

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

**KÁTIA MOTTIN TEDESCHI**

**SE ESTA RUA  
SE ESTA RUA FOSSE MINHA...  
CUIDADO À POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA EM  
LAJEADO, RS**

**Porto Alegre**

**2016**

**KÁTIA MOTTIN TEDESCHI**

**SE ESTA RUA  
SE ESTA RUA FOSSE MINHA...  
CUIDADO À POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA EM  
LAJEADO, RS**

Defesa final de Mestrado junto ao  
Programa de Pós-Graduação em Saúde  
Coletiva da Escola de Enfermagem da  
Universidade Federal do Rio Grande do  
Sul.

Orientadora: Profa. Dra. Jussara Maria Rosa Mendes

Porto Alegre

2016

**KÁTIA MOTTIN TEDESCHI**

**SE ESTA RUA  
SE ESTA RUA FOSSE MINHA...  
CUIDADO À POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA EM  
LAJEADO, RS**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul

**BANCA EXAMINADORA**

---

Profa. Dra. Jussara Maria Rosa Mendes (Orientadora)  
Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)

---

Prof. Dr. José Geraldo Soares Damico  
Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)

---

Profa. Dra. Dolores Sanches Wünsch  
Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)

---

Profa. Dra. Jane Cruz Prates  
Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS)

Conceito: \_\_\_\_\_

Porto Alegre, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

## **AGRADECIMENTOS**

Que as palavras sejam doces, leves, afetivas e consigam expressar sentimentos tão únicos, verdadeiros e sinceros. Agradecer é dizer o quanto cada pessoa contribuiu para a construção da história e tornou cada cena e capítulo mais possível de acontecer.

À minha família: pai, mãe e irmã. Fonte de amor, proteção, inspiração, incentivo, apoio, consolo, força e porto seguro. Personagens principais na minha história de vida. Sempre me ajudando nos momentos de montar as cenas, assim como naqueles em que elas se desmontam e eu preciso reorganizá-las. Obrigada por sempre acreditarem em mim, no meu trabalho e vontade de seguir estudando. A cada dificuldade, uma palavra de incentivo e um carinho. A cada conquista, a vibração de vocês junto comigo. Esta história é nossa e serei eternamente grata por fazerem parte dela. Amo vocês!

Ao meu companheiro Francis, pelo amor que se traduziu especialmente pela compreensão e paciência. Incentivo que, mesmo não vindo muitas vezes em palavras, estava presente nas ações diárias. Obrigada por estar sempre ao meu lado, nunca duvidar da minha vontade de seguir em frente e suportar muito bem minhas “loucuras”.

À grande família (primos, primas, tios, tias, dindos, afilhadas, afilhado, avó) que sempre estiveram presentes na construção da história e apoiaram cada movimento deste processo. À minha avó Olga e minha tia/dinda Rose, que foram fundamentais em cada passo dado por mim, e que acompanharam de outra forma esta história.

Aos meus amigos de perto e de longe, aos meus colegas da graduação em Psicologia, que já sentiam em mim o desejo de cursar o mestrado.

Aos meus colegas no Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), companheiros de uma história diária. Agradeço o apoio, incentivo e compreensão quando o mestrado tomava conta de meu pensamento e atividades. Àqueles que, além de colegas, tornaram-se grandes amigos e parceiros de muitas histórias. Obrigada Ana Paula, especialmente, por possibilitar que a história do mestrado pudesse ser conciliada com a história no CREAS.

Aos meus colegas da Secretaria do Trabalho, Habitação e Assistência Social (STHAS) e Prefeitura Municipal de Lajeado.

Agradeço a parceria com o CAPS ad e Abrigo São Chico por possibilitarem que a história pudesse ser ampliada e construída por muitas mãos. Obrigada e seguimos juntos.

Aos meus colegas da Clínica Universitária Regional de Educação e Saúde (CURES), da Univates, por entrarem na construção desta história e colocarem ainda mais sentido, vontade e força para seguir escrevendo. A parceria e amizade de vocês é mola propulsora.

Aos estagiários que acompanho no CREAS e na CURES por trazerem capítulos de leveza à história, assim como de ânimo para seguir lutando pelo que acredito. Obrigada pelas trocas diárias.

Ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGCOL) que possibilitou tornar realidade um desejo que já existia há mais tempo. Local e pessoas que admiro pela militância, determinação e luta por causas tão nobres.

Ao Núcleo de Estudos em Saúde do Trabalhador (NEST), coordenado pela minha orientadora Jussara Maria Rosa Mendes. Agradeço a acolhida e carinho desta “família”, mesmo que não tenha integrado o grupo de forma assídua. Sempre me senti muito bem com todos e espero que um dia possamos trocar mais ideias e experiências. Parabéns pela luta!

À minha querida orientadora, Jussara Maria Rosa Mendes, gratidão desde o momento da entrevista para a seleção. Obrigada por me acompanhar nestes movimentos intensos, recheados de novidades e ansiedades, dúvidas e vontades. Aprendi muito contigo, especialmente a seguir lutando pelos direitos de todo cidadão.

Aos parceiros do grupo com as pessoas em situação de rua que desenvolvo no CREAS, especialmente aos que ajudaram a escrever a história. A caminhada profissional e pessoal ganhou outro sentido quando dei início a esta relação.

Obrigada por confiarem no espaço do grupo, por compartilharem tantas histórias e, juntos, construirmos uma que conta da necessidade de ampliarmos nossa capacidade de cuidar.

À vida, por estar se apresentando de forma tão intensa, e levar-me a acreditar cada vez mais que é na relação com o outro que a faremos ser mais leve, doce e prazerosa.

A todos os personagens, sejam principais, coadjuvantes, figurantes, o agradecimento pela contribuição na construção da história que não termina com um ponto final. Então, sigamos juntos...

“Sonhe com o que você quiser. Vá para onde você queira ir.  
Seja o que você quer ser, porque você possui apenas uma vida  
e nela só temos uma chance de fazer aquilo que queremos.

Tenha felicidade bastante para fazê-la doce. Dificuldades  
para fazê-la forte. Tristeza para fazê-la humana. E  
esperança suficiente para fazê-la feliz.”

Clarice Lispector

## RESUMO

Cuidado à população adulta em situação de rua em Lajeado, RS. Essa é a temática que orienta a pesquisa, que tem como objetivo central compreender como as pessoas adultas, em situação de rua, percebem e acolhem as estratégias de cuidado disponibilizadas pelo sistema de Proteção Social na cidade de Lajeado. Para embasar os objetivos da pesquisa, foram criados quatro capítulos conceituais para fundamentar teoricamente a proposta: A praça, o enredo, a história; Paulo, Joaquim e Márcio: quem são eles que compõem a história; Política da Assistência Social; Onde fica a praça? Onde se passa a história? Um pouco sobre Lajeado. Esta é uma pesquisa de abordagem qualitativa, que utilizou como metodologia grupos focais com a população em situação de rua de Lajeado. As falas disparadas nos encontros foram avaliadas pela análise de conteúdo proposta por Bardin (2011). Após as transcrições, os conteúdos foram distribuídos em quatro categorias: Vida com Droga, Droga com Vida (versa sobre as relações estabelecidas com o uso de álcool e outras drogas em suas vivências nas ruas); Entre o real e o ideal(izado) (aborda a rede de serviços disponível na cidade, do mesmo modo que avaliam como necessário); Trabalho: o abre e fecha (discute formas de inclusão e exclusão que atravessam o mercado de trabalho); Quem (des) cuida de quem? (analisa as relações de cuidado que vivenciam na rua, que perpassam movimentos de acolhida e violência). Ao longo do processo de escrita do trabalho, foram realizados encontros com a proposta de discutir a construção da história. Nestes foram apresentados os resultados aos sujeitos participantes e, ainda, ocorreram práticas de cuidado como roda de conversa, lanche coletivo, risadas, etc.

Descritores: População em situação de rua; Cuidado; Políticas públicas; Intersetorialidade.



## **ABSTRACT**

Care to people on the street in Lajeado, RS. This is the theme that guides the research, which was aimed at understanding how the adults people on the street realize and embrace the strategies of care provided by the social protection system in the city of Lajeado. To support the objectives of the research, four conceptual chapters were created to theoretically support the proposal: The square, the plot, the story; Paulo, Joaquim and Márcio: who are they that make up the story; Politics of Social Assistance; Where is the square? Where does the story take place? About Lajeado. This is a qualitative study which used as methodology focal groups on the streets people of Lajeado. The statements triggered in the meetings were evaluated by content analysis proposed by Bardin (2011). After the transcripts, the contents were divided into four categories: Life on Drugs, Drugs with Life (it deals with the established relations with the use of alcohol and other drugs in their experiences on the streets); Between the real and the ideal (ized) (it addresses the network services available in the city, as well as evaluating as necessary); Work: opens and closes (discusses ways of inclusion and exclusion that cross the labor market); Who (un) takes care of whom? (It analyzes the care relationships they experience between them, or in their relations on the street, as well as how they perceive the care provided by the city services). At the end of the research and writing process, a meeting was held with the aim to discuss the construction of the story. The results were presented to the participating people and care practices also occurred as conversation circle, collective snack, laughter, etc.

Keywords: People on the streets; Caution; Public policy; Intersectionality.

## SUMÁRIO

<b>1 CENA/ACONTECIMENTO 1: A PRAÇA, O ENREDO, A HISTÓRIA .....</b>	<b>11</b>
1.1 O TEMA DA HISTÓRIA .....	12
1.2 O PROBLEMA DA HISTÓRIA .....	12
1.3 OS OBJETIVOS DA HISTÓRIA .....	13
<b>1.3.1 Objetivo geral .....</b>	<b>13</b>
<b>1.3.2 Objetivos específicos.....</b>	<b>13</b>
1.4 A ORGANIZAÇÃO DAS CENAS/ACONTECIMENTOS DA HISTÓRIA .....	13
<b>2 CENA/ACONTECIMENTO 2: PAULO, JOAQUIM E MÁRCIO: QUEM SÃO ELES QUE COMPÕEM A HISTÓRIA? .....</b>	<b>23</b>
2.1 EXCLUSÃO SOCIAL: QUE SOCIEDADE E SUJEITO PRODUZIMOS? .....	30
<b>3 CENA/ACONTECIMENTO 3: POLÍTICA DA ASSISTÊNCIA SOCIAL.....</b>	<b>35</b>
3.1 E A SAÚDE COMO COMPÕE NESTA HISTÓRIA? .....	40
3.2 CREAS E CAPS AD: RELAÇÕES DE CUIDADO NA HISTÓRIA .....	49
3.3 O QUE SE MOVE, MOVIMENTA, (RE)INVENTA .....	57
<b>3.3.1 Fórum de Enfrentamento à Drogadição .....</b>	<b>58</b>
<b>3.3.2 Centro de Acolhimento .....</b>	<b>58</b>
<b>3.3.3 Assembleia com População em Situação de Rua .....</b>	<b>59</b>
<b>3.3.4 Reuniões Intersetoriais.....</b>	<b>60</b>
<b>3.3.5 Abordagens de/na Rua .....</b>	<b>60</b>
<b>4 CENA/ACONTECIMENTO 4: ONDE FICA A PRAÇA? ONDE SE PASSA A HISTÓRIA? UM POUCO SOBRE LAJEADO.....</b>	<b>62</b>
4.1 LAJEADO E SUA HISTÓRIA.....	64
<b>4.1.1 Perfil .....</b>	<b>66</b>
<b>4.1.2 Metrópole .....</b>	<b>66</b>
<b>4.1.3 Economia/Indústria .....</b>	<b>67</b>
<b>4.1.4 Comércio.....</b>	<b>67</b>
<b>4.1.5 Serviços .....</b>	<b>68</b>
<b>5 CENA/ACONTECIMENTO 5: CAMINHOS PERCORRIDOS PARA CONTAR A HISTÓRIA .....</b>	<b>70</b>
5.1 SUJEITOS E TERRITÓRIOS DA HISTÓRIA .....	70
<b>6 CENA/ACONTECIMENTO 6: DIALOGANDO COM AS FALAS DOS ATORES ..</b>	<b>74</b>

6.1 VIDA COM DROGA, DROGA COM VIDA.....	76
6.2 ENTRE O REAL E O IDEAL(IZADO) .....	81
6.3 TRABALHO: O ABRE E FECHA .....	89
6.4 QUEM (DES)CUIDA DE QUEM .....	93
<b>7 CENA/ACONTECIMENTO 7: O COMPARTILHAR DA HISTÓRIA .....</b>	<b>100</b>
7.1 A HISTÓRIA QUE NÃO TERMINA COM UM PONTO FINAL.....	101
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>104</b>
<b>APÊNDICE A – O ESPAÇO DE CUIDADO DO GRUPO.....</b>	<b>111</b>
<b>APÊNDICE B – ESPAÇO DE CUIDADO DO GRUPO .....</b>	<b>112</b>
<b>APÊNDICE C – PAINEL CONSTRUÍDO PELO GRUPO.....</b>	<b>113</b>
<b>APÊNDICE D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO .....</b>	<b>114</b>

## 1 CENA/ACONTECIMENTO 1: A PRAÇA, O ENREDO, A HISTÓRIA

Era uma vez uma história e aqui está seu roteiro...

Conto sobre uma praça, uma cidade, um território, seus habitantes e seus modos de vida. Vivem diferente. Diferente vivem. Há diferenças. Há incômodos. Há descômodos. Há cômodos? Há vida pulsando. A praça, cenário que se desenrola o enredo, fica na cidade de Lajeado, RS. As cenas/acontecimentos<sup>1</sup> da história contada aqui acontecem nela e em outros espaços da cidade. A ideia de acontecimento segue o proposto por Deleuze. O que é um acontecimento ideal?

É uma singularidade. Ou melhor: é um conjunto de singularidades, de pontos singulares que caracterizam uma curva matemática, um estado de coisas físico, uma pessoa psicológica e moral. São pontos de retrocesso, de inflexão etc; desfiladeiros, nós, núcleos, centros; pontos de fusão, de condensação, de ebulição etc.; pontos de choro e de alegria, de doença e de saúde, de esperança e de angústia, pontos sensíveis, como se diz (DELEUZE, 2006, p. 55).

Os atores que compõem esta história são muitos e ao longo dos capítulos eles serão apresentados. Também faço parte desta história e ajudo a contá-la através das minhas experiências e vivências como moradora e psicóloga na cidade. O enredo não segue uma linearidade; ele vai acontecendo e transformando-se. A última cena/acontecimento da história a ser contada aqui não será o final. Ela vai continuar com outras e diferentes cenas, atores, enredos, movimentos. A história é feita e contada por muitos. Então, era uma vez uma praça, uma história, Lajeado...

Paulo<sup>2</sup>, Joaquim e Márcio estão na praça e são convidados a contar. O que? A rua. Sobre a rua. Suas histórias. Os encontros e desencontros. Os amigos. As pedras no meio do caminho. Os medos. Sofrimento. As paixões. As tentações. A expressão de um habitar a rua. Os encontros com Paulo, Joaquim, Márcio e outros que vivem em situação de rua norteiam a produção da história e ajudam a pensar: de que cuidado falamos e praticamos na cidade de Lajeado para com a população adulta em situação de rua? São estes encontros que também se propõe elucidar

---

<sup>1</sup> Cada capítulo do texto será apresentado como uma cena/acontecimento de uma história composta por muitas.

<sup>2</sup> Os nomes utilizados na escrita são fictícios e têm a função de representar algumas pessoas que se encontram em situação de rua.

para a obtenção do título de mestre em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

### 1.1 O TEMA DA HISTÓRIA

O tema desta história é população adulta em situação de rua. Tem-se como propósito estudar as políticas públicas e o cuidado destinado à população adulta em situação de rua no município de Lajeado, RS. O mote está em pensar as formas de articulações entre os mesmos, bem como os modos de subjetivação advindas com tais articulações. Utilizam-se pressupostos presentes nas políticas públicas de saúde e assistência social no que dizem respeito à população em situação de rua com o intuito de fazer pensar qual o discurso de cuidado presente nestas. O entrelaçar entre as políticas se dá à medida que há a problematização de formas de ser sujeito e, desta forma, de cuidar dos mesmos.

Com a ideia de um sujeito mais autônomo, com capacidade para agir em sua vida e que não será olhado e cuidado apenas pelo paradigma medicalocêntrico, a história busca a possibilidade da inclusão de outros dispositivos de cuidado que levem em conta a potencialidade dos sujeitos. Ganha notoriedade, neste aspecto, políticas de inclusão e busca-se repensar discursos e práticas higienistas e de faxina social. Desta forma, problematiza-se a complexidade do processo de cuidado para com a população em situação de rua no que diz respeito às práticas que olhem e escutem os sujeitos por outros vértices, que não somente o da “anormalidade”.

### 1.2 O PROBLEMA DA HISTÓRIA

Como estes sujeitos que vivem em situação de rua são interpelados por tais ações de cuidado e como lidam com os investimentos efetuados em sua direção?

## 1.3 OS OBJETIVOS DA HISTÓRIA

### 1.3.1 Objetivo geral

Compreender como a população adulta em situação de rua percebe e acolhe as estratégias de cuidado disponibilizadas pelo Sistema de Proteção Social do município de Lajeado.

### 1.3.2 Objetivos específicos

Analisar os dispositivos de cuidado presentes na cidade de Lajeado para com a população adulta em situação de rua.

Identificar as práticas de cuidado presentes no CREAS da cidade para com estes sujeitos.

Investigar quais as problemáticas centrais que despontam nos modos de vida da população que vive nas ruas da cidade.

Problematizar os modos pelos quais a noção de cuidado aparece atrelada tanto à saúde mental como à assistência social dentro das propostas das políticas públicas.

## 1.4 A ORGANIZAÇÃO DAS CENAS/ACONTECIMENTOS DA HISTÓRIA

Na Cena/Acontecimento 2 - Paulo, Joaquim e Márcio: quem são eles que compõem a história? Propõe-se a contextualização da problemática da população em situação de rua a partir de alguns conceitos ao abordar a complexidade desta categoria social e o desafio para as políticas públicas, trabalhadores da saúde e assistência social ao desenvolverem suas ações. No item 2.1, faz-se relação, a partir da discussão sobre exclusão social, com a problemática da população em situação de rua para que possamos pensar quem são os excluídos hoje, que formas de exclusão são produzidas e como as percebemos.

A Cena/Acontecimento 3 - Política da Assistência Social ilustra a importância de sua consolidação para a população, em especial para alguns grupos específicos como a população em situação de rua. No item 3.1 - E a Saúde como compõe nesta

história?, o texto versa sobre a Política de Saúde Mental no que diz respeito à Reforma Psiquiátrica e um de seus serviços substitutivos, os CAPS. Já no item 3.2 – CREAS e CAPS ad: relações de cuidado na história, problematiza-se os modos pelos quais a noção de cuidado aparece atrelada tanto à saúde mental como à assistência social dentro das propostas das políticas públicas.

Na Cena/Acontecimento 4 - Onde fica a praça? Onde se passa a história? Um pouco sobre Lajeado, contextualiza-se a cidade de Lajeado a partir da ideia de território.

A história baseia-se na problematização do cuidado, ou melhor, que formas de cuidado estão presentes para a população que se encontra em situação de rua na cidade de Lajeado. Cabe destacar que a discussão parte do micro, ou seja, como se dão as relações de cuidado em Lajeado, para ampliarmos para questões que perpassam os movimentos macro. Neste sentido, a discussão versa sobre as políticas públicas para a população em situação de rua (BRASIL, 2008). Para que tal discussão seja possível e ganhe sentido, o presente estudo também objetiva a busca e análise de documentos e leis, com destaque para a Política Nacional para Inclusão Social da População em Situação de Rua, assim como Manuais dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), e do CREAS, (BRASIL, 2004a, 2011a).

No campo das discussões que tomam o cuidado como uma ferramenta conceitual de ordem ontológica, genealógica e crítica na reconstrução das práticas em saúde, analisa-se as concepções e práticas de cuidado no âmbito da Saúde Pública (SUS) e Assistência Social (SUAS). Somado a esta análise, tem-se as possíveis e concretas relações entre as políticas (AYRES, 2004).

Ayres (2004a, p. 22) coloca o cuidado como: “[...] designação de uma atenção à saúde imediatamente interessada no sentido existencial da experiência do adoecimento, físico ou mental, e, por conseguinte, também das práticas de promoção, proteção ou recuperação da saúde”. A história busca o tipo e a forma de cuidado disponibilizado à população em situação de rua. Conforme Merhy (2004, p. 108), no campo da saúde o “objeto não é a cura, ou a produção e proteção da saúde, mas a produção do cuidado”. O “Ato de cuidar” é destacado como “a alma dos serviços de saúde”. Esta alma só existe através das entre relações de pessoas, pautada num tratamento digno e respeitoso, com qualidade, acolhimento e vínculo (PINHEIRO, 2009).

A interface entre as políticas públicas e os serviços de atenção, justifica-se pela crescente demanda relacionada ao uso de drogas que atravessa os modos de ser e habitar as ruas, fatores que exigem escuta e cuidado. Estes atravessamentos envolvem outras instâncias que tratam do cuidado no âmbito de diretrizes intersetoriais estabelecidas entre CREAS e CAPS ad para a cidade. O enfoque nestes serviços justifica-se pelas práticas desenvolvidas na cidade, pelo protagonismo das políticas públicas e pela hierarquização de serviços nos municípios. Em Lajeado não existe, dentro da oferta da rede de serviços, por exemplo, Consultório na Rua e Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua (Centro Pop).

As eCR integram o componente atenção básica da Rede de Atenção Psicossocial e desenvolvem ações de Atenção Básica, devendo seguir os fundamentos e as diretrizes definidos na Política Nacional de Atenção Básica. São equipes multiprofissionais e lidam com os diferentes problemas e necessidades de saúde da população em situação de rua (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

O Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua, previsto no Decreto Nº 7.053/2009a e na Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais, constitui-se em uma unidade de referência da PSE de Média Complexidade, de natureza pública e estatal. Diferentemente do CREAS, que atua com diversos públicos e oferta, obrigatoriamente, o PAEFI, o Centro POP volta-se, especificamente, para o atendimento especializado à população em situação de rua, devendo ofertar, obrigatoriamente, o Serviço Especializado para Pessoas em Situação de Rua (BRASIL, 2011a).

Com a rede de serviços disponibilizada na cidade, busca-se analisar e contextualizar as formas de cuidado, ou melhor, de que cuidado falamos quando nos referimos à população em situação de rua. Há cuidado? Que práticas de cuidado? Em que estão pautadas? Em políticas higienistas ou de protagonismo?

Práticas de protagonismo entendidas aqui na medida em que protagonizar é ser autor, é adquirir autonomia para gerir sua própria vida, sem coerção, manipulação ou dependência. O protagonismo, nesta perspectiva, desponta como possibilidade para a transformação de atores sociais em sujeitos de poder.

O desejo de mudança, de transformação social, o desenho de cenários que se almeja chegar, são sonhos de liberdade e de resistência, que os projetos políticos formatam. [...] e outras ações expressas no agir



político de um movimento demarcam, profundamente, sua capacidade de transformar atores sociais em sujeitos sociopolíticos, coletivos, construtores de suas histórias (GOHN, 2008, p. 38).

Neste sentido, também se fazem necessárias ações que deem visibilidade aos sujeitos em situação de rua como sujeitos de direitos. Para que tal pressuposto seja efetivado, a articulação entre Estado e sociedade pode acontecer através da socialização de pesquisas, realização de debates e movimentos sociais em que a população em situação de rua possa atuar como protagonista.

O poder local, através dos serviços, deve trabalhar na perspectiva de estimular a participação dos usuários na vida pública do território, com a ideia de se desenvolver competências para o enfrentamento coletivo das situações vivenciadas, para a ressignificação de vivências e para a construção de novos projetos de vida, pautados na compreensão crítica da realidade social.

Algumas iniciativas como o Movimento de População de Rua e o Jornal Boca de Rua evidenciam que os sujeitos buscam formas de organização de luta por seus direitos, assim como dar visibilidade às suas condições de vida. Como exemplo, temos o ano de 2003 em que o Movimento Nacional da População de Rua foi acolhido pela Presidência da República no Palácio do Planalto. Na ocasião, foram levadas as reivindicações e uma pauta enfocando os direitos desta parcela da população que vive em situação de rua. Nesta, foi determinada a criação de um Grupo de Trabalho com membros do governo e da sociedade civil com o objetivo de estudar, financiar pesquisas e condições para construir uma política nacional especificamente para garantir direitos a estes cidadãos.

Em 2005 foi alterada a Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS<sup>3</sup>), contemplando o público em situação de rua e posteriormente criou-se a Política Nacional de Inclusão para Populações em Situação de Rua (BRASIL, 2008). De acordo com a nova legislação o poder público municipal passou a ter a tarefa de manter serviços e programas de atenção à população de rua, garantindo padrões básicos de dignidade e não violência na concretização de mínimos sociais e dos direitos de cidadania a esse segmento social. A participação e o protagonismo estão previstos na Constituição Federal, na LOAS, na Política Nacional de Assistência Social (PNAS/SUAS, 2004) e para este público mais especificamente, na Política

---

<sup>3</sup> Lei nº 11.258, de 2005 altera a Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, que dispõe sobre a organização da Assistência Social, para acrescentar o serviço de atendimento a pessoas que vivem em situação de rua.

Nacional de Inclusão Social para a População em Situação de Rua (BRASIL, 1988, 1993, 2004).

A construção da história ancora-se também na experiência de trabalho que desenvolvo como psicóloga no CREAS/Fortalecer na cidade. Para além dessa inserção profissional no campus de atuação, destaca-se, especialmente, a identificação com a temática e com o trabalho que vinha sendo construído e que despontava ao longo da trajetória acadêmica e pessoal. Escolher o objeto e temática de estudo para o mestrado contou com toda essa implicação com o que estava sendo pensado, realizado e vivido. Um atravessamento de singularidades e modos de ser fez da escolha pelo tema uma tomada de posição.

A escolha desta posição narrativa (*ethos* da pesquisa/*ethos* da clínica) não pode ser encarada como desarticulada das políticas que estão em jogo: políticas de saúde, políticas de pesquisa, políticas da subjetividade, políticas cognitivas. Toda produção de conhecimento, precisamos dizer de saída, se dá a partir de uma tomada de posição que nos implica politicamente (PASSOS; BARROS, 2010, p. 150).

Tendo buscado, ao longo dos trabalhos e demais produções teóricas e práticas, aprofundar meu conhecimento sobre questões relativas aos cuidados para com a população em situação de rua, o trabalho apresentado torna-se produto de um processo de interesse, curiosidade e desejo em buscar que formas de trabalho são pensadas e estão sendo realizadas para com este tipo de demanda, bem como contextualizar os processos que caracterizam a população em situação de rua. Toda vez que estou com Paulo, Joaquim e Márcio vejo brotar ainda mais o desejo de dar voz a estas singularidades obscurecidas pelas problemáticas que atravessam suas vidas. O trabalho assume, por desafio, demonstrar que Paulo, Joaquim, Márcio e todos aqueles que têm com a rua uma relação diferenciada, tem muito a nos dizer sobre a sociedade que produzimos.

Ao trabalhar com pressupostos presentes nas políticas públicas para a população em situação de rua e para usuários de álcool e/ou outras drogas, tem-se a discussão da construção dos modos de ser do sujeito, ou seja, que modos de subjetivação são percebidos através destes processos e o efeito que isto gera nas maneiras de intervir com os mesmos. Os modos de subjetivação podem tomar as mais diferentes configurações, sendo que estas cooperam para produzir formas de vida e formas de organização sociais distintas e, mutantes.

Sobre os modos de subjetivação, cabe perguntar: quais modos de vida precisam ser abandonados e quais outros pedem e têm passagem em nossos dias? Qual a potência que temos para produzir outros modos de existir e colocá-los em circulação no social? É perceptível o quanto os estudos de Foucault convocam para uma análise do presente e das nossas possibilidades de transformação. Para isso, ele resgata a dimensão histórica que atravessa os modos de subjetivação, descartando, assim, qualquer pretensão de universalidade.

Além de buscar a articulação entre as políticas públicas, como saúde e assistência social, por exemplo, a escolha por este tema também se deu devido à ampliação das práticas de cuidado presentes no CREAS, local de trabalho. Ampliação que se constata desde a acolhida dos sujeitos no serviço, a construção de um plano de acompanhamento até a articulação com os outros serviços e relações com a rede de pertencimento de cada um.

A caminhada como estudante e profissional de psicologia abriu o campo para que, cada vez mais, o olhar e a escuta buscassem questionar o cuidado para com a população em situação de rua e suas vicissitudes, como o uso da droga e o rompimento de vínculos familiares e comunitários. Desde o período da graduação, as leituras, trabalhos, interesses e desejos perpassavam e buscavam temas e autores que discutiam a Saúde Coletiva em oposição a modos de trabalhar e cuidar individualistas e individualizantes.

Com a prática em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS I) como estagiária e, posteriormente, como psicóloga, o questionamento sobre os modos de produção do cuidado ganhavam mais “fôlego” e tornavam-se tema diário de minhas produções, inquietações e ambições. O CAPS um serviço de saúde aberto e comunitário do Sistema Único de Saúde (SUS). Ele é um lugar de referência e tratamento para pessoas que sofrem com transtornos mentais, psicoses, neuroses graves e demais quadros, cuja severidade e/ou persistência justifiquem sua permanência num dispositivo de cuidado intensivo, comunitário, personalizado e promotor de vida (BRASIL, 2004a). Quando iniciei minha jornada profissional no CREAS, vi aumentar mais o interesse em produzir uma escrita que pudesse estar evidenciando um pensamento que busca a ampliação das problematizações referentes ao tema abordado, articulado às políticas públicas.

Em março de 2013 uma nova e desafiadora oportunidade: o trabalho como psicóloga no CREAS de Lajeado. A pergunta era: o que poderei fazer neste local?

Quais as possibilidades de intervenção neste novo contexto? O período foi de uma intensidade de sentimentos tendo em vista a identificação com o trabalho no CAPS, bem como o que vinha construindo a nível teórico e prático em relação à reforma psiquiátrica e seus atravessamentos. E por que não ampliar o que já estava sendo pensado e estudado para o CREAS? Afinal, não estava buscando problematizar o cuidado? O desafio estava lançado e aceito.

Como um período de mudanças, o CREAS possibilitou o desbravar de outra política pública, a da assistência social e o conhecimento de outras práticas e modos de olhar e intervir. A integralidade da atenção que já despontava em meus questionamentos, também perpassou a inserção no serviço. Afinal, de que sujeito e cuidado estamos falando? A integralidade que aqui é discutida pressupõe:

[...] uma perspectiva que se pauta pela totalidade tanto nos processos de análise como de intervenção, logo requer o reconhecimento de sujeitos, famílias, grupos como unidades dialéticas, requer o reconhecimento de uma multiplicidade de áreas interconectadas tanto na gênese das desigualdades e suas refrações como nos modos para efetivar o seu enfrentamento. A integralidade requer o alargamento do olhar a partir de processos interdisciplinares e a realização de diagnósticos, planos e ações intersetoriais (PRATES et al, 2013, p. 3-4).

A partir do momento em que iniciei a caminhada no CREAS, fui observando e, assim, problematizando que o sujeito que está em acompanhamento no serviço também pode estar em outros serviços da rede, independente da política pública que os acolhe. Desta forma, como pensá-lo senão pelo viés da integralidade? Para Cecílio (2004), a integralidade não é ideia de uma determinada profissão e nem de um serviço específico, mas compreende diferentes práticas profissionais articulando-se na promoção da saúde e da assistência social, por meio de diferentes serviços e instituições. A inter-relação entre a prática no CAPS e no CREAS tornava-se cada vez mais evidente, importante e subsídio para buscar um dispositivo que pudesse uni-las para promover práticas de cuidado, em especial com a população em situação de rua.

Implicada com o serviço, bem como com suas práticas, algo ainda inquietava-me de modo a tentar não o encontro de respostas, mas de problematizações sobre o lugar ocupado pela população em situação de rua no CREAS e, conseqüentemente na cidade de Lajeado. Será que Lajeado tem pessoas em situação de rua? Onde estão? Como estão? Os serviços públicos oferecem

acolhida e práticas de cuidado? E a cidade, o que oferece? Um misto de ansiedade e desejo em desbravar estas dúvidas impulsionou-me a tornar visível o que parecia ocupar o campo da invisibilidade social.

A invisibilidade social é um termo utilizado para a compreensão das formas de reconhecimento que a sociedade realiza perante determinados grupos sociais. Refere-se às crenças amplamente marcadas por um estigma acerca de um grupo social específico. Essas crenças geram como consequência uma atitude de indiferença e, com isso, reforçam um processo de exclusão (SOARES; BILL; ATHAYDE, 2005).

O CREAS, como será explicitado posteriormente, tem preconizado em suas tipificações o acompanhamento à população em situação de rua. No entanto, o que despontava, quando iniciei minha inserção no serviço, eram ações pontuais e direcionadas apenas ao encaminhamento para outros serviços da rede. Afinal, estamos falando de cuidado?

Ao questionar tais estratégias, iniciei o processo de desconstrução de algumas ideias e, desta forma, de aproximação com outras. Algumas ideias emergiam: como iniciar uma aproximação do CREAS com a população em situação de rua e deles para com o serviço? Como articular outros modos de cuidado dentro e fora do serviço? A rede intersetorial do município quer trabalhar baseada em que lógica de cuidado?

Impulsionada pelo desejo de compreender a problemática apresentada, a estratégia inicial foi ampliar o estreitamento de laços com o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS ad) da cidade, tendo em vista que o serviço de saúde mental oferece espaço de acolhida e cuidado à população de rua que faz uso de álcool e/ou outras drogas. Para pacientes cujo principal problema é o uso prejudicial de álcool e outras drogas passam a existir, a partir de 2002, os CAPSad. Estes serviços devem oferecer atendimento diário a pacientes que fazem um uso prejudicial de álcool e outras drogas, permitindo o planejamento terapêutico dentro de uma perspectiva individualizada de evolução contínua (BRASIL, 2004a).

Cecílio (2004) traz a ideia da integralidade ampliada como o resultado de uma articulação de cada serviço com a rede composta por todos os demais serviços e instituições. Desta forma, trabalhou-se na perspectiva de ampliar e fortalecer as relações de trabalho entre CREAS e CAPS ad tendo em vista a inter-relação no que se refere ao acompanhamento à população em situação de rua. Outras inserções,

aproximações e trocas foram acontecendo e auxiliando na construção da história. As cenas a seguir falarão destes encontros.

Busca-se pensar o cuidado à população em situação de rua levando em conta a ideia de que pensar é romper com a passividade, é deixar afetar-se por forças externas que te mobilizam, que te fazem querer interpretar e decifrar esses signos (VASCONCELOS, 2005). E é assim: impulsionada pelo desejo de pensar e agir que a população em situação de rua desponta e atravessa os processos de trabalho. Que a história de tantas vidas, tão cheia de vidas, possa contribuir com subsídios para qualificar as políticas de proteção aos sujeitos em situação de rua, na perspectiva da superação das desigualdades e vulnerabilidades.

## **A PRAÇA**

### **“MAIS CUIDADO COM OS MORADORES DE RUA”<sup>4</sup>**

---

<sup>4</sup> A cada intervalo de cena/acontecimento, tem-se a apresentação da praça com as falas que surgiram em proposta de painel acerca do cuidado construído com os participantes da pesquisa/história.

## **2 CENA/ACONTECIMENTO 2: PAULO, JOAQUIM E MÁRCIO: QUEM SÃO ELES QUE COMPÕEM A HISTÓRIA?**

Quando nos deparamos com uma pessoa que está em situação de rua, o que nos suscita? Rejeição? Preconceito? O que vemos? O que surge a partir deste encontro? Contextualiza-se a problemática da população em situação de rua de forma transversal e não linear, a partir de alguns conceitos ao abordar a complexidade desta categoria social e o desafio para as políticas públicas, trabalhadores da saúde e assistência social ao desenvolverem suas ações. Os sujeitos que habitam as ruas são marcados por processos de discriminação e estigmas, não só por parte da sociedade em geral, mas também por aqueles que, entendemos, deveriam buscar a garantia de seus direitos a partir da oferta de serviços públicos.

Para dar início ao processo de contextualização, parte-se do macro, ou seja, de pesquisas estaduais e nacionais que apontam dados significativos e que subsidiam políticas, programas e práticas de cuidado para que possamos pensar e intervir no micro. O primeiro censo realizado em Porto Alegre sobre populações adultas em situação de rua ocorreu em 1994-95 e foi efetivado a partir de parceria entre a Prefeitura Municipal de Porto Alegre/ Fundação de Assistência Social e Cidadania e a Faculdade de Serviço Social da PUCRS. Na ocasião foram constatados 222 moradores de rua na cidade de Porto Alegre. Neste estudo apareceram como principais motivos para a busca da rua como espaço e sobrevivência, os problemas familiares (28,8%) e a dependência de álcool/drogas (22,5%). O estudo aponta também a existência de 30% da população pesquisada como portadora de sofrimento psíquico (REIS; PRATES; MENDES, 1995).

Em relação ao estudo nacional realizado entre agosto de 2007 e março de 2008, parceria do Ministério do Desenvolvimento Social (MDS) com UNESCO que incluiu 71 municípios, sendo 48 com mais de 300 mil habitantes e 23 capitais, foram identificados 31.922 adultos em situação de rua. Os índices mais relevantes mostram que 82% dos sujeitos são do gênero masculino e 53% encontram-se entre 25 e 44 anos, ou seja, contingente de jovens adultos, em idade economicamente ativa.

A imensa maioria, 95% não estuda, porém, 74% sabe ler. Pessoas jovens que não são analfabetos, potencialmente aptas ao mercado de trabalho, sem



programa de capacitação ou profissionalização, visto que a maioria não estuda. Dados que sinalizam a necessidade de potencializar habilidades e possibilitar retorno ou inserção no mundo do trabalho.

Segundo os dados da pesquisa nacional (2007), em conformidade com as já realizadas na cidade de Porto Alegre, grande parte da população em situação de rua é composta por trabalhadores, 70,9% exercem alguma atividade remunerada e apenas 15,7% pedem dinheiro como principal meio para a sobrevivência; portanto, rompem com a ideia de que estes sujeitos vivem da mendicância.

A pesquisa identificou que 88,5% não recebem cobertura dos programas governamentais justamente pela frágil inserção e por não terem suas documentações no momento do Cadastro Único.

O estudo nacional identificou também o alcoolismo e outras drogas como principal razão por estarem em situação de rua: 35,5%, seguida de desemprego, 29,8% e conflitos familiares, 29,1%. Neste dado a pesquisa realizada em Porto Alegre aponta que são as rupturas familiares, com 41,1% as principais responsáveis por essa situação. Contudo, o estudo ressalta que os fatores são interligados, destacando o caráter multicausal dos fenômenos sociais.

A perspectiva que atravessa os modos de construção da história traz a ideia de que a rua pode se constituir num abrigo para os que, sem recursos, dormem circunstancialmente em logradouros públicos ou pode indicar uma situação na qual a rua representa seu habitat, propriamente dito, onde se encontra estabelecida uma intrincada rede de relações. O que unifica essas situações e permite designar os que a vivenciam como populações de rua é o fato de que, tendo condições de vida extremamente precárias, circunstancialmente ou permanentemente, utilizam a rua como abrigo ou moradia (BRASÍLIA, 2008).

Entrar na rua significa desenvolver um processo compensatório em relação às perdas e começar a usar outros recursos de sobrevivência, “[...] até então ignorados, e assimilar novas formas de organização que permitem a satisfação das necessidades e a superação dos obstáculos que a cidade apresenta”. (VARANDA; ADORNO, 2004, p. 63). A população em situação de rua, mesmo que não tenha origem nas camadas pobres, se traduz em um grupo:

[...] populacional heterogêneo, mas que possui em comum a pobreza extrema, os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados e a inexistência de moradia convencional regular, em função do que as pessoas

que o constituem procuram os logradouros públicos (...) e as áreas degradadas (...) como espaço de moradia e sustento, por contingência temporária ou de forma permanente, podendo utilizar albergues para pernoitarem, abrigos, casas de acolhida temporária ou moradias provisórias, no curso da construção de saídas das ruas (SILVA, 2009, p. 29).

Também se destaca a pluralidade e as identidades que se constroem entre a população de rua. É bastante comum o uso do termo maloqueiro, que se refere a quem usa a maloca, ou mocó – lugar de permanência de pequenos grupos durante o dia, ou usado para o pernoite. Quem usa os albergues são identificados como usuário de albergue ou albergado. Trecheiro, termo também utilizado, caracteriza os trabalhadores que transitavam de uma cidade para outra a procura de trabalho (VARANDA; ADORNO, 2004).

Segundo Prates, Prates e Machado (2011), considerar que um sujeito é de rua seria o mesmo que considerar que alguém é de casa ou de apartamento. Viver em casas, apartamentos ou, no caso do segmento analisado, no espaço da rua e, esta pode ser uma situação contingente. “Ver essa situação como estado e não como processo é um modo de reiterá-la, sem reconhecer a perspectiva do movimento de superação – e essa parece ser uma questão central” (p. 194). Assim, estar em situação de rua ou habitar a rua é diferente de ser de rua. Vista como determinação, uma situação social pouco apresenta em termos de perspectivas de superação.

Prates, Prates e Machado (2011) dizem que o termo processo de rualização parte de uma concepção oposta, na medida em que reconhece como processo social, condição que vai se conformando a partir de múltiplos condicionantes, num continuum, razão pela qual processos preventivos e a intervenção junto àqueles que estão ainda há pouco tempo em situação de rua parecem ser fundamentais para que se logre maior efetividade em termos de políticas públicas. Movimentos de escuta e acolhimento dos profissionais destacam-se como a possibilidade de intervir para que processos de rualização não atinjam seu extremo: a exclusão total. Cabe destacar que o termo rualização discutido pelos autores citados acima é compreendido como um continuum, fazendo oposição a algo estático, imóvel e determinado por apenas um condicionante.

Machado (2012) discute sobre a compreensão do processo de rualização. Em estudo de mestrado, refere que no momento em que se compreende este como movimento ampliar-se-ia o olhar de intervenção, o que possibilitaria a oferta de

outros recursos que poderiam ser disponibilizados ainda dentro da referência de território e laços comunitários, enfatizando a prevenção, também prevista pela Política de Assistência Social, como parte do processo de proteção.

Vieira, Bezerra e Rosa (1994) identificam três situações em relação à permanência na rua. São estas:

- **As pessoas que ficam na rua:** configuram uma situação circunstancial que reflete a precariedade da vida, pelo desemprego ou por estarem chegando na cidade em busca de emprego, de tratamento de saúde ou de parentes. Nesses casos, em razão do medo da violência e da própria condição vulnerável em que se encontram, costumam passar a noite em rodoviárias, albergues, ou locais públicos de movimento.

- **As pessoas que estão na rua:** são aquelas que já não consideram a rua tão ameaçadora e, em razão disso, passam a estabelecer relações com as pessoas que vivem na ou da rua, assumindo como estratégia de sobrevivência a realização de pequenas tarefas com algum rendimento. É o caso dos guardadores de carro, descarregadores de carga, catadores de papéis ou latinhas.

- **As pessoas que são da rua:** são aqueles que já estão faz um bom tempo na rua e, em função disso, foram sofrendo um processo de debilitação física e mental, especialmente pelo uso do álcool e das drogas, pela alimentação deficitária, pela exposição e pela vulnerabilidade à violência.

A história atenta, principalmente, para aqueles que são da rua, ou seja, que já possuem uma relação mais próxima com as formas de habitar a rua pelo tempo de permanência e circunstâncias já enfrentadas. No entanto, tendo como premissa a processualidade, também se destacam os movimentos anteriores como o ficar e o estar na rua.

Snow e Anderson (1998) afirmam que o mundo social da população em situação de rua constitui-se em uma subcultura, ainda que limitada ou incompleta. Trata-se de um mundo social que não é criado ou escolhido pelas pessoas que vivem nas ruas, pelo menos inicialmente, mas para o qual foram empurradas por circunstâncias alheias ao seu controle. O rompimento de vínculos familiares e/ou comunitários, assim como o uso e abuso de drogas são alguns dos múltiplos condicionantes que concorrem para o processo de rualização.

De acordo com Bulla, Mendes e Prates (2004), a perda de vínculos familiares, decorrente do desemprego, da violência, da perda de algum ente querido,

perda de autoestima, alcoolismo, drogadição, doença mental, entre outros fatores, é o principal motivo que leva as pessoas a morarem nas ruas. “São histórias de rupturas sucessivas e que, com muita frequência, estão associadas ao uso de álcool e drogas, não só pela pessoa que está na rua, mas pelos outros membros da família” (p. 113-114). As problemáticas presentes na vida das pessoas em situação de rua são abordadas com o intuito de problematizar a multifatorialidade do estar/ficar/ser da rua.

O fenômeno da autoexclusão, ou seja, o não reconhecimento de si próprios como sujeitos de direitos, como parte integrante da sociedade também reflete a problemática das pessoas em situação de rua. Segundo Paugam (1999), eles internalizam uma imagem desqualificada, reiterada pelo estigma com que são tratados pela sociedade. Esta internalização pode acarretar, em algumas situações, isolamentos quase absolutos, conforme destaca o autor.

Algumas divisões e identidades refletem também a internalização culpabilizante da fala institucional. Os usuários de álcool são chamados de bêbados, bebuns, alcoólatras. Há também o uso de drogas na rua, como a maconha, o crack e a cocaína. Para os que usam álcool, de maneira geral, os usuários de outras drogas são chamados de nória (VARANDA; ADORNO, 2004). Os processos de drogadição condicionam perdas diversas, como a do emprego, da família, da autoestima, reiterando que o fenômeno da realização não pode ser atribuído a uma única causa (PRATES; PRATES; MACHADO, 2011), assim como as terapêuticas de cuidado não devem centralizar-se em uma única forma, como a abstinência, por exemplo.

Como alternativa para minimizar o frio ou elemento de socialização entre os membros dos grupos de rua, o álcool e as drogas fazem parte da realidade dos modos de habitar os espaços das ruas (COSTA, 2005). O uso do álcool e outras drogas, para Snow e Anderson (1998), é considerado uma das dimensões culturais que compõem o estilo de vida de quem vive na rua. A abstinência, portanto, é um grande desafio para essas pessoas e pressupõe a inclusão e o repensar outras alternativas de cuidado.

Esse sentimento do senso comum, que tem como predominante a unicausalidade dos processos de realização tem propiciado que parte das políticas oriundas do poder público, voltadas para populações em situação de rua, sejam da alçada da segurança pública. Portanto, a criminalização de comportamentos e a

repressão acabam justificando-se na busca por higienização e segregação social (WACQUANT, 2001).

Tal comportamento, ao longo dos anos, abriu espaço para que organizações da sociedade civil assumissem propostas solidárias de atendimento; no entanto, em muitos casos, de cunho assistencialista, distantes, portanto, da noção de política pública, enquanto direito dos cidadãos e dever do Estado (COSTA, 2005, p. 6).

A população de rua denuncia, através da pobreza em meio ao ritmo acelerado das cidades, as contradições sociais expostas e que atravessam os modos de vida. No entanto, quem enxerga? Quem quer enxergar? Quem está disponível para ser afetado por estas contradições?

Vemos perpetuar na cultura nacional o sentimento de repressão e segregação, ou mesmo de desvalia, das pessoas que vivem nas ruas. Situação essa que atua como pano de fundo de ações violentas, as quais têm origens dispersas no contexto da sociedade em geral. Fatos viram notícia e, infelizmente, não são isolados: queima de pessoas que estão dormindo, extermínio, execução sumária. A violência verbal e simbólica também é produzida e reproduzida diariamente (COSTA, 2005).

No Brasil, a política nacional para inclusão social da população em situação de rua é bastante recente, pois teve sua aprovação em maio de 2008, embora o Sistema Único de Assistência Social (SUAS) já contemplasse esse segmento nos programas e serviços contidos na Proteção Social Especial de Média e Alta Complexidade. As propostas contempladas por esta Política Nacional têm por objetivo abarcar questões essenciais concernentes à parcela da população que faz das ruas seu espaço principal de sobrevivência e de ordenação de suas identidades.

Conforme a Política, essa população é definida como aquela que faz das ruas seu espaço principal de sobrevivência e de ordenamento de suas identidades, ou seja, além daqueles que habitam as ruas, o conceito abarca aqueles que têm a rua como referência, a partir da qual constituem sua identidade, reconhecendo que o processo de rualização impacta na constituição da subjetividade (BRASIL, 2008). Aqui se destaca a problemática da população em situação de rua enquanto um processo que é atravessado pela complexidade e que não os definem como grupo homogêneo. A relação de cada um com a rua, seja por ficar, estar ou ser dela, é singular e diz dos modos de funcionamento de cada sujeito.

Além das dificuldades reais, inerentes à situação de rua, observa-se que os serviços de saúde não estão preparados para o acolhimento dessa população, nem mesmo quando são procurados espontaneamente ou quando os usuários são encaminhados por outros serviços da rede. Ainda fazem parte da realidade da estrutura do atendimento o preconceito e a discriminação com essa população. Alguns exemplos percebidos são as exigências de que as pessoas tomem banho para que venham a ser atendidas, a necessidade de que estejam acompanhadas, as negativas em fazer procedimentos por receio de contaminação, dentre outras problemáticas visíveis e que denunciam os processos de exclusão (COSTA, 2005). A discussão amplia-se para os serviços da assistência social que também acolhem, ou deveriam, a população em situação de rua. Serviços pertencentes a estas duas políticas públicas (SUS e SUAS) podem também expressar movimentos antagônicos de inclusão e exclusão, quando deveriam estar articulados, cumprindo com a intersectorialização proposta em ambas as políticas.

Portanto, um trabalho que pretenda assegurar às pessoas direito à convivência e à individualidade, guiando-se por princípios éticos de respeito à dignidade humana e à realidade de vida das pessoas atendidas, deve autoavaliar-se permanentemente, na busca constante de coerência. O acolhimento, no sentido trazido por Detoni (2009, p. 49), é fundamental quando garante um enquadre que não é de julgamento, “mas de assento e morada, espaço de vida e transformação dos circuitos e forças que por alguma razão estejam aprisionados ou caricaturizados em forma de sintomas”.

O desafio está em vislumbrar como, em uma sociedade permeada por tantas contradições insuperáveis, contrastes e exclusões, é possível criar referenciais positivos para a constituição da identidade valorativa da população que vive em situação de rua. Esta, muitas vezes invisível aos olhos da sociedade formal expressa as contradições sociais. Estar incluído, sentir-se pertencendo à sociedade e planejar o próprio futuro depende de uma mudança de atitude social no sentido de acolhimento e escuta a estas múltiplas e complexas formas de vida.

Nenhum fenômeno social se origina de uma única causa. Desta forma, entende-se que as determinações são múltiplas e requerem a articulação de iniciativas diversas. O maior desafio relacionado ao cuidado à população de rua é superar a fragmentação e garantir intervenções pautadas na integralidade. Pelo viés da integralidade da atenção é que se propõe a articulação entre as políticas

públicas, serviços, ações, saberes e fazeres. CREAS e CAPS ad são, dentro de suas especificidades, serviços que tem em suas prerrogativas o acolhimento à população em situação de rua. Acolhem-se e como fazem é desta história.

## 2.1 EXCLUSÃO SOCIAL: QUE SOCIEDADE E SUJEITO PRODUZIMOS?

A globalização e o avanço tecnológico que atravessam a sociedade contemporânea têm gerado consequências negativas, visíveis e perceptíveis na reprodução de desigualdades sociais e na falta de garantias sociais para grande parcela da população. Este processo de desigualdade acarreta uma desigual distribuição de bens sociais, discriminação, desrespeito às diferenças, e constituem o pensamento globalizado e o processo econômico em curso.

Escorel (1999, p. 73) indaga se em uma sociedade relacional tem pertinência a categoria da exclusão social e ela mesma responde ao dizer que “tem pertinência quando exclusão social é pensada como um processo que opera uma interação excludente”. O que a sociedade contemporânea nos apresenta quando operamos sob uma lógica de inclusão e exclusão?

A lógica da inclusividade operando sobre um estado hierarquizante se expressa em uma fragmentação social, na coexistência de grupos cujos vínculos em diversas dimensões se apresentam mais ou menos coesos. A fragmentação social (pluralidade, transversalidade, policulturalismo), característica das sociedades pós-modernas, está contemporaneamente presente na sociedade brasileira; entretanto, ela se assenta em uma base estrutural de desigualdades sociais em que a ‘diferença’ que provoca interações de rejeição e hostilidade é a pobreza (ESCOREL, 1999, p. 73).

No Brasil, em que a diferença na exclusão social é a pobreza, também se designa a passagem de um estatuto inferior para o sem lugar caracterizando esta diferença desumanizadora. Cabe destacar que a passagem de um estatuto e/ou estado inferior para o sem lugar é compreendido enquanto um processo atravessado por trajetórias de vulnerabilidade que perpassam as existências e modos de vida dos sujeitos. Nessa definição que opera com a pobreza como determinação principal, o desenvolvimento das potencialidades da condição humana é contornado por relações de violência (ESCOREL, 1999).

Elimar Nascimento (1994) também aborda a exclusão social como um fenômeno da Modernidade em oposição à hierarquia excludente das sociedades

tradicionais. Assim, indica sua 'fonte' especificamente contemporânea, encontrando nas consequências da evolução tecnológica sobre o mercado de trabalho seu eixo principal.

Em uma sociedade centrada no consumo, como a que estamos inseridos, existem os jogadores, os jogadores aspirantes e os jogadores incapacitados, que não têm acesso à moeda legal (BAUMAN, 1997). Estes devem lançar mão dos recursos para eles disponíveis, sejam legalmente reconhecidos ou não, ou optar por abandonar em definitivo o jogo.

É a opção que resta àqueles denominados por Castel (1997), como *sobrantes*, pessoas normais, mas inválidas pela conjuntura, como decorrência das novas exigências da competitividade, da concorrência e da redução de oportunidades e de emprego, fatores que constituem a situação atual, na qual não há mais lugar para todos na sociedade. O refugio do jogo, antes da explicação e responsabilidade coletiva, corporificada pelo estado de bem-estar, agora se define como uma situação individual.

Para Castel (1997), não se trata de uma crise pontual, mas de um processo de desestabilização da condição salarial. A vulnerabilidade das massas e, de forma mais aguda, a exclusão social de grupos específicos são resultados da desagregação progressiva das proteções ligadas ao mundo do trabalho. Consistem em processos de *desfiliação*, ou da fragilização dos suportes de sociabilidade.

Rosanvallon (1995) e Castel (1997) denominaram a nova questão social como a problemática contemporânea do final do século XX. No decorrer do texto este termo nova questão social, enunciado pelos autores, não será problematizado como algo novo que surge para dar lugar para que outras questões desapareçam. Será tratado como uma agudização da questão social decorrente dos processos de globalização e das transformações societárias em curso. No período estabeleceu-se um debate acadêmico em torno de qual seria a categoria mais adequada para definir e analisar esta nova questão social – exclusão social, desqualificação social, desvinculação social – porém a questão central foi identificada na crise do assalariamento como mecanismo de inserção social, ou seja, em mudanças no processo produtivo e na dinâmica de acumulação capitalista (SCOREL, 1999).

A exclusão social não é compreendida de forma linear e sistemática, uma vez que o próprio termo carrega em si contradições sociais. Faz-se relação de algumas ideias com a problemática da população em situação de rua para que



possamos pensar quem são os excluídos hoje, que formas de exclusão são produzidas e como as percebemos. A exclusão social é abordada levando em conta o que Escorel (1999, p. 67) refere:

A noção de exclusão social designa, ao mesmo tempo, um processo e um estado. Um processo porque já fala de um movimento que exclui, de trajetórias ao longo de um eixo inserção/exclusão, e que é potencialmente excludente (vetores de exclusão ou vulnerabilidades). Mas é, ao mesmo tempo, um estado, a condição de exclusão, o resultado objetivo de um movimento. As formas de exclusão social podem ser caracterizadas por trajetórias de labilidade dos vínculos sociais até sua ruptura completa, atravessando terrenos de dissociação ou desvinculação.

Por ser compreendida como um processo, a exclusão social abarca situações (ou zonas) intermediárias entre o início da trajetória e a ruptura total. O movimento intermediário pressupõe rupturas parciais dos vínculos que, eventualmente podem ser reconstruídos a partir da criação de novos vínculos (ESCOREL, 1999). Que olhar e escuta nós, profissionais das políticas de saúde e da assistência social, dispensamos a estes processos intermediários e às múltiplas facetas que os compõem? As trajetórias de vulnerabilidade, fragilidade ou precariedade que para Escorel (1999) perpassam o processo da exclusão, relacionam-se com as dimensões sociofamiliar, do trabalho, das representações culturais, da cidadania e da vida humana.

Castel (1998) também evita o modelo estático de análise da exclusão social, que fixa os indivíduos em áreas de destituição, salienta o processo dinâmico que os fazem transitar da integração à vulnerabilidade ou deslizar da vulnerabilidade para a inexistência social. Ele prefere o termo desfiliação para designar o desfecho deste processo, a tratar de estados de privação.

A exclusão social tem origens econômicas, mas também se caracteriza pela falta de pertencimento social, falta de perspectivas, dificuldade de acesso à informação e perda de autoestima (COSTA, 2005). Este processo, segundo a autora, traz consequências na saúde geral das pessoas, em especial à saúde mental. Neste sentido é que se destaca a inter-relação entre as ações de cuidado entre CREAS e CAPS ad em Lajeado.

Na visão dos autores estudados, no Brasil, a problemática social corresponde a uma conjuntura contemporânea inédita, que está por merecer uma conceituação própria. No entanto, as análises tendem a considerar a emergência do

fenômeno como expressão de um processo com raízes históricas ancestrais na sociedade brasileira, ao longo do qual ocorreram situações de exclusão que deixaram marcas profundas em nossa sociabilidade - como a escravidão. Alguns autores consideram que a partir dessa marca estrutural a sociedade apresentou-nos diversos períodos históricos, faces diferenciadas, expressões de processos sociais presididos por uma mesma 'lógica' econômica e/ou de cidadania excludente (ESCOREL, 1999).

**A PRAÇA**  
**“MAIS CARINHO”**

### 3 CENA/ACONTECIMENTO 3: POLÍTICA DA ASSISTÊNCIA SOCIAL

A assistência ao outro é uma prática antiga da humanidade como um ato de benesse ou aprovação divina (SPOSATI, 1988). No Brasil, historicamente encontramos uma área que não foi concedida como campo de definição política dentro do universo das políticas sociais em torno do Estado, construídas entre relações ambíguas e contraditórias. Salientam-se os marcos da política de assistência social, que se inicia no começo do século passado de forma patriarcal, vivenciado por décadas até o início da década de 1990, quando ganha status de política pública, com princípios de acesso a partir das necessidades (YASBEK, 2007). Assim, a política contribui para o enfrentamento das necessidades sociais.

A Política da Assistência Social ilustra a importância de sua consolidação para a população, em especial para alguns grupos específicos como a população em situação de rua. Até 1988, a Assistência Social no Brasil não era considerada política pública de garantia de direitos do cidadão e dever do Estado. Apesar de existir desde o Brasil Colônia, por meio de ações de amparo e da filantropia aos abandonados, sua ação era pautada por valores e interesses que se confundiam com dever moral, vocação religiosa ou sentimento de comiseração (PEREIRA, 2007).

No início da república, a assistência social era compreendida a partir da higiene pública e foi criado um complexo tripé médico-jurídico-assistencial de intervenção na vida familiar, que propunha controle e segregação daquelas famílias que não se adaptavam ao projeto civilizatório moralista que se desenhava no país (RIZZINI, 1997). Nos períodos seguintes, assistiu-se na área a hegemonia de ações e políticas compensatórias que pudessem apenas minimizar as carências da população, a partir de concepções populistas e clientelistas que visavam ganhos eleitorais.

Na década de 70, com a ditadura militar, o modelo de atendimento na assistência social seguia a ideologia da Doutrina de Segurança Nacional, uma estratégia de aproximação de lideranças comunitárias e políticas a partir de sua “obra social”, incentivando em larga escala, ações ofertadas através de convênios com organizações não governamentais, sem preocupação com a qualidade do atendimento, mas com o controle das comunidades” (ROSEMBERG, 1997, p. 142).

As concepções de assistência social, resumidamente apresentadas acima, caracterizaram o que se convencionou chamar de assistencialismo, “o uso distorcido e perverso da assistência – ou a desassistência”, conforme apontado por Pereira (2007, p. 64). O objetivo proposto não era atender as necessidades ou muito menos os direitos da população, mas perpetuar posições sociais. A partir de 1986, após a abertura política no país, há uma forte mobilização popular pela ampliação do Estado, por meio da oferta de políticas públicas que viessem garantir direitos sociais já prescritos em Convenções Internacionais. Com a promulgação em 1988 da Constituição Federal vigente, a Assistência Social passa a figurar como política pública não contributiva, ao lado da Saúde e da Previdência, configurando um paradigma centrado na noção de cidadania: direito de todos os cidadãos que dela necessitem (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2012a).

No início da década de 90, apesar da retração do Estado, proposto pelo projeto neoliberal que se instalava no país, um amplo movimento nacional em prol da implementação da política de Assistência Social impulsiona a aprovação da Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS), em 1993. Esta nova lei vem regulamentar os artigos 203 e 204 da Constituição Federal e criar as condições para a institucionalidade da Assistência Social como política de garantia de direitos no país. A prescrição na LOAS de implantação de Conselhos e Conferências de Assistência Social nas três esferas de governo, articulado com um forte movimento da sociedade civil, consegue promover um processo de construção da gestão pública e participativa da Assistência Social.

Em 2004, com a organização da política em forma de Sistema Único de Assistência Social (SUAS)<sup>5</sup>, o novo modelo de gestão organiza os serviços, programas, projetos e benefícios, tendo como base o território e a centralidade na família, para sua concepção e implementação (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2012a).

A territorialização se constitui em uma estratégia na implantação do SUAS com o objetivo de que os serviços fiquem mais próximos da população, com a possibilidade de conhecer as situações de vulnerabilidade e risco social. Com a

---

<sup>5</sup> O SUAS teve suas bases para implantação na Política Nacional de Assistência Social – PNAS em 2004, por meio da Resolução CNAS nº 145/2004 e sua operacionalização sendo materializada pela Resolução CNAS nº 130/2005, que trata da Norma Operacional Básica do SUAS. Este acúmulo de construção da política pública de Assistência Social foi referendado pela Lei nº 12.435, DE 6 DE JULHO DE 2011 que alterou assim a LOAS- Lei nº 8.742/1993. O CNAS aprovou em dezembro de 2012 a nova NOBSUAS 2012 através da resolução 33/2012.

perspectiva da territorialização, propõe-se a análise do cotidiano e estudo cultural sobre a população que vive no território, com vistas a promover a inclusão social e melhorar a qualidade de vida da mesma.

A matricialidade sociofamiliar, outro eixo que norteia as práticas, tem papel de destaque no contexto da PNAS/2004. A centralidade na família pressupõe a superação da focalização no âmbito da assistência social e parte do princípio:

[...] de que para a família prevenir, proteger, promover e incluir seus membros é necessário, em primeiro lugar, garantir condições de sustentabilidade para tal. Nesse sentido, a formulação da política de Assistência Social é pautada nas necessidades das famílias, seus membros e dos indivíduos (PNAS, 2004b, p. 35).

O sentimento de senso comum em relação à população em situação de rua, segundo Costa (2005), abriu espaço para que organizações da sociedade civil assumissem propostas solidárias de atendimento; no entanto, em muitos casos, de cunho assistencialista, distantes, portanto, da noção de política pública, enquanto direito dos cidadãos e dever do Estado. “O fato é que, historicamente invisíveis aos olhos do Estado brasileiro, quando não se constituíam em alvo de repressão, as pessoas em situação de rua eram simplesmente deixadas de lado” (p. 6).

Esse panorama começou a alterar-se a partir do final da década de 1980 e início dos anos noventa com a Constituição Federal de 1988, que considerou os direitos sociais como direitos fundamentais de todo cidadão, e com a LOAS. De acordo com a nova legislação, portanto, o poder público passou a ter a tarefa de manter serviços e programas de atenção à população de rua, garantindo padrões éticos de dignidade e não violência na concretização de mínimos sociais e de direitos de cidadania a esse segmento social (COSTA, 2005).

Com a criação da LOAS, a assistência social foi reconhecida como política pública, ou seja, tornou-se um dever do Estado e direito da população. Com a Política Pública de Assistência Social e a implementação do SUAS, há um fortalecimento do compromisso do poder público para com os direitos do cidadão (BRASIL, 2011a).

O SUAS organiza-se considerando dois níveis de proteção, quais sejam: Proteção Social Básica e Proteção Social Especial. O Centro de Referência da Assistência Social – CRAS é a unidade pública estatal, descentralizada, responsável pela organização e oferta de serviços de Proteção Social Básica (BRASIL, 2011a).

A Proteção Social Especial organiza a oferta de serviços, programas e projetos de caráter especializado, que tem por objetivo contribuir para a reconstrução de vínculos familiares e comunitários, o fortalecimento de potencialidades e aquisições e a proteção de famílias e indivíduos para o enfrentamento das situações de risco pessoal e social, por violação de direitos (BRASIL, 2011a). No âmbito da Proteção Social Especial de Média Complexidade, encontra-se o CREAS.

O CREAS é, igualmente, uma unidade pública estatal de abrangência municipal ou regional responsável por constituir referência, oferta, orientação e apoio especializado a indivíduos e famílias em situação de risco ou tendo seus direitos violados. De acordo com a Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais (2009), a PSE de Média Complexidade inclui os seguintes serviços: Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos (PAEFI); Serviço Especializado em Abordagem Social; Serviço de Proteção Social a Adolescentes em Cumprimento de Medida Socioeducativa de Liberdade Assistida (LA), e de Prestação de Serviços à Comunidade (PSC); Serviço de Proteção Social Especial para pessoas com Deficiência, Idosas e suas famílias; Serviço Especializado para pessoas em situação de rua (BRASIL, 2011a).

Para o exercício das atividades, de acordo com o Manual de Orientações Técnicas: Centro de Referência Especializado de Assistência Social (BRASIL, 2011a), os serviços ofertados devem ser desenvolvidos de modo a serem articulados com a rede de serviços da assistência social, órgãos de defesa de direitos, saúde e das demais políticas públicas. A articulação no território é fundamental para fortalecer as possibilidades de inclusão da família em uma organização de proteção que possa contribuir para a reconstrução da situação vivida.

Conhecer o território e problematizá-lo permite compreender a forma como as relações sociais se materializam num determinado espaço, as oportunidades e a exposição a riscos, que conformam potencialidades e vulnerabilidades próprias da dimensão territorial (BRASIL, 2011a). A importância de conhecer o território ao qual os sujeitos pertencem possibilita uma ampliação do olhar e da escuta para com os modos de ser e agir dos mesmos. Ao mesmo tempo, a articulação entre os serviços abre o campo para que o sujeito não seja visto como o da assistência social ou o da saúde, mas em sua integralidade.

A Resolução Nº 109 de 11 de Novembro de 2009 em seu Artigo 1º, Parágrafo II estipula os Serviços de Proteção Social Especial de Média Complexidade e define como uma de suas tipificações o Serviço Especializado para Pessoas em Situação de Rua (BRASIL, 2009b). De acordo com a Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais, o Serviço Especializado para Pessoas em Situação de Rua deve ser ofertado para pessoas que utilizam as ruas como espaço de moradia e/ou sobrevivência. Tem a finalidade de assegurar atendimento e atividades direcionadas para o desenvolvimento de sociabilidades, na perspectiva de fortalecimento de vínculos interpessoais e/ou familiares que oportunizem a construção de novos projetos de vida.

Com referência às políticas públicas, em especial as da assistência social como já mencionado, bem como articulações com a rede de serviços do município, busca-se a criação e/ou ampliação dos dispositivos de cuidado para com a população em situação de rua no CREAS. De acordo com o Decreto Nº 7.053 de 23 de Dezembro de 2009, que institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua em seu Artigo 5º diz que: “São princípios da Política Nacional para a População em Situação de Rua, além da igualdade e equidade o IV - atendimento humanizado e universalizado”. (BRASIL, 2009a, p. 14)

Partindo deste pressuposto, o CREAS, enquanto serviço que tem em suas premissas ofertar o atendimento à população em situação de rua, tem por dever acolher esta demanda e, desta forma, olhar e escutá-la em suas vicissitudes. Através das relações estabelecidas com outras políticas públicas e serviços da rede de Lajeado, percebe-se que o cuidado para com estes sujeitos está muito mais presente em termos teóricos (políticas), do que em concomitância com as práticas de cuidado.

Assim, inicia-se o processo de repensar as formas de cuidado presentes no município, em especial no que concerne ao serviço CREAS. Práticas de atendimento individual, familiar, grupal, abordagens de rua, encontros com a rede intersetorial, assembleias com a participação da população em situação de rua, são alguns dos dispositivos de cuidado que passam a integrar o serviço CREAS. Os movimentos efetuados se dão com o propósito de ofertar um espaço acolhedor àqueles que se encontram em situação de rua. Com a ideia de lançar mão de outras propostas de cuidado, iniciou-se, no CREAS, um grupo heterogêneo, aberto e semanal. O dispositivo grupal oferece espaço de acolhida dos modos de ser dos



sujeitos, com o intuito de buscar a enunciação de movimentos de potencialidades e de afirmação da vida. Os participantes têm a possibilidade de expressar via fala ou sob outros movimentos expressivos, aspectos do viver na rua e seus atravessamentos. A partir destes encontros as intervenções se dão de modo a construir projetos de vida que respeitem suas escolhas enquanto cidadãos de direitos, na busca pela articulação intersetorial.

Além do mais, conforme o decreto anteriormente citado, em seu artigo 7º, é objetivo da Política Nacional para a População em Situação de Rua:

I - assegurar o acesso amplo, simplificado e seguro aos serviços e programas que integram as políticas públicas de saúde, educação, previdência, assistência social, moradia, segurança, cultura, esporte, lazer, trabalho e renda. Questiona-se: como assegurar o acesso amplo sem proporcionar movimentos de escuta e acolhimento. (BRASIL, 2008).

### 3.1 E A SAÚDE COMO COMPÕE NESTA HISTÓRIA?

A história versa sobre a Política de Saúde Mental no que diz respeito à Reforma Psiquiátrica e um de seus serviços substitutivos, os CAPS. A escolha se dá por buscar trabalhar a política da intersetorialidade, em especial relacionada à assistência social e saúde, ou então, CREAS e CAPS ad. Movimento que se busca elucidar no acompanhamento à população em situação de rua em Lajeado.

No contexto das mudanças sociais e políticas nacionais, os protagonistas da reforma propõem transformações no modelo assistencial em saúde mental, com impactos e consequências que extrapolam esse subsetor da saúde. Tal processo se concretiza por meio da constituição de uma rede de serviços de atenção e cuidados que produziu e acumulou saberes e práticas, cujos princípios e conceitos mais importantes a caracterizam como uma ruptura com o modelo psiquiátrico tradicional (YASUI, 2010, p. 113).

A Reforma Psiquiátrica, vista como processo múltiplo e heterogêneo, traz problematizações acerca de outros modos de pensar e intervir com a saúde mental. Questionam-se as formas de olhar e intervir com os sujeitos. O que emerge com a Reforma? Outros pensamentos e práticas? Modos de intervir que incluem outros dispositivos de cuidado ou apenas o deslocamento de antigos modelos para novos locais? Questionamentos que se baseiam na problematização e não no fechamento das ideias.

O movimento sanitário, nos anos 1970, traz a possibilidade de expandir a discussão para além dos hospitais psiquiátricos e suas formas de tratar. Este movimento busca a mudança dos modelos de atenção e de gestão nas práticas em saúde, protagonismos dos usuários e trabalhadores dos serviços nos processos de produção e de gestão, na defesa pela saúde coletiva e equidade na oferta dos serviços. Este surge ao mesmo tempo em que inicia o processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil (BRASIL, 2005).

Diversos movimentos sociais, no fim da década de 1970 e nos anos 1980, aconteceram no Brasil e levaram a discussões e ações em direção ao Movimento de Luta Antimanicomial. No ano de 1987, surge o primeiro CAPS no país, na cidade de São Paulo, e começa então, em 1989, um processo de intervenção no hospital psiquiátrico Casa de Saúde Anchieta, no município de Santos/SP, promovido pela Secretaria Municipal de Saúde, em que maus-tratos e mortes de pacientes repercutiram nacionalmente. Por meio desses movimentos e articulações foi possível mostrar “a possibilidade de construção de uma rede de cuidados efetivamente substitutiva ao hospital psiquiátrico” (BRASIL, 2005, p. 7).

Os desafios propostos pelas ideias que surgiam com o movimento sanitário, dentre os quais o da Reforma Psiquiátrica, não traziam apenas a aceitação de nova política assistencial. A ideia, segundo Bezerra Júnior (2007), é produzir nova sensibilidade cultural para com o tema da loucura e do sofrimento psíquico. Trata-se de promover uma desconstrução social dos estigmas e estereótipos vinculados à loucura e à figura do doente mental, substituindo-os por um olhar solidário e compreensivo sobre a diversidade e os descaminhos que a experiência subjetiva pode apresentar. Olhar fundado, segundo Bezerra, numa atitude de respeito, tolerância e responsabilidade com aqueles que se encontram com sua normatividade psíquica restringida.

Movimento social em processo de mutação, a Reforma Psiquiátrica nasceu dentro da Reforma Sanitária e incorpora algumas das suas questões para, posteriormente, junto com o processo de retorno à democracia no país, conseguir avanços legais e instalação de políticas públicas de saúde mental. “Há uma intrínseca relação entre os processos da Reforma Sanitária e o da Reforma Psiquiátrica e de ambas, com respeito às mudanças sociais” (YASUI, 2010, p. 114).

Sem dúvida alguma, pode-se dizer que esse momento inicial produziu mudanças. Mas não se pode esquecer que a Reforma Psiquiátrica, sua clínica e

seus serviços substitutivos se criam a cada instante como produção incessante. A Reforma Psiquiátrica não pertence a uma ontologia identitária, mas está exposta às múltiplas variações espaço-temporais (PERRONE, 2007).

Com novas propostas acerca dos modos de ser sujeito, a multiplicidade do processo da Reforma está em problematizá-la inter-relacionada com modos de cuidar desses sujeitos, em especial no que se refere àqueles que fazem uso de álcool e/ou outras drogas. Afinal, fala-se de uma transversalidade e não de processos unilaterais.

O que se espera da reforma psiquiátrica não é simplesmente a transferência do doente mental para fora dos muros do hospital, 'confinando-o' á vida em casa, aos cuidados de quem puder assisti-lo ou entregue à própria sorte. Espera-se, muito mais, o resgate ou o estabelecimento da cidadania do doente mental, o respeito a sua singularidade e subjetividade, tornando-o sujeito de seu próprio tratamento sem a ideia de cura como o único horizonte. Espera-se, assim, a autonomia e a reintegração do sujeito à família e à sociedade (GONÇALVES; SENA, 2001, p. 5).

A Reforma Psiquiátrica vem se desenvolvendo no Brasil há várias décadas, mais precisamente a partir do final dos anos setenta. O movimento aponta as inconveniências do modelo que fundamentou os paradigmas da psiquiatria clássica e tornou o hospital psiquiátrico a única alternativa de tratamento, facilitando a cronicidade e a exclusão dos doentes mentais em todo o país (GONÇALVES; SENA, 2001). Dessa forma, não se aponta apenas para a substituição dos hospitais psiquiátricos por outros espaços e locais de tratamento, mas para a emergência de outros dispositivos e formas de intervir com os sujeitos.

A Reforma Psiquiátrica, hoje, é discutida como parte das políticas de saúde, principalmente no âmbito dos governos municipais. Na esfera federal, havia um Projeto de Lei<sup>6</sup> que, depois de aprovado na Câmara dos Deputados em 1991, tramitou no Senado e só em janeiro de 1999 foi aprovado um projeto substitutivo. A versão atual dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos psíquicos e redireciona o modelo assistencial de saúde mental. Nesta versão, há algumas possíveis aberturas que, no futuro, poderão facilitar mecanismos de criação, contratação ou financiamento de leitos psiquiátricos com orçamentos públicos, bem como de internação em instituições com características asilares. O

---

<sup>6</sup> 3.657, de 1989.

projeto citado cumpriu um importante papel: trazer para o debate a realidade da assistência psiquiátrica brasileira e suscitar decisões importantes para a consolidação da Reforma Psiquiátrica no país (FERREIRA, 2006).

Segundo o conceito defendido pela Reforma, a desinstitucionalização não se restringe à substituição do hospital por um aparato de cuidados externos envolvendo prioritariamente questões de caráter técnico-administrativo-assistencial, como a aplicação de recursos na criação de serviços substitutivos. Envolve questões do campo jurídico-político e sociocultural. Exige que de fato haja um deslocamento das práticas psiquiátricas para práticas de cuidado realizadas na comunidade (GONÇALVES; SENA, 2001).

A Reforma Psiquiátrica tem como uma das vertentes principais a desinstitucionalização com a conseqüente desconstrução do manicômio e dos paradigmas que o sustentam. A substituição progressiva dos manicômios por outras práticas terapêuticas e a cidadania do doente mental vêm sendo objetos de discussão não só entre os profissionais de saúde, mas também em toda a sociedade. O modelo de assistência psiquiátrica ainda predominante no Brasil, com base na legislação de 1934, propõe, fundamentalmente, a hospitalização e o asilamento do doente mental, visando a atender, sobretudo, a segurança da ordem e da moral públicas. Embora predominante, esse modelo é atualmente considerado falido e sua base ideológica, desmistificada. Um novo modelo vem sendo edificado a partir da contribuição de vários segmentos da sociedade e implica a desconstrução literal do modelo hegemônico (GONÇALVES; SENA, 2001).

Com a virada do século, a Reforma Psiquiátrica no Brasil deixou definitivamente a posição de proposta alternativa e se consolidou como o marco fundamental da política de assistência à saúde mental. Mais do que isso, a influência do seu ideário vem se expandindo no campo social, no universo jurídico e nos meios universitários que formam os profissionais de saúde. Apesar das conhecidas dificuldades enfrentadas pelo sistema de saúde pública no Brasil, é fato que o cenário psiquiátrico brasileiro vem mudando a olhos vistos. Os CAPS, por exemplo, vêm modificando fortemente a estrutura da assistência à saúde mental e outras possibilidades de intervir despontam (BEZERRA JÚNIOR, 2007).

A rede composta por este tipo de equipamento vem substituindo progressivamente o modelo hospitalocêntrico e manicomial, de características excludentes, opressivas e reducionistas. Em seu lugar vem

sendo construído um sistema de assistência orientado pelos princípios fundamentais do Sistema Único de Saúde (universalidade, equidade e integralidade), acrescido da proposta de desinstitucionalização – cujo alcance ultrapassa os limites das práticas de saúde e atinge o imaginário social e as formas culturalmente validadas de compreensão da loucura (p. 243).

Cabe destacar, a partir da emergência de serviços substitutivos aos manicômios, a importância de deslocar os pressupostos trazidos pela Reforma às práticas de intervenção, haja vista a inclusão de outros dispositivos de cuidado. O que a Reforma objetiva, na prática, é o fim de um modo de tratar a loucura que passa pelo asilamento e isolamento do louco e não o fim das internações hospitalares. A coesão em torno de uma proposta como a da Reforma implica esforços coletivos que exijam políticas públicas a ela direcionadas, pois se trata de substituir a função de manicômio por uma rede de serviços capaz de dar conta de um novo modo de tratar o louco. Ou seja, urge o aprimoramento dos serviços substitutivos, a fim de que eles atendam e acolham a loucura na cidade, sem a deixar ao abandono e à própria sorte. “Abre-se assim o cerne do problema para o encontro de alternativas comuns e a inclusão de formas de cuidado que acolham as singularidades dos sujeitos em seus modos de ser e existir” (ENGELMAN, 2007, p. 54).

Nesse sentido, busca-se uma contextualização histórica desta relação, que passou do modelo religioso da salvação do louco (no período colonial) para o modelo médico da cura e do reparo (a partir do fim do século XIX), para chegar às proposições reformistas que buscam uma superação deste modelo. Não se extingue, dessa maneira, o sofrimento provocado pela loucura, mas se aposta na inclusão de formas de atenção fundadas no paradigma do cuidado (e não apenas na busca da cura) com a possibilidade de dispositivos de intervenção que levem em conta a potencialidade dos sujeitos e outras formas de expressão e enunciação de si (BEZERRA JÚNIOR, 2007). A Reforma Psiquiátrica, pensada como processo em constante movimento e transformação pressupõe o deslocamento de formas estanques e fadadas a trabalhar com sujeitos tidos como incapazes e impossibilitados de agir em suas vidas.

A discussão sobre os CAPS enquanto estratégia da Reforma Psiquiátrica serve como analisador para refletir acerca da concepção e transformação dos modos de pensar e trabalhar com os sujeitos. Afinal, questiona-se quem é o sujeito

do hospital psiquiátrico e quem é o sujeito do CAPS. Somado a isso, tem-se a importância de discutir as relações de poder predominantes nesses modelos de assistência e tratamento. O que se objetiva não é postular uma dicotomização entre CAPS e hospital psiquiátrico, mas elevar ao campo do problemático as práticas e os modos de conceber os sujeitos nesses serviços. Os CAPS, de acordo com o Ministério da Saúde são:

[...] instituições destinadas a acolher os pacientes com transtornos mentais, estimular sua integração social e familiar, apoiá-los em suas iniciativas de busca da autonomia, oferecer-lhes atendimento médico e psicológico. Sua característica principal é buscar integrá-los a um ambiente social e cultural concreto, designado como seu 'território', o espaço da cidade onde se desenvolve a vida cotidiana de usuários e familiares. Os CAPS constituem a principal estratégia do processo de reforma psiquiátrica. (BRASIL, 2004a, p. 9)

O CAPS é um serviço de saúde aberto e comunitário do SUS. O serviço apresenta-se como um lugar de referência e tratamento para pessoas que sofrem com transtornos mentais, psicoses, neuroses graves e demais quadros, cuja severidade e/ou persistência justifiquem sua permanência em uma prática de cuidado intensiva, comunitária, personalizada e promotora da vida (BRASIL, 2004a). Por apresentarem-se como estratégia do movimento da Reforma Psiquiátrica, os CAPS são pensados enquanto dispositivos que trazem à discussão outros modos de cuidado e interação com os sujeitos.

Partindo da lógica de proporcionar bem-estar e reinserção do sujeito à sociedade, tem-se o CAPS como um modo de operar o cuidado. Esse modo não se restringe ao espaço físico, ou seja, aos locais de tratamento, mas amplia-se para as formas de pensar e praticar o cuidado. Adquirir um modo "caps" de operar o cuidado não implica pensar em um modelo abstrato e impalpável. Esse novo modo diz de um conjunto heterogêneo de discursos, práticas, esferas da sociedade e da ligação que se estabelece entre tais (LEAL; DELGADO, 2007). Nesse sentido, pensa-se o cuidado para além das estruturas físicas e dos dispositivos de tratamento do CAPS.

Os CAPS I, II e III destinam-se a pacientes com transtornos mentais severos e persistentes, nos quais o uso de álcool e outras drogas é secundário à condição clínica de transtorno mental. Para pacientes cujo principal problema é o uso prejudicial de álcool e outras drogas passam a existir, a partir de 2002, os CAPS ad (BRASIL, 2004a).

O início do século XXI apresentou um novo desafio ao trabalhador de saúde mental: agora ele deveria não apenas cuidar de pessoas com sofrimento ou transtorno mental, mas também de pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas (BRASIL, 2011b). Desta forma, em 2002 é que os usuários de drogas passam a ser alvo da política de saúde mental.

Antes do período mencionado, apesar do conhecimento a respeito da internação psiquiátrica, sobretudo de usuários de álcool, não havia uma política específica de saúde mental direcionada a esta população. Chama atenção, ainda, que esta política, ainda incipiente, vem sendo construída principalmente através de planos emergenciais, tais como o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e à Prevenção em Álcool e outras Drogas – PEAD, Brasil (2009c), o Plano Crack - Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas (BRASIL, 2010) e o Plano Crack: é preciso vencer (RAMMINGER; SILVA, 2014).

A discussão sobre os modos de cuidado em CAPS ad pressupõe a ideia de trazer para a problematização a atenção aos usuários de drogas que também tem sido adjetivada de diferentes maneiras: repressiva, manicomial, higienista, entre outras, na medida em que tende a reproduzir as práticas de exclusão e confinamento que marcaram a história da loucura. Por outro lado, se aposta em práticas de cuidado acolhedoras aos diferentes modos como cada sujeito relaciona-se com a droga e as implicações que este modo de se relacionar gera para sua vida.

No início do século XXI, verifica-se uma importante ruptura em relação aos modos de discurso e prática. Se a repressão era a principal estratégia do modelo bélico de combate ao uso de droga, naquele momento começava-se a dar mais ênfase para as estratégias de cuidado – como prevenção, tratamento, redução de danos, reinserção social, etc.<sup>7</sup> O Ministério da Saúde, que não figurava entre as instâncias deliberativas e executivas da política, teve suas competências declaradas e, no ano de 2003, publicou a “Política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas”. Essa política representa a tomada da questão pelo movimento de reforma psiquiátrica que direcionava o rearranjo da assistência em saúde mental no Brasil (SILVA, 2014).

---

<sup>7</sup> Tal ruptura fica evidente se compararmos o Programa Nacional Antidrogas, de 1996, com a Política Nacional Antidrogas, de 2002. Esta última passou a se chamar Política Nacional sobre Drogas no ano de 2005, o que também aponta para a opção por uma caracterização menos combativa através da supressão do prefixo “anti”.

Silva (2014) também enfatiza que esse movimento, em seu percurso inicial, não havia se ocupado do tratamento de usuários de substâncias psicoativas, como podemos perceber pela ausência de referências ao assunto nos relatórios das primeira e segunda conferência nacionais de saúde mental. Segundo ela, foi apenas na terceira conferência, realizada no ano de 2001, que a questão foi colocada e assumida como pertencente à saúde mental. Mais do que uma discussão técnica, política ou meramente burocrática, essa tomada da questão pelo campo da saúde mental representava uma crítica e resistência ao modelo de assistência baseado na internação em instituições de caráter total e na busca pela abstinência, apresentando como contraponto a proposta de um modelo assistencial conforme os princípios da luta antimanicomial e do SUS.

Outros e novos princípios como o respeito à singularidade, o protagonismo do sujeito em seu tratamento, o esforço na construção de um cuidado de base comunitária, dentre outros já familiares no tratamento dos demais transtornos mentais entram em cena e passam a direcionar também o cuidado ao usuário de álcool e outras drogas (SILVA, 2014). A criação e instalação dos CAPS ad, ao longo da primeira década do século XXI, figura como a materialização da inserção do tratamento de usuários de substâncias psicoativas no campo da saúde mental, “replicando nessa área um modelo institucional de cuidado construído para os demais transtornos mentais e que vinha se mostrando uma alternativa interessante ao modelo hospitalocêntrico” (p. 57).

A redução de danos, vista como uma estratégia de cuidado, ganha notoriedade quando modelos meramente baseados na repressão do uso de drogas são desconstruídos. Dispositivo trabalhado como possibilidade de cuidado à população de rua. Um grande marco institucional para a redução de danos foi a produção e publicação do *Rolleston Report* em 1926 no Reino Unido. Entre as ações recomendadas estava a prescrição da heroína e cocaína para os dependentes com a finalidade de controlar os sintomas da abstinência e/ou para amenizar o sofrimento daqueles que não conseguiam viver de forma abstinência (LIMA, 2009).

Em decorrência da propagação da AIDS no continente europeu, uma série de países começou a discutir e implementar estratégias de redução de danos (LIMA, 2009). “A meta da abstinência no tratamento de usuários de drogas injetáveis era uma perigosa utopia que, no caminho, deixava um rastro de contaminações por HIV e hepatite entre outras doenças” (RODRIGUES, 2012, p. 26). Fato este reconhecido



por trabalhadores da área da saúde, com epicentro na Holanda. A partir deste reconhecimento, iniciaram-se abordagens mais próximas dos usuários de drogas, com a inclusão de “programas de trocas de seringas, orientações sobre higiene, distribuição de material esterilizado, teste de pureza de drogas, encaminhamento voluntário para internação e a instalação de salas de aplicação controlada de drogas” (p. 26).

No que se refere às práticas de redução de danos no Brasil, encontram-se registros de práticas no final dos anos 1980, sendo a experiência de trocas de seringas em Santos uma das primeiras documentadas no país (LIMA; TAVARES, 2012). Conte et al. (2004, p. 62) colocam que a redução de danos pode ser entendida:

Como uma prática que visa a possibilitar o direito de escolha e a responsabilidade da pessoa diante da sua vida, flexibilizar os métodos para vislumbrar a universalidade da população envolvida com drogas, com a qual a gestão pública está comprometida.

A redução de danos não trabalha somente com a perspectiva da abstinência para o usuário de droga. Versa sobre a possibilidade de oferecer, às pessoas que fazem uso abusivo de drogas, meios que as possibilitem reavaliar suas relações com a dependência orientando-as tanto para um uso menos prejudicial quanto para a abstinência, conforme o que se estabelece com cada sujeito (CONTE et al., 2004). Esta linha de trabalho também passou a integrar as estratégias de atendimento a usuários de drogas que vivem em situação de rua, visto que é uma perspectiva que amplia o leque de alternativas para atender a essa população. Trabalhar com a perspectiva da redução de danos com aqueles que habitam as ruas da cidade, em especial as de Lajeado, procura estabelecer um cuidado a partir da necessidade e da expectativa do usuário, respeitando seu ambiente, seus modos de vida e de relação com a droga.

O que usuários de drogas dizem, pensam e sentem em relação ao uso de drogas? E o que dizem, pensam, sentem e fazem quando desejam continuar a usá-las? O paradigma da redução de danos traz a experiência singular do uso de drogas quando possibilita que os usuários falem em nome próprio sobre estas.

Baseados no regime da criminalização e da condenação moral, os usuários de drogas, quando convocados a falar, são sempre na condição de culpados e arrependidos, sendo o primeiro passo o reconhecimento da doença e o segundo a

busca da cura. Uma segunda possibilidade de fala seria na condição de réu ou criminoso (SOUZA; CARVALHO, 2015). O que se busca elucidar são outras possibilidades de fala e expressão dos usuários de drogas, que não puramente perpassadas por modos condenatórios e excludentes. Além disso, enfatizam-se estratégias diversificadas que envolvem a negociação com os sujeitos envolvidos com o uso de drogas.

A RD tornou-se um dispositivo em que os usuários de drogas podem falar em nome próprio. Essa possibilidade inaugurada constituiu uma perspectiva de análise porque, por meio dela, podemos nos aproximar dos usuários de drogas e, assim, acompanhar o que eles dizem, sentem e fazem. Assim, a RD vai deixando de ser um conjunto de estratégias e passa a ser um conceito que abrange diferentes estratégias. A RD vai se tornando um modo de se pensar, falar, sentir e agir sobre as drogas: uma perspectiva (SOUZA; CARVALHO, 2015, p. 219).

As estratégias de cuidado realizadas pelo CREAS e CAPS ad de Lajeado com a população em situação de rua não tomam por premissa central a abstinência como o único objetivo a ser alcançado. O cuidado que lida com diferentes singularidades necessita levar em conta a diversidade de escolhas. Desta forma, o acolhimento deve se dar com cada usuário, cada história, cada modo de habitar a rua e relacionar-se com esta.

Ao longo da história, o conceito de estratégia é compreendido como uma importante ferramenta conceitual em diferentes campos da saúde. Para Carlos Matus e Mário Testa, com diferenças e particularidades, o planejamento estratégico é necessariamente político e deve considerar a realidade local com suas demandas, seus recursos, seus atores e, principalmente, o jogo de conflitos, contradições e interesses que ocorre em um determinado cenário social, político e econômico (YASUI, 2010).

### 3.2 CREAS E CAPS AD: RELAÇÕES DE CUIDADO NA HISTÓRIA

A parte da história contada aqui tem o CREAS e o CAPS ad da cidade de Lajeado como protagonistas de uma relação que prima pelo cuidado à população em situação de rua. Antes de contar sobre os modos de relação enunciados pelos serviços, suas práticas e estratégias, convidamos o leitor a adentrar na ideia de cuidado com a qual a história trabalha.

Para abordarmos a ideia de cuidado que perpassa a história, parte-se de outra história protagonizada por Ayres (2004a) e D. Violeta, respectivamente um profissional da saúde e uma usuária de uma Unidade Básica de Saúde, que auxiliam a reflexão sobre o cuidado e o modo como podemos pensá-lo articulado às políticas públicas de saúde e assistência social, especialmente em relação ao CREAS e CAPS ad de Lajeado.

Em seu relato, o autor aborda a experiência de um encontro que teve com D. Violeta. A usuária mostra-se novamente (fato recorrente e tratado como “normal”) impaciente e revoltada com o tempo de espera na Unidade de Saúde. A impaciência, no dia relatado, não é apresentada somente pela usuária, mas o autor também se identifica, visto que sofria com problemas em seus horários e com outros compromissos a serem realizados no fim de um turno cansativo. Nessa situação permeada pela impaciência, surge o encontro dos dois, com postura inicial de agressividade e irritação. No entanto, Ayres (2004a) decide mudar sua atitude profissional e num ímpeto opta pela quebra de seu protocolo de atendimento ao dar início a uma aproximação diferenciada, considerando que esse não era seu primeiro encontro e que a atitude de D. Violeta era geralmente muito próxima da que se apresentava no momento.

Mudança? Sim, houve uma mudança neste encontro. Mas qual foi ela? O que se apresentou diferente ou diferenciado? Ayres mudou a atitude que até então predominava e se dispôs a ouvir a pessoa que estava a sua frente ocasionando uma modificação nos modos de entender o cuidado de ambos. A condição foi possível porque se deu pelo privilegiamento da dimensão dialógica do encontro, facilitando e dando abertura para a escuta do outro. Segundo o autor, ainda foi possível ao “ouvir-se a si mesmo e fazer-se ouvir não se conformando ao papel exclusivo de porta voz da discursividade tecnocientífica” (AYRES, 2004a, p. 23). Merhy (1997) destacam que basta o encontro de duas pessoas em um ato ou consumo em saúde para que se tornem muito complexas as relações geradas.

O encontro, tomando por referência o exemplo de Ayres (2004a) com D. Violeta, possuiu uma significação forte para Merhy (1997) ao promover a capacidade de escutar o outro em seus modos de ser. É essencial que nós, profissionais da saúde, atentemos para os modos de ampliação destes encontros, visto que:

[...] todo o profissional de saúde, independentemente do papel que desempenhe como produtor de atos de saúde é sempre operador do

cuidado, isto é, sempre atua clinicamente, e, como tal, deveria ser capacitado, pelo menos, para atuar no terreno específico das tecnologias leves, modos de produzir acolhimento, responsabilização e vínculos; e, ao ser identificado como o responsável pelo “projeto terapêutico”, estará sempre sendo um operador do cuidado, ao mesmo tempo em que um administrador das relações com os vários núcleos de saberes profissionais que atuam nessa intervenção, ocupando um papel de mediador na gestão dos processos multiprofissionais e disciplinares que permitem agir em saúde diante do “caso” concreto apresentado, o que nos obriga a pensá-lo como um agente institucional que tenha que ter poder burocrático e administrativo na organização (MERHY, 2004, p. 115).

A arte do encontro está na relação de cuidado. Este é compreendido como uma condição que permite, produz, mantém, preserva a vida humana frágil, fugaz. É uma atitude que se dá sempre na relação entre seres, ou seja, nos encontros: entre Ayres e D. Violeta, profissionais do CREAS e CAPS ad com a população em situação de rua. Cuidar não pode ser apenas realizar ações visando a tratar a doença que se instala em um indivíduo. Cuidar remete a um posicionamento comprometido e implicado em relação ao outro (YASUI, 2010).

Neste sentido, destaca-se a possibilidade de pensar na promoção de autonomia do usuário quando se realiza uma proposta mais aberta pautada no diálogo e no entendimento das especificidades daquela pessoa. Os modelos vigentes de atenção, sustentados em procedimentos técnicos apenas, não conseguem focar-se no usuário enquanto ser complexo e em consequência limitam a produção do cuidado (MERHY, 2004). Para Pinheiro (2009), os sujeitos anseiam muito mais do que diagnósticos, eles querem se sentir cuidados e acolhidos. Ceccim e Feuerwerker (2004, p. 46) destacam que o sistema de saúde vem “assumido papel ativo na reorientação das estratégias e modos de cuidar, tratar e acompanhar a saúde individual e coletiva”.

Illich (1999) aponta para o fato de que quanto maior a oferta destes cuidados maior a busca dos usuários pelos serviços de saúde. Esta proposta reflete a existência, muitas vezes, de falta de possibilidades nestes espaços. Assim, propõe-se como alternativa a criação de ações que visem a construção da autonomia do usuário e o “cuidar”, visto que o autor mostra que a ausculta substituiu a escuta<sup>8</sup>.

Na lógica de pensar os serviços e suas práticas, Merhy (2004, p.108) destaca a importância da composição de uma “caixa de ferramentas”, apresentada

---

<sup>8</sup> O autor mostra que historicamente a medicina (escolhida pelo autor como exemplo representante da área da saúde, mas não único) tinha esta capacidade de escuta e que ao longo do desenvolvimento foi se perdendo tal característica. Para o autor, o encontro era quase poético, mimético e isto era terapêutico ao usuário.

como “conjunto de saberes que se dispõe para a ação de produção de saúde” e que, quanto maior esta caixa, mais diversificadas e amplas serão as possibilidades de se compreender e enfrentar o problema de saúde, ou seja, mais é privilegiado o trabalho vivo em ato. O autor também salienta que esta proposta gera benefícios que não se restringem ao usuário, mas também à composição dos processos de trabalho que atuarão com esse sujeito. Cabe destacar que essa “caixa” não está pronta, ou seja, ela permite que se crie, acrescente e adapte novas ferramentas conforme as necessidades e demandas apresentadas.

A possibilidade de contar com uma caixa com diversos dispositivos e possibilidades de atualização constante contribui para o entendimento que para “cuidar” é fundamental compreender que os sujeitos são mutáveis e que isso é essencial para o viver. Não atentar para esta complexidade do viver, pode impedir de respondermos as variabilidades da vida atando as possibilidades do cuidado (SILVA; GOMES, 2008).

Pinheiro (2009) ressalta que o cuidado cada vez mais se complexifica exigindo uma atuação maior dos envolvidos nos processos de saúde, não necessariamente um cuidador. Os demandantes requerem mais atenção, responsabilidade e atenção às suas especificidades e para isso é fundamental incluí-los na tomada de decisão sobre sua saúde.

O cuidado também deve ser pensado fora da lógica das profissões que compõem classicamente a área da saúde, visto que a produção do cuidado pode ocorrer em muitos e diferentes espaços e ainda existe essa centralidade do cuidado vindo do ponto de vista do profissional da saúde (BARROS, 2008). A terapêutica pode ocorrer em planos diversos, construída com a participação de variadas categorias profissionais e múltiplos campos de conhecimento (CECCIM, 2008).

Silva e Gomes (2008) indicam que certas práticas de cuidado se apresentam de forma descontextualizada, baseadas na fragmentação, na restrição técnica e normativa. Nesse espaço, onde as prescrições são realizadas de forma a não estabelecer conexões com a vida dos sujeitos, é que se perdem as possibilidades terapêuticas e se distanciam da lógica de um cuidado integral.

Pinheiro (2009, sp.) apresenta a noção de ‘cuidado’ integral e revela suas preocupações

[...] pelo bem estar dos indivíduos (opondo-se a uma visão meramente economicista) e devolve a esses o poder de julgar quais são suas

necessidades de saúde, situando-os assim como outros sujeitos e não como outros-objetos.

A partir destas considerações, é possível afirmar que o Cuidado possui características ontológicas, que coexistem com o senso comum que, muitas vezes, o associa a um discurso biomédico. Pinheiro e Guizardi (2008) identificam locais onde as práticas cotidianas dos serviços de saúde têm suas estruturas abertas às inovações como as “novas atividades de saúde” gerando outras possibilidades para a atuação profissional, referenciando espaços públicos como “lugares de encontro” e ressignificando o “olhar” dos usuários para os trabalhadores.

Em outro estudo há reflexão sobre a criação de um espaço de encontro nos serviços, visando uma costura entre as ontologias e os novos saberes e práticas de saúde o que contribui com a proposta de atualizar estes espaços (MACHADO; PINHEIRO; GUIZARDI, 2008). Essas possibilidades de “atualizar-se” frente aos encontros permitem realizar outra leitura sobre o cuidado e se mostram importantes e necessárias para a interatividade com os outros revelando que a ação do profissional não se dá de forma individualista e sim como prática social (BARROS, 2008).

O acesso universal e igualitário, proposto na Constituição Brasileira, assim como no SUS e SUAS, deve respeitar as individualidades, mantendo a equidade. Este acesso deve responder às demandas da população, ou seja, o que elas necessitam (MATTOS, 2008). É no direito à igualdade e no direito à diferença que se possibilita compreender ontologias, vivenciar propostas diferentes de produção de cuidado e acessar mais pessoas, ou seja, há a valorização de propostas de igualdade, com destaque para ações equitativas (DAGNINO, 1994).

Neste sentido, é imprescindível a criação de estratégias com vistas a minimizar as tensões ocorridas ao longo do tempo, no cotidiano dos serviços, para que a produção do cuidado se efetive. Lógicas que prendem os profissionais a suas competências específicas sem estabelecer um diálogo multiprofissional visando conduzir à “entredisciplinaridade”, também restringem esta produção do cuidado (CECCIM, 2008). O trabalho em saúde pressupõe uma “costura” entre profissionais, pautada no diálogo, na troca de saberes/fazeres, no anseio por atender à demanda construindo um espaço de saúde mais efetivo quando se baseia em proporcionar um ambiente acolhedor e humanizado. Para Ceccim (2008), a entredisciplinaridade,

é a possibilidade de uma “terceira margem”, diferente da interseção da interdisciplinaridade. “(...) deveria estar compreendida sempre que afirmamos o trabalho multiprofissional de maneira interdisciplinar, um lugar de sensibilidade e equilíbrio metaestável, em que a prática terapêutica emergiria em clínica mestiça ou clínica nômade; em que todos os potenciais surgiriam se atualizando e o equilíbrio não seria o outro que não a transformação permanente (p.267).

Como pensar a dimensão do cuidado enunciada na história quando a relacionamos com as práticas de atenção disponibilizadas pelos serviços CREAS e CAPS ad à população em situação de rua? Para tal, parte-se da análise da Política Nacional para Inclusão Social da População em Situação de Rua, em consonância com os Manuais do CREAS e CAPS. Quais as relações?

A Política Nacional para Inclusão Social da População em Situação de Rua, vinculada à Secretaria Nacional de Direitos Humanos, prevê, já no seu delineamento, a participação de múltiplas áreas, compreendendo que para o enfrentamento dos processos de rualização são necessárias ações integradas de saúde, assistência, cultura, educação, etc., com vistas à integralidade da atenção (PRATES et al., 2013).

A presente Política Nacional faz parte do esforço de estabelecer diretrizes e rumos que possibilitem a (re)integração destas pessoas às suas redes familiares e comunitárias, o acesso pleno aos direitos garantidos aos cidadãos brasileiros, o acesso a oportunidades de desenvolvimento social pleno, considerando as relações e significados próprios produzidos pela vivência no espaço público da rua (BRASIL, 2008, p. 4).

Os princípios que ganham destaque na política são: a dignidade da pessoa humana, a garantia da cidadania e direitos humanos, o direito ao usufruto da cidade, a não discriminação e à supressão de qualquer ato violento ou vexatório, de estigmas e preconceitos – o que pressupõe a capacitação do conjunto de trabalhadores que atuam nas mais diversas políticas com o intuito de uma compreensão mais ampliada dos múltiplos fatores que atravessam os processos de rualização (PRATES et al., 2013).

Em relação às diretrizes, a política prevê a estruturação de rede de proteção incluindo as políticas de saúde, assistência social, habitação, geração de renda e emprego, cultura, sistema de promoção e garantia de direitos (BRASIL, 2008). No que concerne às áreas centrais na história, assistência social e saúde, destaca-se o que priorizam. Na assistência social, ressaltam-se a estruturação da rede de acolhida, a produção de informações e indicadores acerca desse segmento

populacional, sua inclusão no Cadastro Único, no Benefício de Prestação Continuada (BPC) e no Programa Bolsa Família (PBF), além da promoção de oportunidades de trabalho e acesso à capacitação profissional e educação (BRASIL, 2008).

No que concerne à área da saúde, estão previstos: a atenção integral à saúde dessa população a partir de cuidados interdisciplinares e multiprofissionais; a promoção à saúde, com ênfase no programa saúde da família sem domicílio; o fortalecimento da atenção em saúde mental através dos CAPS; além da capacitação de trabalhadores da saúde, em especial os do Atendimento Móvel de Urgência (Samu) e agentes comunitários (BRASIL, 2008).

Assim como as pessoas em situação de rua têm por direito constitucional serem consideradas cidadãs integrais, também as políticas que as contemplam devem ser pensadas desde uma perspectiva interdisciplinar e integral, deslocando-se da Assistência Social a responsabilidade exclusiva pelo atendimento a este segmento (BRASIL, 2008, p. 6).

Ainda nas diretrizes da Política a ação intersetorial é priorizada para o desenvolvimento de três eixos centrais: a garantia dos direitos; o resgate da autoestima e a reorganização dos projetos de vida. No entanto, de acordo com Prates, Prates e Machado (2011) evidenciam-se a falta de integração em relação às políticas e as ações restritas a atenções superficiais, que não investem no fortalecimento e autonomização dos sujeitos. Processo que demanda o reconhecimento da complexidade da problemática, o planejamento integrado de ações e sua priorização enquanto intervenção realizada a partir de um conjunto articulado de políticas públicas de estado.

Qual a lógica/discurso de cuidado que atravessa as políticas da assistência social e saúde à população em situação de rua, se analisado via manuais do CREAS e CAPS? Há conexões? Há pontos de encontro? Por quais linhas se dão? Cabe destacar a partir da ideia de discurso pensada por Foucault (2006) a importância de problematizarmos o que de discurso circula, seja através das políticas públicas, de meios midiáticos, de profissionais e assim por diante.

A partir disso, questiona-se: quais são os discursos que buscam evidenciar verdades sobre as pessoas em situação de rua? Podemos falar em uma única verdade? Nossas práticas e modos de cuidar enunciam verdades? A verdade também está em disputa. Para Foucault (1979, p. 12), a verdade “[...] não existe fora



do poder ou sem poder [...] a verdade é deste mundo”. Cada sociedade constrói seus regimes de verdade, suas políticas de verdade, quais discursos ela mais valoriza e mais coloca em funcionamento. Foucault (1979, p. 13) complementa:

A “verdade” é centrada na forma do discurso científico e nas instituições que o produzem; está submetida a uma constante incitação econômica e política (necessidade de verdade tanto para a produção econômica, quanto para o poder político); é objeto, de várias formas, de uma intensa difusão e de um imenso consumo (circula nos aparelhos de educação ou de informação, cuja extensão do corpo social é relativamente grande, não obstante algumas limitações rigorosas); é produzida e transmitida sob o controle, não exclusivo, mas dominante, de alguns aparelhos políticos e econômicos (universidade, exército, escritura, meios de comunicação); enfim, é objeto de debate político e de confronto social (as lutas ideológicas).

Ao buscar quais são os discursos presentes no Manual do CREAS e CAPS, a lógica do cuidado desponta atrelada, especialmente, às ações intersetoriais com vistas à integralidade da atenção. No manual intitulado “Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial”, os CAPS são apresentados como dispositivos que devem estar articulados na rede de serviços de saúde e necessitam permanentemente de outras redes sociais, de outros setores afins, para fazer face à complexidade das demandas de inclusão daqueles que estão excluídos da sociedade por transtornos mentais (BRASIL, 2004a). Aqui se inclui, também, os que fazem uso e abuso de álcool e outras drogas, a partir da criação dos CAPS ad.

Os CAPS visam, dentre outras ações, promover a inserção social dos usuários através de ações intersetoriais que envolvam educação, trabalho, esporte, cultura e lazer, montando estratégias conjuntas de enfrentamento dos problemas. Em consonância com a Política Nacional para Inclusão Social da População em Situação de Rua, prioriza-se, na área da saúde, o fortalecimento das ações de atenção à saúde mental das pessoas em situação de rua, em especial àqueles com transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas, facilitando a localização e o acesso aos CAPS ad (BRASIL, 2008).

No manual, Orientações Técnicas: Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), considerando os princípios e as diretrizes da PNAS e conceitos e parâmetros do SUAS, alguns eixos devem nortear a organização e o desenvolvimento do trabalho social nos serviços do CREAS (BRASIL, 2011a). Além do desenvolvimento das atividades no âmbito dos Serviços ofertados, tais eixos

devem consubstanciar, ainda, o processo de implantação, organização e funcionamento da Unidade (BRASIL, 2011a).

Na história, destaca-se o eixo do Trabalho em Rede que tem como objetivo integrar as políticas sociais, na sua elaboração, execução, monitoramento e avaliação, de modo a superar a fragmentação e proporcionar a integração das ações, resguardadas as especificidades e competências de cada área. Nessa direção, o trabalho em rede pode ser compreendido como:

Um processo que cria e mantém conexões entre diferentes organizações, a partir da compreensão do seu funcionamento, dinâmicas e papel desempenhado, de modo a coordenar interesses distintos e fortalecer os comuns (BRASIL, 2009a, p. 21).

De acordo com o manual, regido pelo princípio da intersetorialidade e da incompletude institucional, o órgão gestor de Assistência Social deve buscar a articulação em rede para fortalecer a complementaridade das ações dos CREAS com os diversos órgãos envolvidos no acompanhamento às famílias e aos indivíduos em situação de risco pessoal e social, por violação de direitos. Para tal, deve primar pela articulação que almeje o acesso dos usuários aos demais serviços, projetos e programas que integram o SUAS e às outras políticas públicas, considerando a complexidade destas situações, que exigem atenções para além das proporcionadas pelo CREAS (BRASIL, 2011a).

A análise de alguns pontos presentes em ambos os manuais articulada à Política Nacional, evidencia que o cuidado se dá à medida que há articulação entre ações, áreas e instâncias diversas e complexas. O cuidado, neste aspecto, se faz e se dá em rede. A história apresenta algumas movimentações que estão sendo efetivadas quando o assunto é pensar na ampliação de estratégias de cuidado àqueles que têm com a rua relações singulares na cidade de Lajeado. Como CREAS e CAPS ad relacionam-se?

### 3.3 O QUE SE MOVE, MOVIMENTA, (RE)INVENTA

Lajeado cresce em termos de população, demandas, multiplicidade e, desta forma, amplia os espaços de socialização de ideias e discussão de estratégias. Cidade polo do Vale do Taquari, Lajeado é destino para muitas pessoas que buscam

um trabalho, condições melhores de vida, serviços de saúde, assistência social, educação, dentre outros. A seguir, conheça um pouco do que permeia a rede de cuidado à população em situação de rua, tendo como referência os serviços CREAS e CAPS ad.

### **3.3.1 Fórum de Enfrentamento à Drogadição**

Espaço de encontros, des(encontros), multiplicidade e socialização de ideias com periodicidade mensal. Participam destes momentos membros dos serviços públicos da cidade (saúde, assistência social, educação, segurança pública), assim como membros de Conselhos Municipais, sociedade civil e demais pessoas da comunidade interessadas nas discussões. Desde que iniciei minha participação, questiono o nome dado ao espaço e como este atravessa alguns pensamentos/práticas. Pensava: que espaço de enfrentamento é este? O que se quer combater? Quem? Qual a lógica de cuidado que norteia tais ações discutidas no fórum? Iniciada minha inserção, fui percebendo que as discussões, por parte de alguns, vêm afastando-se da ideia de enfrentar o uso da droga no sentido da idealização de sua exclusão da sociedade, mas na busca de alternativas para minimizar seus danos e promover linhas de cuidado que priorizem o acolhimento dos sujeitos.

Desde o ano passado, o mote que orienta o espaço está em debater a possibilidade da criação de um Centro de Acolhimento para a população em situação de rua. Projeto desenvolvido, inicialmente, pelo CREAS e CAPS ad a partir de demandas que chegam aos serviços e movimentam outros pensares e fazeres. Algumas das principais demandas avaliadas são: Lajeado dispõe de somente um serviço de acolhimento masculino na modalidade abrigo e a falta de número de vagas e acolhimento 24 horas.

### **3.3.2 Centro de Acolhimento**

O Centro de Acolhimento é destinado a adultos, homens e mulheres, com funcionamento 24 horas por dia, com condições de pernoite, higiene pessoal, lavagem e secagem de roupas, alimentação, guarda-volumes, trabalho

socioeducativo e serviços de documentação e referência na cidade. O serviço é pensado como componente da rede de atenção à população em situação de rua do município com o intuito de propor ações de cuidado que deem visibilidade aos sujeitos em situação de rua como sujeitos de direitos. Assim, busca-se assegurar às pessoas direito à convivência e à individualidade, guiando-se por princípios éticos de respeito à dignidade humana e à realidade de vida das pessoas atendidas.

O projeto está em fase de discussão em diferentes espaços: fórum de enfrentamento à drogadição, reuniões intersetoriais, Conselhos Municipais, dentre outros. O que se destaca são as diferentes lógicas de funcionamento que perpassam a proposta e, assim, dizem da forma como o cuidado é efetivado na cidade. Afinal, qual a diferença entre um abrigo masculino (Abrigo São Chico da cidade) e um Centro de Acolhimento? Quais são as linhas de cuidado que norteiam cada um e como a cidade os percebe? Com isto, aponta-se a ideia de que “O modo de funcionamento da nova forma de medicalização na sociedade contemporânea se caracteriza por intervenções que buscam não mais ajustar ou normalizar o que existe, mas transformar a própria vida” (MARTINS, 2008, p. 334). E como se transforma a vida das pessoas em situação de rua? Promovendo técnicas que buscam abstinência e a internação como única alternativa de cuidado, no caso de pessoas que usam drogas? Fazendo a limpeza urbana para tornar a cidade mais “limpa e agradável” aos nossos olhos? Ampliar a rede de atenção através de um Centro de Acolhimento é investir em ações que contemplem as aspirações e características dos sujeitos usuários, em contraponto a abordagens massificadas que não compreendem a problemática do ser, estar e ficar na rua enquanto um processo.

### **3.3.3 Assembleia com População em Situação de Rua**

A partir das discussões no Fórum, uma questão começou a perpassar as falas: afinal, estamos falando da população em situação de rua. O que isto significa? Significa que as estratégias de cuidado podem estar partindo das demandas enunciadas pelos profissionais, mas quem mesmo precisa falar em nome próprio? Eles. Sim, aqueles que mantêm com a rua e suas vicissitudes relações singulares. Precisamos falar com e não de. Considerando o protagonismo enquanto um dos

eixos norteadores do trabalho, a população em situação de rua foi convidada para conversar. Somente com o reconhecimento da heterogeneidade dessa população é que estratégias diversas serão formuladas contemplando as singularidades dos sujeitos. Quando os espaços de diálogo e escuta são abertos, seja na rua, na praça, no CREAS, no CAPS ad, dentre outros locais, é que o cuidado possibilita a superação dos processos de rualização e investe em estratégias de cuidado que vão ao encontro das demandas dos sujeitos. A partir das falas de alguns sujeitos é que os profissionais tiveram subsídios para repensar suas práticas, bem como a organização da rede de serviços em Lajeado.

### **3.3.4 Reuniões Intersetoriais**

Integrando as estratégias de cuidado à população em situação de rua do município, o CREAS disparou a ideia de encontros mensais para promover discussões sobre os acompanhamentos efetuados, assim como (re)pensar a forma como se dão. Participam no momento: CREAS, CRAS, Abrigo São Chico e CAPS ad. O desafio está em inter-relacionar as discussões teóricas com a prática, na busca de intervenções que se deem de forma articulada e intersetorial. Segundo Ouriques (2005), alguns estudos que avaliam a relação da Política da Assistência Social com outras políticas, reforçam a dificuldade de efetivação desse atendimento de modo integrado, onerando serviços, retardando ou impedindo o progresso de processos de autonomização dos sujeitos, com a perda de alcance e efetividade.

### **3.3.5 Abordagens de/na Rua**

Como já mencionado na história, Lajeado não dispõe, dentro de sua organização de serviços públicos, de Centro Pop e Consultório na Rua. A prática de deslocar-se do CREAS e CAPS ad e buscar uma aproximação com as pessoas em seus territórios se deu com o intuito de proporcionar movimentos de acolhida especialmente àqueles que, por variadas razões, não acessam os serviços continuamente, mas necessitam de cuidado. O trabalho também promove a articulação entre as políticas, saberes/fazeres, em uma lógica que é alicerçada pela integralidade da atenção.

**A PRAÇA**  
**“ALEGRIA”**

#### **4 CENA/ACONTECIMENTO 4: ONDE FICA A PRAÇA? ONDE SE PASSA A HISTÓRIA? UM POUCO SOBRE LAJEADO**

A praça central da cidade de Lajeado. Local de encontros. Referência para muitos: comerciantes, famílias, expositores, estudantes de escolas, poder público e, claro, aqueles que veem nela um local de referência e pertencimento: a população em situação de rua. Quando a praça é habitada por diferentes segmentos sociais que a procuram por razões e desejos múltiplos, há movimentação no sentido de homogeneizá-la e fazer dela um “cartão postal” da cidade. Como? Eliminando os que denunciam as diferenças nos modos de ser, agir e habitar os espaços.

As pessoas em situação de rua também podem expressar, através de seus corpos e modos de existência, resistência a modos excludentes e estigmatizantes. Como? Através da vida nômade. Como coloca Frangella (2004, p. 13) com “reelaborações dos limites e potencialidades do corpo, eles concebem outros parâmetros de funcionalidade e de uso do espaço urbano, assim como agenciam novas representações a respeito de sua experiência social”.

O CREAS da cidade, através da tipificação nacional de serviços socioassistenciais, é referência na realização de abordagens sociais. Demanda esta que, muitas vezes, chega por solicitação da comunidade com falas e desejos explícitos de que façamos um recolhimento daqueles que estão incomodando e inviabilizando o bom funcionamento da cidade. O cuidado que busca a expressão das singularidades dos sujeitos é pensado enquanto movimento que aposta no acolhimento e escuta como resistência a políticas higienistas.

A praça é um local que aponta a necessidade de deslocarmos as práticas de cuidado para o território. O CREAS, neste sentido, sai de seu lugar geograficamente determinado para promover ações de cuidado que vão ao encontro daqueles que estão em seus territórios de pertencimento. A praça é um território potente na/para a cidade. Assim, o cuidado se faz com pessoas e em um determinado lugar, ou seja, se faz em um território (YASUI, 2010).

A noção de território trazida para esta história vai ao encontro das análises do geógrafo Milton Santos. Ele nega a visão tradicional da geografia que considera o território como um objeto estático, com suas formações naturais, e o concebe como um objeto dinâmico, vivo de inter-relações. Critica a visão descritiva da geografia, propondo uma revisão de seus fundamentos e métodos, para detalhar as influências

recíprocas do território com a sociedade, seu papel essencial sobre a vida do indivíduo e do corpo social. Para ele, território engloba as características físicas de uma dada área e as marcas produzidas pelo homem (YASUI, 2010).

Para Santos (2002), o território, tomado com um todo dinâmico, permite uma visão não fragmentada e unificada dos diversos processos sociais, econômicos e políticos, o que possibilita revelar os grandes problemas nacionais (YASUI, 2010). Assim, não se trata de considerar a assistência como política que permita a criação de programas, ações e benefícios voltados a bolsões de pobreza geograficamente localizados, mas o território na concepção de Santos (2002) só pode se tornar um conceito utilizável para a análise social quando é considerado a partir do seu uso, ou seja, a partir do momento em que o pensamos juntamente com aqueles atores que dele se utilizam.

O território é onde vivem, trabalham, sofrem e sonham todos os brasileiros. Ele é, também, o repositório final de todas as ações e de todas as relações, o lugar geográfico comum dos poucos que sempre lucram e dos muitos perdedores renitentes para quem o dinheiro globalizado – aqui denominado de real – já não é um sonho, mas um pesadelo (SANTOS, 2002). Apresentam-se, a partir da ideia de território, alguns aspectos que contam sobre Lajeado, falam da relação da cidade para com a população em situação de rua e, ainda, se as ações de cuidado são articuladas à noção de território aqui apresentada.

Com população de 71.445 de acordo com o último censo realizado em 2010 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Lajeado cresce em termos de serviços, ofertas e população (IBGE, 2010). Características estas que podem apresentar-se como positivas, mas que também apontam uma problemática que necessita tornar-se visível no sentido de angariar possibilidades de discussão e transformação. A cidade de Lajeado não escapa ao que é apresentado por Costa (2005, p. 1).

A globalização e o avanço tecnológico, que têm alcançado as diferentes sociedades contemporâneas, têm gerado consequências negativas, configuradas na reprodução de desigualdades sociais e na falta de garantias sociais para grande parcela da população. Neste início do século, constata-se que a civilização, ao longo dos anos, não foi capaz de constituir um pacto que trouxesse melhorias sociais. A desigual distribuição de bens sociais, a discriminação, o desrespeito às diferenças, a incerteza, a involução de valores não são anomalias, mas constituintes do pensamento globalizado e do processo econômico em curso.



Paulo, Joaquim e Márcio habitam as ruas de Lajeado não só como meio de circulação, mas como morada. E é levando em conta estes aspectos que se tem como essencial a discussão acerca dos modos como as ruas da cidade são habitadas por estes sujeitos que encontram nelas modos de vida. Discute-se, também, como as ruas acolhem Paulo, Joaquim e Márcio. O que há nelas? O que há neles? O que se produz nesses encontros?

Uma história que atenta para os modos de vida da população em situação de rua na cidade de Lajeado pode contribuir para que possamos ampliar o entendimento, as possibilidades de atenção e cuidado aos sujeitos, assim como apresentar estratégias que possam contribuir para as políticas públicas. Lajeado, utilizada para representar uma discussão que se amplia para outras cidades, necessita abrir o campo da visibilidade para reconhecer as múltiplas formas de ser, agir e habitar os espaços.

A discussão contribui para pensarmos nas práticas vigentes e que perpassam os serviços, ou seja, nas formas de cuidar e intervir que busquem a problematização do que já está instituído e cristalizado como práticas e discursos. Buscar a contextualização do modo como o cuidado se faz presente, através do discurso dos sujeitos que compõem a história e o que está presente nas políticas públicas analisadas, contribui para que se problematize a ampliação das formas de intervenção e, desta forma, considerem-se os sujeitos a serem cuidados em suas complexidades.

#### 4.1 LAJEADO E SUA HISTÓRIA

O território do atual município de Lajeado foi habitado pelos aborígenes, como primeiros e legítimos proprietários. O povoamento da região começou em Taquari, em 1757, com a vinda de 27 casais açorianos para Santo Amaro e, três anos depois, 14 casais açorianos se fixaram em Taquari. Nos primitivos territórios de Estrela e Lajeado, em 1800, os irmãos João e José Inácio Teixeira receberam sesmarias, divididas em fazendas, entre as quais Carneiros ou Lajeado, hoje perímetro urbano, e Conventos, hoje área rural de Carneiros.

Esta fazenda recebeu o apelido de "Conventos Velhos" ou "Alt Convent", para distingui-la da picada dos Conventos ou São José dos Conventos, hoje Bairro

de Conventos. Essas terras originaram várias fazendas, depois subdivididas e vendidas a imigrantes alemães e italianos, que vieram estabelecer-se na região.

A primeira denominação de Lajeado foi “Fazenda dos Conventos”. Em 1853 o agrimensor alemão Carl Ernst Mützel, o "Brummer", mediu as terras de Conventos compradas pela Companhia Batista Fialho e dividiu a fazenda em lotes para serem vendidos aos colonos alemães e descendentes, sendo que os primeiros estabeleceram-se a partir de 1854. Os italianos vieram para a freguesia de Lajeado em 1882, colonizando Encantado.

Em 20 de março de 1855, o fundador da cidade, Antônio Fialho de Vargas, fundou a Colônia dos Conventos e em 1862, deu início ao povoamento de Lajeado com a construção do Engenho. No ano de 1875, Lajeado foi elevado à categoria de sede distrital. Em 1881, foi elevada à categoria de Freguesia e em 1891, desmembrou-se do município de Estrela, do qual era segundo distrito desde 1882. Em 26 de janeiro de 1891, foi criado o município de Lajeado, tendo como sede a vila do mesmo nome, situada à margem direita do Rio Taquari. A instalação oficial ocorreu no dia 25 de fevereiro do mesmo ano, com a posse do primeiro intendente Frederico Henrique Jaeger.

A colonização alemã deixou marcas inconfundíveis no município. Desde o estilo arquitetônico até o comportamento das pessoas, muitas coisas lembram o país de onde vieram os primeiros colonizadores. As construções em estilo enxaimel ainda são encontradas em grande número na cidade. Infelizmente muitos prédios históricos não mais se encontram edificados.

Da mesma forma, os imigrantes italianos também deram parcela de contribuição para a riqueza do município, de modo especial na parte alta, onde hoje estão os novos municípios de Progresso, Sério, Canudos do Vale, Marques de Souza e Boqueirão do Leão.

De Lajeado originaram-se os municípios de Guaporé, Encantado, Arroio do Meio, Cruzeiro do Sul, Boqueirão do Leão, Progresso, Santa Clara do Sul, Sério, Marques de Souza, Forquetinha e Canudos do Vale. Pela própria origem da população do Município, a religião praticada é a Católica e a Evangélica. Quanto à tradição e hábitos, a população rural mantém atividades distintas que envolvem seus centros de convívio social (salões, paróquias, sociedades) grupos de danças do folclore alemão, corais, Clubes de bolão e bolão de mesa, bandas típicas, clubes de futebol, clubes de mães, CTGs, bochas, etc. Lajeado tem hoje, aproximadamente 70

mil habitantes, sendo que a população é formada por imigrantes alemães na sua maioria, italianos, africanos e portugueses.

Em 1965, através da Lei nº 1.175, é instituído o Brasão de Armas de Lajeado (LAJEADO, 1965). Em 1973 é instituída a Bandeira de Lajeado e em 20 de abril de 1996, por concurso público, é escolhida a letra e música do Hino a Lajeado, de autoria de Álvaro Santi.

#### **4.1.1 Perfil**

Situado à margem direita do Rio Taquari, na região nordeste do Estado do Rio Grande do Sul, o município de Lajeado foi fundado em 26 de janeiro de 1891. De lá para cá, a cidade passou por inúmeras transformações. Viu sua população crescer e, hoje, vem experimentando um desenvolvimento que consolida sua posição de polo econômico, cultural, político-administrativo e educacional de destaque no Estado.

Além disso, um perfil tipicamente urbano projeta o município como a metrópole do Vale do Taquari, uma região integrada por 36 municípios e mais de 326 mil habitantes (IBGE, 2010).

#### **4.1.2 Metrópole**

Localizada em região estratégica do Estado do Rio Grande do Sul, ao sul do Brasil, a cidade de Lajeado possui uma série de diferenciais responsáveis por projetar seu destaque socioeconômico. Entre eles estão o acesso rodoviário para os diversos pontos do Estado, distância de apenas 117 km de Porto Alegre - a capital sul-rio-grandense - fácil acesso à ferrovia e ao porto fluvial instalado junto ao Rio Taquari, mão-de-obra qualificada, além de outros atrativos.

Na área financeira, a cidade comporta os principais bancos que atuam no sistema financeiro brasileiro. São mais de 20 estabelecimentos de caráter privado e público que estão localizados na região central da cidade.

Sob o enfoque do desenvolvimento regional, integra-se a este cenário a Univates - Centro Universitário - uma instituição de ensino superior com mais de

10.000 alunos, que vem impulsionando novos projetos que estão gerando impacto no cenário econômico, tecnológico e social do município e de toda a região.

Na área de eventos, Lajeado conta com três feiras: A Expovale é a feira comercial, industrial e de serviços da região. A Construmóbil é a feira da construção civil, mobiliário e decoração do Vale do Taquari, já a Agroind é a Feira Nacional de Máquinas, Equipamentos, Produtos e Serviços para a Agroindústria Familiar.

Na área de saúde, a cidade desfruta da estrutura e dos serviços do Hospital Bruno Born, um dos mais modernos e avançados centros de saúde do Rio Grande do Sul.

#### **4.1.3 Economia/Indústria**

A área da indústria é responsável por 33,63% do VAB do município (PIB 2010). Entre tantos setores, destacam-se os de abate de frangos e suínos, de bebidas, moveleiro, de candies, chocolates e doces.

Para suportar os empreendimentos neste segmento, o município conta com um distrito industrial com infraestrutura completa, que hoje já se encontra plenamente tomado por novas pequenas e médias empresas que aqui se instalaram. Para atender às futuras demandas, o Governo de Lajeado já dispõe de um novo Distrito Industrial que está sendo devidamente preparado para a chegada de novos investimentos.

#### **4.1.4 Comércio**

Pela condição de metrópole do Vale do Taquari, Lajeado possui um comércio que se caracteriza pela sua diversidade e dinamicidade. Além de uma área central dotada de estabelecimentos comerciais dos mais diversos fins, o município ainda comporta um shopping center, situado à margem da BR 386, a mais importante de toda a região.

#### **4.1.5 Serviços**

Na última década, a área da prestação de serviços foi a que mais se desenvolveu em Lajeado. Entre os diversos fatores responsáveis por este crescimento estão o empreendedorismo da comunidade e uma série de incentivos que estão disponíveis para a abertura de novas empresas dos mais diversos portes. Dentro dessa nova realidade econômica, os segmentos que mais estão gerando renda e novos postos de trabalho no município são os da construção civil, hotelaria, educação, transportes, saúde, de desenvolvimento de novas tecnologias, entre outros (LAJEADO, 2016).

**A PRAÇA  
“SOLIDARIEDADE”**

## 5 CENA/ACONTECIMENTO 5: CAMINHOS PERCORRIDOS PARA CONTAR A HISTÓRIA

Esta é uma pesquisa/história de abordagem qualitativa, tendo por referência Minayo (1999, p. 21-22) que diz que a pesquisa qualitativa se preocupa, nas ciências sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificado, “ou seja, ela trabalha com universo e significados, [...] das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis”.

### 5.1 SUJEITOS E TERRITÓRIOS DA HISTÓRIA

Com o propósito de acompanhar as práticas de cuidado à população adulta em situação de rua da cidade, coloquei-me ainda mais disposta a entrar em relação com os diversos e diferentes atores que compõem esta teia. Assim, eu, trabalhadores da rede de serviços, especialmente da assistência social e saúde, pessoas em situação de rua e outros sujeitos e forças, potencializamos e demos sentido ao trabalho. Coloco estes encontros como os intercessores desta criação ou, como apontado por Vasconcelos (2005, p. 1223) ao analisar os intercessores em Deleuze (1988), “os intercessores são quaisquer encontros que fazem com que o pensamento saia de sua imobilidade natural, de seu estupor. Sem os intercessores não há criação. Sem eles não há pensamento”. E, para Deleuze (1988, p. 156):

O essencial são os intercessores. A criação são os intercessores. Podem ser pessoas – para um cientista, filósofo, ou artistas – mas também coisas, plantas, até animais, como em Castañeda. Fictícios ou reais, animados ou inanimados, é preciso fabricar seus próprios intercessores.

No desenvolvimento da pesquisa/história os encontros se deram com 8 pessoas adultas em situação de rua do município de Lajeado. Os participantes foram selecionados tomando por referência a disponibilidade e o critério de ser considerada pessoa em situação de rua de acordo com o que foi proposto por Vieira, Bezerra e Rosa (1994), ou seja, a condição de ficar, estar e ser da rua. O critério de inclusão dos sujeitos do estudo também se deu pelo tempo em que estão em acompanhamento no CREAS da cidade. Assim, considerou-se o período igual ou superior a três meses contando a partir da acolhida do sujeito no serviço desde o

mês de janeiro de 2015. O critério de exclusão referiu-se a quem não se encontrava dentro da proposta considerada por Vieira, Bezerra e Rosa (1994) do ficar, estar e ser da rua, assim como por aqueles que estavam há menos de três meses em acompanhamento pelo serviço.

Nesta pesquisa, consideram-se pessoas em situação de rua todas as pessoas que se encontram em abrigos, albergues e casas de convivência destinadas ao acolhimento e/ou abrigo temporário, intermitente ou definitivamente, assim como aquelas que se encontram em atividades de perambulação/circulação pelas ruas e/ou que dizem fazer da rua seu local de existência e habitação, mesmo que temporária ou intermitentemente (PORTO ALEGRE, 2012). Considerar esta abrangência de situações em relação às pessoas em situação de rua permitiu que o trabalho ampliasse a discussão para os diferentes modos de cuidado presentes na cidade e, concomitante, como os sujeitos percebem e acolhem os mesmos.

Para o desenvolvimento da pesquisa, quando foram realizados os grupos focais com pessoas adultas em situação de rua, utilizou-se um termo disparador “Como percebo o cuidado com quem vive na rua?”, para dar início e promover a discussão coletiva. Os diálogos foram gravados e a proposta de pesquisa atendeu à resolução 466 de 12 de dezembro de 2012, respeitando os princípios da ética em pesquisa com seres humanos e foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), Apêndice D, com os objetivos da pesquisa e esclarecendo possíveis dúvidas. Diante da situação de algum participante ser analfabeto ou possuir dificuldades na leitura, a pesquisadora fez a leitura do TCLE. Após a realização dos encontros do grupo, transcritas as falas, retornamos com os sujeitos do estudo, para em conjunto lermos e validarmos as informações. Momento em que o participante pode optar por sua continuidade na pesquisa ou não. Nomes e quaisquer informações que possam identificar os participantes foram mantidos em sigilo.

Os encontros tiveram periodicidade semanal, contabilizando o total de 4 encontros, ou seja, a pesquisa de campo realizou-se durante o período de um mês. Os encontros aconteceram no território do CREAS por escolha do grupo.

Após as transcrições, os dados foram avaliados através da análise de conteúdo proposta por Bardin (2011) para observar o conteúdo expresso nas mensagens. De acordo com a técnica, as respostas que mais despontarem nos



conteúdos são apresentadas em categorias, porém as singularidades e o que emerge nas “entrelinhas” também podem compor o processo, a fim de ampliar o entendimento da proposta criando categorias emergentes. Os encontros entre pesquisador e as pessoas em situação de rua no que se refere às afetações e movimentos que perpassam o processo de pesquisa, foram registrados em diário de campo com a finalidade de auxiliar e ampliar a compreensão dos dados/falas/cenas.

Após o período de campo e, conseqüentemente a discussão sobre os analisadores, foi realizado o processo devolutivo da pesquisa a todos os atores que fizeram/fazem parte dela. O espaço, inicialmente, foi disponibilizado à população em situação de rua para, posteriormente, incluir trabalhadores do CREAS e CAPS ad com o intuito de compartilhar a história e construir novas cenas e capítulos de cuidado. Salienta-se que a ideia também é ampliar a discussão para outros espaços e serviços de Lajeado. A história precisa seguir.

**A PRAÇA**  
**“OPORTUNIDADE PARA TODOS”**

## 6 CENA/ACONTECIMENTO 6: DIALOGANDO COM AS FALAS DOS ATORES

Parte-se da ideia de que a pesquisa é constitutiva e constituinte da prática profissional, sendo determinada pela sua natureza interventiva e tendo o objetivo de comprometer-se com a ampliação dos processos emancipatórios, Bourguignon (2008) relembra a preocupação com a garantia da centralidade ao sujeito que, como participante, tem contribuído para o avanço da produção de conhecimento da área.

A aproximação ao sujeito que participa de nossas pesquisas se faz através da busca da compreensão da sua experiência, do conhecimento gerado a partir desta experiência e da sua vivência cotidiana, que, tomadas em relação ao nosso objeto de estudo, compõem um dos elementos a serem apreendidos na sua relação com as múltiplas determinações de natureza econômica, social, política e cultural (BOURGUIGNON, 2008, p. 305).

A ideia que norteou e movimentou toda a construção da pesquisa/história sempre foi a de possibilitar um espaço e um tempo para que os sujeitos falassem em nome próprio sobre suas vidas e relações na rua, com a rua e pela rua. Muitas falas encontram-se com pesquisas realizadas a nível nacional sobre a população em situação de rua. Fato que revela uma problemática que atravessa os modos de ser da sociedade, no entanto, também se atenta para o que os discursos revelam sobre as relações com Lajeado e suas formas de cuidar.

Antes de apresentar as categorias advindas dos encontros com o grupo, destaco a relevância de trazer, brevemente, como ocorreram os encontros com as pessoas que compõem a história. O local da realização dos encontros se deu no CREAS. Os grupos duraram em média 50 minutos em que, além da discussão central sobre o cuidado à população em situação de rua em Lajeado, houve espaços para mais questões, dúvidas, trocas de “receitas culinárias”, afetos, desejos e emoções (principalmente risadas). Do total de 8 participantes, 7 são homens e uma mulher, com idades entre 20 e 42 anos. Como proposta de identificação dos sujeitos, foi sugerida a inicial de cada nome. São estes os atores da história:

Nome	Idade	Afinal, quem é este personagem?
C.P.	24 anos	“A gente tem que cuida também pra não acontece algo ruim com a gente né, pra não acontece coisa ruim”.

J.T.	37 anos	“Eu não abandono nunca”.
G.S.	38 anos	“Vai vê o cara irrita, o cara irrita um pouco às veiz”.
M.O.	42 anos	“Se a genti tive força de vontade de uma nova mudança, isso aí tudo a genti vai busca”.
M.F.	28 anos	“Eu acho que toda vez que eu tava na rua ou tava perdido por aí, sempre tive alguém pra me ajuda”.
M.T.	24 anos	“Oportunidades pra todo mundo. Não adianta, falta mais, falta mais isso daqui na sociedade pra nós”.
T.P.	26 anos	“Ah, não sei, as pessoas na rua desprezam quem mora na rua, as pessoas vê a genti com otros olhos, né”.
V.G.	32 anos	“É permanece lá”.

Durante o processo inicial do grupo, fatos muito singulares aconteceram, entre eles destaque: a inserção de mais duas pessoas no grupo. Estava prevista a participação de seis pessoas que, inclusive, já tinham sido apresentadas à proposta e aceitado a mesma. No entanto, quando C.P. e G.S. souberam da proposta, chegaram ao CREAS e solicitaram participar. O que fazer? C.P. e G.S. estavam dentro dos critérios elencados para inclusão, mantinham vínculo com o serviço e comigo e, especialmente, estavam pedindo para falar. C.P. e G.S. passaram a integrar a construção da história.

Outro fato curioso se deu no momento da escolha da identificação dos nomes. Desde o início da apresentação da proposta, com a leitura, compreensão e assinatura do TCLE, reiterei a não revelação dos nomes verdadeiros de cada um. Aparentemente tudo entendido e deu-se início aos encontros. No último encontro do grupo, quando retomei algumas questões sobre o sigilo, M.T. fala sobre o desejo de ter seu nome revelado e não importar-se com tal revelação. Explico que entendo sua posição, mas diante das normas da pesquisa, isto não é permitido. A fala de M.T. movimentou o meu pensamento. Que pedido foi esse? O que deseja expressar ao coletivo, tornar público? Como a pesquisa pode/deve ser porta voz de tantos desejos e modos de vida que pedem passagem e escuta? Anseio mostrar com isso que a proposta do grupo gerou afetações diversas, desconfortos e, especialmente,

gerou modos de cuidar, não só pela reflexão, mas também pelas trocas intensas e permeadas de vida pulsando.

Partindo dos quatro encontros com o grupo, foram criadas quatro categorias, sendo elas: Vida com Droga, Droga com Vida; Entre o Real e o Ideal(izado); Trabalho: o abre e fecha; Quem (des)cuida de quem?.

## 6.1 VIDA COM DROGA, DROGA COM VIDA

Campanhas publicitárias, entrevistas com profissionais em programas televisivos, editorias de jornais de grande circulação têm investido cada vez mais através de seus discursos na ideia de que a pessoa em situação de rua precisa de um modo específico de tratamento. Qual seja? A internação, ou seja, o afastamento da sociedade como a única alternativa. Neste sentido, prevalecem políticas de higienismo e faxina social. Essas práticas discursivas despotencializam os sujeitos que vivem no espaço da rua. Tais práticas e discursos estão espalhados e atravessam o tecido social urbano e posicionam essas pessoas “como monstros contemporâneos e concorrem para a constituição de políticas públicas higienistas, de reclusão e exclusão” (PETUCO, 2012, p. 27).

Desde o início do grupo, em que o mote era a discussão sobre o cuidado à população em situação de rua em Lajeado, os participantes expressaram as relações que estabelecem com o uso da droga e as implicações em suas vidas. O tema permeou todo o processo dos encontros, evidenciando uma perspectiva que carece de discussão e ampliação em seus modos de entendimento e, assim, de intervenção. Destaca-se que, nas últimas décadas de Reforma Psiquiátrica, aprendemos a cuidar de pessoas com sofrimento mental grave, mas estamos iniciando o trabalho com dependentes químicos.

O cuidado à população em situação de rua que é atravessado pelo uso da droga requer que tenhamos a compreensão de que os efeitos da criminalização e exclusão atravessam as linhas duras das políticas para esta população. Quando se criam dispositivos de resistência ao modo hegemônico de cuidado, sustentam-se modos de resistir à concepção de cidade higienizada, pacificada e ordenada.

Destaca-se uma ideia de discurso trazida por Foucault (2006) para a problematização do que está presente e circula enquanto verdade no que se refere

às estratégias de acompanhamento à população em situação de rua que faz uso de drogas. Neste sentido, surge a importância de apontar o que os discursos científicos, por exemplo, nos trazem, a fim de identificarmos diferentes posicionamentos que também orientam as práticas de cuidado. Para Foucault (2006, p. 8-9):

[...] em toda a sociedade a produção do discurso é simultaneamente controlada, selecionada, organizada e redistribuída por um certo número de procedimentos que têm por papel exorcizar-lhe os poderes e o perigos, refrear-lhe o acontecimento aleatório, disfarçar a sua pesada, temível materialidade.

A dependência química, em especial a do álcool, mencionada reiteradamente em falas de estudos realizados em nível nacional (BRASIL, 2008), desde muito é tematizada nos estudos sobre populações em situação de rua e desponta também como processo vivenciado na cidade de Lajeado. A partir de algumas falas percebe-se o atravessamento do álcool na vida dos participantes da pesquisa/história, bem como algumas consequências que o uso pode acarretar.

Eu não consigo ficar sem. Eu tenho que tomar todo dia (...) (J.T.)  
Devido ao meu problema da dependência química, problema de estômago por causa da bebida, tô com problema uma fraqueza, não tô podendo me levantar direito. (M.O.)

Arelado às dificuldades que enfrentam com o uso do álcool e outras drogas, os processos de recaídas, ou seja, o retorno ao uso aparece como um dos momentos geradores de sofrimento e que demandam, especialmente pelos serviços de atenção, um cuidado mais continuado.

Evitando o uso da bebida, evitando usar droga também porque tá sendo bem difícil por enquanto e tive uma recaída agora no mês de janeiro. E nessas duas últimas semanas tá sendo bem pesado pra mim (...) (M.O.)  
Daí, ah, é que daí eu tava, esse fim de semana eu andei recaído de novo né, faz umas duas semanas que eu não tô muito legal, tô só caindo e levantando, caindo e levantando, e daí eu tava lá na praça lá e pra não robar eu tava pedindo dinheiro né. (M.F.)

Ao abordarem a relação com o uso da droga e as implicações em suas vidas, as falas do grupo também denunciaram os modos de cuidado ainda vigentes em nossa sociedade quando nos referimos ao sujeito que faz uso/abuso de álcool e outras drogas. Podemos entender por cuidado, ou melhor, qual a lógica de cuidado que perpassa determinados modos de pensar e intervir?

[...] Até não sei se na próxima semana vô pode vim porque eu tô esperando uma vaga no hospital pra pode faze uma desintoxicação devido aos meus problema de dependência química e essa palavra vem me chama bastante atenção porque eu tô lutando muito pra eu te cuidado pra não volta ao uso de novo. [...] (M.O.)

A busca pela internação com o objetivo central de desintoxicação apareceu como uma das possibilidades que incide na reorganização de suas vidas, podendo levar ao processo de saída das ruas. Mas uma desintoxicação ou uma internação por motivos clínicos não passa de uma redução de danos e só pode ter sentido se existe um projeto de continuidade. Neste aspecto é que a articulação entre os serviços de atenção do município se faz essencial na oferta de estratégias de cuidado que extrapolam o hospital enquanto único serviço e a internação como alternativa única e central.

[...] Daí eu vô faze uma desintoxicação de novo ali no hospital a semana que vem. Então, por um lado tá sendo bom essa reviravolta aí. (M.O.)

[...] fiquei umas duas semana aí meio mal, meio recaindo e daí me falaram que só daqui, só daqui trinta dia que parece que não tem leito, não sei o que. Diz que tá faltando bastante leito nos hospital e tem bastante gente nas fila já. (M.F.)

A ideia de um confinamento como alternativa para o tratamento coloca-nos a problematizar as tentativas de “eliminação” do problema e não de sua redução. Não há como acabar com a droga. Seu consumo, prática universal e milenar, não é um acontecimento anormal, alheio ou paralelo à vida em sociedade, mas, ao contrário, é um fenômeno a ela inerente e por ela mesma produzido – vale dizer, normal, o que não se confunde com saudável ou recomendável.

A expressão de M.T. expressa e reafirma que os processos de drogadição condicionam perdas diversas, como os vínculos familiares, por exemplo, reiterando que o fenômeno da realização não pode ser atribuído a uma única causa. Pensar na multifatorialidade atrelada ao processo de realização requer que as práticas de cuidado estejam alicerçadas neste pressuposto, ou seja, devem partir da perspectiva dos diferentes modos de ser e habitar as ruas.

Em cinco ano que eu fiquei usando droga direto assim na rua, eu só ia pra durmi. Aí eu fui vê memo a diferença quando eu vim pro centro, que eu briguei com a minha família, só por causa do uso da droga, andei, não minto, andei mexendo também dentro di casa. (M.T.)

A fala de M.T., ao referir a diferença sentida em sua vida ao habitar o centro da cidade, traz a possibilidade de discutir o que Merhy (2012) refere quanto aos coletivos formados pelos usuários de drogas. Em Lajeado, especialmente, o centro da cidade torna-se lugar de encontro das pessoas que estão em situação de rua e fazem uso de álcool e outras drogas. O autor comenta quanto tais ocupantes das ruas e praças, em qualquer cidade, podem ser pensados como os novos anormais à luz do pensamento foucaultiano na atualidade, “quando há um enorme esforço, por parte dos setores conservadores, de conduzir à construção de um imaginário social que torne visíveis os usuários de drogas como zumbis, não humanos” (p. 9). Algumas tentativas que caminham na direção deste imaginário social aparecem em discursos e intervenções que buscam a retirada das pessoas das ruas, da praça e da visibilidade da cidade.

Não é difícil constatar que pessoas em situação de rua passaram, no imaginário social, a serem vistas como os “novos desviantes da sociedade”, como perigosas, devido ao seu consumo de crack, álcool e outras drogas, e porque perambulam pelas ruas, pedindo ou roubando para sustentar sua droga-dependência, deixando de ser “sujeitos desejantes para serem meros objetos inertes e irresponsáveis, quanto aos seus próprios atos” (MERHY, 2012, p. 9). Esta percepção é trazida pelo grupo quando abordam como percebem e sentem o modo como são tratados por algumas pessoas.

É. E evita de ele fala as coisa pro cara sem o cara te, te, eles trata o cara que nem, quase que nem um bicho, uma coisa assim. Só, só pelo passado do cara né (M.F.).

Apesar da condição de “novos desviantes” como ressaltado por Merhy (2012, p. 13), nesse contexto, não há garantias de um controle total da população, visto que a produção de desviantes é parte da construção dessa sociedade e “como no filme Blade Runner, a sociedade que se funda nesse processo necessita dos seus caçadores não-humanos resultados de si mesma”.

Articulada à ideia da produção deste imaginário social que coloca os usuários de drogas como os “anormais” da sociedade, destaca-se a ideia de Foucault acerca das práticas de poder. Para o autor, onde há poder, há resistência (FOUCAULT, 1979). Sendo assim, o que pensar sobre as concepções de poder e resistência que perpassam o saber/fazer com a população em situação de rua? De



um lado, ganha notoriedade políticas repressivas e de faxina social. De outro, temos movimentos que se posicionam contrárias a elas.

Esta resistência de que falo não é uma substância. Ela não é anterior ao poder que ela enfrenta. Ela é coextensiva a ele e absolutamente contemporânea [...]. Não coloco uma substância da resistência face a uma substância do poder. Digo simplesmente: a partir do momento em que há uma relação de poder, há uma possibilidade de resistência. Jamais somos aprisionados pelo poder: podemos sempre modificar sua dominação em condições determinadas e segundo uma estratégia precisa [...] Para resistir, é preciso que a resistência seja como o poder. Tão inventiva, tão móvel, tão produtiva quanto ele (FOUCAULT, 1979, p. 241).

Um dos participantes da história expressa, mesmo que pontualmente, uma das formas que podem ser consideradas resistência a um modelo hegemônico que busca padronizar formas de ser e viver. A rua, neste aspecto, não passa por esta condição de normalidade e adequação aos modelos vigentes e C.P. desafia ao resistir e, naquele momento, buscar na rua uma forma de vida e contrariedade ao que está posto. Para onde ele pensou em não voltar? Será que é somente para a casa de sua família, para o serviço de acolhimento ou, então, para uma sociedade que tenta homogeneizar a vida e o viver dos sujeitos?

Ah, é que daí eu não pensei em volta. Pensei em fica na rua usando. (C.P.).

Em sua obra, Foucault apresentou que as formas de resistência podem se articular em três principais tipos de luta: i) contra as formas de dominação (étnica, social e religiosa); ii) contra as formas de exploração que separam os indivíduos daquilo que eles produzem; e iii) contra as formas de sujeição, ou seja, contra a submissão da subjetividade, sendo esta talvez a mais relevante pra ele (VENTURA, 2009). Para Foucault (1979), não se sujeitar é uma forma de resistir e se abrir para outros e novos modos de ser sujeito e de estar no mundo.

A partir desta concepção de poder e resistência que a história busca abrir a discussão para que a cidade de Lajeado trabalhe com os cenários que envolvem políticas repressivas e de “faxina social” e do outro lado movimentos individuais e coletivos de oposição a elas. Quando o campo das discussões é aberto tem-se a possibilidade de pensar e apostar em outras formas de viver. Coletivos de trabalhadores e pessoas em situação de rua podem traçar formas de resistência a toda e qualquer política de recolhimento das ruas.

## 6.2 ENTRE O REAL E O IDEAL(IZADO)

O que Lajeado traz de real e o que habita o campo do ideal e/ou do possível? O que é necessário? O que precisa ser (re)visto, ampliado? O que as vozes que estão na rua nos dizem? Os participantes da história expressam e contam o modo como percebem a organização, o funcionamento e o cuidado que perpassa os serviços existentes no município. Falas que denunciam como os serviços que compõem a rede de cuidado à população em situação de rua dão ou não conta do que os sujeitos consideram suas problemáticas e desejos e colocam em discussão a necessidade de ampliar esta rede e promover outras e novas articulações.

No que tange às iniciativas públicas até então realizadas para atendimento dessa população, a pesquisa realizada nacionalmente aponta que as ações são restritas a atenções superficiais, ou seja, não investem no fortalecimento e autonomia dos sujeitos, o que demanda o reconhecimento da complexidade da problemática, o planejamento integrado e, principalmente, intervenções realizadas a partir de um conjunto articulado de políticas públicas de estado (BRASIL, MDS, 2008). Será que este apontamento também atravessa os serviços e práticas em Lajeado?

Quando a discussão é deslocada para a cidade, as falas do grupo reconhecem alguns serviços como integrantes de uma rede de cuidado. Serviços que pertencem à política da assistência social e saúde, ambos de média complexidade. Ao longo dos encontros do grupo, os participantes fazem referência, especialmente, ao CREAS, CAPS ad e Abrigo São Chico. Em nenhum momento um serviço pertencente à atenção básica, em termos de organização por nível de complexidade, é mencionado enquanto referência de cuidado e acessado pelos sujeitos.

O SUAS, que busca normatizar a materialização da política em todo o território nacional a partir de níveis de proteção (básica, média e alta) contempla o atendimento às pessoas em situação de rua apenas no nível da proteção social especial de média e alta complexidade (PRATES et al., 2013). Problematiza-se a importância de atentar para o caráter preventivo da política no âmbito da proteção básica ao incluir este segmento populacional em suas discussões e intervenções, assim como na articulação entre os níveis de complexidade. Com as falas dos sujeitos do grupo que apontam quais os serviços que consideram referência no

município, considera-se pertinente a discussão também no âmbito da política da saúde no que diz respeito à atenção básica e sua relação com os serviços de média e alta complexidade. Concomitante, faz-se necessário a articulação entre a atenção básica dos serviços da saúde e a proteção social básica dos serviços da assistência social. O foco central da história não é discutir esta relação quando nos referimos às pessoas em situação de rua, mas fica evidente a necessidade de ampliarmos esta questão.

Em termos de organização quanto aos níveis de atenção das políticas de assistência social e saúde, Lajeado dispõe de um CREAS, o Abrigo São Chico e um CAPS ad como mencionado por M.F. ao trazer quais os serviços que acessa.

Ah tem o CAPS, tem as psicóloga lá, tem vocês aqui do CREAS né, daí tem o abrigo também. Eu conto com o abrigo sob qualquer coisa né e, eu, pelo menos eu é esses aí que eu conto. Com vocês aqui, o CAPS e o abrigo. Porque o resto. (M.F.).

Na política da Assistência Social, compõem a proteção social especial alguns serviços direcionados a sujeitos e famílias em situação de rua, tais como: abrigos, albergues, serviços de atendimento social de rua e repúblicas e casas de convivência recentemente reordenadas e transformadas em Centros Pop. (PRATES et al., 2013). Sob esta perspectiva, Lajeado dispõe, como já apresentado, de um CREAS e um abrigo masculino. O Abrigo São Chico desponta como importante referência para aqueles que, principalmente, não desejam o retorno para a rua e/ou a permanência nesta condição.

[...] a primeira coisa que eu vô tenta vai se o abrigo. Ainda bem que tem o abrigo né, porque senão. Ia saí de lá e ai te que fica na rua. Assim pelo menos eu tenho onde é que corre né. (M.F.).

É bom te um lugar pra fica né. Imagina se não tivesse abrigo no caso. (C.P.).

O abrigo também é lembrado por M.O. quando algumas possibilidades de mudança podem não acontecer e ocorrer da forma como foram planejadas, como a retomada de vínculos com a família e o reingresso ao mercado de trabalho, por exemplo. Desta forma, o acesso ao serviço torna-se garantia de segurança, de não permanência na rua e pode gerar a sensação, mesmo que passageira, de redução das dificuldades.

Eu, depende do que vié agora, daqui pra frente acho que vo tenta arruma de novo pra mim lá no. (M.O).

A busca por uma vaga no abrigo também aparece atrelada ao cansaço vivenciado na rua e ao sentimento de não ter/pertencer a um lugar. O sentimento de não pertencimento a um espaço e a uma rede de relações de apoio e suporte, especialmente familiar, permeou o grupo através de falas e expressões. Alguns sujeitos referem se cansar de algumas circunstâncias encontradas no processo de ficar na rua e buscam outra organização diária no abrigo.

Tava muito cansado. [...] Cansado de trotia pra lá e pra cá.  
Principalmente na noite quando a gente faz as correria e coisa assim né em busca da droga, de porcaria, da bebida. A gente não dorme, não se alimenta, não toma banho. (M.O.)  
[...] eu acho que o dia cansa mais. [...] Ah, é que não tem paradeiro. Não tem pra onde i né. A gente fica caminhando pra cá e pra lá catando coisa nas lixera, né. (V.G.)

O cansaço, enquanto processo vivido nas ruas, e que foi verbalizado pelos sujeitos, aponta uma dificuldade em acessar meios para suprir as necessidades básicas. No entanto, parece-nos que este mesmo cansaço também diz de uma condição que não é só física, mas inclui outros condicionantes que levam uma pessoa a buscar um local de “parada” que, nesta história, pode ser relacionado ao Abrigo São Chico.

Algumas falas também apontam, pelo tempo de permanência no abrigo, que este deixa de ser um local de passagem e reorganização para encontrar outras formas de vida, para tornar-se lugar de permanência e referência de moradia. Quando uma tentativa de retomar os vínculos familiares não foi positiva, V.G. retorna ao abrigo e refere estar há um ano e dois meses no local com a perspectiva de permanecer por lá.

Voltei pra casa dela e não deu muito certo na casa dela. Aí fui mora no abrigo daí. (V.G.)

Mesmo despontando como local de referência para alguns sujeitos, o Abrigo São Chico denuncia, através de seu funcionamento e organização, alguns impedimentos, como: a acolhida às mulheres e famílias em situação de rua, o número reduzido de vagas e os horários de funcionamento que incluem a acolhida de novas pessoas, bem como o retorno diário dos que estão no local. J.T., a única

mulher participante do grupo, aponta uma das questões que identifica como problema na cidade e que diz da problemática de exclusão de determinado grupo social das políticas de acolhimento em Lajeado.

(J.T.) Entendeu, esses negócio, por que que só tem abrigo pra home?

Todos os estudos realizados em âmbito nacional, local ou mesmo os estudos internacionais consultados mostram a predominância masculina nos processos de realização. A mesma relação se faz com a cidade de Lajeado tomando como um dos pontos de análise a participação de uma mulher no grupo e sete homens. Contudo, o estudo realizado no Brasil refere que o número de mulheres vem crescendo e, quando se encontram em situação de realização, a vulnerabilidade a que estão sujeitas é ainda maior por sua condição de gênero (BRASIL, 2008).

As pessoas que participaram do grupo também passam a reconhecer que em Lajeado o número de mulheres nesta condição tem aumentado, gerando questionamentos e apontando para uma problemática diante da organização dos serviços disponíveis, sendo que a cidade não dispõe de um serviço de acolhimento para mulheres. O que precisa ser revisto?

Na minha visão tem mulher morando na rua também. (M.O.)  
Pras mulher não tem nada? (V.G.)

Quando o participante, com ar de espanto e preocupação, questiona se não tem nada para as mulheres, o que responder? Que a cidade possui serviços com funcionamento diurno e semanal que podem e devem realizar um acompanhamento às mulheres que estão em situação de rua, mas caso estas necessitem e desejem estender o mesmo para a noite e finais de semana, não há possibilidade. Talvez a fala de T.P. relacione-se com esta organização da rede do município. Qual a dificuldade que aparece quando algumas mulheres que estão na rua não acessam os serviços? Será que não carecemos de uma inversão da pergunta? Por que os serviços não acessam as mulheres em situação de rua?

Que na verdade assim né também tem né, tipo assim, mulheres que tão participando do CAPS, do CREAS, do CRAS, da STHAS, essas coisa assim aqui uma que conheço a J. é uma né, foi moradora de rua né, mas tem muitas outras moradoras de rua que não participam né. (T.P.)

Conforme Prates, Abreu e Cezimbra (2004), a partir de estudo realizado em Porto Alegre com mulheres em situação de rua, confirma-se não só a fragilidade desse segmento em termos de saúde mental, mas uma desvalorização de si associada à perspectiva de gênero que se expressa numa postura de subalternidade verificada na busca pelo trabalho, no modo como se relacionam com seus parceiros ou mesmo na banalização da violência que sofrem no espaço da rua.

Um estudo realizado por Bulla, Mendes e Prates (2004) em albergue municipal para atendimento a moradores de rua mostra que os albergados reivindicavam maior tempo de permanência tanto nos albergues quanto nos abrigos e a ampliação do número de vagas nos mesmos. Além da problemática do acolhimento às mulheres em situação de rua, os participantes apontam questões organizacionais do abrigo em Lajeado que denotam um desejo de que haja uma reorganização e/ou modificação do que está instituído. A ampliação do número de vagas vem atrelada à inclusão das mulheres no serviço.

O ruim é isso daí. Por isso que o abrigo, que nem foi falado semana passada. O abrigo tinha que tem um prédio, alguma coisa maior, pra te mais números de vaga. (M.T.)

Segundo as autoras citadas acima, os usuários da pesquisa sugeriram uma maior articulação entre os albergues para que houvesse diferentes horários para a entrada nas instituições de albergagem, para que no caso de superlotação pudessem dispor de outra alternativa. O horário, compreendido enquanto um dos dificultadores para o acolhimento dos sujeitos no Abrigo São Chico, foi um dos pontos abordados durante o grupo e auxiliou a pensar em outras possibilidades de serviços e modos de funcionar dos mesmos.

A mesma coisa que a J.T. falo, ontem eu também falei lá no abrigo quando tava essas duas pessoa lá foi a questão de te um albergue, não um abrigo, um albergue. Muitos querem só uma noiti pra descansa. Aí tu vira ali cinco, seis dia direto, é lógico que o corpo não vai aguenta. Tem que descansa pelo menos uma, duas noiti. (M.T.)

A partir destas falas é importante reiterar que nenhum fenômeno social se origina de uma única causa, ou seja, o processo de realização está ancorado em múltiplas determinações, logo, suas políticas de enfrentamento requerem a articulação de iniciativas diversas. Os atores desta história trazem à tona a necessidade de Lajeado discutir sobre a ampliação da rede de serviços à população

em situação de rua, tendo em vista o aumento do número de pessoas nesta situação, assim como a diversidade de problemáticas que atravessam suas vidas. A construção de um serviço na modalidade albergue e/ou centro de acolhimento, por exemplo, aparece, em suas falas, como uma alternativa para a ampliação do cuidado e abarcam desejos que vão ao encontro de seus modos de vida.

O grupo aborda com entusiasmo, o desejo e possibilidade de implantação de um serviço com outro tipo de funcionamento e encontra nisto a garantia de ter assegurado direitos que avaliam não estar pelos serviços existentes. Concomitante, demonstram compreender quais são as diferenças na organização dos serviços existentes e, assim, mostram-se participantes na construção de novas alternativas de cuidado na cidade.

Eles tão, eles tão pra abri um coisa aí em Lajeado, um albergue agora na, ali embaixo perto do (...). (G.S.)

Faze um albergue de vinte e quatro horas. Pra quem tá necessitado né, pra quem tá na rua, precisa às veiz de um banho, de um almoço, de uma janta, um café, uma coisa assim, uma muda de ropa. Daí eles tão com esse projeto aí de faze isso daí daí. Vai te moradia também. (...) daí ela me disse que eles vão dá ajuda assistencial também. Ah, até pra se adapta melhor, depois mais tarde ela se reorganiza melhor a uma nova vida. (M.O.)

Assim como o Abrigo São Chico, um serviço na modalidade albergue também é pensado por M.O. enquanto uma das possibilidades de reorganização de suas vidas com a perspectiva de retomar aspectos antes vivenciados. Integrar a rede de serviços do município e não substituir. Esta foi a expressão dos sujeitos frente à implantação de um serviço diferenciado.

É, nos caso que nem eu tava falando. Eles sabe mais. Nós sim, nós vivemo na rua. Então né, pra eles te certeza do que é que eles devem faze pra pode ajuda nós. Não que eu tô reclamando do serviço. Todo o serviço que eles prestam são bem feito, só que poderia melhora mais pra nós. (M.T.)

Alguns estudos acadêmicos que avaliam a relação da Política de Assistência Social com outras políticas, em especial as de inserção produtiva, saúde e habitação, reiteram a dificuldade de efetivação de um atendimento integrado. O mote é ofertar alternativas de cuidado especialmente àqueles que não estão inseridos na política de funcionamento do Abrigo São Chico, como as mulheres,

assim como os que não encontram sentido para suas vidas nesta forma de organização do serviço.

Isso eu concordo com o que eles tão fazendo. È bom te mais alguma coisa aqui dentro di Lajeado. Tem municípios que têm nê, menos, menos pessoas e tem mais centro di, di acolhimento. Isso dentro di Lajeado seria uma boa coisa. (M.T.)

Sobre a aproximação da população de rua com diferentes tipos de serviços, Frangella (2004) afirma que as entidades de acolhimento, os serviços públicos de saúde e assistência social e os projetos de caridade têm-se constituído ao longo dos anos como parte fundamental dos trajetos da população de rua. O desafio pode estar em como articular estes serviços na premissa da garantia dos direitos e proteção aos sujeitos que mantêm com a rua uma relação singular.

Tais “equipamentos” são constitutivos desse universo liminar; servem como fonte de recurso e oportunidades no deslocamento do habitante de rua; procuram minimizar as suas condições de sofrimento e passam a ser eventualmente os mediadores de resolução de conflitos entre eles e os agentes que promovem sua expulsão dos lugares, ou entre eles e a opinião pública. Mas as redes institucionais também alimentam este circuito de rua, produzindo sua clientela e sendo produzida por ela (FRANGELLA, 2004, p. 32).

No decorrer das falas, um dos pontos de destaque foi a necessidade que sentem de mais espaços de escuta, de valorização e de proximidade dos profissionais que trabalham nos serviços com os usuários, especialmente com aqueles que não acessam continuamente a rede pública. As falas abriram a discussão sobre outras estratégias de acesso aos territórios no sentido de deslocar as equipes para conhecer e acompanhar os sujeitos em seus espaços na rua. No início, sem ser citado o nome do Consultório na Rua, as ideias trazidas pelos sujeitos levam-nos a relacionar com suas práticas e debater este serviço enquanto uma estratégia de cuidado importante, mas que não compõe a rede de Lajeado.

Eu tenho pra mim é o seguinte: o município devia assim bota pessoas da saúdi i atrás, vê, procura vê como é que tão os morador de rua. (M.T.)

Eu acho que eles tinham que procura mais, tinham que i mais atrás das pessoas. Têm muitas pessoas também que só falam, falam, falam, prometi e não vão. (J.T.)

O CR é uma iniciativa de atenção à saúde de pessoas que vivem em situação de rua, expostas ao uso de substâncias psicoativas. Essa é a premissa que



norteia o trabalho e surge da constatação das dificuldades de acesso aos serviços de saúde e assistência social por parte dessa população, que inclui desde crianças e adolescentes a adultos e idosos (BRASIL, 2011b). Deslocando a discussão para Lajeado, o serviço poderia ser um elo de encontro e vinculação com as mulheres que “escapam” ao que está preconizado em outros serviços, especialmente os de acolhimento.

Que nem lá na ciclovia têm as mulher grávida. A J. que tá grávida, tem, às veiz tem um outro machucado. Tem a B. que ela que faz uns exame. A A. precisa muito de ajuda. (J.T.)

Outro aspecto que corrobora a importância do serviço CR é a comprovação dos riscos sociais e à saúde decorrentes do uso diversificado de drogas, fato marcante entre a população em situação de rua. Tais aspectos ganham ainda maior relevância caso coloquemos em pauta a questão da invisibilidade social relacionada a este segmento da população (BRASIL, 2011b).

Tem o R. também que precisa de ajuda. Aí tu vai vê que tem vários aí. E não é só na ciclovia, é em tudo que é lugar. (J.T.)

O CR integra as redes de saúde e intersetorial, nas quais insere-se na intenção de produzir uma terapêutica singular para cada pessoa/coletivo em situação de rua. Diante da fragilidade dessas redes e da promoção de trabalhos intersetoriais, o CR, além de constituir-se como um serviço de atenção às pessoas em situação de rua, torna-se um importante instrumento de problematização dos modos de cuidado que atravessam a assistência aos sujeitos. Com sua prática em construção, percorre a rede de serviços de diferentes políticas públicas, buscando articulação para o atendimento daqueles que, até então, encontravam-se invisíveis nos/aos cenários do SUS (LONDERO; CECCIM; BILIBIO, 2014). Aqui também arrisca-se em dizer do SUAS e demais políticas públicas.

A genti veio falando desse negócio di Porto Alegre. Diz, diz que lá em Porto Alegre, acho que é, se não me engano em Porto Alegre, que eles passam di Kombi recolhendo os da rua pra leva pro albergue de noiti. Vai quem que daí, né. (M.T.)

O CR, ao acolher, sob o viés da alteridade, as pessoas em situação de rua e ao levar tais casos à rede de cuidados, produz estranhamentos e desafios à própria

rede. Com o estranhamento, emergem situações observadas e sentidas, para as quais não se tem respostas prontas e pelas quais somos significativamente arrastados para fora de nossa zona de conforto, ou seja, para repensar as práticas vigentes e o modo como se dão (LONDERO; CECCIM; BILIBIO, 2014). A rede de Lajeado não dispõe deste serviço. Isto está posto. No entanto, como a relação entre a mesma pode se dar de forma a buscar pressupostos de cuidado que se ancoram em um trabalho que recoloca os sujeitos em situação de rua em uma nova posição: a de sujeitos desejantes e visíveis? Ao mesmo tempo, a rede também precisa se deslocar de uma posição passiva para apoiar-se e repensar estratégias de cuidado que vão ao encontro dos sujeitos em seus territórios. Este também é o desejo deles ao ficar evidente a necessidade de Lajeado rever a estruturação de sua rede e lógica de cuidado que a perpassa.

### 6.3 TRABALHO: O ABRE E FECHA

Ainda que uma diversidade de estudos realizados no Brasil e no mundo sobre sujeitos em situação de rua, mostre que não só o desemprego tem sido fator determinante para condicionar processos de rualização, a centralidade do trabalho aparece na expressão dos sujeitos de modo significativo (PRATES; PRATES; MACHADO, 2011). Este mesmo aspecto também foi percebido durante o grupo e evidencia o quanto, para os sujeitos da história, o trabalho é significativo em seus processos de estar, ficar e sair da rua. Pode-se dizer que a relação que estabelecem com o trabalho está intimamente relacionada aos modos como percebem o cuidado que lhes é destinado, sendo este integrante dos múltiplos condicionantes que atravessam o processo de rualização.

[...] Agora termino meu seguro desemprego, to atrás de um serviço, vo de um lado pro outro, não arrumo em lugar nenhum. Não sei se é por causa que eles desconfiam da gente ou, sei que tá ruim de emprego. Um amigo meu lá chego semana passada já tá trabaiano. E o cara que mora aí um tempão não consegue um emprego. (M.F.)

Segundo Paugam (1999), a desqualificação social, uma das faces do processo de exclusão, é humilhante e interfere na qualidade das relações, incitando o fechamento do sujeito sobre si mesmo e a perda de referências. A culpa resultante de uma visão reduzida da realidade amplia o processo. O não reconhecimento de

situações, por exemplo, de desemprego, como uma expressão da questão social, condicionada, portanto, por fatores conjunturais e estruturais e não por incompetências individuais, ou por não reconhecer o alcoolismo como doença, que também necessita de tratamento, faz com que a autoculpabilização, expressa na fala de sujeitos que se encontram em situação de rua, acentue o sentimento de fracasso e baixa autoestima, o que, em condições adversas, de falta de oportunidades, pode significar a desistência e acomodação nessa condição. (PRATES; PRATES; MACHADO, 2011). Esta situação também fica evidente quando M.F. relaciona a possibilidade de não retornar ao mercado de trabalho com a volta para a condição de ficar na rua.

Sim, se eu não arruma eu vo te que i, vo te que i pra rua. Se eu não consegui uma vaga no abrigo, daí eu vo pra rua. Se não eu vo fica uns dia na rua até abri uma vaga. (M.F.)

A fala de um dos entrevistados mostra a importância de viabilizar a capacitação profissional aos sujeitos numa perspectiva mais ampla, que inclua o seu fortalecimento enquanto cidadão de modo que isso repercuta numa mudança no imaginário social. Mudança que também só será efetivada quando as questões de reinserção profissional estiverem inter-relacionadas com outras políticas, propostas e projetos.

Eu acho que pra mim tendo um curso, uma formação no mercado de trabalho seria uma boa. Que, que eles podia oferece, tenta oferece pra nós? Era uns curso pra quem tá, esses do abrigo. (M.T.)

Capacitar para o trabalho, como destaca M.T., significa mais do que a apreensão de habilidades e conhecimentos específicos; requer, antes, o fortalecimento da autoestima, a ressignificação de expectativas. No entanto, para que este movimento se efetive é necessário reconhecer a urgência da abertura de oportunidades no sentido de (re)inserção no mercado de trabalho.

Ma tem muitos que querem e não conseguem porque não tem oportunidade. (M.T.)

O trabalho – na perspectiva que avalia a relação com as pessoas em situação de rua - é associado à ideia de saúde, de acesso ao lazer, qualidade de vida, de segurança. A oportunidade de trabalhar é associada à possibilidade de

novas perspectivas de vida, melhora da autoimagem, possibilidade de inserção e pertencimento (PRATES; PRATES; MACHADO, 2011). M.F., especialmente, ao longo dos encontros, coloca a reinserção no mercado de trabalho enquanto condição para que retome uma “vida normal”. Concomitante, vê na exclusão do mercado a instabilidade e dificuldade encontrada por quem está em situação de rua.

Bá, eu pra mim falta emprego porque eu tô atrás, já tô atrás faiz uns dois meis já e não consigo nada. Se eu tivesse um emprego aí poderia melhora um poco né, mais não tá fácil. Pra mim tá faltando emprego. Que nem, o último emprego que eu tinha eu nem precisei, nem precisei i atrás pra arruma. Agora que eu quero um emprego pa melhora, pa te minha vida normal de novo, não consigo. E o pior é que eu vo atrais. Não tem jeito. (M.F.)

A ideia de perda do trabalho é relacionada à perda de identidade, perda de condições de vida e de autoestima, que para Abreu (1999) relaciona-se a ideia de estar pesado e morto. Perder um trabalho e, posteriormente, ir em busca de um retorno à condição de trabalhador, é trazido pelo sentimento de frustração e inquietude.

Ah eu acho que se, que nem o M.F. disse, a gente tá, no barco mesmo, muitas veiz a gente vai procura um serviço coisa assim, eles fala que não tem. Que nem a semana retrasada eu fui procura serviço também em cinco firma que eu fui eles me falaram não, mesmo eu sabendo que eles tinha serviço pra faze, coisa assim. (M.O.)

Eles acha que pode passa por cima da genti, fala o que qué pa genti que a genti vai fica quieto. (M.F.)

Quando surge a possibilidade de retornar ao mercado de trabalho, as alternativas ofertadas são pontuais e nem sempre efetivas, gerando expectativas que muitas vezes são posteriormente frustradas, como destaca o participante da história. Além disso, o sujeito não tem seus direitos assegurados enquanto trabalhador.

Vai se temporário, não vai se cartera assinada no caso. (T.P.)

A questão do trabalho está vinculada ao imaginário social acerca dos sujeitos em situação de rua, permeado por discriminação e estigmas. Prates, Prates e Machado (2011), em estudo realizado sobre a população negra no Brasil, mostram as diferenças entre as concepções de discriminação e estigma, mas destacam que em sua efetivação estão muitas vezes relacionadas. Na discriminação, de fato existe

uma invisibilidade de condutas pela ausência de um critério que justifique a exclusão de direitos, mas que acaba por fazê-lo por designar a restrição e o menosprezo aos direitos de um determinado grupo. Tal fator pode acontecer tanto consciente quanto inconscientemente (PRATES; PRATES; MACHADO, 2011). Já na estigmatização, um grupo pode ser distinguido por características como laços de identificação, a história, a linguagem, a tradição e a experiência comum que os diferencia do grupo geral e pelos quais, muitas vezes, é discriminado (PRATES; PRATES; MACHADO, 2011).

No que concerne ao imaginário social sobre os sujeitos que participaram da história, a expressão e fala de alguns, evidencia a invisibilidade e a estigmatização referidas por Prates, Prates e Machado (2011). Referem que a sociedade os vê como:

Eu acho, na minha opinião, que a gente, pelo fato da gente tá na rua, muitas vezes os donos de firma coisa assim, passam e vê a gente na rua. Quando a gente toma uma atitude de uma nova mudança, eles acham que a gente vai volta a usa de novo, ou apronta, coisa assim. (M.O.)

M.O. traz a ideia de que a condição de permanecer na rua por determinado tempo e ser “visto” por alguns empregadores pode ser um dos empecilhos na hora de buscar uma vaga de emprego. Situação que é atrelada, também, ao uso da droga como determinante no processo de exclusão do mercado de trabalho.

Ah, não sei, as pessoas na rua desprezam quem mora na rua, as pessoas vê a genti com otros olhos, né. Discriminado na verdade, né? As pessoas acham que a genti, quem mora na rua é ladrão, não dão a atenção que a genti precisa. (T.P.)

Outra situação abordada como dificultador é a condição de estar em um serviço de acolhimento. O fato de não possuir uma casa própria, endereço fixo que caracteriza um ideal de segurança e pertencimento a uma sociedade que elege um modelo padrão de ser e viver, diz do processo de exclusão vivenciado por aqueles que, pelo atravessamento de múltiplos condicionantes, relacionam-se de modo diferenciado com a rua. Reiterando que um dos condicionantes é a falta de oportunidade de um trabalho com as garantias de ter seus direitos assegurados, assim como a falta de incentivo para tal. Aspecto este que ficou evidente a partir das falas dos sujeitos e que coloca ainda mais em voga a necessidade de Lajeado repensar a articulação das políticas públicas, especialmente com o trabalho.

Que eu fui, fui dois mês atrás de serviço né, em todos que eu pedi, que eu conversei, que foi marcado a, como é que se diz, a entrevista. Daí eles perguntavam onde é que eu morava né. Falava que eu era do abrigo. Isso é preconceito. Que eu acho errado isso daí. Não por tu se morador de rua, ou de abrigo, albergue, uma instituição, que tu não podi te uma chance no mercado de trabalho. Isso é, bá, falta di consideração com o ser humano. Eu vô tenta. Essa semana, semana que vem eu vô tenta, eu vô, não vô desisti. Desisti sim porque pinto esse tava fazendo. Aí quando tá fraco, aí o cara já falo, bá M., não é bem assim, não vô ti garanti que todo dia vai te. (M.T.)

#### 6.4 QUEM (DES)CUIDA DE QUEM

O cuidado. Há cuidado? Que cuidado? Quem cuida? Quem (des)cuida? Novamente a história lança mão de indagações no sentido de trazer à tona o mote que orientou todo o processo de construção da história. Mesmo que a palavra em alguns momentos não foi verbalizada, o cuidado apareceu em cada expressão, cada frase, cada sentimento, cada desejo enunciado nos encontros. Despontou como prática de acolher as diferenças e respeitá-las, assim como uma busca por eliminar o que se apresenta enquanto diferente na cidade de Lajeado.

É, tem. Tem pessoa que tá tendo cuidado. Eu vi final de semana que fiquei na rua, né. Saí pra bebe, enfim né, i teve até um momento que até pessoas me chamaram: ô, tu que come alguma coisa? Moço, tu tá bem? Se sentindo? E teve outros que já não. Foram bastanti ignoranti. Eu tava ali na praça quando um taxista me chamo e pediu se eu quiria come. Aí eu aceitei. Aí ele foi lá, me compro um pastel. Comi e tomei um refri. (M.T.)

Sim, tem, tem bastante genti que agridi, mais tem outros, que eles, que nem tem muitos restaurantes que eles dão, dão comida. Tem moradores que né também ajudam, levam comida lá na praça. (M.T.)

Tem pastores, outras genti que vê né nós também por outro lado. Não vê como bandido, como né, etc, drogado, bêbado, mas por um lado tentam ajuda. Às veiz se nós se alimen, alimen, nós demo a volta por cima. Entendeu? (T.P.)

Desde o primeiro encontro com o grupo, a palavra “cuidado”, escrita em papéis espalhados pela mesa da sala, gerou olhares, perguntas, estranhamentos, reflexões e falas. Estas, marcadas por histórias de cuidado e/ou falta deste. A partir de suas vivências, o que os sujeitos têm a nos dizer sobre? Busquei, ao longo da construção da história, o encontro com diferentes discursos, pensamentos e reflexões sobre o cuidado. A produção midiática e conceitual que discute o tema frequentemente expõe a falta de cuidado, a importância da humanização do cuidado, descasos de governos com a saúde da população e outras ideias

(BARROS, 2008). No entanto, o mais complexo, potente e transformador encontro se deu com as histórias de vida dos sujeitos. Este é o encontro.

Ao me encontrar com o outro em que me abro para a produção relacional que isso traz, se não me posiciono para as trocas que isso pode produzir não me disponho a ser afetado pelo outro pelas várias formas de conexão que ali estão sendo produzidas. Não me disponho a entendê-lo como alguém que é produtor em si de modos de vida e nem a me desarmar do lugar do saber sobre o outro como objeto de mim (MERHY, 2012, p. 270).

O enfoque no discurso das pessoas em situação de rua acerca do cuidado torna-se produto da coparticipação dos sujeitos na produção de saúde. Mais do que discutir a lógica (estritamente) instrumental acerca do cuidado, faz-se necessário compreender como os sujeitos compreendem e avaliam as ações de cuidado. Sobre isso, Ayres (2004b, p. 84) argumenta que:

A ciência produz o conhecimento sobre as doenças ou sobre problemas sociais, a tecnologia transforma esse conhecimento em saberes e instrumentos para a intervenção, os profissionais aplicam esses saberes e instrumentos e produz-se a saúde. Precisamos considerar que a direção inversa também é verdadeira: que o modo como aplicamos e construímos tecnologias e conhecimentos científicos determina limites para o que podemos enxergar como necessidades de intervenção em saúde.

A lógica de cuidado da história depara-se com uma proposta que é reduzir a dimensão de um problema social complexo a um diagnóstico médico clínico, ou entendê-la na dimensão dos preceitos higienistas e sanitaristas, na ótica da remoção das populações em circulação pelas cidades (FOUCAULT, 1979). O cuidado que busca a expressão das singularidades dos sujeitos é pensado enquanto movimento que aposta no acolhimento e escuta como resistência a políticas higienistas. Mas, como pensar a expressão de subjetividades consideradas à margem em uma sociedade que aposta na medicalização como a cura para todos os males? “Os discursos e práticas de intervenção psiquiátricas no indivíduo e seu ambiente produziram uma medicalização da saúde, graças à multiplicação ilimitada dos papéis de doente” (MARTINS, 2008, p. 333).

A partir das falas dos participantes, ficaram evidentes algumas relações que estabelecem com o que acreditam designar um cuidado ou a ausência deste. J.T. relaciona a falta de cuidado com quem está na rua com situações de violência sofrida por eles. Como única mulher do grupo, ela foi protagonista quando os

assuntos centraram-se no debate sobre as percepções acerca do cuidado. Fala alta, forte, corpo que falava junto, ela mobilizou o grupo a expressar suas relações com os diferentes modos de cuidado.

Ah, eu acho errado também quando os guri tão na rua, ficam ali cobrando os carro, os taxista vêm dão de facão neles. O D. é uma vítima, o B. é uma vítima, vários já foram vítima, o M. já foi vítima. Deles tá pedindo uma moeda e os cara chega e dá de estoro de facão. D. já cortaram até as mão né T.? Nós levemos ele faze ponto na mão. Eu acho, eu não gosto, eu acho horrível isso ali que eles fazem porque não tem, eles não são obrigado a dá dinheiro. Passa um conhecido a genti vai ali e pede uma moeda, se ele quise dá, tive com muita vontade ele vai dá. Isso não que dize que um tem que vim e dá um tapa na cara que nem. O D. tomo um tapão na cara num dia, no memo dia o D. foi cortado. Eu acho isso aí uma covardia que eles fazem. Acho que não tem necessidade de faze isso aí. (J.T.)

Foucault (2005) traz que no século XVII e em parte do século XVIII apareciam técnicas de poder essencialmente centradas no corpo individual, ou seja, os sujeitos eram induzidos a seguirem certos comportamentos e, não outros. No entanto, na metade do século XVIII, Foucault aponta para algo novo, diferente do poder disciplinar, mas sem excluí-lo. Esse novo pensar e técnica referiam-se à vida dos homens, ao homem espécie, e não ao homem indivíduo. Ganha notoriedade as formas de poder destinadas à população, tornando-se uma biopolítica, como diria Foucault. Neste sentido, como pensar as intervenções?

Foucault (2005) apresenta o conceito de biopolítica durante a década de 1970 para mostrar a entrada do corpo biológico, do corpo espécie, na dimensão política. Para Foucault (2011, p. 459), a biopolítica (iniciada em meados do século XVIII) é uma maneira de “racionalizar os problemas apresentados à prática governamental pelos fenômenos próprios a um conjunto de viventes constituídos em população: saúde, higiene, natalidade, longevidade, raças”.

Neste sentido, a biopolítica vai operar com controles precisos, regulações de conjunto e mecanismos de segurança, para exigir mais vida, majorá-la e, dessa forma, geri-la (PORTOCARRERO, 2008). Esse modo de gerir a população, para Foucault (2005), é contemporâneo do aparecimento da figura dos anormais, como o delinquente, o perverso, entre outros. Ao identificar cientificamente essas anormalidades, as possíveis estratégias biopolíticas passam a estar em uma posição privilegiada para supervisioná-las e administrá-las.

O R. tomo até choque na praça por ele e a E. tá bebendo e ele não te condições de carrega a E. dentro do carrinho, eles deram até nele



até choque nele. E a E. não fica quieta, ela pego e desaforo uma brigadiana porque eles têm que vê que ela é uma pessoa bem duenti, não tem condições de caminha, ele não tinha condições de bota ela no carrinho. E eles deram choque no R. (J.T.)

A biopolítica da população dispara a pensarmos em quais as possibilidades de intervenção e como estas se dão no contemporâneo em relação à população em situação de rua. Questionam-se acerca dos movimentos de recolhimento e faxina social presentes nas cidades enquanto forma de governar a vida daqueles que habitam as ruas como meio de morada. O recolhimento e a prática de faxina social como já visto em algumas cidades brasileiras, especialmente em época de grandes eventos esportivos como este ano, também não se caracteriza como prática biopolítica?

Algumas falas apontam para uma condição que trafega da indiferença em relação aos sujeitos em situação de rua chegando à violência física. Esta é a ideia discutida por Bursztyn (2000), quando pondera que a desqualificação e a desvinculação das pessoas em situação de rua pode ser seguida da eliminação física à qual elas estão suscetíveis. Buarque (2000) acrescenta que pode estar em andamento um processo de dessemelhança entre seres humanos, marcado pela imagem do cidadão em situação de rua como alguém destituído do pertencimento à espécie humana.

Apanhei já, bastanti deles. Portanto que teve até o, não sei como é que se chama, o que que ele é, esse cara até arma na cabeça me boto pra me mata. Brincaram comigo umas duas, três hora e eu apanhando. (M.T.)

O cuidado também apareceu atrelado, além da violência, à ideia de que para existir o movimento de saída das ruas é necessário que este parta do sujeito. Com o tempo o sujeito em situação de rua parece deslocar as culpas e cobranças do grupo familiar, lançando-as sobre si e responsabilizando-se por sua própria condição: para voltar, precisa “se endireitar”, mudar de vida, de hábitos e pensar no futuro. Precisa corresponder aos critérios familiares de decência (SILVA, 2012). Aqui também se inclui os critérios que a sociedade impõe como um padrão de “normalidade”. M.O. e C.P. expressam tal ideia ao referirem que a mudança de um modo de vida e de relacionar-se com esta depende deles.

Basta a gente te força de vontade. Principalmente a força de vontade da gente também né de saí, te uma nova melhora. Não adianta só

os otros faze pela gente e a gente não se ajuda né. Mais, isso tudo vai também, que nem eu falei antes, anterior também, se a genti tive força de vontade de uma nova mudança, isso aí tudo a genti vai busca, basta a genti se mante limpo, busca uma nova vida e tudo vai se modificando. (M.O.)

Se prevenindo. Eu acho assim que se preveni da tentação. Não tentar ir no caminho errado. De se isso. A gente tem que cuida também pra não acontece algo ruim com a gente né, pra não acontece coisa ruim. (C.P.)

No Brasil, onde a família tem uma importância enquanto rede e acaba exercendo um papel da rede de proteção social, a desvinculação sociofamiliar mostra-se relevante no processo de ida para as ruas (SARTI, 2003). Ao mesmo tempo, a retomada, mesmo que gradual, dos vínculos familiares é compreendida pelos sujeitos enquanto uma possibilidade de reorganização de suas vidas, o que pode implicar na saída das ruas.

Eu, graças a Deus, eu tenho o apoio da minha irmã mesmo ela não tendo essa confiança total em mim, mais ela tá me ajudando bastante. Então, daqui pra frente só espero que tudo mude, né. (M.O.)

Eu, da família, da família não tenho ninguém que eu posso conta, só dos conhecidos. Família... A única pessoa que tá me ajudando, dá uma forcinha ainda que, que volta e meia vai lá em casa me vê coisa assim é a minha irmã. Esses dias eu também tava passando por dificuldade de comida, ela me deu uns vale de setenta pila, ela foi lá e me deu. É, até a minha irmã tá me dando uma força ainda, só que ela faiz isso aí tudo escondido do meu cunhado. Se meu cunhado fica sabendo já briga com ela. (M.F.)

A fragilidade dos vínculos familiares que pode levar à ruptura é considerada um dos múltiplos condicionantes que se relacionam ao processo de rualização. Neste sentido, a realização de investimentos em aspectos preventivos é fundamental quando as histórias são marcadas por episódios de violência, abandono e maus tratos. Para tal, faz-se necessário a estruturação de uma rede de cuidado que inclua as políticas de saúde, assistência social, habitação, geração de emprego e renda, cultura, sistema de promoção e garantia de direitos nos três âmbitos da federação.

Um dos pontos de destaque do grupo se deu através do modo como expressaram o cuidado que mantêm um com o outro, ou seja, com aqueles que se encontram na mesma situação de ter na rua não só um lugar de morada, mas de referência e ordenação de suas identidades. Qual é o cuidado que um dispensa ao outro? A rua, com todas as vicissitudes que a atravessam, revela ser também um espaço de formação de vínculos e relações que possibilitam enxergar no outro um

ponto de suporte e apoio para lidar com as adversidades e problemáticas vivenciadas.

Tem outra questão. Tem muitos que sabem, que que passa, sabe assim de vê, passa na vista e vê aí, mais não sabe que tem, cada canto sempre tem um que tá mal, tá doenti. Mesmo tu sendo drogado e bêbado tu sempre vai cuida um do outro. Mesmo sabendo que tu podi arrisca pega uma doença né. (M.T.)

Eu não abandono nunca. Eu não tenho nojo deles. Eu vo lá e, eu disse, eu mesma vo busca água limpa, eu mesma vo faze a comida porque eu o padrinho me o dinheiro. Eu mesma vo cozinha e vo servi vocês. Que daí eu vo cozinha do meu jeito, tudo no capricho, né T.P, por que que o T.P. foi no mercado ele e o M., daí eu cozinhei, eu servi eles e ainda antes de nós i pra casa eu cozinhei feijão, né Tiago. O T.P. e o D. foram busca lenha, eu cozinhei feijão, dexei uma polenta pronta pra eles come. Ela fico facera com isso. (J.T.)

J.T., a participante mulher que expressou via fala e corpo uma íntima relação com formas de cuidado consigo, mas especialmente com o outro, faz pensar, novamente, que a compreensão de estratégias de cuidado na cidade de Lajeado está atrelada à reestruturação da rede de serviços para o acolhimento às pessoas em situação de rua. A mesma encontra na possibilidade de um Centro de Acolhimento a garantia de um cuidado diferenciado e o protagonismo daqueles que necessitam deste cuidado.

Até, até nós mesmo podemos pega uma população, um monti di nós, pega aquela, eles não precisam paga, nós não temo nada, se nós pudemo fica na praça bebendo e usando droga, cada um pode pega uma enxada, um picão, uma pá e i lá limpa o pátio. Vai limpando, vai capinando, vai dando uma limpadinha na frenti porque vai se uma coisa que vai se pra nós mesmo. E vai se um lugar ondi vão coloca tanque pra ti lava ropa, vai se um lugar que, de repenti, vai te, vão faze, digamos, vinte e quatro horas, tu vai pode durmi, tu mesmo vai lava teu lençol, tu mesmo lava tua fronha, tu se junta um monti de genti, vai ali faz uma sopa. Antigamente, lá no Conserva, tinha um sopão. (J.T.)

Para Ayres (2004b), podemos não só escolher o que o público deva ser ou fazer, reforçando a tradicional forma de atuar no campo das políticas sociais, com a redução de sujeitos a objetos e assim manipulá-los. A lógica é proporcionar uma maior participação do usuário (e da comunidade) a partir de sua sabedoria prática, dos seus saberes cotidianos, para gerar recursos e encontrar melhores ações para responder às suas necessidades de saúde ou de segurança social. J.T. segue verbalizando a compreensão de que ampliar as práticas de cuidado se dá à medida

que os serviços são repensados, reorganizados e contemplem as diversidades enunciadas por aqueles que mantêm com a rua uma relação singular.

Ma sempre tem que te uma coisa com regras. Tem que te regras. Ai, tu vai chega naquele estado tu vai te que toma um banho, tu vai te que escova teus denti, tu deita, tu dorme, se tu fica com dois dia com o lençol na cama, tu memo pega e lava já que eles vão coloca tanque. Não é difícil di faze, é só quere. E eu tenho certeza que se der, porque eu acredito que ali vai dá certo, muita genti vai saí da rua. Por enquanto a genti até vai para de usa droga, a genti vai come, vai descansa. (J.T.)

“Não é difícil di faze, é só quere”. Copio não somente a frase de J.T., mas também a sua ideia e desejo. O cuidado que atravessa a história tem a proposição, especialmente, de disparar a discussão e abrir o campo da visibilidade para as formas de cuidado existentes no município, assim como as possibilidades de ampliá-las. Reorganizar a rede de serviços parece constituir-se como um dos nós centrais para que se inicie um processo de modificação. Os sujeitos que participaram da construção da história querem. Quem mais quer?

## 7 CENA/ACONTECIMENTO 7: O COMPARTILHAR DA HISTÓRIA

Desde o início da apresentação da proposta, a combinação foi de realizarmos um encontro, pós-finalização da escrita da dissertação, para debatermos a construção do trabalho, as percepções a partir das falas e demais assuntos pertinentes a uma devolutiva. Proposta aceita por todos. No entanto, algumas modificações no meio do caminho. Além de realizar o grupo para a construção da pesquisa do Mestrado, trabalho com este dispositivo semanalmente. Grande parte dos que participaram da história, são também os que mantêm vínculo mais sistemático com o serviço, comigo e com o grupo que desenvolvo. Resultado disso? As devolutivas se deram de forma gradual, espontânea e atravessaram alguns dos encontros e suas discussões. Positivo ou negativo? Mais do que dualismos, há um movimento para pensar nas significações de devolver algo. Afinal, a história foi pensada e construída de forma a tornar-se um movimento de trocas e reciprocidade. “Devolver” talvez não seja a melhor palavra e mais adequada para a proposta. Quem sabe devemos nos valer da perspectiva de compartilharmos e avaliarmos o que construímos a partir dos encontros.

Em alguns momentos as perguntas que ouvia eram: “Como tá o trabalho?” “Já terminou?” “Quando vai terminar de escrever?” Ao mesmo tempo, vinham algumas falas misturadas com um riso, mas que foram muito significativas e potentes. “Nós podemos te ajudar a escrever”. E a minha resposta era: mas vocês estão me ajudando a escrever. O trabalho é nosso. Mesmo que a devolutiva tenha “escapado” um pouco ao que talvez seja o considerado padrão para um processo como este, considero que “padronizar” nunca foi uma palavra e um desejo que acompanhou o percurso de construção da história. Diferenciar. Está aí o que nos guiou. Além deste processo de conversa com os sujeitos participantes do grupo, outros atores que contribuiram para a história, terão a oportunidade de compartilhar desta construção. CREAS, CAPS ad, Abrigo São Chico, demais serviços e pessoas em situação de rua serão convidados a conhecer o que produzimos.

## 7.1 A HISTÓRIA QUE NÃO TERMINA COM UM PONTO FINAL...

Era uma vez uma história e aqui estão algumas afetações, desejos, considerações, mas não sua finalização. Quem sabe alguns (re)começos. Desde o início do mestrado, ou até antes dele, a vontade era tornar mais aberto, compartilhado e questionável o modo como se dá a relação com a população em situação de rua em Lajeado, seja pelos profissionais das políticas públicas de saúde e assistência social, outros trabalhadores da rede, comunidade e, especialmente, aqueles que vivenciam o processo de rualização. A inquietude sempre me acompanhou, principalmente ao tentar relacionar o que está preconizado nas políticas públicas, em especial as da saúde e assistência social, e o modo como isto é efetivado nas práticas dos serviços.

Quando iniciei meu trabalho no CREAS o fenômeno população em situação de rua começou a fazer parte de meu cotidiano de modo intenso. Trago a intensidade para demonstrar que passei a refletir sobre o funcionamento do serviço, em termos teóricos e práticos, e fui percebendo que o trabalho com esta demanda estava somente presente na política, não integrando as intervenções realizadas pelo CREAS, pelo menos não de forma continuada e articulada com outros serviços e políticas. Era preciso repensar e propor modificações. Foi o que iniciei gradualmente com a ajuda de alguns parceiros (colegas do CREAS, de outros serviços) e com o acolhimento daqueles que estavam mais afastados do serviço: os sujeitos em situação de rua. Acolhimento que se deu na relação de confiança e troca: do serviço, quando “abriu as portas para eles”, e deles quando escolheram entrar. Um processo de mudança iniciou e proporcionou contar esta história.

Inicialmente, percebeu-se que grande parte das pessoas em situação de rua em Lajeado não utilizava os serviços públicos oficiais ou pouco se relacionava com a assistência instituída, buscando outras alternativas para o banho, necessidades fisiológicas, alimentação e vestuário, por exemplo. Situação que, muitas vezes, proporcionava o agravamento das circunstâncias pela contínua permanência em condições insalubres, sujeitas à violência ou ainda sob a ação contínua de álcool e drogas. Assim, problematiza-se que a ausência, insuficiência ou inadequação de políticas públicas em relação ao processo de exclusão e vulnerabilidades cumulativas não significa somente uma posição de neutralidade ou incapacidade do estado em lidar com o problema da população de rua, mas, pelo contrário, reafirma

a penalização do indivíduo pela situação em que ele se encontra (VARANDA; ADORNO, 2004). O que será que estava/está faltante na estruturação de uma rede de apoio e cuidado às pessoas em situação de rua? Hoje a população de rua é parte do cenário urbano, requerendo intervenções que levem em conta como ela se constitui e as formas de sobrevivência ali desenvolvidas.

Parece-nos que o grande desafio está em desenhar outras formas de vida, assim como pensado por Deleuze (2006). O desejo da história, bem como das práticas de trabalho está em elucidar que o movimento de reforma não se faz apenas com a transformação dos serviços de acompanhamento à população em situação de rua, mas o maior desafio está na transformação da relação da sociedade com os sujeitos que vivem nesta condição. Difícil? Sim. Afinal, falamos de uma sociedade que é múltipla e complexa. No entanto, que iniciemos pelas transformações micro, de oferecimento de um espaço de escuta e acolhida para estas singularidades.

Se neste momento, nesta contextualização histórica a verdade que circula é a da remissão dos sintomas, de uma normalidade abstrata, o mais cômodo é medicar, ou melhor, medicalizar. Assim, cabe-nos, falo especialmente aos profissionais de saúde e assistência social, “a busca de pontos em que resistências se apresentem como linhas de fuga, referentes à relação com o corpo e a subjetividade tomados como objeto de trabalho para si, indiquem a produção de novos estilos de vida, novos nomes para a saúde, novos nomes para o sujeito” (BARONI et al.; 2010, p. 76).

Quando nos deparamos com afirmativas e propostas de intervenção que têm como premissa norteadora uma causa monolítica para um processo que é dinâmico, relacional, complexo e multifatorial, há que se questionar, pois um desvio das formas de atenção ocorre, e ele não é gratuito. Não sendo gratuito, pode gerar modos de cuidar excludentes, fortalecendo a ideia que para sermos incluídos precisamos corresponder a um único padrão de vida.

Para isso, Foucault (2008), contribui para a história ao trazer à tona o debate sobre o biopoder, regime político que configura a vida como objeto. Este nos coloca que tanto a vida, quanto a subjetividade, foram tomadas de “assalto” na atualidade. O que isto significa? No que se refere ao campo social, tal dimensão tem sido um território profícuo de investimento de práticas governamentais, através de mecanismos de regulação e controle das populações, ou seja, gestão e governo de

condutas e subjetividades. Portanto, tem-se a fabricação de mundos e modos de vida, especialmente para a população margeada de direitos e garantias sociais, como às pessoas em situação de rua.

Nesse sentido, a história segue com o desejo de abrir ainda mais o campo das discussões para pensar como os profissionais da saúde e assistência social, principalmente, operam no campo das políticas como uma ferramenta biopolítica, cujo um dos efeitos é a dominação, a disciplina e a docilização dos corpos e da vida. No entanto, a história precisa continuar atentando para atuações que invistam em espaços de produção de resistência e diferença, ou seja, em formas de potencializar forças inventivas e coletivas.

Histórias<sup>9</sup>? Sim, muitas. Diferentes? Sim. Semelhantes? Também. Percursos. Construções. Destruições. Começos. (Re)começos. (Re)caídas. Fala. Escuta. Atentos. Desatentos. Quem fala? Quer falar?! Quem escuta? Quer escutar?! Medo de falar. Desejo de falar. Conseguimos. Paulo, Joaquim e Márcio expressam um pouco de suas vidas através da história, e seguem. Por onde e para onde? Pelos trilhos da vida. Pelas linhas de captura e fuga. E seguem. Era uma vez...

---

<sup>9</sup> Parte do diário de campo da autora que auxiliou na construção da história.



## REFERÊNCIAS

ABREU, P. B. et al. **Condições sociais e de saúde mental de moradores de rua adultos em Porto Alegre**: relatório de pesquisa. Porto Alegre: FRGS/PUCRS/HCPA/FASC, 1999.

AYRES, J.R.C.M. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. **Saúde e Sociedade**, v.13, n.3, p.16-29, set-dez, 2004a.

\_\_\_\_\_. J. R. C. M. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. **Interface: Comunicação, Saúde e Educação**. Botucatu, 2004b. 8(14), 73-92.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2011.

BARROS, M. E. B. de. De amoladores de faca e cartógrafos: a atividade do cuidado In: PINHEIRO, R. e MATTOS, R. A., (Org.). **Cuidar do cuidado**: responsabilidade com a integralidade das ações de saúde. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, ABRASCO, 2008, 356 p.

BEZERRA, B. JÚNIOR. Desafios da reforma psiquiátrica no Brasil. **Physis** v.17 n.2, Rio de Janeiro, 2007, p. 243-250.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicaocompilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm)>. Acesso em: 23 mai. 2016.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. Lei nº 8. 742, de 7 de dezembro de 1993. Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8742.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8742.htm). Acesso em: 19 mai. 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde Mental no SUS**: os centros de atenção psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

\_\_\_\_\_. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome. Resolução nº 145, de 15 de outubro de 2004. Brasília: CNAS, 2004b.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à

Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS> Brasília, novembro de 2005.

\_\_\_\_\_. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome. **Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua**. Brasília: MDS, 2008.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. Casa Civil. Decreto nº 7.053 de 23 de dezembro de 2009a. Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2007-2010/2009/Decreto/D7053.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2009/Decreto/D7053.htm)>. Acesso em: 23 mai. 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome. Resolução nº 109, de 11 de novembro de 2009b. Aprova a Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 25 nov. 2009. Seção 1, p. 1.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria 1.190, de 4 de junho de 2009c. Institui o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde - SUS (PEAD 2009-2010) e define suas diretrizes gerais, ações e metas. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1190\\_04\\_06\\_2009.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1190_04_06_2009.html)>. Acesso em: 23 mai. 2016

\_\_\_\_\_. Presidência da República. Casa Civil. Decreto nº 7.179, de 20 de maio de 2010. Institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, cria o seu Comitê Gestor, e dá outras providências. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2007-2010/2010/Decreto/D7179.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2010/Decreto/D7179.htm)>. Acesso em: 23 mai. 2016

\_\_\_\_\_. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Orientações Técnicas: Brasília: CREAS, 2011a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Brasília: MS, 2011b.

\_\_\_\_\_. Secretaria Nacional de Política Sobre Drogas. **Guia do Projeto Consultório de rua**. Salvador: CETAD, 2012.

BUARQUE, C. Olhar a (da) rua. In: BURSZTYN, M. (Org.). **No meio da rua: nômades excluídos e viradores**. Rio de Janeiro: Garamond, 2000. p. 7- 10.

BULLA, L. C.; MENDES, J. M. R.; PRATES, J. C. (Orgs.). **As múltiplas formas de exclusão social**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2004.

BURSZTYN, M. Da pobreza à miséria, da miséria à exclusão: o caso das populações de rua In: BURSZTYN, M. (Org.). **No meio da rua: nômades excluídos e viradores**. Rio de Janeiro: Garamond, 2000. p. 27-54.

CASTEL, R. As armadilhas da exclusão. In: WANDERLEY, M; BÓGUS, L; YAZBEK, M. C. **Desigualdade e a questão social**. São Paulo: EDUC, 1997.

CECCIM, R. B. Equipe de Saúde: a perspectiva Entre-disciplinar na Produção dos Atos Terapêuticos In: PINHEIRO, R. e MATTOS, R. A., (Org.). **Cuidado: as fronteiras da Integralidade**. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, ABRASCO, 2008, 324 p.

CECCIM, R. B., FEUERWERKER, L. C. M., O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social, **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 14(1):41- 65, 2004.

CECILIO, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito Estruturante na Luta pela Integralidade e Equidade na Atenção à Saúde. [s.l.], 2004. Disponível em: <www.lappis.org.br>. Acesso em: 16 jul. 2014.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA - CFP. Centro de Referências Técnicas em Psicologia e Políticas Públicas-CREPOP. **Referências técnicas para prática do(a) psicólogo(a) no Centro de Referência Especializado de Assistência Social – CREAS / CFP**: Brasília, 2012.

\_\_\_\_\_. **Drogas e Cidadania: em debate**. Conselho Federal de Psicologia. Brasília, 2012.

CONTE, M. et al. Redução de Danos e Saúde Mental na Perspectiva da Atenção Básica. **Boletim de Saúde**, Porto Alegre, v. 18, n. 1, 2004.

COSTA, A. P. M. População em situação de rua: contextualização e caracterização. **Revista Virtual Textos e Contextos**. Porto Alegre: PUCRS, nº 4, ano IV, dez. 2005.

DELEUZE, G. **Lógica do sentido**. São Paulo: Perspectiva, 2006.

\_\_\_\_\_. **Diferença e repetição**. Rio de Janeiro: Graal, 1988.

DETONI, M. C. **Artesania Clínica: questões para uma prática da multiplicidade**. Porto Alegre: Marcavisual, 2009.

ENGELMAN, S. O campo de exceção e a vida nua. In: FONSECA, et al. **Rizomas da Reforma Psiquiátrica: a difícil reconciliação**. Porto Alegre: Sulina/UFRGS, 2007, p. 53-86.

ESCOREL, S. **Vidas ao léu: trajetórias da exclusão social**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1999.

FERREIRA, G. A Reforma Psiquiátrica no Brasil: uma análise sócio-política. **Psicanálise & Barroco – Revista de Psicanálise**. [s.l.], V. 4, n.1: 77-85, jun. 2006.

FOUCAULT, M. **Ditos e Escritos VII**. Arte, Epistemologia, Filosofia e História da Medicina. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2011.

\_\_\_\_\_. **Em defesa da sociedade**. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

\_\_\_\_\_. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

\_\_\_\_\_. **O nascimento da biopolítica**. Curso no Collège de France (1978 – 1979). São Paulo: Martins Fontes, 2008.

\_\_\_\_\_. **O poder psiquiátrico**. São Paulo: Martins Fontes, 2006.

FRANGELLA, S. M. **Corpos urbanos errantes**: uma etnografia da corporalidade de moradores de rua em São Paulo. Campinas: Unesp, 2004. Tese (Doutorado em Ciências Sociais). Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas-SP, 2004.

GONÇALVES, A. M.; SENA, R. R. A reforma psiquiátrica no Brasil: contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família. **Rev. Latino-am Enfermagem**. São Paulo, 2001, p. 48-55.

ILLICH, Ivan UnFacteurPathogènePrédominant, L'obsession de lasantéparfaite (A obsessão com a saúde perfeita ), Le Monde Diplomatique, mars 1999. Tradução de Roberto Passos Nogueira (2013). disponível em: <[www.cebes.org.br/verBlog.asp?idConteudo=4902&idSubCategoria=56](http://www.cebes.org.br/verBlog.asp?idConteudo=4902&idSubCategoria=56)> Acesso em: 05 set. 2013.

INSITUTO BRASILERIO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. Informações Estatísticas. **Censo Demográfico 2010**. Lajeado-RS. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=431140&search=rio-grande-do-sul|lajeado>>. Acesso em: 07 jul. 2016. .

LAJEADO. (Município). **História do Município**. Disponível em: <<http://www.lajeado.rs.gov.br/>>. 2016. Acesso em: 29 jun.2016.

\_\_\_\_\_. Lei nº 1.175, de 06 de julho de 1965, Institui o Brasão de Armas do Município de Lajeado. Lajeado, 1965.

LEAL, E. M.; DELGADO, P. G. G. Clínica e cotidiano: o CAPS como dispositivo de desinstitucionalização. In: PINHEIRO, Roseni; GULJOR, Ana Paula. **Desinstitucionalização da saúde mental**: contribuições para estudos avaliativos. Rio de Janeiro: CEPESC – IMS/UERJ – ABRASCO, 2007, p. 137-154.

LIMA, F. A. F. de. **Justiça Terapêutica**: em busca de um novo paradigma. São Paulo: USP, 2009. Tese (Doutorado em Direito). Faculdade de Direito, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, 2009.

LIMA, R. de C. C.; TAVARES, P. Desafios recentes às políticas sociais brasileiras sobre as drogas: enfrentamento ao CRACK e proibicionismo. **Argumentum**, Vitória, ES, v. 4, n. 2, p. 6-23, jul./dez. 2012.

MACHADO, F. R. de S.; PINHEIRO, R.; GUIZARDI, F.L., As Novas Formas de Cuidado Integral nos espaços Públicos de Saúde. In: PINHEIRO, R. e MATTOS, R. A., (Org.); **Cuidado**: as fronteiras da Integralidade. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, ABRASCO, 2008, 324 p.

MACHADO, S.A. O Processo de Rualização e o Sistema Único de Assistência Social/SUAS: uma interlocução necessária entre proteção social básica e proteção social especial. 2012. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, PUCRS/Porto Alegre, 2012.

MARTINS, A. L. B. Biopsiquiatria e Bioidentidade: Política da Subjetividade Contemporânea. **Psicologia e Sociedade**. Porto Alegre: UFRGS, 2008. 20 (3): 331-339, 2008.

MERHY, E. E. **Agir em Saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec (Série Didática), 1997.

\_\_\_\_\_. Anormais do desejo: os novos não humanos? Os sinais que vêm da vida cotidiana e da rua. In: **Conselho Federal de Psicologia. Grupo de Trabalho de Álcool e outras drogas. Drogas e cidadania: em debate**. Brasília, DF: CFP; 2012. P. 9-18.

\_\_\_\_\_. O Ato de Cuidar: a Alma dos Serviços de Saúde. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Ver – SUS Brasil: cadernos de textos**. Brasília: Ministério da Saúde, p.108-137, 2004 (Série B. Textos Básicos de Saúde).

MINAYO, M. C. de S. (Org.). **Pesquisa qualitativa: um instigante desafio**. São Paulo: Veras, 1999.

NASCIMENTO, E. P. A nova questão social. **Proposta**. ano 22, 1994.

PASSOS, E.; BARROS, R. B. A cartografia como método de pesquisa-intervenção. In: PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. da (Orgs). **Pistas do método da cartografia: Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade**. Porto Alegre: Sulina, 2010.

PAUGAM, S. Fragilização e ruptura dos vínculos sociais: uma dimensão essencial do processo de desqualificação social. **Revista Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, ano 20, n.60, jul.1999.

PEREIRA, P. A. P. A assistência social prevista na Constituição de 1988 e operacionalizada pela PNAS e pelo SUAS. *Ser Social*, Brasília, n.20, p.63-83, jan./jun, 2007.

PERRONE, C. A morada por vir: anotações de um diário de bordo para sair das prisões do possível. In: FONSECA, Tania Mara Galli et al. **Rizomas da Reforma Psiquiátrica: a difícil reconciliação**. Porto Alegre: Sulina/UFRGS, 2007

PETUCO, D. da S. A produção social do usuário de crack: desconstruindo o monstro. In: Conselho Federal de Psicologia (Org). **Drogas e Cidadania em debate**. Brasília-DF: CFP, 2012.

PINHEIRO, R. Cuidado em Saúde. In: DICIONÁRIO da Educação Profissional em Saúde da EPSJV/Fiocruz. 2009. Disponível em:<<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/cuisau.html>> **Acesso em: 08 Jul. de 2013.**

PINHEIRO, R.; GUIZARDI, F.L., Cuidado e Integralidade: Por uma Genealogia de Saberes e Práticas no Cotidiano. In: PINHEIRO, R. e MATTOS, R. A., (Org.); **Cuidado: as fronteiras da Integralidade**. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, ABRASCO, 2008, 324 p.

PORTO ALEGRE (Município). Fundação de Assistência Social e Cidadania. **Cadastro da População adulta em situação de rua na cidade de Porto alegre.** Porto Alegre: FASC, 2012

PORTOCARRERO, V. Os limites da vida: da biopolítica ao cuidado de si. In.: ALBUQUERQUE JÚNIOR, D.M. de; VEIGA-NETO, A.; SOUZA FILHO, A. (Orgs.). **Cartografias de Foucault.** Belo Horizonte: Autêntica, 2008.

PRATES, J. C. et al. A Política de Inclusão para Populações em Situação de Rua no Brasil e o Desafio da Integralidade. In: **SIPIN - Seminário Internacional sobre políticas públicas, intersectoralidade e família.**, 2013, Porto Alegre. Desafios Éticos no Ensino, na Pesquisa e na Formação Profissional, 2013. v. 1.

PRATES, J. C.; PRATES, F. C.; MACHADO, S. Populações em situação de rua: os processos de exclusão e inclusão precária vivenciados por esse segmento. **Temporalis**, Brasília (DF), ano 11, n.22, p.191-215, jul./dez. 2011.

PRATES, J.C.; ABREU, P.; CEZIMBRA, L. Mulheres em situação de rua. In: BULLA, et al. **As múltiplas formas de exclusão social.** Porto Alegre: EDIPUCRS, 2004.

RAMMINGER, T.; SILVA, M. (org). **Mais substâncias para o trabalho em saúde com usuários de drogas.** 1ª ed. Porto Alegre: Rede Unida, 2014.

REIS, C. N. dos; PRATES, J. C; MENDES, J. **A realidade do morador de rua de Porto Alegre.** Relatório de Pesquisa. Porto Alegre: FSS/PUCRS-PMPA-FESC, 1995.

RIZZINI, I. **O Século Perdido:** raízes históricas das políticas públicas para a infância no Brasil. Rio de Janeiro: Universidade Santa Úrsula, 1997.

RODRIGUES, T. Política de drogas e a coragem da luta. **Argumentum**, Vitória-ES, v. 4, n. 2, p. 24-33, jul./dez. 2012.

ROSANVALLON, P. **La Nueva Cuestion Social:** repensar el Estado providencia. Buenos Aires: Manantial, 1995.

ROSEMBERG, F. A LBA. O Projeto Casulo e a Doutrina de Segurança Nacional. In FREITAS, Marcos César. (org). **História Social da Infância no Brasil.** São Paulo: Cortez Editora, p.137-158, 1997.

SANTOS, M. **O País Distorcido.** São Paulo: Publifolha, 2002.

SARTI, C.A. **A família como espelho:** um estudo sobre a moral dos pobres. São Paulo: Cortez, 2003.

SILVA, C. C. R. Da punição ao tratamento: rupturas e continuidades na abordagem do uso de drogas. In: RAMMINGER, T.; SILVA, M. (org). **Mais substâncias para o trabalho em saúde com usuários de drogas.** 1ª ed. Porto Alegre: Rede Unida, 2014.

SILVA, F.H. da; GOMES, R. da. S. Cuidado, integralidade e ética: em busca da produção comum. In: PINHEIRO, R. e MATTOS, R. A., (Org); **Cuidar do cuidado:**

responsabilidade com a integralidade das ações de saúde. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, ABRASCO, 2008, 356 p.

SILVA, M. L. L. Trabalho e população em situação de rua no Brasil. São Paulo: Cortez, 2009.

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

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

SOARES, L. E.; BILL, M.V; ATHAYDE, C. **Cabeça de Porco**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2005.

SOUZA, T. de P.; CARVALHO, S. R. Reduzindo Danos e Ampliando a Clínica: Desafios para a garantia do acesso universal e os confrontos com a internação compulsória. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Cadernos HumanizaSUS**, volume 5, Saúde Mental. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

SPOSATI, A. **Vida Urbana e Gestão da Pobreza**. São Paulo: Cortez, 1988.

VARANDA, W.; ADORNO, R. de C. F. Descartáveis Urbanos: discutindo a complexidade da população de rua e o desafio para políticas de saúde. **Saúde e Sociedade**: v.13, n.1, p. 56-69, jan-abri 2004.

VASCONCELOS, J. A filosofia e seus intercessores: Deleuze e a não-filosofia. **Educação Sociedade**. Campinas, v. 26, n. 93, p. 1217-1227, set/dez, 2005.

VENTURA, R. Os paradoxos do conceito de resistência: do mesmo à diferença. **Estudos de psicanálise**, n. 32, p. 153-162, nov, 2009.

VIEIRA, M. A. C.; RAMOS BEZERRA, E. M.; MAFFEI ROSA C.M. **População de rua**: quem é, como vive, como é vista. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1994.

YASBEK, M.C. **Classes subalternas e assistência social**. 6.ed. São Paulo: Cortez, 2007.

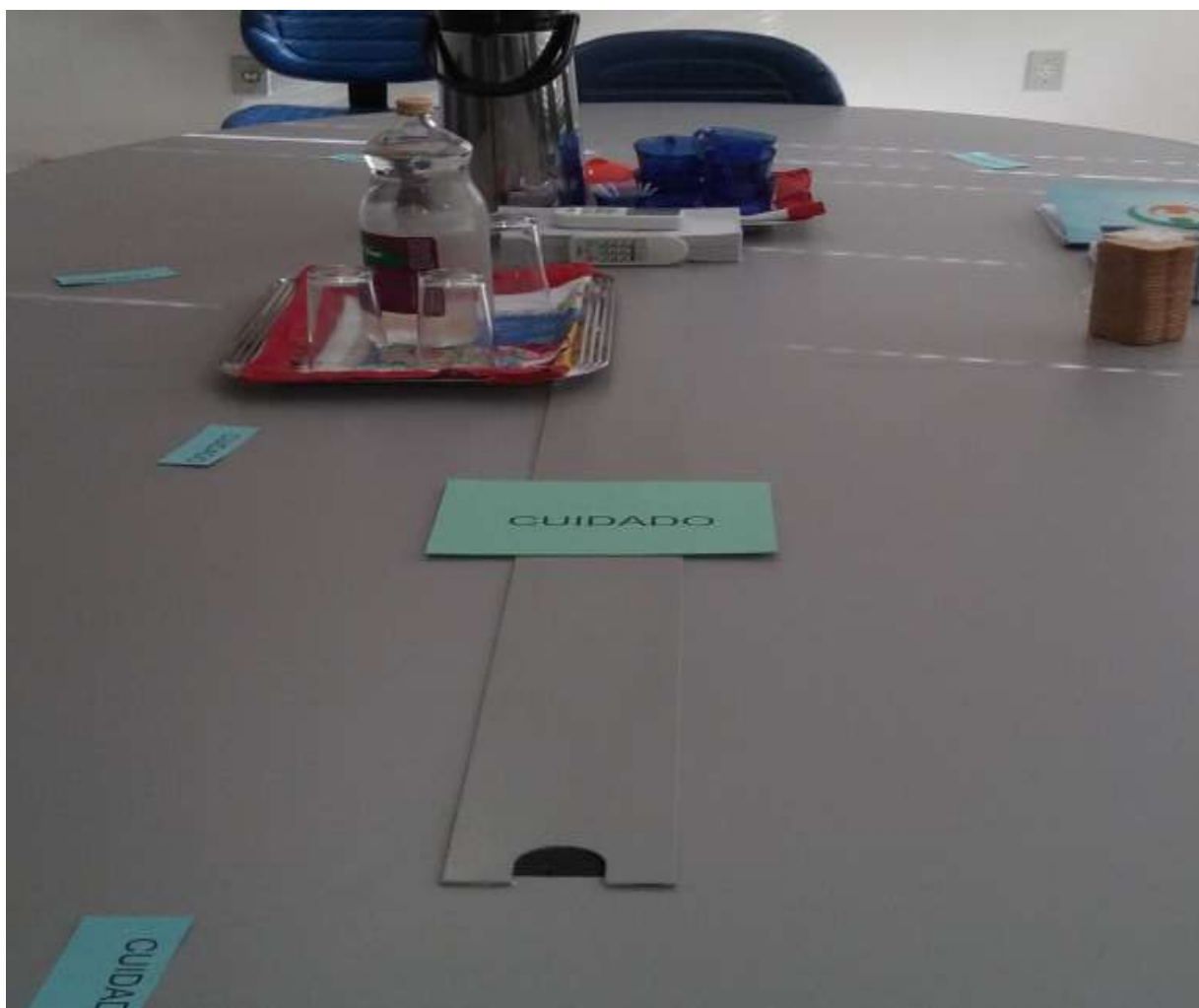
YASUI, S. **Rupturas e Encontros**: desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2010.

## APÊNDICE A – O espaço de cuidado do grupo

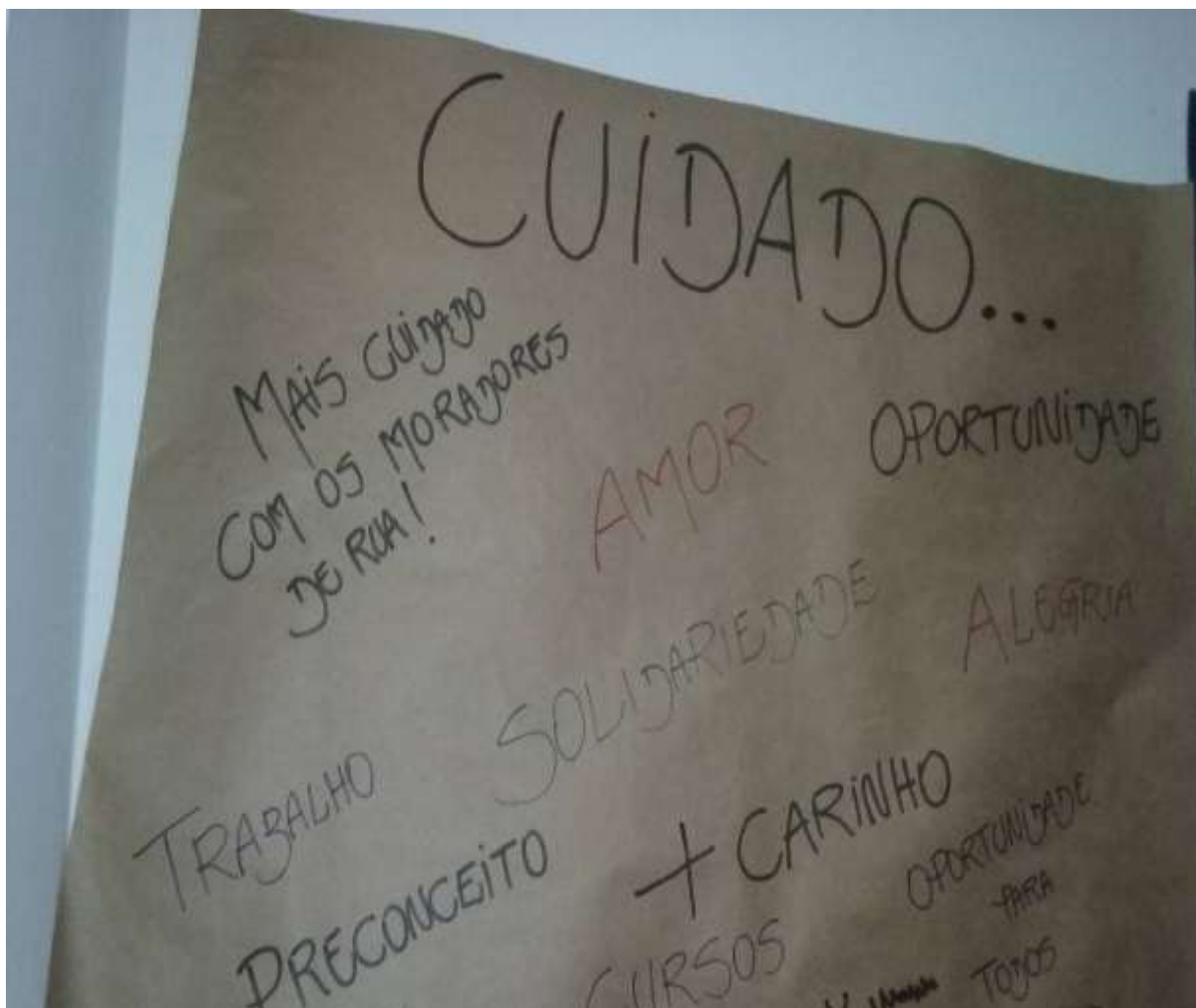




## APÊNDICE B - Espaço de cuidado do grupo



## APÊNDICE C – Painel construído pelo grupo



## APÊNDICE D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

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

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Prezado (a) Senhor (a): Você está sendo convidado a participar da Pesquisa “SE ESTA RUA, SE ESTA RUA FOSSE MINHA... CUIDADO À POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA EM LAJEADO, RS que tem como objetivo geral compreender como a população em situação de rua percebe e acolhe as estratégias de cuidado disponibilizadas pelo Sistema de Proteção Social do município de Lajeado, RS. Sua participação é voluntária em qualquer etapa do processo de pesquisa, sem qualquer prejuízo. Você participará de um Grupo Focal realizado no Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) e/ou no espaço da rua que servirá como dispositivo de problematização para o trabalho. O grupo será realizado semanalmente, com duração prevista de 1 hora e 30 minutos, sob a coordenação de uma psicóloga que atua no serviço. Será mantido sigilo quanto à identificação dos participantes. Estou ciente que, no caso de algum desconforto em relação à entrevista, vou relatar à pesquisadora responsável que me orientará e indicará algum serviço da rede que possibilite o apoio necessário. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, e obedece a todas as recomendações éticas e de preservação de sigilo e confidencialidade da identidade dos informantes. As informações coletadas serão utilizadas para fins científicos e para qualificação das políticas públicas e serão mantidas sob a guarda da Escola de Enfermagem da UFRGS, e destruídas após 5 (cinco) anos. Serão divulgados dados gerais da pesquisa, de forma a não identificar pessoalmente os participantes. Qualquer esclarecimento ou informação adicional poderá ser obtido com a pesquisadora Kátia Mottin Tedeschi pelo telefone (51) 9308-2782 ou pelo email: [katiam@universo.univates.br](mailto:katiam@universo.univates.br). Para esclarecimentos sobre os meus direitos como participante ou se penso que fui prejudicado pela minha participação, posso entrar em contato com a Profa. Dra. Jussara Maria Rosa

Mendes, responsável pela pesquisa, através do telefone (51) 3308-5462 ou ainda com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UFRGS pelo telefone (51) 3308-3629.

Este documento foi lido por mim, ou para mim e estou ciente de seu conteúdo integral.

Pesquisadora responsável: Jussara Maria Rosa Mendes

Assinatura: \_\_\_\_\_.

Pesquisadora: Kátia Mottin Tedeschi.

Assinatura: \_\_\_\_\_.

Abdicando dos meus direitos autorais, firmo o presente documento, sabendo que quaisquer dúvidas em relação à pesquisa podem ser esclarecidas pela pesquisadora ou pelo CEP. Eu, \_\_\_\_\_, aceito participar do estudo acima descrito.

Assinatura: \_\_\_\_\_. Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

Local:\_\_\_\_\_.

Este documento consta em 02 vias: uma destinada ao pesquisador, outra ao sujeito da pesquisa.