que participam, destacam-se os movimentos religiosos (31,3%).

Desmistificando a imagem estigmatizada e amplamente difundida de mendigos, pedintes e vagabundos, esta população é composta, em grande parte, por trabalhadores, sendo que 70,9% exercem alguma atividade remunerada e 58,6% afirmaram ter alguma profissão. A existência desses preconceitos é evidenciada nas discriminações sofridas por essa população e demonstrada através do censo ao indicar que 18,4% das pessoas que vivem na rua já foram impedidas de receber atendimento na rede de saúde, por exemplo.

Ainda assim, 43,8% dos entrevistados procuram primeiramente o hospital/emergência quando estão doentes e, em segundo lugar, o posto de saúde (27,4%).

---

<sup>6</sup> Considera-se negros os pardos e pretos, conforme a classificação proposta pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

Em relação à situação de saúde, 30% afirmaram ter algum problema de saúde, sendo os predominantes: hipertensão (10,1%), problema psiquiátrico/mental (6,1%), diabetes (5,4%) e HIV/AIDS (5,1%). Destaca-se o percentual de problemas psiquiátricos comparados, por exemplo, com a infecção por HIV, considerada muito presente entre os que vivem na rua.

No estudo realizado em Porto Alegre (GEHLEN; SCHUCH, 2016) foram identificados 2.115 adultos em situação de rua, predominantemente homens (85,7%), com mais de 35 anos (61,4%) e negros (36,9%).

Os principais motivos apontados pelos entrevistados para terem ido para a rua são as questões relacionadas a conflitos familiares (32,5%) e ao alcoolismo e uso de drogas (24%). Com relação ao tempo que se encontram nessa situação, um quarto (25,3%) está há pelo menos um ano e 47,8% há mais de cinco anos.

Em relação à religião, o estudo identificou a católica como predominante (32,6%), e um percentual próximo (30,1%) disse não possuir nenhum credo.

Os vínculos familiares mostraram-se bastante fragilizados, embora 1,9% mantenha contato diário, 37% afirmam ter perdido completamente o contato com seus familiares e 38,9% deixaram de fazer contato a mais de cinco anos.

A participação em movimentos sociais é expressiva, com destaque ao Movimento Nacional da População de Rua (MNPR), com 28,7% dos entrevistados como participantes. A Escola Porto Alegre, local onde são realizadas oficinas e aulas abertas sobre temas variados aos quais as pessoas em situação de rua têm livre acesso, conta com a participação de 25,7%.

De maneira geral, grande parte da população adulta em situação de rua desempenha atividades ocupacionais, percebido pelos 80,8% que afirmam possuir uma profissão. As atividades exercidas tendem a concentrar-se em atividades autônomas e de pouca estabilidade, como o trabalho envolvendo as atividades de reciclagem (23,9%), jardinagem (14,0%), guardar e lavar carros (12,8%) e pedir dinheiro (9,9%).

Sobre o preconceito a que são submetidos, cerca de 45% dos entrevistados afirmaram já terem sido expulsos de algum lugar, sendo que 36,5% se referiam a locais e órgãos públicos, como ruas, calçadas, praças, parques, marquises e até mesmo hospitais e postos de saúde.

No que diz respeito à situação de saúde, entre os entrevistados que responderam possuir algum tipo de doença e/ou problemas de saúde, foi observado

que as doenças mais prevalentes entre os homens são a dependência química/álcool (61,6%), seguida dos problemas nos dentes (47,1%) e das dores no corpo (41,1%). Já entre as mulheres, destacam-se as dores no corpo (54,1%), as doenças mentais (49,3%) e os problemas nos dentes (49,3%). Em relação a doenças específicas, em ambos os sexos, 36,1% declarou ter doença mental e, entre eles, apenas 12,3% fazem uso de medicação.

Apesar da afirmação em possuir algum problema de saúde, 61,2% explicitaram que não fazem nenhum tipo de tratamento. No entanto, quando procuram os serviços de saúde, as principais referências são os postos de saúde (35,7%), hospitais e prontos-socorros (23,5%). O Consultório na Rua foi citado por 7,2% e as instituições de saúde mental, incluindo os Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas (CAPS AD) foram agregadas na categoria “outros”, que correspondeu a 6,1% dos serviços.

Além disso, quando estão com algum problema de saúde, os entrevistados manifestaram o uso de remédios caseiros e tradicionais e medidas paliativas como uso de drogas e álcool, sendo que 15% se automedica ou não toma providências.

A partir dos dados obtidos, pôde-se visualizar algumas características das pessoas em situação de rua. No entanto, ressalta-se ainda mais a carência de estudos sobre o grupo ao qual essa pesquisa se propõe a estudar - as pessoas em situação de rua com transtornos mentais. Não há literatura consolidada sobre estudos de prevalência de transtornos mentais na população de rua e os existentes são frágeis no que se refere a esse dado, por não possuírem base populacional e terem como foco um transtorno específico.

Alguns estudos (MONTIEL et al., 2015; SALAVERA et al., 2010; BOTTI et al., 2010; CARDEILLAC, 2006; PATRÍCIO et al., 2019) utilizam a aplicação de escalas, inclusive em amostras pequenas como de 30 pessoas, para determinar os principais diagnósticos. Sobre essa forma de avaliação, Gorenstein e Wang (2016) ressaltam que as escalas são apropriadas para estimar a intensidade, a frequência ou mudanças de sintomas, mas não servem para fazer um diagnóstico clínico. Dessa forma, os resultados apresentados podem não representar a realidade.

De todo modo, tais pesquisas indicam, entre a população em situação de rua, uma prevalência de 31,5% de transtornos mentais (MONTIEL et al., 2015), até de 70% em idosos nessas condições (CARDEILLAC, 2006). Sobre a prevalência dos



transtornos mentais em idosos em situação de rua, um estudo realizado através de um serviço de saúde, identificou 27,8% (MOQUILLAZA-RISCO et al., 2015).

Outros estudos, a exemplo das pesquisas descritas anteriormente (BRASIL, 2009b; GEHLEN; SCHUCH, 2016), utilizam entrevistas como método, considerando a autodeclaração como forma de determinar a prevalência de transtornos mentais. Assim, na pesquisa realizada nas 71 cidades brasileiras, obteve-se 6% de pessoas que referiram possuir alguma desordem psiquiátrica ou mental; 17% apresentaram histórico de internação psiquiátrica e 14% dos que se recusaram a responder a entrevista o fizeram em função de distúrbios mentais aparentes (ESCOREL, 2009). No estudo de Porto Alegre, a prevalência foi de 36,1% (GEHLEN; SCHUCH, 2016) e outro estudo, realizado em Minas Gerais, indicou 60% de prevalência de transtornos mentais (HECKERT et al., 2001). A disparidade dos resultados demonstra, nesses casos, as diferentes interpretações que as pessoas podem ter sobre seus problemas de saúde, evidenciando que cada um atribui seu próprio significado ao que considera doença.

No entanto, apesar da fragilidade dos dados a respeito dos transtornos mentais na população em situação de rua, é incontestável que esse grupo específico, “os loucos em situação de rua”<sup>7</sup>, são uma realidade no contexto urbano atual. De acordo com Brito (2006), são pessoas com transtornos mentais que podem ser agregadas à população em situação de rua, numa condição de exclusão que foi sendo naturalizada através das épocas. A mesma autora ainda define que:

são pessoas, de modo geral, oriundas das camadas extremamente pauperizadas da população e, entretanto, diferentemente das demais, encontram, na estrutura psíquica que lhes é própria – a psicose – um elemento agregador ao “estado de miserabilidade e desamparo em que se encontram” (dificuldade com o cuidado de si, alheamento com relação à questão do tempo, dificuldade maior e diferenciada de fazer laço social). Por conseguinte, terão dificuldades também no estabelecimento das mediações simbólicas necessárias na apropriação do espaço e no convívio com seus pares na miséria. Fazem laços com o mínimo de pessoas e são, geralmente, portadoras de uma dignidade avessa à filantropia (BRITO, 2006, p. 323).

---

<sup>7</sup> Esta denominação será utilizada de acordo com o proposto por Chaves (2013), que define os “loucos de rua” como pessoas reconhecidas pela comunidade a partir das ações peculiares e repetitivas que executam e das relações que mantêm nas ruas, tornando-se referências para a comunidade; são caracterizadas pelo caráter público e o pertencimento à comunidade. O termo “louco de rua” aplica-se tanto a pessoas que tem domicílios na comunidade quanto a pessoas sem domicílios. Já os “loucos em situação de rua” são pessoas que estão misturadas à parcela da população em situação de rua, são vistos pelo mesmo prisma que o das outras pessoas sem domicílios regulares. Assim, o que conta para a qualificação de alguém como “louco de rua” é o tratamento que ele recebe, e o que conta para a qualificação de alguém como “louco em situação de rua” é a falta de moradia regular.

Assim, à medida que essa população que sofre de transtornos mentais graves é excluída de sua cidadania, sobretudo pela própria sintomatologia, acabam permanecendo e fixando-se na rua. Com isso, caracterizam um grupo em degradação, do ponto de vista social, subjetivo, clínico e humano (PAGOT, 2012). Segundo Lisboa (2013), são entendidos como figuras que desafiam a compreensão das pessoas e instituições, são alvos de preconceito, tratados de modo quase que folclórico, sem o necessário cuidado que uma situação de tal delicadeza exige.

Existem alguns elementos comuns a essa população, como o isolamento e a dificuldade de estabelecer contato; geralmente, mantém-se isolados mesmo do conjunto da população em situação de rua. Também costumam permanecer durante anos no mesmo local, marcando um território, a não ser no caso de serem expulsos, podendo tornar-se, então, parte de uma comunidade que os acolhe (PAGOT, 2012; BRITO, 2006).

Trata-se de um grupo considerado invisível pela sociedade, no entanto, questiona-se se são mesmo invisíveis ou tão visíveis que não se quer ver?

#### **2.4 Políticas Públicas para as pessoas em situação de rua e a Reforma Psiquiátrica Brasileira**

O grupo a ser estudado nessa pesquisa tangencia duas problemáticas: estar em situação de rua e possuir transtornos mentais. No Brasil têm-se políticas públicas para ambas situações, porém nem sempre estão articuladas e são desenvolvidas integralmente. Assim, torna-se importante conhecer as propostas nessas duas dimensões, que são fundamentais para afirmação dos direitos das pessoas em situação de rua e das pessoas com transtornos mentais.

As primeiras iniciativas de organização da população em situação de rua contrariavam a crença estabelecida pelas práticas caritativas e assistencialistas de que o grupo não teria força de mobilização para buscar politicamente transformações individuais e coletivas. Assim, uma mobilização composta por organizações, especialistas, estudiosos, movimentos de igreja e outros personagens, constituiu a base da formação do Movimento Nacional de Meninos e Meninas de Rua, em 1985. Na mesma direção, foi realizada de 1981 a 1992, a Semana Ecumênica do Menor, promovida pela Pastoral do Menor, que reuniu aproximadamente mil pessoas na

defesa dos meninos de rua e na organização da luta por direitos de cidadania (BRASIL, 2011a).

Outro grande movimento, considerado símbolo da luta da população em situação de rua, foi o Grito dos Excluídos em 1995, que mobilizou indivíduos, organizações e movimentos sociais com o objetivo de dar visibilidade aos direitos e necessidades da população que tinha as ruas como seu espaço de moradia e sobrevivência (BRASIL, 2011a). Essa manifestação permanece ocorrendo anualmente desde então, na qual representantes de diferentes grupos, entre eles a população em situação de rua, reivindicam seus direitos.

Posterior a esse grande marco, no ano de 2004, em decorrência da morte brutal de moradores de rua da região central da cidade de São Paulo, conhecida como “massacre da Sé”, diversos movimentos sociais e organizações da sociedade civil expressaram a necessidade de assumir posição no controle social e na elaboração de uma proposta de uma política nacional para a população de rua. A partir disso, em 2005, foi lançado o MNPR, que possui como princípios: democracia; valorização do coletivo; solidariedade; ética e trabalho de base. O Movimento também destaca as seguintes bandeiras de luta: resgate da cidadania por meio de trabalho digno; salários suficientes para o sustento; moradia digna e atendimento à saúde (MOVIMENTO NACIONAL DA POPULAÇÃO DE RUA, 2010).

Ainda no mesmo ano, foi realizado o I Encontro Nacional da População em Situação de Rua, no qual foram lançadas as bases para a construção da Política Nacional sobre a População em Situação de Rua (PNPR). No ano seguinte foi instituído, por Decreto Presidencial, o Grupo de Trabalho Interministerial a fim de elaborar estudos e apresentar propostas de políticas públicas para a inclusão social da população em situação de rua. Assim, em 2007, iniciou-se a discussão e elaboração do texto da PNPR, que culminou na realização da Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua (BRASIL, 2009a; 2011a).

Finalmente, no II Encontro Nacional sobre População de Rua, em 2009, foi estabelecida e validada a proposta intersetorial da PNPR, consolidada por meio do Decreto nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009. Com objetivo de assegurar o acesso amplo, simplificado e seguro aos serviços e programas que integram as diversas políticas públicas desenvolvidas pelos nove ministérios que o compõem, a PNPR garante os processos de participação e controle social e possui entre seus princípios, além da igualdade e equidade, o respeito à dignidade da pessoa humana; o direito à

convivência familiar e comunitária; a valorização e respeito à vida e à cidadania; o atendimento humanizado e universalizado; e o respeito às condições sociais e diferenças de origem, raça, idade, nacionalidade, gênero, orientação sexual e religiosa, com atenção especial às pessoas com deficiência (BRASIL, 2009a). Apesar do evidente avanço, o MNPR reforça que para a completa efetivação da Política ainda há um longo caminho e “muita luta”, e salienta a necessidade de transformá-la em lei, pois apenas dessa maneira os direitos são assegurados (MOVIMENTO NACIONAL DA POPULAÇÃO DE RUA, 2010).

Na cidade de Porto Alegre, o primeiro movimento popular da população em situação de rua foi criado em 1991 e chamado Movimento dos Direitos dos Moradores de Rua. Tinha como objetivo organizar e estimular os moradores de rua a debaterem os principais problemas enfrentados no seu cotidiano, com intuito de solucioná-los de maneira coletiva e participativa (LIMA; OLIVEIRA, 2012). Em 1995, ocorreu o I Encontro de Moradores de Rua, conhecido como “Sopa do Pobre”, onde se constituiu a Comissão de Rua, formada por usuários da rede de serviços existentes naquele período (PIZZATO, 2012).

O Fórum da População Adulta em Situação de Rua foi estruturado em conjunto com a Organização Não Governamental ALICE que, em encontros semanais em uma sala do Mercado Público de Porto Alegre, originou conselheiros da assistência social e de outras áreas, no âmbito do Orçamento Participativo do município (LIMA; OLIVEIRA, 2012).

Em 2008 surgiu o Movimento Aquarela da População de Rua, desencadeado a partir da participação em assembleias e atividades coletivas que problematizavam e refletiam sobre a realidade da população em situação de rua, realizadas junto à equipe do Serviço de Atendimento Social de Rua e de outros serviços da rede. Através da articulação com o Movimento Nacional de Catadores de Recicláveis, integrantes do Movimento Aquarela participaram de seminários e reuniões fora do Rio Grande do Sul, o que deu visibilidade ao movimento nacionalmente e possibilitou a articulação e o contato maior com o MNPR (PIZZATO, 2012).

Ainda em nível municipal, destacam-se dois planos desenvolvidos pela Prefeitura Municipal de Porto Alegre para “enfrentar e superar” a situação de rua. A primeira proposta, denominada “Plano Municipal de Enfrentamento à Situação de Rua” foi apresentada no ano de 2011 e buscava “promover a qualidade de vida e reduzir riscos sociais da população adulta em situação de rua da cidade de Porto

Alegre, de forma transversal, intersetorial e integrada, buscando a garantia dos seus direitos humanos fundamentais” (FUNDAÇÃO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL E CIDADANIA, 2011, p. 6). Nesse documento, a saúde mental é citada como uma ação prevista para o ano de 2013, porém não como intervenção, mas como “discussão das ações ofertadas pelos serviços de Saúde Mental, com vistas ao atendimento à população em situação de rua (FUNDAÇÃO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL E CIDADANIA, 2011, p. 14). Com isso, nota-se que a saúde mental é deixada às margens das políticas públicas, que são construídas com grande enfoque nos serviços de assistência social. Além disso, pode-se inferir que os objetivos do Plano não foram alcançados, pois de 2008 a 2016, o município teve um aumento de 75% de pessoas em situação de rua (GEHLEN; SCHUCH, 2016).

Dessa maneira, em 2018 foi criado o “Plano Municipal de Superação da Situação de Rua”, composto por seis estratégias, que envolvem a integração de diversas secretarias municipais. No âmbito da saúde e, principalmente da saúde mental, que é foco dessa pesquisa, está proposta a ampliação da Rede de Saúde Mental, que prevê: cinco novos CAPS AD (68 leitos); nove unidades de acolhimento (135 vagas em moradias assistidas para pessoas em tratamento para álcool e outras drogas por seis meses); 60 vagas em comunidades terapêuticas (moradias para pessoas em tratamento para álcool e outras drogas de seis a 12 meses) e dez residenciais terapêuticos, com 100 vagas para pessoas com transtornos mentais graves, em tempo indeterminado (PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE, 2018). Nessa proposta, que inclui a ampliação da rede de saúde mental como uma de suas estratégias, fica evidente a preocupação com o tema. Contudo, no desenvolvimento das ações, a maior parte das ações previstas está voltada a ações da assistência social e relacionada ao uso de álcool e outras drogas, demonstrando novamente a invisibilidade das pessoas em situação de rua com transtornos mentais. Além disso, não há embasamento bem definido sobre a origem dos números que dão origem às vagas, uma vez que não também não há em relação ao montante das pessoas em situação de rua, e de quantas pessoas realmente precisariam de serviços residenciais terapêuticos.

Em relação a esse grupo específico, têm-se por vezes a Reforma Psiquiátrica como justificativa da expansão de sua presença nas ruas, principalmente nos países em que não foi implantada ou demorou-se a implantar uma rede de assistência substitutiva (CHAVES, 2013). Nesses casos, o processo de desinstitucionalização foi

associado à desospitalização, irrestrita e irresponsável, resultando no aumento da população na rua. Essa realidade é contraposta nos contextos em que a Reforma Psiquiátrica não significou somente desospitalização, mas partiu do conceito de desinstitucionalização enquanto processo complexo que envolve a mobilização social, a transformação de relações de poder, uma noção de sofrimento ampliada, refletindo sobre as diferenças culturais e sociais (AMARANTE, 2015).

Sobre isso, Amarante e Torre (2018) fazem uma retrospectiva histórica, acentuando que o modelo manicomial se fundamentava no isolamento, repercutindo na retirada do louco da cidade, do trabalho, do lazer, da família, da cultura e da vida social. Dessa forma, o movimento da Reforma Psiquiátrica no Brasil constitui-se como um processo permanente de construção de reflexões e transformações nos campos assistencial, cultural e conceitual. Seu principal objetivo é poder transformar as relações que a sociedade, os sujeitos e as instituições estabeleceram com a loucura, com o louco e com a doença mental, conduzindo tais relações no sentido da superação do estigma, da segregação, da desqualificação dos sujeitos ou, ainda, no sentido de estabelecer com a loucura uma relação de coexistência, de troca, de solidariedade, de positividade e de cuidados. Assim, também se evidencia que a produção de saúde não está centrada na instituição sanitária ou psiquiátrica, nem apenas nas equipes multidisciplinares, mas depende de conhecer as forças vivas de uma região, as organizações e instituições, superando a lógica do assistencialismo (AMARANTE, 2015; AMARANTE; TORRE, 2018). Os ideais propostos pela Reforma Psiquiátrica transformaram o modelo de atenção em saúde mental, objetivando não apenas o fechamento dos manicômios, mas também uma mudança de paradigma, resultando no deslocamento das práticas psiquiátricas para psicossociais.

O modo (ou atenção) psicossocial representa o novo modelo de práticas em saúde mental, fruto das transformações surgidas com a Reforma. Algumas características são marcantes e essenciais nessa nova forma de cuidar e, segundo Costa-Rosa (2000), opõem-se e autorizam a defini-la como alternativa ao modo asilar. Assim, apresentam-se os parâmetros que sustentam essa mudança paradigmática, de acordo com o autor:

- Consideração dos fatores políticos e biopsicosocioculturais como determinantes, sendo decisiva a importância que se atribui ao sujeito como participante principal ao tratamento e agente da possibilidade de mudanças. Além

disso, entende-se o indivíduo como parte de um grupo familiar e social, que também devem ser incluídos no tratamento.

- Ênfase à reinserção social do indivíduo, com destaque a recuperação da cidadania por meios como as cooperativas de trabalho.
  - Trabalho em equipe interprofissional.
  - Horizontalização institucional.
  - Participação da população no que diz respeito ao poder decisório da instituição, através de ferramentas de participação e autogestão.
- Instituições como espaços de interlocução, possibilitando a visualização das subjetividades e as práticas de intersubjetividade horizontal.
- Organização programática em forma de equipamentos integrais, tanto em relação ao território, quanto em relação ao ato propriamente terapêutico.

Na esfera legal, esse modo de atenção firmou-se com a aprovação da Lei nº 10.216, que dispôs sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redirecionou o modelo assistencial em saúde mental (BRASIL, 2001). Ainda que a promulgação da lei tenha sido um marco para a Reforma Psiquiátrica Brasileira, o cuidado em saúde mental ainda demandava que a assistência fosse melhor articulada entre os serviços de saúde e de outros setores. Assim, em 2011, foi instituída a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), que criou, ampliou e articulou diversos serviços substitutivos aos manicômios, como os CAPS, serviços residenciais terapêuticos, cooperativas de trabalho e geração de renda, entre outros destinados ao tratamento e à reabilitação psicossocial (BRASIL, 2011b).

Entre esses, foi previsto como ponto de atenção para populações específicas, a atuação de Equipes de Consultório na Rua (eCR),

constituídas por profissionais que atuam de forma itinerante, ofertando ações e cuidados de saúde para a população em situação de rua, considerando suas diferentes necessidades de saúde, sendo responsabilidade dessa equipe, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial, ofertar cuidados em saúde mental, para:

1. pessoas em situação de rua em geral;
2. pessoas com transtornos mentais;
3. usuários de crack, álcool e outras drogas, incluindo ações de redução de danos, em parceria com equipes de outros pontos de atenção da rede de saúde, como Unidades Básicas de Saúde, Centros de Atenção Psicossocial, Prontos-Socorros, entre outros (BRASIL, 2011b, Art. 6º, II, a).

Com base nestas informações, são inegáveis os avanços para os grupos que foram abordados, a população em situação de rua, os acometidos por transtornos mentais e, com a inclusão das eCR na RAPS, também as pessoas em situação de

rua com transtornos mentais que, até então, nunca haviam sido mencionadas. No entanto, todas essas políticas públicas apresentam dificuldades para sua total consolidação e sofrem retrocessos a depender do contexto e das conjunturas políticas e sociais a que são expostas.

Considerando os princípios da Reforma Psiquiátrica e sua influência sobre a população em situação de rua com transtornos mentais, serão evidenciadas algumas limitações desse processo a serem superadas, a fim de possibilitar um cuidado integral a essas pessoas. Assim, destaca-se:

- O trabalho com os usuários com transtornos mentais graves é, muitas vezes, setorizado, considerando-se o universo existente de serviços e de profissionais capacitados (PAGOT, 2012);
- As noções de rede e território, estabelecidas por meio do princípio de um cuidado em base comunitária, que são centrais às proposições da Reforma, encontram dificuldades ao serem pensada em diferentes contextos (BEZERRA JR., 2007), como os que envolvem as pessoas em situação de rua, que não são enquadradas na lógica territorial do cuidado em saúde;
- A articulação da RAPS com os serviços de Atenção Básica, que continuam pressionados por um forte viés medicalizante, e muitas vezes com uma grande rejeição ao acolhimento dos casos de saúde mental (AMARANTE; TORRE, 2018), podendo-se incluir também as pessoas em situação de rua.

Além disso, a atual política de saúde mental preconiza a inclusão dos familiares na assistência às pessoas com transtornos mentais e, de acordo com os dados já trazidos sobre as relações familiares (BRASIL, 2009b; GEHLEN; SCHUCH, 2016), fica evidente que tal participação comumente não é possível. Por fim, Lisboa (2013) também aponta uma limitação, indicando que a Reforma Psiquiátrica não se voltou mais especificamente para a população em situação de rua com transtornos mentais, que requer cuidados específicos a serem realizados por profissionais que reflitam sobre suas práticas e suas concepções sobre o grupo, suas necessidades e seus sofrimentos.

Com base nessas considerações, apresenta-se o primeiro pressuposto dessa pesquisa: há necessidade de um olhar singularizado para pessoas em situação de rua com transtornos mentais, considerando suas especificidades na constituição de políticas e práticas na perspectiva da atenção psicossocial.



Portanto, nessa direção, justifica-se a importância da realização desta pesquisa, possibilitando pensar as formas que o cuidado em saúde mental vem sendo construído e como o sistema de saúde responde no cuidado a grupos específicos.

## 2.5 Concepções de doença e de cuidado

Na perspectiva da Reforma Psiquiátrica, que busca romper com o paradigma centrado na doença, este tópico abordará as concepções de doença e de cuidado adotadas nesta pesquisa. Entende-se que a discussão sobre a descentralização da doença para a pessoa que sofre permite modificar e ampliar o objeto e meios de trabalho, reorganizando práticas instituídas.

A fim de efetivar essa mudança de foco, é preciso compreender a construção cultural da doença como experiência psicossocial e na perspectiva da pessoa que é acometida. Nesse sentido, Kleinman (1980) diferencia os termos<sup>8</sup> *disease* e *illness* – enquanto o primeiro refere-se a um mau funcionamento dos processos biológicos e/ou psicológicos, o segundo diz respeito à experiência psicossocial e ao significado da doença percebida. Ambos são conceitos explicativos, não entidades, e existem como construtos em configurações particulares da realidade social.

A *illness* inclui respostas pessoais e sociais secundárias a um mau funcionamento primário (*disease*) no estado psicológico ou fisiológico do indivíduo (ou em ambos), envolvendo processos de atenção, percepção, resposta afetiva e valorização direcionados para a *disease* e suas manifestações (por exemplo, sintomas). Também estão incluídas na ideia de *illness* a comunicação e a interação interpessoal, particularmente no contexto da família e da rede social. Visto dessa perspectiva, a *illness* é a modelagem da *disease* em comportamento e experiência, criada por reações pessoais, sociais e culturais à doença. Ou seja, a *illness* contém respostas a *diseases*, que tentam fornecer uma forma e explicação significativas, bem como controle. Por mais paradoxal que possa parecer, a *illness* faz parte do cuidado; é uma resposta psicossocial e cultural adaptativa (KLEINMAN, 1980).

A *disease* afeta indivíduos únicos, mesmo quando ataca uma população; mas a *illness* geralmente afeta outros também (por exemplo, família, rede social e até

---

<sup>8</sup> Na língua portuguesa essa distinção de termos não é aplicada, dessa forma serão utilizados nesta pesquisa os termos em inglês.

mesmo toda a comunidade). Em algumas culturas, acredita-se que a *illness* seja constituída tanto pela pessoa afetada quanto por sua família - ambas são rotuladas como doentes (KLEINMAN, 1980).

A *disease/illness* apresenta mecanismos culturais que a influencia e, embora seja analiticamente desejável distinguir entre os sintomas de cada uma, essa distinção não é facilmente sustentada. Como o comportamento da *illness* inclui a percepção, a resposta afetiva, a cognição e a avaliação dos sintomas da *disease*, juntamente com sua comunicação (verbal e não verbal), todos os sintomas são moldados pela experiência da *illness*. Dessa forma, o rótulo que o indivíduo aplica a sentimentos subjetivos ou sinais objetivos, por si só, exerce uma poderosa influência, e esse rótulo é sempre uma categoria cultural. Assim, através da rotulagem e de outros processos cognitivos, os sintomas são socialmente construídos (KLEINMAN, 1980).

Diante disso, a *illness* é compreendida como uma resposta subjetiva do indivíduo, sobre a forma como interpreta a origem desse evento, como afeta seu comportamento e sua relação com outras pessoas, e os vários passos que segue para reparar a situação e, principalmente, o significado que lhe é dado pelo próprio indivíduo. Deve ser considerada na compreensão de como as pessoas interpretam seus problemas de saúde e sofrimento e de como respondem a eles. Essa interpretação também vai afetar os seus comportamentos e os tipos de tratamento que serão buscados (HELMAN, 2009).

Sobre esses termos, Uchôa e Vidal (1994) também fazem uma diferenciação quanto a "doença processo" (*disease*) e a "doença experiência" (*illness*). A "doença processo" refere-se às anormalidades de estrutura ou funcionamento de órgãos ou sistemas, e a "doença experiência", à experiência subjetiva do mal-estar sentido pelo doente. Nessa perspectiva, a experiência da doença não é vista como simples reflexo do processo patológico no sentido biomédico do termo, mas considera-se que também contempla as normas, valores e expectativas, tanto individuais como coletivas, e se expressa em formas específicas de pensar e agir.

Há, ainda, um terceiro termo – *sickness* – que possui convenções, políticas, normas e papéis sociais como fenômenos básicos. Seus critérios são descobertos por meio de interação social, participação e estudos sociais. Nesse sentido, o conhecimento sobre a doença é intersubjetivo, ou seja, é compartilhado por um grupo social. A *sickness* também pode ser enquadrada por normas explícitas ou encobertas,

que conferem às doenças um prestígio diferente e as tornam estigmatizantes ou discriminatórias (HOFMANN, 2016).

Os conceitos de *disease*, *illness* e *sickness* destacam diferentes perspectivas sobre aspectos importantes da vida humana, refletindo as perspectivas profissionais, pessoais e sociais, respectivamente.

Considerando que esta pesquisa trata de um grupo que vive em um contexto específico, de vulnerabilidade, a construção da experiência da doença só poderá ser compreendida à luz dessa realidade. Assim, sendo fortemente influenciadas pelo contexto, as explicações para um mesmo evento de doença podem variar de acordo com o momento e o local em que são dadas, por quem e para quem.

Neste caminho, Rotelli (1988) enfatiza que o objeto da psiquiatria não deve ser a doença, mas existência-sofrimento das pessoas e sua relação com o corpo social, retomando o contato com a existência das pessoas enquanto “existência doente”. Com isso, têm-se a verdadeira desinstitucionalização, o processo prático-crítico que reorienta instituições e serviços, energias e saberes, estratégias e intervenções em direção a um novo objeto.

Deste modo, essa pesquisa que buscou compreender as trajetórias na busca por cuidado de pessoas em situação de rua com transtornos mentais em sua experiência de adoecimento, adotou como perspectiva as compreensões sobre doença na lógica da *illness*, também tratado como “doença experiência” e “existência-sofrimento”, como parte de um contexto específico.

Isto posto, acrescenta-se à discussão a necessidade de construir um novo olhar para o cuidado, constituído de múltiplas dimensões. Ao compreender-se o processo de doença como subjetivo, individual e atravessado pelo contexto, deve-se incorporar as ações de cuidado na mesma perspectiva, buscando, no caso desse estudo, que as pessoas em situação de rua com transtornos mentais possam buscar o cuidado, mas também encontrá-lo e vivenciá-lo.

Nessa perspectiva, Boff (1999), ao caracterizar o cuidado como um modo-de-ser essencial, ontológico, também define-o como uma atitude. Portanto, contempla mais que um momento de atenção e de zelo; representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro. Além disso, implica levar em conta que ele se sustenta nas subjetividades de cada indivíduo, evidenciando um dos grandes princípios da Reforma Psiquiátrica, “colocar a doença entre parênteses”.

O cuidado na saúde, seguindo a mesma lógica, apenas acontece quando o profissional de saúde valoriza, visualiza e inclui o sujeito na ação de cuidar, tornando sua subjetividade uma via para o cuidado (FERREIRA; PEREIRA; PEREIRA JUNIOR, 2013). No entanto, estabelecer o cuidado de forma que o indivíduo seja incluído nesse processo, requer “renunciar à vontade de poder que reduz tudo a objetos, desconectados da subjetividade humana. Significa recusar-se a todo despotismo e a toda dominação. Significa impor limites à obsessão pela eficácia a qualquer custo” (BOFF, 1999, p. 102). Para isso, o profissional deve colocar-se em uma relação de horizontalidade com o indivíduo, afastando-se de sua pretensão de “detentor do conhecimento” e priorizando a escuta do outro.

Em vista disso, Cecilio, Carapinheiro e Andrezza (2014) ressaltam que o cuidado em saúde será sempre coproduzido pelos usuários e pelos especialistas e, acordando com a perspectiva adotada nessa pesquisa, referem que

o leigo inventa, pelo método da bricolagem e da recomposição, surpreendentes totalizações precárias e contingentes, movidos pelo sofrimento advindo do adoecimento, do medo da morte e da consciência da fragilidade da vida humana. O agir leigo resulta em surpreendentes e singulares “sistemas de saúde” nos interstícios da máquina de saúde (CECILIO, CARAPINHEIRO, ANDREAZZA, 2014, p. 15).

Além desse reconhecimento, ainda são necessárias estratégias de cuidados que superem as simplificações prescritivas e normativas e, para isso, os profissionais de saúde também devem reconhecer e incorporar as redes sociais e as diferentes culturas no processo de cuidado (SILVA et al., 2018). Nesse sentido, a reabilitação psicossocial passa a ser entendida não como apenas uma tecnologia de cuidado na assistência psiquiátrica, mas passa a ser considerada a partir de estratégias que possibilitem a recuperação da capacidade das pessoas em produzir sentido e, conseqüentemente, valor social, fortalecendo sua contratualidade enquanto cidadão (FERREIRA; PEREIRA; PEREIRA JUNIOR, 2013).

Assim, para que se alcance êxito nos aspectos citados, têm-se trabalhado muito com as questões do território como um importante locus de cuidado em saúde. De acordo com Santos (2003), ao considerar a heterogeneidade das cidades, o conceito de território na saúde deve também ser pensado como território vivo, carregado de existências e de histórias de vida, no qual se dá a produção de saúde e a expressão de novas subjetividades. Assim, à medida que passa a ser entendido como uma questão política, social, cultural e autônomo, não se restringe apenas ao

território nação, mas amplia olhares a diversas relações de poder e territorialidades que o constituem. Dessa forma, o território é formador de diversas redes descontínuas, com superposição de vários territórios e territorialidades que se complementam ou se contradizem (SOUZA, 2001). Essa ampliação de conceito é fundamental à construção do cuidado às pessoas em situação de rua que, por serem itinerantes, exigem que seja construído nessa perspectiva, considerando o território como fonte de inúmeras interpretações.

Por fim, enfatiza-se que, na perspectiva da territorialidade, o cuidado é estabelecido na relação dinâmica do sujeito com o espaço vivo. E essa nova relação origina modelos dialógicos, que visam a multidimensionalidade dos fenômenos, entendendo que o sujeito não é apenas resultado de seus comportamentos individuais, mas envolto em uma diversidade de contextos e culturas. Trata-se de um modelo participativo, em que se preza a relação dialógica e simétrica entre todos os atores envolvidos no processo (SILVA et al., 2018).

A partir disso, estabelece-se como segundo pressuposto desta pesquisa: que as pessoas em situação de rua com transtornos mentais buscam meios diversos de cuidado baseadas em suas experiências individuais, influenciadas pelo contexto em que vivem e organizando-se em seu território, como resultado de uma construção social.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo geral**

Analisar os itinerários terapêuticos das pessoas em situação de rua com transtornos mentais acompanhadas por um Consultório na Rua na cidade de Porto Alegre.

#### **3.2 Objetivos específicos**

Conhecer as concepções de cuidado das pessoas em situação de rua com transtornos mentais.

Compreender as interpretações da doença das pessoas em situação de rua com transtornos mentais, construídas a partir de suas experiências.

Apreender o processo pelo qual as pessoas em situação de rua com transtornos mentais elaboram suas escolhas na busca por cuidado.

Identificar o modo como os setores de cuidados de saúde são utilizados na busca por cuidado por pessoas em situação de rua com transtornos mentais.

## **4 CAMINHO TEÓRICO-METODOLÓGICO**

Ao compreender a pessoa em situação de rua com transtornos mentais como singular, inserida em um contexto repleto de questões particulares e envolvida em seu próprio conjunto de significados, valores e atitudes, entendeu-se a metodologia qualitativa como a melhor escolha para atender os objetivos dessa pesquisa. Ainda, considerando o processo de busca por cuidado como complexo e consequência da trajetória individual e das possibilidades de escolha, optou-se pelo uso da abordagem dos ITs.

Na perspectiva que os ITs permitem mobilizar diferentes recursos que incluem desde o autocuidado e práticas religiosas até os dispositivos biomédicos predominantes, serão considerados os setores dos cuidados de saúde propostos por Kleinman (1980).

Frente a isso, esse capítulo apresenta os referenciais dos ITs e setores dos cuidados de saúde e a justificativa pela escolha desse desenho de pesquisa. Também será descrito o processo de operacionalização da pesquisa, explicitando o contexto do estudo; os participantes; os meios para produção das informações; a análise do material empírico e os aspectos éticos.

### **4.1 Itinerários terapêuticos**

A literatura socioantropológica utiliza, de maneira genérica, o termo itinerário terapêutico para definir os caminhos percorridos por pessoas em busca de cuidados. No Brasil, os primeiros estudos com essa temática datam da década de 1980 e início da década de 1990, abordando a experiência de adoecimento e busca por cuidado dentro do subsistema de saúde popular, com enfoque na religião como instância de cura (BELLATO; ARAÚJO; CASTRO, 2008).

Os ITs podem ser definidos como um conjunto de planos e estratégias para o desenvolvimento de trajetórias de busca, produção e gerenciamento do cuidado em saúde, produzidas através de uma lógica própria, tecida nas múltiplas redes para o cuidado em saúde, de sustentação e de apoio (LEITE; VASCONELLOS, 2006; BELLATO et al., 2009). Ainda, segundo Gerhardt et al. (2009, p. 291):

refere-se às diferentes práticas em saúde e aos caminhos percorridos em busca de cuidado, onde se desenham múltiplas trajetórias (assistenciais ou não, incluindo diferentes sistemas de cuidado), em função das necessidades de saúde, das disponibilidades de recursos sociais existentes – sob a forma de redes sociais formais e informais – e da resolutividade obtida.

Os ITs permitem analisar as redes de sustentação e de apoio que são construídas pelas pessoas na experiência de adoecimento e busca por cuidado, revelando que novas redes são constituídas, em uma trajetória que não coincide obrigatoriamente com fluxos pré-determinados. Ao demandarem por cuidado em locais não tradicionais pelo sistema biomédico, tecem essas redes nos diversos sistemas de cura e cuidado, revelando construções subjetivas individuais e coletivas acerca do processo de adoecimento e de formas de tratamento. Dessa maneira, são representados pelas decisões, negociações e avaliações que as pessoas realizam no processo de viver com uma condição crônica, como os transtornos mentais (BELLATO; ARAÚJO; CASTRO, 2008; CABRAL et al., 2011).

A observação dos itinerários ilustra os diferentes recursos existentes diante da doença, onde diferentes estratégias integram diferentes escolhas e diferentes alternativas. Ainda, revelam a complexidade das dinâmicas cotidianas nas quais os indivíduos se inserem, em um processo no qual são capazes de mobilizar recursos materiais e imateriais, colocando em prática estratégias de enfrentamento, articuladas individual e coletivamente (GERHARDT, 2007; GERHARDT et al., 2009). Além de circular entre os diversos sistemas de cura e cuidado, as pessoas constroem pontos e faces de intersecção e mediação entre eles. Por esse motivo, é possível que compreendam não como excludentes ou incoerentes o fato de recorrer a todos eles e, muitas vezes, de maneira concomitante (BELLATO; ARAÚJO; CASTRO, 2008).

As escolhas realizadas, de acordo com as necessidades e possibilidades individuais, são apoiadas nas redes sociais das quais as pessoas fazem parte, que também podem ser analisadas pelos ITs, evidenciando como são estabelecidas e construídas, seus sentidos e significados. Estas redes são tecidas individualmente, na experiência de conviver com um transtorno, evidenciando, nas trajetórias percorridas pelos diferentes subsistemas de cuidado, o modo como vão se constituindo, quem delas participa, a qualidade de suas relações, os sentidos de sua estrutura, dentre outros elementos. Dessa forma, tal análise permite desvendar as lógicas, possibilidades e escolhas mobilizadas ao longo dos itinerários (BELLATO et al., 2009; GERHARDT et al., 2009).



Também são considerados como tecnologia avaliativa centrada no usuário, pois sustentam-se em metodologias que privilegiam a percepção das vivências e lógicas das pessoas em experiência de adoecimento e cuidado, permitindo manifestar suas interpretações e sentidos nesse processo. Assim, também permitem compreender o modo como os serviços produzem respostas mais ou menos resolutivas e integrais às necessidades dos usuários. Como esta ferramenta, nos serviços de saúde, os ITs permitem questionar e avançar na compreensão do significado da integralidade e resolutividade no SUS, a partir de quem vivencia a necessidade de saúde (BELLATO et al., 2009).

Além do reconhecimento de diferentes sistemas de atenção à saúde, os ITs consideram que os processos de saúde, doença e cuidado estão inseridos em um macrocontexto determinado por fatores econômicos e sociais, os quais envolvem também dimensões subjetivas e culturais que interferem na forma como as pessoas definem e buscam o cuidado. A partir disso, expressa-se a preocupação em conhecer as escolhas e tomadas de decisão dentro de um campo de possibilidades, geradas por situações concretas de dificuldade ou por facilidade de busca por cuidado (GERHARDT; BURILLE; MÜLLER, 2016).

Os processos de escolha e aderência a determinadas formas de tratamento são complexos e difíceis de serem entendidos, principalmente para as pessoas em situação de exclusão social, evidenciando-se nesse estudo as pessoas em situação de rua, por isso é indispensável considerar o contexto no qual os indivíduos estão inseridos, especialmente diante das possibilidades disponíveis, ou não, para seus cuidados em saúde.

Nessa perspectiva, a abordagem dos ITs exige uma compreensão das práticas individuais e socioculturais e requer atenção para uma multiplicidade de elementos a serem considerados para compreender a complexa relação entre as práticas, estratégias e escolhas efetuadas pelos indivíduos na busca por cuidados. Analisar as trajetórias a partir do contexto onde tomam forma permite compreender a saúde dos indivíduos e a forma como eles enfrentam a doença, considerando as características próprias da realidade, suas redes de solidariedade e seus problemas cotidianos. Afinal, é nesse cenário que acontecem os eventos rotineiros, econômicos, sociais e culturais, que organizam a vida coletiva e também onde seu corpo, seus pensamentos e suas ações, são formatados por esse espaço social (GERHARDT, 2007).

Desse modo, na análise do processo de busca por cuidado, torna-se importante pensar os indivíduos como protagonistas de suas escolhas pois apesar de sua situação de exclusão social, conseguem criar práticas originais, reinterpretar ideias e sugestões e reinventar o existente. Ao optar por esta abordagem, é indispensável que se disponha de um olhar próximo e sensível, uma vez que encontrar soluções, reinventar a partir do nada, recriar uma vida coletiva, possui uma expressão simbólica expressiva e carregada de ensinamentos (GERHARDT, 2007).

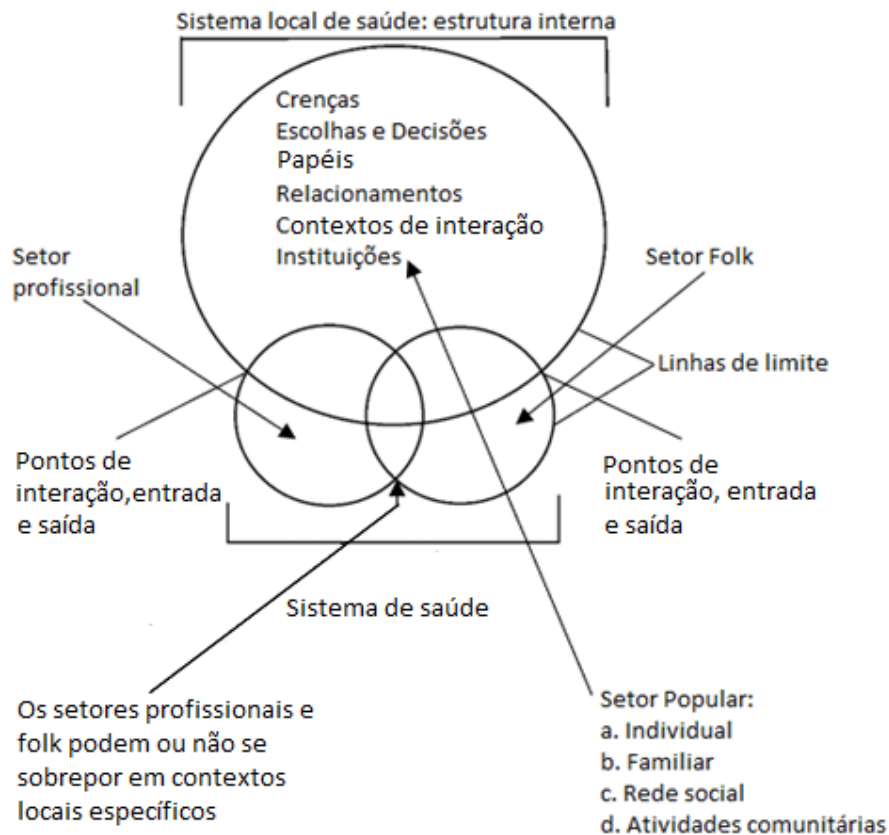
Dessa maneira, esta abordagem permitiu compreender como se deu o processo de adoecimento e a busca por cuidados e como a experiência foi interpretada pela própria pessoa, uma vez que esta trajetória tem por característica os contextos socioculturais, bem como as perspectivas de vida delineadas por ela. Assim, utilizou-se os ITs enquanto ferramenta teórico-metodológica, estabelecida como uma abordagem reveladora e eficaz na compreensão da complexidade da busca por cuidado.

## **4.2 Setores de cuidados de saúde**

Os setores de cuidados de saúde, aqui descritos de acordo com Kleinman (1980), fazem parte da estrutura interna dos sistemas de saúde, que são compostos por componentes genéricos e particulares, "carregados de cultura". Essas estruturas internas são mais ou menos as mesmas para além das fronteiras culturais e o seu conteúdo varia de acordo com as circunstâncias sociais, culturais e ambientais de cada sistema.

Esse modelo pode ser aplicado à pesquisa em sociedades desenvolvidas e em desenvolvimento e é descrito como um sistema cultural local composto de três partes sobrepostas: os setores popular, profissional e *folk*, ilustrado na Figura 1.

**Figura 1 – Sistema local de cuidados de saúde: estrutura interna**



Fonte: Kleinman (1980), tradução da autora.

#### 4.2.1. Setor popular de cuidado à saúde

É a maior parte de qualquer sistema, podendo ser pensada como uma matriz contendo vários níveis: individual, familiar, rede social, crenças e atividades comunitárias. Trata-se da arena da cultura popular leiga, não profissional, não especializada, na qual a doença é primeiramente definida e as atividades de assistência à saúde são iniciadas. O setor popular, em sua maior parte, não está preocupado com a doença e o cuidado, mas com a saúde e a sua manutenção.

Ainda que se tenha uma visão habitual de que são os profissionais que organizam os cuidados de saúde para os leigos, são os leigos quem ativam seus cuidados de saúde decidindo quando e quem consultar, se devem ou não cumprir, quando alternar entre as alternativas de tratamento, se o cuidado é eficaz e se estão satisfeitos com sua qualidade. Nesse sentido, o setor popular funciona como principal fonte e determinante imediato do cuidado.

O autotratamento pelo indivíduo e pela família é a primeira intervenção terapêutica utilizada pela maioria das pessoas em uma ampla gama de culturas. Essa é apenas uma das atividades essenciais que ocorrem no setor popular. Quando as pessoas recorrem a praticantes *folk* ou profissionais, suas escolhas estão ancoradas nas orientações cognitivas e de valor da cultura popular. Depois que os pacientes recebem tratamento, eles retornam ao setor popular para avaliá-lo e decidir o que fazer a seguir. O setor popular é o nexo das fronteiras entre os diferentes setores; contém os pontos de entrada, saída e interação entre eles.

Esse é o setor no qual os indivíduos inicialmente percebem a doença. A partir disso, são utilizadas crenças e valores sobre a doença que fazem parte da estrutura cognitiva da cultura popular. As decisões que os indivíduos e suas famílias tomam, cobrem uma gama de alternativas possíveis. Por exemplo: a família pode desconsiderar os sinais de doença, considerando-os comuns ou naturais, ou pode validar a doença e o papel de doença da pessoa doente. Eles podem instituir terapia com modalidades de tratamento conhecidas ou podem consultar amigos, vizinhos e parentes sobre o que fazer. Se decidirem sair do setor popular, o que frequentemente significa ir além dos limites físicos e de saúde da família, outras alternativas devem ser consideradas. Podem entrar nos setores profissionais ou *folk* e, dentro de cada um, escolher entre uma variedade de alternativas de tratamento.

As características desse setor podem facilitar a inserção das pessoas em situação de rua, uma vez em que não apresenta burocracia ou regulamentação. A não-burocratização do sistema é favorável à essa população que muitas vezes não apresenta documentos e possui dificuldades de acesso em outros locais. Por tratar-se de um setor aberto, flexível e dinâmico, torna-se mais próximo do contexto da rua.

#### 4.2.2 Setor profissional de cuidado à saúde

O setor profissional compreende as profissões de cura organizadas e, na maioria das sociedades, isso resume-se a predominância da medicina científica moderna. Mas em certas sociedades, por exemplo, chinesas e indianas, existem também sistemas médicos nativos profissionalizados, como a medicina tradicional chinesa e medicina ayurvédica.

A organização profissional tornou-se uma fonte de poder social - a homeopatia e outras tradições curativas não profissionais, que competiram por pacientes com a

moderna profissão médica até o século XX acabaram sendo expulsas do campo, especialmente após o Relatório Flexner em 1910; a osteopatia no início foi tratada dessa forma, mas depois ganhou uma posição profissional, devido ao seu apelo popular em certas regiões dos Estados Unidos e seu sucesso na criação de uma organização profissional; a quiropraxia manteve-se uma prática marginal, mas com muitos adeptos para ser abolida; a naturopatia mantém uma existência ainda mais precária; a farmácia e a enfermagem, severamente restritas na prática, receberam status profissional apenas submetendo-se à autoridade da profissão médica.

A profissão médica moderna se tornou tão dominante nos sistemas de saúde da maioria das sociedades (em desenvolvimento e desenvolvidas), que os estudos sobre cuidados de saúde geralmente equiparam a medicina moderna com todo o sistema de cuidado à saúde; tais estudos tornam-se meros relatos de estruturas e serviços organizacionais médicos, deixando de fora o restante do sistema de cuidados de saúde. Pesquisas feitas por médicos e profissionais de saúde pública, na maioria dos casos, são sistematicamente limitadas a quadros de problemas definidos pela biomedicina; soluções oferecidas para quadros de soluções sancionados profissionalmente e são avaliadas apenas desse ponto de vista. Tais pesquisas desconhecem seu viés, pois são treinadas para enxergar todos os cuidados de saúde por meio do arcabouço cognitivo de sua profissão. A socialização profissional dos profissionais de saúde modernos faz com que eles considerem suas próprias noções como racionais e considerem as de pacientes, do público leigo, de outros praticantes e as *folk* como irracionais e não-científicas.

Essa ideologia é mantida intensamente por profissionais de saúde, com cega convicção mesmo diante de evidências do contrário. Outros componentes dessa ideologia profissional são os dogmas comumente encontrados como: qualquer atividade relacionada à saúde realizada pelos próprios pacientes ou por membros dos outros setores do sistema é perigosa e não deve ser tolerada; os aspectos biológicos dos problemas médicos são os "reais", enquanto os aspectos psicossociais e culturais são fenômenos de segunda ordem e, portanto, menos "reais" e importantes; o encontro entre médicos e pacientes (e familiares) é um encontro entre especialistas e ignorantes, de modo que o papel do médico é "dizer" ou dar ordens aos pacientes, e o papel do paciente é ouvir passivamente e obedecer.

Intimamente relacionado é o viés profissional que o médico (ou outro profissional de saúde) é o maior responsável pelos cuidados do paciente. A falta de

conformidade com o regime médico é frequentemente considerada, do ponto de vista do profissional, como uma ofensa moral. Essa visão não é encontrada apenas nas áreas do mundo onde a profissão médica de fato controla o sistema de saúde, também é adotada por médicos em sociedades onde a maioria dos cuidados de saúde fora da família está nas mãos de outros profissionais e curadores *folk*.

Uma das principais contribuições que antropólogos e sociólogos têm feito é demonstrar repetidamente que o sistema de saúde é muito mais amplo do que os limites da profissão médica moderna. É difícil desafiar a realidade clínica imposta aos pacientes por profissionais da área médica ou levá-los a vê-la como não sendo a única ou a verdadeira, mas como uma dentre as realidades clínicas que operam no sistema de saúde mais amplo. Especialmente difícil para os profissionais médicos é justapor suas formulações de diagnóstico e tratamento com as de seus pacientes. Assim, uma das contribuições mais significativas da perspectiva transcultural é promover uma visão ampla de todo o sistema de saúde.

Tratando-se, esta pesquisa, de um estudo em uma sociedade capitalista neoliberal, permeada por desigualdades de todos os tipos, é inevitável pensar a influência que o setor profissional exerce na forma como as populações em contextos vulneráveis encaram e enfrentam seus problemas de saúde. Em um grupo socialmente fragilizado, como a população em situação de rua, o impacto da fala e da ação dos profissionais pode definir o curso do tratamento, tornando essas pessoas muitas vezes “dependentes” dos serviços ou absolutamente opostas à terapêutica proposta. Assim, considerando o setor, é preciso compreender os caminhos que as pessoas em situação de rua com transtornos mentais percorrem, à luz desse referencial, para que seja possível discutir questões relacionadas ao acesso, burocratização, formas e qualidade dos atendimentos.

#### 4.2.3 Setor *folk* de cuidado à saúde

O setor *folk* (não profissional, não burocrático, especializado) se insere nos outros dois setores do sistema de saúde. Trata-se de uma mistura de muitos componentes diferentes - alguns estão intimamente relacionados ao setor profissional, mas a maioria está relacionada ao setor popular. Nas sociedades carentes de profissionalização, o setor *folk* e o setor popular constituem todo o sistema de saúde.

É frequentemente classificado em partes sagradas, como o xamanismo e a cura ritual, e seculares, como a fitoterapia, tratamentos cirúrgicos e manipulativos tradicionais, mas essa divisão é muitas vezes obscura na prática e os dois geralmente se sobrepõem.

As muitas novas formas de psicoterapias *folk* no mundo ocidental contemporâneo, ligadas à cultura popular e a um aumento da cura tradicional nessas sociedades, e a persistência ou mesmo aumento de curandeiros em algumas sociedades em desenvolvimento, indicam a importante função da medicina *folk* na sociedade em muitas partes do mundo. Esse fenômeno cria uma questão difícil para os profissionais e para a sociedade em geral: o que fazer com os praticantes *folk* no planejamento de cuidados de saúde?

Os componentes estruturais dos sistemas de saúde - os três setores apresentados acima - primariamente interagem porque os pacientes passam entre eles. O setor popular forma uma matriz indiferenciada ligando os mais diferenciados setores profissionais e *folk*. As linhas de fronteira entre os setores funcionam como ponto de entrada e saída para os pacientes que seguem as trajetórias de suas doenças através das complexidades do sistema de saúde.

Uma vez que as pessoas saem do setor popular e decidem entrar nos outros setores, elas encontram conjuntos diferentes de crenças e valores nas estruturas cognitivas de praticantes profissionais ou *folk*. Eles fazem esses encontros no processo de entrar e sair das agências de cura. Culturas populares, profissionais e *folk* e seus componentes subculturais moldam a doença e as experiências terapêuticas de maneiras distintas. Mas o poder de criar a doença e o tratamento como fenômenos sociais, de legitimar uma certa construção da realidade como a única realidade clínica, não é igualmente distribuído. O setor profissional é primordial porque o poder social é em grande parte uma função de institucionalização, e esse setor é fortemente institucionalizado, enquanto o setor popular é difuso.

O indivíduo passa a ser um "membro da família doente" em um ambiente, um "paciente" em outro e um "cliente" em outro contexto. Em cada cenário, sua doença é percebida, rotulada e interpretada, e uma forma especial de cuidado é aplicada. Cada arena tem papéis e regras de entrada e saída. Por exemplo, a pessoa doente entra no setor profissional médico moderno estabelecendo sua condição de paciente em uma clínica ou hospital. Da mesma forma, nas arenas familiares ou *folk*, ela deve receber a sanção de outros por um tipo particular do papel da doença. Ela pode

reivindicar, ou ela e os que a rodeiam podem discordar sobre as características do seu papel da doença. Também sairá do setor médico profissional moderno de uma maneira particular, como alguém que foi curada, que permanece doente ou que está morrendo.

Além disso, o indivíduo que está doente encontra diferentes linguagens médicas à medida que se desloca entre os setores do sistema de saúde. Ele deve traduzir de uma linguagem para outra. Esse processo de tradução é crucial na interação entre pacientes e profissionais, no processo de cura e na criação e resolução de problemas de comunicação que são "endêmicos" aos cuidados clínicos. Há diferentes interpretações de realidade clínica refletindo diferentes sistemas de significados, normas e poder. Nesse sentido, cada um dos setores do sistema de saúde pode ser considerado uma cultura separada.

O conhecimento sobre a extensão do autotratamento, o impacto da família no cuidado, o papel dos valores do indivíduo na determinação da satisfação e as atividades de profissional alternativos e praticantes *folk*, juntamente com o conhecimento do impacto de fatores externos nos sistemas de saúde e sua variação entre os limites da sociedade, compõem o sistema de saúde.

Assim, entende-se que a população em situação de rua, culturalmente heterogênea e evidentemente excluída e invisibilizada dos processos de atendimento formais na saúde, tende a buscar cuidado nos diferentes setores apresentados. Com base nesse referencial, buscou-se compreender as trajetórias das pessoas em situação de rua com transtornos mentais nos setores dos cuidados de saúde e suas experiências em cada um.

Na perspectiva dos ITs, foi investigado de que modo esses setores foram utilizados pelo grupo em estudo, quais foram os atores centrais, as estratégias utilizadas, sua efetividade, suas potencialidades e dificuldades que os tornaram, ou não, procurados como dispositivo de cuidado.

### **4.3 Pesquisa qualitativa**

A utilização da pesquisa qualitativa se fundamenta por suas particularidades, pois além de trabalhar com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, também está interessada na perspectiva dos participantes, em



suas práticas do dia a dia e em seu conhecimento cotidiano relativo à questão em estudo. Essa abordagem parte da noção da construção social da realidade em estudo e aprofunda-se no mundo dos significados das ações e relações humanas (MINAYO, 2013; FLICK, 2009).

Com o entendimento que a pesquisa com pessoas em situação de rua requer uma forma de observação mais próxima do próprio objeto de estudo e sensibilidade ao contexto, Cardano (2017) refere-se à pesquisa qualitativa como uma ferramenta que proporciona uma profunda compreensão do ponto de vista dos participantes, tornando possível elaborar explicações adequadas dos comportamentos sociais. Além disso, o mesmo autor ressalta que através de uma observação mais próxima, de longa duração, de um determinado contexto social, se torna possível construir um relato narrativo dos processos causais, de colocar em um *continuum* diacrônico a coerência entre eventos e ações.

A pesquisa qualitativa trabalha com a complexidade, com a especificidade e com as diferenciações que os problemas apresentam ao permitir ouvir as vozes das diversas formas de alteridade, permitindo aos participantes, muitas vezes não ouvidos, como é o caso das pessoas em situação de rua, expressarem a própria diferença com as próprias palavras. Nessa perspectiva, além de possuir uma postura mais pragmática, como extensão das ferramentas e dos potenciais da pesquisa social para entender o mundo e produzir conhecimento sobre ele, também é uma abordagem política e pretende transformar a realidade com suas práticas (FLICK, 2009; CARDANO, 2017; MINAYO, 2013).

Portanto, acredita-se que a abordagem qualitativa permitiu ir ao encontro do objetivo de analisar os ITs das pessoas em situação de rua com transtornos mentais em sua experiência de adoecimento e busca por cuidado. Pois, através de diferentes técnicas, considerou a subjetividade dos indivíduos e possibilitou a realização de um estudo, como este, que refletiu sobre a trajetória individual na busca por cuidado.

#### **4.4 Contexto e local do estudo**

A cidade de Porto Alegre constituiu-se em 1742 a partir da chegada de casais açorianos portugueses, sendo conhecida como Porto dos Casais. Em 1773 tornou-se a capital do estado e passou a se chamar Porto Alegre. Em 1821, pela Carta da Lei, o imperador D. Pedro I a elevou à categoria de cidade e a partir de então, esta

constituiu-se em um núcleo urbano. Em 1889, Porto Alegre entra em explícita era industrial, que somada a um comércio bem desenvolvido, expande sua população em decorrência da oferta de empregos (PAGOT, 2012).

Segundo Vargas (1994), a Porto Alegre do início do século XX é descrita por jornalistas da época como tendo um olhar moralista, autoritário e de controle social, em que “a diferenciação era percebida como ameaça à identidade da comunidade, afirmada pela negação dos inferiores”. Conforme Mauch (1994), “lá onde existia diversidade e um modo de vida diferente do das elites, os jornais enxergavam o espaço das “classes perigosas”, e era preciso que um governo “reto e judicioso” fizesse com que o exercício da liberdade voltasse aos limites em que não ameaçasse a ordem”. Tais constatações ainda são atuais, em uma sociedade higienista, que considera as pessoas em situação de rua como inferiores e ameaçadoras.

A área do município de Porto Alegre corresponde a 496,682 km<sup>2</sup> e conta com uma população estimada de 1.479.101 pessoas (IBGE, 2018), distribuídas em 94 bairros oficiais (OBSERVAPOA, 2018). A Região Centro possui 276.799 habitantes, representando 19,64% da população do município, com área de 26,0 km<sup>2</sup>, representa 5,46% da área do município, sendo sua densidade demográfica de 10.646,12 habitante por km<sup>2</sup> (IBGE, 2010). Um estudo de tipo censitário realizado na cidade em 2016, encontrou 2115 adultos em situação de rua na cidade (GEHLEN; SCHUCH, 2016).

O bairro Centro Histórico, por sua vez, possui 39.154 habitantes, representando 2,78% da população do município. Com área de 2,39 km<sup>2</sup>, representa 0,50% da área do município, sendo sua densidade demográfica de 16.382,43 habitantes por km<sup>2</sup> (IBGE, 2010). É fato que existe uma cultura de evitação do bairro, principalmente por ser considerado esteticamente feio, uma vez que reúne diversos radicais, como vendedores ambulantes e moradores de rua.

O Centro convive com um grande número de pessoas em situação de rua, oriundas de diversos pontos da cidade, da região metropolitana e do interior do estado, que convergem para esta região. O local favorece a permanência destas pessoas por haver circulação de grande quantidade de transeuntes, ser eminentemente comercial, com muitas opções de alimentação e por contar com grande circulação de transportes públicos, possibilitando que passem despercebidos em meio à multidão (PAGOT, 2012). Tal motivo justificou a escolha da região central como foco deste estudo, por apresentar a maior porcentagem de pessoas vivendo nas ruas, 39,7% da população

estudada (n=2115), segundo levantamento realizado em 2016 (GEHLEN; SCHUCH, 2016).

Nessa região encontra-se o Centro de Saúde Santa Marta, composto por diversos serviços especializados e da atenção primária. Nele, está sediado o CR Centro, caracterizado como um serviço de atenção primária que oferece serviços de saúde prestados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) à população em situação de rua de Porto Alegre.

O CR responsabiliza-se por um território que abrange 18 bairros do município e possui cerca de 4000 prontuários de pacientes. A Portaria nº 122 de 25 de janeiro de 2011 que define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua, estipula que o parâmetro adotado será de uma eCR a cada oitenta a mil pessoas em situação de rua (BRASIL, 2011c). Dessa maneira, entende-se que o serviço em questão possui cadastrado um número quatro vezes maior de pacientes que o preconizado.

O horário de funcionamento do serviço é de segunda a sexta-feira, das 8h às 17h. Desde o início do ano de 2017, a unidade trabalha no turno da manhã na chamada “base”, que funciona como uma Unidade Básica de Saúde, atendendo a demanda espontânea e, no turno da tarde, com abordagens na rua.

A equipe está organizada segundo as diretrizes nacionais para os CR, na modalidade III. É constituída por dois médicos, dois enfermeiros, quatro técnicos de enfermagem, uma assistente social, uma agente comunitária de saúde e uma técnica em saúde bucal, além de profissionais da residência multiprofissional.

Considerando que as pessoas em situação de rua procuram o serviço como uma das formas de acessar o setor profissional dos cuidados de saúde e pela experiência da pesquisadora no local, optou-se por utilizar este serviço como mediador do contato com os participantes e local do estudo.

#### **4.5 Aproximação com o campo e participantes**

A aproximação com o campo e os participantes requer uma facilitação dos profissionais que já possuem laços de intercâmbio com a população a ser estudada. Deve ser gradual, onde cada dia de trabalho seja refletido e avaliado, com base nos objetivos preestabelecidos. É fundamental consolidar uma relação de respeito efetivo pelas pessoas e pelas suas manifestações no interior da comunidade pesquisada

(NETO, 2013). Assim, essa aproximação foi primeiramente facilitada pela eCR que já acompanha as pessoas em situação de rua.

A proposta da pesquisa foi apresentada à eCR, bem como a proposição de iniciar um projeto de extensão para inserção no campo. De acordo com Neto (2013), é preciso ter em mente que a busca das informações que se pretende obter está inserida num jogo cooperativo, onde cada momento é uma conquista baseada no diálogo e que foge à obrigatoriedade. Nesse sentido, entende-se que os profissionais foram parceiros na identificação dos participantes e figuras-chave para a familiaridade com estes e com o campo. Cada caso acompanhado foi discutido conjuntamente com a equipe, avaliando a possibilidade de incluir o indivíduo no estudo.

Com a afirmativa da coordenadora da equipe, o contato inicial com o campo ocorreu através dos projetos de extensão<sup>9</sup> "O olhar às pessoas em situação de rua com transtorno mental: integração com o Consultório na Rua I e II", que tiveram como objetivo ampliar o olhar às pessoas em situação de rua com transtornos mentais, buscando conhecer as especificidades das necessidades de saúde desse grupo. As atividades dos projetos foram desenvolvidas ao longo de 10 meses, em quatro a cinco turnos por semana e as observações foram registradas em um diário de campo.

Este processo integrou uma etapa preliminar da pesquisa que, de acordo com a Resolução n. 510/2016,

são as atividades que o pesquisador tem que desenvolver para averiguar as condições de possibilidade de realização da pesquisa, incluindo investigação documental e contatos diretos com possíveis participantes, sem sua identificação e sem o registro público e formal das informações assim obtidas (...) Incluem-se nas etapas preliminares as visitas às comunidades, aos serviços, as conversas com liderança comunitárias, entre outros (BRASIL, 2016, Art 2, XII).

Durante o período mencionado foram identificadas pessoas em situação de rua com transtornos mentais através do acompanhamento das atividades desenvolvidas pela equipe do serviço, na base e realizando abordagens no território com a equipe do CR e outros serviços da rede de saúde e de assistência social. Também buscou-se conhecer as necessidades de cuidado em saúde e recursos disponíveis, desenvolvendo propostas de intervenção e de cuidado que abarcavam as pessoas acompanhadas e as redes de apoio. Com isto, foi possível conhecer os potenciais

---

<sup>9</sup> Estes projetos foram aprovados pela Comissão de Extensão da Escola de Enfermagem e pela Câmara de Extensão da UFRGS (código da ação 38746).

participantes da pesquisa e iniciar a aproximação fundamental para o desenvolvimento das etapas seguintes.

É preciso frisar que cada encontro com os possíveis participantes foi uma oportunidade de reafirmar os valores que sustentam a relação participante-pesquisador, estabelecendo um espaço dialógico e democrático. Assim, o processo de aproximação com o campo e com os participantes permitiu a criação de vínculo e o estabelecimento de uma relação de confiança entre eles e a pesquisadora.

A partir disso, participaram deste estudo pessoas em situação de rua com transtornos mentais acompanhadas por um CR na cidade de Porto Alegre que, apesar de serem fundamentais para a compreensão subjetiva de seu entendimento, suas percepções e escolhas, fazem parte de um grupo de interesse que frequentemente é estigmatizado e, assim, excluído das pesquisas da área da saúde e da saúde mental.

Foram utilizados como critérios de inclusão: ser maior de 18 anos, estar em situação de rua há pelo menos seis meses, ser diagnosticado com algum transtorno mental e apresentar condições de compreender a pesquisa. Como critério de exclusão foi considerado: apresentar impossibilidade de estabelecer diálogo, impedindo a realização da entrevista.

Inicialmente, a seleção dos possíveis participantes foi realizada a partir dos critérios de inclusão previstos. No entanto, após a realização de duas entrevistas, percebeu-se que tais critérios não foram suficientes, sendo necessária uma avaliação mais aprofundada sobre as condições de o indivíduo construir uma narrativa naquele momento. As condições para participar, nesse caso, referem-se a determinadas especificidades da metodologia utilizada, pois a elaboração de uma narrativa exige o desenvolvimento de uma construção identitária e a organização e a ordenação dos acontecimentos de sua vida.

A narrativa pressupõe a capacidade categórica de processar retrospectivamente e apresentar comunicacionalmente experiências próprias de acontecimentos sociais. Portanto, exige muito mais do que performance discursiva em sentido mais estreito: deve ser vista como atualização do campo relacionado à competência retrospectiva; este pressupõe, por sua vez, diferentes estratos sobrepostos de competências sociais e linguísticas (SCHÜTZ, 2014).

Além disso, os possíveis informantes da entrevista narrativa devem ser selecionados por critérios de certas características biográficas (e, portanto, bastante pessoais ou mesmo características únicas) que não se pode distinguir nos arquivos

de dados estatísticos e pela seleção aleatória deles. O possível informante ao ser abordado, deve ter o entendimento que foi escolhido individualmente porque tem que oferecer dados biográficos (experenciais) muito específicos, que reconhecem e sublinham suas singularidades pessoais (SCHÜTZE, 2013).

Assim, aos critérios de inclusão inicialmente estabelecidos, foi acrescida uma entrevista prévia com os possíveis participantes, a qual contava com perguntas acerca de dados pessoais e do histórico da situação de rua e de saúde, a partir da qual seria possível avaliar a possibilidade (ou não) de se construir uma entrevista narrativa. Esse momento foi abordado como uma conversa, sem mencionar participação na pesquisa, tendo em vista que, quando a pesquisadora avaliava que a pessoa não atenderia aos critérios, dava-se continuidade à escuta e, quando necessário, realizava-se encaminhamentos à equipe do CR. A inclusão desse momento foi importante, considerando-se que o convite à pesquisa, restrito aos critérios de inclusão iniciais, ante à possibilidade de que não tivessem acurácia de seleção adequada, poderia gerar certa expectativa e frustração nos participantes e na pesquisadora.

No caso da avaliação afirmativa à possibilidade de construção da narrativa, realizava-se o convite para que o indivíduo participasse da pesquisa. Caso o participante não pudesse ou optasse por não realizar a entrevista no momento seguinte ao convite, era possível agendá-la para outro dia. No entanto, percebeu-se que, sendo um grupo com características próprias e muito específicas, a estratégia de agendamento não funcionou, pois os participantes não voltavam no dia combinado. Assim, quando a entrevista não era realizada no mesmo dia do convite, aguardava-se o próximo encontro espontâneo no serviço.

A espera por esse próximo encontro era muito incerta pois as pessoas, com relativa frequência, ficavam longos períodos sem acessar o serviço novamente, mesmo tendo concordado em participar da pesquisa. Quando retornavam, contavam o que tinha acontecido na sua vida desde o último contato, e as mais diversas justificativas eram dadas para o afastamento: ter ido temporariamente para outro município; ter internado; ter sido preso ou simplesmente não ter tido demandas naquele período.

Esse detalhe foi um grande aprendizado, pois, em experiências anteriores de realização de entrevistas com outros grupos, a marcação de dia e horário para o evento mostrou-se uma estratégia bastante efetiva. No entanto, as pessoas que integraram essa pesquisa, por causa de sua condição de estarem em situação de rua,

exigiram formas mais flexíveis de aproximação. E a longa inserção no campo foi fundamental para esse aprendizado. Isto porque a busca do indivíduo pelo serviço é determinada pelas suas próprias necessidades, segundo outras lógicas de organização e não por agendamentos predeterminados, sendo que muitos fatores devem ser considerados: a itinerância, a falta de recursos para o uso de transportes, a desconfiança em relação aos serviços, entre outros. No caso da inclusão dessa população na pesquisa, a flexibilização e a customização de estratégias inicialmente previstas foram fundamentais.

Nesse sentido, entende-se que mudanças simples nos procedimentos, conforme o relatado, podem ser fundamentais para remover determinados obstáculos, contribuindo para a efetiva inclusão de participantes considerados relevantes para a pesquisa (MALTERUD; SIERSMA; GUASSORA, 2016).

A definição do número de participantes esteve relacionada ao aprofundamento, abrangência e a diversidade da produção de informações, bem como ao tempo disposto em campo. De acordo com Minayo (2017), a amostra qualitativa ideal reflete, em quantidade e intensidade, as múltiplas dimensões do fenômeno a ser estudado e busca qualidade das ações e interações no decorrer do processo.

Assim, quanto à intensidade e o aprofundamento, foi considerada a disponibilidade dos participantes e seu envolvimento, respeitando seus limites e individualidades. A quantidade foi avaliada pela pesquisadora à medida que as entrevistas eram realizadas e transcritas e foram sendo analisadas, de modo preliminar, e observou-se o seu conteúdo em relação a alguns eixos temáticos: a concepção de cuidado, a interpretação da doença e os ITs. Isso permitiu que o conjunto de oito entrevistas fosse considerado suficiente, pois a perspectiva metodológica visava aprofundar a forma com que as pessoas em situação de rua com transtornos mentais interpretavam e davam sentido a essa condição, considerando a sua história de vida e de que forma buscavam o seu cuidado.

Destaca-se que realizar esse número de entrevistas narrativas foi um desafio, exigindo longa inserção no campo. Mesmo sendo um serviço voltado para pessoas em situação de rua, não existe um olhar, um foco, para as questões relacionadas às suas necessidades de cuidados em saúde mental.

## 4.6 Meios para a produção das informações

A abordagem dos ITs permite que o desenho de pesquisa seja constituído por técnicas metodológicas diferentes, mas complementares, que possibilitam a compreensão da lógica dos participantes em suas trajetórias na busca por cuidado. Assim, para produzir os dados empíricos deste estudo, foi utilizada a entrevista narrativa que buscou captar percepções relacionadas ao transtorno mental associado à vida nas ruas e, sobretudo, à experiência de busca por cuidado, possibilitando a análise dos ITs.

### 4.6.1 Entrevista Narrativa: aspectos teóricos e práticos

A entrevista narrativa é uma ferramenta importante para o entendimento de como as pessoas processam construções identitárias através da narração de suas histórias. Ao narrar um acontecimento vivido, a pessoa lembra o que aconteceu, coloca a experiência em uma sequência e encontra possíveis explicações para os fatos, reorganizando-a e tornando-a ordenada e significativa, dando um sentido ao evento e jogando com os diversos acontecimentos que constroem a vida individual e social (JOVCHELOVICH; BAUER, 2017; SANTOS, 2013; SILVA; TRENTINI, 2002).

Permite que se construam dados textuais que reproduzem o entrelaçamento dos acontecimentos e a sedimentação da experiência da história de vida do entrevistado. Assim, leva-se em conta não apenas o curso externo dos acontecimentos, mas também as reações internas, as experiências do informante com os eventos e sua elaboração interpretativa por meio de modelos de análise que conduzem a uma apresentação pormenorizada (SCHÜTZE, 2013). De acordo com Santos (2013), uma das principais vantagens de se trabalhar com a narrativa é por tratar-se de um instrumento que permite às pessoas atribuir unidade e coerência à sua existência.

Uma das características da entrevista narrativa é a adoção de ferramentas não estruturadas, com o intuito de obter maior profundidade do tema a ser pesquisado, momento em que surgem histórias de vida da pessoa entrevistada e do contexto social em que ela habita. O objetivo é proporcionar mais estímulo para quem está relatando os acontecimentos da sua vida, dando maior espaço para que fale. É considerada uma forma de entrevista de profundidade, com características específicas, entre as



quais, evitar-se a pré-estruturação da entrevista para se conseguir uma versão menos imposta e por isso mais válida da perspectiva do informante - a influência do entrevistador deve ser mínima (JOVCHELOVICH; BAUER, 2017).

Assim, as narrativas "abrem as portas" à subjetividade e a novos significados sobre situações e experiências: a pessoa que narra e fala sobre sua experiência assume um papel central no processo de cuidar, emergindo e se tornando parte ativa do processo (ARTIOLI et al., 2019). Ao considerar a população em situação de rua como informante, pode-se considerar também a vantagem de "fazer-se ouvir", pois, por não serem ouvidas, essas pessoas, frequentemente estigmatizadas e, conseqüentemente, excluídas de pesquisas, têm suas histórias ignoradas.

Essa abordagem tem sido cada vez mais utilizada na pesquisa social em saúde e em estudos socioantropológicos, focada principalmente no processo de adoecimento, como meio de acessar os sentidos atribuídos e a experiência e interpretações dos indivíduos em sua vida cotidiana. De modo geral, partem do relato em primeira pessoa da vivência de adoecimento e/ou sofrimento, com seus significados subjetivos e suas correlações com o contexto vivido, além de suas relações sociais. Considera-se, então, que as narrativas possuem características particulares, como modos de expressão individual e, igualmente, de inserção social e cultural de cada pessoa (SILVA JUNIOR et al., 2016).

As entrevistas narrativas podem ajudar a aprender — de maneira rica e diferenciada — mais sobre os fenômenos sociais que estão na essência de histórias individuais. Uma consideração do contexto e dos relacionamentos que influenciam a narração de histórias é importante ao se analisar dados de entrevistas narrativas e, além disso, a direção da narrativa é canalizada e determinada pelo participante, o qual escolhe as histórias que são mais significativas para ele (MUELLER, 2019).

Com isso, a partir da utilização das narrativas, busca-se estabelecer a estrutura de um episódio, organizar a sequência dos eventos, estabelecer explicações por meio da sua interpretação, identificando os dramas e/ou conflitos sociais e os significados que dão sentido à experiência (SILVA; TRENTINI, 2002). No entanto, interessa menos ordená-la em uma cronologia do tipo anamnese e mais encadeá-la em um modo próprio, guiada pelo relevo dado pelas próprias pessoas às suas experiências, referidas sempre a "seu tempo e lugar" (BELLATO et al., 2016).

Nesse sentido, valorizam-se os diferentes linguajares e expressões: sonoridade da voz, tons, emoções, ritmo, intensidades, silêncios, reticências entre

outros. Além disso, o relato se produz e é constituído no campo da ação, ou seja, as histórias também são contadas por meio do corpo, e a gestualidade deve ser entendida como “modo próprio de dizer” (BELLATO et al., 2016).

Ademais, é preciso ter em mente que ao falar sobre algum evento de sua vida, a história contada é apresentada de acordo com certas convenções e são narradas de forma que estejam adequadas a determinados objetivos. Assim, quando uma pessoa relata os fatos vividos por ela mesma, reconstrói a trajetória percorrida dando-lhe novos significados, fazendo com que a narrativa não seja a verdade literal dos fatos, mas a representação deles feita pelo informante e, dessa forma, pode ser transformadora da própria realidade (SANTOS, 2013; BROCKMEIER; HARRE, 2003). Nesse sentido, pretende-se, por meio das narrativas ter acesso às experiências das pessoas em situação de rua com transtornos mentais, não de forma direta, mas pela maneira como foi percebida e principalmente, interpretada por estas pessoas.

Devem ser compreendidas pela interpretação de quem as conta, privilegiando a realidade do que é experienciado pelos informantes, referindo-se ao que é real para eles. Propõem-se representações/interpretações particulares do mundo, não estando abertas à comprovação e não podendo ser simplesmente julgadas como verdadeiras ou falsas. Além disso, pressupõe-se que as narrativas expressem a verdade de um ponto de vista, de uma situação específica no tempo e no espaço, sempre inseridas no contexto sócio histórico (JOVCHELOVICH; BAUER, 2017).

O que se guarda na memória é seletivo, e alguns acontecimentos podem ser esquecidos, tanto intencional quanto inconscientemente. Sendo assim, o que importa é aquilo que a pessoa manteve registrado de sua história e o que é verdade para ela, e não como de fato foram os acontecimentos. Na narrativa, o que importa é a expressão de um ponto de vista em determinado contexto social e histórico (JOVCHELOVICH; BAUER, 2017).

Em relação aos tipos de narrativas identificados, Silva e Trentini (2002) identificam três: breves; de vivências e populares. Nessa pesquisa será adotada a perspectiva das narrativas de vivências, pois de acordo com a definição abaixo, contempla uma modalidade que permite compreender os IT, através da reconstrução de episódios que resultarão no processo de busca por cuidado.

Essa narrativa inclui vários episódios que, geralmente, são colocados numa sequência de acontecimentos, dos quais nem sempre há uma interpretação temporal, construindo-se a experiência como um processo. A pessoa, geralmente, está contando um acontecimento longo e vai trazendo outros fatos, episódios, comentários relacionados, o que enriquece a história, ao mesmo tempo que pode afastar o enredo e "confundir" a análise (SILVA; TRENTINI, 2002 p. 427).

Nessa direção, as entrevistas narrativas podem ajudar os profissionais a entender melhor as experiências e os comportamentos das pessoas em comparação com outros meios quantitativos de pesquisa. Isto porque as entrevistas narrativas não se preocupam com a verdade absoluta dos fatos, mas com o significado das experiências vividas (ARTIOLI et al., 2019).

Sendo a narrativa um método de captar a experiência, e sendo a experiência algo fundamental de se alcançar nas pesquisas qualitativas, nessa sistemática de entrevista, tanto o pesquisador quanto o entrevistado sairão modificados do encontro (CRESWELL, 2014). Assim, utilizar essa perspectiva metodológica se justifica pelo poder que tem de gerar histórias, pois é um método que permite que se vá além das respostas isoladas (MOREIRA; BOSI; SOARES; 2016).

Tendo em vista que os ITs são compostos de um conjunto de experiências, no qual as ações acontecem em um processo temporal, a utilização de textos narrativos para sua reconstituição configura-se como um recurso metodológico bastante apropriado. As narrativas apresentam a possibilidade de desvelar as trajetórias de vida dos informantes e, com isso, mostrar como se chegou a uma determinada situação e quais os meios utilizados e as formas escolhidas para administrá-la e/ou superá-la. Nesse sentido, demonstram os desafios encontrados para acessar os serviços de saúde e as escolhas efetuadas diante de momentos de decisão. Permitem conhecer os constrangimentos, as facilidades, as mediações necessárias e sobretudo, os diálogos efetivados entre os vários atores envolvidos no trajeto (VIANNA; ANDRADE, 2016; SILVA JUNIOR et al., 2016).

A análise das narrativas evidencia que os informantes recorrem a suas histórias de vida para identificar elementos centrais para a organização de suas experiências e para o direcionamento de suas ações ao longo do processo de adoecimento crônico. Assim, os estudos sobre ITs, a partir da compreensão da narrativa, têm proporcionado a inclusão de novas perspectivas sobre o modo como as pessoas vivem e se organizam em sociedade, e sobre as práticas e estratégias que utilizam no enfrentamento de problemas cotidianos, sobretudo em relação à procura de cuidados

em saúde em contextos de iniquidades sociais (GERHARDT; RIQUINHO, 2015; CASTELLANOS, 2014).

Ao levar em conta que as pessoas constroem suas histórias em meio à heterogeneidade de seus contextos subjetivos, socioculturais e de acessibilidade à atenção ao adoecimento, esta pesquisa, ao propor a construção de narrativas de pessoas que vivem cercadas pela pluralidade destes elementos, considerou a singularidade de cada uma, seja em relação aos aspectos objetivos ou subjetivos dos ITs. Atentar às especificidades também permitiu encontrar traços comuns pois, apesar de a rua ser tão heterogênea, o contexto é compartilhado.

A partir disso, utilizou-se a entrevista narrativa como técnica de produção de informações, que teve início seis meses após a entrada no campo, no período de julho a outubro de 2019. Foram realizadas oito entrevistas e, dessas, cinco atenderam aos critérios metodológicos de uma entrevista narrativa e foram submetidas à análise. Foi realizada uma entrevista por participante, individualmente, em uma sala no CR, acordado previamente com a equipe do serviço e com o participante e, com autorização, gravadas em áudio, em gravador digital, com duração média de 50 minutos (15min a 2h05).

Para a realização das entrevistas foram seguidas as seguintes etapas: contato e negociação, explicando o *modus operandi* ao informante; história principal; fase de questionamentos (SCHÜTZE, 2013) e da conclusão das entrevistas narrativas (ROSENTHAL, 2014).

A fase de contato e negociação ocorreu a partir do convite aos participantes. Naquele momento foram explicitados os objetivos da pesquisa, ressaltando-se a importância das experiências de vida do possível participante para o projeto. Na maioria dos casos, os possíveis participantes reagiram à proposta da pesquisadora de maneira positiva. Aos que aceitaram participar, no momento da realização da entrevista, explicou-se o *modus operandi* da entrevista, a partir da leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A).

A partir disso, realizava-se a solicitação da narrativa, na qual, além da proposta do relato, eram fornecidas algumas instruções sobre a entrevista narrativa: **“Estou interessada na história de vida de pessoas que moram ou tenham experiência na rua e também tenham transtornos mentais. Gostaria que você contasse sobre sua história de vida, não apenas sobre a sua doença, mas também a sua história e o que mais você achar importante falar. Você pode relatar todas as**

**experiências que vierem à memória, e utilizar o tempo que for necessário. No início, eu não vou fazer nenhuma interrupção, vou apenas tomar notas, para mais tarde retomar alguns temas. Caso não consigamos finalizar hoje, podemos marcar uma segunda entrevista”.**

Iniciava-se, então, a fase da história principal. E à medida que o objeto da narrativa fosse a história de vida do informante, e transcorresse compreensivelmente, a narrativa não era interrompida pela pesquisadora, visando ao maior detalhamento e respeitando o sistema de relevância do entrevistado (SCHÜTZE, 2013).

É importante ressaltar que os pesquisadores que usam técnicas de entrevista narrativa não estabelecem uma agenda fixa, mas tendem a deixar o entrevistado controlar a direção, o conteúdo e o ritmo da entrevista (ANDERSON; KIRKPATRICK, 2016).

Durante as entrevistas, alguns participantes desenvolveram narrativas mais longas e contínuas, enquanto outros cessavam a narração rapidamente. Nesses casos, buscando estimular a narrativa sem adentrar, ainda, na fase de questionamentos, utilizaram-se estímulos como: **“e o que aconteceu em seguida?”**. Durante essa fase, foram realizadas anotações, visando ao desenvolvimento das questões e seu aprofundamento na etapa posterior, no intuito de esclarecer inconsistências e preencher lacunas. Em geral, anotaram-se palavras-chave, sempre tomando como referência o dizer do entrevistado e sua sequência de relevância. O final da fase da história principal ocorreu após a indicação de uma coda narrativa (uma clara indicação de término).

Feitos os fechamentos, iniciou-se a fase de questionamentos, na qual foi explorado o potencial narrativo para sub-histórias adicionais, principalmente a partir das anotações realizadas. Respeitou-se a sequência das anotações, tomando novamente como referência a estruturação temática e de relevância desenvolvida pelo participante. Desse modo, buscou-se desvelar o que foi cortado ou resumido na etapa anterior, visando à verificação e ao aprofundamento dos eventos abordados.

Ressalta-se a importância de essas perguntas apresentarem características narrativas, evitando-se questões que possam ter como respostas justificativas ou argumentações, pois o que se busca é a obtenção de mais narrativas (ROSENTHAL, 2014). Além disso, em caso de discrepâncias ou informações imprecisas, ao formular as questões deve-se restaurar o *status quo ante* o processo narrativo, isto é, retornar

da passagem de texto imprecisa ou discrepante na linha principal da história até o último ponto textual de clareza (SCHÜTZE, 2013).

Essa etapa, como previsto, foi bastante heterogênea entre os participantes. Alguns, mesmo com perguntas com potencial narrativo, ainda desenvolveram histórias com poucos detalhes e, nesses casos, foi preciso fazer mais questionamentos, buscando explorar a narração. Insistiu-se com questionamentos em pontos de imprecisão e discrepâncias, porém, é preciso considerar que podem ser momentos que apontam para experiências biográficas difíceis de desvanecer, de racionalizar ou de legitimar, e que não manifestá-las faz parte do sistema de defesa pessoal do participante. Por isso, foi importante considerar que os participantes eram pessoas com histórias predominantemente relacionadas a carências, perdas e traumas e a construção de narrativas envolvia retomar essas situações. Nessa direção, perceberam-se momentos em que não cabia o aprofundamento de algumas delas, as quais, ao menos naquele momento, não teriam relevância para o objetivo da pesquisa. Isso exigiu da pesquisadora a sensibilidade para poder diferenciar em que momentos cabia ou não estimular o relato com questionamentos sobre determinados temas.

Ainda nessa fase surgiram questionamentos descritivos e argumentativos, resultando no incentivo à descrição abstrata de situações, de percursos e de contextos sistemáticos. Nesse processo narrativo, são destacados os contextos maiores do curso de vida, marcados e anotados em posições de relevância especial. Também surgem os entroncamentos das experiências resultantes de acontecimentos e de desenvolvimentos que não estavam totalmente conscientes para o próprio narrador (SCHÜTZE, 2013).

Feitas essas ponderações, acrescenta-se que, quando as questões baseadas nas anotações se encerravam, eram feitas perguntas relacionadas ao campo temático da pesquisa, caso não houvessem sido mencionadas até o momento. A pergunta inicial foi “**Como você busca ajuda para seus problemas?**”; a partir dela, outras poderiam surgir.

Atentava-se para o cuidado de nunca terminar a entrevista após a narração de uma época traumática ou de fase difícil da vida. Em alguns casos, quando a finalização espontânea ocorreu com a narrativa de fatos ou experiências negativas, incluiu-se a seguinte questão: “**Qual foi a sua experiência mais alegre?**”. Ainda, ao final, foi oportunizado a todos que se manifestassem com o seguinte questionamento:

“**Há mais alguma coisa que você gostaria de me contar hoje?**”. Assim, foram finalizadas as entrevistas.

Para que fosse possível manter-se aberta às subjetividades de cada nova narrativa, no sentido de que não sofresse interferência de pressupostos e julgamentos da pesquisadora, foi necessário um exercício de distanciamento de cada entrevista anterior. Para isso, buscou-se a suspensão das experiências pessoais e teóricas, a fim de que o conteúdo das entrevistas fosse originalmente do participante.

#### **4.7 Análise do material empírico**

Para análise das entrevistas, a fim de interpretar as experiências narradas pelos participantes, foi utilizado o método proposto por Fritz Schütze (2013), composto por seis passos: 1) análise formal do texto; 2) descrição estrutural do conteúdo; 3) abstração analítica; 4) análise do conhecimento; 5) comparação contrastiva; 6) elaboração de um modelo teórico.

Previamente ao início da primeira etapa, realizou-se a leitura na íntegra da transcrição literal das entrevistas para uma compreensão geral do material a ser analisado.

O primeiro passo, a **análise formal do texto**, consistiu, inicialmente, em eliminar todas as passagens não narrativas, ou seja, as descritivas e as argumentativas, para, em seguida, ordenar o texto narrativo “puro”, identificando-se as trajetórias de vida e marcando-se o início e finalização de cada uma, conforme exemplificado a seguir.

Nesse momento inicial, a identificação das passagens narrativas é importante para que se possa construir uma primeira impressão sobre a narrativa como um todo e organizar em sua estrutura global as diferentes trajetórias que a compõem.

**[1 – início]** Eu, que eu me lembro, eu morava com a minha vó, a minha vó por parte de pai, na Mário Quintana. Aí depois teve um debate com a minha mãe, referente a nossa guarda. Daí passou por Conselho Tutelar, pro juiz da Primeira Vara da Infância e da Juventude, deu a guarda minha e da minha irmã pra nossa vó. Daí a minha mãe aproveitou que tava só nós três sozinho e pegou e fugiu com nós. Levou nós pra Bom Jesus. Lá ela pegou e deixou nós lá, numa casa, e se sumiu. Aí nós tava até com o Lucas, um bebezinho que ela levou também, que é nosso irmão. Aí a mulher que morava lá pegou e nos acolheu. Aí a minha vó foi lá com o Conselho, e pegou eu e a minha irmã, e o Lucas ficou lá. Aí ele foi adotado por aquela família. E eu e minha irmã pegamos e fomos morar com a nossa vó. Aí teve um dia que ela tava com um companheiro e ele começou a beber. Os dois, né? E do nada ele começava a discutir. Aí ele pegou o dinheiro dela, saiu e ela foi atrás dele. Aí

ele pegou e empurrou ela na faixa e o carro pegou e atropelou ela. Daí ela faleceu. Aí nosso vô pegou e entregou nós pro Conselho. Eu e minha irmã nós ia ser separado, adotado por família diferente. Aí nosso vô falou que não era bom separar os irmão, daí nós fomos pro abrigo, pra Casa de Acolhimento. Aí de lá ficamos um ano, depois nós fomos pra uma instituição, uma casa lar, Social de Fé. Lá eu fiquei até os 18. [1 – finalização]

No segundo passo, **descrição estrutural do conteúdo**, analisou-se detalhadamente cada segmento da narração já formalmente delimitado na etapa anterior. Trata-se da etapa mais minuciosa do processo de análise na qual se deve verificar não só o que está sendo narrado, mas também como a narrativa está sendo construída. Portanto, as dimensões descritivas e argumentativas, excluídas na etapa anterior, foram consideradas nesse momento da análise. A partir disso, buscou-se também a identificação das diferentes estruturas processuais no curso da vida, empregando-se os seguintes marcadores formais: ponto dramático; situação culminante; construção de fundo; passagem argumentativa e passagem explicativa.

O ponto dramático refere-se a algum evento que levou a transformações na trajetória do participante, como:

Ela me vendeu pra essa boate. Eu tinha treze anos. (Elza)

Só que o Pedro nesse tempo, ele começou a ficar doente. (Elza)

A situação culminante diz respeito a repercussão decorrente do ponto dramático:

Acabei saindo da casa da minha mãe. (Luiz)

Depois eu fiquei na “vida louca”. Comecei a ficar na rua, morar na rua. (Sarita)

A construção de fundo traz o contexto em que a passagem narrativa está situada:

Meu pai era motorista de ônibus e a minha mãe era dona de casa. Meu pai era minha mãe e meu pai. Minha mãe vivia no hospital, ela tinha problema de nervos e o meu pai comprava as coisas pra dentro de casa e a minha mãe tocava tudo dentro do poço. (Sarita)

As passagens argumentativas são reflexões e justificativas atuais sobre eventos do passado:

Porque eu não tinha a minha mãe para me dar esse auxílio, entendeu? E eu tinha vergonha de pedir pro meu pai porque eu via que ele era muito trabalhador. (Elza)

A minha infância foi boa apesar de tudo. Foi boa apesar da ausência da minha mãe. (Rita)



As passagens explicativas trazem informações que descrevem e caracterizam elementos da narrativa:

Quando a pessoa tem derrame, a pessoa começa a passar mal. Tem uma parte do corpo que começa a ficar mais difícil de movimentar. (Elza)

Coleção da Marta Rocha é uns perfumezinho, assim, pequenininho, que tem nas mansão. É caro. Cada perfume agora custa cinquenta reais, setenta. Então em cada caixinha acho que vem sete...seis ou sete perfume. (Elza)

A etapa seguinte, **abstração analítica**, teve como objetivo reconstruir a biografia como um todo, ordenar os acontecimentos e trajetórias, verificar as expressões estruturais abstratas de cada período da vida, colocando-as em relação sistemática umas com as outras. Para isso, criou-se um quadro composto da construção da fundo, do ponto dramático e da situação culminante de cada trajetória, demonstrado no Quadro 1.

**Quadro 1 – Abstração analítica**

Trajетória 1	Trajетória 2	Trajетória 3	Trajетória 4
<p><b>Construção de fundo</b></p> <p>Infância, morando com a mãe e os irmãos em Recife. Frequentava a escola e a igreja e ficava bastante tempo dentro de casa. Tem as primeiras experiências com audição de vozes.</p>	<p><b>Construção de fundo</b></p> <p>Depois que sai da casa da mãe, inicia uma vida de viagens por diversas cidades do Nordeste, fazendo pequenos trabalhos. Retorna algumas vezes para a casa da mãe. Tenta suicídio. Troca de religião, passando a ser do Candomblé.</p>	<p><b>Construção de fundo</b></p> <p>Foi tentar a vida em São Paulo. Lá relata dificuldades, tem experiência na cracolândia, em situação de rua. Voltou para Recife, conseguiu emprego, alugou quarto e esteve em um relacionamento.</p>	<p><b>Construção de fundo</b></p> <p>Trajетória atual.</p> <p>Quando chegou trabalhava, não tinha mulher. Perdeu tudo quando começou usar outra droga e quer recuperar. Corta os braços e ouve a voz de Exu, seu guia.</p>
<p><b>Ponto dramático</b></p> <p>Começa a beber e usar drogas aos 17 anos</p>	<p><b>Ponto dramático</b></p> <p>Tenta suicídio e é impedido pela polícia</p>	<p><b>Ponto dramático</b></p> <p>Foi desligado do albergue em São Paulo por usar drogas no mesmo</p>	
<p><b>Situação culminante</b></p> <p>Sai da casa da mãe</p>	<p><b>Situação culminante</b></p> <p>Volta para a casa da mãe</p>	<p><b>Situação culminante</b></p> <p>Volta para a casa da mãe</p>	

Fonte: Banco de dados da pesquisa (2019)

O quarto passo, a **análise do conhecimento**, permitiu explicitar os aportes teóricos argumentativos do participante sobre sua história de vida, sua identidade e suas trajetórias. A análise foi feita tanto a partir das passagens narrativas quanto das argumentativas e descritivas, pois esses aportes são resultado da interpretação que o participante faz sobre si mesmo e sobre os acontecimentos e experiências presentes em suas trajetórias, representando suas opiniões, conceitos, teorias gerais e reflexões.

Nesse passo da análise, buscou-se elementos da narrativa que permitissem a construção do IT de cada participante, considerando suas concepções de cuidado, como e onde o buscavam, os atores envolvidos e as interpretações da doença que permeavam essas escolhas.

A partir desse eixos, fez-se a **comparação contrastiva**, que consistiu no agrupamento e na análise do conjunto das entrevistas buscando semelhanças e diferenças entre os casos, individualmente; fazendo uma comparação contrastiva de diferentes textos de entrevistas ao analisar situações paralelas às encontradas na análise da primeira entrevista. Assim, obteve-se um grau maior de abstração em relação às análises realizadas, à medida que o caso deixou de ser tratado como individual, e as condições que estavam por detrás da particularidade de cada um passaram a ser analisadas. O Quadro 2, a seguir, exemplifica a comparação realizada em relação aos ITs.

**Quadro 2 – Comparação contrastiva**

SARITA	LUIZ	ELZA	RITA	PABLO
<p><b>Família (tia, pai, mãe)</b></p> <p>Figuras centrais; providenciaram internação em hospital psiquiátrico; cuidava da filha</p>	<p><b>Igreja Evangélica</b></p> <p>Fazendo parte do sistema cultural da família, foi “criado” na igreja evangélica</p>	<p><b>Família (pai e vó)</b></p> <p>Cuidado intrafamiliar, operacionalizado nas coisas do cotidiano</p>	<p><b>Família (avô, pai)</b></p>	<p><b>Conselho Tutelar</b></p> <p>Guarda para a avó. Após a morte da avó, encaminhou ao abrigo.</p>
<p><b>Hospitais psiquiátricos</b></p>	<p><b>Trabalho</b></p> <p>Permitiu que pudesse fazer as viagens.</p>	<p><b>Boate</b></p> <p>Moradia, trabalho, acesso a serviço de saúde, lazer</p>	<p><b>Setor profissional</b></p> <p>Começou a tomar remédios</p>	<p><b>Abrigo (Casa de acolhimento)</b></p>
<p><b>Pessoas da comunidade</b></p> <p>Doando roupas e alimentos</p>	<p><b>Polícia</b></p> <p>Impediu o suicídio e o levou para um local seguro</p>	<p><b>Médico/ Medicação</b></p>	<p><b>SINE</b></p> <p>Local para busca de emprego e onde conheceu marido</p>	<p><b>Abrigo (Casa Lar)</b></p> <p>Instituição que o abrigou por oito anos</p>

Fonte: Banco de dados da pesquisa (2019)

O último passo, foi a **construção de um modelo teórico**, resultado da comparação das trajetórias individuais que, após sua exaustiva comparação, estabeleceram semelhanças que permitiram o reconhecimento de trajetórias coletivas.

Assim, tem-se, ao final da análise,

modelos processuais de tipos específicos de cursos de vida, de suas fases, de suas condições e domínios de problemas, ou ainda modelos processuais de fases elementares específicas; módulos gerais de cursos de vida ou das condições constitutivas e da estrutura da formação biográfica como um todo (SCHÜTZE, 2013, p.215).

A análise de narrativas, segundo a proposta de Schütze (2013), permitiu acessar com profundidade o relato das experiências por meio da fala livre dos participantes, com o objetivo de analisar os ITs de pessoas em situação de tua com transtornos mentais, bem como os sentidos e os significados da doença e do cuidado que podem ter determinado as escolhas em suas trajetórias de vida.

#### 4.8 Aspectos éticos

Para realização desta pesquisa, foram garantidos os preceitos ético-legais em pesquisas realizadas com seres humanos, de acordo com a Resolução n. 466/2012 (BRASIL, 2012). Também foram seguidas as disposições presentes na Resolução n. 510/2016, que prevê especificidades nas normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais (BRASIL, 2016).

Os participantes da pesquisa estiveram assegurados quanto ao anonimato dos dados coletados, bem como a privacidade das informações. Na utilização de quaisquer materiais oriundos da produção de dados, não haverá identificação dos participantes, que receberam nomes fictícios.

Tais princípios foram assegurados aos participantes mediante o TCLE. De acordo com a resolução n. 510/2016, após a apresentação dos objetivos, justificativa, riscos, benefícios e instrumentos utilizados, a comunicação do consentimento e do assentimento livre e esclarecido pode ser realizado por meio de sua expressão oral, considerando as características individuais, sociais, econômicas e culturais da pessoa (BRASIL, 2016). Obteve-se o consentimento e assentimento livre e esclarecido por expressão oral, gravado em áudio, de uma entrevistada.

A pesquisa apresentou riscos mínimos aos participantes, pois não envolveu procedimentos invasivos e/ou dolorosos, como coleta de material biológico ou experimento com seres humanos. Considerou-se riscos relacionados a um possível desconforto no decorrer das entrevistas. Nos casos de situações de desconforto, choro, tristeza, ou constrangimento, a entrevista foi interrompida; e então foi oferecido conforto, escuta e acolhimento ao participante. Declarou-se também como risco uma possível quebra inadvertida de sigilo e confidencialidade de dados.

Em termos de benefícios desta pesquisa, considerou-se o proveito indireto, posterior, obtido pelo participante em decorrência de sua participação, além da possibilidade de expressar-se sobre o tema.

Os dados serão utilizados somente para fins da mesma e armazenados digitalmente durante cinco anos, sob responsabilidade da pesquisadora em *pen drive*, e após esse período serão apagados.

Essa pesquisa foi aprovada no Comitê de Ética da UFRGS sob o parecer nº3.272.312 (ANEXO A) e no Comitê em Pesquisa da Prefeitura Municipal de Porto Alegre sob o parecer nº3.336.635 (ANEXO B).

## 5 RESULTADOS

Neste capítulo, serão apresentados os resultados e discussões realizados a partir do material analisado, sob a perspectiva dos sistemas de cuidado de saúde e dos modelos explicativos em doença propostos por Arthur Kleinman (1980).

Inicialmente, serão apresentados os participantes, em uma breve reconstrução de suas narrativas, buscando contextualizar suas histórias de vida e as experiências que permitiram que (re)interpretassem suas trajetórias e evidenciassem suas escolhas na busca por cuidado. Em seguida, serão apresentadas as concepções de cuidado desenvolvidas, as interpretações da doença e os ITs.

### 5.1 Histórias que transitam sem serem vistas

#### **Elza**

*Mulher, 41 anos, parda, natural de Porto Alegre - RS*

Em sua infância morava com o pai e o irmão pois a mãe bebia muito e não tinha condições de cuidá-la. Possuía uma boa relação com o pai, frequentava a escola, brincava com os amigos na rua e aprendeu os afazeres de casa. Sentia muita vontade de sair com as amigas na noite, ir “para o som”, mas o pai não permitia. Na primeira vez que saiu, escondida, foi abusada sexualmente e violentada. A partir de então, mudou a sua relação com as pessoas ao seu redor e o seu comportamento - iniciou conflitos com o seu pai, começou a praticar pequenos furtos e passou a ter vários parceiros sexuais e sentir-se usada por eles. Isso fez com que aos 12 anos decidisse sair de casa, e, então, foi vendida por uma vizinha para uma boate, onde começou a se prostituir. Lá, conheceu Pedro, um assaltante, começaram um relacionamento, o que resultou em sua saída da boate. Foram felizes, tiveram quatro filhas, e exibiam um modo de vida, relacionado aos roubos que Pedro executava, com dinheiro, joias e armas, o que perdurou até que ele foi infectado com HIV e adoeceu, o que exigiu que Elza voltasse a se prostituir, para a subsistência da família. Pedro faleceu e, após sua morte, Elza percebeu que ela e suas filhas estavam em situação de risco e vulnerabilidade. Por isso, deixou as filhas com vizinhos, simulando um abandono para que fossem institucionalizadas e começou a roubar, com o intuito de ter condições de ter as filhas de volta. Foi presa durante um roubo e durante o tempo em que passou na prisão, dedicou-se ao trabalho, foi coordenadora de entrada e saída de materiais,

assumiu as tarefas da cozinha e, quando progrediu para o regime semi aberto, saiu para um passeio e conheceu Alex, com quem passou 13 anos. Nesse período Elza ficou doente, ele a cuidava enquanto estava internada no hospital, até que, devido ao uso de drogas, começou a agredi-la. Como uma saída, Elza fugiu de casa e foi ao centro da cidade, sem ter para onde ir. Foi acolhida em um quarto de hotel por Luiz, onde moraram por um período, mas por desavenças acabaram saindo; tentaram retornar à casa da família de Elza, mas por problemas familiares, também não foi possível permanecerem. Atualmente, ambos encontram-se em situação de rua.

### **Luiz**

*Homem, 28 anos, pardo, natural de Recife - PE*

Em sua infância morava com a mãe e os irmãos em Recife, frequentava a escola, a igreja evangélica, ficava bastante tempo dentro de casa e sozinho. Fez a si mesmo a promessa que, quando alcançasse a maioridade, conheceria diversos lugares, trabalharia e seria independente. Aos 17 anos, começou a usar drogas e saiu da casa da mãe, iniciando uma vida de viagens por diversas cidades do nordeste, fazendo pequenos trabalhos e, conforme conseguia dinheiro ou passagem, ia para outro lugar. Durante esse período, tentou suicídio e trocou de religião, passando a ser do Candomblé, a crença que segue até hoje, tendo Exu como seu guia. Retornou algumas vezes para a casa da mãe, até que foi tentar a vida em São Paulo, onde encontrou dificuldades ainda maiores, principalmente relacionadas ao desemprego e, sem estrutura e renda, acabou em situação de rua, na cracolândia. Conseguiu uma vaga em um albergue, mas pelo uso de drogas foi desligado e voltou para Recife, foi morar sozinho, conseguiu um emprego e iniciou um relacionamento, mas resolveu viajar para Porto Alegre, onde está em situação de rua, mas diz que está tendo mais oportunidades.

### **Pablo**

*Homem, 24 anos, branco, natural de Guaíba - RS*

Em sua infância, Pablo e a irmã moravam com a avó paterna, que possuía suas guardas por terem sido abandonados pela mãe. Com o falecimento da avó, passou a viver em um serviço de acolhimento institucional para menores (Casa Lar), onde permaneceu por oito anos e de onde possui boas lembranças, pelas festas de aniversários, acampamentos, retiros da igreja e dos recursos materiais que eram

oferecidos. Enquanto estava ali, teve seus primeiros “surto e ataques” e consequentes internações psiquiátricas. Aos 18 anos, foi acolhido por um casal de uma igreja, porém não se acostumou com eles, pois não o permitiam fazer nada que era “do mundo”, como ver televisão, mexer no celular ou na internet, só acordar cedo, ler a bíblia e capinar o sítio. Saiu dessa casa e reencontrou a mãe, ficando um tempo com ela, porém, como foi presa, Pablo acabou em situação de rua e começou a usar drogas. Foi acolhido pela irmã e, depois de um tempo, entrou em contato com uma tia, envolvida com uma facção em Florianópolis e mudou-se para lá. Começou a trabalhar com pessoas da facção vendendo drogas, sendo flagrado pela polícia em um episódio de venda e preso. Nesse período, teve várias condenações e passagens pela prisão. Voltou para Porto Alegre, indo morar novamente com a irmã mas, em função do uso de drogas, acabou ficando em situação de rua e diz ter uma vida normal - tendo o que comer e onde dormir.

## **Rita**

*Mulher, 46 anos, branca, natural de Cruz Alta – RS*

Na infância, foi criada pelo avô pois a mãe teve meningite ao seu nascimento e o pai viajava muito e era alcoólatra. Teve uma infância de muitas brincadeiras, muita alegria e felicidade, com os irmãos e primos. Com o falecimento do avô, quando tinha 13 anos, o pai assumiu seus cuidados. Posteriormente, sua irmã mais velha se mudou para Porto Alegre e, um ano após, toda a família se mudou também e, no começo tinham uma vida boa, com casa, Rita estudava, tinha amigas e se divertia. Conheceu, então, o atual marido, Miguel, tiveram uma filha, Alice, e foram morar na cidade de Rio Grande, onde ela limpava casas e ele fazia trapiche. Fizeram uma denúncia que a filha não estava recebendo alimentação na escola e acabaram perdendo sua guarda, que foi concedida à sogra de Rita, com quem não possui uma boa relação. Atualmente, Rita e Miguel estão desempregados, em situação de rua há seis meses, dependendo de venda de produtos diversos e frutos. Dormem em quartos de hotéis quando conseguem dinheiro e, ultimamente, estavam dormindo em uma oficina, cedida por Heitor, um conhecido.

## **Sarita**

*Mulher, 54 anos, branca, natural de Terra de Areia – RS*

Na infância, foi criada pelo pai, pela incapacidade da mãe em função de seu problema de nervos. O pai, que era motorista de ônibus, envolveu-se em um acidente que culminou na morte de uma amiga de Sarita, cuja família o culpou e o ameaçou de morte, fazendo com que Sarita precisasse se mudar para a cidade de Torres, e ser criada por sua tia, aos oito anos. Na juventude, frequentava festas com a amiga Bernardete, no estilo de vida que denominou “vida louca” - só queriam festas, saíam de Torres e iam para Porto Alegre, de carona, para ir nos bailes e voltavam dois a três dias depois. Teve dois filhos (uma criada pela mãe e outro doado para uma família). Em um baile conheceu João, casou-se com ele e tiveram um filho, que faleceu aos cinco meses. Não tiveram uma boa relação, pois ele fazia uso de drogas e violentava-a, ainda assim, mesmo quando foi preso e adoeceu, Sarita “ia e vinha”, “puxou cadeia com ele” e ficou com ele até o fim de sua vida. Com a morte de João, Sarita ficou na “vida louca” e passou a morar na rua, inicialmente em um parque e, após, transitando por diversos lugares, intercalando o espaço da rua com albergues, moradias e abrigos. Nesse período trabalhava puxando carrinho, teve alguns companheiros e foi presa duas vezes. Atualmente, cumpre sua pena em liberdade, em situação de rua e, diz que não está fazendo nada de errado.

## **5.2 Concepções de cuidado**

Este subcapítulo apresentará as concepções de cuidado delineadas a partir das narrativas dos participantes e orientadas pelas formulações heideggerianas. Nessa perspectiva, o cuidado foi analisado como estrutura ontológica do ser humano e caracterizado enquanto um fenômeno ontológico-existencial por anteceder toda atitude e situação humana, ou seja, o cuidado está na essência da existência humana, sendo inerente ao homem. O ato de cuidar ainda diz respeito a uma atitude, a um modo prático de “ser-no-mundo”, “ser-com”, “ser-em-relação”, adotado pelo ser humano em relação à sua ação e ao fenômeno da vida em sua totalidade (CARRILHO, 2010; BALLARIN; CARVALHO; FERIGATO, 2009).

As concepções de cuidado foram delimitadas considerando os diferentes cenários e situações dos participantes, entendendo que suas construções são estabelecidas e materializadas a partir de um contexto de vida econômico, político e



social. Assim, os relatos que delimitaram uma determinada concepção de cuidado integram múltiplas dimensões, relações e interações, contudo, de uma maneira individual, em sua própria forma de ser e existir na sociedade.

Serão apresentadas as seguintes concepções de cuidado: cuidado caritativo; cuidado emancipatório; cuidado espiritual; cuidado enquanto controle; cuidado afetivo e cuidado altruísta.

Diante disso, notou-se que o cuidado sempre se dá em relação a algo ou alguém, reproduzindo as relações que a sociedade estabelece com o grupo das pessoas em situação de rua com transtornos mentais.

O cuidado caritativo relaciona-se à práticas de caridade e assistencialistas, envolvendo pessoas e instituições que suprem determinadas necessidades, como as relativas à alimentação, higiene, abrigo, vestuário e educação.

As pessoas davam roupa pra nós, davam comida. [...] [No POP 3<sup>10</sup>] Tu toma banho, tu lava roupa e tu faz lanche também. [...] Voltei pra rua. Ganhei abrigo. Depois eu ganhei aluguel social. (Sarita)

Eles [responsáveis pela Casa Lar onde morava] davam... compravam tudo. Roupa, material de higiene, material escolar, comida, eles faziam assim, de cada quinze dias um rancho. (Pablo)

Essa concepção de cuidado, em uma perspectiva de benevolência, é mediada por relações verticais, nas quais não ocorrem trocas - aquele que recebe o cuidado é considerado receptor passivo. Se concretiza na forma de ajuda, apresentada por Pires (2005) como um poder elegante, constituído em um mecanismo de dominação, onde a dissimulação e extrema discrição lhe foram sempre atributos principais.

Essa forma de cuidado tem sua importância assegurada ao ofertar meios de subsistência e, assim, minimizar possíveis situações de sofrimento e é assim que, segundo Rolim (2009), o cidadão que está em situação de vulnerabilidade socioeconômica pode encontrar nas ações assistencialistas algumas respostas para suas necessidades e, desse modo, incorporar tais ações de forma positiva, tornando-as um fetiche, pois não percebe que não geram direitos e os mantém em condição de subalternidade.

---

<sup>10</sup> Refere-se ao Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua (Centro POP), que promove atendimento social com equipe multidisciplinar para adultos, idosos e famílias em situação de rua, de forma individualizada e coletiva, durante o período do dia. O município conta com três Centro POP (FUNDAÇÃO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL E CIDADANIA, 2020a).

Assim, ao admitir tal concepção de cuidado, pode haver um conformismo com as práticas relacionadas, que são travestidas de filantropia, mas são excludentes, não emancipatórias e seletivas.

Por outro lado, há uma concepção de cuidado, emancipatório, que remete para uma perspectiva de assumir o protagonismo da própria vida, pela possibilidade, por exemplo, do resgate de perdas no decorrer da vida, tais como a expectativa de criar a filha, ou de ser a dona de seu corpo.

Eu vou trabalhar, não quero ajuda nem de Lorena [irmã], de ninguém, eu vou conseguir, vou voltar a trabalhar e vou ter a minha filha um dia. [...] Eu vou ter que trabalhar, o que é que eu vou fazer, vender coisa, entregar panfleto pelo menos pra Alice [filha] não dizer “Ah, minha mãe né” e me sustentar. [...] Então eu vou ter que batalhar. (Rita)

[Depois que começou a trabalhar na boate] Às vezes ia pra casa do meu pai, chegava com pão, com leite, mortadela, botava um dinheirinho de baixo da toalha da mesa. Já era uma mulher, dona do meu corpo, dona do meu dinheiro. (Elza)

Nessa concepção de cuidado, assume centralidade a possibilidade de resgate da autonomia e da liberdade, relacionadas às condições de sustentabilidade. Trata-se de uma perspectiva de superação do cuidado caritativo, possibilitando que os sujeitos passem do lugar de assistidos a de protagonistas em suas histórias e tenham a possibilidade efetiva de trabalhar, de cuidar de seus familiares e de tantas outras que seus desejos permitirem.

Essa concepção dialoga com a construção de projetos de felicidade, considerando a felicidade como um horizonte normativo que enraíza na vida efetivamente vivida pelas pessoas aquilo que elas querem e o projeto como uma característica que parece um traço constitutivo do modo de ser (do) humano e que estabelece uma ponte entre uma reflexão ontológica, sobre o sentido da existência, e as questões mais diretamente relacionadas à experiência. Assim, tanto o projeto quanto o cuidado, devem ser valorizados nesse recurso à ontologia existencial. (AYRES, 2004).

Promover o cuidado, nessa perspectiva, é um grande desafio, não devendo ser confundido com autonomia em relação às necessidades de cuidado por parte do setor profissional. É preciso considerar que produzir sujeitos protagonistas e autônomos envolve estratégias que olhem para as pessoas na perspectiva da equidade - algumas pessoas precisam de mais cuidado, estrutura, acesso, e exige responsabilização do

setor profissional nisso. Produzir esse cuidado, no grupo que está sendo estudado, é possibilitar que ele não seja mais invisível.

Essa concepção de cuidado emancipatório também relaciona-se com o subsetor saúde, ao ser proposta em uma forma de tratamento que vai ao encontro dos desejos da participante, de realizar seu tratamento na comunidade, após ter passado anos na prisão.

Eu peguei e falei [para o médico]: "Ó, negócio é o seguinte: eu puxei muitos anos de cadeia, trabalhando de graça pro Estado. Eu não aguento mais ficar presa. Vamo fazer assim: já que é minha última chance de eu ficar viva" Que eu tava na beira da morte. "Deixa eu tomar a medicação em casa, pode ser que eu me cure. Quem sabe se vocês já tivessem dado pra tomar essa medicação em casa, teria me curado perto das pessoas que eu gosto?" Aí: "Então, tá. Tu vai ter que ir numa farmácia... num posto de saúde perto da tua casa, vai ter que contratar uma enfermeira que tu vai todo dia de manhã, de tarde... de dia, de manhã, meio-dia e de tarde pra ti tomar a medicação. Vai ficar só nessa função, indo pra lá e pra cá.", "É isso mesmo que eu quero, quero bater perna." (Elza)

Assim, apresenta-se uma forma de cuidado que, visando autonomia e corresponsabilização do indivíduo em seu tratamento, aproxima-se do modelo de desinstitucionalização. Aproxima-se, apenas, pois o cuidado em liberdade é um

ousado projeto de um cuidado que se constrói a partir de criações produzidas em encontros que coproduzem sujeitos e projetos de vida. Coprodução dos sujeitos só pode ser feita em liberdade regida pela ética da autonomia. É um projeto ético-estético-político (YASUI, 2012, p.11)

e, embora essa concepção envolva o território, a comunidade, o encontro com o outro, os serviços e práticas de saúde ainda estão distantes de alcançá-la no que se refere ao cuidado às pessoas em situação de rua com transtornos mentais.

Nessa concepção, as dimensões clínica e política do cuidado se encontram, justamente, a partir de uma ética emancipatória, cujas ações e tecnologias utilizadas vêm contrapor um saber-fazer meramente analítico-instrumental a uma razão tutelada e cordial. No entanto, a interface entre essas dimensões se apresentam fragilizadas, posto que o diálogo entre sujeitos e o contexto institucional, isto é, o serviço, a rede, a gestão e a política pública, necessita ser mais bem implementado e sustentado, a fim de ajudar o serviço e a rede a apoiarem o usuário na construção da autonomia, participação e empoderamento, inclusive ao pensar seus itinerários terapêuticos e a organização dos serviços de saúde (FIRMO; JORGE, 2015).

De todo modo, essa concepção traz elementos dos ideais da reforma psiquiátrica: autonomia; o poder de contratualidade em seu processo de reabilitação;

projetos e itinerários terapêuticos vinculados ao território e ao princípio de fortalecimento da convivência familiar e comunitária do usuário (FIRMO; JORGE, 2015).

Outra concepção de cuidado, o espiritual, está relacionado a espiritualidade como a busca individual pelo entendimento do significado das situações cotidianas e das relações com o sagrado/transcendental (SALIMENA et al., 2016). É provido na relação com entidades e instituições, através de práticas e crenças, que ofertam amparo, conforto, alegria e segurança de conseguir alcançar seus propósitos.

Ele [Exu] quer continuar trabalhando comigo, ele quer que eu deixe as drogas. Ele quer que eu trabalhe com ele sóbrio. Por que, como eu vou dar, como ele vai me dar as coisas que eu tô pedindo, se eu não tô tendo condições de dar as coisas que ele quer. Então é assim que funciona. Essa é a crença, essa é a minha religião. [...] É Exu, [ele] é importante, mas agora eu aceitei ele, aceitei como um guia, como um pai pra mim. E é ele que tá me dando força pra eu me levantar. E eu creio nele. (Luiz)

Eu dentro da igreja me sinto feliz. Me sinto alegre, sai de lá bem. Bem diferente de quando eu vou pro baile. Sabe quando tu vai pro baile, pra uma festa, tu não sai mal, aquela tontura, ânsia de vômito, indignação, aquilo? Quando eu vou pra igreja eu não sinto isso. Eu me sinto, assim ó, descansado. Me sinto, assim, olha, aliviado. Sai todo aquele peso de dentro de mim. Vai tudo pro mar do esquecimento. (Pablo)

Essa é uma forma de cuidado que integra o modelo biopsicossocial ampliado, em uma compreensão que os sujeitos têm, além das necessidades biológicas, psicológicas e sociais, necessidades espirituais, tais como: necessidade de esperança; necessidade de sentido e propósito na vida; necessidade de se sentirem conectados consigo mesmo, com outros e com a transcendência; necessidade de se sentirem amados (HEFTI; ESPERANDIO, 2016).

Nessa perspectiva, em que tais necessidades se tornam mais evidentes em momentos de sofrimento e na própria relação com a loucura, a concepção de cuidado é construída a partir de experiências que ajudam, apoiam e guiam no enfrentamento dos desafios cotidianos.

O cuidado também apareceu em uma perspectiva relacionada ao controle de comportamentos e condutas considerados inadequados. Assim, o cuidado enquanto controle refere-se a estratégias e mecanismos que buscam suprimir esses “riscos”, operacionalizadas tanto pelo setor profissional, como internalizadas pela própria pessoa.

Eu tenho uma audiência de um negócio que eu fiz de errado. Que eu me meti com umas coisa errada e tô pagando. Daí faz um ano que eu larguei tudo de mão [...] Por causa que agora faz um ano que eu tô só fazendo coisa boa, graças a Deus [...] Não tô fazendo nada de errado.

A questão da minha saúde é eu tomar, eu criar vergonha e tomar meus remédio. Porque eu não tava querendo. Até o doutor me elogiou porque tem uma parte ali que eu tava relaxando. (Sarita)

Por isso que eu tenho que me acalmar. [...] Então eu tenho que me acalmar pra caramba. [...] Quando eu saio a procurar alguém, eu preciso ouvir alguém me dar um auxílio moral pra eu me acalmar. (Rita)

Essa concepção, na relação com o setor profissional, é legitimada socialmente e tem sua aceitabilidade sustentada num arcabouço epistemológico e jurídico voltado ao controle de comportamentos desviantes.

É operada, por exemplo, na psiquiatria, enquanto modelo assistencial possibilitado por uma teoria que considere a loucura uma incapacidade da razão e do juízo. Assim, não é de se estranhar que o modelo assistencial psiquiátrico seja calçado na tutela, na custódia, na disciplina, na vigilância (AMARANTE, 2015).

Ainda que a relação seja com o setor profissional, a responsabilidade do controle dos atos desviantes é colocada sobre o indivíduo, que “não deve fazer nada errado”, que deve “criar vergonha e tomar seus remédios” e que deve “se acalmar”. A perspectiva moral, de autocontrole, pode levar a introjeção de padrões de comportamento disciplinados, com pouca autorreflexão sobre o sentido da própria concepção de cuidado adotada.

Outra concepção de cuidado, denominada cuidado afetivo, é operacionalizado nas relações que se estabelecem através da formação de vínculos e sistemas de apoio, associadas a memórias e trocas de afetos. Relaciona-se a expressão de afetividade tanto nas trajetórias em que a família propicia esse cuidado quanto advindo do setor profissional.

Lá na infância eu era muito feliz e não sabia. E mesmo com a minha mãe doentinha, eu tinha o cheirinho da minha mãe, era a minha mamãe [risos]. Aí eu tinha a minha mãezinha, e ainda tenho a minha mamãe, a minha mãezinha. (Rita)

Ela [a avó] vinha, cobria a gente [refere-se aos seus primos que também ficavam na casa da avó] e botava uma balinha quadradinha dessas de mumu, uma balinha na boca de cada um e tapava cada um, assim. Fazia comida, fazia docinhos. Do jeito que ela cuidava da gente, ela cuidava dos filhos dos patrão também, fazendo os doces, fazendo as vontades. [...] Eu ia direto pra cozinha comer aquela comida maravilhosa que ele [o pai] fazia. A comida que meu pai fazia que eu mais amava era ensopadinho de batata com arroz. Ai, que delícia! Bem caldeado, que delícia! Aí eu comia frio mesmo, que meu pai é um cozinheiro muito bom. Mas quando ele tava em casa era bom porque ele vinha do serviço, ela [a mãe] limpava a casa, uma mulher muito caprichosa. Passava cera no chão, aquele cheirinho de casa limpa, muito caprichosa, comidinha, ela não é muito cozinheira, não, mas cheirinho de comida boa. (Elza)

Pensava nela [na irmã] e sentia que ela tava presente em mim, sabendo que ela não tava ali mas eu sentia que ela falava comigo. Eu sentia que ela tava pensando em mim, no meu bem. (Pablo)

Então comecei a escrever cartas de amor pro Joaquim [promotor de justiça], mas não de amor pra ele, de amor à vida, de amor às minhas filhas, que eu tava arrependida do que eu tinha feito [...] A gente se tornou amigo. Tanto o Joaquim quanto o Enrico [juiz] também. Fiz amizade com eles. (Elza)

Essa concepção de cuidado associa-se a uma dimensão afetivo-relacional, resultante de interações que permitem aos sujeitos envolvidos no cuidado expressarem suas subjetividades relacionadas às suas experiências. Está ligada às formas de demonstrar e receber afeto, de estar presente por inteiro e de valorizar o outro. A demonstração de afeto é identificada como sendo uma forma de cuidado, que se expressa na demonstração de amor, carinho e amizade, que são formas de atenção para com o outro e para o que se faz. Envolve uma relação de apreço e confiança, em que a responsabilidade, compromisso, respeito e valorização pelo outro estão presentes (SILVA, 2002).

O cuidado também se manifesta enquanto altruísmo, na relação de ajuda que se estabelece entre os participantes da pesquisa e outras pessoas que compartilham situações semelhantes.

As pessoas que andavam na rua comigo eram pessoas legais. Eram, assim. Se eu tivesse com frio, me davam uma coberta, uma água, uma coisa e tal. (Luiz)

Quando vê, tá o Luiz mancando. "O que é que houve?", "Ai, machuquei meu pé de tanto caminhar." Aí não conseguiu caminhar, teve que parar. Aí eu levei pra casa, dei banho, dei comida, foi dormir. E é assim a minha vida. Tem sido assim. É buscar o Luiz, dar comida pro Luiz, cuidar do Luiz, botar o Luiz pra dormir. Não tem muita coisa, entendeu? É uma coisa que eu achei, que é uma razão de viver, pra não viver tão, né? Às vezes todo mundo fala: "Ah, tem que largar ele, tem que largar ele." Mas e já viu se eu largar ele, como é que ele vai ficar? O Luiz vai virar um farrapo. (Elza)

Fiz tudo pra salvar ele [o marido], mas não consegui. Ele se entregou pras droga. [...] Aí eu tentei fazer tudo pra salvar ele, mas ele se atirou nas droga. Eu fiquei com ele até o fim, indo e vindo. Mas eu fiquei com ele até o fim. (Sarita)

O altruísmo caracteriza-se como um ato voltado para o outro e tem como fonte a empatia, o senso de comunidade e a moralidade. A empatia trata-se da capacidade do indivíduo identificar algumas pessoas e de incorporar seus interesses em sua função de bem-estar. O senso de comunidade refere-se à identificação com um grupo maior pelo indivíduo, ou seja, trata-se dos interesses coletivos no qual o indivíduo é parte integrante. E a moralidade, por sua vez, trata-se da incorporação de normas éticas na função utilidade do indivíduo (FONSECA, F., 2007).

Nesse sentido, entende-se o cuidado altruísta como um cuidado que é também solidário, horizontal, entre iguais, no qual pessoas que se encontram em situações consideradas difíceis se apoiam, se unem, constituindo redes de afetos e relações e marcando seu registro de vínculo ao grupo.

Diante disso, nota-se que nas trajetórias de vida, as concepções de cuidado são transversais e se transformam ao longo dos ITs - trocando de atores, assumindo diferentes formas e apresentando interface com os diferentes setores do cuidado. Pois então, questiona-se, frente a essas concepções, em que medidas os sistemas de saúde as contemplam, acolhem, consideram e respondem a elas?

De um lado, as transformações orientadas pela ideia de cuidado não poderão se concretizar como tecnologias ampliadas se mudanças estruturais não garantirem as reclamadas condições de intersetorialidade e interdisciplinaridade. A própria interação proposta entre diferentes normatividades terá condições mais limitadas de se realizar se não forem trazidos à cena horizontes necessariamente coletivos ou sociais em sua concepção e expressão, como aqueles configurados no campo dos direitos, da cultura, da política etc. Além disso, se a organização do setor saúde não se preparar para responder aos projetos de vida (e seus obstáculos) dos diversos segmentos populacionais beneficiários de seus serviços, a possibilidade de cuidar de cada indivíduo não passará de utopia, no mau sentido (AYRES, 2004).

### 5.3 Interpretação da doença

Este subcapítulo busca discutir como os participantes da pesquisa identificam, explicam e interpretam seu transtorno mental, suas manifestações e aspectos relacionados, na perspectiva dos modelos explicativos propostos por Kleinman (1980): *disease* e *illness*. Segundo esse autor, a decisão de procurar certas formas de tratamento e as maneiras como os sujeitos vão se comportar em relação ao tratamento e avaliarão os seus resultados dependem, em grande medida, dos significados culturais e expectativas associados à experiência da doença.

Os diagnósticos psiquiátricos que são postos aos participantes seguem a lógica das classificações psiquiátricas, na qual as experiências nem sempre se enquadram dentro dos limites de um distúrbio específico, sendo suas regras, portanto, internamente inconsistentes (ALLSOPP et al., 2019).

Em cada consulta realizada na atenção básica, o profissional preenche no prontuário eletrônico a avaliação ou problema e/ou condição detectada, sendo possível inserir mais que um parecer. Esses diagnósticos (*diseases*) são heterogêneos e construídos como desordenados, em vez de potencialmente compreensíveis em relação às experiências de vida. Ao recebe-los, os participantes passam a integrar um cenário, no qual, mesmo na perspectiva do setor profissional, torna-se incongruente, como pode ser visto no quadro 3 abaixo.



**Quadro 3 – Avaliações e Problemas e/ou Condições detectadas dos participantes pelo setor profissional**

<b>Participante</b>	<b>Avaliação / Problema e/ou condição detectada</b>
<b>Elza</b>	Ansiedade generalizada
	Distúrbio depressivo de conduta
	Outros transtornos depressivos recorrentes
	Transtorno depressivo recorrente
	Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de múltiplas drogas e ao uso de outras substâncias psicoativas
<b>Luiz</b>	Abuso crônico de álcool e outras drogas
	Distúrbio depressivo de conduta
	Episódio depressivo moderado
	Outros transtornos depressivos recorrentes
	Perturbações depressivas
	Transtorno de pânico (ansiedade paroxística episódica)
	Transtorno depressivo recorrente, episódio atual grave com sintomas psicóticos
<b>Pablo</b>	Esquizofrenia
	Transtorno afetivo bipolar
	Transtorno afetivo bipolar não especificado
	Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de múltiplas drogas e ao uso de outras substâncias psicoativas
	Usuário de álcool e outras drogas
<b>Rita</b>	Ansiedade generalizada
	Esquizofrenia
	Esquizofrenia não especificada
	Psicose afetiva
	Transtorno afetivo bipolar
	Transtorno afetivo bipolar, episódio atual depressivo grave com sintomas psicóticos
	Transtorno afetivo bipolar, episódio atual maníaco sem sintomas psicóticos
	Transtorno delirante
Transtorno obsessivo compulsivo não especificado	
<b>Sarita</b>	Outros transtornos depressivos recorrentes
	Transtorno afetivo bipolar
	Transtorno afetivo bipolar não especificado

Fonte: Prontuários online (e-SUS), consultados em 04/03/2020.

A miscelânea de diagnósticos encontrada diz muito pouco sobre essas pessoas e pode representar várias coisas - os diagnósticos psiquiátricos são evolutivos e podem modificar-se ao longo do tempo e diferentes profissionais podem dar diferentes diagnósticos. Assim, essa análise está ligada à fragmentação do olhar e isso repercute em suas vidas e sobre a forma como interpretam e constroem sua *illness* em suas trajetórias e relações. Diz respeito aos sentidos que darão para a sua condição de sofrimento, que tanto pode ser uma reinterpretação da *disease*, na perspectiva do que a psiquiatria trata como transtorno mental, como pode assumir outras formas de interpretação.

A *illness* é a modelagem da *disease* em comportamento e experiência, criada por reações pessoais, sociais e culturais à doença e só pode ser entendida em um

contexto específico de normas, significados simbólicos e interação social (KLEINMAN, 1980). Além disso, as expectativas que uma sociedade ou grupo nutrem sobre o comportamento de pessoas com transtornos mentais refletem-se sobre a maneira pela qual a doença é expressa. Assim, os indivíduos tendem a expressar situações de mal-estar por meio de formas aceitáveis e significativas para a própria cultura (RABELO; ALVES; SOUZA, 1999).

A partir disso, apresenta-se as interpretações da doença surgidas nas narrativas, pautadas nas seguintes perspectivas, que são dinâmicas e relacionadas a diagnósticos, sintomas psiquiátricos e comportamentos: depressão, experiências sensorceptivas, ser nervosa, surtos, uso de drogas e comportamentos suicidas.

### 5.3.1 Depressão

A depressão foi o único diagnóstico psiquiátrico referido nas narrativas, indicando que, independente de fazerem parte ou não dos diagnósticos conferidos aos participantes pelo setor profissional, configurou-se como experiência de doença (*illness*) ou assumiu um rótulo de doença que, na perspectiva social (*sickness*), não os estigmatiza tanto quanto outros transtornos mentais.

Entrar em depressão foi relacionado a estar baixo astral, a ficar longos períodos sem conseguir se alimentar nem dormir adequadamente, a apresentar fraqueza, prostração, além de estar ligada à tentativa de suicídio. De um modo geral, a depressão descreve sofrimento, violência, carências e representa momentos difíceis nas trajetórias de vida.

Até o doutor me elogiou porque tem uma parte ali que eu tava relaxando, que eu tava, sei lá, tava pra baixo, baixo astral. Tava pra baixo, baixo astral, tava numa depressão profunda. (Sarita)

Primeira vez que fui pra cadeia entrei em depressão. Fiquei quarenta dias sem comer, só dormindo. Dependendo só de água. O máximo que eu comia era um pedaço de pão, só. E copo d'água. Não tomava café, começava a passar mal, ia todo dia pra saúde. Tomava soro. Me sustentava só com medicação, só. Que não conseguia me alimentar, não conseguia levantar, ficava fraco. E dormia direto, ficava 24 horas dormindo. Só levantava pra tomar banho. Nem via TV via. (Pablo)

Entre na depressão, fui violentado. Passei por um monte de dificuldade. Tentei suicídio. (Luiz)

Assim, ao relacionar a manifestação de sintomas depressivos com períodos difíceis, à situação de rua, à falta de moradia, violência e situação prisional, favorecendo um estado de desesperança, os participantes contextualizam sua *illness*.

Nesse sentido, Tavares (2010) ressalta que as pessoas, na medida em que são identificadas com o rótulo patológico da depressão, encontram nesse diagnóstico a “explicação/causa” de seu modo de ser/estar. No entanto, momentos de altos e baixos são comuns à existência humana, de uma forma geral, e não necessariamente correspondem a uma psicopatologia, especialmente levando-se em consideração os dispositivos potencializadores de sentimentos de desamparo que perpassam a vida dessas pessoas. Assim, esses sentimentos são intrínsecos a própria condição de vida que se leva.

### 5.3.2 Experiências sensoperceptivas

A perspectiva aqui discutida, refere-se às experiências de ouvir vozes, ter visões e sentir cheiros. Apesar dessas experiências possuírem, no setor profissional, uma interpretação de alterações sensoperceptivas, denominadas alucinações, na maior parte das vezes relacionadas a diagnósticos psiquiátricos, na perspectiva dos participantes compreenderam diferentes interpretações, por representaram momentos e estados únicos e particulares, além de serem influenciadas por fatores culturais.

A escuta de vozes apareceu desde trajetórias da infância e as interpretações associam-se com as relações desenvolvidas com essas vozes. Elas despertaram tanto o sentimento de espanto, em um primeiro momento, como a sensação de acolhimento.

Ele [Exu] tá desde quando eu era criança. No primeiro eu me assustei, mas agora eu aceitei ele. Aceitei como um guia, como um pai pra mim. (Luiz)

Acho que pra mim era legal eu tá falando com gente assim. Por mais que não existe mas pelo menos tinha alguém que tava falando. Tipo assim, prestando atenção em mim. Que não tava negando voz pra mim. Pelo menos tinha alguém que falava comigo. Que me ouvia, que entendia o que eu falava. Não é que nem as outras pessoas que só ouvem falar e não dão bola pra o que tu fala. Por mais que é uma coisa que não existe ali, sempre tinha alguém do meu lado. Aí que era meu amigo, prestava atenção no que eu falava, entendia minha situação. (Pablo)

As crianças lidam de forma diferente com a escuta de vozes uma vez que aprendem a conviver com sua presença naturalmente, além das emoções e sentimentos envolvidos nas situações (CARDOSO et al., 2018). Ademais, para além de aprender a conviver, as vozes também podem assumir um papel que é inocuado na vida da criança, o de pai, de protetor, de amigo. Nessa perspectiva, as vozes cuidam - ouvindo, acolhendo, estando presentes quando os representantes dos demais setores de cuidados não estão.

Na mesma direção, as vozes alertam para possíveis riscos, principalmente em relação a pessoas que podem querer fazer mal e também apontam uma solução, tornando-se vozes que protegem, avisam e confortam.

Vozes tipo assim “Essa aí tá tirando sarro da tua cara. Ah, essa aí tá te olhando assim, mas não se enxerga. Essa aí quer te matar, mas vai ir presa, vai pra prisão”. Já [ouvei], poucas vezes, mas já, mas ultimamente não. (Rita)

Assim, nota-se que as vozes aproximam-se da concepção de *illness*, atentando ao sofrimento e, embora também possam ser consideradas recursos de apoio, evidencia que o setor profissional de saúde, tem deixado uma lacuna no cuidado, ao ser incapaz de ouvir o sujeito e sua dor além da doença (*disease*).

Compreender o sentido atribuído às vozes e a relação com elas se aproxima da perspectiva que vem sendo desenvolvida no Movimento de Ouvidores de Vozes, em que ouvir vozes deixa de ser visto como sintoma e passa a ser entendido como experiência humana, não restrita apenas a audição, mas abrangendo todos os outros sentidos, apresentando-se um fenômeno diverso e único para cada ouvitor (COUTO; KANTORSKI, 2018).

Além de ouvir vozes, os participantes também experienciaram visões e, essas ocorreram em contextos de institucionalização, em internações psiquiátricas e abrigo para menores e envolveram pessoas, imagens, luzes e seres religiosos, como santos e anjos.

Aí no [Hospital Psiquiátrico] São Pedro eu vi, sem mentira nenhuma, por essa luz que tá me iluminando. Perto daqueles coisa vermelho que tem assim, tipo, eu acho que é de bombeiro. Eu vi, por Deus, não tô te mentindo, eu vi uma mão assim, tipo uma figa sair daquilo ali. Não sei se era por causa do remédio, eu vi. [...] Aí um dia eu saí pra rua, assim, no pátio, eu me lembro que tinha uns banco assim e tinha uma santa. E eu olhei pra dentro daquela santa e eu vi, parece que os olhos dela saía uma luz. Sério, as duas coisa que eu vi. (Sarita)

[Na Casa Lar em que morava] Eu via, assim, à noite eu ficava vendo, assim, parecia anjo, mas era umas pessoas com uma cor, com uma luz fluorescente, andando pelo teto, assim. Tudo pessoas que não existia [...] Tinha épocas que na clínica [psiquiátrica] eu ficava sentado na sala vendo TV com a TV desligada, achando que eu tava vendo TV. (Pablo)

As experiências sensoperceptivas, por estarem fortemente relacionadas à loucura, geram medo e são experiências solitárias, uma vez que não são passíveis de compartilhamento com pessoas em geral, podendo receber conotações estigmatizantes. Assim, nota-se que os relatos são marcados pela preocupação em convencer o ouvinte em relação às experiências junto com declarações de que o que via não era real, permitindo esquivar-se do preconceito gerado ao admitir ter experienciado ter visões.

As visões também estiveram relacionadas ao contato com pessoas que já morreram, nesse caso, sujeitas à permissão divina. No caso de Elza, a visão do marido, concedida por Deus, como forma de cumprir um combinado em vida, assustou-a em um primeiro momento e isso foi decisivo para que não tivesse mais permissão de vê-lo.

[Narrando uma conversa com o marido antes que o mesmo falecesse] "Vamo fazer um trato, eu e tu. Aquele que for primeiro, volta pra dizer pro outro como é que é." E ficou aquilo dali. E ele não esqueceu. E daí eu enterrei ele e quando eu cheguei em casa, só que quando eu voltei em casa, eu abri a porta, a nossa casa, assim. Casa, tem essa viga aqui. Então em cima da viga não tem nada. E ele sentou em cima da viga ali. E eu abri a porta. Quando eu abri a porta, eu olhei ele lá em cima, me deu um choque. E eu fechei a porta, que eu me assustei. Mas eu pensei: "Não, mas ele voltou pra me dizer." E eu abri a porta, assim, e ele não tava mais. Ele tava ali, só que ele me deu...deixou eu ver. Só que depois, pelo susto, Deus já não permitiu mais que eu pudesse ver. (Elza)

Outra forma desse contato ser estabelecido foram as manifestações olfativas, através de cheiros que remetiam a experiências significativas com a pessoa morta, enquanto ainda estava em vida.

Como ele me dava muita coleção duma Marta Rocha... Coleção da Marta Rocha é uns perfumezinho, assim, pequenininho, que tem nas mansão. [...] Então uma forma dele quis dizer pra mim que tava ali. Então eu tô fazendo comida, assim, com as criança e vinha aquele perfume de rosa me invadindo todo meu corpo. E eu sentia que ele tava ali do meu lado, vinha me ver, me visitar. Só que daí parou. E o que? Aí comecei a me preocupar em saber se ele tinha ido pro Céu, se tinha ido pro Inferno. Aquilo começou a me atormentar muito. (Elza)

O fim dessa experiência olfativa esteve relacionado à preocupação de que, estando interrompida, significaria que a pessoa foi para outra dimensão (céu ou inferno), e, pela incerteza de saber se estaria em um ou outro e, pelo temor que teria ido para o inferno, foi causador de apreensão.

Nesses casos, o significado relaciona-se ao contexto cultural vivenciado pelos indivíduos e também, nesse sentido, tanto a escuta de vozes quanto as visões apareceram relacionadas a formas de comunicação com divindades, em uma relação positiva, de trocas, apoio e como recurso à solução de problemas.

Ah, essa voz fala pra mim que quanto mais obrigação eu fizer, mais as coisas vai melhorar. É Exu, [ele] é importante, é ele que tá me dando força pra eu me levantar. (Luiz)

Às vezes eu falo: "Meu Deus, onde é que eu vou achar ele?" [marido que desaparece] Quando vê, Deus me bota a visão, assim. Eu até já vejo a rua onde ele tá e consigo ver até o jeito que ele tá. (Elza)

As divindades mencionadas, ainda que relacionadas a diferentes crenças religiosas, são figuras de muito poder em suas alçadas - Deus, tido como o ser supremo de diversas religiões, onipotente e onipresente; Exu, com seus diversos papéis nas religiões de tradição africana, especialmente o candomblé, é o "princípio dinâmico que permeia tudo, ou seja, dinamiza tudo; Exu é aquele que permite as passagens (inclusive entre a terra e o além), que permite as trocas simbólicas, que leva e traz as comunicações, pois sem ele não há candomblé" (ALVARENGA, 2006, p.44). Assim, apesar de cada um interpretar suas experiências de acordo com sua construção cultural religiosa, ambos recebem ajuda de entidades poderosas, que assumem um papel importante e os auxiliam de maneira significativa.

Essas experiências sensoriais, comumente interpretadas no setor profissional como alucinações, adquirem, na experiência dos participantes, outras bases explicativas e são manifestadas nos achados como positivas, através de acolhimento, apoio, contato com pessoas que morreram. Dessa forma, são compreendidas de fato como experiências humanas, legitimadas como não desviantes, não patológicas, em uma perspectiva oposta ao modelo biomédico tradicional que as "patologiza".

Frente a isso, tem-se o desafio de, no subsetor profissional da saúde, incorporar saberes e práticas em diferentes perspectivas, que acolham estas interpretações que sejam capazes de cuidar considerando a *illness* e não só a *disease*. Algumas

experiências têm demonstrado que esse novo olhar é possível, no entanto cabe estendê-lo as pessoas em situação de rua com transtornos mentais:

- A própria atenção psicossocial ao se caracterizar como um conjunto de práticas cujo arcabouço teórico-técnico e ético-político caminha na direção da superação paradigmática da psiquiatria asilar. Nessa perspectiva, olha-se para o sujeito, coloca-se a doença entre parênteses e se entende que o sofrimento carrega sempre uma função e um sentido inalienável de objeção ao contexto social, cultural e intersubjetivo no qual emerge e é produzido (COSTA-ROSA, 2013).
- A incorporação da espiritualidade na saúde que amplia o olhar para outras perspectivas, em uma abordagem ampliada de cuidado.
- O Movimento Internacional dos Ouvidores de Vozes, cujos pressupostos são que:

os sujeitos detêm uma expertise sobre suas experiências; ouvir vozes é uma experiência singular, não necessariamente de sofrimento e patologizável (ainda que não se trate de negar a existência de uma doença); é possível criar estratégias para lidar com as vozes; é necessário desmedicalizar e romper com os estigmas advindos de uma leitura psiquiátrica dessas experiências; e é importante compartilhá-las em grupos de ajuda mútua. Estes pressupostos indicam a centralidade dos sujeitos e suas experiências singulares com as vozes, buscando, no compartilhamento destas com seus pares, estratégias para o enfrentamento das dificuldades que advêm de tal escuta. (KANTORSKI; ANTONACCI; ANDRADE, 2017, p.1144).

A discussão sobre esse tema deve ser pautada não apenas pela sua explicação etiológica, mas pelos desdobramentos do cuidado na clínica e a criação de possibilidades de existência e convivência do próprio sujeito com sua experiência.

### 5.3.3 Ser nervosa

Outra perspectiva da interpretação da doença, o “ser nervosa” foi manifestada nas narrativas relacionada a uma condição da doença dos nervos que engloba contextos e sintomas relatados por meio de metáforas, dizeres populares e perspectivas do setor profissional. A interpretação “ser nervosa” diferenciou-se do “ser louca”.

Que eu sou nervosa! Louco é uma coisa, que mata, e nervosa é outra, eu sou nervosa. (Rita)

O uso do termo nervosa, na distinção do ser louca, coloca esse último em um sentido negativo e, no momento em que define o louco, traça uma fronteira entre o ser nervosa e o ser louca, excluindo-se deste grupo. Este discurso reproduz o imaginário social da loucura, constituído no setor popular, de periculosidade do louco, relacionando-o a pessoas que cometem violência, que matam.

Esta percepção foi construída desde o conceito de alienação mental, desenvolvido por Pinel, que nasceu associado à periculosidade e contribuiu, ao longo de todos esses anos, para produzir uma atitude social de medo e discriminação para com as pessoas identificadas como tais (AMARANTE, 2007).

O “ser nervosa” manifestou-se através de ser fóbica, agitada, desconfiada, e desorganizada, comportamentos que surgiram e se intensificaram ao longo da vida.

E eu não era fóbica. Antes se bobear quando eu era criança eu subia até no alto, não tinha medo. Agora Deus o livre. Ai vou cair, vou morrer. Vou morrer! [grito] Então antes eu não tinha medo de nada. Agora, se bobear só no chuveiro. Me bota numa água eu fico assim... horrível. [...] Eu tô, ainda tô fóbica, fóbicazona [...] Eu sou toda neurótica, mas na minha infância eu era calma. Agora eu sou toda nóia. [...] No trânsito agora, não viu que eu já vim reclamando por causa do carro, o carro nem vai me atropelar e eu já “Vai me atropelar!” (Rita)

Ainda que faça comparação com a infância, indicando que naquele período não apresentava as manifestações do “ser nervosa”, Rita também faz uma interpretação desse estado como se tivesse virado criança novamente.

Eu não sou mais criança, mas a mente... não viu como os papel ali [referindo-se aos seus documentos e outros papéis que estavam molhados, rasgados e desorganizados], parecia uma criança. [...] Tentar melhorar, me situei agora como adulta, tomar os remédio, ver coisa no emprego, andar de pasta [para organizar os papéis] e falar menos. (Rita)

Nesse sentido, a relação entre o “ser nervosa” e tornar-se criança novamente, diz respeito à imagem da criança - dependente, com limitações, incapaz de cuidar de suas coisas e de si mesma. Assim, ao ser nervosa, a participante interpreta que perdeu sua autonomia, a capacidade de realizar atividades do dia a dia, refletindo um estranhamento em relação a ela mesma. Diante disso, melhorar significa virar adulta, no sentido de retomar todos esses aspectos que foram “perdidos” e poder gerir a própria vida novamente.



Assim, o tornar-se nervosa, entendido como algo que foi se desenvolvendo ao longo das trajetórias, está relacionado às negativas conferidas pela vida e a traumas, como acidente e violência sexual.

Eu sou nervosa porque a vida me dá só não e isso cansa. [...] Eu sou toda nóia porque na Bento<sup>11</sup> me atropelaram há 18 anos. [...] Que uma vez, uma vez, faz uns muitos anos, uns 21 anos, eu até falei pra um psicólogo amigo meu, que três cara, mas eu também né? Eu tava de sainha, três cara, as vez tem mulher que pede, três cara me pegaram na Bento e eu disse “Não, já tô indo pra casa”, que eu morava na [rua] De Camões, faz 21 anos. O que acontece, eles me estupraram e eu não me lembro mais. Eu não me lembro, eu só lembro que um falou assim “Para, ela tá chorando, ela quer ir embora” e eu disse “Ai, me larga”. Eu não me lembro porque eu tava tonta, não sei, não me lembro se eu tinha bebido, eu não me lembro e pra mim eu morri aquele dia, porque aqueles três cara eu não tava gostando, eu queria que eles saíssem, então eu não me lembro. Eu tinha 21 e eles também, todos tinham uns vinte e poucos anos, só que eu não tava gostando, só me lembro que um falou assim “Para que ela tá chorando”. Tenho uma sensação que eles me mataram e que é crime né, o que acontece, acho que por isso que eu fiquei mais louquinha, louquinha dos nervo. (Rita)

A interpretação de que as negativas “da vida”, isto é, das pessoas, dos serviços, do sistema público, foram tantas, que geraram como consequência o adoecimento, alia-se a afirmação de Castro (2010) de que há um certo limite de sofrimento além do qual a pessoa perde a sanidade, a saúde ou tranquilidade mental.

Além disso, ao trazer como consequência da violência sofrida a sensação de ter sido morta e ter ficado “louquinha dos nervos”, Rita reafirma essa situação como tendo sido um evento que desencadeou o problema que a acompanha. Nota-se ainda que, apesar de, por um lado, identifica-la como crime, por outro, atribui a si própria a culpa do estupro, como resultado de comportamentos tais como - caminhar sozinha na rua, vestir uma saia curta ou talvez ter ingerido bebidas alcoólicas.

A culpabilização da vítima de estupro consiste em, de alguma forma, a atribuição a ela da responsabilidade, total ou parcial, pela violação sofrida, por não se encaixar em um perfil padrão estabelecido, sendo considerada como culpada por provocar a situação de vulnerabilidade e o conseqüente estupro, não recebendo comoção social e tamanho repúdio, pois, para a maioria, contribuiu para a ocorrência do crime, saindo sozinha durante a noite, usando roupas curtas, exagerando no uso de bebidas alcólicas, etc (OLIVEIRA; RESENDE, 2020).

---

<sup>11</sup> Referindo-se a Avenida Bento Gonçalves, importante avenida do município de Porto Alegre.

Decorrente de tal visão, surgiu um fenômeno denominado “cultura do estupro”, entendido como um conjunto de normas comportamentais, inseridas pela sociedade, que atribuem a culpa à vítima e, de certa forma, normalizam a violência sexual. Diante disso, a dúvida quanto ao relato da vítima, a atribuição de culpa a ela e a naturalização da atitude do agressor são fatores que determinam uma cultura que coloca a mulher em posição de inferioridade e contribui para a propagação do delito. Portanto, a preocupação não está em punir e recriminar o ato, por mais desumano e cruel que seja, mas em buscar meios para justificá-lo, analisando, primeiro, a conduta da vítima, a mulher, e, por vezes, atribuindo parte da culpa a ela, mediante a sua postura social (OLIVEIRA; RESENDE, 2020).

Isto posto, ressalta-se a importância de ouvir e considerar a história de vida ao tratar a doença das pessoas; um evento como esse em questão nem sempre surge no contexto de consultas de saúde, embora tenha importante repercussão. Além disso, é preciso informar e demonstrar às mulheres os meios que lhe garantem proteção; dar credibilidade ao relato da mulher que porventura expor sua situação de violência e colocar-se em uma posição de efetivamente combater a cultura do estupro socialmente.

O tratamento para “ser nervosa” é baseado na medicação, controle e comedimento. A forma de tratamento também distinguiu-se da oferecida ao louco - à nervosa, basta pedir que se acalme, enquanto com o louco é preciso gritar.

Por isso, eu tenho que tomar o calmante. [...] Só com remédio. [...] Eu preciso do remédio. [...] Eu tenho que me controlar [...] Por isso que eu tenho que me acalmar [...] Só que eu tenho que me acalmar. É só dizer “se acalma”, ou me botam lá que eu me acalmo e louca não, louca tem que berrar, dizer “Ah, ela tá matando”. (Rita)

Nessa perspectiva, o “ser nervosa” é tratado como algo do qual se pode melhorar, através da intervenção medicamentosa ou do controle comportamental. Esse último, podendo ser atribuído tanto à pessoa nervosa, como responsável por suas condutas, quanto a uma forma de atuação de terceiros, através de comandos verbais ou ações que levem à pessoa nervosa a locais mais calmos. Ainda diferencia-se o tratamento recebido do da loucura que, por sua vez, precisa de tratamento energético.

O “ser nervosa” também mescla-se com o “estar nervosa”, entendido em uma perspectiva acerca da situação em que se encontra, relacionado com tristeza, exaustão e sofrimento.

Eu tenho que entender que eu tô nervosa, é muita tristeza pra uma pessoa [...] Mas aqui [aponta para a cabeça] tá cansada moça. Tá exausto. [...] A vida só dá isso aqui ó, só escuridão cansa. Eu quero uma clareza, eu quero uma gargalhada que eu não escuto de ninguém mais. (Rita)

Dessa maneira, esse estado relaciona-se com um sofrimento profundo, correspondente ao que Barus-Michel e Camps (2003, p.63) definem de sofrimento na dimensão psicossocial, “sofrer de falta de reconhecimento, de exclusão, ser lesado em seus direitos, sua dignidade (em sua auto-estima), frustrado em suas necessidades vitais.” Diante disso, ressalta-se a importância de compreender a perspectiva da doença enquanto *illness*, ao passo que está ligada a um sofrimento existencial e a compreensão enquanto *disease*, baseada em sintomas, tem interpretações e possibilidades de cuidado limitadas.

Assim, ao se olhar para o “ser nervosa”, isso não pode ser feito exclusivamente através da lente de categorias que seriam supostamente “reais”, calcadas nos saberes médicos científicos ou psicológicos da modernidade. Se descolar dessas lentes é muito difícil e talvez, impossível, mas é preciso, pelo menos supor que elas não são eternas e, muito menos, absolutas (FONSECA, M., 2007).

#### 5.3.4 Surtos

Os surtos apareceram nas narrativas como a expressão de determinados comportamentos e, embora no setor profissional estejam muito associados a diagnósticos psiquiátricos, especialmente a esquizofrenia, nas experiências dos participantes, estiveram relacionados a momentos particulares em suas trajetórias. Assim, as interpretações sobre surtar e ter surtos refletiram esses momentos, as experiências e as formas de tentar lidar com as suas repercussões. Foram referidos como problemas de saúde, com sua descrição associada a cabeça ou ao cérebro. Apresentar o surto em uma localização concreta no corpo também permitiu explicar o seu funcionamento nessa estrutura como “apagar-se”.

Comecei a ter problema de saúde, ter surto, comecei a ter uns ataque lá. [...] Eu apagava, apagava... eu apagava minha cabeça, apagava. (Pablo)

Tive surto, fui parar no hospital de presos, da cabeça. [...] A minha filha ficou doente do cérebro [...] Começou a surtar (Elza)

Ao estabelecer relação entre o surto com estruturas como a cabeça e o cérebro, tem-se a reinterpretação do discurso do setor profissional, em especial da psiquiatria organicista, da perspectiva que os desvios do pensamento e do comportamento são apenas evidências de transtornos cerebrais.

A aquisição dessa concepção pelo setor popular é problemática ao passo que incorpora um discurso que, segundo Pessotti (2006), desvaloriza a subjetividade do paciente e a indagação psiquiátrica sobre a sua vida afetiva, graças à presumida produtividade creditada à psiquiatria dita biológica (a nova versão do velho organicismo) e ao DSM-5, de modo que o louco-sujeito, e a loucura como modo do “ser no mundo”, são assuntos da reflexão filosófica.

Assim, superar a organicidade significa entender que a vida psíquica, bem como o reflexo da função dos órgãos e tecidos do corpo, é o espelho da história do indivíduo, de como ele viveu, de decepções, gratificações, de sua dimensão social, experiências significativas, negativas ou positivas que marcaram sua existência (PICCIONE; CESARE, 2018).

A expressão dos surtos se deu através de comportamentos agressivos e contra algo ou alguém em episódios revelados por comportamentos imprevisíveis, intensos, relacionados a descontrole e agressividade.

Lá na clínica [psiquiátrica] lá eu começava a surtar, quebrar as cama, a quebrar os vidro lá, a enfrentar os enfermeiro, a jogar comida nas parede. [...] Toda vez que eu ia pra uma clínica, eu surtava. Enfrentava alguém, destruía as coisa. E eles não conseguiam me conter direito [...] Começava a atacar todo mundo, jogar as coisa nas pessoas. (Pablo)

[Narrando o episódio em que Luiz teve um surto e a agrediu] Também me cortou no pulso, a mão. Parei no hospital. Tive que tomar várias bolsa de sangue. [...] Vi que aqui [mostra o braço] tava aberto. Tava aparecendo o osso aqui, aqui também [...] Aí o Luiz queria entrar dentro da ambulância, só que ele teve um surto. Aí ele queria entrar. Eu disse: "Não, deixa ele vir". Os cara: "Não, ele não pode entrar na ambulância contigo porque ele teve surto. E a gente não sabe o que que ele tem, então ele pode terminar o serviço dentro da ambulância e tu não vai chegar viva". [...] [Referindo-se a quando a filha começou a surtar] Começou a brigar, a bater nas outras criança, morder...raiva. (Elza)

Essas formas de manifestação dos surtos colocam os indivíduos, na perspectiva da *sickness*, no lugar do louco que, naturalmente, é agressivo e perigoso. No imaginário popular, a identidade do doente mental está naturalizada e aparece como alguém perigoso, agressivo, mau, perverso, que não responde por si mesmo, fora da realidade e, além disso, não deve ser ouvido porque não sabe o que diz (JARDIM; DIMENSTEIM, 2007).

Em uma situação como a descrita por Elza, não se pode ignorar o fato que ela estava em risco e que precisava de atendimento em segurança. No entanto, essa noção de periculosidade, que coloca o louco como ameaçador, associado à perda da razão, à irracionalidade e à animalidade, do qual se deve proteger, é um critério generalizante usado para exclusão e segregação da loucura sem nenhuma contribuição no desenvolvimento da escuta. É ainda um critério inadequado, pois não considera que a imprevisibilidade é componente da natureza humana e não está limitada à loucura, embora esta carregue o sentido de medo e a necessidade de distanciamento social (WILLRICH et al., 2011).

É preciso considerar ainda que não há dúvida de que existem casos de alteração mental que levam a atitudes agressivas, no entanto, não se deve esquecer quantas vezes aqueles que estão sujeitos a estados de alteração mental estão sujeitos a engano e violência. A agressão, em todos esses casos, parece o de ser a reação a estados de medo, sofrimento e tensões insuportáveis (PICCIONE; CESARE, 2018).

Isso é percebido nos relatos, quando os surtos foram desencadeados por situações relacionadas a três aspectos: o primeiro relacionado a questões advindas do setor profissional - imposições e medo; o segundo a uma dimensão relacional e o terceiro está relacionado a condições desfavoráveis da vida cotidiana que causaram sofrimento, estando também associado a “pirar”.

Eu comecei tendo [surtos] por causa que a psicóloga, ela achava coisa que era em mim mas era tudo mentira. Daí foi por isso que eu comecei a ficar assim. Que ela botava coisas na minha cabeça, sendo que era mentira. Dizia que eu tinha tais problemas mas eu não tinha problemas. Daí eu comecei a surtar depois que eu vi que era mentira. Daí eu comecei a ter um tratamento diferente [...] [Referindo-se a quando estava na clínica psiquiátrica] Achando que as pessoas queriam fazer mal pra mim. Eu começava a agredir todo mundo, achando que alguém ia me machucar. Eu ficava com medo das pessoas na minha volta. Eu era inseguro. (Pablo)

[Referindo-se ao motivo de a filha ter surtado] Porque eu não falei direito [(sobre a morte do pai)]. Não falei com carinho, não soube explicar e ela sentia falta do pai dela. (Elza)

Ele [marido] tá com o joelho machucado e fica com aquela bengala com 50 anos, me segura moça, como é que eu não vou pirar? 50 anos com bengala. Tem gente com 90, tá até correndo. [...] Daí o Heitor [quem oferece a oficina para que ela e o marido durmam] pega e quase diz “Não vem” [referindo-se a que ele poderia dizer para que não fossem mais dormir lá], vê se não é de pirar, moça, por isso que eu surtei ali. [...] É de pirar, moça, eu não sei como é que eu não pirei. (Rita)

No primeiro aspecto, o surto é entendido como uma inconformidade com a interpretação dada, na perspectiva do setor profissional, pela psicóloga, ao estabelecer uma *disease*, sem a percepção e a validação da pessoa foco dessa interpretação, gerando um conflito. O contexto do setor profissional é percebido como violento, assustador, causando medo e insegurança. Assim, o surto foi uma reação, um meio de defesa, para esse cenário, interpretado como iatrogênico.

O segundo aspecto diz respeito a uma dimensão relacional, na qual o surto é consequência da falta de sensibilidade ao comunicar-se e ao tratar da pessoa. A expressão do surto, nesse caso, está relacionada a sentimentos (ou a falta deles), como carinho e compreensão.

O último aspecto relaciona-se com o sofrimento causado pelas condições hostis do dia a dia, de modo que o surto manifesta-se enquanto consequência dos problemas da vida. Assim, surtar e pirar referem-se a ter alcançado o limite de suportar as dificuldades; o surto é a expressão final de quem não aguenta mais lidar com as mazelas do cotidiano.

Ainda que não descreva como, Pablo menciona sobre receber um tratamento diferente após apresentar o primeiro surto.

Daí eu comecei a surtar depois que eu vi que era mentira [referindo-se sobre a psicóloga colocar coisas em sua cabeça]. Daí eu comecei a ter um tratamento diferente. (Pablo)

Assim, contextualiza-se a situação de ter surtado, provavelmente, entre o final da infância e o início da adolescência, no local onde morava (em uma instituição de acolhimento para menores) e considera-se a repercussão desse fato, que mudou seu *status*, levando as pessoas a tratá-lo de maneira diferente à época. Entende-se, diante disso, que as pessoas, possivelmente, passaram a tratá-lo não de forma acolhedora

e sensível, mas com o preconceito que está arraigado na sociedade, que afasta aqueles que possuem transtornos mentais.

Em relação às formas de tratamento possíveis para os surtos, baseiam-se em atitudes compreensivas de pessoas próximas, medicação e sentimentos como amizade e carinho.

Comecei a tentar aprender um pouco mais sobre o Luiz. O Luiz teve vários surtos e agora a gente tá tentando tratar isso. [...] [O Luiz] Vai começar a tomar hoje a medicação pra cabeça e vou tentar ajudar ele, pra que ele possa melhorar. Medicação, amizade, carinho. (Elza)

Considera-se que há, assim como os fatores desencadeantes, uma perspectiva biologicista, relacionada a medicação e outra relacional, ligada a compreensão e disposição em ajudar. Essa última relaciona-se a um lócus de cuidado mais integral, ampliado, que remete, em alguma medida à novas formas de olhar as crises em saúde mental.

Contudo, quando se trata de pessoas em situação de rua com transtornos mentais ainda se está muito aquém de algumas propostas que vêm sendo discutidas na saúde mental como o Diálogo Aberto<sup>12</sup>. É preciso avançar nesse sentido para que em experiências, como os surtos, essas pessoas possam ter os seus cuidados garantidos e da maneira mais dialógica e em rede possível.

### 5.3.5 Uso de drogas

O uso de drogas faz parte da experiência pessoal e familiar dos participantes e se manifesta na utilização de drogas ilícitas e lícitas como o álcool e medicamentos. A interpretação desse uso se dá em quatro perspectivas: enquanto um vício, um recurso ao mal-estar, associado a violências e como empecilho aos projetos de vida.

O uso de drogas é interpretado como um vício e descrito como um processo que envolve a transição do uso controlado e social para o uso problemático da substância, desenvolvido através do uso continuado ou do uso de outros tipos de

---

<sup>12</sup> O método do Diálogo Aberto foi desenvolvido por Jaakko Seikkula e sua equipe, no início da década de 1980, na Finlândia, para o enfrentamento da crise psicótica. O Diálogo Aberto engloba uma filosofia e um conjunto de práticas que se diferem radicalmente das convencionais, contribuindo significativamente para o processo de desinstitucionalização. Esse novo método propõe uma mudança significativa, ao fazê-lo de modo que nenhuma decisão seja tomada sem a participação do paciente e sua rede e reduz o consumo de psicofármacos (KANTORSKI; CARDANO, 2017).

drogas. Nessa interpretação, também há gradações do vício e, relacionado a esse, também relata a síndrome de abstinência enquanto consequência do vício.

Aí depois comecei a usar droga. Eu achava que era bom, que eu via todo mundo usar. Mas eu não sabia a vida que levava. Eu fui ver depois, mas daí comecei a usar. Mas daí no início eu usava, assim, ninguém dava bola. Ninguém... não sentia aquela abstinência. Eu usava, assim, como se fosse fumar cigarro, ou tomar um copo d'água. Tomava, assim, deu. Passava. [...] E, tipo, aí do nada deu vontade, assim: "Ah, eu vou dar uma usada nessa droga" Aí disse: "Ah, deixa eu usar uma vez. Já usei, mas faz tempo que eu não sei como é que é." E foi daí que eu comecei a bater o vício. Aí foi onde comecei a sentir mais vontade de usar. Que nem o pessoal chama de viciado, né? Que quer mais e mais. Aí peguei e comecei a usar, usar, usar. Aí eu parava... Eu pegava e ficava um tempo bom mas depois já voltava pra droga. Quando eu melhorava de vida, voltava pras droga. Aí eu... tá. Comecei a ficar nas droga, nas droga. (Pablo)

Eu cheirava uma loló. Não era tão viciada, mas tinha outras amigas que eram mais viciadas assim. Eu cheirava mas só pela companhia mesmo. (Elza)

Tinha meus vício da droga mas tava bem. Mas depois que parti pra outra droga aí perdi tudo. (Luiz)

O conceito de vício esteve ligado ao setor profissional desde a década de 1950 devidos a estudos com processos químicos cerebrais, inicialmente observado através da "hipótese dopamina do vício" (HART, 2014). Embora a incorporação dos termos seja advinda do setor profissional, o vício passa a ser entendido em uma perspectiva do setor popular como, segundo Santos (2016), o contrário de virtude, sendo utilizado para pessoas que contenham hábitos repetitivos de se praticar atos, tidos em sua maioria categorizados como errados e que, conseqüentemente, traz prejuízos a ele e quem o rodeia.

A partir dessa interpretação, ser viciado denota sentido negativo, porém não necessariamente problemático. Contudo, quando esteve relacionado a essa forma de uso, os participantes relacionam a repercussões desfavoráveis em suas vidas. E, embora não haja um limite definido entre o uso controlado e o vício, esse último está também relacionado ao tipo de droga utilizado, havendo o que seriam drogas mais "fortes" e mais "fracas".

Na perspectiva do uso de drogas enquanto recurso ao mal-estar, esse passa a ser interpretado como uma alternativa para aliviar a tristeza e a decepção, atuando como forma de reprimir os sentimentos negativos proporcionados por situações desagradáveis.



Eu tomo [vinho], ontem eu tomei, eu e o Miguel [marido], porque eu tô triste, moça. A gente tomou um vinho, eu tô infeliz sem a minha filha, eu tô na merda da merda e esperando comida que não veio [...] Daí eu tomei de depressão, sem a minha filha, que a minha sogra me odeia, a minha irmã é uma esnobe. (Rita)

Eu volto pras droga porque alguma coisa me decepçiona. Alguém que não faz bem pra mim. Daí eu me sinto mal e quero voltar pras droga. (Pablo)

Nessa perspectiva, o uso de drogas atenua o sofrimento, sendo entendido como uma opção para barrar, mesmo que momentaneamente, o que pode estar sendo insuportável, atuando como medida paliativa. Da mesma forma, estudo realizado por Lima et al. (2018) mostrou que o uso de drogas pode ser um mecanismo de fuga utilizado pela pessoa para fugir da realidade ou para minimizar sofrimentos e aliviar as perdas sofridas, de modo que a droga passa a fazer parte da história de vida das pessoas.

Ainda como recurso ao mal-estar, o abuso de medicações mostrou-se como uma estratégia de sobrevivência aos domínios de precariedade da vida, sobretudo neste caso, no contexto penitenciário.

Aí fiquei lá [na prisão], me dopando de remédio. Aí daí comecei a me dopar de remédio, não ia mais pro pátio, ficava trancado dentro da cela, dormindo. Dormia no Natal, no Ano Novo. Eu dormia pra não comemorar porque não é fácil a pessoa passar o Natal e Ano Novo sem a família do lado. Sozinho, em quatro paredes com uma gradezinha pequena. E meu aniversário também passei na cadeia, passei dormindo. Não levantava nem pra comer. (Pablo)

O uso de psicotrópicos têm se tornado um dispositivo importante na análise do funcionamento do sistema prisional e da saúde prisional, ao ser empregado para resistir ou intensificar a mortificação causada pela prisão (FREITAS; CALIMAN, 2017), manifestada em elevado número de presos que solicitam medicação para dormir, tranquilizante para se acalmar, remédio para tirar a angústia, remédio para depressão (FEITOSA et al., 2019). Nesse contexto, mesmo datas comemorativas perdem o sentido e a medicação atua como um meio de insensibilizar-se à realidade.

Além disso, há um movimento de medicalização institucional no qual a prescrição do psicotrópico visa alcançar um ponto de normalização, tornando-se conveniente medicar e anestesiá-los os presos (FREITAS; CALIMAN, 2017). Isto, assim como a disciplina descrita por Foucault (1986), que permite o controle das operações do corpo e lhe impõem uma relação de docilidade-utilidade, fabricando corpos dóceis, declara que preso medicado não dá trabalho.

O uso de drogas associado a violências aparece relacionado principalmente a experiências de agressividade, nas quais pessoas próximas, como mãe e marido, alteravam seus comportamentos em função do seu uso. Nesses casos, o uso de drogas é a base explicativa para tais condutas que, no entanto, também associam-se a outras condições afetivas e comportamentais como rebeldia, raiva e tristeza.

Minha mãe me bateu muito quando era criança, por causa da bebida e daí a pessoa que tem alcoólica, é rebelde, com raiva, sei lá, tristeza. Então, ela bebe, até hoje ela se avança em mim. [...] Ela começou a vender as coberta pra beber, começou a vender as panelas pra beber. (Elza)

Ele [marido] me batia, bêbado, drogado. [...] Ele começava a me bater, que ele bebia cachaça com droga. (Sarita)

Junto a isso, na base explicativa da mesma situação, há um dúvida, na medida em que, ao mesmo tempo que o uso de drogas justifica determinados comportamentos, aparece também uma interpretação de cunho moral para descrever a pessoa que usa drogas e suas atitudes, a partir da qual são utilizados termos com avaliação moral, como “bêbado”, “drogado”, “sem vergonhice”, “arriamento” e “provaecimento”.

[Referindo-se a um episódio em que enfrentou o marido quando ele chegou em casa e tentou violentá-la] Aí um dia eu tava com medo dele, aí ele chegou, aí eu já preparei uma faca dentro da pia, pra ti ver que a sem vergonhice, um pouco era arriamento, ele pegou, tenho até uma marca aqui, ó. Aí ele pegou e veio pra me dar um soco. E eu sou ligeira na mão, eu botei a mão assim e fiz assim. Daí ele saiu pra trás. Como é que ele não tá, atinou a sair pra trás, um pouco é provaecimento. Daí ele ficou mais umas duas semana bom. Aí começou de novo. Aí eu tentei fazer tudo pra salvar ele, mas ele se atirou nas droga. (Sarita)

Nessa perspectiva, coloca-se o uso de drogas tanto enquanto justificativa do comportamento violento, quanto uma conduta intencional.

O consumo e a associação de drogas também esteve relacionado a violência em um contexto diferente, de violência sexual, no sentido em que levou à uma situação de vulnerabilidade da vítima.

Quem me estuprou foi o meu pai mas ele não é meu pai. O juiz alegou que ele não é meu pai biológico. Uma porque ele não me registrou e outra pelo DNA de sangue. Porque quando eu tinha 14 anos eu fugi da Casa Lar e eu fui morar com a minha tia e com ele, achando que ele queria meu bem, mas não. Ele me ofereceu uma droga, maconha com crack e depois me abusou. Porque eu tinha problema na cabeça, fazia o que todo mundo dizia. (Pablo)

O uso de drogas nessas situações caracteriza o termo *drug-facilitated sexual assault* que, de acordo com Anderson, Flynn e Pilgrim (2017), refere-se à violência sexual em que a vítima está incapacitada e/ou incapaz de prover consentimento ao ato sexual como resultado do consumo de droga ou álcool. Isto, no Brasil, enquadra-se como crime de estupro de vulnerável (BRASIL, 2009c).

A incapacidade de Pablo de se proteger em relação a conduta violenta e abusiva gerou uma condição de vulnerabilidade à violência sexual. Nesse sentido, Barbosa, Souza e Freitas (2015) expressam que pessoas com transtornos mentais são vítimas recorrentes de violências sexuais, uma vez que possuem sua saúde sexual negada ou omitida por serem consideradas assexuadas ou como tendo uma sexualidade fora de controle.

Além disso, o abuso sexual infanto-juvenil deixa consequências que estão presentes em todos os aspectos da condição humana, deixando marcas físicas, psíquicas, sociais, sexuais, entre outras, que poderão comprometer seriamente a vida da vítima (FLORENTINO, 2015). E, no caso de Pablo repercutiu na discriminação sofrida por sua opção sexual, uma vez que o estupro foi considerado, por alguns, a causa para a homossexualidade.

Uns pegaram e me discriminavam pela minha opção sexual e diziam: "Ah, tu foi estupro pra ser gay." Não, eu não sou porque eu fui estupro. Eu já fui estupro, mas não foi por isso que eu sou. Foi porque eu sempre quis. Nunca tive relação com mulher. Nunca gostei, nunca tive interesse. (Pablo)

O estupro como causa da homossexualidade é discutido por Lacerda, Pereira e Camino (2002), ao investigarem a ancoragem social do preconceito nas explicações da homossexualidade, como psicológica, sendo formada pela crença de que está relacionada, sobretudo, aos traumas sexuais vividos na infância.

Ainda que seja uma interpretação de discriminação socialmente arraigada e manifestada nas diversas formas de preconceito que os homossexuais vivem, Pablo foi capaz de assumir quem é, expressar sua sexualidade como seu desejo e isso exige coragem no país em que a cada 20 horas uma pessoa LGBT (lésbicas, gays, bissexuais e transexuais) é brutalmente assassinada ou se suicida vítima da LGBTfobia (MOTT; MICHELS, 2018). Além disso, embora não se tenha dados oficiais sobre a população em situação de rua, a homossexualidade é muito estigmatizada e a violência em relação as pessoas LGBT em situação de rua é muito grande.

O uso de drogas também foi entendido como um empecilho aos projetos de vida, levando a falhas nos objetivos e relacionamentos. A relação com pessoas que também faziam uso contribuía no contexto de dificuldades.

[Referindo-se a quando foi tentar a vida em São Paulo] Muitas drogas, muitos morador de rua e isso acabou eu falhando. [...] E tentava encontrar uma pessoa, assim, uma mulher que não usasse droga. E sempre tinha mulheres que usava droga, então não durava muito tempo com elas. Porque se eu queria deixar, desenvolver, com pessoas que use, é mais dificuldades ainda. [...] Eu falhei, usei droga lá dentro [do albergue] e acabei perdendo a vaga. Fui desligado e voltei pra rua de novo. (Luiz)

Diante disso, percebe-se que o uso de drogas, inserido em um contexto de vulnerabilidade social, esteve associado a dificuldade de realizar-se, alcançar seus objetivos e desenvolver seus planos. O uso de drogas, nesse sentido, traz consigo a consequência de desorganização da vida e assume um papel de adversidade ao desenvolvimento do sujeito.

Ainda, considera-se a rede social do indivíduo como um fator de risco ou de proteção que pode atuar deixando o sujeito em condições mais vulneráveis aos problemas relacionados ao uso de drogas e, por outro lado, como fator potencialmente de proteção, representa as condições para que o sujeito, mesmo tendo contato com a droga, consiga se proteger e não fazer uso prejudicial (BORGES et al., 2017).

Por fim, verificou-se nas narrativas uma preocupação em relação a associação entre drogas, principalmente bebidas alcoólicas e medicação. A interpretação de que não devem ser combinadas está fundamentada em que tal combinação é nociva à saúde e pode causar consequências.

“Eu tô com depressão, preciso que tu pare de usar droga porque preciso parar de usar droga, eu preciso tomar minha medicação.” [falando para o companheiro Alex]. Essa medicação que eu tomo não pode tá com álcool no sangue porque ela dá ataque cardíaco. (Elza)

Se eu quiser eu consigo cachaça, eu que não quero, que eu nem posso por causa do remédio. (Rita)

Diante disso é preciso considerar que há um universo que envolve a terapêutica que é determinada pelo setor profissional e que as drogas prescritas por esse setor podem ser associadas ao uso de outras drogas. Aos usuários, cabem escolhas: acatar ao tratamento do setor profissional parando de usar outras drogas ou enfrentar consequências danosas. E ao setor profissional cabe considerar, quando prescreve,

que a população em situação de rua vive em um contexto dinâmico no qual realizar tais escolhas não é tão simples.

### 5.3.6 Comportamentos suicidas

O comportamento suicida abrange um espectro de ações que podem, ou não, culminar no suicídio. Nessa pesquisa, serão abordados a autolesão, os pensamentos suicidas e as tentativas de suicídio. Ainda que tenham ocorrido também antes de os participantes estarem em situação de rua, é importante destacar que a população que vive nessa condição se expõe a constantes e diversas situações que levam a comportamentos suicidas. De acordo com Castro et al. (2019), além de serem pessoas estigmatizadas e em geral, invisíveis às políticas públicas, apresentam a tristeza, o sofrimento, a desesperança, doenças, especialmente a depressão e o uso problemático de drogas como fatores que podem desencadear esses comportamentos.

A definição de autolesão aqui apresentada refere-se a um comportamento sem a intenção de morrer e consiste comumente em cortar-se repetitivamente, queimar-se, friccionar-se, entre outras ações lesivas (TURECKI; BRENT, 2016). Nas narrativas, a autolesão foi manifestada através do ato de cortar-se e está relacionada a três dimensões de interpretação: um problema de saúde, um tratamento para o sofrimento e associada a crença religiosa.

Na primeira perspectiva, a experiência de cortar-se é tida como um sintoma e percebida como parte de um problema de saúde, juntamente com outros como surto, ataque e depressão.

Lá [na Casa Lar onde morava] eu peguei, comecei a ter problema de saúde, ter surto, comecei a ter uns ataque lá. Começava a me cortar, entrar em depressão. (Pablo)

Compreender a autolesão nessa perspectiva implica em entendê-la como uma manifestação de sofrimento e de mal-estar e, no caso de Pablo, associado a também outras condições que possivelmente lhe causavam sofrimento. Assim, olha-se para a autolesão sob um ponto de vista que, segundo Bizri e Azevedo (2014), é uma mensagem que o sujeito encontrou para representar suas angústias, seria uma transferência da dor interna, psíquica para a dor física. Pode-se pensar, então, nesses

cortes sobre a pele, que usam de um processo doloroso como passagem, como marca, um reflexo sobre os afetos humanos, como expressão do mal estar que não pode ser expresso em palavras.

Em outra perspectiva, a autolesão configura-se enquanto último recurso depois de outros que aliviam o sofrimento e que, em sua ausência, levam à depressão – medicação, álcool e drogas ilícitas. Assim, preenchendo o espaço ocupado por substâncias geradoras de prazer, bem-estar e euforia, a autolesão assume também essa função.

Começa [a se cortar] quando eu paro de tomar os remédios, começo a beber, usar drogas. E quando acaba a bebida e a droga e sem a medicação aí leva à depressão e eu começo a me cortar. Sinto bem-estar, prazer, uma euforia. (Luiz)

Assim, associada a essa perspectiva, a autolesão atua como tratamento, aliviando o sofrimento, sendo essa uma das principais motivações para que as pessoas provoquem autolesões (TARDIVO et al., 2019; TURECKI; BRENT, 2016; ARCOVERDE, 2013). Além disso, a autolesão tem a função de induzir uma sensação de prazer, uma espécie de “barato”, tal como se consegue atingir com o uso de certas substâncias (CÂMARA; CANAVÊZ, 2020).

Além dessas sensações, a descrição de outras como “forças para continuar” e “obrigação” levam à terceira interpretação sobre a autolesão, relacionada a crença religiosa.

Não é pra tirar a própria vida, é mais pra, como se me desse forças pra eu continuar. Tipo, sei lá, uma obrigação. Essa voz fala pra mim que quanto mais obrigação eu fizer, mais as coisa vai melhorar. E é isso que eu tô vendo. Uma promessa que ele falou pra mim, uma promessa que eu pedi a ele em 2017, ele foi me dar agora, em 2019. [...] Porque como ele [Exu] vai me dar as coisas que eu tô pedindo, se eu não tô tendo condições de dar as coisas que ele quer. (Luiz)

Nessa perspectiva, a autolesão passa a ser uma troca com a entidade que, como retribuição à prática, passa a atender as solicitações e oferecer condições melhores de vida. Dessa maneira, além das sensações positivas causadas pela autolesão, há também a crença religiosa que oferece expectativas positivas, considerando a prática auspiciosa.

Diante disso, acolher a interpretação positiva da autolesão traz um paradoxo irreconciliável para as práticas do setor profissional, na medida em que podem levar a lesões graves, infecções, doenças e a possibilidade de suicídio, ou seja, esse setor

sempre interpretará as autolesões de maneira negativa e tentará suprimir esse comportamento.

Há de se considerar ainda outra perspectiva dessa problemática, ao compreender os motivos pelos quais os sujeitos alegam que se lesionam – porque faltam medicamentos, porque não há suporte para lidar com o sofrimento, porque não há perspectiva de melhores condições de vida. Assim, a falência dos diversos setores faz com que a pessoa busque e encontre alívio nessas práticas e permite repensar, enquanto setor profissional, que reprimir a autolesão enquanto sintoma não é suficiente, ao passo que está ligada a diversos outros fatores.

Os pensamentos e tentativas de suicídio estão relacionados, respectivamente, a ideias sobre a morte ou desejo de estar morto e comportamentos potencialmente prejudiciais associados a pelo menos alguma intenção de morrer (TURECKI; BRENT, 2016).

Os pensamentos suicidas estiveram associados à depressão e à falha do tratamento medicamentoso e propuseram também uma saída para acabar com o sofrimento vivido no dia a dia.

Porque se eu falhar o tratamento [referindo-se ao uso da medicação] então leva a depressão, leva à vontade de não querer viver. (Luiz)

E aí eu não sei como eu não me mato [referindo-se às suas condições de vida], que não é pra se matar, que tá na Bíblia. (Rita)

Os contextos de sofrimento, tristeza e desesperança e a depressão relacionam-se ao comportamento suicida e o tratamento medicamentoso e a religiosidade atenuam o seu impacto. Nessa direção, o estudo de Santos et al. (2016) demonstrou que a satisfação com a vida, a depressão e o compromisso religioso podem ser considerados como componentes da dimensão risco e proteção frente à ideação suicida, que se configura como um fenômeno cuja explicação se fundamenta em um modelo multidimensional.

As tentativas de suicídio, foram descritas nas narrativas através da ingestão de medicamentos, saltar de viaduto e por afogamento.

Na Casa Lar eu pegava e tomei todas as medicação. Toda vez que eu ia tomar remédio eu tomava tudo de uma vez só. (Pablo)

Depois que eu ia me jogar do Viaduto da Redinha, lá em Natal, Rio Grande do Norte. Aí parou uma viatura da polícia, perguntou o que eu tava fazendo naquele local. Eu disse: "Não, eu acho que vou pular aqui." Ele disse: "Não, não faz isso. Não tira tua vida." (Luiz)

Daí eu queria até me matar no Guaíba [rio da cidade], isso faz uns 20 anos, 18. E daí o Miguel: "Porque tu tava querendo se matar por causa daquele Enzo<sup>13</sup>". (Rita)

Entende-se a tentativa de suicídio como uma resposta e uma consequência dos sofrimentos sociais e da violência, sendo ela própria um ato comunicativo que diz algo sobre a pessoa, a sociedade e o mundo (NAGAFUCHI, 2019). Assim, mesmo que não tenham sido expressas interpretações nas narrativas sobre o fato, a tentativa demonstra que a maneira de lidar com situações que possivelmente estavam no limite do sofrimento, foi tentar acabar com a própria vida.

De maneira geral, os comportamentos suicidas foram tratados nas narrativas de forma breve, com poucos detalhes e objetivamente. De acordo com Jovchelovitch e Bauer (2017), pode haver uma subprodução de narrativas, independentemente da riqueza da experiência, em situações que podem ter sido traumáticas, por produzirem uma renovação do sofrimento e da ansiedade associados com a experiência narrada. Dessa forma, durante as entrevistas, mesmo na fase de questionamentos, essa temática não foi aprofundada ou explorada, entendendo que não faria sentido, naquele momento, pedir que rememorassem de maneira não espontânea as experiências associadas a esses comportamentos.

Assim, diante das interpretações de doença apresentadas, o sistema explicativo da psiquiatria é reinterpretado pelos participantes a partir de suas experiências e da forma como essas interpretações são traduzidas no setor popular. Considerou-se as experiências subjetivas de sofrimento e as maneiras próprias de abordar, lidar e legitimar as experiências associadas a suas *illnesses* e a de outros, inseridas em sistemas não só biológicos, mas culturais, sociais, políticos e econômicos. Portanto, abordar a experiência na perspectiva da *illness* permitiu reconhecer dimensões importantes do sofrimento e do tratamento que escapam ao olhar em uma lógica de diagnóstico/cura.

---

<sup>13</sup> Enzo era o companheiro anterior de Rita e, segundo sua fala: "O Enzo dava em mim né, eu gostava muito dele e ele não me valorizou e eu perdi um filho dele na barriga. Daí eu tava tomando já remédio, comecei a tomar por causa do Enzo, nunca tinha tomado."



## 5.4 Itinerários terapêuticos

A análise das trajetórias individuais, no seu conjunto, possibilitou a reconstrução da trajetória coletiva dos participantes e obteve-se ITs plurais, que serão apresentados na perspectiva dos setores de cuidados de saúde popular, *folk* e profissional. Considerar-se-á os setores em uma compreensão que inclui os fatores externos dos sistemas de saúde que, segundo Kleinman (1980), abrangem determinantes políticos, econômicos, estruturais sociais, históricos e ambientais.

É importante de se considerar que em populações de baixa renda, os processos de escolha, avaliação e aderência a determinadas formas de tratamento são complexos e difíceis de serem apreendidos se não for levado em conta o contexto dentro do qual o indivíduo está inserido, sobretudo diante da diversidade de possibilidades disponíveis (ou não) em termos de cuidados em saúde (GERHARDT, 2006). Frente a isso, cada setor foi analisado, levando em conta que as trajetórias fazem parte de um contexto, composto de diversos atores, eventos e experiências, que levaram a diferentes formas de enfrentamento, interpretações e escolhas, resultando em ITs amplos, diversificados e dinâmicos.

### 5.4.1 Setor popular

Esse setor foi representado pelos seguintes recursos de busca por cuidado: família, rede comunitária e trabalho. O cuidado se deu a partir da relação com pessoas, com lugares e de atividades, através de uma rede estabelecida com organização, propósito e lógica própria.

#### 5.4.1.1 Família

A família apareceu como figura fundamental por oferecer apoio e acolhimento, em uma forma de cuidado que era operacionalizada no cotidiano. Ainda que assumam importância afetiva expressiva, as vivências familiares como recurso de cuidado foram estabelecidas em trajetórias do passado, não adquirindo esse papel predominante atualmente.

Assume-se, para as trajetórias iniciais, como concepção de família o sentido popular, de pessoas aparentadas, particularmente o pai, a mãe e os filhos, ou ainda,

pessoas de mesmo sangue, ascendência, linhagem, estirpe ou admitidos por adoção (PRADO, 2013). Assim, como parte desta rede de cuidados, as figuras familiares apontadas com maior participação nas trajetórias da infância e adolescência foram o pai e os avós.

A figura do pai surgiu relacionada a uma ausência das mães por problemas ou dificuldades que essas apresentaram, como alcoolismo e “dos nervos”. Assim, o pai assume uma centralidade na perspectiva tanto material quanto afetiva.

Meu pai era motorista de ônibus e a minha mãe era dona de casa. Meu pai era minha mãe e meu pai. Minha mãe vivia no hospital, ela tinha problema de nervos [...] Ele era assim [sinal de mão fechada] mas se tu chegasse na casa dele comigo, ele botava comida na mesa. [...] Eu não gostava que maltratasse meu pai, era tudo pra mim, até hoje ele é tudo pra mim. [...] Todas essas histórias se resumem no meu pai, eu amo ele até hoje. (Sarita)

Ela [a mãe] andava por essas valeta bêbada comigo no colo. Aí minha vó chamou meu pai que disse: “Ó, tem que levar a Elza porque a Catarina [mãe] tá andando com ela de madrugada, pode cair, machucar essa criança”. Aí meu pai me levou. [...] Se mudou pra outro lugar só que ele levou eu pra morar com ele. [...] Era uma vida boa com meu pai. Muito querido. [...] E ele ficava sentado no pátio, cuidando a gente, tomando chimarrão, fumando o cigarrinho dele. Sinto saudade dele. [...] Ele fez um fogão a lenha de tijolo e a gente cortava, enrolava as couve, pegava umas batata e eu fui aprendendo a fazer comida de brincadeira, aprendendo a fazer comida de verdade. Foi esse jeito que ele achou de me ensinar a fazer uma comida. (Elza)

Os relatos destacam a figura masculina no papel, no caso, o pai, enquanto cuidador e educador. Apesar de haver uma disposição no senso comum de uma sociedade patriarcal a naturalizar o lugar das mulheres como cuidadoras da família, no caso de Elza, ocorre uma idealização da figura do pai, cuja imagem é construída como íntegra e correta, quase perfeita. Essa idealização evidencia-se a partir do relato de atitudes de violência e de pedofilia por parte do mesmo, acompanhadas de justificativas que minimizam a sua responsabilidade sobre esses atos.

Ele batia nela [na mãe] de facão, que ela ia bêbada. Ela queria entrar pra dentro de casa, mas ele não queria deixar ela entrar. Às vezes ela ficava com a perna, metade da perna e metade do corpo, pra dentro, tentando entrar, e ele segurando a porta pra ela não entrar e falando pra ele, pra ele não judiar dela e ele falava “Mas eu não tô fazendo nada pra ela, tá vendo? Eu só tô segurando a porta pra ela não entrar, ela que tá empurrando a porta”. [...] Ele levava muita menina pra ficar com ele, fazer programa, essas coisa todas. Pagava as gurias pra ficar com a gente, elas ficavam pouco tempo porque a maioria menina drogada, que anda com um, com outro. [...] Meus irmão não queriam que ele ficasse com uma guria de menor. Até porque é abuso, né? Abuso sexual. Um homem de cinquenta anos ficar com uma menina de treze anos... tem pessoas que não enxergam muito bem. Muitos caras ficaram contra ele, começaram a botar apelido nele, até pela inveja, de ele ter as

coisinhas dele. [...] Meu pai ia trabalhar. A minha mãe mesmo assim, indo me ver, com certeza tinha relação com meu pai. Ele não deixava de tirar casquinha, homem é muito mulherengo, que não fica com as mulheres. [...] E aí meu pai me bateu, me bateu, bateu...meu pai quase me matou, sabe que ele me bateu com a tranca da porta que eu fiquei jogada no chão, parecia que tinha quebrado as minhas perna de tanto que ele me bateu. Tava cansado, mais problemas de repente. (Elza)

A lembrança das experiências agradáveis, apesar dos contextos por vezes desfavoráveis e a idealização do pai como um herói, cultivando suas qualidades e encobrindo suas falhas, demonstra sua importância enquanto rede de apoio.

Os avós também assumiram o papel de cuidadores, participando da criação, fornecendo apoio à família em momentos em que os pais estiveram ausentes ou não possuíam condições de criar os filhos. As experiências vividas com os avós despertam lembranças positivas, retratadas através de momentos de brincadeiras, de refeição e ao adormecer.

O meu pai viajava muito. E a minha mãe deu meningite quando eu nasci. Daí a mãe ficou *ugh* [com sequelas]. E o nosso vô nos criou. O nosso pai criou, mas o nosso vô nos criou desde nenê, acho que até trocava fralda. [...] E o meu vô acho que me dava amor. [...] Nós brincava com nosso vô, nós fazia assim na barriga dele *vrrr* [risos]. Eu me lembro até hoje. Nós brincava, pulava e ele: "Para de pular". O vô paterno, nós brincava com ele. [...] Se bobear, brincava até contigo, ele era bem brincalhão. (Rita)

Eu tive uma época que meu pai teve que viajar que eu fui morar com a minha vó. Foi muito gostoso, morar com a minha vó porque ela fazia aquela comidinha gostosa, saía pra trabalhar. Vó é vó. [...] Ela vinha, cobria a gente [refere-se aos seus primos que também ficavam na casa da avó] e botava uma balinha quadradinha dessas de mumu, uma balinha na boca de cada um e tapava cada um, assim, e aí deu. Aí já era. Ela vinha pro centro, comprava, tem umas tripinhas de óculos de criança e tudo o que ela comprava pra um, ela comprava pra todos. (Elza)

Em outra situação, a avó assumiu a função materna por intermédio de processo judicial. Em casos como este, em que há a responsabilidade dos netos através da guarda judicial, há uma expressão de desorganização do núcleo familiar, que leva à intervenção do poder judiciário, buscando atribuir a guarda a quem melhor oferecer condições (PRADO; SOUZA, 2015).

Eu morava com a minha vó, a minha vó por parte de pai, na [vila] Mário Quintana. Aí depois teve um debate com a minha mãe, referente a nossa guarda. Daí passou por Conselho Tutelar, pro juiz da Primeira Vara da Infância e da Juventude, deu a guarda minha e da minha irmã pra nossa vó. (Pablo)

A família também apareceu representada pela irmã, pela tia e pela mãe. Essas figuras representam o apoio em momentos de adversidades e assumem papel fundamental nas trajetórias, ao oferecer cuidado na forma de abrigo, recursos materiais e escuta.

Eu e a minha irmã somos muito apegado um no outro. [...] Aí comecei a ficar em contato com minha irmã e dizia pra ela que eu não aguentava mais essa vida [de estar em uso de drogas], que eu não conseguia parar porque eu ficava com mais vontade de usar. E ela veio e me buscou. [...] Minha irmã comprava tudo pra mim, me deu um quarto pra mim, me deu telefone, me deu roupa, me comprava até cigarro pra mim. [...] E ela me dava de tudo, ela chorava quando eu surtava e queria ir embora, ela chorava. Um dia ela saiu de noite, de pijama, chorando atrás de mim. [...] [Depois que saiu da prisão e voltou para Porto Alegre] Fiquei com a minha irmã, mas daí eu saía da casa dela pra usar droga. Voltava pra casa dela. (Pablo)

Um dia eu fui pra Torres com oito anos, que a minha tia me criou. [...] Me criou, que ela vivia querendo me fazer o bem. [...] Minha tia sempre me salvando, sempre me ajudando. (Sarita)

Aos dezessete ano comecei a beber, usar drogas e acabei saindo da casa da minha mãe. [...] [Em Natal – RN] Conseguiram passagem e eu acabei voltando pra casa de novo, da minha mãe. Ainda cheguei com um trocado no bolso, ajudei ela também. [...] Aí, depois eu retornei pra casa [da mãe], em 2011, em setembro. [...] Aí 2012 eu fiz outra viagem, pra São Luís do Maranhão, e retornei em novembro, no mesmo ano de 2012, retornei pra casa [da mãe] de novo. [...] 2013 fiquei o ano todo na casa da minha mãe. [...] 2014 fui pra São Paulo, fui tentar a vida lá em São Paulo. [...] Então eu retornei pra casa no dia 10 de janeiro de 2015, eu voltei pra casa [da mãe] de novo [...] A pessoa importante que foi na minha vida, que é, só minha mãe mesmo, me colocou no mundo. Só ela mesmo. Única pessoa que foi importante na minha vida. (Luiz)

Os vínculos familiares foram estabelecidos como parte dos ITs nas trajetórias da infância e da adolescência, por configurarem-se como recurso de apoio nessas fases da vida, em que os participantes ainda estavam inseridos em um sistema familiar, compartilhando a sua organização, seus sentidos e seus valores, dentro do contexto que se encontravam.

No entanto, no decorrer das trajetórias de vida, a família vai perdendo sua centralidade enquanto recurso na busca por cuidado e os vínculos familiares foram fragilizados ou rompidos. Essa é uma realidade entre a população em situação de rua, constatada, por exemplo, na pesquisa realizada em Porto Alegre, que evidenciou que 39,9% dos adultos em situação de rua pesquisados perderam contato com seus parentes há mais de cinco anos (GEHLEN; SCHUCH, 2016). A ruptura com a ligação familiar, bem como os motivos que levam à tal não foi explicitada de forma

aprofundada nas narrativas, porém, em alguns casos, é ilustrada pela morte de figuras de referência.

Mas eu não tenho pai, nem minha mãe mais. Eu me arrependo que eu não considerava minha mãe, mesmo por causa que ela vivia assim [a mãe tinha “problema dos nervos”]. Mas depois que eu cresci que eu vi que eu tava errada. Mas o meu pai, pra mim, até hoje é tudo. (Sarita)

E a minha vó morreu quando eu tinha seis aninhos. Eu lembro até hoje no caixão, a vó, a vó Bianca. [...] Daí logo o meu vô bateu as cachuleta. [...] O pai morreu faz três anos. (Rita)

E eu e minha irmã pegamos e fomos morar com a nossa vó. Aí teve um dia que ela tava com um companheiro e ele começou a beber, os dois, e do nada ele começava a discutir. Aí ele pegou o dinheiro dela, saiu e ela foi atrás dele. Aí ele pegou e empurrou ela na faixa e o carro pegou e atropelou ela. Daí ela faleceu. (Pablo)

Assim, outras configurações familiares foram construídas nas trajetórias mais recentes, através de novas formas de organização, com valores e dinâmicas próprias, sendo transformadas na composição do cotidiano.

Levei arroz, feijão, já fiz uma janta bem gostosa [para o Luiz]. Comida como uma mãe de casa sabe fazer [...] Dei um pouco de comida pros guri [referindo-se aos outros que moravam no mesmo local que eles] também. Começaram a me chamar de mãe por causa da comidinha [...] O Luiz da minha altura, trabalha, pelado, duro. Ia pro serviço com uma bicicleta toda quebrada. Tudo bem, não importa. O importante é que foi bonzinho pra mim [...] Aí cigarrinho todo dia, roupa limpa. Então começou a dar certo. E foi aí que a gente tá junto até hoje [...] Luiz nem é meu marido, é mais meu filho que marido. (Elza)

O Miguel eu conheci no SINE, no SINE Montaury. [...] Eu tinha saído duma relação do Enzo. (Rita)

Desse modo, com o estabelecimento da situação de rua, englobam-se outros vínculos que passam a compor uma rede de ajuda mútua, definida através do compartilhamento de atividades do dia a dia e da reinterpretação de papéis nessas novas configurações familiares. Nessa perspectiva, de acordo com Gehlen e Schuch (2016), a segurança moral, afetiva e, até mesmo, econômica, que em geral está associada à família, transfere-se para relações sociais que prescindem dos laços consanguíneos.

A participação da família relaciona-se com a concepção de cuidado afetivo nas trajetórias iniciais; mantém-se lembranças positivas das experiências e da sua constituição como rede de apoio. Com a ruptura dos vínculos com essa configuração familiar, o estabelecimento de outras relações possibilita uma (re)organização que

define novos papéis que constituem coletividades que tornam a rua um espaço social possível.

Assim, na perspectiva dos ITs, evidencia-se a centralidade da família enquanto ponto de cuidado e, ao serem pensadas intervenções para a população em estudo, deve-se considerar as diferentes formas de relacionamentos interpessoais e arranjos familiares.

#### 5.4.1.2 Rede comunitária

A concepção de rede comunitária, aqui apresentada, associa-se ao conceito de comunidade, porém em uma perspectiva abrangente. Para Tönnies, Weber e Simmel, os primeiros teóricos ocidentais a se debruçarem sobre o conceito, a comunidade seria o lugar do afeto, das relações primárias, da tradição, da partilha de interesse e de território comum (OBERG, 2018). Assim, a rede comunitária aproxima-se desse conceito porém não se restringe a essas características, relacionando-se ao que Mocellim (2011) define como comunidade - um conceito que evoca algo positivo e significa segurança, sendo o local onde se encontra proteção contra os perigos externos, bem como apoio para os problemas.

O auxílio advindo da rede comunitária está relacionado a pessoas e lugares que são buscados e/ou oferecem ajuda relacionada à subsistência no espaço da cidade. Esse recurso se estabelece através de uma relação espontânea, porém não é aleatório e exige organização das pessoas em situação de rua para conhecer e estabelecer uma rede de apoio.

As pessoas são mencionadas relacionadas à doação de roupas, de alimentos e ao oferecimento de estadia temporária. Além de serem importantes na perspectiva do suprimento de necessidades de ordem material, também são lembradas por darem conselhos e apoio.

Quando eu morei lá na beira do rio, que eu pegava chuva, que a prefeitura pegava aqueles caminhãozinho e botava tudo as nossas coisa fora. E daí eu era ruim, eu conseguia tudo de volta. As pessoas davam roupa pra nós, davam comida. (Sarita)

Ajudam com algumas roupa, alimento, dá conselho. (Luiz)

O Heitor ele é de tipo, de digamos, de evangélico, ele fica com a Bíblia e diz “Não, vocês vão melhorar um dia. Vocês vão ter a filha de... Vocês tem que ir atrás de Jesus e trabalhar”, ele dá um incentivo. [...] Eu durmo na oficina, dentro do carro. Eu chego às oito com as comida dos mendigo e durmo lá. (Rita)

As ações prestadas por pessoas dessa rede caracterizam o que Pagot (2012) define como ação protetora caritativa, que está, historicamente, vinculada ao cristianismo no sentido da caridade como amor fraterno. Embora para as pessoas que recebem o auxílio, esse seja importante e não importam os motivos que levam ao ato de ajudar, a caridade reproduz, no cenário contemporâneo, as posições desiguais do modelo capitalista de produção, engessando indivíduos e minorias em posições subalternas (LUCAS; HOFF, 2009). Assim, as ações caritativas em contextos de desigualdades, são interpretadas como algo positivo e há, ainda, uma tendência ao conformismo, em aceitá-las como suficientes.

Não há a pretensão de opor-se às ações caritativas, mas refletir, baseada nas observações de Lucas e Hoff (2009), que a caridade raramente se compromete com mudança de quadro social, cristalizando aquele que recebe na posição de quem nada tem a oferecer. Além disso, há um discurso de que, ao receber donativos, o receptor adquire o status de cidadão, como se essas coisas pudessem transformar magicamente indivíduos excluídos em protagonistas sociais. No entanto, a satisfação dessas necessidades básicas de sobrevivência não reverte a posição econômico-simbólica desigual e ancestralmente humilhante a que certas minorias são submetidas pelo arranjo capitalista.

Diante disso, entende-se que é preciso ir além das ações caritativas, incentivando o desenvolvimento do protagonismo da história, do exercício da cidadania e da independência econômica, visando superar as desigualdades e substituir o indivíduo que recebe, passivo, por um sujeito que conquistou sua emancipação social.

Ainda enquanto apoio advindo de pessoas, surgiu o auxílio relacionado ao Movimento Nacional da População de Rua (MNPR), porém de maneira pessoal, na resolução de um problema pontual e particular.

Uma amiga, a Isis, que é da população de rua, Movimento da População de Rua, pagou, conseguiu um advogado particular. Não sei como ela fez, conseguiu pra mim, me tirou [da prisão] em três meses. (Sarita)

Nesse caso, apesar de o envolvimento do movimento social não ter sido direto, foi através da rede social formada e do estabelecimento de relações entre seus integrantes que houve possibilidade de se compor um ponto de apoio.

A rede comunitária também se configura em cenários e lugares estratégicos, que congregam uma série de recursos e facilidades e, por isso, acabam sendo regiões muito frequentadas, pois permitem acessar recursos que vão ao encontro das necessidades. À vista disso, nota-se que a ocupação das pessoas em situação de rua se dá por fatores socioeconômicos e protetivos, e não por aleatoriedade. Assim, são ocupados os locais menos valorizados da cidade, na busca por certa “territorialidade amigável”, em que há espaços que os acolham e que possibilitem acesso a recursos.

A escolha por locais com essas características está relacionada ao fato de que a mera presença das pessoas em situação de rua causa agressão aos olhos da sociedade higienista, infringindo normas de ocupação, circulação e permanência nos espaços comuns da cidade. Assim, há uma articulação para colocar em prática mecanismos de exclusão econômica e social (arquitetura “antimendigo”, seguranças, policiais e câmeras de vigilância que exalam hostilidade), levando grande parte da população aos locais mais marginalizados das cidades (LANFRANCHIL; FERREIRINHO, 2019; FILGUEIRAS, 2019).

Um exemplo é a região localizada em torno da estação rodoviária da cidade que, a partir dos relatos, mostrou-se como detentora de uma estrutura bastante diversificada, capaz de ser acionada para responder às demandas do cotidiano, tais como abrigo, alimentação e interação social.

A região da rodoviária da cidade possui uma expressiva rede de hotelaria, com opções que acolhem diferentes perfis de pessoas e com preços mais baixos do que em outras regiões da cidade. Assim, alguns desses hotéis apresentaram-se como opção de hospedagem quando as pessoas dispunham de valor para pernoitarem.

Seis meses que a gente dorme no Hotel L., a gente junta as merreca na prefeitura e vai. É 50 pila<sup>14</sup>. Só que eu já dormi nuns 40 quarto lá, só que ultimamente não tá dando [...] Há uns sete dias atrás eu tava indo quase todo dia no hotel, porque vende aqui, vende aqui, (Rita)

---

<sup>14</sup> É um dos nomes pelo qual é referido coloquialmente o dinheiro no Rio Grande do Sul. É a alcunha da moeda vigente no país, com equivalência paritária 1:1; assim, um pila, quer dizer atualmente um real.



De modo geral, esses hotéis estão em prédios antigos, sucateados, com pouca infraestrutura e oferecem quartos com a disposição mínima a ser concedida. Assim, pela localização e baixo valor, têm como clientela principal populações itinerantes, imigrantes, trabalhadores do interior, entre outros, que se beneficiam dos baixos preços em função da precarização da moradia.

A partir disso, na avaliação feita em relação a esse ponto de apoio, é considerado um local “de pobre” que, no entanto, ainda é capaz de oferecer condições que não são encontradas em outros lugares, como a possibilidade de tomar banho.

Pra ver se hoje eu durmo no hotel de pobre pra tomar um banho decente e não de balde numa oficina. (Rita)

A preferência por essa região em função da pluralidade de recursos, tais como os hotéis baratos, acesso a linhas de ônibus para todos os demais bairros da cidade, igreja, opções onde se alimentar, pode ser ilustrada através da experiência de Elza que, ao fugir da vila em que morava com o companheiro que a agredia, foi para o centro da cidade e se estabeleceu na região da rodoviária.

Assim, ao chegar no centro, sem ter qualquer rede de apoio, alternou entre dois locais durante o dia – a Igreja Universal e uma lancheria. A Igreja Universal foi citada como importante pois representou, naquele momento, um local calmo, que lhe permitiu refletir e buscar uma solução para seus problemas.

Fiquei na Universal. Saía da Universal e ia pra lancheria do lado, que tem ali na frente da rodoviária. E fui, almocei ali, tomei café ali. Entrei na Universal de novo, tentando achar uma solução e ali é calmo pra descansar a cabeça. Fechou a Universal e tive que sair. "Meu Deus, pra onde que eu vou agora?" (Elza)

Ao fechar a Igreja, sentiu-se desamparada, porém, o dono da lancheria que havia frequentado durante o dia, também era proprietário de uma hotelaria e lhe ofereceu um quarto para alugar.

Em função da região em questão e dos hotéis ali localizados estarem relacionados a locais de prostituição, não é raro que o oferecimento de ajuda esteja subordinado à prática. Sabendo disso, Elza fez questão de ressaltar que, no seu caso, isso não ocorreu e que, embora estivesse sem dinheiro para pagar o quarto de hotel, a permanência estava condicionada a ela não usá-lo para tal fim.

Aí o bar do Antônio tava fechado já, ele falou: "Ó, eu tenho uma hotelaria e alugo quarto pras pessoa que são de fora da cidade." Só que eu não era de fora da cidade, sou daqui. Só que pelo jeito que eu tava, ele achou que eu era [...] Encontrei o Antônio e pedi: "Ó, Antônio, assim: eu tenho dinheiro pra pegar, só que eu não tenho dinheiro pra te pagar agora. Eu preciso de um quarto pra mim dormir. Tem como tu me ajudar?", "Tem, sim!". Aí esse negão "Comigo! Comigo", foi lá. O Antônio disse: "Ah ele quer deixar tu dormir no quarto dele, se tu quiser." Aí já veio botar a mão na minha perereca, eu disse: "Não, não, não, não, não! Não quero." Aí o Antônio falou: "Ó, se tu quer essas porcaria, então eu não vou te ajudar." Eu disse: "Não quero. Quero um lugar pra eu poder dormir e descansar." (Elza)

Essa região favorece a permanência das pessoas que se encontram em situação de vulnerabilidade, com vínculos familiares e sociais fragilizados ou rompidos e vítimas de violência e se caracterizou, para os participantes, como um local de encontros, de construção de novos vínculos e relações e instituição de novas configurações de moradia.

O Luiz tava perto, perguntei: "Tu tem como me deixar no teu quarto de sexta até segunda? Tu mora sozinho?" Ele disse: "Moro", "Tem como me ajudar?" "Tem." E daí fui pro quarto do Luiz, fiquei lá uns três dias, que ele não tava trabalhando no fim de semana, ele tava de folga. E aí, como tem doação de comida nos viadutos, ele me levou pra comer comida na doação. Trocamos várias ideia, foi ficando, ficando... E daí ele deixou a chave comigo. [...] Aí falei pro Antônio: "Tem como trazer uma televisão, umas coisa?" Que eu tinha em outra casa, da minha família. "Tem, tem." [...] Como o Antônio disse que eu podia levar a televisão, peguei o rádio, peguei o ventilador. Fiz um rancho, assim, de coisinhas gostosas. (Elza)

O trecho da narrativa acima mostra, ainda, outro recurso importante, em um viaduto da região da rodoviária - a distribuição de alimentos por voluntários relacionado ao suprimento de necessidades fisiológicas, de alimentação que, também favorece encontros, sendo um momento social, de interação, como evidenciado na pesquisa de Rodrigues (2018), que aponta que a frequência a lugares de doação de alimentos por pessoas em situação de rua também é pela confraternização, ou para não comer sozinho.

Em Porto Alegre, o principal grupo de voluntários que realiza essa ação no centro da cidade conta com mais de 500 pessoas envolvidas, em um projeto que funciona desde 2015 distribuindo marmitas que chegam a um quilo de comida, sob o viaduto (RODRIGUES, 2018).

A rede comunitária, enquanto os diferentes lugares que compõem as trajetórias, também está associada a produção de conhecimento acerca desses

locais, sua lógica de funcionamento, de acesso e tem relação com a manutenção das relações e vínculos estabelecidos com outras pessoas.

O Luiz se some, desaparece. Dizer pra ti: pra achar ele... quando eu não acho dentro da lata do lixo, eu acho ele mancando já com o pé todo ralado [...] Às vezes tá aqui no Santa Marta<sup>15</sup> [...] Tem dia que, quando ele não tá aqui no Santa Marta, que eu consigo achar ele na rua [...] Tem que esperar uns quatro, cinco dias. Pra ti ver que ele tá com lesão no pé agora. Uma lesão no pé de tanto caminhar. Troteando por causa da porcaria dessa droga, que aí fuma uma, terminou dinheiro, já saiu troteando. Aí já parou noutra biqueira, já para e fuma de novo. Quando vê, terminou a droga. Já sai tonto pra outro lado, que eu não sei pra onde. Quando vê, já entra na lata de lixo... Guria, quando vê, já tá debaixo do viaduto. Quando vejo, assim, sabe o que eu faço pra achar ele? Deixo ele descansar. Se é sexta-feira que ele some, que ele evade, então eu sei que vou encontrar ele só no domingo de madrugada. Domingo às cinco hora da manhã, que é a hora que não tem bar mais nenhum aberto. Que tá todo mundo dormindo, que tem que trabalhar na segunda. Aí eu sei que ele vai ver que não tem mais dinheiro. Aí ele vai deitar em qualquer canto. (Elza)

[Contando sobre sua rotina na rua] De dia ficava nos mercado pedindo comida, de noite ia pra Cidade Baixa<sup>16</sup> pedir comida nos restaurante, nas lanchonete. Depois eu ia dormir. (Pablo)

De alguma maneira, essa forma de organização da rede comunitária assemelha-se à perspectiva do rizoma, baseado no conceito desenvolvido por Deleuze e Guattari (1995), em que a produção da vida e, então, a busca por cuidado, se dá sem que haja um eixo estruturado sobre o qual se organiza. Ela se produz a partir de múltiplas conexões e fluxos construídos em processos, que criam linhas de contato entre agentes sociais que são a fonte de produção da realidade (FRANCO, 2006).

Diante de um contexto de retrocessos sócio-políticos e econômicos, no qual predominam políticas higienistas, a comunidade, de modo geral, também não se mostra um local acolhedor. Frente a isso, a análise da rede comunitária, enquanto parte dos ITs, demonstrou a importância de as pessoas em situação de rua com transtornos mentais mapearem e organizarem seus pontos no processo de construção dos itinerários. Essa construção é dinâmica, não aleatória, e sua constituição como rede de apoio precisa ser organizada de maneira individual e coletiva.

---

<sup>15</sup> Refere-se ao Centro de Saúde Santa Marta, local onde está localizado o Consultório na Rua.

<sup>16</sup> Bairro da cidade de Porto Alegre, conhecido por sua vida noturna e grande quantidade de bares e restaurantes.

#### 5.4.1.3 Trabalho

O trabalho será aqui considerado na perspectiva da atenção psicossocial, como meio de inclusão social de pessoas com transtornos mentais, enquanto um direito de cidadania e distinto das ações humanistas, ou mesmo assistenciais e terapêuticas. Nessa direção, para que seja compreendido como produção e troca de mercadorias e valores, é necessário partir da noção de trabalho enquanto promotor de articulação do campo dos interesses, das necessidades e dos desejos (LUSSI; PEREIRA; PEREIRA JUNIOR, 2006). O trabalho, para pessoas com transtorno mental, possui uma relevância anterior à entrada desses no processo de reabilitação psicossocial e ocupa um lugar de destaque na estruturação e/ou desestruturação de suas vidas (RODRIGUES; MARINHO; AMORIM, 2010).

A inserção social do homem no mundo do trabalho se constitui quase na única possibilidade de ser aceito, amado e compreendido em nossa sociedade. A modernidade exclui um contingente cada vez maior, expondo a precariedade de laços, a vulnerabilidade às agressões e a segregação e exclusão (HIRDES, 2009). É nessa perspectiva que o trabalho compõe os ITs na esfera do setor popular, apresentando-se, principalmente, através do trabalho informal e autônomo, em uma forma de constituição da sustentabilidade que se materializa a partir criação de diferentes estratégias e se estabelece e se organiza para que seja possível “ganhar a vida” no cotidiano.

Ainda que seja desenvolvido na instância do setor popular, o trabalho tem interfaces e também é concretizado no setor profissional quando, por exemplo, na busca por emprego e na capacitação profissional.

O ingresso no mercado de trabalho representa um marco importante na vida, proporcionando a transição da adolescência para a vida adulta, e a constituição da identidade social de trabalhador. No entanto, na experiência dos participantes, tal entrada não esteve associada a um ato planejado ou previamente preparado, mas o trabalho despontou como uma necessidade. Apesar disso, as experiências de trabalho estiveram associadas ao retorno financeiro e isso, além de prover suprimento de necessidades de ordem material, também possibilitou autonomia e independência.

Ela [vizinha] me vendeu pra essa boate. Eu tinha treze anos, acho que uns doze anos, me vendeu. Aí fiquei trabalhando lá. Até que foi bom porque pelo menos eu tinha meu troco. Às vezes ia pra casa do meu pai, chegava com pão, com leite, mortadela, botava um dinheirinho de baixo da toalha da mesa. Como ele fazia pra mim, foi que eu comecei a fazer pra ele. Ficando feliz e tendo dinheiro. E daí que eu fiquei um tempo lá. Comecei a visitar meu pai depois fui me separando mais, ficando mais tempo no meu espaço. [...] Já era uma mulher, dona do meu corpo, dona do meu dinheiro. (Elza)

Embora exista uma diversidade de conceitos sobre a exploração sexual comercial de crianças e adolescentes, há um consenso sobre o envolvimento de crianças e adolescentes em práticas sexuais em troca de dinheiro, comida, abrigo e, dessa forma, são forçadas a usar o corpo para poder sobreviver. O corpo da menina explorada sexualmente é marcado, sujeito ao trabalho e investido de relações de poder e dominação, preso a um sistema cuja necessidade de sobrevivência, funciona como força motriz para essa sujeição (SILVA; ALBERTO, 2016). No caso de Elza, evidencia-se essa problemática e a sua naturalização entre as populações mais pobres, uma vez que o local de trabalho, no caso da boate referida no trecho acima, também possibilitou acesso à moradia, ao serviço de saúde e à organização financeira. Assim, ao suprir essas demandas, torna-se um lugar de referência para uma vida melhor, como exemplificado na situação em que Elza, ao ver uma amiga sofrendo violência na vila onde morava, convida-a para ir trabalhar com ela na boate.

Pelo menos tu vai vender teu corpo, mas tu vai ter teu dinheiro, vai ter tua comida, vai poder comprar teus perfume, a tua roupa, tem várias mulheres. A dona dessa boate, ela leva as mulheres uma vez no médico por mês pra ginecológico, essas coisas toda. Se quiser faz uma poupança, abre uma conta e todo dinheiro do programa bota nesse banco e depois a pessoa pode tirar com 18 anos. (Elza)

O trabalho assume, de modo geral, a característica da informalidade, sendo o modo de garantir a subsistência e possibilitar a execução de alguns planos. Assim, apesar de incerto e repleto de dificuldades, essa forma de trabalho, que surge também como consequência do desemprego, é valorizado por sua importância nas conquistas diárias e de vida.

Eu tô vendendo isso aí que eu te mostrei [spray de própolis], é loteria. Às vezes eu vendo fone de ouvido, caneta, carregador. [...] E ele [marido] fazia trapiche, ele trabalhava, trabalhou no McDonalds, trabalhou de porteiro, não é nada mas é melhor que nada, zelador, sei lá mais o que, gourmet, e agora tá aí, pegando em árvore. Nós tamo vivo graças as árvore, que a gente dorme no hotel, é abacate, agora acabou, agora é carqueja com marcela. [...] Ontem que eu consegui comprar um sabão, depois de dias, porque a coisa tá feia.

Olha, essa semana não vendi quase nada, eu vou ver se vou nos político vender hoje. Nada. Há uns sete dias atrás eu tava indo quase todo dia no hotel, porque vende aqui, vende aqui. (Rita)

Ah, a Bahia, Salvador, Pelourinho, Nazaré, Ondinhas [referindo-se às cidades pelas quais passou depois que saiu de casa]. Não foi muito legal, população grande, desemprego também. Reciclagem tá muito em baixa. Até pra pedir dinheiro lá é difícil, que é litoral. Aí desisti de lá. Aí passei dez dias na Paraíba, João Pessoa, divisa com Pernambuco. Fiz uma pintura lá, o rapaz me pagou noventa reais. [...] Fui pra Fortaleza. Comecei a colar cartaz na parede. Das cartomantes. Ele me pagava cem por semana e fui pro Piauí. Cheguei no Piauí, passei dez dia no Piauí. A mulher me deu sessenta reais e disse que tinha que sair de lá que lá também não tá fácil. (Luiz)

A gente puxava carrinho junto. Consegui minha casa no Chocolatão puxando carrinho. (Sarita)

O trabalho também está relacionado à busca por cuidado em saúde, uma vez que favorece a interrupção do uso de drogas ou oferece motivação para isto.

Acabei conhecendo um rapaz que ele começou a vender acarajé e refrigerante. Então eu comecei a trabalhar junto com ele, aí dali já foi um passo pra me levantar. (Luiz)

Comecei a parar de usar [drogas] e comecei a trabalhar como agente autorizado da NET. (Pablo)

A partir disso, entende-se o trabalho como fator de proteção ao uso de drogas, ao permitir outras condições além do uso, como remuneração, utilização do tempo e sentir-se produtivo. Dessa forma, ao propiciar alguma estrutura de vida, o trabalho pode atuar moderando o uso de drogas.

No entanto, se por um lado, o trabalho oferece sustento, saúde, estabelecimento de redes solidárias, constituição de projetos e de sonhos, por outro, constitui-se em um espaço de exploração e violência. Essa forma de trabalho precarizada coloca esses trabalhadores à margem da sociedade enquanto cidadãos de direitos, caracterizando-se por uma renda muito baixa, uma jornada muitas vezes sem limites, além de não garantir o acesso aos direitos sociais e trabalhistas básicos.

O desemprego e o trabalho precário tornaram-se comuns no Brasil, restando o mercado informal como alternativa para milhões de trabalhadores, em geral, com pouca escolaridade e, portanto, sem grandes perspectivas de uma inserção social mais substantiva (SANTOS; OLIVEIRA, 2017). Além disso, a precarização do trabalho está intrinsecamente relacionada à precarização da vida, repercutindo em todas as dimensões da vida social (JORDÃO; STAMPA, 2016).

Tratando-se das pessoas em situação de rua, há uma ideia de que devem aceitar qualquer trabalho que lhes seja oferecido, uma vez que não se encontram em posição de escolher. Em algumas situações, há contrapartidas que se espera que uma pessoa em situação de rua almeje, como remuneração e moradia, mas não se considera que podem haver outros desejos e aspirações. Assim, a consciência dessa exploração, faz com que o trabalho, nessas bases, seja uma experiência negativa.

Consegui uma peça cedida. Consegui escola, saúde, tudo isso. Mas era escravidão. As pessoas se aproveitavam da minha boa vontade. Fizeram carregar mil tijolo pro segundo andar. Brita, terra, com balde carregando nas mão. Não davam valor pra mim. [...] Daí o pessoal pegava e se abusava de mim muito. Pediam pra eu fazer isso, fazer aquilo. Daí eu ajudava um, ajudava o outro e ninguém dava valor pra mim, ninguém me ajudava quando eu precisava. Uns mentiam: "Ah, eu não tenho agora, não tenho como". Pedia uma coisa e dizia que não tinha sendo que tinha. Tinha um casal ali que eu fazia, levava até a filha da guria na creche e buscava. Ela não tinha nem um pão pra me dar e sendo que ela tinha. Dizia que não tinha mas tinha. (Pablo)

Apesar de terem, com frequência, como única opção trabalhos precarizados e mal remunerados, é na esfera do desejo que manifestam o que seria o trabalho em outra perspectiva. Mantém a utopia de uma vida melhor, a partir de um trabalho melhor e também a confiança de que, em algum momento, irão conseguir encontrá-lo.

"Cê é um cara novo, cê quer ser empresário, como cê diz. Quer levantar Rio Grande do Sul, Porto Alegre, que o desemprego tá muito grande tem que correr atrás" [referindo-se ao que as pessoas lhe falam]. E é isso que eu tô tentando fazer. E é isso que eu vou fazer! [...] E eu acredito que aqui em Porto Alegre eu vou melhorar, eu vou mudar de vida, vou progredir, vou abrir uma empresa. Só que pra abrir a empresa eu preciso me afirmar, na minha religião e aceitar a ajuda das pessoas que as pessoas querem me dar. É isso que eu tô tentando correr atrás. (Luiz)

Só não tô trabalhando, mas agora ali, onde, que o céu tá abrindo pra mim porque ali no Ilê vai ter curso do SINE pras pessoas em situação de rua aprender oficinas, e eu vou entrar. (Sarita)

Eu vou ter que trabalhar nem que seja de empregada pra dar coisa pra Alice [filha]. [...] A Lorena [irmã] fica falando "A Rita tá mendiga" mas eu vou vencer, eu vou vencer, eu vou trabalhar, não quero ajuda nem de Lorena, de ninguém, eu vou conseguir, vou voltar a trabalhar e vou ter a minha filha um dia. [...] Eu vou ter que trabalhar, o que é que eu vou fazer, vender coisa, entregar panfleto pelo menos pra Alice não dizer "Ah, minha mãe né" e me sustentar. [...] Nem que eu ganhe mil pila mas já ajuda, agora eu não tô ganhando nada. (Rita)

Apesar dos depoimentos retratarem diferentes ambições, tem em comum o trabalho como parte de um projeto de vida. Nesse sentido, pergunta-se em que medida, em um contexto de profundas desigualdades, de exclusão, de falta de

oportunidades, essa dimensão desejante é uma possibilidade para o grupo do qual fazem parte os participantes dessa pesquisa? Essa perspectiva Rauter (2000) define como sendo de construção e não de espontaneísmo, sendo revolucionário por ser produtor não apenas de fantasias, mas “de mundos” concretos, nos quais os usuários possam reconquistar ou conquistar seu cotidiano.

Na atenção psicossocial, o trabalho tem a função de inserção no mundo da coletividade, de rompimento do isolamento que caracteriza a vivência subjetiva contemporânea. O trabalho, como diz Guattari, pode ser um grande “vetor de existencialização”, tornando as pessoas agentes ativos no mundo e não apenas espectadores passivos ou submissos ao que ocorre fora de si (RAUTER, 2000).

Porém, em uma lógica de trabalho como a vivenciada pelos participantes dessa pesquisa, as condições de trabalho como “vetor de existencialização” estão muito reduzidas ou inexistentes e aproximam-se das condições de “objetivação e estranhamento do trabalhador” descritas por Marx (2008, p.81-82), nas quais

o trabalhador se torna [...] um servo do seu objeto. Primeiro, porque ele recebe um objeto do trabalho, isto é, recebe trabalho; e, segundo, porque recebe meios de subsistência. Portanto, para que possa existir, em primeiro lugar, como trabalhador e, em segundo, como sujeito físico. [...] O estranhamento do trabalhador em seu objeto se expressa, pelas leis nacional-econômicas, em que quanto mais o trabalhador produz, menos tem para consumir; quanto mais valores cria, mais sem-valor e indigno ele se torna; quanto mais bem formado o seu produto, tanto mais deformado ele fica; quanto mais civilizado seu objeto, mais bárbaro o trabalhador; quanto mais poderoso o trabalho, mais impotente o trabalhador se torna; quanto mais rico de espírito o trabalho, mais pobre de espírito e servo da natureza se torna o trabalhador.

A partir disso, percebe-se que, na perspectiva da atenção psicossocial, o trabalho, como parte da reabilitação psicossocial, da inclusão social e da formação da cidadania, bem como um propósito de vida, está muito distante dos participantes desse estudo. O trabalho, nessa perspectiva, sequer é pensado para essa população e está mais próximo, através da informalidade, do que Marx (2008) descreve como trabalho obrigatório, forçado, não sendo a satisfação de uma carência, mas somente um meio para satisfazer as necessidades fora dele.

Diante disso, a análise do setor popular, composto pelos subsectores da família, da rede comunitária e do trabalho, demonstrou que as redes de apoio e busca por cuidado são compostas, inicialmente, por figuras familiares, aparentadas, porém que têm seus vínculos fragilizados ao longo das trajetórias. Essas redes recompõe-se a



partir de novas relações, do estabelecimento de organização relacionada à subsistência no espaço da cidade e do trabalho.

Assim, o setor popular constituiu-se enquanto importante local e compartilhamento de cuidado, contrapondo um discurso comum que pessoas em situação de rua não possuem uma rede de relações estabelecidas, são desorganizadas e desocupadas. Esse setor assumiu o papel de principal fonte e determinante imediato do cuidado, a partir da determinação e organização dos participantes.

Ainda que se tenha poucos estudos sobre o setor popular e suas configurações entre a população em situação de rua, esse setor direciona o indivíduo para outros setores. Assim, a partir das relações familiares, da rede comunitária e de outras relações estabelecidas, são tomadas as decisões sobre inserir-se ou não em outros setores, em que momento e sua permanência.

#### 5.4.2 Setor *folk*

A análise deste setor na composição dos ITs dos participantes foi na perspectiva dos significados das vivências e práticas de busca por cuidado centradas em crenças religiosas, evidenciando as igrejas, sobretudo a evangélica, e as figuras de Deus e de Exu.

É percebido que pessoas, frente a momentos de dificuldades, de sofrimento ou a alguma vivência mobilizadora, se abrem para a experiência religiosa e procuram respostas em algo que vai além da existência aparente (GUIMARÃES, 2010). Assim, os participantes desse estudo compuseram seus ITs, neste setor, pautados na religiosidade, entendida como uma relação do ser humano com um ser superior, transcendente.

A igreja apareceu como instrumento de constituição e desenvolvimento do sujeito, com influência nos modos de vida e educação. Ao serem lugares buscados em momentos dolorosos, situações de sofrimento ou simplesmente para sentir-se bem, as igrejas também permitiram o desenvolvimento da dimensão do cuidado espiritual, que ultrapassa as necessidades mais básicas, relacionadas a alimentação, moradia, higiene, saúde. Esse cuidado é manifestado através de sentimentos de felicidade, de tranquilidade, de alívio, de liberdade, de acolhimento, possibilitando vivências religiosas que favorecem momentos de transcendência (BOFF, 2000).

Fui criado na Igreja Evangélica. Estudava, ia pra Igreja quase toda semana e tinha educação boa. (Luiz)

Evangélica [referindo-se a sua religião]. Vou na Brasa [Igreja Batista de Porto Alegre]. É um céu aberto, e tu se sentir na casa de Deus. Tu não sentir nada de ruim dentro de ti, sentir feliz. Eu dentro da igreja me sinto feliz, me sinto alegre, saio de lá bem. Bem diferente de quando eu vou pro baile. Sabe quando tu vai pro baile, pra uma festa, tu não sai mal, aquela tontura, ânsia de vômito, indignação, aquilo? Quando eu vou pra igreja, eu não sinto isso. Eu me sinto, assim ó, descansado. Me sinto, assim, olha, aliviado, sai todo aquele peso de dentro de mim. Vai tudo pro mar do esquecimento. A igreja pra mim é nossa, é na casa de Deus, tu te sente livre. (Pablo)

Pra mim descansar [da aflição da morte do marido], eu vi uma igreja, eu vi um padre e ele [o marido recém falecido] sentado atrás do padre. Sabe quando tem essa igreja, que tem umas cadeira grande atrás do padre? Que só tem as pessoas de idade que tão assistindo a missa e que ficam ali atrás, ele tava na cadeira sentado, na direita, de branco. Então eu comecei a ficar mais calma. Foi, acho, que o jeito de Deus pra me deixar mais tranquila. (Elza)

A transcendência é entendida como dimensão do ser humano, enquanto possibilidade de uma realidade diferente, de romper limites, superar e violar proibições e projetar-se em direção ao que é divino (BOFF, 2000). Foi vivenciada a partir da religiosidade e julgada como boa à medida que ajudou a enfrentar situações do cotidiano, ampliando o sentimento de liberdade e dando mais energia para enfrentar os desafios.

Assim, as igrejas representaram, de modo geral, um local aberto e acolhedor, com acesso livre e desburocratizado e proporcionaram, àqueles que vivem em um contexto de exclusão, de pobreza e de desamparo, um espaço de cuidado que vai além do atendimento de suas necessidades de ordem material.

A partir disso, avança-se em relação ao discurso comum que as pessoas em situação de rua são atraídas a esses locais unicamente por possíveis proventos, uma vez que é habitual que sejam oferecidas doações de alimentos e roupas nesses espaços. É preciso compreender que, mesmo por serem pessoas em situação de pobreza, essa condição não revela que estejam buscando suprir essas necessidades como se isto fosse sua única motivação. Há também outras perspectivas de cuidado que são buscadas e encontradas nos espaços das igrejas. Essas perspectivas se somam, quando as igrejas e os atores vinculados a elas, como pastores, envolvem-se tanto no cuidado espiritual quanto na mobilização para auxílio material, como em hospedagem e compra de passagem.

[Um amigo] acabou me levando pra Igreja Universal [após sua tentativa de suicídio]. Conversei com o pastor lá, me ajudaram. Aí passei um tempo na Igreja Universal. Passei uns quinze, vinte dias sem usar droga, sem beber nada. E aí conseguiram passagem e eu acabei voltando pra casa de novo. (Luiz)

A igreja também apareceu como um dispositivo de acolhimento em momentos de sofrimento, reforçando sua receptividade e aceitação. Em situações como essas, o setor *folk*, retratado pela igreja, passa a ser escolha dos participantes ou de sua rede social, pois, além de encontrarem portas abertas, independente de possuírem casa, documentos, diagnósticos ou renda, também encontram alguém que os ajudará.

Todavia, as igrejas também são espaços heterogêneos, contraditórios e de expressão da religião, essa definida por Durkeim (1989) como um sistema mais ou menos complexo de mitos, de dogmas, de ritos e de cerimônias.

Diante disso, através de suas práticas, seu sistema de regras e hierarquia, a igreja impõe seus próprios princípios e dogmas, excluindo outras possibilidades de crenças que vão de encontro ao seu sistema.

Eu fui pra Igreja Universal, eu fiquei muito triste porque o pastor botou a mão na minha cabeça e começou a orar. E eu vi que ele [Exu] saiu do meu corpo. Ele tem asas vermelhas, ele tem chifres. O pastor fez ele voltar pro lugar que ele devia voltar. Só que pra mim, ele não tem que sair de mim, se ele é um guia, ele tem que continuar comigo e eu não quero que igreja nenhuma tire ele de mim, se ele quer me levantar. (Luiz)

Nesse sentido, em um conflito de crenças, a igreja atuou no sentido de retirar um importante ponto de amparo, através de uma “conduta de libertação”. Tal prática propõe extinguir tudo que está fora da norma ou do seu dogma, não permitindo possibilidade de ressignificação de experiências e suprimindo a busca de significados em outros espaços e crenças.

A igreja, nessa perspectiva, possui uma institucionalização da legitimidade do discurso que é apropriada por um corpo de especialistas, alienando o povo/leigo de legitimidade normativa em seu discurso. Para ver sua autoridade normativa respeitada, a instituição tende a separar ortodoxia de heresia, sendo essa aquilo que não está de acordo com o pensamento da instituição. Busca-se, assim, desqualificar e condenar todo ato que não corresponda com o pensamento oficial, visando, assim, sua dissolução (PORTELLA, 2006).

Ao retirar Exu com a autenticidade de que aquele não era seu lugar, a igreja expôs o seu conceito de verdade, que se associa com outras doutrinas religiosas e

que querem ser exclusivistas, ao passo que reivindicam o seu próprio conceito norteador de verdade, sendo também excludente, isto é, se a verdade é 'A' ela não pode ser também 'B' (PORTELLA, 2006).

As verdades, dogmáticas, fechadas e impostas, tidas como referenciais normativos costumam gerar violência e espoliação de fato ou simbólica (PORTELLA, 2006). Diante disso, nota-se que Luiz, ao ser colocado na posição do leigo, sofreu uma violência ao ser desapossado de sua verdade. E, embora tenha convicção de sua própria premissa, não teve a mínima possibilidade de expressá-la naquele momento.

Logo, em uma perspectiva de cuidado ampliado, é preciso considerar que as verdades são construídas nas diferentes trajetórias a partir das experiências do cotidiano e são dinâmicas, sofrendo influência de diversas ordens, sendo plurais e possíveis de serem reconstruídas.

No que diz respeito às práticas desenvolvidas no setor *folk*, evidenciou-se a oração como um fenômeno de conectividade com Deus, tanto em um sentido de petição e busca por auxílio, quanto para agradecimento. Para tal, a oração assume a forma de um diálogo com Deus, devendo ser feita de maneira sistemática, contínua, realizada pelo menos até que o pedido seja alcançado.

Antes de eu descer pro [regime] semiaberto<sup>17</sup>, eu entrei na religião de crente, rezando pra Deus. Só que muitas pessoas saiu. Só que na minha equipe ninguém saía e eu falei: "Meu Deus, isso não é possível que isso aconteça! Aí eu tô orando pra ti e tô pedindo a tua proteção, pra que possa abrir as portas pra essas mães encontrar a família, e ninguém sai. Então tá! Se não é eu pra mim sair, eu aceito. Mas que o Senhor leve alguém dessa roda pra que possa as outras pessoas ver que o Seu nome faz juízo à nossa oração". Nesse momento, na mesma hora, chamaram o nome duma delas da nossa roda, e foi. E daí começou a descer, descer, e eu desci também. Depois de uns três meses ainda rezando muito, consegui descer. (Elza)

Sempre busco através da oração. Quando eu acordo e antes de dormir. Sempre oro a Deus agradecendo pelo dia, pela noite. Agradecendo porque eu tenho o que comer. (Pablo)

A partir disso, entende-se a oração como um comportamento comunicativo responsivo, que carrega necessidades e desejos pessoais, inerentes ao simples fato de ser humano. As pessoas oram porque é apropriado em certas situações ou porque

---

<sup>17</sup> Este fragmento de fala refere-se ao período em que Elza esteve na prisão. Ela inicia narrando o tempo em que estava no regime fechado e passa a descrever o processo até chegar ao regime semiaberto, através da conversão para religião evangélica e da oração.

é o único recurso que resta para os necessitados, refletindo as percepções, cognições e motivações daqueles que oram. Assim, se há uma função principal da oração, é o papel que desempenha em ajudar as pessoas a lidar com os problemas encontrados na vida social (SPILKA; LADD, 2013).

As questões relacionadas ao papel e ao significado da oração também estiveram associadas a outras situações, como em rituais pós-morte, propiciando conforto. Nesses momentos, associados à elaboração de luto e à salvação da alma, a oração, junto com outras ações como acender velas, carregam sentidos de ajuda e cuidado.

E eu sei que, quando uma pessoa morre, tu tem que ter pelo menos uma ou duas pessoas que possam fazer uma oração. Por isso existe a missa. A gente acende uma vela pra essa alma, pra ela não se perder na escuridão. Pra ela poder achar a luz, e que a gente peça pra Deus que leve essa pessoa pro claro. (Elza)

Logo, a oração deve ser entendida como parte de um grande complexo religioso e espiritual, que também integra o setor *folk*, altamente enredada na vasta matriz de crenças e experiências que constituem a fé e religiosidade pessoais. E, como comportamento, a oração ocupa uma posição especial como ação resultante dos desejos, que reflete e contribui para a orientação dos indivíduos em relação à vida em geral (SPILKA; LADD, 2013).

A figura de Deus aparece como uma entidade importante, que ajuda com os problemas, apresentando-se como um Deus poderoso e divino, capaz de intervir no curso de vida e de comunicar-se, dando respostas às indagações que causam aflição. Ao oferecer um significado ou resolutividade aos problemas e angústias, passa a fazer parte da rede de apoio e proporciona proteção simbólica.

Deus é que vai ajudar meus problema. (Pablo)

Caí de novo [na prisão]. Daí, só que eu tive sorte, Deus me ajudou que eu caí sexta, e sábado, cinco horas da tarde, eu saí de volta. (Sarita)

Ai moça, não dá pra voltar a ser criança? É só pedir pra Deus, mas eu não quero, ele vai querer que eu morra. (Rita)

Às vezes eu falo: "Meu Deus, onde é que eu vou achar ele [marido que desaparece]?" Quando vê, Deus me bota a visão, assim. Eu até já vejo a rua onde ele tá e consigo ver até o jeito que ele tá. [...] "Ai, meu Deus! Onde eu vou achar esse guri agora? Meu Deus!" E eu sentada aqui na [praça da] Alfândega. Aí: "Ó, tu vai achar ele depois que ele tiver bem cansado. Tu vai encontrar ele mancando o pé, lá pro lado de cima." Dito e feito. (Elza)

A figura de Deus está intimamente ligada à fé que, por sua vez, é o alimento que dá à vida esperanças de dias melhores e ajuda a enfrentar as experiências mais dramáticas do cotidiano, possibilitando uma adaptação à estrutura modernizante do capitalismo selvagem (PIETRUKOWICZ, 2001).

No mesmo sentido, a figura de Exu representa uma entidade de amparo e assistência, sendo um guia, que possui planos concretos para a vida de quem segue a crença. Para a efetivação desses planos, é estabelecida uma relação de trocas, que exige determinados comportamentos e condutas, como parar de usar drogas e cortar-se, como uma obrigação.

É Exu, [ele] é importante, mas agora eu aceitei ele como um guia, como um pai pra mim. E é ele que tá me dando força pra eu me levantar. E eu creio nele. [...] Essa voz fala pra mim que quanto mais obrigação [define cortar-se como uma obrigação] eu fizer, mais as coisa vai melhorar. E é isso que eu tô vendo. Uma promessa que ele falou pra mim, uma promessa que eu pedi a ele em 2017 ele foi me dar agora, em 2019. Porque ele quer continuar trabalhando comigo, ele quer que eu deixe as drogas. Ele quer que eu trabalhe com ele sóbrio. Por que, como eu vou dar, como ele vai me dar as coisas que eu tô pedindo, se eu não tô tendo condições de dar as coisas que ele quer? Então é assim que funciona. Essa é a crença, essa é a minha religião. Que eu sou do Candomblé e gosto muito da minha crença. (Luiz)

Embora na narrativa Luiz não tenha especificado o tipo de ajuda que recebe de Exu, o estudo de Mello e Oliveira (2013) sobre práticas afro-brasileiras demonstrou que é por meio de um sistema de trocas entre o mundo dos humanos e o das entidades, que se alcança a cura, referindo-se à doença. Fomentando esse sistema estão as obrigações e oferendas que os doentes devem fazer às entidades que irão realizar a sua cura. Diante disso, nota-se que o valor atribuído às ações praticadas é cultural e, como tal, exige que se lance um novo olhar a essa crença, compreendendo-a também como importante ponto da rede de apoio.

Ademais, o setor *folk* constitui-se da heterogeneidade e multiplicidade de crenças, que se completam, sem a preocupação com rótulos ou doutrinas. Essa pluralidade permite a composição de uma rede diversificada e dinâmica, que atenda as necessidades de uma forma ampla.

O Luiz é adepto da maçonaria. Bruxo. E eu sirvo a todas as religiões. Trabalhando em primeiro lugar com Deus. Então eu também sou adepta à religião, católica, espírita, batuqueira e tô tentando entender tudo um pouco. Acho que é um casal bem legal porque já é meio bruxo e eu já sou meio crente, meio tudo. (Elza)

Desse modo, o setor *folk*, sobretudo através da religiosidade, estabeleceu-se como parte do itinerário dos participantes evidenciando sua relevância na busca por cuidado. As igrejas, apesar de suas contradições, são espaços que acolhem a população em situação de rua e oferecem acesso a uma dimensão de cuidado até então inacessível, o cuidado espiritual. As manifestações de fé, através da oração e das figuras de divindades demonstraram que as crenças apontam caminhos para a solução de problemas e/ou para receber dádivas.

Na prática assistencial à saúde, a espiritualidade e religiosidade no cuidado, aqui analisadas como parte do setor *folk*, vêm sendo discutidas relacionando-as com o enfrentamento de doenças, promoção e reabilitação, em uma perspectiva que tornam-se cada vez mais necessárias (THIENGO et al., 2019). No entanto, pode haver uma “falsa aceitação” dessas dimensões no cuidado, para que prevaleçam as práticas do setor profissional. Para incorporá-las de fato como parte dos ITs, contudo, é preciso efetivamente acolhê-las como verdadeiras e integrantes do sistema cultural.

#### 5.4.3 Setor profissional

Esse setor foi representado por três subsetores, ligados a instituições, serviços, pessoas e políticas, organizados na rede formal de assistência e tratamento: a assistência social, a saúde e a justiça e segurança.

##### 5.4.3.1 Subsetor assistência social

A assistência social configura-se como uma possibilidade de reconhecimento público da legitimidade das demandas de seus usuários e espaço de ampliação de seu protagonismo (CRUZ; GUARESCHI, 2009). A assistência, segundo Sposati (1993), constitui-se num campo dinâmico de transferência que não é unidimensional supondo, de um lado, a necessidade e, de outro, a possibilidade. Assim, será aqui tratada como um conjunto de políticas públicas, materializadas enquanto serviços voltados para a população em situação de vulnerabilidade.

No entanto, há de se diferenciar assistência de assistencialismo, comumente confundidos. O assistencialismo é resultado da difusão do imaginário conservador e supõe uma relação de poder que subalterniza aqueles que têm a necessidade. É entendido como atenção à pobreza e as soluções que o poder público venha a dar

para atender a uma necessidade são entendidas como “pratos feitos”, serviços de segunda ou ajudas para os pobres. Assim, de um lado, não há o compromisso de governantes com a atenção e o respeito aos direitos e, de outro, há a população entendendo que as ajudas circunstanciais do Estado resultam mais da bondade do governante do que no reconhecimento da dignidade do cidadão (SPOSATI, 1993).

É nessa perspectiva assistencialista que os serviços desse subsetor sobressaem-se no setor profissional. Embora desde as décadas de 80 e 90, instituições de apoio e ajuda à população em situação de rua, como a Pastoral do Menor, buscaram superar o caráter assistencialista da ação junto à essas pessoas (BRASIL, 2011a), as ações de cuidado ainda não estão voltadas à organização e protagonismo como dispositivos para a cidadania dos sujeitos.

No subsetor assistência social foram considerados, principalmente, serviços ligados a instituições públicas do município estudado, vinculadas a Fundação de Assistência Social e Cidadania (FASC). Outras políticas e estruturas, como o conselho tutelar e o Sistema Nacional de Emprego (SINE), foram consideradas partes desse subsetor por integrarem os eixos que o compõem - habitação, convivência, trabalho e proteção a menores.

O eixo habitação compreenderá os albergues, o aluguel social e o abrigo.

Os albergues são espaços nos quais é possível pernoitar, realizar cuidados de higiene e alimentar-se. A utilização desse recurso nas trajetórias dos participantes foi de caráter pontual e transitório e estabelecido como um refúgio para a situação de rua, assim que essa foi estabelecida.

Aí fiquei sem moradia, comecei a ir pro albergue. (Pablo)

Então eu deixei pra lá [referindo-se a permanecer na cracolândia em São Paulo] e fui pro albergue Arsenal da Esperança, que é o maior albergue da América do Sul. (Luiz)

Uma das participantes faz uso dos albergues de maneira mais contínua, circulando entre eles e a localização de cada um facilita a busca por outros serviços da rede de assistência social, como os Centro POP. Assim, pela proximidade, é escolhida uma ou outra instituição para passar o dia.



Quando eu to lá em cima naquele Felipe Diehl<sup>18</sup>, eu vou pro POP 3. Quando eu tô aqui no Municipal<sup>16</sup>, eu vou no Ilê<sup>19</sup> e no POP 2. Quando eu tô no Dias<sup>16</sup>, eu vou no POP 1. (Sarita)

O Albergue Municipal, que contava com 120 vagas, foi fechado no dia 01 de setembro de 2019 e a prefeitura repassou a gestão para uma organização da sociedade civil. Foram abertas, então, duas casas para que as pessoas em situação de rua pernoitem, uma na região central e outra na zona leste da cidade. Em relação a esses novos espaços, gerenciados pela iniciativa privada, observou-se uma certa descrença por parte dos usuários em relação a essas estruturas, conforme fragmento do diário de campo a seguir:

Chegou no Consultório na Rua, pela manhã, um usuário que diz ter vindo a pé do albergue novo, localizado perto da Av. do Forte (a 8,5 km do Consultório na Rua). Veio ao acolhimento em busca de consulta e foi orientado a buscar atendimento na unidade de saúde de referência do albergue. Ele diz que o posto de saúde de lá não os atende (as pessoas em situação de rua) e, além disso, também não querem ser atendidos lá - noto que existe vinculação com o Consultório na Rua. A técnica de enfermagem inclui ele na lista de atendimento e pergunta sobre o albergue. Ele responde que “é muito bonito, tudo novinho, mas que não vai dar certo pois não tem segurança nenhuma, que não tem revista, que as pessoas acabam entrando com faca, que daqui a pouco vai dar briga e não vai dar certo”. (Diário de campo, 05/09/2019)

Percebe-se o ceticismo do usuário em relação a nova estrutura, a partir de suas vivências anteriores, indicando que o processo de privatização vêm sendo feito sem expertise. Na estruturação de novos serviços é fundamental que os usuários e os trabalhadores participem da discussão da implementação, contudo, o diálogo não é uma característica do atual cenário político-econômico neoliberal. Desse modo, os investimentos, que são insuficientes, poderiam ser melhor direcionados ao serem problematizadas algumas situações como a inexperiência dos funcionários, a localização e a (não) identificação dos usuários com as estruturas, os serviços e o território.

Considerando que a abordagem dos ITs permite analisar as escolhas realizadas, ou não, de acordo com os sentidos atribuídos pela pessoa, foi possível definir o albergue também como lugar de “não escolha”. Por ser um local que acolhe

---

<sup>18</sup> Felipe Diehl, Municipal e Dias referem-se a albergues do município de Porto Alegre.

<sup>19</sup> Refere-se ao Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos Ilê Mulher, para jovens e adultos em situação de rua, visando o fortalecimento de vínculos e oferta de espaços de referência para o convívio grupal, comunitário e social.

a heterogeneidade da população em situação de rua, é comum encontrar diferentes gêneros, raças, idades e, ao requerer que se ocupe um mesmo espaço com radicais com os quais há divergência ou até mesmo preconceito, o albergue deixa de ser uma opção. Além disso, há também uma imagem de estar no albergue como algo negativo.

Não quero ficar em abrigo<sup>20</sup> que não me dou com traveco, não quero a minha filha me vendo em abrigo (Rita)

As regras e normas internas, bem como a proibição do uso de drogas, também são motivos que levam à não escolha dos albergues, como também evidenciado no estudo realizado com a população em situação de rua em Porto Alegre (GEHLEN; SCHUCH, 2016). Tais razões inclusive causam o desligamento com a instituição, acarretando no retorno às ruas.

Eu consegui uma vaga fixa, até cinco anos. Podia ficar cinco anos lá. O crachá é passado no chip, na máquina. Eu falhei, usei droga lá dentro e acabei perdendo a vaga. Fui desligado e voltei pra rua de novo (Luiz)

Ainda nesse eixo, uma das entrevistadas relata ter sido beneficiada com aluguel social e vaga em abrigo. O aluguel social é um recurso assistencial mensal destinado a atender, em caráter de urgência, famílias que se encontram sem moradia, através de um subsídio equivalente ao custo de um aluguel popular concedido por seis meses (PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE, 2020). O abrigo possui características residenciais, oferecendo o serviço de abrigagem, em atendimento 24 horas, contrapondo-se aos serviços dos albergues com atendimento apenas noturno.

Oferecer esses serviços permite que o sujeito tenha a oportunidade de viver em um local protegido, com o atendimento de suas necessidades básicas. No entanto, por ser uma política que oferece apenas o benefício da moradia e não prevê a reinserção social ou o estabelecimento de um plano de intervenção a longo prazo, assim que o benefício termina, o indivíduo retorna às ruas.

Voltei pra rua. Ganhei abrigo. [...] Depois eu ganhei aluguel social. Morei dois anos na Restinga. Depois voltei pra rua de novo. (Sarita)

---

<sup>20</sup> Apesar de utilizar o termo “abrigo”, no contexto de sua narrativa é possível interpretar o sentido da palavra como “albergue”.

Assim, na perspectiva do eixo habitação, observa-se a necessidade de mais estruturas e políticas voltadas para esse eixo. Em relação às existentes, nota-se que por vezes são subutilizadas por suas características de funcionamento e de acesso, como as regras das instituições e a divergência com demais usuários. Porém, além disso, pode-se ponderar sobre como e para que as políticas e serviços estão voltados.

Na dimensão da reabilitação psicossocial, há o conceito de hábitat, proposto por Saraceno, que compreende as noções de casa e habitar, sendo que a noção de casa se refere ao espaço físico concreto e a noção de habitar ao envolvimento afetivo e de apropriação do indivíduo em relação a esse espaço (LUSSI; PEREIRA; PEREIRA JUNIOR, 2006). Diante disso, nota-se que o eixo habitação ainda está distante desse conceito, pois há uma preocupação em oferecer a dimensão “casa”, negligenciando as concepções de cuidado e a dimensão “habitar”, primordial para a reabilitação psicossocial.

Outro eixo, relacionado a convivência, é composto por serviços municipais como os Centro POP e o Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos Ilê Mulher, que também integraram o caminho percorrido na demanda por cuidado. A experiência de utilização dos Centro POP esteve relacionada principalmente ao suprimento de necessidades de alimentação e higiene. O Ilê Mulher oferece oficinas e possibilidades relacionadas ao lazer, reinserção e convívio social.

No POP 2, no POP 1, no POP 3 tu toma banho, tu lava roupa e tu faz lanche também. [...] Eu vou pro Ilê, que eu tô aprendendo música de beatbox, e eu tô aprendendo um monte de coisa, tem redução de danos com um professor que eu adoro. Tem um professor também que é de, que eu chamo de “professor gato”, ele é inclusão digital. [...] Indo na aula do Ilê e cantando as música do Tim Maia no rádio, que tem rádio no Ilê. [...] E no Ilê, como eu te falei, é maravilhoso. Todo mundo: assistente social, todos os educadores lá. (Sarita)

Nesse eixo, há um reconhecimento positivo dos serviços e dos profissionais, também manifestado no envolvimento com as atividades. Contudo, embora sejam serviços que busquem estimular a autonomia, também são sujeitos da precarização, revelada não somente pelas estruturas físicas e recursos humanos escassos e/ou precários, mas, sobretudo, pela falta de políticas mais amplas e articuladas que conduzam a uma problematização da situação de rua das pessoas.

O oferecimento de atividades e oficinas, não deve se reduzir a uma estratégia de ocupação do tempo, devem possuir propósito, de acordo com Cedraz e Dimenstein

(2005), funcionar como dispositivos de mudança social, não sendo, somente, fonte de experiências prazerosas para os usuários, sem gerar transformação efetiva em suas vidas.

O eixo do trabalho no setor profissional está relacionado a serviços da rede de assistência que encaminham trabalhadores para empregos, como o SINE, bem como instituições que oferecem cursos voltados à capacitação profissional, como a Federação das Indústrias do Estado do Rio Grande do Sul (FIERGS) e projetos para esse fim, como os desenvolvidos no sistema prisional.

O SINE é subordinado ao Ministério da Economia<sup>21</sup>, tem como objetivo central a inserção do trabalhador no mercado formal de trabalho através do serviço de intermediação de mão de obra e responde pela execução das políticas públicas de emprego, de habilitação ao seguro desemprego e de encaminhamento à qualificação profissional (ROSSETTO, 2019).

Conforme já discutido, há um cenário de precarização e informalidade do trabalho que geram desemprego com frequência e, ao buscar superar essa condição, o SINE foi citado como um local de referência para a busca de emprego, embora não haja garantia de vaga.

Tenho que voltar a estudar, ver curso, ver trabalho no SINE. [...] Eu conheci o Miguel no SINE e ele arrumou emprego e eu? Não. (Rita)

O SINE constitui uma entidade primordial de acesso ao emprego para a maioria da mão-de-obra, gerindo o processo de intermediação e/ou disponibilizando o espaço físico ou divulgando outras ações de assistência ao trabalhador desempregado e representa, ainda, um local relacionado a expectativas. Contudo, os resultados da pesquisa de Rossetto (2019) indicaram que possui um baixo desempenho pelo serviço de intermediação de mão de obra em escala nacional e isso provavelmente esteja relacionado com governança frágil, inadequação de metas, ausência de qualificação permanente dos atendentes e financiamento insuficiente e irregular.

Além disso, trata-se de uma instituição desgastada simbolicamente que foi perdendo, paulatinamente, seu apelo junto à população para tornar-se exclusividade

---

<sup>21</sup> Na referência, Rossetto (2019), tem-se na página 8, que o SINE é subordinado ao Ministério do Trabalho. Contudo, com a extinção desse Ministério em 01 de janeiro de 2019, à posse do Presidente Jair Bolsonaro, o SINE passa a ser subordinado ao Ministério da Economia. Tal informação também é destacada como observação nas considerações finais de Rossetto (2019).

daquele desempregado que não possui alternativa (RODRIGUES, 2010). É nesse sentido que aparece enquanto uma opção para os participantes da pesquisa, por tratar-se de uma instituição pública e receber aqueles que reconhecem uma determinada condição de vulnerabilidade, sua e dos demais, e buscam o local como pertencentes a um mesmo grupo social, dos excluídos.

O SINE também esteve associado a outros serviços da rede de assistência, em parcerias com outras instituições, oferecendo oficinas.

Ali no Ilê vai ter curso do SINE pras pessoas em situação de rua aprender oficinas. (Sarita)

Essas iniciativas acontecem no município de Porto Alegre com o objetivo de “levar os serviços oferecidos pelo SINE para dentro desses estabelecimentos, para que ele seja mais acessível para a população em situação de rua” (BERON, 2020). A articulação entre serviços que busca ampliar o acesso de populações específicas a determinados setores é válida, mas é preciso que contemple as necessidades e desejos das pessoas e considere o contexto em que estão inseridas, mesmo entre um mesmo grupo, para que não seja apenas mais uma ação assistencialista e sem resultados reais.

No sentido de buscar contribuir para a inserção no mercado de trabalho formal, um projeto de capacitação profissional propiciou formação técnica e visou viabilizar oportunidades.

Eu fiz um projeto ViraVida<sup>22</sup>, que é da FIERGS, que era um curso e aulas. E depois eu fui, assinei a carteira como empacotador no Atacadão da Sertório. Aí comecei a não me dar bem na empresa, comecei a ter uns ataque. Daí eu peguei e saí e voltei pro projeto. Me formei como técnico de trabalho de assistente de restaurante. Fui trabalhar no Zaffari de operador de caixa. (Pablo)

Contudo, ainda que o emprego conseguido tenha sido em ocupações diferentes do treinamento recebido e não necessariamente tenha sido fruto do projeto, o participante relaciona a capacitação profissional com o emprego formal e com o

---

<sup>22</sup> O programa ViraVida é dirigido a jovens entre 16 e 21 anos, de baixa renda, que têm sua história de vida marcada por experiências relacionadas a abuso e exploração sexual. Com o apoio de todo o Sistema S (Sesi, Senai, Sebrae, Sesc, Senac, Sescop, Sest, Senat, Senar e IEL), o ViraVida oferece a eles capacitação profissional, atendimento médico, odontológico, psicossocial, lazer e cultura. (FEDERAÇÃO DAS INDÚSTRIAS DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL, 2011)

crescimento profissional. De alguma maneira, está associada ao desenvolvimento de autonomia e ampliação de perspectiva do mundo do trabalho.

Outra forma de capacitação profissional esteve ligada a projetos dentro do sistema prisional, motivados pela diminuição do tempo de pena e que resultaram, ainda que não em trabalho na área da qualificação, mas em reconhecimento importante.

Única coisa que eu tive que fazer pra derrubar a cadeia, que não ia ter como sair, foi entrar em trabalho. Me formei em elétrica hidráulica. Fui a primeira mulher presa a ter uma sala. Primeira mulher, primeira capa de jornal, na frente de uma mesa, coordenadora de entrada e saída de material de todo um presídio. Ajudante administrativo também seria, né? (Elza)

Desenvolver ações de capacitação para as pessoas que cumprem pena privadas de liberdade, mediante implementação de projetos profissionalizantes faz parte do Programa Nacional de Segurança Pública com Cidadania (BRASIL, 2007). Incluir essas pessoas em políticas públicas voltadas à integração, ao mercado de trabalho e à profissionalização, oferecendo cursos de capacitação profissional e a implementação de oficinas permanentes, tem o objetivo de qualificá-las para o mercado laboral, preparando-as para a ressocialização e para as demandas do mercado de trabalho em liberdade (MACHADO; SLONIAK, 2015).

Contudo, embora valorize-se tal incentivo, problematiza-se o caso de Elza: formada em elétrica hidráulica, teve trabalhos importantes na prisão, mas nenhum relacionado à sua formação. Quando egressa, não passou nem perto de inserir-se no mercado de trabalho com tal profissão e há, no contexto em que vive, pouca perspectiva que faça uso do seu certificado. Nesse sentido questiona-se, a inserção dessas pessoas no mercado de trabalho passa apenas pela capacitação profissional? Que outros mecanismos operam na sua exclusão ao mundo do trabalho?

Assim, nesse eixo tem-se que a busca por emprego foi de forma muito pontual, irregular e descontínua. Os projetos de capacitação profissional, embora tenham sido percebidos positivamente pelos participantes, não conseguiram resolver de maneira efetiva a inserção no mundo do trabalho, por não estarem articulados entre si e com políticas públicas, gerando um sistema frágil, sem impacto transformador e não integrado entre instituições.

No subsetor assistência social também configurou-se o eixo da proteção a menores, no qual o conselho tutelar e os serviços de acolhimento institucional para menores estiveram ligados a essa demanda.

O conselho tutelar é um órgão permanente e autônomo, não jurisdicional, encarregado pela sociedade de zelar pelo cumprimento dos direitos da criança e do adolescente. Recebe denúncias de violação de direitos, tais como violência física, psicológica e sexual, negligência ou abandono, apurando e encaminhando aos órgãos competentes para prestarem o atendimento à necessidade que a situação apresenta (PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE, 2005). Nas trajetórias, esse órgão esteve presente em diferentes situações, assumindo perspectivas distintas - relacionado ao encaminhamento sobre guarda e institucionalização na infância, como local onde buscar ajuda para cuidar de seus filhos e como local de denúncia.

Na situação em que esteve presente na trajetória de infância do participante, atuou relacionado ao processo de guarda, aplicação de medidas de proteção e encaminhamento ao serviço de acolhimento institucional.

Teve um debate com a minha mãe, referente a nossa guarda. Daí passou por conselho tutelar, pro juiz da Primeira Vara da Infância e da Juventude, deu a guarda minha e da minha irmã pra nossa vó [...] Daí a minha mãe aproveitou que tava só nós três [irmãos] sozinhos e pegou e fugiu com nós. Levou nós pra Bom Jesus<sup>23</sup>. Lá ela pegou e deixou nós lá, numa casa, e se sumiu. Aí a minha vó foi lá com o conselho, e pegou eu e a minha irmã e o Lucas [irmão mais novo] ficou lá [...] [Depois que a avó faleceu] Nosso vô pegou e entregou nós pro conselho [...] Nós fomo pro abrigo, pra Casa de Acolhimento. (Pablo)

Como local onde buscar ajuda, foi procurado enquanto recurso que poderia proporcionar, de alguma maneira, condições melhores do que a mãe, recém viúva, sentia que seria capaz de ofertar para suas filhas.

Fui no conselho e falei: "Ó, eu não tenho condições de ficar com elas [filhas] por enquanto. Eu preciso de ajuda porque tô sem trabalho, ele foi [referindo-se à morte do marido]. Não tem comida, não tem nem água doce pra dar pra elas e não tenho ninguém. Ninguém me dá nada." Aí eles disseram: "Ó, nós não podemos ficar com as tuas criança porque pro conselho pegar essas crianças, só se for em estado de abandono ou maus tratos." E eu: "Meu Deus, maltratar eu não vou" Aí fui lá e falei pro Jorge [vizinho]: "Ó, o negócio é o seguinte: vocês ficam com elas, a gente vai ligar, vai dizer que eu saí pro mercado e não voltei mais." Só que eu tava ali. Aí foi. Eles vieram e disseram: "Não, vocês esperam até 24 horas. Se ela não aparecer em 24 horas, a gente vai ver o que a gente faz." Aí fui até lá, peguei as gurias, dormi em casa de novo. No outro dia deixei lá com eles de novo. Fiz a mesma coisa. Aí fiquei olhando de longe, né? Eles botando elas dentro da kombi, aqueles rostinhos. Elas não tavam entendendo nada, nada. (Elza)

<sup>23</sup> Bairro do município de Porto Alegre.

Apesar da negativa inicial, Elza acreditou no potencial que o órgão teria de oferecer melhores possibilidades às suas filhas, assim, ao simular o abandono, demonstrou o seu desespero como mãe e a esperança na instituição.

O conselho tutelar também foi buscado por pais que estavam preocupados por sua filha não estar recebendo alimentação adequada na escola e, então, ao denunciarem o fato, tiveram a guarda da filha retirada.

O Miguel ligou pro Disque 100, disse que a diretora [da escola] não dava comida direito [para a filha], que não dava. Daí o Miguel de bosta ligou pro Disque 100, que é a pior bucha esse conselho tutelar, ele nem pesquisou e tiraram a nossa filha [...] Daí o conselho tutelar tirou, o CREAS<sup>24</sup> tudo, eles nem pesquisaram moça, tem que ter pesquisa! Mentiram, eles falaram que nós era louco. (Rita)

A participante faz uma crítica ao órgão por sentir-se traída pelo mesmo que, em vez de ajudá-la, retirou sua filha com a justificativa de que ela e seu marido eram loucos. Assim, considera-se vítima da imposição de uma relação autoritária que culminou com a retirada compulsória e incorreta de sua filha.

Apesar de ser acionado em diferentes contextos, o conselho tutelar esteve sempre relacionado a retirada de menores de seus pais e oferecendo respostas quase sempre restritas à institucionalização. Assim, os desfechos têm em comum o afastamento dos filhos dos pais, mesmo que tenha tido a concordância, como no caso de Elza.

Os serviços de acolhimento institucional para menores, os abrigos<sup>25</sup> e a Casa Lar<sup>26</sup>, compuseram a rede de apoio ao acolher as crianças em momentos de fragilidade das condições familiares.

Os abrigos apresentaram-se como um recurso temporário, como local capaz de oferecer condições melhores às crianças do que elas teriam em casa e de abrigar crianças que não possuem mais vínculos familiares legais.

---

<sup>24</sup> Centro de Referência Especializado de Assistência Social.

<sup>25</sup> No município de Porto Alegre, os abrigos residenciais são espaços destinados ao atendimento de grupos de até 20 crianças e/ou adolescentes. São atendidos por uma equipe de profissionais, formada por técnicos e educadores sociais. O município conta com 22 abrigos residenciais (FUNDAÇÃO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL E CIDADANIA, 2020b).

<sup>26</sup> No município de Porto Alegre, as Casas Lares são destinadas a um grupo de oito a dez crianças e/ou adolescentes onde uma pessoa ou um casal trabalha como educador/cuidador/residente. A rede conta com 46 casas lares (FUNDAÇÃO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL E CIDADANIA, 2020c).



Botei as minha filha num abrigo aqui da Bom Jesus. Como ele [marido] tava muito doente e eu tava com bebezinho novo, eu falei: "Não, assegura as meninas no abrigo que tá com isso, tá com aquilo, então não tô doando. É pra vocês segurar elas uns dias porque não tem comida, não tem nada, e eu tô lidando com esse negócio de velório. Tô com febre, depressão pós-parto, minha cesárea infeccionou, abriu." Então não tinha como ficar com elas. Melhor dar comidinha e caminha direitinho. (Elza)

Eu e minha irmã nós ia ser separado, adotado por família diferente. Aí nosso vô falou que não era bom separar os irmão, daí nós fomos pro abrigo, pra Casa de Acolhimento. Aí de lá ficamos um ano, depois nós fomos pra uma instituição, uma Casa Lar. (Pablo)

Embora nas narrativas o abrigo tenha se mostrado como recurso de apoio, o Estatuto da Criança e do Adolescente preconiza que a falta ou a carência de recursos materiais não constitui motivo suficiente para a perda ou a suspensão do poder familiar, que deverá obrigatoriamente ser incluída em serviços e programas oficiais de proteção, apoio e promoção (BRASIL, 1990). Diante disso, percebe-se que crianças são institucionalizadas não por abandono de seus pais, mas por famílias que são abandonadas pelas políticas públicas.

A Casa Lar, por sua vez, foi um espaço de moradia, de longa permanência, como espaço de acolhimento, oferecendo o atendimento de necessidades básicas ao desenvolvimento de crianças e adolescentes. Além da assistência material, a instituição também realizava ações de lazer e voltadas à religiosidade.

Eu fiquei oito anos numa Casa Lar. Era um céu aberto. Lá eles te ajudavam muito. O vice-presidente [...] dava, assim, cada final, cada mês, no final do mês tinha festa dos aniversariantes e ele dava um vale presente de 100 reais pra cada criança pra gastar na loja. E eles davam, compravam tudo, roupa, material de higiene, material escolar, comida, eles faziam assim, de cada quinze dias um rancho. Eles tinham conta em dois mercado. E final do ano às vezes iam pra praia ou, se não, deixavam nós ir pra acampamento. Era muito legal. E às vezes tinha retiro das igreja, encontros de fé. Da [igreja] Brasa, que eles convidavam nós pra ir. E era bem legal. (Pablo)

As experiências de acolhimento institucional foram percebidas como positivas pelos participantes porém, essas instituições, ao comporem o paradigma da assistência social como política de Estado, estabelecem que crianças e adolescentes são os necessitados, os pobres, os carentes, os assistidos, os beneficiários, os indivíduos considerados em situação pessoal e social de risco ou em situação de vulnerabilidade social. Na prática institucional, ainda são objetos de proteção, tutela e controle, práticas próprias do paradigma filantrópico, embora o discurso oficial os nomeie como sendo "sujeitos de direitos" (BENELLI; COSTA-ROSA, 2012).

Esses autores propõem um novo paradigma, o do sujeito cidadão, fundamentado na lógica dos direitos humanos, no qual crianças e adolescentes seriam considerados e tratados como cidadãos e efetivamente como sujeitos de direitos constitucionais, em busca de emancipação e empoderamento social, por meio do desenvolvimento de uma consciência crítica, de uma participação política ativa e reivindicadora (BENELLI; COSTA-ROSA, 2012). A ambição de um ponto de cuidado que pudesse compor o IT nessa perspectiva permitiria que os sujeitos experimentassem outras possibilidades, que permitissem diálogo e construção de crítica e que poderia apontar para mudanças em suas trajetórias de vida.

Em vista disto, tem-se que o subsetor assistência social esteve voltado para a perspectiva do assistencialismo na medida em que as ações desenvolvidas em seus pontos de apoio são individuais, desarticuladas e não estão efetivamente voltadas a um projeto de inclusão social. Tais ações, no entanto, acabam por ser reflexo da volta das políticas assistencialistas a nível municipal, estadual e federal, nas quais resiste a precariedade de oferta de políticas que garantam a cidadania, preservem a diversidade e as oportunidades. Desse modo, é preciso reconhecer as pessoas em situação de rua com transtornos mentais como cidadãos de direito e avançar na redução das desigualdades sociais, construindo um modelo de proteção social capaz de responder aos desafios contemporâneos.

#### 5.4.3.2 Subsetor saúde

O subsetor profissional da saúde esteve retratado em formas de tratamento – medicação e internação psiquiátricas - em locais de atendimento, representados pelo CAPS, Unidades Básicas de Saúde e Consultório na Rua e em profissionais de saúde.

A medicação psiquiátrica foi considerada um recurso de busca por cuidado e naturalizada como forma de tratamento, em um entendimento de sua essencialidade como terapêutica. Os motivos pelos quais os participantes fazem uso, ou a ação da medicação não são evidentes, sendo compreendida por eles apenas como importante.

Apesar de a medicação ter centralidade no subsetor saúde, os participantes não parecem receber maiores orientações sobre duração de tratamento, tempo de início do efeito terapêutico, potenciais efeitos colaterais e ter reavaliações periódicas.

A questão da minha saúde é eu tomar, eu criar vergonha e tomar meus remédio. (Sarita)

Porque se eu falhar o tratamento [referindo-se ao uso da medicação] então leva a depressão, leva à vontade de não querer viver. E é por isso que eu sempre busco ajuda. (Luiz)

Mas aqui [aponta para a cabeça] tá cansada, tá exausto. Por isso eu preciso do remédio. [...] Agora eu sou toda nóia, mas só com remédio. (Rita)

Porque foi que me acostumaram. Tomar remédio e dormir, tomar remédio e dormir. Então a pessoa se acostuma com o que os outros acostuma ela. (Pablo)

Tomei medicação [no Hospital Psiquiátrico Forense]. Tomo a medicação, aquela medicação que eu tomei aquele dia tô tomando até hoje, imipramina de 25. (Elza)

Essa lógica é cada vez mais comum no mundo contemporâneo onde, crescentemente, se utiliza medicamentos para tratar quase qualquer tipo de mal-estar e comportamentos fora do padrão esperado, isto é, o comprimido se tornou a regra, estratégia hegemônica do Paradigma Psiquiátrico Hospitalocêntrico Medicalizador. Nessa perspectiva, predominam ações verticalizadas de dominação-subordinação, nas quais o saber sobre o tratamento e as relações terapêuticas são impostas como verdades absolutas, não havendo qualquer preocupação social com o sujeito, sua opinião sobre o tratamento ou mesmo, suas observações após o início do tratamento. O produto desse modo capitalista de produção de cuidado é uma subjetividade serializada, capitalística, que encontra na lógica do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais sua classificação alienada (BASOLI; BENELLI, 2019).

Nesse sentido, é possível perceber o “discurso medicalizador” incorporado ao discurso dos participantes e compreender que, na perspectiva da atenção psicossocial, não há a pretensão imediata de apresentar uma saída para a problemática, mas, como propõe Costa-Rosa (2013), deve-se encarar, resolutos, que a luta antimanicomial deve ser também uma luta antimedicalização, pois essa é uma das faces mais destacadas do manicômio que proliferou – o manicômio químico.

Tal tendência medicalizante também pode ser analisada na perspectiva da Clínica Degradada, considerada por Campos (2002) como a que tem sua potencialidade para resolver problemas de saúde diminuída e se dá por interesses econômicos ou por desequilíbrios muito pronunciados de poder. Assim, toda vez que a racionalidade estritamente clínica é atravessada por outras racionalidades do tipo

instrumental ou estratégica, há uma degradação de sua potencialidade teórica e perde-se oportunidade de resolver problemas de saúde.

A partir disso, assinala-se que os participantes recebem seus tratamentos nessa perspectiva pois, ainda que acessem o subsector saúde, há, de acordo com Campos (2001) um paradoxo da extensão de direitos, no qual ter acesso equivale a possuir cidadania. Mas, quase ninguém se interroga sobre quais tipos de cuidados se tem acesso. Assim, a degradação da clínica tem sido estimulada por essa associação de valores transcendentais: o acesso do cidadão e a eficiência.

Dessa forma, torna-se um ganho que as pessoas em situação de rua tenham acesso aos serviços de saúde - embora ainda tenha muito a se avançar - porém não se pode consentir que isso, por si só, seja suficiente para que sejam tratados na perspectiva de Clínica Degradada. Nesse entendimento, o olhar está voltado (ainda que de forma ínfima) à doença e não aos sujeitos, em uma perspectiva de clínica queixa-conduta, que trata apenas sintomas e que permite que o usuário permaneça por vários anos fazendo uso da mesma medicação, sem reavaliação e sem que tenha informações sobre seu tratamento, gerando resultados e consequências danosas para o usuários nos aspectos biopsicossociais.

Ainda nessa perspectiva, esse modo de “cuidar”, voltado a um tratamento mecanicista, também esteve presente na enfermaria do presídio, considerada um local de busca por cuidado. A medicalização surgiu enquanto supressão de sintomas e não como tratamento relacionado a determinado diagnóstico.

Primeira vez que fui pra cadeia entrei em depressão. [...] Não tomava café, começava a passar mal, ia todo dia pra saúde. Tomava soro. Me sustentava só com medicação, só. (Pablo)

Assim, a medicação é compreendida como promotora de alívio e solução para a situação geradora de sofrimento a partir da compreensão biológica e reducionista da existência e do sofrimento enquanto patológico, sendo priorizada como intervenção terapêutica.

A partir disso, deve-se reconhecer a importância dos psicofármacos como instrumentos terapêuticos, porém problematizar acerca da utilização desse recurso como absoluto, como ferramenta aplicável para todos os casos, em todos os paradoxos da existência e da percepção que todas as pessoas devam utilizá-los.

Porque normal ninguém é, só Deus. Só que eu tô mais anormal. [...] “Mas todo mundo precisa de remédio”, eu falo, “Até tua mãe” [do marido], respeitar os outros, a nossa dor. (Rita)

Na fala de Rita, tem-se a interpretação da anormalidade enquanto condição humana e da normalidade enquanto exclusividade divina. Dessa forma, ainda que se tenha padrões “mais ou menos anormais”, assegura-se a aceitação social e que todos sejam tratados da mesma maneira.

Historicamente, de acordo com Fonte (2012), o uso de psicotrópicos produziu um processo de diferenciação na clientela psiquiátrica, que passou a não precisar mais ser identificada como reclusa no asilo, produzindo internações intermitentes (com duração limitada) e possibilitando a boa parte dos pacientes o uso de serviços extra-hospitalares.

No modo psicossocial, a medicação é considerada necessária para a diminuição dos sintomas, mas em um sentido de auxiliar o sujeito a retomar ou reconstruir seu projeto de vida, participar das atividades que desenvolvam suas habilidades, sua autonomia e promovam sua reinserção na sociedade (KANTORSKI et al., 2010).

No entanto, o que se nota a partir das narrativas dos participantes é que, além da perspectiva da Clínica Degradada, a medicação também é marcada na concepção do modo asilar. Assim, estão sujeitos a tratamentos com ênfase na determinação orgânica da doença, visando apenas a supressão dos sintomas, sem investimentos em sua mobilização como participantes do tratamento (COSTA-ROSA, 2000). E, tratando-se de um grupo que se encontra desprovido de direitos e proteção, de acompanhamento, supervisão e estrutura para uso de medicação, estão mais propensos a serem vítimas desse modelo que precisa ser superado.

As internações psiquiátricas apareceram, ora como tratamento, ora como cenário de manifestação de novos sintomas e se deu nos espaços de hospitais psiquiátricos e clínicas.

Enquanto tratamento, a internação psiquiátrica foi utilizada como recurso em momentos de crise e determinada por terceiros – a família ou a polícia – e os motivos de internação são descritos como o uso problemático de drogas e surto.

Eu fui internada no hospital; a primeira vez, eu fui internada pela minha tia. Ela pagou hospital Espírita<sup>27</sup>. Eu tomava uma droga, Hipofagin<sup>28</sup>, embaixo da língua, com duas doses de vodka e uma Pepsi. (Sarita)

Tive surto, fui parar no hospital de presos, da cabeça. Fui pro Forense. Fiquei bastante tempo lá. (Elza)

A internação em um hospital de custódia e tratamento, experienciada por Elza, evidenciou que é possível ingressar no subsetor da saúde, na perspectiva da psiquiatria, por essa via, na lógica já discutida da medicalização e, ainda, obter o título de “louco infrator”.

Embora não tenham fornecido detalhes sobre as experiências durante as internações nas narrativas, percebe-se que há uma aceitação, ou pelo menos uma não-contrariedade, com esta modalidade de tratamento. De acordo com Costa-Rosa (2000), a internação hospitalar integra as ofertas da estratégia hegemônica do Paradigma Psiquiátrico Hospitalocêntrico Medicalizador e, tendo isso em vista, a internação é então entendida como prática naturalmente instituída.

A internação psiquiátrica também esteve presente nas narrativas enquanto cenário de manifestação de sintomas e, nessa perspectiva, longe de ser relacionada a um espaço de tratamento e de cura, aparece como local de experiências alucinatórias e delirantes.

Aí no [Hospital Psiquiátrico] São Pedro eu vi, sem mentira nenhuma, por essa luz que tá me iluminando, perto daqueles coisa vermelho que tem assim, tipo, eu acho que é de bombeiro. Eu vi, por Deus, não tô te mentindo, eu vi uma mão assim, tipo uma figa sair daquilo ali. Não sei se era por causa do remédio, eu vi. [...] Aí um dia eu saí pra rua, assim, no pátio, eu me lembro que tinha uns banco assim e tinha uma santa. E eu olhei pra dentro daquela santa e eu vi, parece que os olhos dela saía uma luz. Sério, as duas coisa que eu vi. (Sarita)

Que foi no Hospital Psiquiátrico São Pedro. Que foi lá que eu comecei a ter os delírio mesmo. (Pablo)

Nessa direção, a internação associa-se a um cenário da loucura e da periculosidade e, além disso, também apareceu como um lugar que gerou medo e insegurança. A forma de lidar com esse espaço e as pessoas que o compõem, é também uma forma de resistir, manifestada pela maneira que foi possível e que sabia expressar-se, no caso de Pablo, através de comportamentos agressivos.

<sup>27</sup> Hospital psiquiátrico filantrópico localizado na cidade de Porto Alegre.

<sup>28</sup> Cloridrato de anfepramona, utilizado como anorexígeno.

Lá na clínica [psiquiátrica] eu começava a surtar, quebrar as cama, a quebrar os vidro lá, a enfrentar os enfermeiro, a jogar comida nas parede. Eu não comia, tomava só remédio. [...] Toda vez que eu ia pra uma clínica, eu surtava. Enfrentava alguém, destruía as coisa. E eles não conseguiam me conter direito. Ah, eu apagava, apagava, eu apagava minha cabeça, apagava. Começava a atacar todo mundo, jogar as coisa nas pessoas, achando que as pessoas queriam fazer mal pra mim. Eu começava a agredir todo mundo, achando que alguém ia me machucar. Eu ficava com medo das pessoas na minha volta. (Pablo)

Há uma preocupação em compreender como os profissionais assistem ao paciente psiquiátrico e as pesquisas demonstram que os profissionais de enfermagem sentem medo e insegurança diante de pessoas com transtornos mentais (MOLL et al., 2017; LIMA; GARCIA; TOLEDO, 2013; PEREIRA; DUARTE; ESLABÃO, 2019), porém não se questiona como esses pacientes, nas internações, se sentem frente aos profissionais. A fala de Pablo expõe que esses sentimentos também são sentidos e diante disso, entende-se que a internação pode se caracterizar como um espaço que favoreça a permanência do indivíduo em uma condição reconhecida como patológica, na criação ou no aumento de cronicidade, constituindo-se como um fator iatrogênico no desenvolvimento do transtorno mental.

Na concepção de iatrogenia apresentada por Vechi (2004), fatores presentes no atendimento em saúde mental são associados à produção de patologia de ordem psíquica na clientela, mantendo os sujeitos em uma condição psíquica reconhecida pelas ciências da saúde mental como patológica e passível de ser tratada em serviço de saúde mental. Mediante essa noção articulada no discurso científico, os serviços de tipo hospitalização integral passaram a ser vistos em seu potencial de produção de efeito adverso ao terapêutico proposto.

Assim, o sujeito, recluso em um espaço no qual é submetido a variadas espécies de violências, passa a incorporar em seu comportamento, por força dessas mesmas violências, tudo aquilo que a instituição deseja que se torne: violento, anti social, melancólico, alienado. Se o sujeito é categoricamente submetido a tal situação, em algum tempo torna-se difícil distinguir o que lhe é próprio, o que é próprio do seu sofrimento, do que lhe é impresso pela condição de institucionalizado (AMARANTE, 2016).

Ainda em relação às internações psiquiátricas, embora não tenham sido exploradas datas nas narrativas, fez-se uma análise relacionando-as com o contexto histórico pré e pós Reforma Psiquiátrica.

As internações de Sarita possivelmente estavam inseridas em um cenário de privatização da assistência psiquiátrica, na era da “indústria da loucura”, na qual, quando houvesse condições financeiras, internava-se em hospitais privados e quando não houvesse, o destino era o hospital público.

Eu fui internada no hospital; a primeira vez, eu fui internada pela minha tia. Ela pagou Hospital Espírita. [...] Aí o meu pai era [faz sinal de mão fechada], como eu falei, em vez de me botar, pagar pra mim, ele a segunda vez, ele me botou no [Hospital Psiquiátrico] São Pedro. (Sarita)

Nessa época, os hospitais psiquiátricos particulares ampliaram-se para estabelecer convênios com a previdência social, tornando os hospitais públicos cada vez menos significativos em termos de atendimento. Esses, em uma situação deteriorada, superlotados, inadequados, pouco terapêuticos e ineficazes para a cura dos doentes, dadas as suas precárias condições, permaneceram reservados aos indivíduos sem vínculos com a previdência social, ou seja, eram destinados aos pobres e indigentes (FONTE, 2012; PAULIN; TURATO, 2004).

Atualmente, os locais de internação psiquiátrica, em geral, não se constituem como espaço de higienização e depósito. Essa “solução” que era posta para os loucos e pobres, parece não ser mais possível para as pessoas em situação de rua com transtornos mentais, no entanto, não se pode fechar os olhos aos retrocessos que vêm ocorrendo, principalmente desde o final do ano de 2017, com a publicação da Portaria nº 3.588. A partir dela, por exemplo, ampliam-se as comunidades terapêuticas, colocando as pessoas em situação de rua em uma situação de vulnerabilidade à essa modalidade que nada tem de comunidade, nem de terapêutica.

Nas trajetórias mais recentes, presumivelmente após efetivarem-se as transformações operadas nos serviços e nas práticas decorrentes da Reforma Psiquiátrica, outras possibilidades de internação e de atendimento tornaram-se viáveis.

[Sobre sua internação psiquiátrica] Foi na clínica da Protásio<sup>29</sup>, fui bem recebido lá. Academia, jogos. Dão os remédio na hora certa. (Luiz)

---

<sup>29</sup> Referindo-se a Avenida Protásio Alves, uma das principais avenidas da cidade de Porto Alegre.



Embora na fala de Luiz não fique evidente o serviço em que ocorreu a internação, pela localização e características apresentadas presume-se que se trata de uma unidade de internação especializada em hospital geral.

Essas unidades representam uma proposta assistencial que se articula ao movimento mais amplo de desinstitucionalização do doente mental, propondo alternativa às internações prolongadas em hospitais psiquiátricos tradicionais, buscando evitar o hospitalismo, a cronificação, a perda da identidade social e da cidadania (DALGALARRONDO, 1990). Assim, nota-se a diferença da experiência de internação em um local, inexistente antes da Reforma Psiquiátrica, com características diferenciadas, principalmente no que diz respeito ao acolhimento, a estrutura e a organização do serviço.

A despeito disso, o fenômeno da “porta giratória”, caracterizado pelas rehospitalizações frequentes dos portadores de transtornos mentais, obedecendo a um ciclo recidivo de internação/alta/internação (RAMOS; GUIMARÃES; ENDERS, 2011) é uma realidade entre os participantes e relevante para ser considerada nos ITs, uma vez que diz respeito a rede de serviços do setor profissional e como se articula para atender determinados grupos, como o que a esse estudo se refere.

A informação obtida em prontuário de que Luiz possui mais de 30 internações psiquiátricas, exemplifica a “porta giratória” e denuncia a desarticulação do sistema do setor profissional e de apoio social.

Seguindo nessa nova fase histórica de assistência, em que surgem os serviços de caráter aberto e comunitário, o CAPS, enquanto componente da RAPS, também aparece nas narrativas. Foi compreendido como um serviço aberto que proporciona espaço de liberdade e autonomia ao permitir ao usuário a preservação do direito de ir e vir, de permanecer ou não, liberdade de decidir se participa ou não das atividades.

É uma clínica onde a gente fica tomando os remédios lá dentro e cê pode ficar quanto tempo quiser, o tempo que você achar melhor. Mas quanto mais tempo você ficar, mais você se recupera. (Luiz)

Foi no CAPS [onde recebeu seus diagnósticos]. Não era nada legal. Eu não acho. Eu não gostava de ir nos grupo, que os grupo me dava sono. Dava sono ir nos grupo. Então eu só ia pra tomar meu remédio, ver TV e ir dormir. (Pablo)

Essa característica, de ser mais flexível do que outros serviços psiquiátricos é denominada por Kantorski et al. (2009) de plasticidade do serviço, e é predominante

nos CAPS pois segue o princípio que a liberdade é terapêutica. Nessa lógica, tem-se resultados satisfatórios a partir do fortalecimento da autonomia do usuário, da diminuição das crises (em frequência e extensão), da independência progressiva dos usuários, da adesão ao serviço, da oportunidade de organização de suas vidas, da possibilidade de convivência, socialização, enriquecimento do cotidiano que vai além do transtorno e da inserção social.

Por outro lado, os CAPS ainda mantêm práticas na perspectiva do modo asilar, percebida através das falas que trazem a centralidade da medicação, pouca possibilidade de personalização de atividades e de perspectiva de reinserção social. Nesse sentido, deve-se repensar tais práticas, seus propósitos, não apenas como “local para tomar remédio e dormir”, ou “grupo para todos” mas como um espaço de tratamento que produz novas práticas e posturas, que façam sentido para o usuário.

Com isso, percebe-se que apesar de constituírem uma proposta que repolitiza o sujeito e a saúde, de modo a produzir movimentos contra ideológicos e contra hegemônicos no macro espaço – o contexto das políticas públicas – e no micro espaço – quando alcança os processos de trabalho das equipes, a organização dos serviços, a redefinição das práticas dos trabalhadores e as relações que estabelecem com os sujeitos que os procuram, os CAPS tem “incluído” para “tratar”, como se fosse no interior do serviço que o cuidado devesse ser prestado, e não o contrário (PINHO; HERNÁNDEZ; KANTORSKI, 2010).

Outro componente da RAPS, o Consultório na Rua (CR), foi citado como o local a ser buscado por pessoas em situação de rua para resolver questões ligadas à saúde apenas por Rita.

Eu tô com tireoide ó, com pelos, isso aí eu tenho que ver, tem que tratar aqui [no Consultório na Rua], daí falaram que é pra tratar aqui porque eu sou moradora de rua, porque eu não tenho casa na real. (Rita)

Contudo, embora o CR tenha sido o local do estudo e todos os participantes possuíam vínculo com o serviço, sua aparição nos ITs foi mínima. Com isso, pondera-se sob duas perspectivas: considera-se que no sistema de relevância adotado pelos participantes, foi falado aquilo que particularmente lhes pareceu relevante e que foi primordial para que se compreendesse as ações e escolhas realizadas em determinados contextos. E, como no estudo de Gehlen e Schuch (2016) que demonstrou que 7,2% (n=467) das pessoas em situação de rua referiram procurar o

mesmo CR desse estudo quando ficavam doentes quando, nesse período o serviço já contava com mais de dois mil prontuários<sup>30</sup> de usuários.

A experiência no período de campo demonstrou que as pessoas em situação de rua, com transtornos mentais ou sem, procuram o serviço por questões muito heterogêneas, alguns de forma sistemática e rotineira. O serviço é bastante procurado pela população, e chegava a acolher 30 usuários em uma manhã. Diante disso, apesar do CR ser um serviço buscado e utilizado pelas pessoas em situação de rua com transtornos mentais, questiona-se por que foi pouco referido em ambas as pesquisas?

Em um relato do atendimento recebido, o CR, assim como a Unidade Básica de Saúde, foram apontados como serviços em que os profissionais demonstraram-se pouco sensíveis ao sofrimento e a condição da participante.

[Referindo-se ao atendimento no Consultório na Rua] Eu só tava com medo de elas [profissionais] me bater. As três, as duas ali, porque eu tava com medo da que tava sentada, porque eu achei ela, te falar a verdade, estúpida. Porque pra trabalhar com doente e nervoso e pobre miserável tem que ter paciência, né. Se tá nessa profissão é porque quer [...] a [profissional] sentada eu não gostei do olhar dela, eu achei do mal. [...] No posto da Glória, que me tratavam muito mal que eu briguei já várias vez, porque, porque elas riam das minha tristeza. (Rita)

Comumente, a população em situação de rua distancia-se do sistema de saúde e compara-se a uma espécie de “lixo social”, chegando a temer a ação de serviços e trabalhadores. Como reflexo desse estigma, os usuários percebem-se menos humanos que o restante da população, geralmente acusados pelo olhar do outro e na maneira como são tratados ou destratados, sobretudo quando estão frente a frente com um trabalhador de saúde (FRIEDRICH et al., 2019).

Embora essa prática seja evidentemente problemática ao ser considerada no subsetor saúde como um todo, Rita traz essa perspectiva de um serviço cuja natureza e existência está pautada no atendimento a essa população. Isso revela uma contradição do trabalho em saúde à medida em que se espera dos trabalhadores desse serviço um cuidado orientado pela equidade e uma postura acolhedora às necessidades desses sujeitos.

---

<sup>30</sup> Este dado foi retirado de planilha de registro anual de pacientes do CR. Foi considerado o número de prontuários de usuários em outubro de 2016.

Nesse sentido, é preciso estar atento para que, assim como os hospitais psiquiátricos, em sua origem, assistiam aos doentes mentais e se constituíram, no decorrer de sua existência, em espaço de segregação e violência, o CR, sendo um serviço com proposta transformadora<sup>31</sup> às pessoas em situação de rua, seja efetivamente mantido como tal e não reproduza práticas de um modelo manicomial que ainda atravessa a sociedade.

Dessa maneira, Rita faz uma crítica à forma como (não) foi acolhida e ao atendimento recebido pelos profissionais e, logo a seguir, repara essa mesma crítica ao responsabilizar-se pelas situações ocorridas, justificadas por estar nervosa e triste. Também entende que precisa perdoar os profissionais, no sentido que eles a trataram de uma maneira inapropriada, devido a suas próprias condições.

Só que aí eu tenho que perdoar, que eu tenho que entender que eu tô nervosa, é muita tristeza pra uma pessoa. (Rita)

Diante disso, pode-se problematizar as relações de poder que estão instituídas nos serviços de saúde determinando que, mesmo sentindo-se desconsiderada diante do comportamento dos profissionais, sinta-se no dever de perdoá-los e entendê-los. Trata-se de uma relação que ainda é hierárquica e unilateral nos serviços de saúde com os usuários, de formas que esses não sentem que têm o espaço para se posicionar frente a determinadas condutas.

Em relação aos profissionais que compuseram o subsetor saúde, o médico foi citado como recurso a ser buscado em momentos de sofrimento e relacionado ao tratamento medicamentoso.

Quando acontece isso [se corta] o que eu posso procurar é atendimento médico. (Luiz)

Até o doutor me elogiou porque tem uma parte ali que eu tava relaxando [no tratamento medicamentoso]. (Sarita)

A profissional psicóloga apareceu nas narrativas como uma figura que assistia o participante enquanto estava institucionalizado e como responsável pelo desencadeamento de seu transtorno mental.

---

<sup>31</sup> Demonstrado, por exemplo, por Rosa e Santana (2018), Abreu e Oliveira (2017) e Vargas e Macerata (2018).

Eu comecei tendo [surto] por causa que a psicóloga, ela achava coisa que era em mim mas era tudo mentira. Daí foi por isso que eu comecei a ficar assim. Que ela botava coisas na minha cabeça, sendo que era mentira. Dizia que eu tinha tais problemas mas eu não tinha problemas. [...] E até enfrentei a psicóloga porque ela mentia pra mim. Ela me prometia coisas, dizia que ia deixar minha irmã ver mas não deixava. (Pablo)

Tendo em vista que apenas duas categorias profissionais foram citadas e os locais do subsetor saúde por onde os participantes estiveram são compostos por equipes multiprofissionais, pode-se problematizar que os modelos assistenciais que contam com o trabalho em equipe, embora pressuponham uma mudança na cultura institucional na direção de espaços reflexivos e dialógicos entre os diferentes profissionais, podem privilegiar a centralidade dos cuidados e da atenção à saúde em determinada especialidade. Quando isso ocorre, geralmente com o profissional médico, legitima-se seu poder/saber hierarquicamente superior aos demais trabalhadores e usuários, marcando sua posição nas concepções de cuidado e nas interpretações que os participantes fazem sobre suas experiências.

A ausência de reflexão e diálogo nas equipes multiprofissionais favorece a repetição de lógicas embasadas na separação entre as disciplinas e seus diferentes objetos de estudo e intervenção. Essa prática gera no trabalhador e, conseqüentemente no usuário, sentimentos de dissociação e desagregação, pois o discurso é da integralidade, mas a prática é fragmentada e fragmentadora de processos e de sujeitos. Diante disso, a lógica a ser assumida deve ser transdisciplinar, na qual todos os trabalhadores estão incluídos na potência do processo de trabalho e a atenção às múltiplas dimensões humanas é contemplada, sejam elas a individual, a emocional, a subjetiva, a cultural e a social. Nessas relações, tanto usuários, gestores e trabalhadores podem ser produtores de si e da saúde na coletividade (SEVERO; SEMINOTTI, 2010).

Portanto, tem-se que o subsetor saúde esteve voltado ao Paradigma Psiquiátrico Hospitalocêntrico Medicalizador, na medida em que as práticas estiveram com foco em sintomas, comportamentos, no uso de medicamentos e na internação. Essas práticas, determinadas pelo subsetor fazem parte de um reconhecimento do setor profissional de quem possui transtornos mentais e, de modo geral, foram pouco abordadas nas narrativas e, os relatos das experiências contiveram poucos elementos descritivos.

Diante disso, entende-se que as ações relacionadas ao subsetor saúde foram ressignificadas pelos participantes de uma forma muito empobrecida, de modo que questiona-se o sentido atribuído aos elementos e como incorporam essa relação. Assim, marca-se o desafio de estabelecer que essa conexão entre os significados, as práticas e as relações façam sentido para essas pessoas.

Para caminhar nessa direção, apresenta-se o proposto por Ribeiro e Ferla (2016, p.309), de “um trabalho interdisciplinar que considere os diversos contextos socioculturais dos que demandam cuidado e tenha em seu núcleo o trabalho vivo, ou seja, as relações e o vínculo entre profissionais e usuários/pacientes”. Além disso, reconstruir conceitos, buscando superar o modelo atual que ainda é da Clínica Degradada com roupagens de humanização e, para isso, Amarante (2015) diz que é preciso reinventar a clínica como construção de possibilidades, como construção de subjetividades, como possibilidade de ocupar-se de sujeitos com sofrimento, e de, efetivamente, responsabilizar-se para com o sofrimento humano com outros paradigmas centrados no cuidado e na cidadania enquanto princípio ético.

#### 5.4.3.3 Subsetor justiça e segurança

O subsetor justiça e segurança fez-se presente como recurso de apoio nas figuras de promotor, de juízes, da polícia e da defensoria pública. A relação com esse subsetor também está associada ao fato de que os participantes trazem, em suas narrativas, experiências relacionadas a contravenções legais, levando a interfaces com o sistema prisional.

A cadeia foi a primeira vez que eu caí. Aí eu fiquei três meses. [...] Eu puxei cadeia Natal, Ano Novo e aniversário. Eu fiz 51 na cadeia. Aí eu voltei pra Borges<sup>32</sup>, caí de novo. (Sarita)

Fiquei três meses e pouco na cadeia depois fiquei quatro dias na rua. Caí de novo. Fiquei três meses na cadeia, fui pra rua. Uns meses depois, caí de novo. Então, caí várias vezes. Fui caindo. Cada vez que era solto, caía. Cada vez que era solto. Então daí virou um costume de ficar preso. Já fui absolvido, já tenho condena: um tráfico, tenho um ano e oito mês em regime aberto; um roubo, um ano em aberto; absolvido em dois tráfico; absolvido em porte de arma e porte de munição porque o advogado conseguiu alegar que não tinha digital minha. Porque eu sei que ele me absolveu nas arma e nas munição porque caiu na minha primeira cadeia, que encontraram enterrado na casa que eu morava. Então daí eu vinha pra Porto Alegre e voltava pra lá [Florianópolis] preso. (Pablo)

---

<sup>32</sup> Refere-se a Avenida Borges de Medeiros, localizada no centro de Porto Alegre.

Vou roubar? Nem sabia roubar, não sabia nada. Só que como era mulher do Pedro<sup>33</sup>, eles achavam que eu sabia fazer alguma coisa. Só que eu não sabia. O que aconteceu? Eles pegaram o roubo, foram embora e eu fiquei pra trás. Fui presa. Peguei dez anos, oito meses, oitenta dias integralmente fechado. Peguei tentativa de homicídio porque era uma policial. Fiz um corte bem pequenininho. (Elza)

Os participantes possuem, em sua relação com o sistema prisional, duas características que os colocam em uma situação de vulnerabilidade – ser pobre e possuir transtorno mental. Esses dois fatores têm, historicamente, papel no estigma e na criminalização do pobre e do louco, tornando-os inimigos da segurança.

Em relação à criminalização da pobreza, Valle (2006), afirma que se trata não só de mais um meio ou pretexto para banir, excluir e encarcerar os pobres. É também uma forma de culpá-los pela sua condição de excluído, tirando dos ombros das elites e das relações de poder estabelecidas pelo mercado e pela política neoliberal toda e qualquer responsabilidade pelo fracasso daqueles que representam o estereótipo de tudo o que não se deve ser na sociedade de consumo da pós-modernidade.

Nessa perspectiva, o crime dos pobres é considerado mais crime do que crime dos ricos, sendo, estrategicamente, mais perceptível e punível que o crime dos ricos (VALLE, 2006). De alguma maneira a justiça que (não) é feita pelos pobres, não é a mesma que é feita para os ricos e essa construção do Estado, de controle da delinquência, tenta solucionar os problemas sociais por meio do sistema penal. Dessa forma, que não exige mudanças estruturais e não desestabiliza relações de poder, criminaliza-se os problemas sociais.

Embora a criminalização da pobreza, nessa perspectiva, seja uma realidade, há de se considerar também um outro ponto de vista, relacionado ao processo em que as pessoas inseridas em contextos de pobreza, acabam realizando ações consideradas criminosas como consequência da falta de oportunidades. Diante disso, acorda-se com Valle (2006) que não há a intenção de justificar toda a criminalidade no processo de desigualdade e exclusão social, mas compreender que a criminalização da pobreza possa ser a consequência das consequências, ou seja, a consequência última da somatória das consequências (des)humanas do processo de globalização.

A aproximação da justiça com a psiquiatria, por sua vez, se dá historicamente na perspectiva da institucionalização e do discurso moral. Relaciona a imagem do

---

<sup>33</sup> Pedro foi assaltante por muitos anos, nas palavras de Elza, era “especialista em invadir mansão”.

louco à periculosidade, necessitando de uma instituição e custódia e/ou tratamento, que garanta o controle social.

Tive surto, fui parar no hospital de presos, da cabeça. Fui pro Forense. Fiquei bastante tempo lá. Tomei medicação. Tomo a medicação, aquela medicação que eu tomei aquele dia tô tomando até hoje. (Elza)

Para esse fim foram criados os manicômios judiciários, atualmente denominados hospitais de custódia de tratamento, como centros de tratamento de pessoas com transtornos mentais que, em razão do transtorno, tenham praticado algum tipo de ilícito penal. No entanto, apesar de intitulados “hospitais”, não se encontram inseridos no sistema de saúde, mas sim na estrutura do sistema prisional (BRASIL, 2011d).

A grande quantidade de pessoas com transtornos mentais encarceradas em prisões são um subproduto, entre outras coisas, da inexistência ou disponibilidade reduzida de estabelecimentos públicos de saúde mental, implementação de leis que criminalizam o comportamento inconveniente, o falso conceito difundido de que todas as pessoas com transtornos mentais são perigosas e uma intolerância da sociedade com o comportamento indócil ou perturbador. Além disso, alguns países não dispõem de tradições jurídicas que promovam o tratamento (ao invés de castigo) para infratores com transtorno mental. Prisões são o lugar errado para pessoas com necessidade de tratamento de saúde mental, já que o sistema de justiça criminal enfatiza mais a repressão e a punição do que o tratamento e a atenção. (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2005, p.101-102)

Uma das funções mais precisas não só dos laudos psiquiátricos, mas, de maneira geral, da antropologia criminal e do discurso da criminologia, é introduzir solenemente as infrações no campo dos objetos suscetíveis de um conhecimento científico, dando aos mecanismos da punição legal um poder justificável não mais simplesmente sobre as infrações, mas sobre os indivíduos; não mais sobre o que eles fizeram, mas sobre aquilo que eles são, serão, ou possam ser (FOUCAULT, 1987). Dessa maneira, é a lógica do setor profissional que qualifica os indivíduos, não sobre o crime mas sobre as possibilidades de transformação do seu comportamento.

E, ainda que se tenha oposição entre o discurso médico e o judiciário, o que está em jogo neste conflito é a substituição de uma forma de controle social por outra, posto que o deslocamento do veredito ao diagnóstico não implica em que o doente/acusado escape às sanções do poder (ALBUQUERQUE, 1978).

Diante disso, entende-se que as experiências prisionais dos participantes possivelmente estiveram inseridas nessa lógica excludente e estigmatizante às



peessoas em situação de rua com transtornos mentais. Assim, suas relações com figuras do subsetor mostrou-se como estratégia de resiliência em um sistema que pode ser bastante opressor.

Uma dessas figuras foi o promotor de justiça, com o qual foi estabelecida uma relação de amizade, na perspectiva da participante, através de cartas que a ele enviava durante a sua permanência na prisão, pedindo que a auxiliasse nas suas demandas.

Comecei a escrever cartas de amor pro Joaquim [promotor], mas não de amor pra ele, de amor à vida, de amor às minhas filhas, que eu tava arrependida do que eu tinha feito, que ele me desse o perdão de pena. Foi o que eu ganhei: um perdão de pena. [...] Eu recortava as folhas de jornal da revista. Então ficava bem bonitinho as cartinhas. Além do envelope bonito e colorido. E aí desenhava uns balãozinho, tipo um coração. Pintava colorido: um rosa, um vermelho, um azul... Então não tem como não chamar atenção essa carta, né? E daí o que? A gente se tornou amigo. [...] Voltei lá pro presídio de novo [referindo-se a um episódio no qual saiu para passeio, não se apresentou no horário e foi baleada]. Aí no outro dia, tava o Joaquim lá: "Elza, o que aconteceu contigo? Elza, o que aconteceu contigo?" Eu: "Ai, não sei o que aconteceu. Eu sei que eu tava lá e o cara lá me deu uns tiro e deu." Ele: "Tá, então eu vou fazer o papel ali pra ti descer, pra ti ir pro semiaberto de novo". Eu voltei pro semiaberto de novo. (Elza)

Na mesma direção, o juiz aparece como o responsável por conceder liberdade, capaz de olhar para os casos e conceder uma sentença favorável. Considerando a invisibilidade das pessoas em situação de rua com transtornos mentais em distintas áreas da sociedade, admitir que uma figura importante note e atenda sua necessidade, gera sentimento de gratidão e estabelece-a como parte da rede de apoio.

O juiz me deu a liberdade. Até agradeço ele, que eu tô pagando em liberdade. (Sarita)

Fiz amizade com eles [referindo-se ao juiz e ao promotor]. Aí um dia tive uma audiência com o Enrico [juiz], aí já cheguei chorando. Ele: "Elza, para de chorar. Nem falei nada ainda. Calma!" "Tô cansada de ficar aqui. Quero embora." "Calma. Eu tô dando os passeio pra ti. Te chamei aqui só pra te olhar, pra tua cara, no teu rosto. Te chamei. Podia ter só escrito no papel, mas eu decidi te chamar aqui pra te ver, pra te dizer." Então me levou lá no Foro Central, disse: "Ó, vou te dar os passeios pra ti começar a visitar tua casa." (Elza)

O estabelecimento e a personalização da relação com figuras de poder dentro do subsetor da justiça, como o promotor e o juiz, são uma estratégia para sobreviver

em contextos tão desfavoráveis como a prisão. A aproximação e o reconhecimento dessas pessoas importantes eleva a um outro patamar a forma como a própria participante poderia ser vista e tratada pelas demais mulheres que compartilhavam a mesma condição.

Outra figura do setor, a polícia, está associada aos aspectos menos apreciados na situação de rua, especialmente por sua atuação de forma opressora em relação a essa população (GEHLEN; SCHUCH, 2016). Todavia, tal representação não esteve presente na perspectiva dos participantes e a polícia compôs o itinerário ao agir em uma situação de sofrimento.

Depois que eu ia me jogar do viaduto [...] Aí parou uma viatura da polícia, perguntou o que eu tava fazendo naquele local. Eu disse: "Não, eu acho que vou pular aqui." Ele disse: "Não, não faz isso. Não tira tua vida." Me colocaram dentro da viatura, me levaram pra um lugar mais seguro (Luiz)

Embora diversos estudos, como o de Moura Jr, Ximenes e Sarriera (2013) que traz que os policiais são os principais autores de casos de agressão às pessoas em situação de rua e o de Rossi (2015) que diz que grande parte de casos de violações cometidas contra as pessoas em situação de rua são praticada por agentes estatais, no uso excessivo da força, os participantes não relataram nenhuma experiência conflituosa direta com instituições da segurança pública e, como no caso descrito por Luiz, a ação policial configurou-se como um auxílio.

Todavia, ao atuar em cenários de uso de drogas, os agentes da segurança intervêm no sentido de isolar a população que ocupa esses espaços, em uma lógica higienista, utilizando de práticas de repressão como o uso de gás de efeito moral, quando utiliza de sua autoridade diretamente.

A Estação da Luz é a cracolândia de São Paulo, é onde a guarda municipal fecha e as pessoas ficam ali consumindo droga. Eles fecham pra pessoa não ir pro lado da... incomodar os cidadão. Então cê fica ali. Só que, de mês em mês, a guarda vai lá e joga gás de efeito moral e tal, tenta desmanchar a cracolândia. (Luiz)

A prática da repressão da guarda municipal e a desocupação forçada dos territórios, evidencia que aqueles não são espaços de direitos, mas de submissão ao Estado e de segregação social. Além disso, a menção de que as ações ocorrem mensalmente, revelam a estratégia descrita por Rui (2012) que trata-se de uma ação

na esfera do espetacular, com resultado quase nulo, mostrando que, definitivamente, a cracolândia não é um local com ausência de Estado. Ao contrário, ele está ali, por vezes, em demasia - resta saber como ele está lá.

Outro ponto do subsetor, a Defensoria Pública, como órgão público de acesso à justiça, atuou na busca da garantia de direitos, uma vez que tem o papel de ser a instituição acessível aos que não são alcançados pelo modelo tradicional de prestação de assistência jurídica. Embora possa haver certa incompreensibilidade sobre as atribuições da Defensoria Pública, o serviço integrou a rede de apoio e foi buscado como suporte no encaminhamento a benefícios sociais.

Eu tô esperando o LOAS<sup>34</sup>, que eles vão ver se vão dar o LOAS da cabeça, que eu fui ver ontem na Defensoria. (Rita)

De acordo com Almeida et al. (2019), a Defensoria Pública desempenha papel fundamental na defesa dos direitos, pode e deve ter um papel efetivo na transformação da realidade e na promoção de direitos humanos da população em situação de rua.

Com isso, tem-se que o subsetor justiça e segurança estabeleceu-se como parte dos ITs a partir de experiências no sistema prisional e de momentos de sofrimento ou necessidade. A relação com o subsetor se deu de maneira pontual, estratégica e amistosa, contrapondo a imagem que se tem (por motivos reais) de um subsetor extremamente violento, repressivo e injusto com a população em situação de rua. Não houve, contudo, uma rede de serviços que apoiou os participantes em suas questões legais.

Diante disso, a análise do setor profissional, composto pelos subsetores da assistência social, da saúde e da justiça e segurança, demonstrou que as redes de apoio formadas são desarticuladas e pouco voltadas a um projeto de integralidade e de inclusão social, sendo que o subsetor da assistência social apresentou predominância em relação aos demais.

A partir disso, pode-se refletir o papel que o setor profissional vêm desempenhando na vida das pessoas e como elas têm ressignificado (ou não) suas experiências a partir do que vivenciam nesse setor. O setor profissional deve ser

---

<sup>34</sup> LOAS (Lei Orgânica da Assistência Social). No contexto, referindo-se ao BPC (Benefício de Prestação Continuada).

capaz de acolher, de integrar, de tratar, de oferecer o que as pessoas precisam e isso só será possível se essas pessoas forem ouvidas.

A narração das histórias de vida demonstrou que cada experiência de cuidado se deu em uma composição de diferentes expressões. As inúmeras formas de compor os ITs que se manifestaram, a partir dessas experiências, fazem referência à metáfora do caleidoscópio, pois coloca-as em relação com algo que, tendo potencialidade quase infinita de produzir formas, a cada movimento, leve e sutil, compõe-nas de um modo. Assim, a sensibilidade e sutileza de quem movimenta o caleidoscópio é que “desenha uma forma” (BELLATO et al., 2016).

Desse modo, entende-se que os ITs foram resultado de um processo complexo na busca de cuidados, no qual os setores de cuidado se inseriram como ferramentas individuais e coletivas. Foi preciso considerar, além da diversidade e das possibilidades de escolhas, as estratégias dos participantes a partir do contexto em que estão inseridos que levam a diferentes escolhas que não se excluem e, pelo contrário, são plurais. Nesse contexto há espaços, atores, margens e experiências, onde as pessoas desenvolvem os seus meios de enfrentamento aos problemas que lhe são impostos e compõem suas próprias maneiras de intervir.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao final desta trajetória, torna-se necessário destacar as particularidades das pessoas em situação de rua com transtornos mentais e retomar o pressuposto de que há necessidade de um olhar singularizado para essas pessoas, considerando suas especificidades na constituição de políticas e práticas na perspectiva da atenção psicossocial. Identificar essas especificidades, relacionadas a terem um transtorno mental, exigiu acessar as (re)significações e (re)interpretações de suas experiências, as formas como lidaram e como buscaram ajuda que só foram possíveis por serem parte desse grupo.

A pesquisa demonstrou que os participantes são submetidos a avaliações de saúde inconsistentes e recebem diagnósticos psiquiátricos heterogêneos, desordenados e com ressignificação empobrecida e, muitas vezes, sem nenhum significado relacionados a eles. Assim, a partir de suas experiências subjetivas de sofrimento e as maneiras próprias de abordar, lidar e legitimá-las, fizeram as suas próprias interpretações, sob influência da cultura, do contexto em que vivem, e das diferentes experiências que tiveram no decorrer de suas trajetórias. As interpretações conferidas à doença foram diversas e, apesar de trazerem termos cunhados no setor da psiquiatria, estão muito distantes desse setor.

Nas diferentes interpretações do processo de adoecimento, foram surgindo outras concepções para o cuidado, que não as comumente tratadas pelo setor profissional. Essas concepções, para além da perspectiva técnico-científica, trazem a dimensão subjetivo-relacional e política com centralidade. A primeira diz respeito às relações que se estabelecem entre quem cuida e quem é cuidado. A dimensão política se faz presente na solidariedade, na emancipação, na autonomia, na alteridade, na justiça, na equidade e na cidadania. Atravessa as concepções, direcionando as escolhas que as pessoas fazem e por onde transitarão, considerando as possibilidades mas também constituindo dispositivos e estratégias potentes em busca daquilo que consideram cuidado.

O fato de terem transtornos mentais, na perspectiva do setor profissional, trouxe elementos narrativos que possibilitaram a riqueza de interpretações que foram dadas para esses fenômenos. Os participantes encontraram no setor *folk* bases explicativas que deram sentido às suas experiências, possibilitando outras lógicas de interpretações, superando a lógica psiquiátrica/biomédica e oferecendo sentidos,

esperanças e perspectivas. Esse setor teve uma grande potência transformadora no cuidado dessas pessoas.

Outro ponto, refere-se às questões relacionadas aos transtornos mentais, que estão atravessadas por sofrimentos, dores, perdas, violências, carências e estigma. As histórias de vida estão repletas desses fatores, contudo, muitas vezes, o setor profissional, na perspectiva biomédica, se reduz aos diagnósticos e tratamentos e esses outros elementos que se sobressaem, acabam ficando invisíveis. Essa perspectiva, sozinha, não é capaz de dar conta disso, sendo preciso ampliar o olhar, integrando outras disciplinas para que se possa incluir bases explicativas que contemplem a perspectiva existencial de ter transtornos mentais.

A pluralidade dos itinerários terapêuticos evidenciada nos resultados vai ao encontro do pressuposto que as pessoas em situação de rua com transtornos mentais buscam meios diversos de cuidado baseadas em suas experiências individuais, influenciadas pelo contexto em que vivem e organizando-se em seu território, como resultado de uma construção social.

Como parte dos itinerários, os três setores - popular, *folk* e profissional - se constituíram como importantes pontos de cuidados, contudo, destaca-se a pouca aparição do setor profissional, e neste, a ainda menor do subsetor saúde e, a invisibilidade da RAPS.

Essa pesquisa tratou, desde o início, da invisibilidade das pessoas em situação de rua com transtornos mentais, porém, apresenta que, para essas pessoas, os serviços de saúde mental são invisíveis. Dentro do seu sistema de relevância, quando aparecem, surgem basicamente ligados a internações psiquiátricas e medicamentos, esses enquanto possibilidade de fuga de realidade.

Diante disso, se os serviços da atenção psicossocial estão marginais no sistema de relevância, questiona-se: onde está a RAPS para esse grupo? Quais esforços (não) estão sendo feitos para atendê-lo? É preciso repensar o lugar do setor profissional como um todo e da RAPS, nos seus itinerários terapêuticos, problematizando como podem se tornar mais visíveis e relevantes.

Em relação ao caminho teórico-metodológico utilizado, o referencial dos setores de cuidados de saúde, possibilitou identificar formas de busca pelo cuidado não-tradicionais, entendendo-as como parte de um sistema cultural. Nessa direção, as escolhas realizadas vêm carregadas de lógicas explicativas próprias e ocorrem em uma intersecção entre os diferentes setores.

A entrevista narrativa como ferramenta metodológica possibilitou “fazer-se ouvir” em histórias que são, frequentemente, negligenciadas, ao propor um método dialógico e compreensivo. Tendo como foco central a construção de sentidos por parte de quem vivencia determinada realidade, considerando-se ações, decisões e escolhas mobilizadas, permitiu a reconstrução desses sentidos, possibilitando novos olhares e *insights* em relação à própria experiência de quem relatava.

Além disso, a análise das histórias de vida e trajetórias percorridas por pessoas em situação de rua com transtornos mentais pôde impulsionar o movimento de (re)pensar o cuidado em saúde mental, considerando-se aspectos que pudessem se configurar potencializadores do lugar da atenção psicossocial na inclusão desse grupo.

Uma das características do grupo estudado é a itinerância, levando a um maior tempo para aproximação e estabelecimento de uma relação de confiança. Para isso, recomenda-se a previsão de uma inserção no campo contínua e longa.

Porém, a longa inserção no campo e o tempo despendido para conseguir conquistar a confiança dos participantes e formar vínculos resultou na inviabilização de realizar mais de uma entrevista por participante. Esse limite impossibilitou que algumas lacunas fossem retomadas a partir da análise da primeira entrevista.

Outro limite diz respeito a pouca experiência que se possuía na utilização da entrevista narrativa. Apesar disso, percebeu-se que foi possível acessar de maneira aprofundada e entender como as pessoas em situação de rua com transtornos mentais buscavam o seu cuidado considerando suas experiências pessoais como um fenômeno social complexo e suas interpretações através desse método, que permitiu que os participantes reconstruíssem suas histórias de vida e a descrevessem de um modo que o formato de perguntas e respostas de entrevistas semiestruturadas convencionais não permitiria.

O fato de que o subsetor saúde teve pouca aparição no sistema de relevância dos itinerários terapêuticos dos participantes, tendo em vista que foram contatados através de um serviço desse setor, pode indicar um limite desse estudo, pois podem haver outras pessoas em situação de rua com transtornos mentais que não acessam esse serviço e não foram consideradas como possíveis participantes. Diante disso, recomenda-se que em estudos futuros possam ser pensadas estratégias de inclusão de participantes por outros meios que não se restrinjam a esse subsetor.

Recomenda-se ainda, outras pesquisas interdisciplinares, em perspectivas dialógicas, voltadas a pessoas em situação de rua com transtornos mentais, buscando o aprofundamento de questões que apareceram nas narrativas, porém não foram foco deste estudo, tais como: sua relação com o sistema judiciário e prisional; vulnerabilidade à violência sexual e significado do uso de drogas para esse grupo.

Por fim, a realização dessa pesquisa foi um grande aprendizado, desde a inserção no campo até o final da escrita. Mas o que eu vivenciei nos dez meses de trabalho de campo, me tornaram, sem dúvida, uma pessoa melhor. Eu ouvi “nãos”, fiquei esperando (várias e várias vezes), chorei, me frustrei, senti raiva das pessoas, do sistema, pensei em desistir. Mas eu ganhei abraços, aprendi que é possível dividir uma marmitta que pode ser a única refeição do dia, e tantas expressões novas que nem sei dizer, compartilhei risadas sinceras com “os meus”, percebi que as coisas mais simples tem valor imenso, ouvi as histórias mais marcantes da minha vida e, para isso eu aprendi a escutar. Essa pesquisa só foi possível em razão de seus participantes.



## REFERÊNCIAS

ABREU Deivid de; OLIVEIRA, Walter Ferreira de. Atenção à saúde da população em situação de rua: um desafio para o Consultório na Rua e para o Sistema Único de Saúde. **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 2, p. e00196916, 2017.

AGÊNCIA LIVRE PARA INFORMAÇÃO, CIDADANIA E EDUCAÇÃO (ALICE). Para onde vão? **Boca de Rua**, Porto Alegre, ano XVII, n. 69, nov/dez 2018, p. 2.

AGUIAR, Maria Magalhães; IRIART, Jorge Alberto Bernstein. Significados e práticas de saúde e doença entre a população em situação de rua em Salvador, Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 1, p. 115-124, 2012.

ALBUQUERQUE, J. A. Guilhon. **Metáforas da desordem**: o contexto social da doença mental. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1978.

ALLSOPP, Kate et al. Heterogeneity in Psychiatric Diagnostic Classification. **Psychiatry research**, Ireland, v. 279, p. 15-22, 2019.

ALMEIDA, Antonio Vitor Barbosa de et al. Defensoria Pública, população em situação de rua e acesso à justiça: histórico das experiências brasileiras e a necessidade de uma política institucional ampla. *In*: 14º CONGRESSO NACIONAL DAS DEFENSORAS E DEFENSORES PÚBLICOS, 2019, Rio de Janeiro. **Anais**, 2019. p.1-20.

ALVARENGA, Lenny Francis Campos de. **As ressignificações de Exu dentro da Umbanda**. 2006. Dissertação (Mestrado em Ciências da Religião) - Universidade Católica de Goiás, Goiânia. 2006.

AMARANTE, Paulo. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. 1. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

AMARANTE, Paulo. **Teoria e Crítica em Saúde Mental**: textos selecionados. 1. ed. São Paulo: Zagodoni, 2015. 160 p.

AMARANTE, Paulo. **O homem e a serpente**: outras histórias para a loucura e a psiquiatria. 5 reimpr. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2016, 141p.

AMARANTE, Paulo; TORRE, Eduardo Henrique Guimarães. "De volta à cidade, Sr. Cidadão!" - reforma psiquiátrica e participação social: do isolamento institucional ao movimento antimanicomial. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 52, n. 6, p. 1090-1107, 2018.

ANDERSON, Claire; KIRKPATRICK, Susan. Narrative interviewing. **International journal of clinical pharmacy**, Dordrecht, v. 38, n. 3, p. 631-634, 2016.

ANDERSON, Laura Jane; FLYNN, Asher; PILGRIM, Jennifer Lucinda. A global epidemiological perspective on the toxicology of drug-facilitated sexual assault: a systematic review. **Journal of forensic and legal medicine**, Kidlington, v. 47, p. 46-54, 2017.

ARCOVERDE, Renata Lopes. **Autolesão e produção de identidades**. 2013. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) - Universidade Católica de Pernambuco, Recife, 2013.

ARTIOLI, Giovanna et al. The narrative interview for the assessment of the assisted person: Structure, method and data analysis. **Acta Biomedica**, Parma, v. 90, n. suppl6, p. 7-16, 2019.

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. **Saúde e sociedade**, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 16-29, 2004.

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Cuidado: trabalho, interação e saber nas práticas de saúde. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 31, n. 1, p. 1-4, 2017.

BALLARIN, Maria Luisa Gazabim Simões; CARVALHO, Fábio Bruno de; FERIGATO, Sabrina Helena. Os diferentes sentidos do cuidado: considerações sobre a atenção em saúde mental. **O mundo da saúde**, São Paulo, v.33. n.2, p.218-224, 2009.

BARBOSA, Jaqueline Almeida Guimarães; SOUZA, Marina Celly Martins Ribeiro de; FREITAS, Maria Imaculada de Fátima. Violência sexual: narrativas de mulheres com transtornos mentais no Brasil. **Revista panamericana de salud pública**, Washington, v. 37, n. 4/5, p. 273–278, 2015.

BARUS-MICHEL, Jacqueline; CAMPS, Christiane. Sofrimento e perda de sentido: considerações psicossociais e clínicas. **Psic: revista da vetor Editora**, São Paulo, v. 4, n. 1, p. 54-71, 2003.

BASOLI, Laura Pampana; BENELLI, Silvio José. Medicalização como Sintoma Social Dominante: estratégias a partir do Paradigma Psicossocial. **Revista de Psicologia da UNESP**, [s. l.], v. 18, n. esp., p. 217-242, 2019.

BELLATO, Rosenei et al. Itinerários terapêuticos de famílias e redes para o cuidado na condição crônica: alguns pressupostos. *In*: PINHEIRO, Roseni; MARTINS, Paulo Henrique Novaes (org). **Avaliação em saúde na perspectiva do usuário: abordagem multicêntrica**. 1 ed. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS: UERJ; Recife: Editora Universitária UFPE; São Paulo: ABRASCO, 2009. p. 187-194.

BELLATO, Rosenei et al. História de vida como abordagem privilegiada para compor itinerários terapêuticos. *In*: GERHARDT, Tatiana Engel et al. (org.). **Itinerários terapêuticos: integralidade no cuidado, avaliação e formação em saúde**. 1 ed. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS: UERJ: ABRASCO, 2016. p. 203-222.

BELLATO, Roseney; ARAÚJO, Laura Filomena Santos de; CASTRO, Phaedra. O itinerário terapêutico como uma tecnologia avaliativa da integralidade em saúde. *In*: PINHEIRO, Roseni; SILVA JUNIOR, Aluisio Gomes da; MATTOS, Ruben Araujo de (org). **Atenção básica e integralidade**: contribuições para estudos de práticas avaliativas em saúde. 1 ed. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS: UERJ: ABRASCO, 2008. p. 167-188.

BENELLI, Silvio José; COSTA-ROSA, Abílio da. Paradigmas diversos no campo da assistência social e seus estabelecimentos assistenciais típicos. **Psicologia USP**, São Paulo, v. 23, n. 4, p. 609-660, 2012.

BERON, Nelson. Serviços do Sine chegam aos Centros POP a partir desta quinta. [Entrevista cedida a] SINE Porto Alegre. **Prefeitura Municipal de Porto Alegre**, Porto Alegre, 09/01/2020, 09:10:55. Disponível em: [http://www2.portoalegre.rs.gov.br/sinepoa/default.php?p\\_noticia=999207552&SERVICOS+DO+SINE+CHEGAM+AOS+CENTROS+POP+A+PARTIR+DESTA+QUINTA](http://www2.portoalegre.rs.gov.br/sinepoa/default.php?p_noticia=999207552&SERVICOS+DO+SINE+CHEGAM+AOS+CENTROS+POP+A+PARTIR+DESTA+QUINTA). Acesso em: 06 mai. 2020.

BEZERRA JR., Benilton. Desafios da reforma psiquiátrica no Brasil. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 243-250, 2007.

BIZRI, Zaíra Rocha El; AZEVEDO, Marcia Maria dos Anjos. Self Cutting: uma visão psicanalítica sobre os transbordamentos pulsionais no corpo. *In*: IV CONGRESSO INTERNACIONAL DE PSICOPATOLOGIA FUNDAMENTAL, São Paulo: RLPF, 2014. p.1-10.

BOFF, Leonardo. **Saber cuidar**: ética do humano – compaixão pela terra. Rio de Janeiro: Editora Vozes, 1999. 199 p.

BOFF, Leonardo. **Tempo de Transcendência**: o ser humano como um projeto infinito. 1. ed. Rio de Janeiro: Sextante, 2000. 96p.

BORGES, Claudia Daiana et al. Família, redes sociais e o uso de drogas: tensionamento entre o risco e a proteção. **Pesquisas e práticas psicossociais**, São João del Rei, v. 12, n. 2, p. 405-421, 2017.

BOTTI, Nadja Cristiane Lappann et al. Prevalência de depressão entre homens adultos em situação de rua em Belo Horizonte. **Jornal brasileiro de psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 59, n. 1, p. 10-16, 2010.

BRASIL. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**: seção 1, p. 13.563, Brasília, DF, 1990.

BRASIL. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**: seção 1, p. 2, Brasília, DF, 2001.

BRASIL, Lei nº 11.530, de 24 de outubro de 2007. Institui o Programa Nacional de Segurança Pública com Cidadania - PRONASCI e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**: nº 206, seção 1, p. 1, Brasília, DF, 2007.

BRASIL. Decreto n. 7053, de 23 de dezembro de 2009. Institui a Política Nacional para a População em situação de rua e seu Comitê Intersectorial de Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**: seção 1, p. 16, Brasília, DF, 2009a.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Rua: aprendendo a contar**. Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua. Brasília, 2009b. 240p.

BRASIL. Lei nº 12.015, de 7 de Agosto de 2009. Altera o Título VI da Parte Especial do Decreto-Lei no 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal, e o art. 1o da Lei no 8.072, de 25 de julho de 1990, que dispõe sobre os crimes hediondos, nos termos do inciso XLIII do art. 5o da Constituição Federal e revoga a Lei no 2.252, de 1o de julho de 1954, que trata de corrupção de menores. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**: seção 1, p. 1. Brasília, DF, 2009c.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Orientações técnicas**: Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua (Centro POP) e Serviço Especializado para Pessoas em Situação de Rua. SUAS e População em Situação de Rua, v. III, Brasília, 2011a. 116p.

BRASIL. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**: seção 1, p. 59, Brasília, DF, 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 122 de 25 de janeiro de 2011. Define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2011c.

BRASIL. Ministério Público Federal. **Parecer sobre medidas de segurança e hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico sob a perspectiva da Lei n. 10.216/2001**, Brasília, DF, 2011d. 103p.

BRASIL. Resolução 466/2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**: seção 1, nº 112, p. 59-62, Brasília, DF, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Serviço de Avaliação e Acompanhamento de Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei**. Brasília, DF, 2014. 58p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**: seção 1. p. 44-46, Brasília, DF, 2016.

BRASIL. Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017. Altera as Portarias de Consolidação no 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**: seção 1, p. 236, Brasília, DF, 2017.

BRITO, Maria Mercedes Merry. A Abordagem e a Clínica no Atendimento aos Moradores de Rua Portadores de Sofrimento Psíquico. **Psicologia, ciência e profissão**, Brasília, v. 26, n. 2, p. 320-327, 2006.

BROCKMEIER, Jens; HARRE, Rom. Narrativa: problemas e promessas de um paradigma alternativo. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v. 16, n. 3, p. 525-535, 2003.

CABRAL, Ana Lucia Lobo Vianna et al. Itinerários terapêuticos: o estado da arte da produção científica no Brasil. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 11, p. 4433-4442, 2011.

CÂMARA, Leonardo; CANAVÊZ, Fernanda. Contribuições de Sándor Ferenczi para o fenômeno da autolesão. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, v. 23, n. 1, p. 57-76, 2020.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. A clínica do sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada. *In*: **Saúde Paidéia**. São Paulo: Editora Hucitec, 2002. Disponível em: <https://www.pucsp.br/prosaude/downloads/bibliografia/CLINICAampliada.pdf>. Acesso em: 03 mar. 2020.

CAMPOS, Rosana Onocko. Clínica: a palavra negada – sobre as práticas clínicas nos serviços substitutivos de Saúde Mental. **Saúde em debate**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 58, p. 98-111, 2001.

CARDANO, Mario. **Manual de pesquisa qualitativa**: a contribuição da teoria da argumentação. 1. ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2017. 337 p.

CARDEILLAC, Verónica. Trastornos psiquiátricos en usuarios de un refugio del Plan de Invierno para adultos mayores. **Revista de psiquiatria del Uruguay**, Montevideo, v. 70, n. 2, p. 91-106, 2006.

CARDOSO, Clarissa de Souza et al. A escuta de vozes na infância: uma revisão integrativa. **Journal of nursing and health**, Pelotas, v.8, n. esp., p. e188413, 2018.

CARMO, Cláudio Márcio do. Grupos minoritários, grupos vulneráveis e o problema da (in)tolerância: uma relação linguístico-discursiva e ideológica entre o desrespeito e a manifestação do ódio no contexto brasileiro. **Revista do Instituto de Estudos Brasileiros**, [s. l.], n. 64, p. 201-223, 2016.

CARRILHO, Marília Rosado. O Cuidado Como Ser e o Cuidado Como Agir. **Ex aequo**, Vila Franca de Xira, n. 21, p. 107-114, 2010.

CASTELLANOS, Marcelo Eduardo Pfeiffer. A narrativa nas pesquisas qualitativas em saúde. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 4, p. 1065-1076, 2014.

CASTRO, Carolina Aires de. **Dando conta da “doença dos nervos”**: produção de sentidos em conversas com mulheres. 2010. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2010.

CASTRO, Ramon Azevedo Silva de et al. Vulnerabilidades da população em situação de rua ao comportamento suicida. **Revista de enfermagem UFPE on line**, Recife, v. 13, n. 2, p. 431-437, 2019.

CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira; CARAPINHEIRO, Graça; ANDREAZZA, Rosemarie (org.). **Os mapas do cuidado**: o agir leigo na saúde. 1. ed. São Paulo: Hucitec: Fapesp, 2014. 198 p.

CEDRAZ, Ariadne; DIMENSTEIN, Magda. Oficinas terapêuticas no cenário da Reforma Psiquiátrica: modalidades desinstitucionalizantes ou não? **Revista mal-estar e subjetividade**, Fortaleza, v. 5, n. 2, p. 300-327, 2005.

CERQUEIRA, Amarantha Sá Teles. **Evolução do Processo Social População em Situação de Rua**: um estudo sobre pobreza, necessidades humanas e mínimos sociais. 2011. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharel em Serviço Social) – Universidade de Brasília, 2011.

CHAVES, Lilian Leite. **Loucura e Experiência: seguindo loucos de rua e suas relevâncias**. 2013. Tese (Doutorado em Antropologia) – Universidade de Brasília, Brasília, 2013.

COSTA-ROSA, Abílio da. O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. *In*: AMARANTE, Paulo (org.). **Ensaio**: subjetividade, saúde mental, sociedade. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000. p. 141-168.

COSTA-ROSA, Abílio da. **Atenção Psicossocial além da Reforma Psiquiátrica**: contribuições a uma Clínica Crítica dos processos de subjetivação na Saúde Coletiva. 1. ed. São Paulo: Editora Unesp, 2013.

COUTO, Maria Laura; KANTORSKI, Luciane. Ouvidores de vozes. **Psicologia USP**, São Paulo, v. 29, n. 3, p. 418-431, 2018.

CRESWELL, John W. **Investigação qualitativa e projeto de pesquisa**: escolhendo entre cinco abordagens. 3. ed. Porto Alegre: Penso, 2014. p. 342.

CRUZ, Lílian Rodrigues da; GUARESCHI, Neuza Maria de Fátima. **Políticas Públicas e Assistência Social** - diálogo com as práticas psicológicas. 1. ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2009.

DALGALARRONDO, Paulo. **Repensando a internação psiquiátrica**. A proposta das unidades de internação psiquiátrica de hospitais gerais. 1990. Dissertação (Mestrado em Medicina) - Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1990.

DELEUZE, Gilles; GUATTARI, Félix. **Mil platôs** - capitalismo e esquizofrenia. vol. 1. Rio de Janeiro: Editora 34, 1995. 94 p.

DURKHEIM, Émile. **As formas elementares de vida religiosa**: o sistema totêmico na Austrália. Tradução. Pereira Neto; revisão José Joaquim. São Paulo: Paulinas, 1989.

ESCOREL, Sarah. A saúde das pessoas em situação de rua. *In*: BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Rua: aprendendo a contar**. Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua. Brasília, 2009. p. 111-138.

FARHA, Leilani. Relatório da Relatora Especial sobre moradia adequada como componente do direito a um padrão de vida adequado e sobre o direito a não discriminação neste contexto. **Conselho de Direitos Humanos**, 31º período de sessões; tema 3 da agenda; 30 dez 2015.

FEDERAÇÃO DAS INDÚSTRIAS DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL. **SESI lança projeto Viravida no Rio Grande do Sul**. 3 de Outubro de 2011. Disponível em: [fiergs.org.br/noticia/sesi-lanca-projeto-viravida-no-rio-grande-do-sul](http://fiergs.org.br/noticia/sesi-lanca-projeto-viravida-no-rio-grande-do-sul). Acesso em: 27 mar. 2020.

FEITOSA, Rúbia Mara Maia et al. Caracterização dos diagnósticos e psicotrópicos das pessoas privadas de liberdade. **Enfermagem atual**, Rio de Janeiro, v. 87, n. 25, p. 1-8, 2019.

FERREIRA, Maria Solange Castro; PEREIRA, Maria Alice Ornellas; PEREIRA JÚNIOR, Alfredo. Auto-Organização, Autonomia e o cuidado em Saúde Mental. **Simbio-Logias**, Botucatu, v. 6, n. 8, p. 41-52, 2013.

FILGUEIRAS, Cristina Almeida Cunha. Morar na rua: realidade urbana e problema público no Brasil. **Cadernos Metrópole**, São Paulo, v. 21, n. 46, p. 975-1004, 2019.

FIRMO, Andréa Acioly Maia; JORGE, Maria Salete Bessa. Experiências dos cuidadores de pessoas com adoecimento psíquico em face à reforma psiquiátrica: produção do cuidado, autonomia, empoderamento e resolubilidade. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.24, n.1, p.217-231, 2015.

FLICK, Uwe. **Desenho da pesquisa qualitativa**. Coleção Pesquisa Qualitativa (Coordenação de Uwe Flick). 1 ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

FLORENTINO, Bruno Ricardo Bérghamo. As possíveis consequências do abuso sexual praticado contra crianças e adolescentes. **Fractal: Revista de Psicologia**, v. 27, n. 2, p. 139-144, 2015.

FONSECA, Fernando Sérgio de Toledo. **Comportamento altruísta e racionalidade econômica**: uma revisão teórica. 2007. Dissertação (Mestrado em Economia) - Universidade Estadual de Maringá, Maringá, 2007.

FONSECA, Maria Liana Gesteira. **Sofrimento difuso, transtornos mentais comuns e problema de nervos**: uma revisão bibliográfica a respeito das expressões de mal-estar nas classes populares. 2007. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2007.

FONTE, Eliane Maria Monteiro. Da institucionalização da loucura à reforma psiquiátrica: as sete vidas da agenda pública em saúde mental no Brasil. **Estudos de Sociologia**, Recife, v. 1, n. 18, 2012.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. 6 ed, Rio de Janeiro: Graal, 1986. 432p.

FOUCAULT, Michel. **Vigiar e punir**: nascimento da prisão. 9. ed. Petrópolis: Vozes: 1987. 280p.

FRANCO, Túlio Batista. As redes na micropolítica do processo de trabalho em saúde. *In*: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araujo de (org.). **Gestão em redes**: práticas de avaliação, formação e participação na saúde. 1. ed. Rio de Janeiro: CEPESC, 2006. p.459-473.

FREITAS, Mariana Moulin Brunow; CALIMAN, Luciana Vieira. A saúde e o psicotrópico no sistema prisional. **Revista polis e psique**, Porto Alegre, v. 7, n. 3, p. 61-83, 2017.

FRIEDRICH, Melinda Adriana et al. Barreiras de acesso à saúde pelos usuários de drogas do Consultório na Rua. **Journal of Nursing and Health**, Pelotas, v. 9, n. 2, p. e199202, 2019.

FUNDAÇÃO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL E CIDADANIA (coord.). **Plano Municipal de Enfrentamento à Situação de Rua**. Porto Alegre. 2011. Disponível em: [http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/fasc/usu\\_doc/plano\\_municipal\\_de\\_enfrentamento\\_a\\_situacao\\_de\\_ rua1.pdf](http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/fasc/usu_doc/plano_municipal_de_enfrentamento_a_situacao_de_ rua1.pdf). Acesso em: 10 nov. 2018.

FUNDAÇÃO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL E CIDADANIA. **Proteção Social Especial - Ações de Média Complexidade**. Centro Pop - Serviço Especializado para Pessoas em Situação de Rua. 2020a. Disponível em: [http://www2.portoalegre.rs.gov.br/fasc/default.php?p\\_secao=139](http://www2.portoalegre.rs.gov.br/fasc/default.php?p_secao=139). Acesso em: 19 dez. 2019.

FUNDAÇÃO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL E CIDADANIA. **Proteção Social Especial - Ações de Alta Complexidade**. Abrigo Residencial. 2020b. Disponível em: [http://www2.portoalegre.rs.gov.br/fasc/default.php?p\\_secao=140](http://www2.portoalegre.rs.gov.br/fasc/default.php?p_secao=140). Acesso em: 10 fev. 2020.



FUNDAÇÃO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL E CIDADANIA. **Proteção Social Especial - Ações de Alta Complexidade**. Casa Lar. 2020c. Disponível em: [http://www2.portoalegre.rs.gov.br/fasc/default.php?p\\_secao=140](http://www2.portoalegre.rs.gov.br/fasc/default.php?p_secao=140). Acesso em: 10 fev. 2020.

GEHLEN, Ivaldo; SCHUCH, Patrice (coord). **Estudos quanti-qualitativos população em situação de rua de Porto Alegre**. Porto Alegre: FASC, 2016. Contrato n.023/2015.

GEREMEK, Bronislaw. **Os filhos de Caim**. Vagabundos e miseráveis na literatura europeia 1400-1700. São Paulo: Companhia das Letras, 1995.

GERHARDT, Tatiana Engel. Itinerários terapêuticos em situações de pobreza: diversidade e pluralidade. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 11, p. 2449-2463, 2006.

GERHARDT, Tatiana Engel. Itinerários terapêuticos e suas múltiplas dimensões: desafios para a prática da integralidade e do cuidado como valor. *In*: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de. **Razões públicas para a integralidade: o cuidado como valor**. Rio de Janeiro: IMS: UERJ: CEPESC: ABRASCO, 2007. p. 279-300.

GERHARDT, Tatiana Engel et al. Determinantes sociais e práticas avaliativas de integralidade em saúde: pensando a situação de adoecimento crônico em um contexto rural. *In*: PINHEIRO, Roseni; MARTINS, Paulo Henrique Novaes (org). **Avaliação em saúde na perspectiva do usuário: abordagem multicêntrica**. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS: UERJ; Recife: Editora Universitária UFPE; São Paulo: ABRASCO, 2009. p. 287-298.

GERHARDT, Tatiana Engel; BURILLE, Andreia, MÜLLER, Tatiana Leite. Estado da arte da produção científica sobre itinerários terapêuticos no contexto brasileiro. *In*: GERHARDT, Tatiana Engel et al. (org.). **Itinerários terapêuticos: integralidade no cuidado, avaliação e formação em saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS: UERJ: ABRASCO, 2016, p. 27-97.

GERHARDT, Tatiana Engel; RIQUINHO, Deise Lisboa. Sobre itinerários terapêuticos em contextos de iniquidade social: desafios e perspectivas contemporâneas. *In*: TRAD, Leny Alves Bonfim et al. (org.). **Contextos, parcerias e itinerários na produção do cuidado integral: diversidade e interseções**. Rio de Janeiro: CEPESC: ABRASCO, 2015. p. 233-252.

GORENSTEIN, Clarice; WANG, Yuan-Pang. Fundamentos de mensuração em saúde mental. *In*: GORENSTEIN, Clarice; WANG, Yuan-Pang; HUNGERBÜHLER, Ines. **Instrumentos de avaliação em saúde mental**. Porto Alegre: Artmed, 2016. p. 1-58.

GUIMARÃES, Aluizio Geraldo de Carvalho. **A religiosidade de moradores de rua da cidade de Belo Horizonte: uma via de subjetivação**. 2010. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2010.

HART, Carl. **Um preço muito alto**: a jornada de um neurocientista que desafia nossa visão sobre as drogas. 1. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 2014.

HECKERT, Uriel et al. Programa de saúde mental para a população de rua: PRORUA. **HU Revista**, Juiz de Fora, v. 27, n. 1/3, p.305-308, 2001.

HEFTI, René; ESPERANDIO, Mary Rute Gomes. O modelo interdisciplinar de cuidado espiritual – uma abordagem holística de cuidado ao paciente. **Horizonte**, Belo Horizonte, v. 14, n. 41, p. 13-47, 2016.

HELMAN, Cecil G. **Cultura, Saúde e Doença**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009. 432 p.

HIRDES, Alice. Autonomia e cidadania na reabilitação psicossocial: uma reflexão. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 165-171, 2009.

HOFMANN, Bjørn. Disease, Illness, and Sickness. *In*: SOLOMON, Miriam; SIMON, Jeremy; KINCAID, Harold. **The Routledge Companion to Philosophy of Medicine**. 1. ed. London: Routledge, 2016. p.16-26.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Panorama/Brasil/Rio Grande do Sul/Porto Alegre**. 2010. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rs/porto-alegre/panorama>. Acesso em: 20 abr. 2020.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Estatísticas por cidade e estado**. Porto Alegre. 2018. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/informacoes-por-cidade-e-estado.html?t=destaques&c=4314902>. Acesso em: 20 abr. 2020.

JARDIM, Katita; DIMENSTEIN, Magda. Interface entre a saúde mental e a justiça: desconstruções e problematizações sobre o "louco perigoso". **Veredas do Direito: Direito Ambiental e Desenvolvimento Sustentável**, Belo Horizonte, v. 4, n. 8, p. 51-63, 2007.

JORDÃO, Ana Paula Ferreira; STAMPA, Inez. Trabalho precário em pauta: a experiência dos ambulantes nos trens da RMRJ. **Em pauta: teoria social e realidade contemporânea**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 37, p. 88-105, 2016.

JOVCHELOVICH, Sandra; BAUER, Martin W. Entrevista Narrativa. *In*: BAUER, Martin W.; GASKELL George. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som**: um manual prático. 13. ed. Petrópolis: Vozes, 2017. 602p.

KANTORSKI, Luciane Prado et al. Contribuições do estudo de avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial da região sul do Brasil. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, Florianópolis, v. 1, n. 1, p.1-9, 2009(CD-ROM).

KANTORSKI, Luciane Prado et al. A atuação do enfermeiro nos Centros de Atenção Psicossocial à luz do modo psicossocial. **REME: revista mineira de enfermagem**, Belo Horizonte, v. 14, n. 3, p. 399-407, 2010.

KANTORSKI, Luciane Prado; ANTONACCI, Milena Hohmann; ANDRADE, Ana Paula Müller de. Grupos de ouvidores de vozes: estratégias e enfrentamentos. **Saúde em debate**, Londrina, v. 41, n. 115, p. 1143-1155, 2017.

KANTORSKI, Luciane Prado; CARDANO, Mario. Diálogo Aberto: a experiência finlandesa e suas contribuições. **Saúde em debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 112, p. 23-32, 2017.

KLEINMAN, Arthur. **Patients and Healers in the Context of Culture: an exploration of the borderland between anthropology, medicine, and psychiatry**. Berkeley/Los Angeles: University of California Press, 1980.

LACERDA, Marcos; PEREIRA, Cícero; CAMINO, Leoncio. Um estudo sobre as formas de preconceito contra homossexuais na perspectiva das representações sociais. **Psicologia: reflexão e crítica**, Porto Alegre, v. 15, n. 1, p. 165-178, 2002.

LANFRANCHI, Carolina Teixeira Nakagawa; FERREIRINHO, Viviane Canecchio. Socialização e poder no campo das pessoas em situação de rua na cidade de São Paulo. **Civitas Revista de Ciências Sociais**, Porto Alegre, v. 19, n. 1, p. 62-81, 2019.

LEITE, Silvana Nair; VASCONCELLOS, Maria da Penha Costa. Negociando fronteiras entre culturas, doenças e tratamentos no cotidiano familiar. **História, ciências, saúde - Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 113-128, 2006.

LIMA, Cristiane Martins; OLIVEIRA, José Oswaldo Soares de. Participação popular dos moradores de rua na gestão pública do Município de Porto Alegre, RS. **Revista Univap**, São José dos Campos, v. 18, n. 32, p. 161-172, 2012.

LIMA, Danielle Uehara de; GARCIA, Ana Paula Rigon Fracischetti; TOLEDO, Vanessa Pellegrino. Compreendendo a equipe de enfermagem na assistência ao paciente esquizofrênico. **Rev Rene**, Fortaleza, v. 14, n. 3, p. 503-511, 2013.

LIMA, Deivson Wendell da Costa et al. Ditos sobre o uso abusivo de álcool e outras drogas: significados e histórias de vida. **SMAD. Revista eletrônica saúde mental álcool e drogas**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 3, p. 151-158, 2018.

LISBOA, Milena Silva. **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.

LUCAS, Luciane; HOFF, Tânia. A face oculta da caridade: linhas de força e de fratura no discurso midiático do bem. **Revista FAMECOS**, Porto Alegre, v. 16, n. 38, p. 28-36, 2009.

LUSSI, Isabela Aparecida de Oliveira; PEREIRA, Maria Alice Ornellas; PEREIRA JUNIOR, Alfredo. A proposta de reabilitação psicossocial de Saraceno: um modelo de auto-organização? **Revista latino-americana de enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 3, p. 448-456, 2006.

MACHADO, Bruno Amaral; SLONIAK, Marcos Aurélio. Disciplina ou ressocialização? racionalidades punitivas, trabalho prisional e política penitenciária. **Revista Direito GV**, São Paulo, v. 11, n. 1, p. 189-222, 2015.

MALTERUD, Kirsti; SIERSMA, Volkert Dirk; GUASSORA, Ann Dorrit. Sample size in qualitative interview studies: guided by information power. **Qualitative health research**, Newbury Park, v. 26, n. 13, p. 1753-1760, 2016.

MARX, Karl. **Manuscritos econômico-filosóficos**. 2. reimp. São Paulo: Boitempo Editorial, 2008.

MAUCH, C. Saneamento moral em Porto Alegre na década de 1990. *In*: MAUCH, C. et al. **Porto Alegre na virada do século 19: cultura e sociedade**. Porto Alegre, Canoas, São Leopoldo: Editora da UFRGS: Editora da ULBRA: Editora da Unisinos, 1994.

MELLO, Márcio Luiz; OLIVEIRA, Simone Santos. Saúde, religião e cultura: um diálogo a partir das práticas afro-brasileiras. **Saúde e sociedade**, São Paulo, v. 22, n. 4, p. 1024-1035, 2013.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa social. *In*: MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). **Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade**. 34 ed. Petrópolis: Vozes, 2013.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. **Revista Pesquisa Qualitativa**, São Paulo, v. 5, n. 7, p.1-12, 2017.

MOCELLIM, Alan Delazeri. A comunidade: da sociologia clássica à sociologia contemporânea. **Plural**, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 105-125, 2011.

MOLL, Marciana Fernandes et al. Profissionais de enfermagem e a internação psiquiátrica em hospital geral: percepções e capacitação profissional **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 22, n. 2, p. e49933, 2017.

MONTEIRO, Charles. Entre história urbana e história da cidade: questões e debates. **Oficina do Historiador**, Porto Alegre, v. 5, n.1, p. 101-112, 2012.

MONTIEL, José Maria et al. Avaliação de transtornos da personalidade em moradores de rua. **Psicologia, ciência e profissão**, Brasília, v. 35, n. 2, p. 488-502, 2015.

MOQUILLAZA-RISCO, Marlene et al. Características sociodemográficas y de salud de los adultos mayores en situación de calle en Lima, Perú. **Revista peruana de medicina experimental y salud pública**, Lima, v. 32, n. 4, p. 693-699, 2015.

MOREIRA, Daiana de Jesus; BOSI, Maria Lúcia Magalhães, SOARES, Camila Alves. Uso de narrativas na compreensão dos itinerários terapêuticos de usuários em sofrimento psíquico. *In*: GERHARDT, Tatiana Engel et al. (org.). **Itinerários terapêuticos: integralidade no cuidado, avaliação e formação em saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS: UERJ: ABRASCO, 2016. p. 223-236.

MOTT, Luiz; MICHELS, Eduardo Michels. **Mortes violentas de LGBTQ+ no Brasil**. Relatório 2018. Brasil: Grupo Gay da Bahia – GGB. Disponível em: <https://grupogaydabahia.files.wordpress.com/2019/01/relat%C3%B3rio-de-crimes-contra-lgbt-brasil-2018-grupo-gay-da-bahia.pdf>. Acesso em: 12 fev. 2020.

MOURA JR, James F.; XIMENES, Verônica M.; SARRIERA, Jorge C. Práticas de discriminação às pessoas em situação de rua: histórias de vergonha, de humilhação e de violência em Fortaleza, Brasil. **Revista de Psicología**, Santiago, v. 22, n. 2, p. 18-28, 2013.

MOVIMENTO NACIONAL DA POPULAÇÃO DE RUA. **História do MNPR**. 2010. Disponível em: <https://popruasp.wordpress.com/sobre/>. Acesso em: 23 nov. 2018.

MUELLER, Robin Alison. Episodic narrative interview: capturing stories of experience with a methods fusion. **International Journal of Qualitative Methods**, v. 18, p. 1–11, 2019.

NAGAFUCHI, Thiago. Um olhar antropológico sobre o suicídio: devir, formas de vida e subjetividades. **Revista M. Estudos sobre a morte, os mortos e o morrer**, [s.l.], v. 4, n. 7, p. 101-124, 2019.

NATALINO, Marco Antonio Carvalho. **Estimativa da População em situação de rua no Brasil**. Rio de Janeiro: Ipea, 2016.

NETO, Otávio Cruz. O trabalho de campo como descoberta e criação. *In*: MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). **Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade**. 34 ed. Petrópolis: Vozes, 2013.

NOGUEIRA, Fabiana da Gloria Pinheiro. **Hóspedes incômodos: estudo sobre moradores de rua no hospital de emergência**. 2009. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) - Pontifícia Universidade Católica Do Rio De Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.

OBBERG, Lurdes Perez. O conceito de comunidade: problematizações a partir da psicologia comunitária. **Estudos e pesquisas em psicologia**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 709-728, 2018.

OBSERVAPOA. Observatório da Cidade de Porto Alegre. **Perfil da cidade**. 2018. Disponível em: [http://www.observapoa.com.br/default.php?p\\_secao=4#Perfil\\_da\\_Cidade](http://www.observapoa.com.br/default.php?p_secao=4#Perfil_da_Cidade). Acesso em: 20 abr 2020.

OLIVEIRA, Hanna Karolline Sousa de; RESENDE, Gisele Silva Lira de. Violência sexual: uma análise social da cultura do estupro. **Perspectivas em Diálogo: Revista de educação e sociedade**, Naviraí, v. 7 n. 14, p. 81-110, 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Livro de recursos da OMS sobre saúde mental, direitos humanos e legislação**: cuidar sim, excluir não. Genebra: OMS, 2005. Disponível em: <http://pfdc.pgr.mpf.mp.br/atuacao-e-conteudos-de-apoio/publicacoes/saude-mental/livro-de-recursos-da-oms-sobre-saude-mental-direitos-humanos-e-legislacao>. Acesso em: 12 abr. 2020.

PAGOT, Angela Maria. **O louco, a rua, a comunidade**: as relações da cidade com a loucura em situação de rua. 1. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012. 230 p.

PATRICIO, Anna Cláudia Freire de Araújo et al. Transtornos mentais comuns e resiliência de pessoas em situação de rua. **Revista brasileira de enfermagem**, Brasília, v. 72, n. 6, p. 1526-1533, 2019.

PAULIN, Luiz Fernando; TURATO, Egberto Ribeiro. The prelude to psychiatric reform in Brazil: the contradictions of the 1970s. **História, Ciências, Saúde — Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p. 241-258, 2004.

PAULON, Simone Mainieri. Quando a cidade “escuta vozes”: o que a democracia tem a aprender com a loucura. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 21, n. 63, p. 775-786, 2017.

PEREIRA, Leticia Passos; DUARTE, Maria de Lourdes Custódio; ESLABÃO, Adriane Domingues. O cuidado à pessoa com comorbidade psiquiátrica em emergência geral: visão dos enfermeiros. **Revista gaúcha de enfermagem**, Porto Alegre, v. 40, p. e20180076, 2019.

PESSOTTI, Isaias. Sobre a teoria da loucura no século XX. **Temas em Psicologia**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 2, p. 113-123, 2006.

PICCIONE, Renato; CESARE, Gianluci di. **Guida ala salute mentale**: per la conoscenza delle cure e dei servizi. Meran: Edizioni alpha beta Verlag, 2018.

PIETRUKOWICZ, Marcia Cristina Leal Cypriano. **Apoio social e religião**: uma forma de enfrentamento dos problemas de saúde. 2001. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2001.

PIMENTA, Melissa Mattos. Pessoas em situação de rua em Porto Alegre: processos de estigmatização e invisibilidade social. **Civitas Revista de Ciências Sociais**, Porto Alegre, v. 19, n. 1, p. 82-104, 2019.

PINHEIRO, Roseni et al. O “estado do conhecimento” sobre os itinerários terapêuticos e suas implicações teóricas e metodológicas na Saúde Coletiva e integralidade no cuidado. *In*: GERHARDT, Tatiana Engel et al. (org.). **Itinerários terapêuticos**: integralidade no cuidado, avaliação e formação em saúde. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS: UERJ: ABRASCO, 2016, p.13-26.

PINHO, Leandro Barbosa de; HERNÁNDEZ, Antonio Miguel Bañon; KANTORSKI, Luciane Prado. Serviços substitutivos de saúde mental e inclusão no território: contradições e potencialidades. **Ciência, cuidado e saúde**, Maringá, v. 9, n. 1, p. 28-35, 2010.

PIRES, Maria Raquel Gomes Maia. Politicidade do cuidado e avaliação em saúde: instrumentalizando o resgate da autonomia de sujeitos no âmbito de programas e políticas de saúde. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 5, n. supl.1, p. s71-s81, 2005.

PIZZATO, Rejane Margarete Scherolt. A trajetória do protagonismo dos grupos e dos movimentos da população em situação de rua. *In*: DORNELLES, Aline Espindola; OBST, Júlia; SILVA, Marta Borba (org.). **A Rua em Movimento**: debates acerca da população adulta em situação de rua na cidade de Porto Alegre. 1 ed. Belo Horizonte: Didática Editora do Brasil, 2012. p.69-86.

PORTELLA, Rodrigo. Discurso religioso, legitimidade e poder: algumas considerações a partir de Bourdieu, Foucault e Heller. **Fragments de Cultura**, Goiânia, v. 16, n. 7/8, p. 567-576, 2006.

PRADO, Danda. **O que é família**. Coleção Primeiros Passos. 2. ed. São Paulo: Brasiliense, 2013.

PRADO, Larissa Soares; SOUZA, Fillppe Almeida. Voltando no tempo: o papel dos avós guardiões. **Revista do Instituto de Pesquisas e Estudos - RIPE**, Bauru, v. 19, n. 35, p. 132-153, 2015.

PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE. **O Conceito e Atuação do Conselho Tutelar**. 12 abr. 2005. Disponível em: [http://www2.portoalegre.rs.gov.br/conselhos\\_tutelares/default.php?p\\_secao=11](http://www2.portoalegre.rs.gov.br/conselhos_tutelares/default.php?p_secao=11). Acesso em: 19 dez. 2019.

PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE. **Plano Municipal de Superação da Situação de Rua**. Apresentação em Power Point [20 slides]. Porto Alegre. 2018. Disponível em: [http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/cs/usu\\_doc/poprua18.pdf](http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/cs/usu_doc/poprua18.pdf). Acesso em: 10 nov. 2018.

PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE. **Aluguel Social**. 2020. Disponível em: [http://www2.portoalegre.rs.gov.br/demhab/default.php?p\\_secao=116](http://www2.portoalegre.rs.gov.br/demhab/default.php?p_secao=116). Acesso em: 10 mar. 2020.

RABELO, Miriam Cristina; ALVES, Paulo César B.; SOUZA, Iara Maria A. Signos, Significados e Práticas Relativos à Doença Mental. *In*: RABELO, Miriam Cristina; ALVES, Paulo César B.; SOUZA, Iara Maria A. **Experiência de Doença e Narrativa**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1999, p. 43-73.

RAMOS, Déborah Karollyne Ribeiro; GUIMARÃES, Jacileide; ENDERS, Bertha Cruz. Análise contextual de reinternações frequentes de portador de transtorno mental. **Interface: comunicação, saúde, educação**, Botucatu, v. 15, n. 37, p. 519-527, 2011.

RAUTER, Cristina. Oficinas para quê? Uma proposta ético-estético-política para oficinas terapêuticas. *In*: AMARANTE, Paulo (org.). **Ensaio**s: subjetividade, saúde mental, sociedade. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000. p. 267-277.

RIBEIRO, Andrea Cristina Lovato; FERLA, Alcindo Antônio Ferla. Como médicos se tornaram deuses: reflexões acerca do poder médico na atualidade. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v. 22, n. 2, p. 292-312, 2016.

RODRIGUES, Ana Paula de Lima. **Representações do mundo do trabalho**: o lugar do SINE no imaginário dos desempregados de Santa Maria-RS. 2010. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) – Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2010.

RODRIGUES, Jocineide. **Caminhos alimentares de quem vive nas ruas de Porto Alegre**. 2018. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Ciências Sociais) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2018.

RODRIGUES, Rúbia Cristina; MARINHO, Tanimar Pereira Coelho; AMORIM, Patricia. Reforma psiquiátrica e inclusão social pelo trabalho. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. supl.1, p. 1615-1625, 2010.

ROLIM, Dayana Cury. **Efetividade do sistema de informação, monitoramento e avaliação da assistência social**: limites, potencialidades e desafios. 2009. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Universidade Federal do Amazonas, Manaus, 2009.

ROSA, Anderson da Silva; SANTANA, Carmen Lúcia Albuquerque de. Consultorio en la Calle como buena práctica en Salud Colectiva. **Revista brasileira de enfermagem**, Brasília, v. 71, n. supl. 1, p. 465-466, 2018.

ROSENTHAL, Gabriele. **Pesquisa social interpretativa**: uma introdução. 5. ed. Porto Alegre: Edipucrs, 2014. 576p.

ROSSETTO, Miguel Soldatelli. **O Sistema Nacional de Emprego (SINE)**: as fragilidades de um grande sistema público. 2019. Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2019.

ROSSI, Laura Barbosa. A violência policial como infração a dignidade das pessoas em situação de rua. **Unisanta Law and Social Science**, [s. l.], v. 4, n. 1, p. 49-65, 2015.

ROTELLI, Franco. A instituição inventada. **Per la salute mentale/ For mental health**; 1/88, 1988. Traduzido por NICACIO, Maria Fernanda de Silvio. 1990.



RUI, Taniele. Vigiar e cuidar: notas sobre a atuação estatal na “cracolândia”. **Revista brasileira de segurança pública**, São Paulo v. 6, n. 2, p. 336-351, 2012.

RUIZ, Eliziane Nicolodi Francescato; GERHARDT, Tatiana Engel. Etnografando dádivas e fazendo aparecer o cuidado em itinerários terapêuticos: anseios e incursões de uma “primeira viagem”. *In*: GERHARDT, Tatiana Engel et al. (org.). **Itinerários terapêuticos: integralidade no cuidado, avaliação e formação em saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS: UERJ: ABRASCO, 2016. p. 185-202.

SALAVERA, Carlos et al. Comorbilidade de transtornos de personalidade: estudio en personas sin hogar. **Universitas psychologica**, Bogota, v. 9, n. 2, p. 471-481, 2010.

SALIMENA, Anna Maria de Oliveira et al. Compreensão da espiritualidade para os portadores de transtorno mental: contribuições para o cuidado de enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 37, n. 3, e51934, 2016.

SANTOS, Beatriz Brandão-Dos. Guerra as drogas em sua teoria e prática: análises sobre proibicionismo, vício e dependência química. **Revista cultura y droga**, Manizales, v. 21, n. 23, p. 13-33, 2016.

SANTOS, Hudson S.; OLIVEIRA, Márcia C. S. Trabalho informal no Brasil: uma questão de “opção”? **Revista Vox**, Reduto, n. 5, p. 27-40, 2017.

SANTOS, Milton. **Por uma outra globalização: do pensamento único à consciência universal**. 10 ed. Rio de Janeiro: Record; 2003. 174p.

SANTOS, Walberto Silva dos et al. A influência de fatores de risco e proteção frente à ideação suicida. **Psicologia, saúde e doenças**, v. 17, n. 3, p. 515-526, 2016.

SANTOS, William Soares dos. Os níveis de interpretação na entrevista de pesquisa de natureza interpretativa com narrativas. *In*: BASTOS, Lilian Cabral; SANTOS, William Soares dos (org.). **A entrevista na pesquisa qualitativa: Perspectivas em análise da narrativa e da interação**. Rio de Janeiro: Quartet: Faperj, 2013. p. 21-36.

SCHUCH, Patrice; GEHLEN, Ivaldo. A “Situação de rua” para além de determinismos: explorações conceituais. *In*: DORNELLES, Aline Espindola; OBST, Júlia; SILVA, Marta Borba (org.). **A Rua em Movimento: debates acerca da população adulta em situação de rua na cidade de Porto Alegre**. 1. ed. Belo Horizonte: Didática Editora do Brasil. 2012. p.11-26.

SCHÜTZE, Fritz. Pesquisa biográfica e entrevista narrativa. *In*: WELLER, Wivian; PFAFF, Nicolle (org.). **Metodologias da pesquisa qualitativa em educação: teoria e prática**. 3 ed. Petrópolis: Vozes, 2013. p.211-22.

SCHÜTZE, Fritz. Análise sociológica e linguística de narrativas. **Civitas Revista de Ciências Sociais**, Porto Alegre, v. 14, n. 2, p. e11-e52, 2014.

SEVERO, Silvani Botlender; SEMINOTTI, Nedio. Integralidade e transdisciplinaridade em equipes multiprofissionais na saúde coletiva. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. supl. 1, p. 1685-1698, 2010.

SILVA, AL. O cuidado no encontro de quem cuida e de quem é cuidado. *In*: MARTÍNEZ, Francisco J Mercado; GASTALDO, Denise; LLANTÉN, Carlos Calderón. **Paradigmas y diseños de la investigación cualitativa en salud**: una antología iberoamericana. 1. ed. Mexico: Universidad de Guadalajara; 2002. p. 285-318.

SILVA, Ana Cristina Serafim da; ALBERTO, Maria de Fátima Pereira. Exploração sexual comercial de crianças e adolescentes: a vivência subjetiva do corpo. **Psicologia em revista**, Belo Horizonte, v.22, n.1, p. 69-89, 2016.

SILVA JUNIOR, Aluisio Gomes et al. Práticas avaliativas centradas no usuário e suas aproximações com os estudos de itinerários terapêuticos. *In*: GERHARDT, Tatiana Engel et al. (org.). **Itinerários terapêuticos**: integralidade no cuidado, avaliação e formação em saúde. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS: UERJ: ABRASCO, 2016. p. 99-124.

SILVA, Aline Basso da et al. As territorialidades de cuidado: reflexões interdisciplinares acerca do uso de drogas e o cuidado sociocultural. **REME: revista mineira de enfermagem**, Belo Horizonte, v. 22, e-1150, 2018.

SILVA, Denise Guerreiro Vieira da; TRENTINI, Mercedes. Narrativas como a técnica de pesquisa em enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 10, n. 3, p. 423-432, 2002.

SIMÕES JUNIOR, José Geraldo. **Moradores de rua**. Publicações Pólis. São Paulo: PÓLIS, n. 7, 1992.

SMARTT, Caroline et al. Homelessness and severe mental illness in low- and middle-income countries: scoping review. **BJPsych Open**, v.5, n.4, p.e57, 2019.

SOUZA, Marcelo Lopes. O território: sobre espaço e poder: autonomia e desenvolvimento. *In*: CASTRO, Iná Elias de; GOMES, Paulo César da Costa; CORRÊA, Roberto Lobato. (org.). **Geografia**: conceitos e temas. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2001.

SPIILKA, Bernard; LADD, Kevin. **The Psychology of Prayer**. New York: Guilford Press, 2013.

SPOSATI, Aldaiza. Prefácio. *In*: YAZBEK, Maria Carmelita. **Classes subalternas e assistência social**. 4. ed. São Paulo: Cortez Editora, 1993. p. 4-12.

TARDIVO, Leila Salomão de La Plata Cury et al. Autolesão em adolescentes, depressão e ansiedade: um estudo compreensivo. **Boletim Academia Paulista de Psicologia**, [s. l.], v. 39, n. 97, p. 159-169, 2019.

TAVARES, Leandro Anselmo Todesqui. **A depressão como "mal-estar" contemporâneo**: medicalização e (ex)-sistência do sujeito depressivo. 1 ed. São Paulo: Editora UNESP: Cultura Acadêmica, 2010. 371p.

THIENGO, Priscila Cristina da Silva et al. Espiritualidade e religiosidade no cuidado em saúde: revisão integrativa. **Cogitare enfermagem**, Curitiba, v. 24, p. e58692, 2019.

TURECKI, Gustavo; BRENT, David A. Suicide and suicidal behavior. **Lancet**, London, v. 387, n. 10024, p. 1227–1239, 2016.

UCHOA, Elizabeth; VIDAL, Jean Michel. Antropologia médica: elementos conceituais e metodológicos para uma abordagem da saúde e da doença. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 497-504, 1994.

VALLE, Flávia Ottati. A criminalização da pobreza na perspectiva de Bauman. **Tempos Históricos**, Marechal Cândido Rondon, v. 8, n. 1, p. 193-213, 2006.

VARGAS, A. Z. Moralidade, autoritarismo e controle social em Porto Alegre na virada do século 19. *In*: MAUCH, C. et al. **Porto Alegre na virada do século 19: cultura e sociedade**. Porto Alegre, Canoas, São Leopoldo: Editora da UFRGS: Editora da ULBRA: Editora da Unisinos, 1994.

VARGAS, Everson Rach; MACERATA, Iacã. Contribuições das equipes de Consultório na Rua para o cuidado e a gestão da atenção básica. **Revista panamericana de salud pública**, Washington, v. 42, p.e170, 2018.

VECHI, Luís Gustavo. Iatrogenia e exclusão social: a loucura como objeto do discurso científico no Brasil. **Estudos de psicologia**, Natal, v. 9, n. 3, p. 489-495, 2004.

VIANNA, Nubia Garcia; ANDRADE, Maria da Graça Garcia. A contribuição do itinerário terapêutico e de sua narrativa para a compreensão da integralidade do cuidado à saúde auditiva. *In*: GERHARDT, Tatiana Engel et al. (org.). **Itinerários terapêuticos: integralidade no cuidado, avaliação e formação em saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS: UERJ: ABRASCO, 2016. p. 343-360.

VIEIRA, Maria Antonieta da Costa; BEZERRA, Eneida Maria Ramos; ROSA, Cleisa Moreno Maffei. **População de rua: quem é, como vive, como é vista**. São Paulo: Hucitec, 1992. 181p.

WILLRICH, Janaína Quinzen et al. Periculosidade versus cidadania: os sentidos da atenção à crise nas práticas discursivas dos profissionais de um Centro de Atenção Psicossocial. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 47-64, 2011.

YASUI, Silvio. Entre o cárcere e a liberdade: apostas na produção cotidiana de modos diferentes de cuidar. **Revista polis e psique**, Porto Alegre, v. 2, n. temático p.5-15, 2012.

## APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa **“NO MUNDO DA RUA: itinerários terapêuticos de pessoas em situação de rua com transtornos mentais na busca por cuidado”**. Essa pesquisa faz parte do estudo da mestranda Leticia Passos Pereira, do curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. O objetivo geral da pesquisa é analisar os itinerários terapêuticos das pessoas em situação de rua com transtornos mentais acompanhadas por um Consultório na Rua na cidade de Porto Alegre.

Sua participação se dará pelo compartilhamento de informações sobre sua experiência de ter uma condição de sofrimento mental e de como tem lidado com as situações/problemas advindos dessa condição.

A pesquisa será feita através de entrevistas individuais, que serão gravadas em áudio e guardadas por 5 (cinco) anos. Poderão ser necessários mais do que um encontro, em datas a combinar, de acordo com a sua disponibilidade.

Afirmo que sua participação na pesquisa não é obrigatória e a qualquer momento você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento sem nenhum prejuízo. Sua participação será de forma anônima e as informações que você não queira compartilhar ao público serão mantidas sob sigilo. Não está previsto qualquer tipo de pagamento pela participação no estudo e você não terá nenhum custo com os procedimentos envolvidos.

A participação na pesquisa não traz benefícios diretos, mas você estará contribuindo para a compreensão do fenômeno estudado e para a produção do conhecimento científico. Sobre os possíveis riscos, as entrevistas podem gerar algum desconforto físico ou emocional e, neste caso, a entrevista será interrompida; e então será oferecido conforto, escuta e acolhimento. Outro risco diz respeito a uma possível quebra inadvertida de sigilo e confidencialidade de dados.

Os resultados da pesquisa darão origem à Dissertação de Mestrado da pesquisadora e serão utilizados no meio acadêmico e profissional, em congressos; reuniões técnico-científicas; revistas científicas e serviços de saúde.

Você pode e deve fazer todas as perguntas que julgar necessárias antes de concordar em participar da pesquisa. Em caso de qualquer dúvida quanto ao estudo ou aos seus direitos, você deverá contatar com as pesquisadoras Christine Wetzel ou Leticia Passos Pereira, pelo telefone (51) 33165481, ou com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFRGS, no telefone (51) 33083738 ou com o Comitê de Ética da Prefeitura Municipal de Porto Alegre, no telefone (51) 32895517.

Você receberá uma via deste documento.

O pesquisador principal do estudo me ofertou uma cópia assinada deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme recomendações da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP). Declaro que entendi os objetivos da pesquisa e concordo em participar dela.

Participante da pesquisa ou representante legal

(  ) Consentimento livre e esclarecido do participante foi explicitado sob a forma escrita, sonora, imagética, ou em outras formas que atendam às características da pesquisa e dos participantes, de acordo com o Art. 15 da Resolução n. 510/2016.

Porto Alegre, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Pesquisadora  
Leticia Passos Pereira

## ANEXO A – Parecer de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UFRGS



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** NO MUNDO DA RUA: itinerários terapêuticos de pessoas em situação de rua com transtornos mentais graves na busca por cuidado

**Pesquisador:** CHRISTINE WETZEL

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 08635419.2.0000.5347

**Instituição Proponente:** Universidade Federal do Rio Grande do Sul

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 3.272.312

#### Apresentação do Projeto:

Projeto de pesquisa referente ao Mestrado Acadêmico do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola (PPGENF/UFRGS), de autoria de Leticia Passos Pereira, sob orientação da Profa. Dra. CHRISTINE WETZEL.

Trata-se de estudo com abordagem qualitativa. Para este estudo será utilizada a perspectiva da narrativa que, através da entrevista narrativa, buscará captar percepções relacionadas ao transtorno mental associado à vida nas ruas e, sobretudo, à experiência de busca por cuidado, possibilitando a reconstrução dos itinerários terapêuticos.

O estudo será realizado na região centro de Porto Alegre e serão participantes pessoas em situação de rua com transtornos mentais graves e persistentes dessa região. Têm-se a proposta de incluir três pessoas neste estudo, porém, segundo Cardano (2017), é a partir da análise da documentação empírica que receberemos indicações sobre o número de participantes. Assim, conforme prevê o desenho metodológico, esse número poderá ser adequado no decorrer do processo de pesquisa.

De acordo com o resumo:

"Este projeto de pesquisa propõe uma temática que busca refletir sobre os caminhos trilhados na busca por cuidado por pessoas em condições de vulnerabilidade, a população em situação de rua com transtornos mentais graves. Tem como objetivo analisar os itinerários terapêuticos das

**Endereço:** Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro  
**Bairro:** Farroupilha **CEP:** 90.040-060  
**UF:** RS **Município:** PORTO ALEGRE  
**Telefone:** (51)3308-3738 **Fax:** (51)3308-4085 **E-mail:** etica@propeq.ufrgs.br



Continuação do Parecer: 3.272.312

pessoas em situação de rua com transtornos mentais graves acompanhadas por um Consultório na Rua na cidade de Porto Alegre. Utilizará abordagem qualitativa e, considerando o processo de busca por cuidado como complexo e consequência da trajetória individual e das possibilidades de escolha, opta-se pelo uso da abordagem dos itinerários terapêuticos. Na perspectiva que os itinerários terapêuticos permitem mobilizar diferentes

recursos que incluem desde os cuidados caseiros e práticas religiosas até os dispositivos biomédicos predominantes, serão considerados os setores dos cuidados de saúde propostos por Kleinman.

Serão participantes deste estudo pessoas em situação de rua com transtornos mentais graves e persistentes, da região Centro de Porto Alegre; têm-se a proposta de incluir três pessoas. Para produzir os dados empíricos, será utilizada a perspectiva da narrativa que, através da entrevista narrativa, buscará captar percepções relacionadas ao transtorno mental associado à vida nas ruas e, sobretudo, à experiência de busca por cuidado, possibilitando a reconstrução dos itinerários terapêuticos."

**Critério de Inclusão (Versão 2 do projeto):**

ser maior de 18 anos, estar em situação de rua há pelo menos seis meses, ser identificado como tendo TMGP, verificado pelo CR Centro, estar orientado e com capacidade de compreensão preservada.

**Critério de exclusão (versão 2 do projeto):**

apresentar impossibilidade de estabelecer diálogo, impedindo a realização de entrevista e estar sob curatela.

**ANÁLISE DOS DADOS:** Os dados gerados serão organizados com o auxílio do software NVivo11 e analisados de acordo com os passos propostos por Schütze, descritos por Jovchelovich e Bauer (2003):

- 1) Transcrição detalhada de alta qualidade do material verbal.
- 2) Divisão do texto em material indexado e não indexado. As proposições indexadas referem-se a "quem fez o que, quando, onde e por quê", enquanto que proposições não-indexadas expressam valores e juízos.
- 3) A partir dos componentes indexados, analisa-se o ordenamento dos acontecimentos para cada

**Endereço:** Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro  
**Bairro:** Farroupilha **CEP:** 90.040-060  
**UF:** RS **Município:** PORTO ALEGRE  
**Telefone:** (51)3308-3738 **Fax:** (51)3308-4085 **E-mail:** etica@propesq.ufrgs.br



Continuação do Parecer: 3.272.312

indivíduo. Nesta etapa é possível construir um esboço do itinerário terapêutico, considerando que o resultado desta fase originará as trajetórias percorridas.

4) As dimensões não-indexadas do texto são investigadas como “análise do conhecimento”. Aquelas opiniões, conceitos e teorias gerais, reflexões e divisões entre o comum e o incomum são a base sobre a qual se reconstruem as teorias operativas. Estas teorias operativas são então comparadas com elementos da narrativa, pois elas representam o auto-entendimento do informante.

5) Agrupamento e a comparação entre as trajetórias individuais.

6) Através de uma derradeira comparação de casos, trajetórias individuais são colocadas dentro do contexto e semelhanças são estabelecidas. Este processo permite a identificação de trajetórias coletivas.

Após a finalização da análise do material empírico das entrevistas, será realizado o desenho do itinerário terapêutico de cada participante. Esta forma de apresentação, proposta por Bellato, Araújo e Castro (2008), é constituída por duas dimensões, a temporal e a espacial, compondo a experiência de adoecimento e busca de cuidado.

A dimensão espacial contempla os serviços buscados e a especificação quanto ao nível de atenção que desempenha. Também expressa a rede de apoio tecida pelo indivíduo, representada por pessoas ou instituições, formais ou informais. Por sua vez, a dimensão temporal traz o mapeamento da trajetória de busca de cuidado ao longo da experiência de adoecimento. Para cada serviço de saúde e rede de apoio graficamente representado, é registrada a ordem de sequência em que foi acessado pelo indivíduo, o número de acessos, bem como a direção do percurso seguinte.

No desenho, cada percurso é assinalado, numericamente, de acordo com a ordem temporal de sua ocorrência, através de setas indicativas do sentido do movimento; o percurso seguinte será assinalado por nova seta numerada, também contemplando o novo destino. Essa demarcação de percursos segue sendo feita para cada busca empreendida pelo usuário, em sua sequência temporal e o encaminhamento dele resultante.

Assim, com as narrativas e os desenhos dos IT, serão realizadas interpretações e inferências de acordo com o referencial teórico proposto.

CENTRO COPARTICIPANTE: Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre (SMS)

**Endereço:** Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro  
**Bairro:** Farroupilha **CEP:** 90.040-060  
**UF:** RS **Município:** PORTO ALEGRE  
**Telefone:** (51)3308-3738 **Fax:** (51)3308-4085 **E-mail:** etica@propesq.ufrgs.br



Continuação do Parecer: 3.272.312

**Objetivo da Pesquisa:**

Objetivo Primário:

Analisar os itinerários terapêuticos das pessoas em situação de rua com transtornos mentais graves acompanhadas por um Consultório na Rua na cidade de Porto Alegre.

Objetivos Secundários:

Aprender o processo pelo qual as pessoas elaboram suas escolhas na busca por cuidado e são influenciadas pelo contexto que as circundam.

Identificar as redes de sustentação e de apoio que são construídas pelas pessoas em situação de rua com transtornos mentais graves em sua experiência de adoecimento e busca por cuidado.

Identificar o modo como os setores de atenção à saúde são constituídos na busca por cuidado por pessoas em situação de rua com transtornos mentais graves.

Desvelar as concepções de cuidado das pessoas em situação de rua com transtornos mentais graves.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Riscos (versão 2 do projeto)

Considera-se riscos relacionados apenas a um possível desconforto para responder as entrevistas. Declara-se também como risco uma possível quebra inadvertida de confidencialidade e identificação.

Benefícios:

Considera-se o proveito indireto, posterior, obtido pelo participante em decorrência de sua participação, além da possibilidade de expressar-se sobre o tema.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Ver apresentação.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Foram apresentados na segunda versão do projeto:

- projeto detalhado com informações alteradas grifadas;
- nova versão do TCLE;
- carta resposta ao CEP/UFRGS;
- Termo de Compromisso e Utilização dos Dados devidamente assinado;

**Endereço:** Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro  
**Bairro:** Farroupilha **CEP:** 90.040-060  
**UF:** RS **Município:** PORTO ALEGRE  
**Telefone:** (51)3308-3738 **Fax:** (51)3308-4085 **E-mail:** etica@propesq.ufrgs.br





Continuação do Parecer: 3.272.312

- informações básicas da PB.

Na primeira versão do projeto, já haviam sido apresentados:

- projeto detalhado;
- informações básicas da PB;
- folha de rosto devidamente assinada;
- TCLE;
- orçamento detalhado;
- cronograma (início coleta de dados previsto para junho/2019);
- Termo de Ciência e Autorização da SMS Porto Alegre.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

No primeiro parecer, emitido por este CEP/UFRGS, em 5 de abril de 2019, foram indicadas as seguintes pendências (que foram respondidas pela pesquisadora, respectivamente, e alterados os documentos relativos às pendências indicadas: projeto detalhado e TCLE):

1) Em relação a pendência número 1, que trata sobre os riscos, nos quais questões relacionadas à quebra de confidencialidade e identificação também deverão ser considerados no projeto de pesquisa e no TCLE, incluiu-se como risco, no projeto: "Declara-se também como risco uma possível quebra inadvertida de confidencialidade e identificação". No TCLE, foi incluído: "Frente ao risco de quebra de confidencialidade e identificação, a pesquisadora garantirá o anonimato dos participantes e dos dados pessoais através da substituição dessas informações pela letra "E" de entrevistado, seguida da numeração da entrevista". Também foi substituída a identificação dos participantes, da utilização de nomes fictícios para "serão identificados com a letra "E" de entrevistado, seguida da numeração da entrevista; assim, E1 corresponde ao primeiro entrevistado, E2 ao segundo e assim por diante".

2) Em relação a pendência número 2, que questiona a inclusão de participantes surdos ou pessoas que tenham responsáveis legais, retirou-se o "responsável legal" tendo em vista que estão incluídos apenas participantes maiores de 18 anos e adicionou-se nos critérios de exclusão "estar sob curatela". Sobre a comunicação do consentimento e assentimento livre e esclarecido por meio da língua de sinais, retirou-se do texto essa forma de comunicação, uma vez que participantes surdos são excluídos pelo critério de exclusão "apresentar impossibilidade de estabelecer diálogo".

**Endereço:** Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro  
**Bairro:** Farroupilha **CEP:** 90.040-060  
**UF:** RS **Município:** PORTO ALEGRE  
**Telefone:** (51)3308-3738 **Fax:** (51)3308-4085 **E-mail:** etica@propesq.ufrgs.br



Continuação do Parecer: 3.272.312

3) Em relação a capacidade dos participantes compreenderem a pesquisa, incluiu-se como critério de inclusão: “estar orientado e com capacidade de compreensão preservada”.

4) Em relação a possíveis alterações no número de participantes ao longo do processo de pesquisa, inclui-se nos aspectos éticos: “Caso seja necessário alterar o número de participantes da pesquisa, tendo em vista que conforme prevê o desenho metodológico esse número poderá ser adequado durante o processo de pesquisa, será solicitada aprovação prévia dos Comitês de Ética em Pesquisa envolvidos, através da submissão de emendas ao projeto, com a justificativa necessária”. Também foi alterado o número de possíveis participantes, incluindo-se no projeto: “têm-se a proposta de incluir de três a dez pessoas neste estudo”.

Sendo assim, o projeto está em condições de aprovação.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Aprovado.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1302119.pdf	15/04/2019 16:27:43		Aceito
Outros	termo_de_compromisso_de_utilizacao_e_divulgacao_dos_dados.pdf	15/04/2019 16:25:54	CHRISTINE WETZEL	Aceito
Outros	Carta_resposta_CEP.pdf	15/04/2019 16:20:06	CHRISTINE WETZEL	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_apreciacao1.pdf	15/04/2019 16:19:09	CHRISTINE WETZEL	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	15/04/2019 16:16:28	CHRISTINE WETZEL	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	25/02/2019 14:38:49	CHRISTINE WETZEL	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	25/02/2019 14:38:33	CHRISTINE WETZEL	Aceito
Outros	termo_ciencia_autorizacao_sms.PDF	25/02/2019 14:35:43	CHRISTINE WETZEL	Aceito

**Endereço:** Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro  
**Bairro:** Farroupilha **CEP:** 90.040-060  
**UF:** RS **Município:** PORTO ALEGRE  
**Telefone:** (51)3308-3738 **Fax:** (51)3308-4085 **E-mail:** etica@propesq.ufrgs.br



Continuação do Parecer: 3.272.312

Folha de Rosto	Folha_Rosto_Assinada.pdf	25/02/2019 14:26:30	CHRISTINE WETZEL	Aceito
----------------	--------------------------	------------------------	---------------------	--------

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

PORTO ALEGRE, 18 de Abril de 2019

---

**Assinado por:**  
**MARIA DA GRAÇA CORSO DA MOTTA**  
(Coordenador(a))

**Endereço:** Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro  
**Bairro:** Farroupilha **CEP:** 90.040-060  
**UF:** RS **Município:** PORTO ALEGRE  
**Telefone:** (51)3308-3738 **Fax:** (51)3308-4085 **E-mail:** etica@propesq.ufrgs.br

**ANEXO B – Parecer de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da SMSPA****PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

Elaborado pela Instituição Coparticipante

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** NO MUNDO DA RUA: itinerários terapêuticos de pessoas em situação de rua com transtornos mentais graves na busca por cuidado

**Pesquisador:** CHRISTINE WETZEL

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 08635419.2.3001.5338

**Instituição Proponente:** Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 3.336.635

**Apresentação do Projeto:**

Segundo as autoras, este projeto de pesquisa propõe uma temática que busca refletir sobre os caminhos trilhados na busca por cuidado por pessoas em condições de vulnerabilidade, a população em situação de rua com transtornos mentais graves. Tem como objetivo analisar os itinerários terapêuticos das pessoas em situação de rua com transtornos mentais graves acompanhadas por um Consultório na Rua na cidade de Porto Alegre. Utilizará abordagem qualitativa e, considerando o processo de busca por cuidado como complexo e consequência da trajetória individual e das possibilidades de escolha, opta-se pelo uso da abordagem dos itinerários terapêuticos. Na perspectiva que os itinerários terapêuticos permitem mobilizar diferentes recursos que incluem desde os cuidados caseiros e práticas religiosas até os dispositivos biomédicos predominantes, serão considerados os setores dos cuidados de saúde propostos por Kleinman. Serão participantes deste estudo pessoas em situação de rua com transtornos mentais graves e persistentes, da região Centro de Porto Alegre; têm-se a proposta de incluir de três a dez pessoas neste estudo. Para produzir os dados empíricos, será utilizada a perspectiva da narrativa que, através da entrevista narrativa, buscará captar percepções relacionadas ao transtorno mental associado à vida nas ruas e, sobretudo, à experiência de busca por cuidado, possibilitando a reconstrução dos itinerários terapêuticos.

**Endereço:** Rua Capitão Montanha, 27 - 6º andar

**Bairro:** Centro Histórico

**CEP:** 90.010-040

**UF:** RS

**Município:** PORTO ALEGRE

**Telefone:** (51)3289-5517

**Fax:** (51)3289-2453

**E-mail:** cep\_sms@hotmail.com



Continuação do Parecer: 3.336.635

#### **Objetivo da Pesquisa:**

Objetivo Primário:

Analisar os itinerários terapêuticos das pessoas em situação de rua com transtornos mentais graves acompanhadas por um Consultório na Rua na cidade de Porto Alegre.

Objetivos Secundários:

- Apreender o processo pelo qual as pessoas elaboram suas escolhas na busca por cuidado e são influenciadas pelo contexto que as circundam.
- Identificar as redes de sustentação e de apoio que são construídas pelas pessoas em situação de rua com transtornos mentais graves em sua experiência de adoecimento e busca por cuidado.
- Identificar o modo como os setores de atenção à saúde são constituídos na busca por cuidado por pessoas em situação de rua com transtornos mentais graves.
- Desvelar as concepções de cuidado das pessoas em situação de rua com transtornos mentais graves.

#### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Segundo a autora:

Riscos:

Considera-se riscos relacionados apenas a um possível desconforto para responder as entrevistas. Declara-se também como risco uma possível quebra inadvertida de confidencialidade e identificação. Frente ao risco de quebra de confidencialidade e identificação, a pesquisadora garantirá o anonimato dos participantes e dos dados pessoais através da substituição dessas informações pela letra "E" de entrevistado, seguida da numeração da entrevista.

Benefícios:

Considera-se o proveito indireto, posterior, obtido pelo participante em decorrência de sua participação, além da possibilidade de expressar-se sobre o tema.

#### **Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Pesquisador responsável: CHRISTINE WETZEL

Assistente de pesquisa: Letícia Passos Pereira

1. Nível da pesquisa: Mestrado

2. Instituição: Universidade Federal do Rio Grande do Sul

3. Curso: PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

**Endereço:** Rua Capitão Montanha, 27 - 6º andar

**Bairro:** Centro Histórico

**CEP:** 90.010-040

**UF:** RS

**Município:** PORTO ALEGRE

**Telefone:** (51)3289-5517

**Fax:** (51)3289-2453

**E-mail:** cep\_sms@hotmail.com



Continuação do Parecer: 3.336.635

4. Local de realização do estudo: Consultório na Rua - Centro

5. Duração do estudo: 10 meses

6. TCLE: Apresentado.

7. Número de sujeitos da pesquisa: 3 a 10

8. Data prevista para conclusão do estudo: fevereiro de 2020

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Apresentados TCLE e Termo de Ciência e Autorização da SMS.

**Recomendações:**

Incluir o e-mail do CEP/SMS no TCLE.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Não há pendências.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

O parecer de aprovação do CEP SMSPA deverá ser apresentado à Coordenação responsável, a fim de organizar a inserção da pesquisa no serviço, antes do início da mesma.

Apresentar relatórios semestrais do CEP SMSPA.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Outros	termo_de_compromisso_de_utilizacao_e_divulgacao_dos_dados.pdf	15/04/2019 16:25:54	CHRISTINE WETZEL	Aceito
Outros	Carta_resposta_CEP.pdf	15/04/2019 16:20:06	CHRISTINE WETZEL	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_apreciacao1.pdf	15/04/2019 16:19:09	CHRISTINE WETZEL	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	15/04/2019 16:16:28	CHRISTINE WETZEL	Aceito
Outros	termo_ciencia_autorizacao_sms.PDF	25/02/2019 14:35:43	CHRISTINE WETZEL	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

**Endereço:** Rua Capitão Montanha, 27 - 6º andar

**Bairro:** Centro Histórico

**CEP:** 90.010-040

**UF:** RS

**Município:** PORTO ALEGRE

**Telefone:** (51)3289-5517

**Fax:** (51)3289-2453

**E-mail:** cep\_sms@hotmail.com



Continuação do Parecer: 3.336.635

Não

PORTO ALEGRE, 21 de Maio de 2019

---

**Assinado por:**  
**Thaís Schossler**  
**(Coordenador(a))**

**Endereço:** Rua Capitão Montanha, 27 - 6º andar  
**Bairro:** Centro Histórico **CEP:** 90.010-040  
**UF:** RS **Município:** PORTO ALEGRE  
**Telefone:** (51)3289-5517 **Fax:** (51)3289-2453 **E-mail:** cep\_sms@hotmail.com