

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA**  
**INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**

Larissa Pimenta Coldibeli

**A vida tecida em contradições:** itinerários terapêuticos de mulheres em situação de rua a partir de uma etnografia multilocal.

Juiz de Fora

2020

**Larissa Pimenta Coldibeli**

**A vida tecida em contradições:** itinerários terapêuticos de mulheres em situação de rua a partir de uma etnografia multilocal.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Juiz de Fora como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Psicologia. Área de concentração: Processos Psicossociais em Saúde.

Orientador: Fernando Santana de Paiva

Coorientadora: Cássia Beatriz Batista

Juiz de Fora

2020

Ficha catalográfica elaborada através do programa de geração automática da Biblioteca Universitária da UFJF, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Coldibeli, Larissa Pimenta.

A vida tecida em contradições: itinerários terapêuticos de mulheres em situação de rua a partir de uma etnografia multilocal / Larissa Pimenta Coldibeli. -- 2020.

133 f.

Orientador: Fernando Santana de Paiva

Coorientador: Cássia Beatriz Batista

Dissertação (mestrado acadêmico) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Instituto de Ciências Humanas. Programa de Pós-Graduação em Psicologia, 2020.

1. População em situação de rua. 2. Gênero. 3. Mulheres. 4. Itinerários Terapêuticos. 5. Saúde. I. Paiva, Fernando Santana de, orient. II. Batista, Cássia Beatriz, coorient. III. Título.

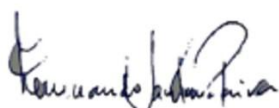
**Larissa Pimenta Coldibeli**

**A vida tecida em contradições:** itinerários terapêuticos de mulheres em situação de rua a partir de uma etnografia multilocal.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Juiz de Fora como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Psicologia. Área de concentração: Processos Psicossociais em Saúde.

Aprovada em 29 de outubro de 2020.

**BANCA EXAMINADORA**



---

Prof. Dr. Fernando Santana de Paiva - Orientador  
Universidade Federal de Juiz de Fora



---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Cássia Beatriz Batista - Coorientadora  
Universidade Federal de São João Del Rei



---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Sabrina Pereira Paiva  
Universidade Federal de Juiz de Fora



---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Isabela Saraiva de Queiroz  
Universidade Federal de São João Del Rei

## AGRADECIMENTOS

Esta dissertação foi construída entre muitos encontros, (re)descobertas, escutas, turbulências, sorrisos e persistência. É fruto de toda a minha trajetória, acadêmica e pessoal, e embora tenha sido escrita por mim, traz em cada palavra todas as pessoas que se fizeram presentes neste percurso. Quero agradecer a todos que, de algum modo, me acompanharam e compuseram este texto.

Aos meus pais, Leticia e Antônio Carlos, cujos esforços desmedidos para me fazer feliz e me proporcionar o melhor, sempre, são a razão por eu ter conseguido chegar até aqui. São meu exemplo, têm minha mais profunda admiração, e são fonte inesgotável de força e amor. Este percurso foi mais leve e bonito com vocês ao meu lado!

Ao meu irmão Guilherme (Bê), parceiro fiel e incansável, cuja simples companhia diária tornou meus dias mais bonitos e gostosos de serem vividos.

Ao Hugo, meu companheiro e maior incentivador, acompanhou de perto cada pequena conquista, as angústias e “becos sem saída” que se apresentaram e, a cada vez, demonstrou sabedoria, paciência e escuta, me ajudando a encontrar alguma paz e novos caminhos. Obrigada por enxergar sempre a melhor parte de mim.

À minha família, pelo carinho e apoio constantes. Em especial agradeço à minha vó Sílvia, quem desde cedo me ensinou o poder das palavras e sempre me impulsionou a crescer academicamente. Obrigada por vibrarem a cada conquista!

À Maria Helena, ao Luiz e ao Gustavo, pelo incentivo constante, a cada encontro, e por ajudarem a descontraír nos momentos em que eu precisava.

Às minhas grandes amigas de sempre, obrigada por me receberem com sorrisos e arrancarem eles de mim, trazendo leveza, companhia e tranquilidade para os meus dias. Desde sempre, sem vocês não teria a mesma graça.

Aos meus amigos da psicologia, da residência, e que a vida aproximou neste caminho, obrigada por sempre demonstrarem interesse pelo meu trabalho, e partilharem momentos felizes e de descontração.

Aos amigos desse caminho, obrigada por compartilharem as angústias, as risadas nervosas e de alívio, e por construírem também, bem de perto, este trabalho comigo. As nossas trocas foram fundamentais!

Ao Fernando, meu orientador, pela paciência, suporte e parceria. Agradeço imensamente pela oportunidade de trabalharmos juntos e pela confiança no meu potencial. Sinto o quanto cresci e amadureci e, indubitavelmente, suas orientações, criatividade e paixão pelo trabalho foram essenciais.

À Cássia, minha coorientadora, um presente que ganhei no processo. Obrigada por toda a delicadeza e incentivo, ajudando a tornar este percurso mais rico e leve.

Ao grupo de pesquisa Martín-Baró que, em meio a provocações e angústias, me auxiliou a rever conceitos e a moldar teoricamente o meu trabalho. Obrigada pelas ricas discussões.

À todos os professores que contribuíram para a minha trajetória até aqui. Guerreiros resistentes em meio às adversidades diárias, têm toda a minha admiração.

À Universidade Federal de Juiz de Fora, incluindo aqui todo o corpo humano que a representa, e em especial, ao departamento e ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFJF, que desde a graduação contribui com excelência para a minha formação e construção de um pensamento crítico tão importante para a análise da realidade que nos cerca.

À CAPES e à UFJF, pelas bolsas de Mestrado concedidas.

À equipe da Casa de Passagem e do Consultório na Rua, pela solidariedade prestada a mim, cedendo seus espaços de trabalho, um pouco do seu tempo e conhecimento. Vocês foram a porta de entrada para que todo o trabalho pudesse acontecer e sou extremante grata!

À Ângela e Lélia, por terem “aberto seus corações” e permitido que eu as conhecesse, acompanhasse e fizesse parte, ainda que minimamente, dos seus dias. Foi um ato grandioso de generosidade e delicadeza, sem o qual esta pesquisa não aconteceria. Impossível não ser profundamente tocada por nossos encontros e trocas. Certamente não sou a mesma. Obrigada por tanto!

À todas as mulheres em situação de rua que confiaram à mim um pouco de suas histórias, compartilhando angústias, alegrias, esperanças e sonhos. Obrigada por tornar este trabalho possível!

Aprendo mais com abelhas do que com aeroplanos.  
É um olhar para baixo que eu nasci tendo.  
É um olhar para o ser menor, para o  
insignificante que eu me criei tendo.  
O ser que na sociedade é chutado como uma  
barata – cresce de importância para o meu olho.  
Ainda não aprendi por que herdei esse olhar  
para baixo.  
Sempre imagino que venha de ancestralidades  
machucadas.  
Fui criado no mato e aprendi a gostar das  
coisinhas do chão –  
Antes que das coisas celestiais.  
Pessoas pertencidas de abandono me comovem:  
tanto quanto as soberbas coisas ínfimas.  
(Manoel de Barros, 1998).

No meio do caminho tinha uma pedra  
tinha uma pedra no meio do caminho  
tinha uma pedra  
no meio do caminho tinha uma pedra.

Nunca me esquecerei desse acontecimento  
na vida de minhas retinas tão fatigadas.  
Nunca me esquecerei que no meio do caminho  
tinha uma pedra  
tinha uma pedra no meio do caminho  
no meio do caminho tinha uma pedra.  
(Carlos Drummond de Andrade).

## RESUMO

A presente dissertação teve como objetivo identificar e compreender os itinerários terapêuticos de mulheres em situação de rua do município de Juiz de Fora (MG). Buscou-se responder a algumas perguntas chave, quais sejam: Como as mulheres em situação de rua se relacionam com a saúde e com os serviços de saúde? Quais os efeitos das relações desiguais de gênero vigentes na sociedade capitalista e patriarcal na saúde dessas mulheres? Para tal, optou-se pela realização de um estudo qualitativo, utilizando-se como estratégia metodológica a etnografia multilocal, e como técnicas para construção dos dados, a observação participante, bem como a realização do diário de campo. Duas mulheres em situação de rua foram acompanhadas em suas trajetórias de busca por cuidados em saúde, e as observações foram feitas também na Casa de Passagem para mulheres, nos locais por onde circulava o Consultório na Rua, e no Fórum da População em Situação de Rua, totalizando 16 meses de imersão no campo. A partir da experiência no campo, foi possível identificar que dois elementos, predominantemente, gerenciam e organizam os itinerários terapêuticos das mulheres participantes desta pesquisa: o gênero, que implica formas de relacionamentos, necessidades e histórias marcadas pelo significado, papéis e posições da mulher na sociedade; e os atravessamentos das instituições presentes cotidianamente na vida dessas mulheres, sejam elas os serviços de Saúde e da Assistência Social, ou o aparato policial e a religião que assumem tais formas. Percebeu-se, ainda, que compreender os itinerários terapêuticos de mulheres em situação de rua revelou-se como uma forma de escuta e descoberta de seus itinerários pela vida, exigindo uma compreensão ampla, dialética e histórica da noção de “saúde”. Para estas mulheres, os itinerários terapêuticos referem-se não somente às práticas e percursos de significação e produção de cuidados mas, principalmente, à sua própria existência e possibilidades de produção de vida.

**Palavras-Chave:** População em situação de rua; Gênero; Mulheres; Itinerários Terapêuticos; Saúde.



## **ABSTRACT**

The aim of this dissertation was to identify and understand the therapeutic itineraries of homeless women in Juiz de Fora city (MG). An attempt was made to answer some central questions, namely: How do homeless women relate to health and health services? What are the effects of unequal gender relations prevailing in capitalist and patriarchal society on the health of these women? To this end, we opted to carry out a qualitative study, using multilocal ethnography as methodological strategy, and as techniques for data construction, participant observation, as well as the field diary. Two homeless women were followed in their search for health care, and the observations also took place in the “Casa de Passagem” for women, in the places where the “Consultório na Rua” circulated, and in the Homeless Population Forum, totaling 16 months of immersion in the field. Based on field experiences, it was possible to identify that two elements, predominantly, manage and organize the Therapeutic Itineraries of women participating in this research: gender, which implies forms of relationship, needs and histories marked by meaning, roles and positions of women in society; and the crossing of institutions present daily in the lives of these women, such as the Health and Social Assistance services, or the police apparatus and the religion that take such forms. It was also noticed that understanding the therapeutic itineraries of homeless women revealed itself as a way of listening and discovering their itineraries through life, requiring a broad, dialectical and historical understand of the notion of “health”. For these women, the therapeutic itineraries refer not only to the practices and paths of meaning and production of care, but, mainly, to their own existence and possibilities of life production.

**Key-words:** Homeless; Gender; Women; Therapeutic Itineraries; Health.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CnR	Consultório na Rua
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
CTA	Centro de Testagem e Acolhimento
HPS	Hospital de Pronto Socorro Doutor Mozart Teixeira
HU	Hospital Universitário - UFJF
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IPEA	Instituto de Pesquisa e Economia Aplicada
MNPR	Movimento Nacional da População de Rua
MPC	Modo de Produção Capitalista
PAM	Pam Marechal da Secretaria de Saúde da Prefeitura de Juiz de Fora
PSR	População em Situação de Rua
PT	Partido dos Trabalhadores
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SUS	Sistema Único de Saúde

## Sumário

1 INTRODUÇÃO.....	10
2 DELIMITAÇÃO TEÓRICA .....	14
2.1 POBREZA, POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA E POLÍTICAS PÚBLICAS: ALGUNS APONTAMENTOS .....	14
2.1.1 A pobreza como um determinante da existência da população em situação de rua. ....	14
2.1.2 População em situação de rua e políticas públicas .....	21
2.2 GÊNERO, RAÇA E CLASSE: DESDOBRAMENTOS PARA A SAÚDE DE MULHERES EM SITUAÇÃO DE RUA.....	26
2.2.1 Algumas considerações sobre gênero, raça e classe.....	26
2.2.2 Mulheres em situação de rua e saúde .....	32
2.3 ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS E O CUIDADO EM SAÚDE .....	37
3 ABORDAGEM METODOLÓGICA .....	40
3.1 TIPO DE PESQUISA.....	40
3.1.2 Caminho trilhado .....	42
3.2 IDENTIFICANDO O CENÁRIO DE INVESTIGAÇÃO .....	44
3.3 “SUJANDO OS PÉS”: REFLEXÕES SOBRE A PESQUISA DE CAMPO .....	47
3.3.1 Reflexões sobre o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) .....	50
4 TRADUZINDO AS EXPERIÊNCIAS DE ENCONTRO COM AS MULHERES .....	53
4.1 DIÁRIO DE CAMPO: ALGUMAS NARRATIVAS E PERCEPÇÕES.....	53
4.1.2 Conversas no caminho.....	64
4.2 “RAINHA DO CENTRO POP E DA CASA DE PASSAGEM” – ÂNGELA.....	70
4.3 “DARIA PARA FAZER UMA BIOGRAFIA DA MINHA VIDA” – LÉLIA.....	84
5 ANÁLISE DAS EXPERIÊNCIAS JUNTO ÀS MULHERES EM SITUAÇÃO DE RUA .	96
5.1 GÊNERO E RUA: ENTRELAÇAMENTOS QUE CONFORMAM CAMINHOS.....	96
5.2 INSTITUIÇÕES E SAÚDE: CUIDADOS PRODUZIDOS EM CONTRADIÇÕES .....	102
5.3 ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS DE MULHERES EM SITUAÇÃO DE RUA: UMA TENTATIVA DE DELIMITAÇÃO .....	108
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	111
REFERÊNCIAS .....	118
ANEXO A – Parecer Favorável do Comitê de Ética e Pesquisa.....	127

## 1 INTRODUÇÃO

Os caminhos que movimentaram a tecitura desta dissertação foram norteados pelo objetivo central de identificar e compreender os itinerários terapêuticos de mulheres em situação de rua. Sua conformação, contudo, se deu a partir de movimentos anteriores que envolvem meus interesses de estudo enquanto psicóloga e pesquisadora, vinculados à construção de uma atuação profissional comprometida com a ética e a transformação da realidade social. Sempre me senti tocada e instigada pelas situações de violência, privações de direito e desigualdades sociais às quais determinados grupos estão constantemente submetidos e, impelida por indagações a partir da indignação que este cenário me confere, busquei caminhos na psicologia que me aproximassem do trabalho com essas questões.

Desse modo, experiências oportunizadas pela graduação permitiram tal aproximação, como as atividades de extensão do Programa de Educação Tutorial (PET), do mestrado de Desenvolvimento Comunitário do Instituto Superior de Psicologia Aplicada (ISPA) de Lisboa, e do projeto de extensão de práticas comunitárias na UBS de Vila Olavo Costa de Juiz de Fora. Percebi, assim, que a interseção entre as áreas da Psicologia e da Saúde despertavam minha afeição e interesse, sempre em relação com aqueles que, de algum modo, se viam privados de assistência e da garantia dos seus direitos. Após a conclusão do curso de Psicologia, ingressei no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde do Adulto do HU-UFJF, cujas experiências contribuíram para acirrar meus questionamentos acerca da atuação da psicologia, historicamente colaboradora para a manutenção da ordem social, se estendendo ao funcionamento dos serviços nos quais o psicólogo está inserido.

Desse modo, considero o tema desta dissertação como fruto da conjugação destes interesses. A população em situação de rua, compreendida como um produto dos modos de produção do sistema capitalista (MPC), tem sua realidade conformada em meio à pobreza extrema, sendo considerada os mais pobres entre os pobres. Como parte desta população, as mulheres em situação de rua constituem-se como um dos grupos mais vulneráveis a situações de violência, conjugando opressões e desigualdades relacionadas tanto ao grupo do qual fazem parte, quanto à sua condição de gênero. Como evidenciado pela literatura, entre os direitos negados à essa população, encontra-se o direito à saúde, ainda que constitucionalmente legitimado.

A partir de uma revisão sistemática da literatura realizada por mim, pelo meu orientador e coorientadora desta pesquisa, na qual buscamos conhecer o que tem sido pesquisado sobre a relação das mulheres em situação de rua com a saúde e produção de cuidado, nos contextos nacional e internacional, identificamos a escassez de literatura na área, a despeito da amplitude

e seriedade dessa problemática. Os achados desta revisão evidenciaram a interseção entre condição de gênero, situação de rua e saúde, apontando ainda o caráter transcultural do fenômeno, e a necessidade de se investir em mais investigações na área. Entre os pontos centrais de análise, destaca-se a relação das mulheres com os serviços de saúde e da assistência social, compreendidos como insuficientes para abarcar a complexidade e particularidades das mulheres, considerando-se as implicações do “ser” mulher na sociedade capitalista patriarcal, bem como inúmeras barreiras de acesso das mulheres a estes serviços.

Estes dados, somados aos de outros estudos nacionais e aos da própria pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua (IPEA, 2016), fomentaram as questões que nortearam a construção desta dissertação: Como as mulheres em situação de rua se relacionam com a saúde e com os serviços de saúde? Com qual frequência os procuram e como se sentem recebidas? A quais serviços e meios (formais e informais) elas endereçam suas demandas de saúde? Quais os efeitos das relações desiguais de gênero vigentes em nossa sociedade na saúde dessas mulheres?

A partir de tais questionamentos, elegeu-se o itinerário terapêutico como categoria de análise, justamente por referir-se a um conceito capaz de abarcar as compreensões de saúde assumidas pelas mulheres, os caminhos percorridos em busca por cuidados em saúde, os (des)encontros travados neste caminho, bem como as redes de relações envolvidas no processo. Além disso, é uma categoria que permite a compreensão de algo que é particular, pensando-se nas especificidades de mulheres em situação de rua, mas também do que é plural e global, pois permite o acesso a elementos estruturais que levam à caracterização de processos amplos. Isso posto, apresento a seguir a estrutura da dissertação.

Na primeira seção, me dedico a realizar uma delimitação teórica, apresentando alguns conceitos e análises que fundamentam a lente teórica a partir da qual empreendo meu trabalho. Na primeira subseção, “Pobreza, População em Situação de Rua e Políticas Públicas: alguns apontamentos”, busco conceituar o fenômeno da população em situação de rua enquanto um fenômeno inerente ao MPC e apontar como a pobreza fornece contornos específicos para a realidade na qual essas pessoas estão inseridas. Além disso, trago a relação desta população com as políticas públicas, historicamente destinadas a “tratar” os pobres e fortemente influenciadas pela lógica assistencialista, e falo sobre Política Nacional para a População em Situação de Rua (BRASIL, 2009), suas implicações e as medidas implementadas no âmbito da saúde.

Ainda na delimitação teórica, a segunda subseção é intitulada “Gênero, raça e classe: desdobramentos para a saúde de mulheres em situação de rua”, dentro da qual procuro trazer

algumas discussões que permeiam o conceito de gênero, compreendido aqui como uma categoria analítica e histórica que se refere às relações desiguais entre sujeitos historicamente situados, bem como a importância de se realizar análises interseccionais que abarquem o papel da mulher na sociedade a partir do entrelaçamento entre gênero, raça e classe, que vai conformar posições e possibilidades distintas a partir da composição desses marcadores vivenciada por cada mulher. Em sequência, imbuída pelos contornos que a condição de gênero pode fornecer para a experiência das mulheres em situação de rua, trago análises sobre a relação dessas mulheres com a saúde, a partir do que a literatura nacional aponta sobre o tema. Destacam-se, neste quesito, a relação das mulheres com as drogas, com a maternidade, com o trabalho e com a violência, que vão influenciar fortemente sua saúde, bem como a relação destas mulheres com os serviços de saúde que, de modo geral, não são considerados como recurso principal de busca por cuidados.

Concluindo esta primeira parte, trago a seção intitulada “Itinerários terapêuticos e o cuidado em saúde”, na qual procuro discorrer sobre o conceito de itinerário terapêutico, compreendido como os processos pelos quais as pessoas ou grupos sociais escolhem e aderem a determinadas formas de cuidados, envolvendo os caminhos percorridos em busca desse cuidado que podem coincidir ou não com os fluxos pré-determinados pelo sistema de saúde.

Na seção seguinte, “Abordagem metodológica”, eu descrevo meu processo de pesquisa, explicitando o tipo de pesquisa realizada, bem como algumas reflexões que emergiram a partir da minha imersão no campo. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, na qual realizei uma etnografia multilocal (MARCUS, 2001), que se propõe investigar a circulação de objetos, significados ou pessoas em espaços difusos. Especificamente, acompanhei duas mulheres em situação de rua em alguns de seus trajetos pela cidade na tentativa de buscar seus itinerários terapêuticos. Além disso, realizei observações participantes na Casa de Passagem para mulheres e junto ao Consultório na Rua, utilizando como método de construção de dados o Diário de Campo.

A quarta seção, “Traduzindo as experiências de encontro com as mulheres”, se aproxima de uma exposição do que seriam os resultados da pesquisa, na qual eu busco descrever minhas experiências junto às mulheres em situação de rua dedicando-me, inicialmente, a elaborações a partir do diário de campo produzido nas instituições nas quais realizei as observações participantes, e nos encontros e conversas com algumas mulheres que cruzaram o meu caminho. Em sequência apresento as duas mulheres que me permitiram acompanhá-las nos itens denominados “Rainha do Centro Pop e da Casa de Passagem” – Ângela”, e “Daria para fazer uma biografia da minha vida” – Lélia”.

Na seção seguinte, intitulada “análise das experiências junto às mulheres em situação de rua”, busco “amarrar” as tramas evidenciadas pelos percursos percorridos pelas mulheres em situação de rua, destacando-se o papel do gênero na conformação de possibilidades e caminhos, bem como o das instituições e sua relação com a saúde, na qual as contradições parecem ser o elemento principal. Por fim, faço uma tentativa de delimitar o conceito de itinerários terapêuticos de mulheres em situação de rua, adequando-o à realidade das mulheres.

Por fim, nas considerações finais, procuro aproximações com um “ponto final” para o trabalho, evidenciando alguns elementos centrais, e trazendo algumas reflexões que envolvem o processo de pesquisa, suas limitações e possibilidades futuras.

## **2 DELIMITAÇÃO TEÓRICA**

### **2.1 POBREZA, POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA E POLÍTICAS PÚBLICAS: ALGUNS APONTAMENTOS**

Este tópico busca tratar da relação das pessoas em situação de rua com a pobreza, categoria que assume caráter múltiplo e contraditório a partir das diferentes perspectivas que buscam teorizá-la. Evidencia-se a necessidade de se empreender análises históricas e contextuais que apontem para a sua gênese atrelada ao MPC. A realidade das pessoas em situação de rua, conformada em meio aos processos de opressão e exploração, é inerente à pobreza extrema, que gera impactos profundos na sua saúde e subjetividades, justificando a importância de se abordar esta temática. Em sequência, após tratar desta relação, busco discorrer sobre papel das políticas públicas voltadas para a população em situação de rua, que apenas muito recentemente recebeu atenção devida do poder público, através da criação da Política Nacional para a População em Situação de Rua (BRASIL, 2009), que representa avanços importantes para o reconhecimento dessas pessoas como sujeitos de direitos, e apresenta na área da saúde o maior número de ações.

#### **2.1.1 A pobreza como um determinante da existência da população em situação de rua.**

Pensar sobre as pessoas em situação de rua no Brasil implica considerar os processos de formação da sociedade brasileira, constituídos a partir de um capitalismo tardio e dependente, que configura desigualdades sociais com efeitos concretos na vida cotidiana da população até os dias atuais. Faz-se necessária uma análise histórico-crítica que permita apreender o conjunto de determinações que envolvem a formação da população em situação de rua (PSR). A delimitação da concepção de pobreza é central, haja vista as distintas leituras existentes, que impactam diretamente na produção de práticas, políticas públicas, e até mesmo nas relações sociais. Esta análise fornece subsídios para situar o fenômeno da PSR enquanto produto de processos estruturais, constituindo-se como expressão alarmante das desigualdades sociais geradas no seio da sociedade capitalista (SOUSA, MACEDO, 2019).

A história da formação social brasileira é uma história de dependência, cunhada pelos processos de colonização e escravidão, que tinham como objetivo primeiro contribuir para o processo de acumulação primitiva do capital nas metrópoles europeias. Desse modo, o desenvolvimento do capitalismo no Brasil se deu como resultado de um processo de modernização hipertardio, conduzido pelas classes dominantes, que logo perceberam a



necessidade de garantir a dominação das massas exploradas como forma de garantir a aliança com o capital estrangeiro, ocasionando o surgimento de um Estado forte e autoritário, capaz de assegurar este cenário (LACERDA Jr.,2013).

A colonização deixou marcas profundas na formação social do Brasil, influenciando a construção de um país agroexportador comprometido com os interesses privados e das elites (CARVALHO, 2002). O capitalismo em desenvolvimento, "servo" da elite advinda do regime escravocrata e dos países centrais, já não fornecia espaço para o amplo contingente de livres e libertos (negros, índios e grupos miscigenados), que foram forçados a vagar pelas cidades, considerados inúteis ao modelo agroexportador. Soma-se a este cenário a chegada de imigrantes europeus, no final do séc. XIX, que culminou no incremento do excedente populacional brasileiro, que perdeu postos de trabalho para os europeus. Com o processo de urbanização, que levou a um intenso êxodo rural no Brasil, a situação se agrava, e já se configura um cenário nacional de extrema expropriação, pobreza e miséria para um grande contingente populacional (CARVALHO, 2002; RIBEIRO, 1995).

A história do Brasil segue marcada pela exclusão das forças populares, por mudanças encabeçadas por setores dominantes, e pela manutenção de um ordenamento autocrático e opressor. Comparado aos outros países latino-americanos, o Brasil tem inserção tardia na ordem neoliberal, iniciada com a eleição do presidente Fernando Collor de Melo, e consolidada a partir de 1995 com o governo de Fernando Henrique Cardoso. Intensifica-se, assim, a retirada de direitos sociais, a precarização das condições de trabalho, o reforço da dependência financeira, e o crescimento das desigualdades sociais (LACERDA Jr.,2013; SOARES, 2002).

Embora a política macroeconômica adotada nos governos PT tenha implementado medidas de combate à pobreza e desigualdades, estas se tornaram insustentáveis com a crise econômica e política que culminou no processo de ruptura democrática vivido no Brasil atual (SOUSA, MACEDO, 2019). O atual governo brasileiro é caracterizado por uma forte reação conservadora, que toma forma a partir de uma agenda ultraliberal, promovendo o desfinanciamento de serviços essenciais, privatizações, redução da proteção pública ao trabalho, e consequente intensificação da exploração da força de trabalho, fatores que impactam diretamente na constituição da pobreza no cenário brasileiro (SANTOS, 2019).

Assim, cada vez mais, o modelo econômico implantado no Brasil produz pessoas exploradas e oprimidas, pessoal e socialmente, com poucas perspectivas de transformação social. São pessoas consideradas inválidas pelo sistema, como decorrência das novas exigências da competitividade e da redução de oportunidades e de emprego, fatores marcantes da sociedade atual (COSTA, 2005). A maneira pela qual essas pessoas são compreendidas e nomeadas pela

sociedade apresenta variações ao longo do tempo, bem como indícios sobre qual projeto societário encontra-se oculto.

A pobreza, nesse sentido, constitui-se como a forma mais comum de caracterização desse grupo de pessoas e, embora se revele como uma vivência ou condição material evidente e naturalizada no cotidiano das cidades, envolve uma pluralidade de conceitos e compreensões que apontam para a sua complexidade. Como pontuado por Siqueira e Alves (2018), “apesar da *riqueza* com que se tratam as formas de *manifestação* da pobreza, as análises são *pobres* ao conceber os *fundamentos*, as *causas* da gênese da mesma no MPC” (p.30), o que aponta para a pluralidade de conceituações sobre pobreza, ao mesmo tempo em que marca a importância de se realizar uma análise que extrapole compreensões simplistas e reducionistas, como a de pobreza como equivalente à ausência de riqueza, que podem levar à naturalização e aceitação dessa condição.

Os autores Accorssi, Scarparo e Guareschi (2012) trazem o conceito de pobreza absoluta e relativa, sendo o primeiro compreendido a partir da existência do mínimo necessário para se viver, enquanto o segundo a partir das necessidades referentes ao contexto social ao qual o indivíduo pertence. Este, parte do pressuposto de que o mínimo vital é obtido por todos, e considera a pobreza como um fenômeno multidimensional verificando, para além do mínimo para o consumo privado, necessidades relacionadas ao acesso a serviços, água, educação, transporte e luz. A pobreza absoluta, por sua vez, promove uma análise unidimensional, levando a um reducionismo biológico-alimentar atribuído às necessidades do sujeito, e ao estabelecimento de um critério absoluto em relação à quantidade de nutrientes e energias que o indivíduo necessita para se manter vivo, fatores pelo quais é amplamente criticada.

Em concordância com tais concepções, a pobreza é usualmente entendida do ponto de vista de indicadores, como o de renda e emprego, de forma que as medidas da pobreza tornam-se, respectivamente, monetárias ou multidimensionais, estas últimas expressas pelo IDH e o índice de Gini, principalmente. As definições baseadas no critério de renda acabam por convergir na ideia de que os pobres são aqueles que, de algum modo, não têm acesso a um mínimo de bens e recursos, sendo excluídos da riqueza social (YAZBEK, 2012).

Outra compreensão de pobreza, amplamente difundida e utilizada, pauta-se em análises individualizantes, baseadas em concepções positivistas ou mesmo pós-modernas, esbarrando nos binômios “integrado/marginal”, “funcional/disfuncional”, ou “incluído/excluído”. Esta compreensão tende a conceber a pobreza como uma escolha pessoal, como “desajuste” ou patologia do próprio indivíduo ou grupo ao qual pertence, ou como uma “incapacidade” de se conquistar uma vida digna. Tais concepções, contudo, partem da suposição de que todos os

indivíduos se encontram em uma posição de igualdade de oportunidades, e responsabiliza o indivíduo pobre pela sua condição, que deve ser, de alguma forma, “integrado” ou “refuncionalizado” de modo a se adequar às condições do sistema do qual faz parte. De acordo com Siqueira e Alves (2018, p.27):

Vinculam-se a estas concepções de pobreza os binômios: normalidade-anomia, ajustamento-desajuste, funcional-disfuncional, integração-desintegração, inclusão-exclusão. A pobreza representa aqui o aspecto patológico de cada um desses binômios, cuja solução (para a recuperação da saúde e normalidade do sistema) estaria na retomada da “normalidade”, por via de formas de “inclusão” e “integração” (emprego, educação, atenção sanitária ou higienista, registros civis, assistência, filantropia etc.), ou de reclusão e criminalização.

Tais concepções respaldam respostas do Estado e da sociedade civil para o combate à pobreza, fazendo emergir desde medidas higienistas, educacionais e religiosas, que pretendem certo “ajustamento” e proteção do sujeito, até medidas coercitivas e de criminalização da pobreza, que reprimem o sujeito por sua condição (SIQUEIRA, ALVES, 2018). Esta forma de “tratar” a pobreza relaciona-se à entrada do pensamento conservador no debate, proporcionando leituras desarticuladas da fundamentação política e econômica que sustenta o fenômeno da pobreza, compreendida neste âmbito como problema de ordem moral ou comportamental (MONTAÑO, 2012.).

Imbuídas nesta perspectiva, as respostas à pobreza têm sido, historicamente, permeadas pela compreensão de certa naturalidade e irreversibilidade que desqualificam o fenômeno enquanto questão política (SOUSA, MACEDO, 2019). Assim, as respostas para o problema da pobreza se dão a partir de ações de cunho caritativo, filantrópico e ao mesmo tempo opressivas, incumbindo ao sujeito pobre a responsabilidade por sua condição (IANNI, 1992; SILVA, 2006). Salientando este cenário, Montaña (2012) retoma as diferentes formas de enfrentamento à pobreza que foram tomando forma ao longo do desenvolvimento capitalista, coexistindo contraditoriamente até os dias atuais.

De acordo com o autor, a concepção liberal clássica, predominante até o séc. XVIII, responde à pobreza, até então compreendida como um problema de carência, a partir da organização de ações filantrópicas; já a partir do séc. XIX, a pobreza compreendida como o ato de mendicância e crime, é “tratada” com repressão e reclusão; a partir do séc. XX a pobreza, atrelada à “questão social”, é considerada como um “mal necessário” produzido pelo próprio desenvolvimento econômico e, portanto, tratada através de políticas sociais estatais, por meio do fornecimento de bens e serviços. A estratégia neoliberal, por sua vez, orienta-se numa tripla

ação, conjugando tais compreensões: estatal, referente às políticas sociais caracterizadas como focalizadas e precarizadas; mercantil, dirigida à população consumidora, transformando os serviços em mercadorias lucrativas; e, por fim, as ações do terceiro setor ou da sociedade civil, de caráter filantrópico (MONTAÑO, 2012).

Nessa direção, para Montaña (2012), a pobreza deve ser compreendida como uma expressão da “questão social”<sup>1</sup>, sendo esta um fenômeno próprio ao MPC. De acordo com o autor, a “questão social” constitui-se da relação capital-trabalho a partir do processo produtivo, suas contradições de interesses e suas formas de enfrentamento e lutas de classes” (p.11), de forma que a pobreza encontra-se intimamente relacionada às relações de produção capitalista e é o resultado da acumulação privada de capital.

Assim, na sociedade capitalista, mesmo em sua face periférica como a brasileira, a pobreza só pode ser compreendida, ética e criticamente, a partir da contradição pobreza/acumulação constitutiva do MPC, em articulação com a acumulação de riqueza, numa dinâmica de exploração e apropriação da mais valia (SIQUEIRA, ALVES, 2018). A pobreza, nessa direção, não é um aspecto residual ou transitório na sociedade capitalista. É estrutural e resultante do seu próprio desenvolvimento. Ela é um produto necessário ao MPC, de forma que o seu próprio desenvolvimento, ao proporcionar o aumento da riqueza socialmente produzida, não só não reduz a pobreza, como, pelo contrário, a produz e amplia. O capitalismo gera acumulação, por um lado, e pobreza, por outro: “acumulação de miséria equivale a acumulação de capital” (SIQUEIRA, 2012, p. 371).

Percebe-se que a pobreza encontra-se intimamente relacionada ao MPC, assumindo conceituações e compreensões tão plurais, quanto complexas. Ironicamente (ou não), a população em situação de rua (PSR), enquanto grupo populacional, é capaz de abarcar e sofrer os efeitos das diversas conceituações existentes, constituindo-se como os mais pobres entre os pobres, submetidos a opressões e privações constantes de possibilidades, oportunidades e condições de se constituírem enquanto cidadãos. Assim como a pobreza, o fenômeno da população em situação de rua é compreendido como um produto de condições históricas e intrínsecas ao MPC (VARANDA, ADORNO 2004). Embora este grupo de pessoas seja

---

<sup>1</sup> A questão social tem sua origem na segunda metade do século XIX, quando a classe operária despertava no cenário político da Europa Ocidental. Ela resulta da divisão da sociedade em classes e da disputa pela riqueza socialmente gerada, cuja apropriação é extremamente desigual no capitalismo, e se configura como parte constitutiva do mesmo, manifestando-se através da pauperização, da exclusão e das desigualdades sociais. Em suma, refere-se a um conjunto de problemáticas sociais, políticas e econômicas constitutivas das relações sociais capitalistas, e cujo enfrentamento exige a formulação de políticas sociais de caráter universal e responsabilidade do Estado (Iamamoto, 2001).

amplamente entendido como “excluído” da sociedade, as teorizações aqui levantadas permitem concluir que a condição de vida precarizada na qual se inserem culmina em processos de inclusão perversa deste segmento, o que produz formas de sofrimento específicas.

De acordo com Silva (2006), a população em situação de rua constitui-se como um fenômeno social com considerável relevância na composição da pobreza nas sociedades capitalistas. Sabe-se que a presença de pessoas vivendo nas/das ruas remonta à Antiguidade, porém, sua composição atual está intimamente relacionada às mudanças no mundo do trabalho, no contexto das transformações societárias produzidas pelo capitalismo contemporâneo (CERQUEIRA, 2011).

A análise remonta ao processo de acumulação primitiva, que expropriou os camponeses de suas terras, forçando-os a venderem a única “mercadoria” que tinham disponível: sua força de trabalho. Para tanto, muitos migraram para as cidades onde se localizava o núcleo industrial, mas não foram absorvidos pela indústria nascente com a mesma agilidade com que tonavam-se “disponíveis”. Como efeito, muitos ex-camponeses tonaram-se ladrões, mendigos ou vagabundos, em busca da sobrevivência, e aqueles que tinham alguma “sorte” eram admitidos em empregos com baixos salários e com condições mínimas de alcançarem melhores condições de vida. Essas foram as condições histórico-culturais que deram origem ao pauperismo<sup>2</sup>, no qual se insere a população em situação de rua (SILVA, 2006).

Os trabalhadores que dispunham apenas da sua força de trabalho para vender, sendo que nem esta foi absorvida pelo MPC, foram compelidos à condição de absoluta pobreza, miséria e vulnerabilidade. Portanto, “o fenômeno da população em situação de rua surge no seio do pauperismo vivenciado pela Europa ocidental, ao final do séc. XVIII, compondo as condições históricas necessárias ao capitalismo” (SILVA, 2006, p.75), que em seu processo de acumulação do capital, a partir da produção contínua de uma superpopulação relativa - excedente à capacidade de produção pelo sistema - reproduz o fenômeno da população em situação de rua.

No Brasil, a análise remonta ao período colonial, no qual as pessoas livres e pobres - “libertas” da escravidão - foram impedidas de se inserirem na sociedade de uma forma que não fosse pelo trabalho escravo, e forçadas a criarem estratégias de sobrevivência como a mendicância e o modo de vida itinerante (SOUZA, 1982). Por muito tempo, embora

---

<sup>2</sup> O pauperismo constitui uma condição da existência da produção capitalista e do desenvolvimento da riqueza. Refere-se ao segmento populacional formado por pessoas miseráveis aptas ao trabalho, mas que estão desempregadas, por crianças, adolescentes e segmentos inaptos ao trabalho por alguma condição física ou pela idade, cuja sobrevivência depende da renda de todas as classes (Iamamoto, 2001).

indesejáveis, foram tolerados pela sociedade devido à forte tradição cristã da caridade e à busca da salvação, mas logo foram criados mecanismos reguladores através dos quais o Estado buscava estabelecer o controle social dessas pessoas, consideradas uma ameaça à ordem pública e rechaçadas do convívio social. Dessa forma, práticas como a mendicância passaram a ser confundidas com vadiagem e ociosidade, como disseminadora de doenças e imoralidade, merecendo, ainda, maior controle das autoridades (FRAGA-FILHO, 1996).

Mais recentemente no contexto brasileiro, observa-se entre os anos 1930 e 1970, um grande deslocamento da população do meio rural para as cidades, devido à mudança na economia de base agrário-exportadora para urbano-industrial, o que contribuiu para a formação de um grande exército industrial de reserva, assim como na Europa. A partir da década 80 e, mais especificamente da segunda metade da década de 90, percebeu-se a redução de postos de trabalho na indústria, o crescimento do trabalho precarizado e o aumento do pauperismo, o que configura também na expansão do número de pessoas em situação de rua (SILVA, 2006).

Evidencia-se, assim, que o processo de vulnerabilização da população em situação de rua é anterior à ida para as ruas, indicando que as trajetórias de pobreza que culminam nessa situação não são exclusivamente subjetivas e individuais, mas estão ligadas ao aprofundamento conjuntural das desigualdades sociais (VARANDA, ADORNO 2004). De acordo com Sousa e Macedo (2019, p. 6):

As origens da PSR no Brasil remetem a formação social do país, aos sentidos e heranças da colonização, com a constituição de um excedente que é anterior ao próprio desenvolvimento do capitalismo brasileiro, mas que é intensificado por seu desenvolvimento, dada as particularidades enquanto tardio e dependente.

Desse modo, a pobreza não só se constitui como fator responsável pela ida para as ruas, como também torna-se uma condição inerente a esse cenário, sendo reproduzida nos planos econômico, social, político e cultural da sociedade. Como consequência, os processos de desvalorização e discriminação vivenciados por essa população - os “pobres” -, conduzem a um estado de desqualificação social, de forma que seus modos de agir, suas crenças e comportamentos são caracterizados como negativos e indesejáveis (PAUGAM, 1999; YAZBEK, 2012).

De acordo com Moura Jr., Ximenes e Sarriera (2013), o fenômeno da rua é naturalizado, concebido como permanente e a-histórico, o que culmina na marginalização das pessoas em situação de rua, tornando-as alvos de práticas de opressão e constituindo suas identidades de forma opressora. Os autores trazem dados da pesquisa realizada pelo Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome (2009), segundo os quais as pessoas em situação

de rua são impedidas de acessar os serviços de saúde (18.4%), os transportes coletivos (29.8%), os shopping centers (31.3%), os estabelecimentos comerciais (31.8%) e os órgãos públicos (21.7%), o que evidencia tais práticas discriminatórias e opressoras. Estes dados reforçam que, não só a comunidade em geral, mas também lideranças públicas e técnicos, percebem as pessoas em situação de rua de modo estigmatizado, reiterando os processos de interdição desses sujeitos (PRATES, PRATES, MACHADO, 2011).

Assim, os processos de humilhação, desvalorização e discriminação reforçam a internalização, por parte das pessoas em situação de rua, de uma imagem depreciada, que é constantemente reiterada pelo estigma com que são tratadas pela sociedade (PRATES, PRATES, MACHADO, 2011). A estigmatização, nesse sentido, pode funcionar como uma prática opressora, conformando subjetividades. Especificamente, as pessoas em situação de rua, vistas principalmente pela sujeira no corpo, pelas sacolas carregadas, pelo cheiro de suor, pelas doenças, e até mesmo pela loucura, tornam-se portadoras de duas identidades sociais alvos de estigmatizações: a de pobre e a de morador de rua, conjugando percepções depreciativas que culminam na compreensão dessas pessoas como drogadas, criminosas, violentas, sujas e doentes (CIDADE, MOURA JR., XIMENES, 2012; MOURA JR., XIMENES, SARRIERA, 2013).

Constata-se, assim, que a pobreza tem efeitos devastadores nas vidas das pessoas em situação de rua pois, além de resultar em privações concretas de direitos e acessos a serviços fundamentais para a vida humana, as mantém permeadas de estigmas e preconceitos que, para além dos efeitos práticos, traduz-se em efeitos deletérios para sua saúde e constituição da subjetividade.

### **2.1.2 População em situação de rua e políticas públicas**

Como delineado no tópico anterior, as iniciativas históricas de enfrentamento da pobreza na sociedade brasileira partem de definições de pobreza ancoradas não na figura do cidadão detentor de direitos mas, sim, na do pobre, carregada de elementos negativos e depreciativos. De modo geral, o padrão de desenvolvimento do sistema de proteção social brasileiro caracterizou-se por ser desigual, heterogêneo e fragmentado. Até o final do século XIX predominaram ações sociais de ordem filantrópicas e religiosas, de forma que “a esmola foi a primeira modalidade de assistência social aos pobres no Brasil colonial, seguida da criação de instituições asilares e tutelares” (YAZBEK, 2012, p.295). Assim, a proteção social brasileira

se estrutura em torno de um usuário que é tido como “necessitado”, “acomodado” diante de sua condição e que, portanto, precisa de ajuda.

Nessa direção, a pobreza característica da população em situação de rua, embora visível no ritmo cotidiano das cidades, por muito tempo foi invisível ao poder público, que atuou com desinteresse e até mesmo contradição, demonstrando ora compaixão e assistencialismo, ora repressão, preconceito e indiferença. Esse cenário abriu espaço para que organizações da sociedade civil assumissem propostas solidárias de cunho assistencialista, predominantes por muito tempo, e para que as políticas sociais adotadas pelos diferentes governos assumissem caráter nitidamente focalista, refletindo a tendência de enfrentar os problemas sociais como fatos isolados (COSTA, 2005; MONTAÑO, 2012).

Apenas com a Constituição de 1988 o sistema brasileiro de proteção social é redesenhado, afastando-se da lógica meritocrática-conservadora e aproximando-se da lógica redistributivista. É nesse contexto que tem início a construção de uma nova concepção para a Assistência Social brasileira, que é regulamentada em 1993, como política social pública. Assim, a Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) institui o campo dos direitos, da universalização dos acessos e da responsabilidade estatal (YAZBEK, 2012).

Esse novo desenho da política pública brasileira começa a modificar também o cenário para as pessoas em situação de rua, já que o poder público passa a ter a obrigação de manter serviços e programas de atenção à essa população, garantindo a concretização dos “mínimos sociais” (COSTA, 2005). Assim, nesse novo cenário de abertura e como resposta à negligência histórica por parte do Estado e às constantes violências sofridas pela população em situação de rua no Brasil, foi organizado, a partir de 2004, o Movimento Nacional da População de Rua (MNPR, 2010), do qual surgiu, a partir do decreto 7.053 de 2009, a Política Nacional para a População em Situação de Rua (BRASIL, 2009).

Esta conquista não foi possível sem a organização e a luta de movimentos sociais anteriores, como o Fórum Nacional de Estudos sobre População de Rua (1993), o Grito dos Excluídos (1995), e a 1ª Marcha do Povo da Rua, realizada em 2001. O trágico acontecimento conhecido como o "Massacre da Sé", no qual 15 pessoas em situação de rua foram atacadas resultando na morte de 7, foi o estopim para a organização do MNPR, que passou a pressionar o Estado a adotar medidas de proteção e políticas públicas para este segmento, culminando em 2009 na criação da PNPSR (BRASIL, 2013).

Entre outras providências, a política estabeleceu parâmetros para a caracterização desse grupo populacional como heterogêneo, tendo em comum os seguintes aspectos: pobreza extrema; vínculos familiares interrompidos ou fragilizados; inexistência de moradia



convencional regular, utilizando-se, de forma temporária ou permanente, de logradouros públicos e de áreas degradadas como espaço de moradia e de sustento, bem como de unidades de acolhimento para pernoite temporário ou como moradia provisória (BRASIL, 2009).

Como definido pela Política Nacional, a heterogeneidade da PSR evidencia-se especialmente quando são consideradas as trajetórias de vida, o tempo de permanência na rua, as estratégias de sobrevivência adotadas, as relações de gênero e as dinâmicas do próprio território habitado (BARATA, JÚNIOR, RIBEIRO, SILVEIRA 2015). Ressalta-se que esta heterogeneidade tem sido cada vez mais intensificada, devido ao aumento considerável de grupos populacionais vulneráveis e desprotegidos com a desregulamentação das legislações trabalhistas e o avanço da informalidade. Por outro lado, essa população apresenta traços em comum, como pobreza extrema, preconceito, estigma, doenças decorrentes de sua vulnerabilidade social e dificuldade de acesso a políticas públicas, tornando-a um fenômeno social, urbano e de grandes proporções (SAILVA, 2006).

A Política concretizou-se como um marco no reconhecimento dessa população, permitindo a compreensão de que a terminologia “população em situação de rua”, como formulada no Decreto, refere-se não apenas à ausência de moradia, mas à condição em que o sujeito se encontra em relação à rua. Nesse sentido, fora da ótica da determinação, a situação é compreendida como processo no qual estar em situação de rua ou habitar a rua é diferente de ser de rua. É importante discernir essas duas dimensões, pois, vista como determinação, a situação social tem poucas perspectivas de superação (PRATES, PRATES, MACHADO, 2011). Em acréscimo, ao encontro de uma análise conjuntural do fenômeno, o termo “em situação de rua” mostra-se apropriado para significar uma condição social para a qual “são conduzidas parcelas expressivas da classe trabalhadora, em decorrência do aprofundamento das desigualdades sociais e da elevação dos níveis de pobreza produzidos pelo sistema capitalista” (SILVA, 2006, p. 105).

Na tentativa de dar maior visibilidade a essa população e considerando-se a relevância para a implementação de políticas públicas voltadas para esse contingente, o Ministério do Desenvolvimento Social e Agrário (MDS) realizou, entre os anos de 2007 e 2008, a Pesquisa Nacional Sobre a População em Situação de Rua, considerado o estudo de maior envergadura sobre o assunto já realizado no Brasil. Tendo como público-alvo pessoas com 18 anos completos ou mais, vivendo em situação de rua, em 71 municípios brasileiros, o resultado da pesquisa apontou a existência de 31.922 pessoas nessa condição (BRASIL, 2012a).

Alguns dados sobre o perfil dos adultos entrevistados merecem ser destacados: mais de trinta mil (69,5%) tinham idade entre 25 e 54 anos, sendo 82% homens, o que implica uma minoria de mulheres (18%); quanto à distribuição por cor/raça, a proporção de negros (pardos

somados a pretos) é maior (67%) em relação à encontrada na população em geral (44,6%); a maioria (70%) exerce alguma atividade remunerada, especialmente na economia informal, e costuma dormir nas ruas; desemprego, conflitos familiares e alcoolismo/drogas foram os principais motivos que os levaram à situação de rua (BRASIL, 2012a).

Em análise <sup>3</sup>posterior realizada pelo IPEA (2016), buscando-se superar algumas das limitações geográficas verificadas na Pesquisa Nacional, estimou-se que existem hoje no Brasil 101.854 pessoas em situação de rua. Esse alto número e a já pontuada heterogeneidade, caracterizada por marcadores sociais, como gênero, classe, raça, idade, orientação sexual, atividade laboral, entre outros, apontam a necessidade de se considerarem políticas públicas específicas voltadas para este segmento.

Nesse sentido, a Política Nacional assume caráter intersetorial, visando a articulações entre as políticas do Sistema Único de Saúde e da Assistência Social e a garantia do acesso amplo e seguro aos serviços que as integram. Desse modo, essa política favorece a participação social desse grupo de sujeitos e o princípio da equidade, especialmente ao frisar o “respeito às condições sociais e diferenças de origem, raça, idade, nacionalidade, gênero, orientação sexual e religiosa” (BRASIL, 2009).

Enquanto princípios, postula, além da igualdade e da equidade, a dignidade da pessoa humana, a garantia da cidadania e direitos humanos, o direito ao usufruto da cidade, o respeito às condições sociais e diferenças e o atendimento humanizado e universalizado. No que concerne às diretrizes, a política prevê a promoção dos direitos civis, políticos, econômicos, sociais, culturais e ambientais; o respeito às singularidades de cada território; a implantação de ações educativas destinadas à superação do preconceito; a capacitação dos servidores públicos para melhoria da qualidade e respeito no atendimento deste grupo populacional; e a estruturação de uma rede de proteção incluindo, entre outras, as políticas de saúde (BRASIL, 2009).

Na área da saúde, alvo do presente trabalho, a Política apresenta o maior volume de ações e com maior abrangência, estando previstos: a atenção integral à saúde dessa população a partir de cuidados interdisciplinares e multiprofissionais; a promoção à saúde, com ênfase no

---

<sup>3</sup> Em 2020, ano marcado pelo cenário de pandemia da Covid-19, as estimativas são de que o número de pessoas em situação de rua cresça consideravelmente, considerando os impactos sanitários e a grave crise econômica intensificada pela pandemia. De acordo com Natalino (2020), observa-se o aumento expressivo (140%) da população em situação de rua a partir de setembro de 2012, chegando a quase 222 mil pessoas em Março de 2020, quando ocorre o estopim da pandemia no Brasil. As estimativas apontam para o aumento da vulnerabilidade dessa população diante da necessidade de isolamento social, e a necessidade de uma atuação mais intensa por parte do poder público.

programa saúde da família sem domicílio; o fortalecimento da atenção em saúde mental através dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPs); e a capacitação de trabalhadores da saúde, em especial os do Atendimento Móvel de Urgência (Samu) e agentes comunitários (BRASIL, 2009).

Em consonância com tais ações, foi criado em 2009 o Consultório de Rua, vinculado à rede de atenção psicossocial em saúde mental. O trabalho era direcionado às pessoas em situação de rua usuárias de álcool e outras drogas, e se concretizava através de ações de promoção da saúde e prevenção de agravos, com foco na redução de danos (BRASIL, 2010). Ainda nessa direção, o Ministério da Saúde criou, em 2012, o Manual Sobre o Cuidado à Saúde Junto à População em Situação de Rua, cuja intenção é instrumentalizar o profissional de saúde para contribuir com a ampliação do acesso e a qualidade dos cuidados oferecidos a essa população (BRASIL, 2012a).

Atualmente, as políticas direcionadas à saúde da população em situação de rua são fundamentadas pelo Plano Operativo para Implementação de Ações em Saúde da População em Situação de Rua (2012), cujas orientações são essenciais para a intervenção do Sistema Único de Saúde (SUS) no enfrentamento das iniquidades e desigualdades em saúde. Entre as estratégias de inclusão definidas pelo Plano, destaca-se o Consultório na Rua (CnR), implementado em 2012, que, vinculado à Política Nacional de Atenção Básica, busca a melhoria do acesso a outros serviços de saúde, incorporando práticas de prevenção e promoção da saúde, além da proteção da qualidade de vida.

A proposta do Consultório na Rua engloba cuidados à saúde mental, atendimento à gestante de rua, tratamento de patologias pulmonares (sendo a tuberculose a mais frequente), de doenças sexualmente transmissíveis e de pele, além de problemas ortopédicos (decorrentes de situação de violência, atropelamento), diabetes e hipertensão (BRASIL, 2012b). Busca-se ofertar um cuidado integral, extrapolando os objetivos do antigo Consultório de Rua, com a finalidade de melhor se adequar às demandas de saúde apresentadas pela população em situação de rua.

Embora esse cenário represente avanços importantes para o cuidado em saúde da população em situação de rua, o acesso às políticas e serviços de saúde ainda não é amplamente assegurado e apresenta entraves, muitos relacionados à própria estruturação dos serviços e preparação dos profissionais. Evidencia-se a falta de capacitação das equipes de trabalhadores públicos, em especial na área da saúde, o que favorece o delineamento de ações não integradas, restritas e superficiais, que pecam ao não investirem no fortalecimento e autonomização dos sujeitos (PRATES, PRATES, MACHADO, 2012).

Além disso, percebe-se que todo o estigma que permeia o imaginário social referente a essa população é também reproduzido nas políticas públicas, o que favorece a precariedade dos atendimentos ofertados nos diversos serviços. Em pesquisa realizada por Moura Jr., Ximenes, e Sarriera (2013), é apontado que profissionais que atuavam nos serviços direcionados à PSR percebiam as pessoas como usuárias de drogas, perigosas, violentas e criminosas. Os próprios usuários relatam sentirem-se mal tratados e humilhados em algumas situações, como quando recebem materiais de higiene vencidos ou percebem uma postura de superioridade dos profissionais que os atendem.

Fica evidente, assim, como os processos que culminam na inclusão perversa das pessoas em situação de rua na sociedade refletem no acesso e direcionamento das políticas públicas, mesmo naquelas direcionadas a esta população. No caso das mulheres, um dos grupos mais vulneráveis da PSR, para além das dificuldades de acesso relacionadas ao grupo populacional de que fazem parte, vivenciam ainda preconceitos e desafios impostos pela sua condição de gênero, como será ilustrado na seção a seguir.

## **2.2 GÊNERO, RAÇA E CLASSE: DESDOBRAMENTOS PARA A SAÚDE DE MULHERES EM SITUAÇÃO DE RUA**

Este trópico objetiva trazer algumas discussões que permeiam o conceito de gênero, compreendido aqui como uma categoria analítica e histórica que se refere às relações desiguais entre sujeitos historicamente situados, bem como versar sobre a importância de se realizar análises interseccionais que abarquem o papel da mulher na sociedade a partir do entrelaçamento entre gênero, raça e classe, que vai conformar posições e possibilidades distintas a partir da composição desses marcadores vivenciada por cada mulher. Em sequência, imbuída pelos contornos que a condição de gênero pode fornecer para a experiência das mulheres em situação de rua, trago análises sobre a relação dessas mulheres com a saúde, a partir do que a literatura nacional aponta sobre o tema.

### **2.2.1 Algumas considerações sobre gênero, raça e classe**

Para os fins deste trabalho, parte-se do pressuposto de que o gênero pode influenciar, e até mesmo definir, a experiência de estar em situação de rua, de forma que a discussão sobre o lugar da mulher na sociedade capitalista, patriarcal e racista - como a brasileira - torna-se de extrema relevância para a compreensão das experiências cotidianas de mulheres que vivem nesta condição, que incluem aquelas relacionadas à sua saúde.

O conceito de gênero remete às discussões incessantes de autores e autoras de diferentes perspectivas teóricas e tempos históricos, não havendo um consenso, inclusive dentro do universo feminista. A socióloga Donna Haraway (2004), ao ser convidada a definir “gênero” para compor um dicionário marxista na década de 80, expõe minuciosamente as problemáticas em torno desse conceito, e se pergunta se seria possível expressar em palavras uma conceitualização geral, para as diversas línguas e sociedades, sobre sexo/gênero. Sua indagação também levanta a questão sobre se seria possível a vivência, ou mesmo expressão prática, de um sentido comum atribuído a “gênero”.

De modo geral, e simplificadamente, as principais problemáticas em torno do conceito centram-se em críticas ao binarismo sexo/gênero, à teoria clássica do marxismo, e às correntes pós-estruturalistas. Em relação às definições que consideram o sistema sexo/gênero, estas foram acusadas de desconsiderarem a história sócio-política que o envolve, ignorando que ele pode adquirir outras formas em sociedades cujas diferenças marcadas pelo poder têm características específicas (HARAWAY, 2004). Já as críticas à teoria clássica do marxismo, engendradas primeiramente e, especialmente, por Gayle Rubin (1975), pautaram-se na premissa de que a teoria ofertava uma análise inadequada à explicação da opressão das mulheres, evidenciando apenas a utilidade da sua subordinação para o capitalismo, o que era insuficiente. Por sua vez, a crítica aos pós-estruturalistas refere-se à ênfase dada na dimensão subjetiva das relações de poder entre homens e mulheres, a partir de uma valorização excessiva da dimensão simbólica, desvinculada de contextos socioeconômicos concretos, de forma que o conceito de gênero tona-se um código cultural de representação, apenas (ARAÚJO, 2000).

Na tentativa de aproximação de um conceito de gênero, não é possível não fazer menção à Simone de Beauvoir, cuja famosa frase “Não se nasce mulher, torna-se mulher”, marca uma das primeiras manifestações do conceito. Embora, posteriormente, tenha sido criticada pelo caráter universal de suas análises, referindo-se à mulher em sentido universal, as ideias de Beauvoir permitiram a compreensão de que o feminino não é dado pela biologia ou pela anatomia, e sim construído pela sociedade (SAFFIOTI, 1999).

As gerações subsequentes, principalmente no contexto dos movimentos feministas, contestaram e teorizaram o conceito de gênero, em um sentido crítico e político, buscando explicar e transformar sistemas históricos de diferenças sexuais, nos quais homens e mulheres são posicionados em relações de hierarquia e antagonismo. Gênero, nessa perspectiva, é uma categoria que pretende problematizar o “ser mulher”, explorando seus significados e tendo-se em vista que é uma função, papel ou identidade tanto exigida, quanto desconstruída, constantemente (HARAWAY, 2004).

Nessa direção, e alinhada à perspectiva que norteia o presente trabalho, torna-se relevante pontuar Saffioti (1994) para quem o conceito de gênero refere-se à relação entre sujeitos historicamente situados e, portanto, pensar a mulher na sociedade capitalista implica, além das diferenças de sexo, as condições de inferioridade, desvalorização e opressão, de modo que as relações de gênero tornam-se relações entre desiguais.

Neste âmbito, o capitalismo deve ser compreendido como um processo histórico-social e político-econômico, que tem na exploração do trabalho sua principal força motora, além de engendrar relações sociais mediadas por mercadorias, criando e substituindo necessidades humanas pela produção de coisas (BARROSO, 2018). O capitalismo não pode, assim, ser compreendido como um conjunto de leis puramente econômicas mas, sim, como uma complexa e articulada ordem social que tem seu núcleo constituído por relações de exploração, dominação e alienação, necessariamente ligado à opressão de gênero (ARRUZZA, 2015).

É verdade que tal opressão antecede ao capitalismo, como evidencia Federici (2017), ao demonstrar a existência da subordinação das mulheres e de uma divisão desigual do trabalho em sociedades comunais. Porém, acredita-se que o seu advento, ao impor a clivagem entre as economias doméstica e pública, contribuiu sobremaneira para a opressão das mulheres, que é construída sobre diferenças sexuais existentes e reconstruída para cumprir novas funções sociais.

A filósofa Cinzia Arruzza (2015) é enfática ao afirmar que a transformação radical da família está no cerne da dependência entre as relações de opressão de gênero e o capitalismo. O processo de acumulação primitiva do capital, que provocou a desintegração da família patriarcal camponesa, foi acompanhado pela expropriação das mulheres de diferentes formas de propriedade das quais sempre tiveram acesso, e profissões que foram capazes de exercer durante a Idade Média. Além disso, local de produção e família foram separados, levando à transformação da relação entre produção e reprodução, um dos pontos centrais para que as relações de dominação de gênero deixassem de ser um sistema independente com uma lógica autônoma. A autora frisa, ainda, um fato concreto: “uma formação social capitalista desprovida de opressão de gênero (em suas várias formas) jamais existiu” (ARRUZZA, 2015, p.50).

Fortalecendo essa visão, é possível trazer à tona Angela Davis (2016), que ao escrever sobre a relação entre gênero, raça e classe, revela como, durante a escravidão, a vida doméstica nas senzalas era marcada pela igualdade sexual. O trabalho que os escravos e escravas realizavam, que não era destinado ao engrandecimento dos senhores, era realizado em termos de igualdade, significando que a vida familiar era marcada pelo igualitarismo nas relações sociais. Claro, as mulheres negras vivenciaram opressões devastadoras e variadas, mas vindas

dos seus senhores, não de seus companheiros. Assim, somados, esses elementos apontam para a importância de uma análise das relações de opressão de gênero que abarque as profundas e complexas articulações entre gênero, relações de classe, e relações de produção e reprodução (ARRUZZA, 2015).

É através do patriarcado que a opressão de gênero torna-se diluída nas relações cotidianas, já que ele legitima e organiza as relações sociais no mundo capitalista, tornando-os sistemas interdependentes. Trata-se de uma estrutura, forte e sólida, de dominação e exploração do trabalho das mulheres pelos homens, cujo núcleo sustenta-se na divisão sexual do trabalho, na qual as mulheres têm sua força de trabalho apropriada, enquanto os homens se beneficiam coletivamente desse sistema (BIROLI, 2018; SAFFIOTI, 2004).

Desse modo, no mundo capitalista a produção de gênero está intimamente ligada à divisão sexual do trabalho, que institui restrições e desvantagens que modulam as trajetórias das mulheres. Diferenças compreendidas como “naturalmente” femininas ou masculinas decorrem, assim, da atribuição distinta de habilidades, tarefas e papéis na construção da vida de mulheres e homens (BIROLI, 2018).

A divisão sexual do trabalho assume caráter estruturante e organizador da vida cotidiana que, pelos seus próprios efeitos, retroalimenta sua lógica: ao atribuir às mulheres a responsabilidade pelo trabalho reprodutivo e não remunerado, reproduz-se, exatamente, a vida capitalista. O trabalho doméstico realizado pelas mulheres, por tornar-se funcional na reprodução da força de trabalho, passa a ter valor econômico fora de casa ao atender, para além das necessidades do marido e da família, as necessidades do sistema (BIROLI, 2018; SAFIOTTI, 2004).

Contudo, de acordo com Biroli (2018), se a divisão sexual do trabalho é uma das principais bases da produção de gênero, ela não incide igualmente sobre todas as mulheres. O gênero não se configura de maneira independente em relação à raça e à classe social, de forma que é justamente nessa interseção que se constroem as possibilidades e trajetórias de vida. A divisão sexual do trabalho posiciona as mulheres desigualmente segundo classe e raça, fazendo com que mulheres, pobres e negras, sofram mais intensamente as opressões da ordem patriarcal por vivenciarem, justamente, o cruzamento dessas opressões.

O conceito de interseccionalidade, cunhado por Kimberlé W. Crenshaw (1989) busca expressar esse aspecto, ao focalizar sobretudo as intersecções da raça e gênero, que podem contribuir para moldar a experiência de mulheres negras. É um conceito que frisa a não hierarquização das formas de opressão, postulando a sua interação na produção e reprodução das desigualdades sociais. Embora permita extrapolar o simples reconhecimento da

multiplicidade de opressão, e auxilie a evidenciar as diferentes experiências de opressão vivenciadas por mulheres brancas e negras, o conceito relega a um plano quase invisível a dimensão da classe social (HIRATA, 2014).

Critica-se o fato de teóricos da interseccionalidade promoverem análises baseadas em categorias e não em relações sociais, privilegiando algumas em detrimento de outras, sem historicizá-las e desconsiderando as dimensões materiais da dominação. Danièle Kergoat (2009) é explícita ao apontar tais falhas e propõe falar sobre a “consustancialidade” das relações patriarcais, raciais e de classe, que consistiriam em três sistemas independentes, que se interseccionam e reforçam reciprocamente (HIRATA, 2014).

De acordo com Arruzza (2015), contudo, explicações como essas refletem apenas a realidade tal como ela é, de forma que as causas da intersecção entre sistemas de exploração e dominação permanecem misteriosas. Para a autora, as relações de opressões não podem ser concebidas como puramente intersecções acidentais, sendo preciso identificar a lógica organizacional que as compõem. “As relações múltiplas de poder de dominação, portanto, aparecem como expressões concretas de uma unidade contraditória e articulada que é a sociedade capitalista” (ARUZZA, 2015, p. 56). Assim, o que se pretende frisar a partir dessa superposição de críticas, é a importância de se considerar as opressões de gênero, raça e classe como parte integral da sociedade capitalista, assumindo, por isso, caráter complexo e relacional, exigindo uma análise histórica que evidencie o cruzamento de tais marcadores para cada sujeito, em seu tempo e sociedade.

A respeito desse cruzamento de opressões, Angela Davis (2016) pontua como a ideologia da feminilidade, intensificada pelo já mencionado processo de transformação da família burguesa, forjou o modelo de esposa e mãe ideais como instrumentos passivos para a reposição da vida humana. Para as mulheres negras, por sua vez, “os arranjos econômicos da escravidão contradiziam os papéis sexuais hierárquicos incorporados na nova ideologia” (DAVIS, 2016, p. 25). Estas mulheres eram vítimas constantes de abuso sexual por parte de seus senhores e, após a abolição do tráfico internacional de mão de obra escrava, seus corpos se tornaram “instrumento” de reprodução de mão-de-obra, fazendo com que assumissem o papel de “reprodutoras”, sendo-lhes, inclusive, negadas, o papel de mãe.

Lélia Gonzáles (1984), em uma sensível e profunda análise sobre a mulher negra no Brasil, retoma o termo “mucama” para explicar o entrecruzamento das opressões de raça, classe e gênero sofridas por essas mulheres. A autora aponta que a mulher negra é vista como “mulata” e doméstica”, ambos legados da escravidão marcados em seus corpos e subjetividades. A lógica de opressões e abusos, especialmente sexuais, da sociedade escravocrata, levou a mulher negra



a ser "convertida" em instrumento de desejo sexual, que atinge o seu máximo na exaltação mítica da mulata no carnaval. Neste período do ano, a mulher negra assume o papel de "mulata do samba", de "rainha", e perde seu anonimato, transpondo-se para o "ideal" de mulher branca (já imerso em estereótipos constantemente reforçados pelo processo histórico que vem sido descrito até o momento). No cotidiano, contudo, a mulher negra é a “doméstica”, a negra “anônima”.

Fica evidente, assim, que “as restrições impostas por gênero, raça e classe social, conformam escolhas, impõem desigualmente responsabilidades e incitam a determinadas ocupações, ao mesmo tempo que bloqueiam ou dificultam o acesso a outras” (BIROLI, 2018, p.42). Não à toa, dados do IPEA (2017) e do IBGE (2018) mostram, a partir de um recorte de gênero, os resultados das desigualdades entre homens e mulheres: elas estão menos presentes no mercado de trabalho; recebem salários menores; estão sobrerrepresentadas nos postos precários e temporários de trabalho; e estão expostas a situações específicas de violência.

Considerando-se também o cruzamento de classe e raça, os dados são ainda mais alarmantes. De acordo com os dados do “Retrato das Desigualdades de Gênero e Raça”, publicação organizada pelo Instituto de Pesquisa e Economia Aplicada (IPEA, 2017) a partir de informações reunidas entre 1995 a 2015, as desigualdades de gênero, raça e classe permanecem com efeitos concretos no cotidiano da população brasileira.

Segundo o documento, no que concerne à divisão do trabalho doméstico, não há diferença entre as populações branca e negra, mas há uma significativa entre os sexos: 49,1% dos homens, em oposição à 88,2% das mulheres declararam dedicar-se a esses afazeres. Nas famílias que possuem filhos, identificou-se que quanto maior o número de filhos, menor a participação dos homens nos trabalhos domésticos, de forma que nos domicílios com cinco ou mais filhos, apenas 38,8% dos homens, em relação a 95,7% das mulheres, cuidam destes afazeres. Por fim, um último dado, que expressa o peso dessa divisão na vida das mulheres, indica que a jornada de trabalho total dos homens, incluindo a vida doméstica, é de 47,7 horas na semana, enquanto a das mulheres, de 55,3 horas, culminando em uma diferença de 7,6 horas. Por isso, é tão importante reforçar que a opressão de gênero determina o modo e a escala nos quais a carga de trabalho será distribuída, dando lugar a divisão desigual, na qual mulheres trabalham mais, e homens menos (ARRUZZA, 2015).

Ainda segundo o relatório, os dados referentes ao mercado de trabalho e desemprego expressam claramente o cruzamento dos marcadores de gênero, classe e raça: a menor taxa de desemprego corresponde à dos homens brancos (5%), ao passo que a maior se refere às mulheres negras (12%), enquanto no intervalo entre os extremos, encontram-se as mulheres

brancas (9%) e os homens negros (7%). Por outra via, embora as mulheres venham consolidando, ao longo das últimas décadas, sua participação no mercado de trabalho, ela também se dá de forma desigual: as mulheres, sobretudo as negras, estão mais concentradas no setor de serviços sociais (cerca de 34%), grupo que abarca os serviços de cuidado em sentido amplo (educação, saúde, serviços sociais e domésticos), e são a maioria ocupando os postos de trabalhadoras domésticas, representando 21,8% das trabalhadoras desse setor, enquanto as mulheres brancas representam 12,6% (IPEA, 2017). Dados estes, que expressam claramente o imaginário da “mucama” associado às mulheres negras, enraizado na sociedade brasileira.

Essas informações têm sua importância ao evidenciar o capitalismo como uma configuração histórica de vida (SAFIOTTI, 1992), que modela todas as relações sociais através de uma lógica estruturante que reproduz as suas condições de produção, presentes na ciência, na igreja, na polícia, na educação e na mídia, diluída em todos os discursos totalizantes, até que seja naturalizada. E é neste contexto que se encontram as mulheres em situação de rua, que são sujeitos do presente trabalho.

Como já delineado, no Brasil, a mulher negra carrega consigo dois marcadores, imbuídos de preconceitos e alvo de opressões. O de gênero, que confere a ela uma inferioridade “natural” do lugar da mulher, e o de raça, sustentado, para além dos fatores já elencados, pelas características particulares da escravidão brasileira, que deixou como legado o homem branco no topo da hierarquia social. Neste cenário, as mulheres em situação de rua - em sua maioria negras - para além da precarização imposta à mulher, vivenciam aquela imposta às pessoas em situação de rua, fazendo com que sofram o entrelaçamento de opressões e desigualdades, impostas por ambas as condições inerentes à sua realidade.

### **2.2.2 Mulheres em situação de rua e saúde**

Neste tópico pretende-se apresentar a realidade das mulheres em situação de rua, evidenciando suas histórias imbricadas em situações de violência, opressão e marginalização. Para tanto, parte-se da compreensão de que as condições e os modos de vida da população em situação de rua determinam o processo de saúde-doença de maneira diferenciada, exatamente pelas situações as quais está constantemente submetida: violência, precariedade de condições de higiene e alimentação, dificuldade de adesão aos tratamentos e de acesso aos serviços de saúde (BRASIL, 2014).

A fim de tentar fornecer uma lente de análise coerente com tal realidade, ancora-se na teoria da determinação social da saúde, que compreende o campo da saúde como envolto em

processos de desigualdades sociais, tais como: a disponibilidade de recursos sociais; a diversidade de modos de vida; as desigualdades em situação de saúde; o acesso diferenciado e atuação segregada do sistema de cuidado à saúde (ALMEIDA-FILHO, 2010).

Dessa forma, a determinação social da saúde constitui-se como um aspecto da determinação social dos indivíduos, da vida humana. Os meios materiais para o desenvolvimento e a realização de capacidades a que os indivíduos têm acesso no curso de suas vidas, bem como a rede de relações nas quais cada indivíduo se constitui, definem possibilidades e formam características das existências individuais, inclusive da saúde. Conforme Fleury-Teixeira e Bronzo (2010) “As condições materiais de produção e as características sociais gerais de uma sociedade são, efetivamente, a base para o padrão sanitário de um povo, assim como a posição de cada indivíduo na sociedade é uma base da própria saúde.” (p.38).

Nessa perspectiva, faz-se necessária a compreensão da saúde em uma perspectiva ampla, como teorizado por Martín-Baró (2018), para quem o entendimento de saúde é aliado à compreensão de ser humano como um ser histórico, cuja existência se dá a partir de uma rede de relações sociais. A saúde se insere como uma dimensão das relações entre as pessoas e grupos, ainda que se manifeste de maneira diferente em cada indivíduo. Assim, não é possível conceber a saúde da mulher como algo desvinculado do seu papel dentro da sociedade, mas como uma construção que passa pelas relações sociais (ROSO, 2007).

Segundo dados da Pesquisa Nacional, particularidades que compõem o grupo de mulheres em situação de rua no Brasil evidenciam relações desiguais em seu cotidiano. De acordo com a pesquisa, um considerável percentual de mulheres (20%) é responsável por crianças ou adolescentes nas ruas e/ou albergues, o que implica, não só maiores responsabilidades por parte dessas mulheres, comparando-se aos homens, mas também a necessidade de elas criarem estratégias para lidarem com o estereótipo de mulher-mãe, presente, inclusive, nas políticas públicas. Além disso, grande parte delas estudou apenas até a 4ª série do ensino fundamental, o que pode ser um indício de maior vulnerabilidade desse grupo nas ruas, considerando-se ainda que o número de mulheres que não sabem ler e escrever é maior em comparação aos homens (QUIROGA, NOVO, 2009).

A história de vida dessas mulheres é constituída por vivências convergentes, como dificuldades financeiras, violência doméstica, transtornos mentais, dependência de álcool e outras drogas, além da ruptura de laços sociais e familiares. Especificamente, uso de drogas, problemas familiares e violência, são apontados como fatores responsáveis pela situação de

vida nas ruas (LIMA, 2016; QUIROGA, NOVO, 2009; ROSA, BRÊTAS, 2015; ROSÁRIO, 2015; SANTANA, 2018; VALLE, 2018).

A violência, a pobreza e a condição de situar-se nas ruas parecem compor um mesmo ciclo: a violência aparece como fator central, sendo percebida tanto como causa, quanto como efeito da situação de vida nas ruas, impactando fortemente a saúde mental das mulheres; e a pobreza, inerente à condição de situar-se nas ruas, faz com que as mulheres priorizem aspectos outros de sua vida, que não a saúde. Ambos os fatores são apontados como desencadeadores do uso de drogas que, por sua vez, as expõem a mais situações de violência (BISCOTTO, *et. al.*, 2016; LIMA, 2016; ROSÁRIO, 2015; SANTANA, 2018; VARANDA, ADORNO, 2004).

A esse respeito, estudos evidenciam relatos de mulheres que afirmaram sair de casa por sofrerem algum tipo de violência, seja por parceiros íntimos ou familiares, e encontraram na fuga para as ruas a única maneira de garantirem sua segurança (ROSA, BRETAS, 2015; ROSÁRIO, 2015; SANTANA, 2018; SOUZA, *et. al.*, 2016; VALLE, 2018). Nas ruas, soma-se a violência praticada por outras pessoas em situação de rua - majoritariamente homens -, por pessoas que estão passando pelas ruas e por policiais, sendo estes em nome da moralidade e com o objetivo de manter o controle social.

Estudo realizado no Brasil por Valle (2018), aponta que as mulheres entrevistadas não sentem a proteção do Estado na imagem da polícia, que muitas vezes usa de sua autoridade para dar descrédito às denúncias de violências sofridas, culpabilizando as vítimas das agressões. Em acréscimo, muitas mulheres relatam vivenciar situações de preconceito por raça, gênero, e por situar-se nas ruas, além de violências psicológicas, verbais e negligências (BISCOTTO, *et. al.*, 2016; COSTA *et. al.*, 2015; SANTANA, 2018; SOUZA, *et. al.*, 2016).

Esse contexto de violências, somado às condições das ruas marcadas por dificuldades para conseguir abrigo, comida, roupas e higiene, são apontados como fonte de estresse, ansiedade e sofrimento pelas mulheres (BISCOTTO, *et. al.*, 2016; SANTANA, 2018). Além disso, estudos demonstram que em muitas ocasiões as mulheres precisam ignorar problemas de saúde ou recomendações médicas pela necessidade de priorizar outras questões diretamente relacionadas à sua sobrevivência, como a alimentação e as de ordem financeira (ESCOREL, 1999).

A relação entre maternidade e a condição de situar-se nas ruas também aparece como um fator importante para a compreensão da saúde dessas mulheres, como já apontado pela Pesquisa Nacional. As mulheres em situação de rua que são também mães têm sua saúde fragilizada, e os cuidados com seu próprio corpo são colocados em segundo plano, em detrimento dos cuidados de seus filhos. Além disso, a responsabilidade pelos cuidados dos

filhos é percebida como fonte de estresse, seja por preocuparem com sua saúde e criação, seja pelo medo de perder a sua custódia (COSTA, et.al., 2015; QUIROGA; NOVO, 2009).

Quando todo esse ciclo de violências e desigualdades desemboca nos corpos e subjetividades dessas mulheres, é possível analisar em que medida é dado um lugar de escuta e cuidado nos serviços de saúde, quais os direcionamentos de tais problemáticas, e os desencadeamentos e estratégias buscadas pelas próprias mulheres. Retomando-se os dados da Pesquisa Nacional, é possível identificar que a maioria das mulheres entrevistadas afirmou ter passado por algum hospital em sua trajetória na rua, das quais uma porcentagem considerável (21,4%) foi internada em hospital psiquiátrico. Além disso, parte delas relatou problemas de saúde (35,4%) e fazer uso de algum medicamento (27,8%); as doenças comumente informadas em maior frequência, respectivamente, foram as de ordem psiquiátrica, hipertensão e diabetes, problemas de visão e aids (QUIROGA; NOVO, 2009).

Naturalmente, especificidades da saúde da mulher, como a gravidez, demandam atenção diferenciada por parte dos profissionais, o que se intensifica no contexto de mulheres em situação de rua. Estas estão mais expostas à violência sexual, à gravidez indesejada ou não planejada, à sífilis gestacional, ao HIV, à anemia e a hepatites, comorbidades também associadas ao uso abusivo de drogas – realidade comum neste cenário em questão (BRASIL, 2012b). Soma-se a isso o fato de não fazer parte da rotina dessas mulheres a procura periódica de assistência preventiva à saúde, fazendo-o apenas em casos graves (LIMA, 2016).

O abuso de drogas é ambivalente no cotidiano das mulheres em situação de rua: como sobrevivência e saúde, serve como defesa e fuga das circunstâncias nocivas a que estão submetidas mas, por outra via, torna-as vulneráveis e suscetíveis a doenças sexualmente transmissíveis, à já mencionada gravidez indesejada e à violência por parte de seus pares (BISCOTTO, et. al, 2016; LIMA, 2016; ROSÁRIO, 2015; ROSA, BRETAS, 2015; SOUZA, et. al., 2016; SANTANA, 2018). Em estudo brasileiro realizado com mulheres em situação de rua que fazem uso de drogas, o crack foi apontado como a principal substância de uso pelas entrevistadas. Como substância estimulante, foi compreendido como capaz de atender às demandas impostas pelas ruas, já que cessa a fome, tira o sono e deixa a pessoa em alerta (SOUZA, et. al., 2016).

Pesquisas recentes apontam que a maioria das mulheres em situação de rua não reconhece as instituições de saúde como um recurso principal de atenção, recorrendo, em último caso, à rede ambulatorial e de urgência, e tampouco se sentem incluídas nas instituições e políticas públicas criadas em nome dessa população (DOS SANTOS, 2014; LIMA, 2016; ROSO, DOS SANTOS, 2017). Essas políticas não mencionam ações voltadas para a saúde das mulheres, parecendo

negligenciar o fato de que, além de serem mulheres, estão em situação de rua. Dessa forma, se, por um lado, as pessoas em vivência de rua têm necessidades particulares e estratégias próprias de cuidado em saúde, por outro, a falta de atenção por parte das políticas públicas direcionada a esses aspectos gera sofrimento e menos qualidade de vida (ROSO, DOS SANTOS, 2017).

Ressalta-se, assim, a importância de se promoverem estratégias de equidade de gênero no atendimento a pessoas em situação de rua, considerando que as experiências e necessidades de homens e mulheres muitas vezes são diferentes e requerem abordagens personalizadas (CHITYL, 2010). Para além da barreira relacionada ao direcionamento dos serviços ao universo masculino, negativas de atendimento à população e exigências de ordem burocráticas obstaculam o acesso das mulheres aos serviços (CÂMARA, 2019). As estratégias utilizadas por elas para vencer algumas dessas barreiras passam pela omissão de informações a seu respeito, como a frequência com que fazem o uso de drogas, e pela utilização de endereços falsos, seja para driblar as regras de atendimento de determinados serviços, seja para evitar atitudes preconceituosas por parte dos profissionais (ROSO, DOS SANTOS, 2017).

Estudo recente realizado com mulheres em situação de rua da cidade de Salvador (BA) por Santana (2018), também aponta a burocratização dos dispositivos de saúde como uma grande dificuldade ao acesso dessas mulheres aos serviços. O principal fator ligado a essa dificuldade refere-se ao processo de realização do cartão SUS, que exige documentações e endereço fixo, embora a Portaria 940 do Ministério da Saúde (2011) tenha regulamentado que o Sistema Cartão Nacional de Saúde dispense a comprovação de endereço domiciliar da PSR. Além disso, verificou-se que não há normativas direcionadas a este público que especifiquem as mulheres, e muitas delas vivenciam dificuldades relacionadas ao acolhimento das equipes de saúde, que não consideram suas particularidades e individualidades durante os atendimentos.

Além dos entraves burocráticos, a falta de informação sobre qual serviço procurar para obter ajuda em questões relacionadas à saúde também foi apontado em estudo realizado por Valle (2018) em Juiz de Fora (MG), segundo o qual uma mulher expressa sua vontade de realizar o exame ginecológico preventivo, mas não sabe qual serviço de saúde procurar e aponta a dificuldade para conseguir vaga na Atenção Básica. Em acréscimo, o estudo indica que os serviços de saúde são procurados pelos entrevistados, incluindo-se as mulheres, devido à agudização de doenças ou agravos que impossibilitam ou reduzem a mobilidade e outras ações para a sobrevivência nas ruas.

Percebe-se, assim, que o contexto das mulheres em situação de rua evidencia a ineficiência de políticas públicas que enquadrem ações intersetoriais capazes de abarcar suas complexidades e singularidades. Além disso, é possível perceber como pensar a saúde dessas

mulheres implica considerar o entrelaçamento de relações, história de vida e recursos disponíveis, e os marcadores de gênero, raça e classe (aqui considerando-se a pobreza extrema) que, direta ou indiretamente, relacionam-se com a saúde dessas mulheres, e devem ser considerados pelos serviços direcionados a atendê-las e garantir seus direitos sociais.

### **2.3 ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS E O CUIDADO EM SAÚDE**

Os primeiros trabalhos sobre itinerários terapêuticos foram baseados na literatura socioantropológica a partir de uma concepção racionalista e individualista, segundo a qual as pessoas avaliam suas escolhas em termos de custo-benefício, relacionando-se no mercado enquanto consumidores de serviços de saúde. Em seguida, uma nova vertente de estudos focalizou na identificação dos fatores culturais e/ou elementos cognitivos que determinavam a pouca ou alta utilização dos serviços de saúde. Ambas, contudo, mostraram-se restritas ao abordar as ações dos sujeitos apenas do ponto de vista da oferta de serviços do sistema de saúde, e partir de análises acríicas pautadas no modelo biomédico de atenção à saúde (ALVES, SOUZA, 1999).

A partir dessa constatação, os trabalhos etnográficos desenvolvidos na década de 70 em diante passaram a valorizar o fato de que as sociedades e os grupos sociais dentro delas, não só elaboram diferentes concepções sobre causas, sintomas, diagnósticos e tratamentos de doenças, como estabelecem convenções sobre a maneira como os indivíduos devem comportar-se quando estão doentes. A análise sobre o itinerário terapêutico dirigiu-se, então, para os aspectos cognitivos e interativos envolvidos no processo de escolha e tratamento de saúde (ALVES; SOUZA, 1999).

O elemento contextual e cultural passou a integrar a análise sobre o itinerário terapêutico, que passou a evidenciar as experiências, as trajetórias e os projetos individuais formulados e elaborados dentro de um campo específico de possibilidades de ações de grupos ou sujeitos. Dessa forma, evidenciou-se que as decisões a respeito da busca por cuidados em saúde envolvem um processo complexo e são resultado de um curso de ações no qual estão presentes interesses, emoções e atitudes circunstanciais (ALVES, SOUZA, 1999).

Os itinerários terapêuticos constituem-se, assim, como processos pelos quais pessoas ou grupos sociais escolhem, avaliam e aderem (ou não) a determinadas formas de tratamento. Possibilita a apreensão das escolhas subjetivas e individuais do cuidado à saúde, como também desvela a influência de um determinado contexto e dos determinantes socioculturais e socioeconômicos na trajetória de cuidado do sujeito. Permite que se compreenda a ação

individual inserida em determinada realidade material, social e cultural que conforma um campo de possibilidades para o sujeito (ALVES, SOUZA, 1999; CABRAL, et. al, 2009; GERHARDT, 2006).

Para além dos serviços e dos trabalhadores de saúde, os itinerários terapêuticos são construídos pensando-se nos movimentos e caminhos percorridos por grupos ou pessoas em busca de cuidado de saúde, que podem mobilizar diferentes recursos, sejam eles cuidados caseiros, práticas religiosas ou dispositivos de saúde. Tal característica expressa a versatilidade do conceito que, no Brasil, tem sido utilizado para atender a diversos interesses, mas com um objetivo em comum: a qualificação do cuidado prestado. Dessa forma, os estudos se interessam por conhecer uma ampla gama de objetos, tais como: o sistema de cuidado de saúde percorrido pelo idoso renal crônico; as práticas e o percurso de cuidado do adolescente com Diabetes Mellitus; o itinerário terapêutico de adultos de determinado município evidenciando-se diferenças entre gênero; e os itinerários terapêuticos de famílias de baixa renda (CABRAL, et. al, 2011).

Especificamente em relação a população em situação de rua, foram encontrados dois estudos com o objetivo de identificar os itinerários terapêuticos percorridos por essas pessoas. Entre os resultados apontados, ressalta-se o fato de que os itinerários percorridos indicam o acesso restrito deste público aos serviços formais de saúde, com destaque para a utilização de serviços de urgência e emergência. Além disso, os dispositivos de saúde formal parecem não contemplar as necessidades desta população, que apresenta itinerários marcados pela articulação de redes informais e sociais para o autocuidado e legitimação do direito à saúde (DUARTE JUNIOR, 2018; VALE, 2018).

A articulação de tais redes informais e sociais pode estar relacionada ao que Merhy, et. al. (2014) denominam como redes vivas, ou seja, as conexões estabelecidas por cada sujeito, que tece suas próprias redes de sociabilidades e cuidado, que são fragmentárias e em constante movimento. As ruas, espaço comum à população de interesse do presente estudo, constituem-se também como espaço de multiplicidades, marcado por códigos específicos e plurais, pela solidariedade, trocas, e compartilhamentos, assim como disputas e conflitos, que vão indicando a produção de vida. Configuram-se, assim, um lugar onde as existências atuam e se produzem como redes vivas.

As pessoas constroem suas próprias redes com diferentes conexões, produzindo e protagonizando, de forma singular, os acontecimentos no seu processo de cuidado. Dessa forma, as pessoas em situação de rua, ao adentrarem os serviços de saúde, carregam junto de si um mundo de possibilidades, constituído por sua rede existencial, suas redes vivas, que podem



ser extremamente ricas, contendo passagens por campos diversos. Assim, mesmo usuários de serviços de saúde, podem estar sendo acompanhados por outros serviços ou ofertas de ações não do campo da saúde, devido às características do problema, que vai exigindo outras conexões (MERHY, et. al., 2014).

Compreende-se, assim, que “os usuários são redes vivas de si próprios; estão o tempo inteiro produzindo movimentos, elaborando saberes, construindo e partilhando cuidados.” (MERHY, et. al., 20014, p. 157). Nesse sentido, identificar os itinerários terapêuticos de pessoas em situação de rua parece implicar a constituição das redes vivas construídas pelos sujeitos nas ruas - espaço de multiplicidades - e parece ser de extrema relevância para subsidiar processos de organização de serviços de saúde na construção de práticas assistenciais compreensivas e contextualmente integradas (CABRAL, et.al., 2009).

Diante do exposto, pretendeu-se com o presente estudo, identificar e compreender os itinerários terapêuticos percorridos por mulheres em situação de rua do município de Juiz de Fora (MG), compreendendo também os entrelaçamentos entre gênero e saúde. Para tanto, buscou-se, ainda: 1) Compreender as demandas de cuidado em saúde dessas mulheres, considerando as relações desiguais de gênero em nossa realidade social; 2) Analisar como as mulheres se relacionam com os serviços de saúde, ou seja, quando o procuram, com qual frequência e como se sentem recebidas, bem como os dispositivos que utilizam, sejam eles formais ou informais; 3) Verificar as estratégias de enfrentamento e possibilidades construídas pelas mulheres no que se refere aos cuidados em saúde;

### **3 ABORDAGEM METODOLÓGICA**

Nesta seção pretendo discorrer sobre o meu percurso metodológico, permeado por desafios emergentes do próprio campo de pesquisa, bem como por minhas angústias e experiência enquanto pesquisadora. Tentarei preservar em minha escrita o processo de pesquisa tal como ele ocorreu, já que compreendo o trabalho de campo da etnografia como uma experiência prática e pessoal, e vejo como imbricados a elaboração das estratégias de ação e os percalços que se desenrolam na prática.

Esta pesquisa aconteceu na cidade de Juiz de Fora (MG) e seu campo foi constituído por observações participantes na Casa de Passagem para mulheres, no Fórum da População em situação de rua, no Consultório na Rua - incluídos os diversos locais pelos quais transitava - e pelo acompanhamento de duas mulheres em situação de rua, minhas interlocutoras, em alguns de seus trajetos pela cidade, que eu esperava que me revelassem seus itinerários terapêuticos.

Assim, descrevo o tipo de pesquisa que realizei, buscando informar e frisar o olhar que norteou minha análise enquanto pesquisadora, os caminhos que percorri para que a pesquisa tomasse corpo, os locais que se fizeram presentes durante o processo, e algumas reflexões éticas que permearam meu trabalho.

#### **3.1 TIPO DE PESQUISA**

Trata-se de uma pesquisa etnográfica que, como tal, assume caráter qualitativo, e se debruça sobre um objeto que é histórico, marcado pelo dinamismo e especificidade que o definem enquanto tal em uma determinada sociedade, tempo e cultura. Assumo, em concordância com Langdon, Maluf e Tornquist (2007), que pensar “o outro” na perspectiva qualitativa só é possível admitindo-o enquanto sujeito político, com capacidade de agir e pensar sobre sua vida, assim como a saúde, que também é política, uma vez que é uma questão coletiva e social.

A etnografia se configura como um método complexo, assim como os objetos aos quais é dedicado, e é, sobretudo, uma construção teórico-técnica, que extrapola a aplicação de uma série de procedimentos e exige do pesquisador a constante adoção de uma postura reflexiva e crítica no que diz respeito à própria pesquisa (LANGDON, MALUF, TORNQUIST, 2007). A etnografia se refere, assim, a um modo de operar, no qual o pesquisador se insere no campo desprendido de sua lógica de visão de mundo e disposto a sair com um novo modelo de entendimento sobre o universo dos pesquisados e, acrescenta-se, sobre o seu próprio (MAGNANI, 2009).

Enquanto etnógrafo, o pesquisador se encontra em uma duplicidade de funções, atuando concomitantemente como sujeito e objeto de conhecimento. Ele se insere, assim, em uma verdadeira relação de troca, na qual é preciso comparar teorias, se permitir ao estranhamento, e negociar com os sujeitos alvo da pesquisa todo o processo de investigação, de modo que o resultado final seja produzido e alcançado com base no diálogo (MAGNANI, 2009; PEIRANO, 2014; SOUZA, CARVALHO, 2016). Dessa forma, a “busca da verdade não se encontra no interior de uma única pessoa, mas está na interação dialógica entre pessoas que a procuram coletivamente” (SOUZA, CARVALHO, 2016).

A respeito da negociação – palavra chave na etnografia - Langdon, Maluf e Tornquist (2007) reiteram o caráter dialógico do processo de pesquisa, e alertam-nos que o próprio sujeito de pesquisa e a maneira pela qual ele será abordado acabam sendo negociados durante a própria pesquisa: desde definir quem vai ser pesquisado, quantas pessoas, qual o recorte, qual a duração exata da pesquisa, etc. Premissa que se mostrou extremamente verdadeira em meu processo de campo que, como descreverei nas próximas seções, foi se construindo e constituindo à medida que as mulheres permitiam e os caminhos se abriam, mesmo que não planejados.

A etnografia não se encerra com o trabalho de campo, pois, se este se faz pelo diálogo vivido que, posteriormente, é revelado por meio da escrita acadêmica, é preciso colocar no texto o que foi ação vivida (PEIRANO, 2014). O registro escrito do que foi vivenciado no campo deve ser capaz de contemplar as múltiplas vozes que se fizeram presentes no percurso, bem como apresentar os conflitos e desencaixes. O texto não deve falar *para* o outro ou *sobre* o outro, mas, sim, dialogar com o outro, assim como o processo de imersão no campo. Nessa lógica, a escrita ultrapassa o registro de acontecimentos e consiste em um trabalho político, de afirmação de algumas verdades em detrimento de outras (SOUZA, CARVALHO, 2016).

Neste sentido ressalto que, para além dos desafios vivenciados no campo em si, considerei bastante desafiador organizar em seções e em uma certa ordem o material que eu tinha para compartilhar de forma escrita, pois, nos encontros com minhas interlocutoras principais, muitas vozes se encontravam e faziam parte do caminho. Muitas vezes, em um só dia, eu estava na Casa de Passagem, nas ruas e com o Consultório de Rua, de forma que uma conversa com minha interlocutora me dizia sobre a casa que, por sua vez, me permitia encontrar com minhas interlocutoras, que também me colocavam em contato com outras mais. Tentei manter tal cruzamento de diálogos e interações, sendo fiel ao que vivenciei. Como destacam Souza e Carvalho (2016), o registro escrito deve ser capaz de construir a experiência vivida pelo pesquisador, evidenciando o aspecto polifônico do campo, mas também permitindo a descoberta e invenção, já que “o texto torna-se outro em outro (con)texto” (p. 105).

### 3.1.2 Caminho trilhado

Para alcançar o objetivo deste estudo, realizei uma etnografia multilocal (MARCUS, 2001), modalidade que propõe extrapolar os limites da etnografia convencional, ao investigar a circulação de significados, objetos e pessoas em espaços difusos. É uma etnografia móvel, que assume trajetórias inesperadas e distintas ao seguir seu objeto de estudo através de diferentes locais de atividade. O centro da investigação está em seguir as conexões, associações e relações que se estabelecem entre os grupos ou locais de interesse da pesquisa. Assim, do mesmo modo em que constrói e investiga etnograficamente os modos de vida de sujeitos historicamente situados, também constrói etnograficamente aspectos do sistema-mundo, presentes nas relações investigadas e que ultrapassam a dinâmica por elas estabelecidas.

Podem ser utilizadas várias estratégias para realizar a etnografia multilocal e, para este estudo, realizei o que Marcus (2011) denomina de “seguir as pessoas”. Trata-se da estratégia mais convencional para se materializar a etnografia, e se refere ao procedimento de literalmente seguir e permanecer com os movimentos de um grupo ou sujeito particulares.

Assumi que para identificar os itinerários terapêuticos percorridos por mulheres em situação de rua - objeto naturalmente móvel e multiplamente situado -, a melhor estratégia seria seguir algumas dessas mulheres em seus caminhos de busca por cuidados de saúde. Nesse sentido, objeto e percurso metodológico se confundem, pois ambos implicam trajetórias e percursos, concretizando-se como um fio condutor de processos pessoais, mas que dizem algo do que é coletivo, enquanto mulheres que estão em situação de rua, e cultural, pois estão todas inseridas em uma sociedade capitalista e patriarcal.

Desse modo, as participantes da pesquisa<sup>4</sup>, que concordaram que eu as acompanhasse em alguns de seus percursos pela cidade, foram Ângela e Lélia, ambas mulheres, negras, em situação de rua e que frequentavam a Casa de Passagem. Contudo, outras vozes apareceram durante meus caminhos na pesquisa, também de mulheres em situação de rua, e elas também terão um lugar nesta escrita, ainda que junto a elas eu não tenha realizado uma etnografia multilocal. Ressalto que, na tentativa de preservar as participantes deste estudo, os nomes de

---

<sup>4</sup> Como será demonstrado nas seções posteriores, o caráter vivo do campo de pesquisa fez com que as escolhas sobre quais mulheres acompanhar se pautassem nas oportunidades criadas durante o processo de campo, e nas relações construídas entre pesquisadora e sujeito de pesquisa. Desse modo, a pesquisa não se debruçou sobre a experiência de mulheres transexuais, embora reconheça-se a importância de não circunscrever uma visão cis e heteronormativa a respeito do gênero e sexualidades, e compreenda-se a diversidade de experiências que são presentes neste campo, que abarca também as mulheres trans.

todas as mulheres, inclusive Ângela e Lélia, são fictícios, inspirados em mulheres feministas que marcaram (e marcam) a história.

Como técnicas de construção de dados, optei pela observação participante com a realização do diário de campo. São técnicas que valorizam o caráter relacional da pesquisa de campo, permitindo o encontro com o desconhecido e a apreensão de conteúdos significativos produzidos junto aos participantes (NETO, 2002). O processo de etnografia guarda íntima relação com essas técnicas, já que Malinowski, o pesquisador responsável por implementar as bases da observação participante no trabalho de campo antropológico, apontou, entre outras, a importância de se anotarem as observações em um diário de campo, e de se prestar atenção tanto às situações esperadas, quanto inesperadas do processo de etnografia (FERNANDES, MOREIRA, 2013).

A observação participante, ao encontro dos pressupostos da pesquisa etnográfica, é uma técnica que permite o contato direto do pesquisador com seus interlocutores, a fim de captar uma variedade de situações sobre a realidade dos atores sociais no seu próprio contexto, valorizando-se principalmente o instrumental humano (ALVES-MAZZOTI, 1999; NETO, 2002). De acordo com Fernandes e Moreira (2013), a observação participante se faz necessária em situações nas quais o pesquisador deve buscar o entendimento das relações entre pessoas e instituições, práticas estabelecidas, visões de mundo e opiniões dos sujeitos participantes.

Trata-se de uma técnica que obriga o pesquisador a lidar com um verdadeiro exercício de alteridade e, “por necessariamente implicar convívio significa, em última análise, vivência de tensões” (FERNANDES, MOREIRA, 2013, p. 520). Nessa direção, o diário de campo constitui-se como a ferramenta que permitirá a qualquer leitor, ao ler o relato da pesquisa, a adentrar no cotidiano do pesquisador, deparando-se com as dificuldades, dúvidas e escolhas metodológicas que o mesmo precisou fazer ao longo do trabalho etnográfico (VIEIRA, 2002).

Assim, o diário de campo é o instrumento a partir do qual o pesquisador registra suas impressões sobre o cotidiano dos sujeitos observados, permitindo recuperar com precisão acontecimentos passados, bem como atentar para novos aspectos a serem observados. Ele favorece o registro do objeto de pesquisa com toda a sua variabilidade em diferentes momentos, e serve de sinalizador para o pesquisador que, muitas vezes, deve refazer percursos, aprofundar pontos da pesquisa ou até mesmo mudar a direção da investigação (VIEIRA, 2002).

Fundamentada em tais pressupostos, realizei observações ao longo de todo o processo de imersão no campo, de forma mais livre, a partir dos elementos que se impunham pelo próprio contexto de observação, e o registro das mesmas, feito em Diário de Campo, foi transformado no material transcrito nos resultados deste trabalho. Ressalto que o projeto de pesquisa foi

submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF-MG), sendo aprovado em 03 de Maio de 2019, conforme parecer consubstanciado número 3.301.61 (anexo A).

### **3.2 IDENTIFICANDO O CENÁRIO DE INVESTIGAÇÃO**

Como mencionei, a pesquisa foi realizada no município de Juiz de Fora, que está situado na Zona da Mata Mineira e, segundo estimativas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), possui uma população estimada de 573.285 habitantes (IBGE, 2020). Reconhecendo as especificidades da população em situação de rua e considerando censos anteriores insuficientes para a compreensão da complexidade que a constitui, a Secretaria de Desenvolvimento Social da cidade lançou em 2016 o diagnóstico da população em situação de rua, estimando que 880 pessoas estão em situação de rua em Juiz de Fora. Destes, encontrou-se que 243 pessoas dormem na rua, 141 são acolhidas em unidades de acolhimento e 496 habitantes sobrevivem da rua, mas eventualmente retornam para a casa (PREFEITURA DE JUIZ DE FORA, 2016).

De acordo com o diagnóstico, entre o grupo de pessoas que dorme nas ruas, apenas 18% são mulheres e 70% delas possuem mais de 34 anos. Em relação à saúde, não é possível fazer a diferenciação entre homens e mulheres, mas, neste grupo, 30% declarou ter algum problema de saúde. Das doenças adquiridas após ida para a rua, destacam-se as doenças respiratórias (62%) e a dependência química (16%). Um número considerável de pessoas (70%) relatou ter sofrido algum tipo de violência moral, 38% violência física e 10% violência sexual. Em relação aos serviços de saúde disponíveis na cidade voltados a essa população, chama a atenção que nesse grupo, 78% relatou nunca ter utilizado o CAPS e 54% nunca utilizou o Consultório na Rua. Este, por sua vez, foi o serviço melhor avaliado por aqueles que utilizam os dispositivos de saúde, comparado também com os serviços da Assistência.

O grupo de pessoas que utiliza unidades de acolhimento corresponde a 16% do total diagnosticado e é composto por 15% de mulheres. Os dados referentes à saúde não se diferem significativamente dos do outro grupo, sendo que 41% responderam ter tido algum problema de saúde e as doenças mais mencionadas após a ida para as ruas também foram as respiratórias (43%) e a dependência química (14%). Quanto aos serviços de saúde, assim como no outro grupo, o CAPS é o serviço com maior percentual de pessoas que nunca o utilizou (74%), seguido pelo Consultório na Rua (52%). A Casa de Passagem para mulheres recebeu avaliação

“ótima” de 100% das mulheres entrevistadas, e o serviço de saúde melhor avaliado também foi o Consultório na Rua (PREFEITURA DE JUIZ DE FORA, 2016).

Por fim, o grupo dos que sobrevivem na rua mas voltam para casa corresponde a maioria das pessoas diagnosticadas (56%), e o número de mulheres é um pouco maior (22%). Em relação à saúde, 20% declararam ter algum problema de saúde e citaram problemas nas articulações, diabetes (10%) e hipertensão (10%). Um percentual maior de pessoas, 95% e 94%, nunca utilizaram o Consultório na Rua ou o CAPS, respectivamente (Prefeitura de Juiz de Fora, 2016).

Reunidos todos os dados apresentados, o diagnóstico separa, a partir dos três grupos previamente citados, aqueles que se encontram em maior, intermediária e menor vulnerabilidade, sendo eles, respectivamente, o grupo dos que vivem nas ruas, os acolhidos e os que retornam para casa. Nesse sentido, o documento aponta diretrizes para a problemática, dentre as quais se destaca as relacionadas a saúde, sendo elas: garantir o acesso amplo e simplificado às Unidades Básicas de Saúde (UBS) e a ampliação das equipes de Consultório na Rua; cumprir as prerrogativas da política nacional de saúde em relação ao tratamento dos usuários de drogas, seguindo os pressupostos da redução de danos e da territorialização, além do aumento do número de CAPS AD na cidade; e a garantia de que a PSR seja atendida no Serviço de Urgência Psiquiátrico (SUP) quando necessário (PREFEITURA DE JUIZ DE FORA, 2016).

A rede de serviços de atenção à saúde na cidade é constituída pelas Unidades Básicas de Saúde, das quais apenas uma disponibiliza vagas para o atendimento da população em situação de rua; pelos serviços de urgência e emergência compostos por quatro Unidades de Pronto Atendimento (UPA), sendo elas a UPA Norte, a UPA Leste (Regional Leste), a UPA São Pedro e a UPA Santa Luzia; e pelos serviços de atenção hospitalar, que são ofertados pela Santa Casa de Misericórdia, pelo Hospital de Pronto Socorro (HPS), pelo Hospital Doutor João Felício, pelo Hospital Regional Doutor João Penido, pelo Hospital Universitário (HU) e pelo Hospital Maternidade Therezinha de Jesus (HMTJ). Além disso, Juiz de Fora possui cinco Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) para oferecer acolhimento a pessoas em sofrimento mental severo.

Enquanto políticas públicas voltadas para esta população, Juiz de Fora conta com um núcleo do cidadão de rua (albergue), uma casa da cidadania, uma casa de passagem para mulheres, um Centro Pop, uma equipe de Consultório na Rua, e uma equipe de abordagem social. Além desses serviços, a cidade conta com um programa pertencente a uma fundação religiosa, cujo funcionamento se assemelha ao do Centro Pop, chamado Obra dos Pequenininhos

de Jesus, e a Casa Florescer, programa de proteção socioassistencial direcionado a pessoas em situação de vulnerabilidade que, embora não seja unicamente voltado para a população em situação de rua, tem a maioria de seus serviços direcionados a eles atualmente.

A Casa de Passagem para Mulheres é um serviço de acolhimento atualmente coordenado por uma fundação de caráter religioso, cuja gestão teve início em julho de 2018. A casa recebe mulheres cis e transexuais em situação de rua, e possui cinquenta vagas disponíveis para pernoite com direito à jantar, banho e café da manhã. O Consultório na Rua existe em Juiz de Fora desde 2011, e até o final de 2018 era administrado por uma organização do terceiro setor. Ficou inativo nos primeiros meses de 2019, e até o início desta pesquisa estava em processo de reorganização, sendo atualmente administrado pela prefeitura. Atua de maneira itinerante pela cidade, estando cada dia da semana em um serviço diferente, seja ele da saúde ou da assistência social, e conta com quatro profissionais, sendo eles uma assistente social, que é a coordenadora, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem e um médico.

O Centro Pop, por sua vez, constitui-se como um Serviço Especializado para Pessoa em Situação de Rua, é um equipamento público e estatal da Secretaria de Desenvolvimento Social de Juiz de Fora (SDS/JF) e é gerenciado por meio de convênio, pela Associação Municipal de Apoio Comunitário - AMAC. Oferece serviços de alimentação, higiene, abordagem de rua e de migração, além de acompanhamento psicossocial e oficinas artísticas. Através de minhas observações pude perceber que é um serviço amplamente utilizado, tanto por homens, quanto por mulheres em situação de rua, constituindo-se muitas vezes como um “ponto de encontro” entre eles. Em novembro de 2019, após vencerem fortes oposições de escolas e entidades que temiam o aumento da violência no bairro para o qual se mudaria, o Centro Pop finalmente ganhou um novo endereço e ainda passa por adaptações, tanto em relação à comunidade ao redor, quanto às pessoas em situação de rua.

Além destas instituições, Juiz de Fora conta com o Fórum da População em Situação de Rua, um espaço de debate e formação, cujo objetivo é articular a luta por direitos e construir uma rede que facilite o diálogo com órgãos responsáveis pela implementação de políticas públicas. É aberto à participação de qualquer pessoa interessada, e atualmente conta com a presença de profissionais da Assistência Social, da Saúde, da Secretaria de Desenvolvimento Social, pesquisadores e estudantes de universidades, militantes de organizações populares, além de pessoas em situação de rua.



### 3.3 “SUJANDO OS PÉS”: REFLEXÕES SOBRE A PESQUISA DE CAMPO

Minha aproximação com o campo de pesquisa se deu de forma gradual e – hoje eu sei – respeitando meus limites enquanto mulher e pesquisadora, bem como as possibilidades apresentadas pelas minhas interlocutoras, que também passavam por sua dimensão enquanto sujeitos. Quando optei por estudar mulheres em situação de rua, sabia que estava adentrando de uma nova maneira em um universo que, ao mesmo tempo que era novo e diferente, era também familiar e recorrente. Explico: era preciso desenvolver um novo olhar e, principalmente, desapegar de conceitos já formados por mim, com base em minhas experiências prévias com as pessoas em situação de rua, que foram pautadas principalmente pela lógica do assistencialismo, ou pelo desvio do olhar diante daquelas pessoas presentes nos meus trajetos cotidianos. Esse foi o primeiro desafio.

Timidamente, comecei a participar das reuniões do Fórum da População em Situação de Rua de Juiz de Fora, que aconteciam na primeira segunda-feira de cada mês. A primeira vez que fui a uma reunião foi no dia 05 de novembro de 2018 que, coincidentemente, aconteceu na Casa de Passagem para mulheres. Lembro-me do meu desconforto em estar participando de discussões das quais eu tinha pouquíssima familiaridade, ao mesmo tempo que me via ávida por informações e contatos com possíveis interlocutoras da pesquisa. Já nesse dia, ouvi uma mulher em situação de rua dizendo que a falta de informações dificultava o acesso delas aos serviços de saúde e fiquei empolgada com as possibilidades da pesquisa. Por outro lado, descobri também que o Consultório na Rua seria desativado por tempo indeterminado, pois passaria por uma troca de gestão.

Essa foi a primeira notícia que tive de que não seria eu a conduzir o meu campo, mas sim o contrário. Minha intenção original era acompanhar atividades com a equipe do Consultório na Rua para identificar demandas de saúde e conhecer as mulheres que por ele circulavam. Assim, forçada a mudar de estratégia, comecei a frequentar a Casa de Passagem para mulheres em Março de 2019, após algumas reuniões e apresentações do projeto nos meses anteriores. Inicialmente, ficou acordado que eu poderia frequentar a casa uma vez por semana, no dia em que a psicóloga desenvolvia uma atividade de filme com as mulheres. Considero este mais um desafio: como eu poderia criar vínculo com as mulheres, estando presente com elas apenas uma vez por semana em uma atividade que, a princípio, permitiria pouca interação?

Em uma dessas ocasiões, na Casa de Passagem, descubro que o Consultório na Rua tinha voltado a funcionar e minha esperança se renova: entro em contato com a coordenadora que, prontamente, permite que eu acompanhe a equipe em alguns momentos de sua atuação.

Ficou acordado que eu os acompanharia no dia em que atendessem na Casa de Passagem e na sede do Centro de Referência dos Direitos Humanos (CRDH), local onde uma médica parceira realizava atendimentos às sextas-feiras pela manhã. Assim, a partir de abril de 2019 meu campo de pesquisa foi sendo delimitado e passou a se constituir pelas reuniões do Fórum, pela Casa de Passagem e pelo Consultório na Rua.

Minha imersão neste campo, contudo, não foi isenta de desafios internos. Apenas no mês de Junho percebi que me sentia mais à vontade na Casa de Passagem mas, ainda assim, continuava pensando muito na hora de ir embora, com a sensação de que não conseguia ficar muito tempo por lá. Sensação esta, que era reforçada pelos funcionários toda vez que eu pedia para abrirem as portas para eu ir embora, e eles diziam “*Já vai?*”. Alguns dias eu sentia que não conseguiria ouvir mais ninguém, nem perceber os detalhes que me seriam importantes. Em alguns momentos me sentia cobrada pela equipe da casa que, não sei se por curiosidade ou no intuito de saber como eu estava percebendo o espaço delas - que me foi cedido -, me perguntavam muito as minhas impressões, o que eu estava achando, e se estava gostando. Nessas situações, eu sempre tentava responder com cordialidade, enfatizando o quanto minha convivência lá estava sendo importante para a minha pesquisa, mas sem dar muitas informações sobre o que eu observava.

Inesperadamente, com Ângela e Lélia minha relação foi mais leve e natural. Me sentia à vontade e disposta a acompanhá-las e ouvi-las onde quer que fosse. Cheguei a pensar se isso teria a ver com a liberdade de construção de nossas relações, que não estavam vinculadas a nenhuma instituição, mas não sei bem a resposta. Por outro lado, não significa que essa interação foi sem angústias. A etnografia em si trazia à tona dificuldades relacionadas à sua própria dinâmica.

Na Casa de Passagem, à medida que os meses iam passando, fui percebendo a unicidade de cada momento: as semanas nunca eram iguais; não adiantava criar muitas expectativas e planos para a semana seguinte, pois, não havia garantia de que estariam lá as mesmas mulheres e que, se estivessem, teriam condições ou disposição para falar. Paradoxalmente, era como se toda semana fosse a mesma rotina se repetindo: as mulheres chegavam, aguardavam na área onde faziam as refeições para tomar o banho, jantavam e iam assistir televisão ou dormir. Uma vez ao mês havia a comemoração de aniversariantes do mês e, às segundas eram o dia que esperavam o Consultório na Rua. Enquanto pesquisadora, eu precisava me manter atenta e não me acostumar com essa rotina. Precisava permanecer com meus estranhamentos.

Com minhas interlocutoras, fui aprendendo que elas conduziam o campo, ditando o ritmo do mesmo, impondo os limites e as possibilidades. Muitas vezes marcávamos encontros,

mas elas não compareciam e eu apostava em buscas demoradas à sua procura, mas sem retorno. Outras, nós nos encontrávamos mas elas estavam cansadas, não queriam conversar muito.

Uma preocupação que me acompanhou, principalmente no começo de minha entrada no campo, foi a de como eu seria recebida, se eu conseguiria me incluir e ser aceita pelas mulheres em situação de rua, considerando nossas diferenças tão marcantes, social e fisicamente. Antes mesmo da definição do meu campo, fui alertada quanto a importância de adequar minhas vestimentas e modo de falar. Sempre me perguntei, por outro lado, se haveria outra forma de estar em campo, senão permeada por tudo aquilo que me constitui, e até que ponto uma relação pautada em tantos cuidados não criaria uma certa artificialidade.

Foram minhas próprias interlocutoras que, a todo tempo, me apontaram como era, de fato, a partir da alteridade que nossa relação poderia ser construída. De Ângela, ouvi em tom jocoso, que eu era muito branca e precisava tomar sol, o que a fez me indicar praia e piscina em mais de uma ocasião, e rir de mim, me colocando em uma posição de quem, de algum modo, precisava de cuidado. Ela também me disse que eu era “*muito magrinha*”, e a partir disso pode falar sobre o seu corpo. Lélia, por sua vez, nunca perdia de vista meu papel de psicóloga, que parecia lhe assegurar confiança e certa credibilidade. Simone uma vez disse que eu tinha “*sorriso colgate*”, e falou sobre seu incômodo com seus dentes e dificuldades para realizar tratamento; Rosa se aproximou de mim porque gostou muito da minha roupa, me contou o que ela gostava de vestir e o que ela não possuía, mas gostaria.

Desse modo, me tornei “minha amiga”, “minha confidencial”, “minha particular”, “repórter”, “Lalão” e “minha psicóloga particular”. A partir da diferença, fui incluída e conquistei um lugar.

Sobre esse lugar, nem todas as mulheres com as quais eu conversei se preocupavam em compreender quem eu era ou qual era o meu papel, tanto na Casa de Passagem, quanto com Consultório na Rua. Talvez assumissem que eu era uma profissional recém-chegada nas duas equipes mas, principalmente, a partir do momento que passei a acompanhar Ângela e Lélia, pareceram demarcar que eu era “de fora” dessas instituições. Mais de uma vez, algumas mulheres sentiram-se à vontade para compartilhar queixas referentes aos serviços, bem como confidenciar histórias que não queriam contar aos profissionais.

À medida que meu processo de imersão no campo se firmava, fui percebendo a necessidade de refinar meu olhar e saber fazer as perguntas certas, a fim de me aproximar do meu objeto de pesquisa. Eu já estava acompanhando minhas interlocutoras, e já tinha um certo percurso junto ao Consultório na Rua e à Casa de Passagem mas, ainda assim, não percebia o itinerário terapêutico das mulheres em situação de rua. Precisei aprender a olhar o que eu não

estava vendo, e me perguntar porque eu não encontrava o que, a princípio, pretendia encontrar. Porque as mulheres não percorriam caminhos em busca de cuidados em saúde? Porque a saúde não aparece como uma preocupação em seu cotidiano? Se a etnografia se refere à uma forma de estar do pesquisador em relação aos seus interlocutores, extrapolando o uso de técnicas e métodos prontos, meu campo viria a enfatizar que, inclusive, o olhar deveria ser mais disponível e menos enrijecido, não só o “como fazer”.

Se minha entrada no campo se deu forma gradual, o encerramento desse processo se deu de forma um pouco mais “abrupta”, de acordo com as circunstâncias impostas pelas minhas interlocutoras, como descreverei a diante, e pela pandemia da Covid-19, cujas medidas sanitárias de segurança exigiram o isolamento social. Assim, embora com Ângela eu já tivesse encerrado o acompanhamento, em Março de 2020 eu ainda estava realizando as outras atividades que envolviam o meu campo, que precisaram ser encerradas abrupta e inesperadamente, circunscrevendo um ponto final para a minha pesquisa e apontando, assim como em minha entrada no campo, que não seria eu a conduzir o seu encerramento.

### **3.3.1 Reflexões sobre o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)**

Outra preocupação que me acompanhou, também no começo de minha entrada no campo, foi a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). No âmbito das Ciências Humanas e da pesquisa qualitativa, muito se discute sobre a sua pertinência nos moldes colocados pela resolução 196/96, segundo a qual o passo inicial para o contato com o sujeito pesquisado é a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que deve conter todos os aspectos referentes aos objetivos da pesquisa, enfatizando riscos e benefícios, além da garantia ao anonimato e sigilo dos participantes (BRASIL, 1996).

Em meu processo de pesquisa, não foi possível que o meu primeiro contato com minhas interlocutoras passasse por tal assinatura. Eu me apresentei a todas as mulheres com quem conversei em minha imersão no campo, e fazia o possível para esclarecer meu papel naquele contexto. Mas como ter certeza de que elas compreendiam de fato o que eu estava fazendo? Compreendiam o que é um pesquisador? O que é pesquisa? O que seria feito com suas falas posteriormente? Minha aposta é de que a resposta para essas perguntas era negativa, mas que também não seria a assinatura do TCLE que viria a resolver tais questões. Claro, compreendo que é uma tentativa, uma das formas de se tentar assegurar os direitos dos participantes da pesquisa, mas não suficiente.

Alguns autores pontuam que o TCLE acaba por estruturar a relação entre pesquisador e interlocutor, estabelecendo certa hierarquia e limitando as possibilidades de mudança nos caminhos a serem percorridos. Os autores frisam que a relação dialógica é um processo, incapaz de ser compactuado mediante um contrato pré-assinado em um primeiro encontro (Langdon, Maluf & Tornquist, 2007). Na mesma direção, Souza e Carvalho (2016) questionam se o consentimento não deveria ser tratado como uma questão que atravessa toda a relação da pesquisa, e apostam em um fazer que inclua o outro, verificando a sua disponibilidade em participar efetivamente de todo o processo, discutindo os impactos do seu discurso. Mas como fazer isso na prática?

Ainda para Langdon, Maluf e Tornquist, (2007), o método etnográfico já incluiria, pelo seu próprio fazer que abarca a negociação e diálogo constante, uma forma de consentimento, não formal, mas presente como condição para a realização de qualquer pesquisa de campo. Nessa lógica, o consentimento livre e esclarecido é um processo de contínua interação entre o pesquisador e os pesquisados, premissa que tentei ao máximo transformar em prática no meu processo de pesquisa.

Assim, meu compromisso ético com as mulheres que compartilharam um pouco de sua história comigo se expressava em cada escolha de palavras e gestos de minha parte e, posteriormente, na transformação de suas vozes em escrita. Durante o campo, eu não tinha meios de prever quando uma conversa traria elementos importantes para a análise em minha pesquisa, nem quem ou quantas pessoas estariam envolvidas nas situações que eu observava, o que tornava um pouco inviável a assinatura do TCLE por parte daqueles que compunham as cenas que eu observava. Enquanto instituições, a Casa de Passagem e o Consultório na Rua permitiram e aprovaram minha pesquisa, de forma que seus profissionais estavam cientes de meu papel e, sempre que necessário, eu o reforçava.

Com Ângela e Lélia, talvez na contramão de toda essa discussão e evidenciando – como tantas outras vezes – que o campo é vivo e as relações construídas ditam os caminhos a serem trilhados, além dessa postura, houve um momento de assinatura do TCLE. Em minha tentativa de realizar todo o processo de pesquisa de acordo com as normas que o regiam, mencionei às duas sobre o termo, explicando seus objetivos, e ambas fizeram questão de ler o termo, assiná-lo e guardá-lo junto aos seus pertences. Foi uma grande quebra de expectativa, já que permeada por discussões como a aqui descrita, já me preparava para meios alternativos de consentimento, considerando inclusive a hipótese de minhas interlocutoras serem analfabetas. Não foi o caso.

O que, de fato, significou tal assinatura para elas eu não tenho como dizer, mas posso afirmar que para ambas não foi o TCLE que as colocou em uma relação comigo e em

participação na pesquisa, pois isso se deu antes, em nossas conversas que manifestavam que, de alguma forma, elas compreenderam que suas falas eram importantes e que eu precisava apreendê-las, o que ficava evidente em perguntas como *“Você não vai escrever as coisas que eu te falo? Como você vai lembrar de tudo se não está gravando?”*; *“Está conseguindo fazer relatórios da pesquisa direitinho?”*, vindas tanto de Ângela, quanto de Lélia.

Posso supor que a assinatura do TCLE pode ter sido importante para formalizar a participação delas na pesquisa, ao mesmo tempo em que demarcava certa alteridade entre nós, que era necessária, como já pontuei. Contudo, de forma alguma, tal assinatura assegurava, na prática, o conteúdo do termo. Por isso, acredito na importância de se discutir a aplicação do TCLE de maneira indiscriminada, como um mero instrumento burocrático de cumprimento de protocolo, e que retira do pesquisador seu compromisso ético, supostamente assegurado pela aplicação de um termo. Para além disso, em minha pesquisa, o consentimento se tornou algo constante e relacional, na medida em que minhas interlocutoras me cobravam uma atitude de pesquisadora e diziam “sim” para nossos encontros e conversas, o que exigia de mim uma enorme responsabilidade, senso crítico, e ético, claro.

## 4 TRADUZINDO AS EXPERIÊNCIAS DE ENCONTRO COM AS MULHERES

Esta seção tem por objetivo narrar e descrever as experiências vividas no percurso do campo, através do contato com as mulheres em situação de rua e com as instituições que fizeram parte de seus caminhos. Inicialmente, trago dados construídos a partir do Diário de Campo, que evidenciam como a trajetória da pesquisa foi sendo construída, bem como os diversos atores que a compuseram. Em sequência, destaco algumas narrativas de mulheres que se fizeram presentes no percurso de pesquisa, seja através dos serviços ou por cruzarem os caminhos de Ângela e Lélia para, por fim, trazer as experiências de etnografia multilocal realizada junto a elas.

### 4.1 DIÁRIO DE CAMPO: ALGUMAS NARRATIVAS E PERCEPÇÕES

A reunião do Fórum do mês de abril teve um caráter peculiar, pois, também realizada na Casa de Passagem, contou majoritariamente com a participação de profissionais da rede, tendo apenas um integrante da população em situação de rua, sendo ele um homem. Tal configuração culminou em uma reunião cujo foco foram questões internas dos serviços, que evidenciaram certa desarticulação entre os mesmos. O estopim da mudança de foco foi o relato da representante do CRDH, que afirmou que a Casa de Passagem para mulheres não condizia com o relatório apresentado pela mesma no chamamento público. Entre as questões apresentadas estavam a acessibilidade, o número de quartos insuficientes, a situação do refeitório, e alguns problemas de reparo, como o banheiro que estava sempre entupido. A partir desse momento, iniciou-se uma série de cobranças que se estenderam a vários serviços, e acusações e tentativas de “demonstrações de inocência” foram levantadas de todos os lados.

Me chamou especial atenção o fato das representantes da Casa de Passagem de mulheres não terem permitido a leitura do relatório – ação proposta pela representante do CRDH -, bem como as justificativas utilizadas ao negarem a inadequação da casa. Estas foram baseadas na premissa de que realizam um trabalho *“bonito e pioneiro, prezando pela qualidade de vida, zelo, carinho e compaixão”*. Além disso, foi pontuado pela coordenadora da Casa de Passagem sua preocupação com *“as manipulações dos usuários pelos funcionários”*, que poderiam colocar um serviço contra o outro. Foi falado que algumas orientações poderiam fazer os usuários cobrarem mais de um serviço do que de outro, ou fazê-los ter esperança quanto alguma conduta que não seria possível de ser resolvida em determinado serviço. A discussão foi longa, e o clima não muito amistoso. Saí da reunião pensando em como esse cenário poderia afetar o cuidado das pessoas em situação de rua, esperando que o campo revelasse isso para mim.

Minha experiência no CRDH acompanhando as consultas com o Consultório na Rua me deixava receosa, pois, entre os agendados, a maioria eram homens e as mulheres faltavam bastante as consultas. Em uma agenda de mais ou menos 15 pessoas, duas a três eram mulheres e, em um dia de atendimento nunca presenciei o comparecimento de mais de uma. Me vi diante de mais um desafio: como poderia conhecer as demandas de saúde das mulheres, se elas não compareceriam às consultas?

Durante os quatro meses que frequentei o CRDH, conheci apenas duas mulheres: uma delas tinha consulta uma vez por mês para acompanhar a gravidez, e outra foi duas vezes para tratar uma infecção de pele. Esse cenário já me colocava algumas questões: será que as mulheres não têm apresentado demandas de saúde que as levem a procurar ajuda profissional? Ou será que apresentam mas recorrem a outros meios? (Nesse caso, quais?) Aquelas que agendam as consultas mas não comparecem, faltam porquê? O processo da pesquisa viria a me mostrar que não seria com o Consultório que eu conseguiria me aproximar dessas questões.

Em uma das manhãs no CRDH com um movimento pequeno, acompanho a técnica de enfermagem até uma praça da cidade para a realização de um curativo em uma mulher que estava com uma ferida infeccionada no pescoço. Ao chegarmos, vejo a mulher sentada em meio a muitos homens e um filhotinho de cachorro, que brincava feliz entre as pernas de todos ali. Ao nos ver Jucilene, a mulher em questão, se aproxima com um sorriso já dizendo *“ta na hora do curativo, né?”*. Enquanto caminhávamos até o carro, ela me pergunta quem sou eu e, após minha resposta, fala que sua filha *“já precisou muito de psicóloga. Ela foi estuprada quando tinha 12 anos pelo meu ex-marido”*. Conta isso com muita naturalidade, e fico espantada por essa ter sido sua primeira lembrança quando digo que sou psicóloga. Ela continua, acrescenta que hoje a filha tem 14 anos mas não está mais com ela, e emenda em outro assunto, sobre medicamentos. Voltando-se à técnica, ela diz *“nem precisa me dar o remédio, porque ó, vou falar a verdade, eu não vou tomar.”* O remédio era para o tratamento de HIV, e ela continua, dizendo que esqueceria ou perderia o remédio, então não precisava entregar a ela. Após algum tempo de conversa, ela acaba pegando os medicamentos afirmando que iria tomá-los.

Na semana seguinte, voltamos para fazer o curativo e descobrimos que Jucilene e seu companheiro haviam fugido de Juiz de Fora. Nossos informantes na praça contaram que o casal roubou dinheiro de outros moradores do local e fugiu. Acrescentaram que esperavam que eles não voltassem *“porque senão vai dar problema”*.

A partir de Agosto de 2019 não pude mais acompanhar a equipe do Consultório na Rua nas consultas no CRDH mas, em contrapartida, pude participar de uma maneira mais integral de suas atividades itinerantes. Me senti muito acolhida pela equipe, que passou a me convidar



a acompanha-la em outros serviços, além da Casa de Passagem. Assim, junto a ela, estive no Centro Pop, no Pequeninos e em alguns locais nas ruas, onde faziam buscas ativas a algumas mulheres que não frequentavam nenhum dos serviços.

Constatei, o que acredito ser reflexo do menor número de mulheres em situação de rua quando comparado ao de homens, que as mulheres eram a minoria buscando auxílio junto ao CnR. No Pequeninos, a equipe chegava bem cedo, no período da manhã, a fim de realizar atendimentos das pessoas que aguardavam para tomar o café da manhã. Essas pessoas formavam uma fila para que entrassem em ordem de chegada na instituição e, enquanto isso, os atendimentos eram realizados. Curiosamente, a maioria das pessoas que se aproximava da equipe, solicitava que aferissem sua pressão. Muitas vezes a pessoa não tinha propriamente uma queixa e a pressão nem estava alta mas, ainda assim, solicitavam esse atendimento. Me pareceu que essa era uma forma de obterem cuidados, de receberem algum tipo de atenção, pois, muitas vezes se sentavam e falavam sobre o seu dia, sobre suas preocupações e tiravam dúvidas gerais sobre onde conseguir medicamentos e onde encontrar a equipe nos outros dias da semana.

Na Casa de Passagem também era comum que as mulheres apresentassem esse tipo de demanda. Certa ocasião, havia uma pequena fila com cinco mulheres aguardando atendimento com a equipe, que precisou informá-las que o aparelho de pressão tinha estragado. Após pequenos murmurinhos, a maioria delas se levantou e, pude ouvi-las contando isso a outras mulheres que disseram “*ah nem vou lá então*”. Apesar disso, ao longo do meu período de imersão no campo, também presenciei demandas variadas, algumas solicitavam o preventivo, tiravam dúvidas quanto ao uso de determinados medicamentos e buscavam orientação sobre onde consegui-los.

Muitas mulheres solicitavam exames de sangue e de urina, “*pra fazer um check up*”, “*pode pedir pra tudo, inclusive pra cabeça*”, elas diziam. A sensação era a de que muitas mulheres não sabiam dar “forma”, ou mesmo palavras à questão que lhes afligia e, por isso, solicitavam exames genéricos e amplos, na esperança de que alguma desordem fosse encontrada e encaminhada. Certa vez, uma mulher que já havia pedido para agendar exames várias vezes mas nunca comparecia para a coleta, solicitou novamente para agendarem um exame de urina. A equipe pontuou que já haviam feito isso várias vezes naquele ano, mas fariam mais uma tentativa. A técnica de enfermagem pergunta qual a queixa apresentada, mas ela apenas resmunga, fala baixo, e não especifica que tipo de dor sente. A técnica, então, pergunta se ela tinha “*queimação*”, ao que ela responde “*sim*”; “*ardência?*”, “*sim*”; “*coceira?*”, “*sim*”, e segue esse padrão para todas as perguntas feitas. A sensação foi a de que qualquer pergunta que lhe fosse feita ela responderia sim, e todos os sintomas corresponderiam aos dela.

Na Casa de Passagem, o Consultório na Rua inaugurou uma nova etapa a partir de dezembro, com a chegada de um médico para compor a equipe. Não pude deixar de notar algumas mudanças pois, até aquele momento, os atendimentos aconteciam na varanda da casa, sem muita estrutura e a procura, por parte das mulheres não era tão considerável, a não ser para aferição de pressão. Coincidência ou não, a partir desse momento, a equipe passou a ter uma sala dentro da casa, com uma maca, poltronas, cadeiras e mesa para realizarem o atendimento. As mulheres passaram a aguardar na sala de televisão que, realmente, parecia uma sala de espera, pois não havia mais sofás e, sim, cadeiras, em blocos de cinco, ligadas por um eixo de ferro.

Acompanhei o atendimento de uma mulher que havia feito um exame de sangue e desconfiava que estava grávida. O resultado, porém, indicou o contrário e apontou a suspeita de AIDS, o que levou a equipe a encaminhá-la para o Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA), que é o serviço especializado. A mulher pareceu se abater mais com a notícia da não gravidez do que com a possibilidade de estar com AIDS, e disse com indignação “*o Conselho Tutelar já pegou duas crianças minhas, e eu não vou deixar isso acontecer de novo*”. Ela repete esse discurso por algum tempo, recusando-se a ouvir a equipe, e conclui que iria abortar. Após ouvi-la com atenção, me pareceu que, traumatizada por suas experiências anteriores nas quais perdeu a guarda de seus filhos, ela criou uma narrativa na qual os serviços de saúde, junto ao Conselho Tutelar, trabalham em conjunto para retirarem dela quaisquer filhos que venha a ter. Desde a perda que sofreu, ela acredita que está grávida novamente, mesmo ultrapassando o período de gestação de nove meses, e ameaça o aborto. Ela está em situação de rua há muitos anos, a ponto de não saber precisar o tempo. De fato, a vida nas ruas, atrelada às precárias condições materiais, deixa marcas que atravessam o corpo e o sujeito de maneira profunda, podendo adoecê-lo gravemente.

Certa ocasião, a psicóloga da Casa de Passagem solicitou à equipe do Consultório na Rua que fizesse o atendimento de uma mulher que estava frequentando a casa há aproximadamente um mês. Era uma mulher branca, alta, de cabelos lisos e pretos, que na realidade não apresentou queixas mas, sim, certezas. Ela revelou à mim e à equipe o seu desejo de tirar a própria vida, a partir de um discurso lúcido e consciente sobre sua realidade. Afirmou que estava ali a pedido da psicóloga, mas que não iria tomar remédio, “*o que o remédio faz é me deixar dopada, mas o pensamento fica. Fiquei três anos tomando, fiquei abobada. Eu não quero tomar remédio*”, disse com veemência.

Ela manteve o discurso ao longo da consulta e contou que já frequentou o CAPS, “*mas nem é pra tratamento, eu fui pra comer porque não tinha comida em casa*”. Atualmente, ela

diz, *“vivo aqui, se não tiver aqui eu vou pra rua, dou um jeito”*. Ela conta uma história, anterior à sua ida para as ruas, na qual seus vizinhos estavam roubando a energia de sua casa e ela fez uma denúncia às autoridades, que lhe responderam que as pessoas que ela acusava eram *“da sociedade, e não poderiam ter feito isso”*, e não foram verificar. Parece que os tais vizinhos ficaram sabendo e, em retaliação, jogaram pedras pela janela de sua casa, invadiram e agrediram muito seu marido, que faleceu após algum tempo do ocorrido. Antes de se retirar da sala, ela deixa seu recado: *“a justiça só se aplica aos ricos; os ricos são mais traficantes que os pobres, mas policial arromba casa só de pobre. Não é? A sociedade não ta nem aí pra mim, querem esconder a pobreza de baixo do tapete, pra eles a pobreza é a sujeira. Às vezes a morte é o remédio mesmo”*.

Em outro atendimento, já quando o médico havia sido integrado à equipe, presencio o atendimento de uma mulher, cuja principal queixa é a angústia. Me lembro bem desse dia, pois era a primeira vez que ela era atendida pela equipe e manteve-se cabisbaixa, falando baixo e demorou para encontrar as palavras que expressassem o motivo de sua procura. Não conseguiu elaborar muito, disse apenas *“angústia”*. Ela não sabia ao certo quanto tempo estava nas ruas, *“36... 39 anos? Não sei mais”*, ela disse. Conta que é de Aparecida do Norte, onde sua família vive, mas ela não tem contato. A equipe tinha em mãos um exame antigo colhido no CAPS, no qual constava que ela tinha sífilis. Ela não sabia o que era isso, e perguntou se a equipe poderia explica-la. A partir do que entendeu, ela afirmou que nunca tinha feito o tratamento, mas gostaria de fazê-lo. Antes de se retirar da sala, pede o álcool em gel, espalha nas mãos e nas pernas, *“é para hidratar”*, diz.

No mesmo dia, acompanhei o atendimento de uma mulher que estava grávida, mas não sabia de quantas semanas. Ela estava sorridente, dizendo que havia parado de usar drogas, estava com um novo marido e tinham conseguido *“uma casinha”* para morar. Ela não sabia a data de nascimento, nem quantos filhos tinha, mas falava isso com naturalidade. *“Tive duas gestações e um aborto... não, fora três gestações e um aborto”*, ela disse. Foi a enfermeira da equipe, que já a conhecia há anos, quem disse que aquela era a sua sétima gestação, mas ela não se assustou com o número.

Outro atendimento que me marcou foi o de uma mulher que disse ser natural de Rio Pomba, havia morado por seis meses em Barbacena, e estava em Juiz de Fora há quatro dias. O motivo de sua consulta era solicitar um encaminhamento para o CAPS, razão pela qual veio para a cidade. Ela conta que, em Barbacena, conheceu algumas pessoas na rua que lhe sugeriram os serviços de Juiz de Fora, que *“eram bons, como a Casa Cidadania, né?, e o CAPS aqui ajuda mesmo as pessoas”*. Veio de carona para a cidade, mas não conhecia ninguém, *“quer*

*dizer, tem as meninas que ficaram presas comigo por um tempo, mas fora elas ninguém*". Ela se emociona ao contar que ficou sóbria por sete anos, mas há três sofreu uma recaída, e o seu maior problema é o crack. Afirma que gostaria muito de parar de usar, inclusive para ter suas duas filhas de volta, que estavam sob a guarda de seu irmão. Sua família não tem notícias suas, não sabe onde ela está e ela repete muitas vezes, *"quero parar de usar, mas é muito difícil, não tem jeito, não tenho esperança"*. Ela sai da consulta com um encaminhamento para o CAPS e outro para o HPS, pois ela disse que, caso conseguisse, gostaria de ficar internada.

Em uma das minhas primeiras idas à Casa de Passagem, uma sexta-feira com a casa bem cheia, lembro-me de me sentir perdida no "vai-e-vem" de tantas mulheres desconhecidas conversando, se alternando entre tomar banho, jantar, e assistir televisão. Nesse dia ouvi uma mulher, saindo da sala de coordenação dizer *"morro de medo de ser dopada. Traumatizei naquele CAPS lá. Pessoal fica dopado de boca aberta"*. Uma outra mulher, em seguida, dizia que parou de usar drogas e jogou fora sua pedra de crack mas não queria ir ao HPS porque *"o médico me trata mal e taca haldol na veia"*. Enquanto isso, na parte externa da casa, um grupo de mulheres estava reunido tocando violão e cantando.

Naquela época havia uma problemática muito comentada: a dificuldade de lidarem com a presença de mulheres transexuais. Era uma preocupação forte por parte das funcionárias, que tentavam conscientizar as mulheres sobre o papel da casa ao receber tais mulheres. A necessidade de afirmar tal posição foi expressa inclusive em eventos sociais, nos quais os stands e panfletos da casa apareciam como "Casa de Passagem para mulheres e mulheres e transexuais". Certa ocasião participei como observadora de uma roda de conversa organizada pela casa, coordenada por uma psicóloga trans, com o objetivo de abordar esse assunto.

Durante a conversa, fiquei me perguntando se aquele dito "problema" era mesmo uma questão para as mulheres ali presentes. Minha impressão era de que elas não estavam muito afetadas pelo tema, embora algumas tivessem algumas curiosidades, e usassem o espaço para falar sobre o que queriam, independente da pergunta que lhes era feita. Apesar disso, foi interessante perceber algumas nuances sobre a relação entre as mulheres na rua, pois foi mencionado, pelas próprias mulheres, que muitas não se consideram amigas mas, sim, concorrentes, e que não são unidas enquanto grupo. Além disso, pensando no meu processo de pesquisa, minha participação naquela atividade foi o primeiro sinal de que não seria fácil fazer um grupo de discussão com as mulheres: era muito difícil envolver as mulheres em uma mesma discussão, havia muitas interrupções e devaneios. Comecei a abandonar a ideia que, a princípio, fazia parte da minha metodologia.

Na Casa de Passagem, muitas das minhas observações e conversas aconteciam enquanto as mulheres aguardavam para tomar banho, jantavam ou assistiam televisão. Em uma ocasião, eu estava sentada no sofá conversando com uma mulher que havia acabado de chegar na cidade e estava na casa pela primeira vez. Ela me contava que veio de Cabo Frio com seu filho de 18 anos, porque seu marido estava envolvido no tráfico de drogas na cidade e eles corriam perigo lá. Fala brevemente que seu marido abusou de sua filha mais nova quando ela tinha seis anos e, por isso, hoje não tem a sua guarda. Nesse momento, fomos interrompidas por uma gritaria vinda da área externa da casa, indicando que uma briga estava acontecendo. Eram duas mulheres fazendo sérias ameaças, se agredindo fisicamente, atirando cadeiras e qualquer objeto que encontravam à sua frente.

Enquanto eu estava incrédula com o que presenciava, ouço uma mulher ao meu lado dizendo, com bastante naturalidade, *“já falei para colocarem gardenal na comida, um dia ainda vai ter morte aqui”*. Do lado de fora, perto da briga, escuto algumas mulheres (sentadas, comendo) dizendo *“não briga aqui não que vocês vão levar suspensão, deixa pra brigar na rua”*, esta percebida, de algum modo, como um território “livre”, como se lá tudo pudesse acontecer. As mulheres não questionavam a briga em si, mas pensavam em como “manejar” a situação, que parecia ser tida como natural. Além disso, a maioria das mulheres estavam atentas, porém não se alarmaram com a briga e nem tentaram impedir. Foi preciso que as funcionárias da casa intervissem, e ameaçassem chamar a polícia para que as duas mulheres parassem de se agredir.

Dois meses depois presencio um *déjà-vu*: enquanto estava sentada na sala conversando com Ângela – que viria a ser uma parceira fundamental para minha pesquisa – somos interrompidas por uma briga entre duas mulheres, mas dessa vez bem ao nosso lado. Duas mulheres se agrediam muito, com muita violência, instaurando uma grande confusão na qual se ouviam gritos, ameaças e tentativas de apaziguamento de mulheres que estavam fora da briga. O auge aconteceu quando uma das envolvidas na briga saiu correndo para fora da casa e, poucos instantes depois, fez ameaças de morte à outra mulher indicando que estava com uma faca. Não lembro exatamente como aconteceu, mas de repente estávamos eu e a assistente social da casa segurando a porta, pressionando para que a mulher com a faca não entrasse, e num outro instante estava eu trancada em uma sala com uma das mulheres envolvidas na briga.

Naquele dia não consegui terminar a conversa com Ângela, pois depois que tudo se acalmou as mulheres já haviam subido para dormir. Se ainda não estava claro para mim, naquele dia não tive dúvidas que meu campo tinha “vida própria”, e eu precisava aproveitar cada instante que me era apresentado.

Percebi que a Casa de Passagem fazia o possível para que as mulheres tivessem experiências relacionadas à feminilidade e, muitas vezes, presenciei momentos em que era oferecida a oportunidade de pintarem os cabelos, realizarem algum tipo de tratamento capilar, fazerem máscaras faciais e diversos tipos de cuidados com a pele, com ajuda de empresas de beleza em algumas ocasiões. Além disso, atividades relacionadas ao artesanato também eram ofertadas, e pude presenciar colagens, pinturas em tela, pinturas em mdf, desenhos, confecção de bijouterias, e até mesmo sabonetes. A maioria dos dias em que estive presente, alguma dessas atividades estava acontecendo. Senti falta, contudo, de presenciar atividades relacionadas mais diretamente à psicologia ou ao serviço social, já que vi muitas dessas demandas por parte das mulheres, mas não as vi acontecendo. Ressalto, porém, que me foi permitido ir à casa em um dia da semana, apenas.

Durante esse período em que frequentei a casa, algumas experiências foram mais marcantes. Uma delas foi a conversa sobre o setembro amarelo, a qual fui convidada a conduzir, pela psicóloga e coordenadora da casa. Me lembro que me causou muito estranhamento o dia escolhido ter sido o mesmo em que comemorariam as aniversariantes do mês. Assim, a nossa conversa aconteceu em meio a decorações festivas, uma mesa de bolo e cartazes de felicitações. Naquele dia estavam presentes 10 mulheres assistidas, as funcionárias da casa e a equipe do Consultório na Rua, que havia terminado os atendimentos e permaneceram para participar.

Ao longo da conversa algumas falas chamaram mais a atenção, como a de uma mulher que disse que sua vida era muito valiosa para cometer suicídio, e ainda complementou, *“isso é coisa de pobre”*. Sua fala foi recebida com vários questionamentos e, embora eu tenha tentado explorar o porquê de qualificar o suicídio como *“coisa de pobre”*, não foi possível aprofundar.

A maioria das mulheres, com exceção de uma, acreditava que o suicídio é uma questão individual. Apenas uma mulher disse que *“os serviços de saúde têm que se responsabilizar e ajudar as pessoas que passam por essa dificuldade”*. Uma mulher pontuou que *“a depressão pode levar ao suicídio”* e sua fala pareceu mobilizar as outras mulheres, que conheciam de perto a doença, seja por experiência própria ou por conviverem com pessoas adoecidas.

Outro aspecto interessante foi o fato de todas as mulheres considerarem que os homens tinham mais chances de cometer suicídio, e isso por um motivo conhecido por elas: eles são mais violentos. Não pude deixar de perceber que essa premissa, para elas, era fundamentada em suas próprias histórias. Além disso, o papel da religião e da fé na vida das mulheres foi bem ressaltado. Ao pensarmos sobre as estratégias de prevenção ao suicídio, foi sugerido *“frequentar a igreja”* e *“fazer oração”* pela maioria das mulheres. Uma delas disse que *“mesmo não sendo religiosa, às vezes faço algo parecido com uma oração para ficar mais*

*calma*”, e outra complementou *“uma pessoa que se mata não tem fé e não conhece Deus”*. Outras falas sugeriram *“fazer terapia”*, *“tomar remédio”* e *“buscar ajuda”*. A conversa durou cerca de 30 minutos e depois fomos cantar os parabéns.

Certa ocasião chego na Casa de Passagem e percebo um movimento diferente: havia muitas fotos em cima das mesas e as mulheres estavam sorridentes, conversando amigavelmente entre si. As fotos eram de ensaios fotográficos realizados por elas, algumas de noivas, outras com fantasias, e algumas representando profissões. Ângela era uma das que estavam bastante animadas, exibindo suas fotos para todos ali presentes. Ela havia feito um ensaio com seu companheiro, ambos vestidos de noivos em diversos ambientes: uma cachoeira, ruas da cidade, dentro de um carro e na Casa de Passagem. Ângela, referindo-se às suas fotos, disse que *“ficaram lindas demais, foi a realização de um sonho”*. Fico surpresa, mas também comovida.

Ao olhar as fotos, tanto as de Ângela quanto de outras mulheres que eu conhecia, me senti um pouco deslocada por não estar compartilhando do mesmo sentimento de todas ali presentes. As funcionárias da casa estavam orgulhosas do trabalho, e as mulheres felizes, satisfeitas. Para mim, contudo, todas aquelas imagens soaram um pouco forçadas, talvez fictícias demais. Nelas, uma das mulheres estava vestida de médica, e tirou fotos como se estivesse cuidando de um paciente; quatro delas estavam vestidas de noiva; uma mulher estava vestida de japonesa; uma delas tirou foto com o porteiro da casa, ele vestido de faraó e ela de Cleópatra; apenas uma mulher estava vestida com suas próprias roupas, posando nos ambientes da casa.

Acredito que a fonte do meu desconforto foi o olhar das mulheres nas fotos. Embora estivessem sorrindo ou fazendo poses sensuais, seus olhares pareciam dizer outra coisa, eram sérios, não condizentes com a situação representada. Conjecturei as possibilidades para isso, que passaram pelo fato das mulheres ocuparem uma posição diferente da que ocupam normalmente e, talvez por isso, não saberem mesmo como se sentiriam naquela posição representada; pelo simples fato de nunca terem tido a oportunidade de se fotografarem; ou por não se reconhecerem mesmo ali. Em contraponto, evidenciando minha posição enquanto estrangeira àquele mundo, as mulheres me diziam estar felizes e, algumas, expressaram o desejo de mostrar as fotos para os seus familiares. Embora não conseguissem elaborar muito, fiquei imaginando que sua felicidade poderia estar relacionada ao fato de terem um momento dedicado a elas e talvez, mesmo que apenas em alguns flashes, assumirem posições que lhes são negadas ao longo de suas vidas. Fiquei pensando de que valeria meu desconforto, afinal, e se não seria mais importante validar a felicidade das mulheres, tão genuína.

Nesse mesmo dia, uma das mulheres que havia se vestido de noiva me revelou que ela iria realmente se casar no final do ano e que, para ela, aquelas fotos eram *“um presente, como se fosse um book pré-casamento”*. Brevemente, ela me conta que conheceu seu noivo na Igreja e como protocolo exigido para que agendasse seu casamento, precisou fazer alguns exames de saúde. A esposa do pastor de sua Igreja foi quem a ajudou nesse processo. Ambos, o pastor e sua esposa, eram amigos de um médico que trabalha no Hospital Universitário da cidade e também frequentava a Igreja. Através dele, conseguiram agendar uma consulta no HU para ela, que descobriu que precisava de uma cirurgia de vesícula e já estava agendada para Janeiro do próximo ano (estávamos no final de novembro). Não pude deixar de perceber como a Igreja conseguiu *“movimentar”* o acesso dessa mulher ao serviço de saúde da cidade, para o qual, normalmente, demoraria alguns meses apenas para o agendamento da primeira consulta.

O papel da religião na vida das mulheres aparecia, inicialmente, de maneira sutil, em algumas falas que revelavam a sua participação em igrejas, ou nas quais era possível ouvir *“se Deus quiser vai dar certo”*, e *“Deus vai ajudar”*. Certa vez, enquanto estava sentada junto às mulheres confeccionando máscaras de carnaval, uma mulher queixou-se de sua pressão alta e ouviu como resposta da coordenadora da casa, que estava por perto, *“é porque está amando”*, ao que ela riu alto e replicou *“to amando Deus, só se for”*, e fez o sinal da cruz.

Eram nos diversos tipos de ações propostas pela Casa de Passagem ou que lá aconteciam, que os discursos religiosos e pautados na fé apareciam mais. Em uma ocasião específica, pude notar com mais clareza esses elementos. Era aniversário de uma assistida e seu marido havia organizado uma festa de aniversário de presente para ela. A casa estava cheia, pois os familiares da aniversariante estavam presentes também. Descobri que foi escolha dela realizar sua festa na Casa de Passagem, pois ela queria compartilhar o momento com suas amigas que, ela sabia, estariam lá. Fiquei muito comovida, pois, sabia que a aniversariante e seu marido trabalhavam como catadores e dormiam nas ruas. Aquele dia deveria ser mesmo motivo de muita comemoração.

As funcionárias da casa organizaram uma estrutura de som, na qual era possível conectar o violão a uma caixa de som e cantar ao microfone. Quando a festa começou, as mulheres tiveram liberdade para escolher quais músicas cantariam e, as três primeiras escolhidas foram músicas evangélicas. Todos ali presentes, com exceção de mim e da equipe do Consultório na Rua, sabiam as letras, cantavam juntos e com muito fervor. Quem podia, e possuía um, estava com o celular filmando o momento. Mais uma vez me senti uma estrangeira, sentindo um misto de emoção e desconforto, pois a cena era forte. As mulheres assistidas pareciam estar sentindo na pele as mensagens das músicas, e pareciam saber de cor as letras das mesmas, assim como



a psicóloga e coordenadora da casa. Rapidamente, as funcionárias da cozinha se juntaram à festa, cantando em alto tom também. De modo geral, as músicas falavam sobre o poder de Deus e as graças que ele poderia ofertar na vida das pessoas, sobre a força da fé e possibilidade de transformações. Me parece que, para muitas delas, era uma mensagem de esperança, algo para se agarrarem e poderem continuar suas vidas.

No momento em que as mulheres foram até o microfone para felicitar a aniversariante, muitas mensagens foram compatíveis com a essência das músicas cantadas anteriormente. Exaltavam a força da aniversariante, ressaltando que *“Deus vai ajudar a mudar de vida”*, porque ela *“merecia”* e era *“trabalhadora”*, e muitas terminaram suas falas com *“Deus te abençoe”*. Ouvi uma mulher, mais afastada do núcleo festivo, dizendo *“Ela é forte mesmo, largou as drogas e a bebida. Merece mesmo muita alegria”*. Não pude deixar de notar as nuances que aproximavam uma ideia de merecimento à possibilidade de mudança de vida, bem como a religião atrelada à essa aproximação.

Essa aproximação também apareceu na fala da coordenadora da casa, em outro dia marcante, no qual foi comemorado o Dia Internacional da Mulher através de uma roda de conversa. Ao final, em uma mensagem de motivação, ela dizia que as mulheres em situação de rua deveriam *“fazer o bem para alguém, que Jesus vai te abençoar”*. Neste dia, mais para o final da atividade, as funcionárias da casa fizeram um relato sobre experiências pessoais e, em todos eles, havia a presença de Deus e da igreja como um norte e em um sentido de apoio e apaziguamento de condições adversas.

Naquele dia, as mulheres participaram ativamente das discussões propostas, e expressaram opiniões interessantes. Uma delas disse, em um momento de fala livre, *“queria dizer que pra mulher não tem nada impossível e mulher que é mulher sabe mudar seu marido!”*, e outra complementou, *“todo dia é dia da mulher, ela tá lavando roupa, cuidando da casa, fazendo um monte de coisa”*. Em um momento no qual foram chamadas a responderem sobre “qual mulher gostariam de ser”, as respostas foram as mais variadas: *“guerreira, como as mulheres da idade média”*; *“gostaria de ser como as mulheres bonitas que trabalham fora”*; *“queria ser igual minha mãe, em tudo”*; *“manicure”*; *“queria ser eu mesma, pois apesar de todas as dificuldades, eu não desisto”*; *“queria ter carteira assinada. Uma mulher mencionou o desejo de ser fisioterapeuta, e duas o de serem psicóloga, tendo uma complementado “acho incrível as mulheres psicólogas, que conseguem ouvir os problemas de todo mundo e ainda cuidar da própria casa”*. A última mulher que pediu a palavra quis compartilhar uma frase que ela usava *“para se confortar pelas quedas na vida”*, e fala em voz alta *“existem mulheres fortes*

*e mulheres que ainda não descobriram sua força, então não podemos desistir*". Todas as outras batem palmas.

Em comemoração ao Dia Internacional da Mulher, todas as mulheres receberam uma "lembrancinha": um papel, com o símbolo da mulher maravilha, no qual estava escrito "Toda mulher precisa ter o super poder de um batom na bolsa", com o desenho de uma bolsa em alto relevo e um batom de chocolate dentro.

#### **4.1.2 Conversas no caminho**

Tive a oportunidade de escutar algumas narrativas, construídas ao longo de minha permanência na casa, que foram tomando forma no decorrer de muitas conversas que aconteciam durante os jantares, enquanto as mulheres assistiam televisão ou aguardavam para tomar banho.

Uma das primeiras mulheres com quem conversei foi Alexandra, uma senhora, negra, alta, estava sempre de saia e com um lenço na cabeça. Ela se mostrava muito disposta a conversar e interessada em qualquer assunto, mas gostava mesmo de falar sobre política, sobre o funcionamento da Casa de Passagem e sobre as "*confusões*" que presenciava, queixando-se dos direcionamentos adotados. Era um pouco difícil acompanhar sua fala, pois era sempre muito baixa e ela costumava emendar assuntos distintos de maneira inesperada. Alexandra não morava em Juiz de Fora, dizia que ficava na casa apenas quando tinha algum assunto relacionado à sua saúde para resolver, como uma consulta médica agendada, realização de exames ou busca por medicamentos. Sobre sua família de origem ela falava pouco, "*ah, eles ficam mais quietos, não gosto de incomodar*". Certa ocasião, quando ela estava na casa aguardando a manipulação de um remédio de artrose, comentou que uma filha estava lhe ajudando a pagar pelo remédio, que não era oferecido pelo SUS, e que ela fazia isso de vez em quando. Mas nunca mais mencionou sua família.

Ela me conta que quando não está na Casa de Passagem fica em sítio de uma amiga, mas não fala muito sobre. Na cidade, diz que sai da casa por volta das 7h da manhã, vai a Igreja e depois procura participar de atividades de artesanato que são oferecidas pelos serviços voltados às pessoas em situação de rua. Fala também que adora participar de projetos sociais e ajudar os outros. Algum aspecto em seu discurso, contudo, sempre me causou estranhamento e, ao longo dos meses, consegui decifrar o que era. Embora utilizasse bastante a casa e os outros serviços, como o Pequeninos e a Casa Florescer, percebo que ela não se incluía muito como uma assistida, ou até mesmo como uma mulher em situação de rua. Ela sempre dizia, referindo-

se à casa, “*preciso ajudar a dar conta das confusões aqui*”, “*me hospedo aqui*”, chegando a dizer que gostava muito de lá, “*é como família*”. A encontrei em algumas reuniões do Fórum e, depois, ela comentava comigo sobre as discussões muito mais na posição de alguém externo, do que de uma pessoa merecedora dos direitos e garantias ali discutidos.

Certa vez cheguei a convidá-la para participar da pesquisa e, parecendo ficar bastante animada e dizendo que “*gostaria muito*”, ela aceitou. Durante minhas tentativas de agendarmos encontros, contudo, ela parecia dificultar de todas as formas, encontrando sempre algum impecílio e iniciando um movimento de tentar me auxiliar a encontrar mulheres e maneiras de operacionalizar minha pesquisa. Ela sugeriu serviços para eu frequentar, perguntou se eu não poderia ir mais dias à casa, sugeriu também que eu fosse ao restaurante popular e fala que com certeza “*tem muitas mulheres que podem te ajudar*”. Inclusive, em um dia que Ângela nos interrompe me chamando para conversar, ela diz “*é bom mesmo você conversar com ela, ela pode te ajudar muito*”. Compreendi ali, que Alexandra não seria alguém que “poderia me ajudar”.

Joana é uma mulher que mora no Rio de Janeiro e que fica na casa uma vez ao mês para visitar o marido que está preso. Em uma das conversas que tivemos, ela me contou que ele matou a ex-mulher e por isso está cumprindo pena. Uma mulher, sentada ao meu lado, ouviu isso e comentou “*que absurdo! Você não deveria vir visitar esse homem! E se fosse você?*”, mas Joana respondeu apenas com uma careta e seguiu fazendo suas visitas por todo o ano. No Rio, ela tinha a sua casa, mas ela estava disposta a estar em situação de rua para visitar seu marido.

Nísia, por sua vez, é uma assistida que está em situação de rua há dois anos e, embora tenha sido receptiva às conversas, é bastante tímida e frequenta pouco a Casa de Passagem. Em uma de nossos primeiros contatos, ela conta que tem quatro filhos: um casal de gêmeos que, na época, tinham oito meses e estavam sob a responsabilidade da vara da infância, um menino de 15 anos e uma menina, que ela não fala a idade. Ela me relata que não dorme na casa todas as noites e passa o dia em uma praça específica da cidade, pois os outros locais “*têm muitas tentações*”, diz ela referindo-se às drogas. Nísia conta também que não gosta de fazer programas, “*mas às vezes não tem jeito, precisa*”.

Em outra ocasião, quando fui fazer uma fala sobre o setembro amarelo na casa, Nísia estava sentada no chão, em um cantinho do local onde seria realizada a conversa. Não havia mais cadeiras disponíveis, então ela me chama para me sentar ao seu lado, “*senta aqui, cabe nós duas*”. Já ao seu lado, ela me diz, em um tom mais baixo: “*é bom. Na minha casa meu pai comprou sofá só depois que eu saí, então estou acostumada*”. Durante a conversa, Nísia

expressou sua opinião de que *“os homens largam as mulheres e procuram outras mais facilmente, e talvez por isso a mulher se mate”*. Ela contou sua experiência, na qual presenciou seu pai deixando sua mãe, que teve depressão e falava em tirar a própria vida. Naquele dia, por ser o último dia do mês, seria comemorado *“as aniversariantes do mês”*, e Nísia era uma delas. Ela me contou, depois dos parabéns, que em sua certidão de nascimento consta que seu aniversário é no dia 28 de outubro, mas sua mãe sempre lhe disse que ela havia nascido em 28 de setembro e, por isso, ela comemora em setembro mesmo. Ela estava fazendo 38 anos.

Em outras conversas Nísia me conta que *“queria ter animação de tomar banho na casa e voltar para a rua”*, pois quando ela dorme na rua, não toma banho. *“Às vezes uso banheiro de supermercado sabe, mas eles estão mais chatos com isso”*. Certa vez, saímos juntas da casa e ela contou que estava indo passar a noite com os pais de seus filhos. *“Ele saiu da cadeia, estou indo devagar com ele”*. Conta que ele está em liberdade desde o início de setembro, mas pela primeira vez ela iria dormir na casa dele.

Nísia já sabia sobre minha pesquisa, e no dia em que ela teria um ensaio fotográfico na Casa de Passagem, combinamos de nos encontrar lá para depois eu acompanhá-la em seu dia. Era um domingo, mas Nísia não tinha dormido na casa na noite anterior e nem compareceu ao ensaio. Ela fica muitos dias sem ir à Casa, fico meses sem vê-la e tenho notícias pelas funcionárias de que ela ia pouco mesmo, às vezes alguns finais de semana. Por muito tempo, toda vez que não a via na casa, me lembrava do que ela dissera sobre o banho. Como ela estava fazendo? Eu me perguntava.

A última vez que a encontrei foi no dia em que a Casa de Passagem fez uma roda de conversa sobre o dia internacional da mulher. Nísia me conta que estava indo a casa *“só de vez em quando”*, e na noite anterior não tinha dormido lá porque teve uma recaída, *“fumei muito e fiquei pela rua mesmo”*. Ela revela que durante os seus dias gosta de ficar em uma praça da cidade que fica perto da biblioteca municipal, e que adora ler. *“Já ganhei muitos livros de lá, mas acabo perdendo porque não tenho onde guardar e às vezes eles estragam por causa da chuva”*. Ela diz que só não gosta de livros de romance, *“não tenho paciência”*.

Estávamos combinando de nos encontrarmos na manhã seguinte, mas ela se lembrou que tinha combinado de ir ao CAPS, *“tem outras mulheres aqui querendo ir também”*. Fico intrigada com esse combinado entre elas, soou como um encontro marcado entre amigas para algum tipo de lazer. Será que precisavam do apoio mútuo para reforçar sua necessidade de procurem ajuda? Poderia ser. Nísia havia ido ao CAPS uma vez, há dois anos, mas conta que compareceu a um acolhimento e a consulta posterior foi agendada para muito tempo depois, *“nem vi quando era a consulta. Perdi e nunca mais voltei”*. Nísia não se sentiu confortável

com a ideia de eu acompanhá-la no CAPS, e preferiu marcar o nosso encontro para o dia seguinte. Ela parecia animada, disse que não esqueceria, “*vou até anotar!*”. Infelizmente o encontro nunca aconteceu, pois Nísia não compareceu.

No dia em que teria acompanhado Nísia em seu ensaio fotográfico, me aproximei de Rosa uma mulher negra, de baixa estatura e bastante sorridente, que também faria fotos vestida de noiva. Acabei ficando responsável por sua produção: fiz seu cabelo, maquiagem, ajudei a escolher os sapatos e as bijouterias. Rosa me conta que gosta de se maquiar, embora não fizesse muito isso. Ela diz que não é casada e nunca se casou, e estava muito animada para mostrar as fotos do ensaio para os seus filhos, ela tinha cinco. O ensaio foi em uma manhã de domingo, e Rosa, embora muito sorridente, se dizia apressada porque tinha combinado com uma amiga de fazer uma faxina. “*Quando tem oportunidade eu gosto de pegar esses serviços, porque é um trabalho né. Vim aqui só para fazer as fotos*”. No dia seguinte, também na Casa de Passagem, conversamos enquanto Rosa jantava. Ela me contou que depois de ter feito sua faxina no dia anterior, foi se encontrar com um homem com quem teve um relacionamento por nove anos. Conta feliz, “*dormimos no meu barraco e namoramos a noite inteira*”. Ela relembra o relacionamento com o pai de seus dois primeiros filhos, “*foi muito difícil, ele batia muito em mim*”. Revela que naquele dia era para ela ter feito uma faxina, mas bebeu muito depois de se despedir de seu amante, porque estava triste, e acabou não conseguindo. “*Amanhã eu vou conseguir, você vai ver*”.

Simone é uma mulher de 60 anos, branca e de baixa estatura. Eu já havia conversado com ela brevemente na Casa de Passagem quando ela estava tocando violão, algo que ela fazia bastante. Mas foi em uma ocasião na qual eu estava com Ângela em uma praça que ela se aproximou, interessada pelo poema que Ângela estava lendo, e me contou um pouco de sua história. Ela revela que é formada em administração, é bailarina, já foi professora de dança, inclusive dona de uma escola de dança, sabe falar inglês e francês, tocar violão e piano. Sua mãe era uma pessoa conhecida na cidade, foi vereadora e parece ser motivo de muito orgulho para Simone, que enaltecia bastante seus feitos e características. Seu pai foi campeão de remo e, à época, moravam em Copacabana, no Rio. Ela conta que sua mãe viera para Juiz de Fora porque a relação com o pai não era boa, ele a agredia, e às vezes a prendia em casa. Fala que quando ele faleceu, ela e a irmã não quiseram nada dele e seus bens ficaram com uma outra filha, de outro casamento. Atualmente, sua irmã mora em Curitiba, mas parece que não mantém muito contato.

Patrícia é uma mulher branca, jovem, e muito magra. Em uma de nossas conversas, contou que estava grávida e já era mãe de três filhos, embora não tivesse a guarda dos mesmos.

Conta isso com indignação e fala que foram momentos horríveis, nos quais ela chorou muito e não gostava nem de lembrar. Ela relata que sua mãe já faleceu e, por isso foi para um orfanato quando tinha 15 anos, mas atualmente mora com sua avó, uma tia com quem ela não tem uma boa relação, e seus dois filhos mais velhos, que estão sob a guarda de sua avó. Esta a interditou e não sabia que ela estava grávida novamente, *“enquanto eu puder não vou contar, porque senão perco a guarda desse aqui também”*, diz, apontando para a barriga. Patrícia fala que prefere não ficar em casa e está em situação de rua há dois anos. Ela estava grávida de três meses na época dessa conversa, fazia o preventivo com o Consultório na Rua e precisou fazer tratamento para sífilis.

Com cinco meses de gravidez Patrícia foi para a Casa Cidadania, porque precisava de cuidados mais intensos e diários. Nós nos encontramos pela última vez em Janeiro de 2020, quando ela já tinha tido seu filho, que estava em um abrigo, a despeito de seus esforços e vontade. Ela conta que estava aguardando a audiência para conseguir a guarda dele, e tinha conseguido um laudo de um médico, certificando que ela era capaz de cuidar de si e de seus filhos. A Casa de Passagem e o CRAS estavam auxiliando-a em sua tentativa de voltar a estudar e conseguir um emprego, pois ela não tem certidão de nascimento e isso estava sendo um dificultador. Ela conta que sua relação com a avó não estava fácil e, por isso, a maioria dos dias permanecia fora de casa. Ela diz, rindo de sua própria situação: *“fico rodando pelos serviços. De manhã vou pro Pequeninos, de tarde pro Centro Pop e à noite pra Casa de Passagem. É melhor do que ir pra casa”*.

Clara, por sua vez, é uma mulher negra, bem alta e forte, bastante imponente até. Era também muito simpática e sorridente. Ela frequentava pouco a Casa de Passagem, e muitas vezes ia apenas para jantar, mas eu sempre a via nas ruas do centro da cidade junto ao seu marido e seus respectivos carrinhos que usavam para coletar recicláveis. Eles trabalhavam todos os dias e dormiam nas ruas mesmo, fazendo um “cerco” com os carrinhos e estendendo seus colchões.

Certa vez, espontaneamente, Clara falou um pouco sobre si, após o jantar na casa. Ela revelou sua idade, 33 anos, disse ser casada há 13, e ter uma filha de 12 anos, que havia sido retirada de sua guarda aos sete e vivia em um abrigo em Belo Horizonte. Inesperadamente, conta uma história de quando perdeu um filho na ponte, onde morou por muitos anos. Ela conta que não sabia que estava grávida, *“fui dormir e acordei com uma dor na barriga. Me levantei e vi que saiu uma bolha de sangue e um bebê chorando”*, disse ela. As outras pessoas que estavam com ela correram para chamar um policial que estava por perto, *“e ele desceu filmando tudo no celular e chamou SAMU”*. Ela revela que na hora não tinha se dado conta mas, depois,

ficou incomodada com o fato do policial ter filmado. Ela diz que *“não sabia que estava grávida porque a menstruação desceu”*. O parto aconteceu na ambulância mesmo, pois tentaram ir a dois hospitais da cidade, mas não conseguiram vaga. Depois, foram para um terceiro hospital, onde o bebê faleceu após seis horas de vida.

Clara revela que na época *“usava muito crack, estava há cinco dias usando direto e sem comer direito”*. Fala que não estava se sentindo muito bem, e demorou muito para entender tudo o que estava acontecendo. *“Foi muito rápido e de repente”*. Ela contou sua história com tristeza, o olhar fixo na parede à sua frente, e parece que conseguiu captar, não só a minha atenção, mas também a das outras mulheres que lá estavam. Todas ficaram quietas para ouvi-la e algumas, incluindo Ângela que estava ao meu lado, disseram com certo ar de incredulidade que não sabiam daquela história.

Sueli foi uma das últimas mulheres que conheci na Casa de Passagem, já em fevereiro de 2020. Ela tinha um cisto bem grande no seu punho direito, que estava muito inchado, com um relevo bem grande no meio, do tamanho de uma bola de gude. Foi isso o que nos aproximou, pois ela me contou que, para tentar resolver esse problema, já tinha se internado no HPS no ano anterior, e foi informada que precisaria de uma cirurgia pequena, sem maiores complicações, porque era apenas um cisto. Ela não pôde esperar a cirurgia acontecer pois, *“depois de um mês internada, ainda estava esperando e meu marido conseguiu um emprego em uma cidadezinha aqui perto. Tive que ir com ele”*. Desde Janeiro de 2020 estavam em Juiz de Fora para tentar novamente a cirurgia. Ela conta que o cisto cresceu muito ao longo dos meses e, em uma de nossas conversas, relatou ter tomado muito remédio no dia anterior para ver se diminuía a dor. *“Já fui no HPS, mas não me atenderam porque não tinha nenhum ortopedista de plantão. Aí fui no posto e me encaminharam pro Pam pra eu marcar uma consulta com o ortopedista”*, disse ela em uma consulta com a equipe do Consultório na Rua. O médico não estava presente nesse dia, mas a equipe a orienta retornar ao hospital de urgência, o HPS, pois o nível de dor que ela sentia e o inchaço configuraria uma emergência. Sueli fala que foi orientada, por outras mulheres em situação de rua, a *“chegar no HPS fingindo que to passando muito mal, com muita dor no corpo, que aí me internam rápido e eu mostro o punho”*. Acho interessante a forma como criam suas próprias estratégias.

Em outra conversa, Sueli conta que estava dormindo nas ruas enquanto permanecia em Juiz de Fora, porque gostava de ficar com seu marido. *“Fico a maior parte do tempo em uma galeria lá no centro, pra me proteger das chuvas, saio pra almoçar no popular e às vezes dou uma voltinha pela cidade. De noite venho pra cá comer e volto pra dormir com ele”*. Ela fala que quer voltar para a cidade onde seu marido trabalha, *“tem minha televisão lá, meu sofá,*

*nossas coisinhas, né?*”, mas eles não têm dinheiro para as viagens de ida e volta e precisam resolver esse problema do custo de Sueli. A esse respeito, presenciei uma conversa sua com a psicóloga da casa, na qual ela sugeriu a Sueli que fosse em uma Igreja tentar conseguir ajuda, pois *“um valor assim as pessoas costumam conseguir”*, e pelos serviços de Assistência Social parece que ela não se incluía nos critérios para conseguir o auxílio, pois não era imigrante. Descubro depois que a passagem custa 12,90. Pensei que a situação era um pouco irônica porque a casa, coordenada por uma instituição evangélica, não poderia ajudar, mas, talvez, se Sueli fosse diretamente a uma Igreja evangélica ela conseguiria ajuda.

#### **4.2 “RAINHA DO CENTRO POP E DA CASA DE PASSAGEM” – ÂNGELA**

A primeira vez que vi Ângela foi em um evento de comemoração do dia Nacional da População em Situação de Rua, no dia 19/08/19, que aconteceu no centro de Juiz de Fora, em um local público e muito movimentado. Entre profissionais, convidados artistas, estudantes e pessoas em situação de rua, reconheci cinco mulheres assistidas pela Casa de Passagem, todas reunidas em um cantinho, sentadas e comendo os salgadinhos que estavam sendo servidos. Uma mulher junto ao grupo chamava mais atenção: estava com um vestido de cetim com estampa azul e verde, uma faixa na cabeça igual ao vestido, usava pulseiras e estava maquiada. Conversava com todos e sorria o tempo todo. Eu não a conhecia mas, de repente, ela estava ao meu lado pedindo para tirar uma foto comigo. Fizemos isso antes que eu me apresentasse e, depois, descobri que ela se chamava Ângela.

Naquele dia mesmo conversamos pouco. Ela perguntou quem eu era, e fiz o melhor que pude tentando explicar que sou psicóloga e estava fazendo uma pesquisa sobre a saúde de mulheres em situação de rua. Ângela pareceu entender, mas não se importou muito. Perguntou os locais que eu estava frequentando e disse que ela ia pouco na Casa de Passagem, mas ficava muito no Centro pop. Rapidamente ela dispersou, e voltou a circular e conversar com todos ali presentes.

Foram nas semanas seguintes, em conversas despreziosas na sala de televisão da Casa de Passagem, que nos aproximamos mais. Após confirmar que eu era mesmo psicóloga, Ângela me confidenciou um pouco de sua história: sua cidade de origem é o Rio de Janeiro, mas precisou deixá-la para acompanhar seu marido, com quem está em um relacionamento há quatro anos. De acordo com ela, ele *“arrumou confusão lá”*, e não tiveram escolha. No Rio eles tinham *“uma casinha de aluguel”* e em Juiz de Fora chegaram a morar em um sítio por um tempo, mas precisaram sair e estão nas ruas há dois anos. Conta que está vivendo um dilema: seu marido



está usando drogas e ela não sabe o que fazer. Normalmente ela dorme na praça com ele, mas diz que *“quando ele tá assim, eu venho pra cá. Não gosto de ficar com ele assim, mas não sei o que fazer porque gosto muito dele”*. Ângela repete algumas vezes em nossas conversas *“é difícil, viu Larissa”*.

Não pude deixar de pensar na semelhança de sua história com o que é apontado pela literatura sobre mulheres em situação de rua, que diz que muitas mulheres saem de suas casas porque dependem, econômica ou emocionalmente, de seus maridos. Além disso, me lembrei de algumas histórias que eu já havia escutado na Casa de Passagem: uma mulher que saiu de Cabo Frio devido ao envolvimento de seu marido com o tráfico de drogas, Joana que, pelo menos uma semana do mês, “se colocava” em situação de rua para visitar seu marido que estava preso, e agora Ângela. Parece que, de alguma forma, os homens presentes na vida dessas mulheres conduzem ou organizam suas trajetórias.

Foi ao final de uma dessas conversas, após três semanas em que nos encontrávamos na Casa de Passagem, que Ângela me surpreendeu: *“Larissa, eu quero participar da sua pesquisa. Você me conquistou. Como eu faço?”*. Confesso que não consegui esconder minha felicidade e alívio por ter conseguido essa parceria, pois eu já estava ficando preocupada. Conversamos um pouco sobre a pesquisa, e percebo que era a terceira vez que eu precisava fazer isso, e fico me perguntando como poderia ser mais clara. Acredito ter me aproximado desse objetivo quando ouço Ângela me perguntar *“Mas você iria me acompanhar se eu fosse no CAPS, por exemplo?”*. E a partir dos acordos e combinados verbais que fizemos nesse dia, se inicia o que considero uma nova fase e, talvez a principal, da minha pesquisa.

### **Primeiro encontro**

Meu primeiro encontro com Ângela foi uma explosão de informações e sentimentos. Uma aula prática de metodologia. Havíamos combinado de nos encontrar na praça onde ela dizia ficar durante o dia, mas quando chego no horário marcado não a vejo. Após esperar cerca de uma hora, resolvo ir até o Centro Pop, local que ela dizia passar a maior parte de seu tempo. Ângela estava lá, sentada em uma mesa redonda, folheando uma revista enquanto conversava com outras pessoas.

Não demorou muito até Ângela ditar o ritmo da pesquisa: Me chamou para acompanhá-la até o Sopão, onde iria por volta das 11h da manhã; em seguida perguntou se eu voltaria com ela para o Centro Pop e, por fim, me convidou para ir ao restaurante popular, onde ela almoçaria. Assim, através de nossas conversas enquanto caminhávamos por seu trajeto na cidade, construímos nossa relação e os caminhos da pesquisa.

Logo no nosso primeiro trajeto, sou surpreendida por uma pergunta que, acredito, foi como um teste para Ângela permitir que eu fizesse parte de seus dias. “*Você é do povo, Larissa?*”, ela pergunta com ar genuíno de curiosidade e, antes que eu pudesse responder, ela mesmo fala “*you tem cara de que é do povo*”. O teste continua, e a caminho do restaurante popular, Ângela me pergunta “*Você tem certeza de que é isso que você quer? Trabalhar com isso? Não dá para voltar atrás, ficar com nojinho de encostar em uma pessoa em situação de rua*”. Após reafirmar meu desejo e perguntá-la se ela havia percebido algo assim em mim, ela diz novamente “*Não, você é do povo*”, e emenda dizendo que é muito ruim quando alguém a cumprimenta e depois lava as mãos ou passa álcool em gel. Conta que isso já aconteceu e ela ficou muito triste.

No Sopão Ângela pergunta se eu vou comer também. Antes que eu pudesse responder ela mesma me fala “*não precisa comer não, tá Larissa? Guarda lugar aí para mim*”. Ela segue em direção à fila e eu me sento em uma das mesas. Observo o movimento no restaurante e vejo alguns rostos conhecidos de mulheres que também frequentam a casa de passagem. Elas se cumprimentam e algumas fazem brincadeiras umas com as outras. A maioria das pessoas lá eram homens e, muitos, em situação de rua, pois eu já os havia visto no Centro Pop. Me veio a estranha sensação de que estavam em um intervalo de trabalho, onde todos pareciam se conhecer de alguma forma e ali estavam descontraídos, rindo e conversando. Mas eu sabia que não era essa a realidade.

Mesmo afirmando que a comida não estava muito boa naquele dia, Ângela come dois pratos cheios. Não demorou muito para outras mulheres conhecidas se sentarem perto e começarem a conversar. Falavam sobre os seus dias e ficaram um bom tempo discutindo sobre uma possível viagem à praia que seria organizada pela Casa de Passagem. Ângela acredita que a viagem não vai acontecer, e uma outra mulher afirma que vai, mas elas precisam vender quadros antes. Uma terceira mulher comenta, bastante enfática, que preferia ganhar o dinheiro das vendas para fazer o que quiser depois. Eu não estava sabendo nada sobre essa viagem.

Após o Sopão, Ângela pergunta se tenho tempo para ela e, diante de minha resposta afirmativa, ela diz que iríamos “*fazer hora no Centro Pop para depois ir ao restaurante popular*”. Fico sem acreditar que andaríamos todo o caminho de volta até lá, mas sigo sem questionar e, mais uma vez sou surpreendida por uma pergunta enquanto caminhávamos e ela comia um doce bem grande e gorduroso: “*Você não vai escrever as coisas que eu te falo? Como você vai lembrar de tudo se não está gravando?*”. Acho graça de sua pergunta, e penso que ela está certa em querer saber como o que estou observando será reproduzido. Após a minha explicação, ela diz que podemos sentar algum dia e eu poderia gravar o que eu quisesse pelo

meu celular, pois ela ia falar tudo, sua vida “*é um livro aberto*”. Por fim, ela diz que eu não a engano, sou uma repórter, pois repórter é quem escreve reportagem.

Não demoramos muito no Centro Pop, ficamos o tempo necessário para Ângela sentar um pouco, conversar com conhecidos, ir ao banheiro, e já estávamos a caminho do restaurante popular. Durante esse percurso, Ângela me confidenciou mais um pouco de sua história e, confesso, foi um grande desafio ouvi-la. Estávamos em uma rua muito movimentada, com muitos estímulos sonoros de todos os lados: carros, ônibus, pessoas falando ao celular, e eventuais músicas vindas de algumas casas. Além disso, Ângela tinha um jeito próprio de falar, sempre diminuindo o tom ao final das frases e construindo as sentenças de uma forma peculiar: às vezes eu entendia as palavras, mas não conseguia atribuir sentido às frases.

Ainda assim, tentava, e consegui compreender quando Ângela contou que viveu a maior parte de sua vida com a sua avó, e fez uma careta ao comparar essa época na qual “*se vestia como uma princesinha*” com sua vida atual nas ruas. Fala que não sabe se está pagando alguma coisa ou se é praga da mãe dela tudo o que está vivendo. Refere-se à sua vida como um “*massacre*” e diz que já passou por muita coisa pior na vida, como lidar com a morte de seu filho, que foi assassinado há dois anos no Rio. Ângela ia falando espontaneamente e eu não consegui fazer muitas perguntas. Apenas ouvi, e nosso encontro se encerrou no restaurante popular.

## **Segundo encontro**

Marcamos nosso segundo encontro no restaurante popular, e dessa vez eu entrei e me sentei com Ângela. Ela teria almoçado sozinha, não fosse a minha presença, e estava mais calada, focada em sua comida. Comentou que dormiu na casa de passagem na noite anterior, como tem feito nas últimas semanas, e referindo-se a si mesma disse “*Larissa, sua amiga tá cheia de problemas*”. Ali, ela não quis falar muito sobre, me perguntou sobre o CAPS, considerando a possibilidade de procurar ajuda para seu “*problema de nervos*”, e acrescentou que nunca se tratou lá, apenas acompanhou uma amiga certa vez e, desde então, tem medo de tomar remédio porque se lembra de ver muitas pessoas “*drog*”. Emenda os assuntos, sempre mantendo seu jeito peculiar de falar, e comenta que sua semana está muito cheia, inclusive cheia de tarefas para a Casa de Passagem, devido à uma feira que aconteceria na sexta-feira daquela semana, e elas tinham muita coisa para organizar. Nesse momento, Ângela me olha e diz “*quer saber Larissa, sou a rainha da casa de passagem*”. Faz uma pausa e complementa: “*E do Centro Pop*”. Ela ri de suas próprias afirmações e me chama para irmos embora.

Nosso trajeto depois do restaurante incluiu o Centro Pop, o centro da cidade, e uma praça que Ângela costumava frequentar. Durante o caminho até o Centro Pop fui surpreendida com a pergunta de Ângela sobre onde era o orelhão mais próximo. Confesso que, por um instante, me perguntei o que era aquilo e, depois, fiquei desconcertada ao constatar que aquele era o meio pelo qual Ângela poderia se comunicar com as pessoas do Rio, pois ela não tinha celular. Naquele dia, ela usou o orelhão três vezes, todas para falar com a sua sogra.

Após um tempo no Centro Pop, onde ficamos mais sentadas e observando o movimento das pessoas, Ângela me chama para *“dar uma volta por aí, porque ficar aqui sentada tá me dando tédio”*. Ela vai até seus pertences e encontra uma folha com um poema, que ela diz precisar ensaiar para apresentar no Centro Pop mesmo, em um evento que aconteceria naquele mês. Ela sai animada dizendo que iríamos sentar na praça para ela decorar o poema, mas no caminho encontramos seu marido e o nosso destino se modifica. Ele é um homem branco, magro, forte, e me parecia ser bem mais novo que Ângela. Nós não somos apresentados, mas escuto ele pedindo algum favor para ela, que ficou resmungando por algum tempo.

Sáimos então em busca de Lúcia, *“uma moça que ajuda a gente com comida às vezes, e guarda alguns documentos nossos”*, explica Ângela. Não consigo aprofundar muito nessa relação, mas compreendi que seu marido precisava de um documento que estava com Lúcia e, por isso, fomos até o centro e rodamos em algumas galerias, pois existia mais de um salão, mas não encontramos Lúcia em nenhum deles. Durante esse trajeto, após cruzarmos com um conhecido meu atravessando a rua, Ângela me pergunta quem ele era e diz tê-lo achado maravilhoso: *“Fiquei até sem ar, papai! Que isso, Larissa, muito bonito ele. Que olho maravilhoso. Só é muito branquelo. Não gosto muito”*. Não consigo não achar graça de seu comentário, e aproveito para tentar explorá-lo um pouco.

Não foi uma tarefa simples conseguir isso, não sem me expor de alguma maneira também. Ângela, a cada encontro, fazia valer, mesmo sem conhecer, os princípios da dialética e negociação em uma pesquisa. Eu precisava falar de mim, para que ela também falasse dela e, nesse dia, ela me perguntou sobre namoro, planos de casamento e futuro. Através desse diálogo, ela expressou sua opinião de que eu *“deveria casar de véu e grinalda, porque é assim que tem que ser”*. Quanto a ela, sua resposta foi uma risada bem alta seguida de *“eu não né, Larissa. Eu era safada”*, e acrescenta que não deu sorte com homem, mas já ficou com muitos. Compreendo então, que ela não é “oficialmente” casada, mas atualmente se considera nessa posição com seu marido.

Continuando, ela diz que gostaria de trabalhar para ter uma renda e sair das ruas e, inclusive, já trabalhou como faxineira antes e sabe fazer tudo de casa. Mais uma vez sou pega

de surpresa quando ela me pergunta “*Você não tá precisando de faxineira não? Eu cobro 150 reais para ficar o dia*”. Eu não estava preparada, e me senti aliviada quando ela sorriu para mim e continuou dizendo que não tinha carteira de trabalho e teria que providenciar isso. Continuou andando e não exigiu uma resposta minha.

Fomos para a praça, onde sentamos em um banco para Ângela ensaiar o seu poema. Observo enquanto ela faz a leitura, e percebo que ela não tem sérias dificuldades, embora leia bem pausadamente e agarrando em algumas palavras. Em alguns momentos ela fazia breves pausas, cumprimentava conhecidos também situação de rua, e ficava observando o movimento da praça. Simone, que também é assistida pela Casa de Passagem se aproximou e sentou ao nosso lado no banco. Conversamos bastante, e ela falou muito sobre si, como já relatei na seção anterior deste capítulo. Após ler repetidamente o poema, Ângela encerra o nosso encontro: fala que já ficamos muito tempo hoje, e ela tinha que ir embora. Diz que não queria dormir na rua naquele dia, mas provavelmente teria que fazê-lo, “*senão o Bruno vai encher o saco*”.

### **Terceiro encontro**

Vejo Ângela no Pequeninos, enquanto acompanhava o Consultório na Rua. Ela estava mais arrumada que o de costume, usava um vestido bem curto e apertado, e estava com os cabelos alisados. Ela conta que foi ao salão “*dar um trato*”, e fica ao meu lado por um tempo, me abraça, mexe no meu cabelo e pergunta se iríamos encontrar naquela semana. Por mim, eu poderia tê-la acompanhado naquele dia mesmo, mas ela disse que tinha muitos compromissos, sem especificá-los, e preferiu combinar para o dia seguinte.

Como combinado, encontrei Rosângela no Centro Pop pela manhã à espera de que pudesse acompanhá-la naquele dia. Ela estava acompanhada pelas mesmas mulheres com as quais a vi no Pequeninos no dia anterior, e estava tomando o seu segundo café da manhã, oferecido pela instituição: pão de forma com manteiga e café. Naquele dia Ângela estava mais dispersa, falando menos e chegou a me perguntar se eu poderia voltar outro dia ao Centro Pop, pois ela não se sentia bem para conversar, sua cabeça estava “*cheia, turbulenta, com muita coisa acontecendo*”. Além disso, ela disse que tinha marcado horário para usar o computador do Centro Pop que, só depois de ser chamada de curiosa algumas vezes, descubro que era para “*ver os boffs no facebook*”.

Eu já havia concordado em voltar outro dia e, quando estávamos nos despedindo, duas mulheres convidam Ângela para acompanhá-las até o ponto de ônibus. Como eu estava de saída, perguntei se poderia ir junto e assim saímos as quatro. Durante o percurso Ângela permaneceu mais calada, enquanto as outras mulheres conversavam sobre o que consideravam ser injustiças

que experienciavam nos serviços da assistência social voltados à população em situação de rua. Citaram o fato de os profissionais conseguirem auxílio para algumas pessoas e outras não, a possível viagem para a praia – a qual eu ainda não havia sido convidada -, e as atitudes do Conselho Tutelar em relação aos seus filhos. Ouço uma delas dizer: *“Não quero saber se tá com guarda provisória ou não tá, eu que pari as crianças”*.

As mulheres optaram por passar por dentro de um shopping center para cortar caminho e chegar até o ponto de ônibus ao qual se dirigiam. Reparo em Ângela, e ela vai caminhando e olhando atentamente para as vitrines, comentando o que lhe chamava a atenção, como uma roupa de malhar que ela disse que gostaria de ter uma igual. Ela disse que *“se Deus quiser vou malhar, não dá para ficar assim”*, e acrescenta que queria perder barriga, perna e bunda, e ainda me indaga porque estava usando calça cumprida pois, de acordo com ela, sou *“muito nova para andar de pernas cobertas, tem que usar vestidinho”*. Ela comenta sobre estampas, fala que não gosta de nada muito chamativo, mostra vestidos e saias que gostaria de usar, menciona os preços em voz alta, mas não faz comentários a respeito.

Eu tinha esperanças de que Ângela mudasse de ideia e eu pudesse acompanhá-la um pouco mais, mas ao chegarmos no ponto de ônibus ela diz que estava *“cansada, com muita coisa na cabeça”* e preferia ficar sozinha. Ela pede desculpas e fala para nos encontrarmos na feira que teria no final daquela semana, a qual ela teria que participar e ajudar a vender quadros. Respeitei sua vontade, que lembrava-me mais uma vez que quem conduzia o campo de pesquisa era ela, não eu, e nos despedimos.

#### **Quarto encontro**

Encontro com Ângela no “Ocupa Social”, evento organizado pelos serviços de assistência social voltados à população em situação de rua, com o objetivo de expor suas produções e aproximá-los da sociedade. Ângela estava diferente: usava um vestido nude, bem curto e justo no corpo, óculos de sol apoiados na cabeça, e uma bolça jeans pequena, transversal, que depois descubro ter sido confeccionada pelas mulheres da Casa de Passagem. Se seu jeito próprio de falar normalmente já dificultava minha compreensão de suas frases, naquele dia estava especialmente complicado, pois, a essa característica somou-se uma fala desconexa, sem linearidade, fazendo com que eu precisasse perguntar várias vezes a mesma coisa e, por isso, fui novamente chamada de “curiosa” em mais de uma ocasião.

Descubro, então, que Ângela havia terminado o relacionamento com seu marido, e que ele estava com outra mulher, Maria, também em situação de rua que, inclusive, havia se tornado amiga de Ângela e passara a maior parte da semana anterior junto a ela. Nosso encontro, assim,

resumiu-se a tentativas, de minha parte, de entender o que tinha ocorrido, e tentativas, da parte de Ângela, de vender os produtos expostos na barraca da Casa de Passagem. Cruzamos com outras mulheres assistidas pelas instituições e com suas respectivas funcionárias, o que me possibilitou outras observações, mas que deixo para serem relatadas em outros momentos.

O que consigo compreender sobre a situação de Ângela me causa muita estranheza, pois, de acordo com sua fala, ela “*estava se sentindo arrasada*” e gostaria de voltar para o Rio, mas não sabia se iria fazê-lo porque seu marido a queria por perto. Além disso, ela afirma que continuaria dormindo na praça com os dois, seu marido e sua nova companheira, porque “*é o jeito. Melhor do que ficar na Casa de Passagem*”. Meu estranhamento se intensificou quando percebi que a nova mulher de seu marido estava também no evento e, mais de uma vez, Ângela se afastou da barraca para ficar próxima a ela, em uma área um pouco mais reservada, onde um grupo menor estava reunido para beber e fumar.

Acredito que naquele dia Ângela estava contando o que era possível, da maneira como conseguia, mas não consegui explorar nenhuma de suas falas, e tampouco consegui acompanhá-la ao longo do dia. Nos despedimos no evento mesmo, não antes de eu ser presenteada por ela, por incentivo da coordenadora da Casa de Passagem, e ter sido convencida a comprar dois produtos confeccionados por ela: um chaveiro e um pregador de roupas customizado. Confesso que eu não tinha me preparado para situações como essa, em que eu fosse chamada a dar algum tipo de contribuição, seja por meio de doações ou compra, como foi o caso. Embora eu tenha resistido, acabei comprando sob a pressão de Ângela, que me agradeceu imensamente e até disse que poderíamos nos encontrar na semana seguinte, depois que ela colocasse a cabeça no lugar.

### **(Des)encontros**

Na semana seguinte ao “Ocupa Social” encontrei com Ângela na Casa de Passagem, e ela continuava mais quieta, pelo menos em relação a mim. Ela não iria dormir na casa, foi até lá apenas para jantar e tomar banho. Reparei que ela se cuidou um pouco mais naquele dia: passou um creme nos cabelos, e pediu desodorante e perfume “*pra ficar cheirosa*”. Embora ela tivesse dito que não estava com muita vontade de conversar, eu a acompanhei durante o seu trajeto até a praça onde montaria sua comarca<sup>5</sup> para dormir com Bruno e sua nova companheira.

---

<sup>5</sup> Comarca é originalmente um termo que se refere à “região”, “limite”, “território”, e é apropriado por algumas pessoas em situação de rua para se referir ao local onde fazem morada, que envolve a “montagem” de suas “barracas” no ambiente das ruas (com colchões, cobertores, e carrinhos, por exemplo.)

Tento saber como foi a sua semana, o que ela tinha feito e como estava, mas recebo apenas respostas curtas como “*estou bem, né*”, “*foi normal*”, sem aprofundar em nenhuma delas. Descubro, contudo, que ela tinha conseguido 32 reais na feira e que “*já foram embora. Comprei um vinho e um creme para os cabelos*”, e ela estava muito feliz com isso.

Quando chegamos na praça, Ângela se ofereceu para me levar até o ponto de ônibus dizendo que teríamos que nos separar, pois ela precisava arrumar as coisas e a outra mulher já estava lá esperando por ela. Foi Ângela mesmo quem sugeriu de nos encontrarmos no dia seguinte, no Pequeninos, local onde ela iria para tomar café da manhã, e assim combinamos.

No dia seguinte, porém, procuro por ela no Pequeninos, no Centro Pop, na praça onde ela dormia, na praça onde ela costumava ficar durante o dia e, apesar de ter percorrido por esses locais por quase duas horas, não a encontrei. Fiquei sabendo que naquela manhã ela fora até o Centro Pop bem cedo para guardar suas coisas, mas saiu logo em seguida. E assim foi o cenário das próximas semanas, no qual eu não tive notícias de Ângela e nem a encontrei na Casa de Passagem. Quando finalmente a vi, duas semanas depois, ela estava acompanhada por Maria, e estava mais distante, em todos os sentidos possíveis. Tentei conversar algumas vezes, saber como ela estava mas, novamente, recebo respostas curtas dizendo que estava tudo bem e que ela preferiu não encontrar nas semanas anteriores porque “*estava com a cabeça cheia*”. Ela contou que pretendia ir ao Rio naquela mesma semana e que, depois disso, poderíamos encontrar para eu acompanhá-la.

### **Outros encontros**

Os outros encontros com Ângela aconteceram sempre na Casa de Passagem, inicialmente, e de lá eu a acompanhava até o local onde ela dormiria com seu marido. Não consegui mais passar algum período do dia com ela, mas mantivemos o contato. Um dia marcante foi quando ela chegou tarde na Casa de Passagem, chorando e pedindo para chamar pela coordenadora. Naquele dia, enquanto chorava bastante, ela contou que Maria a havia ameaçado de morte tendo, inclusive, contratado duas pessoas para dar uma surra em Ângela e deixá-la na linha do trem. Como se não bastasse, Maria também queimou todos os pertences de Ângela que estavam na praça, deixando ela, que já não tinha muitas coisas, com praticamente nada.

As funcionárias da Casa de Passagem tomaram providências para que Maria não entrasse nos serviços pelos próximos dias e orientaram Ângela a permanecer pouco tempo nas ruas, principalmente sozinha. Duas mulheres, também assistidas pela casa, também tomaram suas próprias providências ao espalharem a notícia de que “*pegariam Maria na porrada*” caso



a vissem. Naquele dia a casa estava cheia, e houve uma comoção geral em torno de Ângela, de forma que as mulheres que se expressaram tomaram partido e discordaram com a postura de Maria, porque *“ela é quem estava errada desde o início”*. Por um breve instante, pensei que Ângela era mesmo a rainha daquele lugar.

No dia seguinte, encontro com Ângela no Centro Pop e ela me conta que dormiu na Casa de Passagem por segurança, e havia pedido ao Bruno que dormisse no albergue masculino. De acordo com ela, Maria não aceitou o fato de Ângela ter reatado seu relacionamento e por isso profetizou tais ameaças. Não demorou muito tempo até que recebêssemos a notícia de que uma mulher *“pegou Maria de porrada no Pequeninos”* naquela mesma manhã. Reconheço a mulher mencionada como a mesma que havia se pronunciado na Casa de Passagem. Ao que tudo indicava, ela havia cumprido sua intenção.

Apesar dessa situação, que a mim, confesso, causou imenso desconforto e medo, Ângela afirmava que estava bem e que sabia que isso aconteceria, pois, *“nunca perderia o reinado”*, e sabia que seu marido voltaria para ela e isso seria um problema. Fico surpresa quando ela me conta que uma situação parecida já tinha acontecido outra vez, um pouco antes de se mudarem para Juiz de Fora, e Ângela adotou a mesma postura: interagiu com o casal e circulava com eles, mesmo não assumindo o papel de companheira de seu marido.

Na semana seguinte, a situação parecia ter sido completamente esquecida, e encontro Ângela na Casa de Passagem bastante animada com a viagem para a praia que aconteceria no final do mês. Ela estava pedindo um biquíni para cada funcionária com quem conversava, e não desistia de tentar compreender porque eu não iria, embora eu já tivesse explicado que não havia lugar para mim. *“Você tem que conversar com a coordenadora”*, ela dizia, *“com certeza ela vai dar um jeito de você ir. Eu vou ter que ficar sem te ver?”*.

No mesmo dia, após Ângela jantar e tomar banho na Casa de Passagem, eu a acompanhei até o local onde dormiria com seu marido, que não era mais na praça mas, sim, em uma calçada mais ampla no centro da cidade, com marquise, em frente a uma academia de musculação. Ofereço ajuda para levar os seus pertences que estavam todos em sacolas grandes e, aparentemente, pesadas. Ela aceita e me entrega apenas uma sacola, enquanto ela fica com três, e fico impressionada com peso que ela disse ser *“só cobertores, bem leve”*. Ela conta que todo dia faz o mesmo trajeto: ao acordar, arruma os seus pertences, leva até o local onde seu marido trabalha para que fique lá ao longo do dia, depois busca seus pertences, os leva até a casa de passagem, onde pega tudo novamente para levar até o local onde dorme. Ângela carrega sua vida pela cidade.

No caminho tive a confirmação de que todas as ameaças que haviam sido feitas a Ângela estavam superadas, pois encontramos Maria e as duas se cumprimentaram com abraços e sorrisos. Apenas eu estava tensa, e extremamente desconfortável com todo o peso que estava carregando. Quando chegamos no local onde Ângela dormiria ela me diz que, *“porque somos amigas eu vou te contar. Você quer gravar? Pode gravar tudo”*. Nos sentamos, eu peguei meu celular para gravar a conversa, e ela começa a falar sobre o que aconteceu na semana anterior: *“Sabe o que aconteceu? Ela disse que tava com ódio, por isso ela fez aquilo. Porque encontrou eu e Bruno juntos (...) agora ela tá na vida dela, casou de novo com um rapazinho aí da boca. Você viu o que ela falou ali? Ele quase estrangulou ela porque quer saber com quem ela sai e com quem deixa de sair”*.

Continuamos a conversa, que foi para um outro rumo no qual ela fala sobre ela e sua relação com seu marido. *“Eu tô bem, tô ótima. Bruno tá trabalhando, eu não fico muito aqui, eu fico muito lá no pop. Eu fico lá no pop, entendeu?”*, ela diz. Pergunto sobre os seus dias e ela responde que *“Passo mais tempo lá (no Centro Pop). Aí eu cato ele (Bruno) pra almoçar, a gente vai, almoça, tudo direitinho. Lá (no Centro Pop) eu não tenho feito nada. Quando a professora vai - ela já não foi hoje - quando ela vai, eu estudo, fico lá ajudando a Sandra... fico lá fazendo as coisas, aí vou lá em cima, levo um negócio pra Fabiana... entendeu?”*. A Sandra é a funcionária da recepção, e Ângela a ajuda entregando documentos ou procurando algum item a pedido de alguém.

Quando pergunto se Ângela gosta de ficar no Centro Pop e se é uma escolha sua, ela responde *“É cara... Tipo hoje eu ia no salão, mas o Bruno não deixou. Não deixou eu ir, aí o que acontece... isso é coisa dele, eu não posso reclamar... isso é coisa dele de ciúme, coisa dele. Aí eu não fui, obedeci ele entendeu. E pra mim tudo bem cara, é melhor assim do que... a gente ficar brigando, discutindo...”*. Ao longo da conversa, quando menciona estar se sentindo bem, relaciona isso ao fato de Bruno estar trabalhando: *“Tô bem, não tô mais triste, até minha áurea mudou, minha carinha mudou, entendeu... Agora o Bruno tem o trabalho dele, tá trabalhando, de repente assinam a carteira dele e coisa e tal. Ele não quer que eu trabalho... Independentemente de arrumar uma casa, ele quer que eu cuide da casa dele, faço comida dele, lavo a roupa dele, faço tudo.”* A esse respeito ela ainda complementa: *“Ah, eu acho... legal, né? Eu acho... uma mulher tem que cuidar dessa parte, da casa do marido, tem que cuidar do marido, entendeu? Aí ele fica reclamando comigo, ah antigamente você estourava uma espinha no meu rosto, você não coça mais as minhas costas, você não faz um carinho... entendeu? Essa parte ele tá me cobrando”*. Não pude deixar de notar a ironia da situação, que

evidenciava como a divisão sexual do trabalho está de fato impregnada na sociedade. Mesmo não possuindo uma casa, Ângela deveria assumir funções domésticas.

Pergunto a ela se ela tem vontade de trabalhar: *“Eu tenho vontade de trabalhar, mas ele não deixa, ele não quer que eu trabalho. Acho melhor não trabalhar pra não irritar ele também (...) Eu deixo o tempo correr.... eu tinha vontade de trabalhar pra ajudar ele, ele não quer... não trabalho.”* Até mesmo sua vontade (impedida) de trabalhar é para ajudar seu marido, como se ela não pudesse, ou não soubesse como pensar nela, em desejos próprios.

Nas semanas seguintes, Ângela continua com seu itinerário mais ou menos fixo, norteado por suas obrigações com seu marido e pelo que é oferecido pelos serviços frequentados por ela: dorme nas ruas com seu marido, porque *“se ficar na casa de passagem ele reclama muito”*, leva suas roupas e outros pertences para o serviço dele, depois os leva para a Casa de Passagem, onde come e toma banho, e em seguida retorna, junto com seus pertences, para o local onde dormem nas ruas.

No mês de novembro, em uma segunda-feira que nos encontramos na Casa de Passagem, Ângela vestia uma camiseta e um short bem curto – que depois descubro ser confeccionado por ela, que pega calças velhas e corta para deixá-las do jeito que gosta – e estava com muitas sacolas e malas, chamando mais atenção que o de costume. Ela me conta, então, que estava se preparando para voltar para o Rio, e já estava tudo combinado com sua sogra, que preparou um quarto em sua casa para que Ângela e seu filho pudessem morar junto com ela. Ângela conta que estava cansada de Juiz de Fora, e já era hora de voltar para sua cidade, acrescentando que estava fazendo o possível para juntar dinheiro e não chegar no Rio *“passando aperto”*. Conta que ela e seu marido já providenciaram caixas de bala e paçoca para venderem ao longo do dia, e começariam a fazê-lo na próxima semana. *“Ó Lalão, estou enrolada com o tempo, temos que finalizar isso aqui”*, me disse ela referindo-se à pesquisa.

Pensei, então, que seria interessante fazer uma “entrevista final”, na qual eu poderia fazer algumas perguntas mais específicas em relação ao meu interesse de pesquisa e funcionaria, ao mesmo tempo, como um marco de que nossa parceria havia chegado ao fim. Eu tinha um roteiro de entrevista pronto, que eu havia feito logo quando iniciei minha pesquisa de campo, e pensei em adaptá-lo a partir do que eu já conhecia sobre Ângela. Assim o fiz, e combinamos de nos encontrarmos na Casa de Passagem para fazer a entrevista, à escolha de Ângela. Tentei convencê-la de fazermos em outro local, pois tinha a esperança de poder acompanhá-la uma última vez, onde quer que fosse, mas não consegui. Ela dizia sempre que estava muito atarefada, não tinha tempo, e só daria na Casa de Passagem mesmo.

No dia combinado, Ângela estava com um vestido de onça, cabelos arrumados, e muito animada ensaiando uma música do Kid Abelha que ela cantaria em um evento de encerramento do ano na Casa de Passagem. Ela me recebeu dizendo “*Olha quem chegou! Lalão ta aí!*”, e depois do jantar nos sentamos para fazer a entrevista. Antes de começar a gravar, conversamos um pouco sobre sua semana, até porque estávamos rodeadas por muitas mulheres que muitas vezes conversavam conosco também, e Ângela contou que estava vendendo paçoca em frente a um supermercado bastante conhecido na cidade, afirmando que seu marido “*fala que que tenho que ficar lá, mas eu não gosto. As mulheres tudo nariz em pé, fica olhando com nojo pra gente. Mercado de gente rica, aquele*”. As assistidas da casa que a escutaram concordaram com sua avaliação, e a conversa continuou envolvendo-as e ampliando a discussão, levando Clara a contar sua história que relatei na seção anterior.

Depois que o ambiente onde estávamos esvaziou um pouco, Ângela e eu tentamos fazer a entrevista. Preciso enfatizar que, dentre todos os nossos diálogos e interações, aquele certamente foi o menos proveitoso e o mais penoso para nós duas. Não sei se pela “formalidade” que envolvia o encontro, ou se já nos conhecíamos há um tempo e ela achava que já havia contado o que considerava importante, ou se já estava cansada e com vontade de terminar sua participação na pesquisa, mas o fato é que precisei fazer muitas perguntas, às vezes repeti-las, bem como repetir as respostas que ela dava, na tentativa de que ela complementasse as mesmas. Posso afirmar que a conversa não fluiu e, além disso, o ambiente tinha muitos ruídos e vozes ao fundo, o que dificultou bem minha compreensão posterior das falas de Ângela – que permaneceram fiéis ao seu modo peculiar de se pronunciar.

Pergunto a Ângela sobre como foi o período em que a acompanhei, retomo os locais que fomos juntas, tento explorar sua rotina dos últimos dias, dificuldades encontradas no seu dia-a-dia, e questões relacionadas à sua saúde. Sua resposta referente à participação na pesquisa já indicava sua entrega e insinuava que, para ela, sua parte estava feita: “*Foi legal uai, gostei. Gostei de falar as coisas da minha vida, minha intimidade. Gostei (...) Tanto que eu abri a minha pessoa, o meu coração pra falar as minhas coisas pra você*”. Talvez por isso suas respostas seguintes tivessem sido mais curtas, diretas, sem muito aprofundamento.

Através das diversas tentativas de explorar sua rotina dos últimos dias, já que não pude acompanhá-la, Ângela conta que durante o dia estava ficando em frente ao mercado onde tentava vender paçoca, e sobre seu dia anterior ela disse “*acordei... fiquei deitada de boa... Depois fui pegar comida. Almocei. Deitei. Bebi*”. Disse que conseguiu almoço de um restaurante que fica no centro da cidade, perto de onde ela tem dormido. Sobre o fato de precisar carregar todos os seus pertences consigo toda vez que vai se deslocar, ela diz “*Ah eu acho*

*normal*”, “*não acho pesado, é leve*”, e “*a chuva não atrapalha não*”. Fica claro como ela naturaliza o que talvez seja a única realidade que conhece, e também que é possível para ela naquele momento, mas que não me isenta de questionamentos sobre essa mesma realidade.

Ângela não acredita que já vivenciou algum problema de saúde por ser mulher, e conta que quando precisou de algum tipo de ajuda nesse quesito procurou pelo Consultório na Rua. Não teve queixas quanto à maneira pela qual foi recebida, ou do atendimento ofertado, dizendo que “*foi bom. Foram bons atendimentos*”. Além disso, disse que quando precisa de alguma coisa, ela recorre à Casa de Passagem: “*É, eu procuro aqui. Nem no Centro pop eu tenho ido mais.... Ó Larissa, eu não passo aperto não ta?*” Insisto nessa questão, e ela reitera “*Passo aperto não, bebê*”. Ela afirma que nas ruas não vivencia experiências ruins, ou que considera difíceis, dizendo “*Não ... Não tenho experiência nenhuma assim*”. Também insisto, até mesmo baseado em situações que eu presenciei, mas ela diz “*ah, não. Tá tranquilo Larissa. Hoje em dia nada me estressa*”.

Sobre a sua rotina ela conta: “*Ó, lá eu chego oito horas lá (onde ela dorme), faço a cama perto do...do restaurante, durmo até 4h. Ai quando dá 4h da manhã eu pego e vou lá pra baixo, que é onde a gente fica lá, pra dá uma namorada né... Ai nós fica lá até dá a hora de trabalhar. Quando dá 8h eu levanto, tiro a cama, pego as coisas, deixo no serviço do Bruno. De lá eu venho pro centro e mais tarde venho pra cá.... Eu acho que amanhã eu vou bem lá no Pequeninos*”. E, ainda, de acordo com ela, seus planos futuros são ir para o Rio de Janeiro e “*Ah, vou viver minha vida (...) Vou arrumar um serviço lá, uma faxina*”. Questiono o que seu marido pensava disso, lembrando-a algumas conversas anteriores sobre o assunto, e ela diz “*oh Larissa, tá tudo bem.. A gente não discute mais não. Não precisa preocupar.... Agora você vai comprar uma paçoquinha!*”. Pouco tempo depois, é ela mesma quem encerra a “entrevista”: “*Agora já deu, né o Larissa? Tem mais pergunta não né?*”

Meu último encontro com Ângela aconteceu na semana seguinte, na segunda semana do mês de dezembro, quando a acompanhei da Casa de Passagem até o local onde ela dormia. Como de costume, ela estava com todos os seus pertences, e eu a ajudei a carregar alguns deles, continuando impressionada com o peso dos mesmos. Reparo bem o local onde ela monta sua “cama”, enquanto ela o fazia: primeiro, ela colocava um cobertor, depois uma espuma não muito grossa e com alguns furos e, por fim, mais um cobertor. Apenas o terceiro era utilizado como sua função original, para se protegerem do frio. Seus pertences ficavam na “cabeceira da cama”, de forma que o acesso era fácil durante a noite, e ficava mais perto da altura dos olhos, facilitando a proteção dos mesmos. Observo ao redor, e percebo que essa “estrutura” montada era toda muito próxima de onde estava acumulado muito lixo, provavelmente deixado pelos

moradores dos prédios do entorno para ser recolhido. A ponta dos cobertores de Ângela chegava a encostar em alguns desses lixos. A esse respeito, ela diz com naturalidade que *“não incomoda não, o caminhão de lixo vai passar daqui a pouco, ou de madrugada”*.

Já era noite, por volta das 20h e Ângela fala que ficaria por ali sozinha até seu marido chegar. Pergunto sobre sua segurança e ela ri dizendo *“não tem problema, nunca aconteceu nada”*. Conta que ela tinha lavado suas roupas na Casa de Passagem, e iria esperar a academia fechar para pendurá-las na grade e secá-las. Como sempre, Ângela é quem encerra nosso encontro dizendo que eu já poderia ir embora. Eu achava que ainda a veria uma última vez, mas na semana seguinte descubro que ela já havia viajado para o Rio de Janeiro, e não tive a oportunidade de me despedir.

### **4.3 “DARIA PARA FAZER UMA BIOGRAFIA DA MINHA VIDA” – LÉLIA**

Conheci Lélia no Centro Pop, em um dia que acompanhei o Consultório na Rua durante sua rotina de atendimentos. Ela se dirigiu à equipe solicitando que medissem sua pressão e que marcassem um preventivo, pois havia muito tempo que ela não fazia. Eu me apresentei e, antes que eu pudesse explicar o porquê de estar ali ela logo disse *“ah, meu filho é psicólogo também. E eu sou advogada, sabia?”*. Ela diz isso com um olhar que transmitia um misto de tristeza e apatia. Pergunto se ela gostaria de conversar um pouco, ao que ela responde já contando um pouco de sua história. Lélia tem 49 anos e está em situação de rua porque sua mãe a expulsou de casa. Conta que faz tratamento para bipolaridade há três anos no CAPS, e faz de uso de crack desde os 38 anos. Ela relata que este abuso de droga é o motivo principal pelo qual sua mãe não a deixa voltar para casa, e ela não consegue parar. Relata que seu filho tem 25 anos e ela tem pouco contato com ele, o que a deixa extremamente triste. *“Ele fala que sou insignificante”*, diz ela.

Lélia continua, e diz que seu pai já faleceu, e lidar com essa perda é muito difícil para ela. *“Eu sou adotada, sabe? (pausa). Daria pra fazer uma biografia da minha vida.”*. Nesse momento ela se emociona e, com a mesma intensidade com a qual se dispôs a falar, se levanta dizendo que precisava ir embora para arrumar sua comarca. Agradece por eu tê-la ouvido e afirma que foi muito bom conversar. Eu ainda não sabia, mas Lélia também viria a ser uma grande parceira para minha pesquisa.

Ao longo do tempo, acredito que o que nos aproximou foi a minha disponibilidade de escuta, que encontrou a necessidade de Lélia em ser ouvida e, principalmente, tentar dar um lugar às suas questões, muitas delas envolvendo a saúde de maneira mais explícita. Nosso

vínculo foi se constituindo aos poucos, à medida em que nos encontrávamos na Casa de Passagem, mesmo que em períodos bem espaçados, já que ela nem sempre frequentava o local. A princípio, ela procurava o Consultório na Rua com a intenção de pegar algum medicamento ou resultado de exames e, com o tempo, passou a me chamar para conversar independentemente da presença do consultório.

Depois de nosso primeiro contato, nos encontramos na Casa de Passagem, também durante minha permanência com o Consultório na Rua. Lélia foi até a equipe solicitando um remédio de pressão, pois ela tivera uma crise no final de semana anterior e acreditava que sua pressão ainda estaria alta - o que foi confirmado após a aferição da mesma. Como a equipe não tinha nenhum remédio para entregá-la, orientaram que ela procurasse a farmácia popular no dia seguinte, logo quando saísse da casa. Lélia estava bastante abatida, e depois que a equipe foi embora ainda conversamos um pouco.

Ela me conta que após algumas situações ocorridas no Centro Pop no final de semana, ela ficou muito nervosa e sentiu-se mal, precisando procurar o hospital. Relata que foi sozinha até um hospital de urgência da cidade, e estava sob o efeito de álcool e drogas, mas não especificou quais. Para ela, foi uma experiência marcante, pois precisou esperar um bom tempo para ser atendida e presenciou uma mulher, que estava ao seu lado na sala de espera, falecer de modo abrupto. Ela conta que a mulher devia ter mais ou menos a sua idade, e isso a deixou ainda mais nervosa. Ela afirma que não tinha a quem recorrer, e complementa “*meu filho não ia vir, ia me mandar eu me virar*”. Ela me pergunta novamente porque estou ali e, dessa vez, tenho a oportunidade de explicar com mais calma sobre minha pesquisa. Ela pareceu compreender mas, naquele momento, não fez nenhum comentário sobre. Se despediu dizendo que precisava dormir.

Duas semanas depois encontro Lélia novamente na Casa de Passagem, e ela me recebe com um sorriso, dizendo que esperaria pela equipe do Consultório na Rua para renovar uma receita do CAPS que ela havia perdido, e estava com vergonha de voltar e pedir outra. Ela me conta que não estava usando crack há algumas semanas – e só aí compreendo qual é a droga que ela fazia uso – mas, em compensação, estava bebendo muito mais que o de costume, “*e isso atrapalha minha vida*”, diz. Ela comenta novamente sobre a morte de seu pai, sobre como é difícil superá-la e como ela sente que sua vida “*desandou*”. Sua fala é bem pausada, com algumas falhas, e não necessariamente continha umnexo causal. Ela diz que estava dormindo nas ruas com seu novo companheiro, e logo fala que iria tentar voltar ao CAPS, pois quer “*dar um jeito na vida*”. Me lembra que é formada em direito e afirma que iria estudar para o concurso do TJMG, com previsão de sair até o próximo ano, e complementa: “*tenho muito tempo livre*

*para isso*". Lélia acaba não aguardando o Consultório na Rua naquele dia, e vai embora dizendo que precisava arrumar sua comarca.

Vejo Lélia novamente algumas semanas depois, quando fui à Casa de Passagem fazer uma fala sobre o setembro amarelo à pedido da coordenadora e psicóloga de lá. Lélia foi bastante participativa e contou ao grupo que havia tentado suicídio uma vez, mas foi socorrida e ficou internada por uma semana até sentir-se bem e receber alta. Naquele dia não consegui conversar a sós com ela, pois depois que finalizei minha fala ela já tinha se retirado para dormir.

Na semana posterior, Lélia chegou na Casa de Passagem e pediu para conversar comigo. Chorando bastante, ela conta que havia "*apanhado*" na rua no dia anterior, da esposa do homem com quem ela estava envolvida. Ela estava muito triste, chegando a dizer que "*a vida é muito difícil, às vezes não tenho mais vontade de viver*". Percebi que Lélia precisava de ajuda profissional, e me senti dividida entre meu papel como psicóloga e pesquisadora, sabendo que não era este último o que ela precisava. Me ofereci para chamar a psicóloga da casa, mas Lélia foi enfática ao dizer que queria conversar era comigo. Escolhi, então, qual papel eu adotaria e ofereci minha escuta que, afinal, era o que eu tinha.

Lélia conta que é a segunda vez que é agredida por essa mesma mulher e não reage, pois não tem forças para isso. Lembra que um outro companheiro com quem viveu chegou a bater nela quando ela se recusou a ter relações, e afirma "*estou cansada de apanhar e ficar na rua. Quatro anos é demais. Não aguento mais*". Ela se abre, quase em uma associação livre: fala sobre o período em que morava com sua mãe e seu filho, permeado por dificuldades relacionadas ao uso de drogas; fala novamente sobre sua relação com o seu pai, denominando-o de "*porto seguro*"; fala sobre sua vida anterior às ruas como "*já foi boa, com muitas oportunidades*", acrescentando que durante a faculdade recebeu medalhas honrosas em duas disciplinas, ganhou uma bolsa para estudar inglês em Londres – que ela não foi porque não queria deixar o homem com o qual estava envolvida -, e seus pais sempre lhe ofertaram o melhor.

Lélia continua sua fala, enfatizando sua vontade de mudar de vida, de se "*endireitar*", considerando a possibilidade de trabalhar com o Direito, especialmente na área criminal: "*queria trabalhar ajudando as pessoas nessa área*", diz. Fala sobre um amigo, pastor, que a ajuda muito e parece ser uma figura importante em sua vida. Por fim, ela menciona que teria uma consulta no CAPS ainda naquela semana e que participaria também de um grupo na mesma instituição. Nesse momento, ela me diz que gostaria de participar da minha pesquisa, e pergunta se eu poderia acompanhá-la. Fui pega de surpresa, preocupada com o caráter de seu pedido, mas confirmei que seria, sim, possível acompanhá-la. Percebi que naquele momento, eu não



conseguiria demarcar a diferença do meu lugar de pesquisadora, e o lugar que eu acreditava que ela estava pedindo para que eu ocupasse mas, ao longo de nosso percurso, tentarei sempre enfatizar essa marcação.

Ao longo da semana, aguardo ansiosamente o contato de Lélia, mas ele não acontece. Eu a encontro na semana seguinte, na Casa de Passagem, e ela me diz ter ido à consulta no CAPS, mas que não teve como me contatar para que eu a acompanhasse. Lélia estava com a fala ainda mais lenta que o de costume, e estava cortando um pouco o final das frases, o que tornava um pouco mais difícil minha compreensão. Consigo entender que ela foi atendida por um médico psiquiatra que prescreveu novas medicações, as quais ela já estava fazendo uso. *“Meu corpo ainda está acostumando, to meio sonolenta”*, diz ela, acrescentando que gostou da consulta mas achou o *“laudo falho (...) O CID falho. Normalmente colocam o F.19, que diz respeito ao abuso de substância, e o F.33, que é o transtorno bipolar. Mas dessa vez a psiquiatra colocou o F.19 só”*. Tento explorar um pouco mais sua fala, mas não tenho muito sucesso e ela só responde *“achei estranho”*.

Lélia conta que a agrediram novamente na rua, mas dessa vez fala com naturalidade, como se estivesse fazendo parte de sua rotina. Ela fala um pouco sobre o seu dia, e conta que naquela tarde havia dormido no sol, na praça, abraçada com seus pertences. *“Não queria ter feito isso, mas não aguentei, estava fraca”*. Acrescenta que no dia seguinte iria ficar na praça também, pois é mais movimentada, e não queria ficar nos serviços com *“medo de apanhar”* novamente. De acordo com ela, a mulher que a tem perseguido também frequenta a Casa de Passagem e o Centro Pop. Tento explorar esse sentimento de segurança, que parece ser maior nas ruas, mas também não tenho sucesso. Lélia se despede dizendo que estava muito cansada e precisava dormir.

Duas semanas depois, fico surpresa ao receber uma mensagem de Lélia com a data e horário de sua próxima consulta no CAPS, me convidando para acompanhá-la. No dia de sua consulta, Lélia já estava aguardando na recepção quando eu chego no CAPS e ela me recebe com um sorriso: *“Que bom que você veio. Só vim porque sabia que você viria”*. Questiono sua fala, mas ela apenas repete *“se não fosse por você, eu não viria”*. Eu me sento ao seu lado e sinto um cheiro forte de bebida que, à medida em que íamos conversando, percebo vir de Lélia que, inclusive, confessou a uma assistente social conhecida *“coloquei bebida pra dentro”*, em um tom bem baixo, levando a mão à boca em sinal de *“é segredo”*. Ela apontou para seus pertences, reunidos em duas sacolas e uma bolsa, que estavam no canto da sala, e disse *“estou pensando em me livrar de algumas coisas, tá muito pesado carregar tudo pra cima e pra baixo”*. Fala que em época de chuva como a que estávamos, era pior porque molhava tudo.

Conta que tem passado a maior parte de seus dias em uma praça da cidade, onde tenta lavar suas roupas e colocar para secar, mas que *“com a chuva não adianta, molha tudo, e tenho que guardar as roupas todas molhadas, aí fica com cheiro ruim”*.

Eu estava ouvindo ela se queixar do cheiro ruim de suas roupas – repleta de razão – enquanto eu mesma estava debatendo contra minha vontade de levantar e tomar um ar, já que estava muito difícil para mim prestar atenção em sua fala, sempre um pouco desarticulada, que se misturava ao forte cheiro de bebida, com o qual eu estava demorando a me acostumar. Percebo que ela estava bem agitada, emendando um assunto no outro e com dificuldades para responder às minhas poucas perguntas. Assim, me mantive ao seu lado e deixei ela falar mais livremente.

Lélia conta sobre suas propostas inusitadas e questionáveis, de certo modo, que recebera naquela semana. Uma delas veio de um delegado, conhecido seu desde a época da faculdade e que costuma fazer vistorias na praça onde ela fica, e a outra veio de uma senhora, que ela conheceu na mesma praça. A primeira é uma proposta de emprego, Lélia trabalharia como doméstica e teria um local para dormir, e a segunda é um quarto para alugar, na casa da tal senhora. Lélia repete enfaticamente que a condição para as duas oportunidades é não se envolver com nenhum tipo de droga, seja ela lícita ou ilícita. Nesse momento ela afirma que não está sóbria, mas pretende ficar. Afirma que bebeu antes, na praça, e não tinha comido nada. *“Não sinto fome. Não tenho vontade de comer”*.

Ela segue falando, independente de minhas perguntas, e comenta sobre questões mais diretamente relacionadas à sua saúde: fez exames de sangue, os quais precisava buscar os resultados; gostaria de saber o resultado de seu teste de sífilis; recebeu o resultado do teste de HIV, que deu negativo, deixando-a aliviada; e não tem tomado os remédios prescritos a ela no período da manhã, *“tem um monte acumulando, mas não tenho condição de tomar, fico sonolenta e fraca”*, diz. Conta que quando tomava, acabava dormindo na praça durante o dia mesmo e isso a deixava insegura, pois as pessoas mexiam em suas coisas e poderiam roubá-las. Oriente ela a falar sobre isso em sua consulta que, por sinal, aguardávamos há mais de 30 minutos.

Quando Lélia é chamada, ela logo me convida para ir junto com ela, e fico com receio de como seria recebida pelas profissionais. Ela seria atendida por uma psicóloga e uma assistente social, as quais me ouviram com atenção enquanto eu explicava o porquê de minha presença, e nem fizeram questão de ficar com uma cópia do meu projeto. Permitiram que eu acompanhasse a consulta sem pormenores. Lélia, por sua vez, já estava sentada em frente à mesa de atendimento, e repetia *“ela está comigo. Vai me acompanhar”*.

Durante a consulta, Lélia praticamente repetiu o que ela já havia me dito na sala de espera e, inclusive, muitas vezes acrescentava à sua fala “*como eu falei com a Larissa; já até falei pra Larissa*”; *né Larissa?*”, mas não solicitou em momento algum que eu falasse por ela. A psicóloga e a assistente social ouviram bastante o que a Lélia tinha para dizer, e reforçaram com ela a importância de comparecer às consultas e tomar os medicamentos. Pareceram preocupadas com as oportunidades de moradia que se apresentaram à Lélia e pediram para que ela fosse cautelosa e conhecesse melhor as pessoas que estavam fazendo as ofertas. Em relação aos pertences de Lélia, a psicóloga em algum momento concorda que ela tem muitas coisas, e que talvez ela precisasse se desfazer de algumas, realmente. Confesso que não sei se entendi muito bem esse posicionamento, mas não interferei. Como assim Lélia tinha muita coisa? A consulta dura em torno de uma hora, e Lélia sai de lá com uma nova consulta agendada para a semana seguinte, com uma outra técnica que passaria a acompanhá-la a partir de então.

Acompanho Lélia no trajeto do CAPS até a praça onde ela disse que ficaria até o horário de entrada na Casa de Passagem. Durante o percurso, Lélia fala um pouco sobre sua experiência na rua, contando que dorme com outras pessoas em baixo de uma marquise, em uma rua do centro, e todo mundo lá se conhece. Fala que “*a gente se diverte. Fazemos brincadeiras um com o outro, e rimos muito até*”. Conta que em uma determinada hora da noite um grupo de pessoas de uma Igreja passa oferecendo comida e água, e alguns dias um padre vai junto e faz um pequeno culto para quem quiser participar. De acordo com ela, a maioria das pessoas participa, inclusive ela.

Próximo do nosso destino final, Lélia comenta que gostou muito de eu tê-la acompanhado, e que minha presença na consulta a fez se “*sentir cuidada. Como se fosse família, me dando mais segurança para falar.*” Acrescenta que eu poderia acompanhá-la na próxima consulta, e fala para eu não deixar de fazer meu relatório sobre a pesquisa. Nos despedimos, deixando combinado o próximo encontro no dia de sua consulta.

No dia agendado para a próxima consulta de Lélia, vou até o CAPS e espero por ela um pouco mais de uma hora, mas ela não comparece. Volto para casa sem ter notícias dela e, apenas alguns dias depois, quando a encontro na Casa de Passagem, descubro que ela se atrasou muito para a consulta, porque precisou passar em um outro serviço para pegar um exame. Ela comenta que gostaria de ter me avisado, mas seu celular havia sido roubado, e ela não teve como fazê-lo. Neste dia em que nos encontramos conversamos pouco, pois Lélia disse estar muito cansada e dormiria na casa mesmo, “*estou me sentindo meio mal e acho perigoso ficar na rua*”. Acrescenta que tem muita gente morrendo na rua, “*só esse ano já foram 18 pessoas*”.

Em meu encontro posterior com Lélia, já em dezembro, ela me conta uma experiência de violência que sofreu na rua, de caráter tão grave e tão sério que, em um primeiro momento minhas defesas enquanto mulher se movimentaram a ponto de não conseguir acreditar. Ela começou dizendo que cometeu a “*burrice*” de não dormir na Casa de Passagem em um determinado dia, “*estava chateada e fiquei sem ânimo de ir até lá.*”, disse ela, justificando-se. Como se fosse uma consequência natural dessa sua escolha, ela conta com tristeza e certa naturalidade, que naquele dia foi violentada e roubada por dois homens. Ela estava na rua que costuma dormir, as doações já haviam passado, e dois homens também em situação de rua – conhecidos por ela – se aproximaram e disseram que se ela gritasse, eles a “*picariam em pedacinhos*”, e mostraram uma barra de ferro e uma faca. Em suas palavras: “*um ficou segurando a barra de ferro no meu pescoço, enquanto o outro me comia; depois revezaram. E ainda roubaram meu celular*”.

Fiquei assustada. Senti um misto de preocupação, raiva e impotência além de, mais uma vez, me perguntar qual seria o meu papel ali: deveria escutá-la enquanto pesquisadora ou psicóloga? Tentei, aos poucos, compreender melhor o que aconteceu, se ela procurou ajuda, a quem recorreu mas, como outras vezes, percebi que ela estava contando o que dava conta e da forma como podia. Novamente recorri à escuta.

Lélia seguiu dizendo que “*viver na rua não está fácil. Tem muita gente querendo sair*”. Contou que, dias depois do ocorrido “*apanhei muito, mas muito mesmo*”. A mesma mulher que a agrediu outras vezes a encontrou em uma praça e deu um soco em seu nariz. Lélia conta que sangrou muito, a ponto de outras pessoas que estavam na praça tentarem interferir. Ela fala que já está com outro companheiro e, inclusive, mostra um anel de comprometimento dado a ela como presente. Sobre o episódio em que foi roubada e violentada ela diz que contou a seu companheiro: “*Ele sabe o que aconteceu. Falou que se estivesse perto não teria acontecido, mas que imaginou que o roubo fosse acontecer porque eu estava exibindo muito no celular*”.

Finalmente, ela comenta que na manhã seguinte ao ocorrido procurou seu amigo pastor, e ele a levou para fazer o boletim de ocorrência. “*Os policiais disseram que não dava pra fazer muita coisa porque eu era moradora de rua, aí fica difícil*”. Eles ainda comentaram que precisariam de mais informações para pegar os responsáveis. Lélia não pareceu questionar esse atendimento, e não demonstrou insatisfação. Ao longo de nossa conversa ela fala novamente sobre a necessidade de “*dar um jeito na vida*”, que gostaria de estudar e trabalhar. Pensar sobre isso pareceu lembrá-la do dia em que foi violentada e ela diz “*naquele dia eu tinha bebido pouco, estou tentando melhorar.*”

Após bastante tempo de conversa, Lélia me pergunta se eu estava conseguindo fazer os “*relatórios da pesquisa direitinho*”, e diz que me avisaria sobre a próxima consulta do CAPS sem falta. Ela encerra nossa conversa dizendo que precisava descansar. Me senti egoísta pensando que eu também precisava, pois senti que não foi fácil ouvir tudo aquilo, mas eu ainda faria uma “entrevista” com Ângela.

Inesperadamente, no dia seguinte recebo uma mensagem de Lélia dizendo que ela teria uma consulta naquele mesmo dia, pela manhã. Me desdobro para conseguir acompanhá-la e, quando estava chegando no CAPS, ela me informa que não iria mais à consulta. Decido, então, arriscar e procurá-la na praça onde ela costumava ficar durante o dia. Chegando no local, avisto Lélia, que estava sentada em um banco com mais duas mulheres, e rodeada por muitas outras, sendo a maioria homens. Me aproximo dela, e ela demonstra surpresa ao me ver, mas sorri e me cumprimenta. Não preciso falar nada e ela logo diz que ficou com medo de ir até o CAPS, pois já tinha precisado usar o banheiro três vezes naquela manhã e estava insegura de andar até lá. Ela diz que usa o banheiro público da Câmara Municipal, que é pertinho da praça, pois “*é limpinho e arrumadinho*”.

Percebo que havia muitas pessoas em situação de rua na praça, sendo a sua maioria homens, e muitos estavam fumando e conversando, como se fosse um encontro marcado entre amigos. Os homens se misturavam aos muitos senhores que estavam jogando cartas ou xadrez nas mesas das praças, e as mulheres (avistei apenas três), ficavam um pouco afastadas e sentadas.

Conheci o companheiro de Lélia, que se aproximou e conversou um pouco conosco. Ele conta um pouco sobre sua história e levo um choque quando ele se refere à sua vida anterior às ruas como “*a época em que eu ainda era gente*”. Não consigo deixar passar e questiono sua afirmação, mas ele apenas complementa “*é né, aqui não somos mais*”. Lélia apenas faz um sinal com a cabeça, que eu compreendo ser em concordância à fala de seu companheiro. As outras pessoas ao redor permanecem em silêncio.

Me sento ao lado de Lélia e conversamos um pouco. Ela me conta que naquela manhã havia saído da Casa de Passagem e ido direto para a praça, onde provavelmente ficaria o dia todo. Ela diz que “*é divertido*” ficar lá. Uma pessoa se aproxima com um cigarro e ela pede um pouquinho. Em seguida, se levanta e se afasta um pouco de mim para fumar. Quando ela retorna, falamos sobre a consulta do CAPS e ela comenta que achou melhor não ir. Tomo liberdade e pergunto se ela havia bebido um pouco, pois não pude deixar de reparar as alterações em seu comportamento e voz. Ela responde que sim, e por isso também não quis ir ao CAPS,

“*não queria que me vissem desse jeito*”. Sobre a bebida, ela conta que cada um ali na praça contribui um pouco, com qualquer valor, e os homens vão até a distribuidora comprar.

O assunto da semana anterior veio à tona, e reparo que Lélia não usa os termos “violentada” ou “estuprada”. Se refere “*ao que aconteceu*”. Ela conta que depois do que aconteceu ficou sozinha, ficou “*andando igual uma louca. Andando, chorando*”, e depois dormiu na rua mesmo. No dia seguinte decidiu tomar uma pílula do dia seguinte. “*Eu tomei por conta própria uai, porque cê já pensou se eu tiver grávida? Nossa, eu dou um tiro na cabeça... eu to morrendo de medo uai. Sabe por causa de quê? Já faz três semanas que a gente tá ficando junto, e ele não fez nada comigo (o André). Ele dormiu comigo e não fez nada comigo*”. Emenda sua fala dizendo “*ai quando foi no sábado a Tina me bateu de novo. Sangrou minha blusa, minha calça tá suja, olha*”, e aponta para uma mancha em sua calça. “*Agora tem que levar, mas não tem onde deixar secando*”, ela complementa. Após uma pausa, ela me olha bem profundamente e diz “*Fica na minha cabeça toda hora*”, e sei que ela se referia “ao que aconteceu”.

Ela conta que no dia seguinte “*estava louca para ir pra Casa de Passagem*”, e lá contou à psicóloga e coordenadora o que havia acontecido, “*ah eu falei, mas foi muito ruim falar*”. Ela fica pensativa por um tempo e diz que foi “*vexatório*” e não queria que a relação tivesse ocorrido. Complementa, ainda, que não ficou com marcas porque pessoa “*sabia segurar, sabia o que estava fazendo*”, e “*o jeito agora é esperar a menstruação vir*” e repetir o exame pelo Consultório na Rua. Sua preocupação principal era a gravidez.

Nas semanas seguintes, encontro Lélia apenas na Casa de Passagem, sem muitas oportunidades de acompanhá-la ou até mesmo conversar. Ela endereça muitas demandas ao Consultório na Rua, solicitando exames, medicamentos, parecia estar em busca de soluções para seus problemas, e ela queixava-se sempre de muito cansaço e, por isso, chegava na casa, tomava banho, comia e já ia para o quarto dormir.

Em Janeiro, encontro Lélia diferente. Acompanho ela da Casa de Passagem até a praça, pois naquele dia ela dormiria na rua. Ela me conta que estava catando papel junto com seu companheiro, “*não é um trabalho formal, mas pelo menos é alguma coisa*”. Conta que continuava ficando a maior parte de seu tempo na praça, às 17h ia para a Casa de Passagem para tomar um banho, e depois encontrava seu companheiro para começarem a trabalhar. “*A gente divide o valor total que conseguimos no dia, mas por mim a gente tentava juntar pra lugar um apartamento. Viver na rua é muito ruim, né*” ela me diz, como uma ressalva após afirmar que estava feliz.

Durante o nosso percurso começou a chover e apenas eu tinha um guarda-chuva. Lélia não quis dividi-lo, não se importava com a chuva. Ela conta que ainda não havia se acostumado com os efeitos da medicação que tomava, e sentia-se “*abobada, irritada, e com muito sono*”. Tinha esperanças com o novo médico da equipe do Consultório na Rua, que solicitou novos exames e comprometeu-se a auxiliá-la no retorno ao CAPS. Nos despedimos logo que nos aproximamos da praça, pois Lélia disse que estava atrasada para trabalhar.

Nas semanas seguintes a rotina de Lélia parecia se repetir: ela permanece na praça durante o dia, vai a casa apenas para tomar banho e depois encontra-se com seu companheiro para trabalharem. Certa ocasião, enquanto conversávamos sobre isso, ela comenta que estava “*doida pra ir no shopping, passear um pouco*”, pois fazia muito tempo que ela não ia. Continuava chovendo bastante na cidade, e ela comenta sobre isso dizendo que era bom porque “*os papeis ficam pesados*”, mas que não gostava muito da função, “*fico por conta de empurrar o carrinho, sempre de baixo do guarda-chuva*”.

Lélia descobre que estava com sífilis e inicia o tratamento de três semanas junto ao Consultório na Rua. Ela recebe bem a notícia, e expressa gratidão por poder realizar o tratamento, motivo pelo qual não poderia deixar de ir na Casa pelo menos uma vez por semana.

Meu último encontro com Lélia foi de uma maneira inesperada, quando eu estava à procura de Nísia, que havia marcado comigo mas não compareceu. Na tentativa de encontrá-la, percorro algumas praças da cidade onde sei que algumas mulheres costumam ficar. Encontro Lélia e Sílvia, que também é assistida pela Casa de Passagem, e sou bem recebida pelas duas, que me chamam para me sentar com elas. O clima na praça estava mais tranquilo do que das outras vezes que estive lá, mas ainda assim havia muitas pessoas em situação de rua, e idosos jogando seus jogos de mesa.

Explico às duas o motivo pelo qual eu estava ali, e ambas me direcionam o mesmo semblante, expressando desânimo, acompanhado de sons como “*ih*”, e dizem que Nísia não havia dormido na casa na noite anterior. Logo me convencem a desistir da busca pois, de acordo com elas, se Nísia não estava no local onde combinamos é porque estava no “*paredão*”, onde eu não poderia ir. “*Lá não é seguro pra você*”, diz Silva, e Lélia complementa, “*Lá eles vão tirar tudo o que é seu, bolsa, celular, sapato, até o seu cabelo eles arrancam se bobear*”. Elas explicam que o local fica é “*barra pesada, onde vendem e usam drogas*”. Lélia comenta que Nísia precisa de ajuda e que parece estar meio deprimida. Sílvia concorda e acrescenta que o companheiro de Nísia não é boa companhia para ela, e Lélia lembra que “*ele já bateu muito nela no ano passado*”.

Continuamos conversando um pouco mais, e Sílvia me pergunta sobre minha pesquisa. Explico a ela e, talvez motivada pela explicação da pesquisa, Lélia, que estava prestando atenção, diz “*ó, sabe o que eu tô pensando? A nossa acessibilidade ao SUS, pra gente que tá na rua, é melhor do que pra quem tem casa*”. Ela acredita que o Consultório na Rua facilita muito e, além disso, cita a equipe de abordagem que os socorre em caso de urgência, o que demoraria muito para acontecer se estivessem em casa e precisassem chamar o SAMU. Sílvia escuta com atenção e diz “*vou ter que concordar, aqui até que a gente consegue acesso ao médico mesmo*”. Faz uma pausa e complementa “*o CAPS que é uma bosta*”.

Sua fala é baseada na experiência de sua companheira, que foi “*expulsa do CAPS, mesmo precisando muito de tratamento*”. Sílvia continua contando, em um tom sarcástico, “*agora eles estão trabalhando com um perfil de pessoas, e Andreia não se encaixou nele*”. Comenta que uma outra mulher que frequenta a Casa de Passagem contou que quando foi até lá solicitar atendimento, ouviu que ela não parecia moradora de rua, pois não estava com roupa rasgada e suja. Nesse momento Sílvia olha para mim e pergunta “*a gente tem que andar assim pra conseguir ser atendido? Eu ein!*”.

Ainda sobre o CAPS, Lélia comenta “*ouvi dizer que o governo cortou as verbas do CAPS, por isso eles estão dando alta para alguns pacientes*”. Sílvia diz que “*isso não é justificativa*”. Lélia continua, e diz que muita coisa lá tinha que mudar, pois muitos pacientes entram com drogas e as utilizam dentro da instituição, e atrapalham quem realmente quer melhorar. Sílvia concorda com veemência, citando uma experiência de sua companheira que exemplificava a fala de Lélia. Ambas chegam à conclusão de que os CAPS precisam oferecer outros tipos de atividades para os seus usuários. Lélia sugere Yoga, e Sílvia empolga dizendo que “*seria muito bom*”. Complementa dizendo “*igual na casa de passagem, lá sempre tem alguma coisa pra gente pintar*”. De fato, na Casa de Passagem sempre havia alguma atividade de artesanato que, inclusive, me trazia muitos questionamentos. Aproveito para tentar explorar isso, mas apenas Sílvia dá atenção e diz que “*é bom para ocupar a mente*”.

Nesse momento, penso que talvez eu tenha me precipitado ao julgar as profissionais da casa por sempre “propor” alguma atividade para as mulheres. Sempre fiquei com a sensação de que as ideias vinham “de cima”, muitas vezes motivadas a arrecadar dinheiro para a casa, e que não necessariamente eram algo que as mulheres escolhessem fazer, ou até mesmo gostavam, até porque pela minha observação, eram poucas que participavam. Mas escuto agora um outro lado. Talvez meu incômodo seja mais relacionado ao fato de que era apenas isso o que eu observava e, poucas vezes, presenciei atividades de fato relacionadas à psicologia ou ao serviço social.



Sobre a Casa de Passagem, as duas comentam sobre o horário de abertura. “*Eles poderiam abrir mais cedo no domingo. Na sexta eles abrem 15h, mas domingo a gente precisa mais, não têm muito para onde ir*”, diz Lélia. Sílvia acrescenta “*eles deviam abrir mais cedo todo dia, dar mais opções de atividades*”. Para ela, deveria abrir às 14h, para que pudessem ir logo depois do almoço. Ambas concordam que o Centro Pop ficou muito longe, e como não podem deixar seus pertences em nenhum lugar, “*carregar tudo para lá fica muito pesado e fora de mão*”, diz Sílvia. Não pude deixar de pensar como parecia que, de fato, os serviços organizam os dias dessas mulheres, que pareciam depender deles para que sua rotina funcionasse ou até mesmo existisse.

Antes de nos despedirmos, as duas comentam sobre o fato de Lélia ter sido agredida novamente na semana anterior, e ela diz que o policial que está “*acostumado a conversar*” com eles (grupo de pessoas que ficam na praça) a orientou “*se defender e bater de volta*”. Um homem que estava próximo nessa hora complementou que “*ele é pé quente, é assim mesmo, sai dando porrada em todo mundo*”. Sílvia comenta que a mulher que agrediu Lélia também já a havia agredido, “*e ainda roubou todo o dinheiro que tinha nos bolsos*”. No seu caso, seu cunhado tinha resolvido a situação, “*dando um recado*” à mulher em questão, que nunca mais incomodou Sílvia. Em seguida me despeço de todos sem saber, também, que aquele teria sido meu último encontro com Lélia.

## **5 ANÁLISE DAS EXPERIÊNCIAS JUNTO ÀS MULHERES EM SITUAÇÃO DE RUA**

Esta seção tem por objetivo promover análises e reflexões acerca dos itinerários terapêuticos de mulheres em situação de rua, tendo-se como base o material apresentado nos resultados deste trabalho. A partir destes, foi possível perceber alguns elementos que, de algum modo, gerenciam e organizam os itinerários das mulheres participantes desta pesquisa: o gênero, que implica formas de relacionamentos, necessidades e histórias marcadas pelo significado, papéis e posições da mulher na sociedade; e os atravessamentos das instituições presentes cotidianamente na vida dessas mulheres, sejam elas os serviços de saúde e da assistência social, ou o aparato policial e a religião que assumem tais formas.

### **5.1 GÊNERO E RUA: ENTRELAÇAMENTOS QUE CONFORMAM CAMINHOS**

Como versado na primeira parte deste trabalho, compreende-se o gênero como uma categoria histórica e analítica, estruturante das relações sociais. As relações de gênero são interdependentes e indissociáveis das relações de raça e de classe, de modo que o “gênero desvenda as desigualdades entre homens e mulheres situados como sujeitos numa ordem determinada pela produção, troca e consumo; e também evidencia as dimensões simbólicas, normatizadas e socializadas na produção de subjetividades” (CISNE, p.83, 2008). É, portanto, no entrelaçamento de gênero, raça e classe que os modos de vida das mulheres se organizam, conformando diferenças segundo a posição em que elas ocupam neste “nó”, definidor de vantagens e desvantagens em suas trajetórias (BIROLI, 2018).

Ao se analisar os itinerários terapêuticos de mulheres em situação de rua é possível perceber como as relações de gênero conferem contornos específicos para suas experiências. Por serem mulheres, estão expostas a situações de violências perpetradas por homens ao longo de suas histórias, a relacionamentos afetivos que norteiam suas escolhas de vida e diárias, bem como a experiências cotidianas atravessadas pela ideologia patriarcal que conforma compreensões e possibilidades para as mulheres. Por estarem em situação de rua, vivenciam a superposição de opressões e desigualdades, impostas por ambas as condições inerentes à sua realidade.

O papel social atribuído à mulher, parte do imaginário coletivo imbuído em naturalizações acerca do que constitui o “ser mulher”, parece estar subjacente às relações nas ruas, espaço no qual as relações desiguais entre homens e mulheres se reproduzem, ainda que imersas em contradições. A relação das mulheres com o trabalho, e os caminhos que se apresentam como possibilidades para elas neste âmbito, parece elucidativa deste cenário.

Conforme os resultados desta pesquisa expressaram, embora o desejo de trabalhar estivesse presente para muitas delas, em alguns casos ele era subordinado à vontade do companheiro, quem ocupava a função de “provedor” exercendo alguma atividade remunerada e, para as que tinham algumas oportunidades de trabalho, estas eram os “bicos”, principalmente como faxineiras, ou catadoras de papel.

Ambos os elementos constitutivos dessa relação – subordinação ao companheiro e tipos de oportunidades – conformam escolhas para as mulheres em situação de rua, contribuindo, assim, para os seus itinerários terapêuticos, e relacionam-se à naturalização de papéis femininos. Historicamente, novos modos de relações foram impostos - a serviço do capitalismo – estabelecendo uma hierarquia na qual a mulher é submissa aos homens, em todos os aspectos, e sua sexualidade ainda é apropriada estrategicamente pelo sistema. Às mulheres foram exigidas uma sexualidade dócil, domesticada, instrumental para a reprodução da força de trabalho no ambiente doméstico, contribuindo para o surgimento da “dona de casa”: a mulher, responsável pelo desvalorizado espaço doméstico, onde tais exigências eram necessárias (DAVIS, 2016; FEDERICI, 2019).

Como efeito e parte desse processo, tem-se toda uma elaboração de valores e sentidos em torno do "feminino" e "masculino", engendrada pela ideologia patriarcal, que conforma aquilo que se considera desejável em uma sociedade em termos do conhecimento, da estética, do discurso e das práticas sociais. O “feminino” e o “masculino”, concepções construídas historicamente, formam parte de uma normalidade cotidiana regularizada e aceita, na qual a mulher é levada a sentir-se inferior, incapaz, e submissa em suas formas de interações sociais (BRUTÓN, et al. 2017).

Tais exigências, contudo, não incidem igualmente sobre todas as mulheres, sobretudo quando levadas em conta as dimensões de raça e de classe. Neste sentido, as escolhas que se colocam para as mulheres em situação de rua, situadas nas camadas mais pobres da população e em sua maioria negras, guardam íntima relação com os apontamentos da literatura feminista, segundo os quais o acesso a determinados tipos de trabalho não assume, histórica e cotidianamente, o mesmo sentido para mulheres brancas e negras, ricas e pobres. Principalmente às mulheres não-brancas é atribuída a naturalidade de sua predisposição para o cuidado e criação, ligada a ideias de maternidade, a sua associação à pornografia e prostituição, bem como a trabalhos como o doméstico e o de limpeza em estabelecimentos comerciais (BIROLI, 2018; SILVA, 2018).

Tal realidade é atestada por Rosário (2015) e Santana (2018), cujos resultados de pesquisa realizada com mulheres em situação de rua apontam que, quando há a inserção dessas

mulheres no mercado de trabalho, ela se dá sob condições de extrema precarização, perpassando desde a baixa remuneração até as condições insalubres de execução do trabalho, de forma que muitas precisam recorrer à mendicância ou à prostituição.

As concepções acerca do feminino fundamentadas na ideologia patriarcal exercem influência nos itinerários das mulheres antes mesmo da ida destas para as ruas, sendo apontadas, inclusive, como um dos fatores responsáveis para isso. Os autores Edgar e Doherty (2001), constataam que as mulheres em situação de rua são aquelas que “rejeitaram” ou foram rejeitadas por estruturas domésticas e familiares tradicionais em uma sociedade fundamentada no patriarcado. Conseqüentemente, as mulheres podem sentir que não cumpriram as expectativas e demandas da sociedade e experienciar um sentimento de culpa e vergonha, podendo ser rotuladas como vítimas ou mulheres que falharam em seus papéis, ocasionando graves sofrimentos psíquicos.

Cumpra salientar que o patriarcado, enquanto sistema social e estruturante, aprisiona tanto homens quanto mulheres em papéis e funções sociais (SAFFIOTI, 2004), de modo que as experiências masculinas e femininas são tecidas em cruzamento. Este sistema favorece a associação, muitas vezes acrítica, da mulher ao afeto, ao amor incondicional e ao cuidado, que se expressam, sobretudo, no espaço do lar, levando ao imbricamento entre mulher/família/cuidado (BIROLI, 2018; GUTIERREZ; MINAYO, 2008). Assim, a mulher é associada ao ambiente doméstico e ao cuidado de uma forma direta e natural, como se fosse uma relação dada, óbvia, a partir de uma romantização perversa. A complexidade e perversidade deste processo parece ter sua expressão máxima no contexto da rua, no qual o “ambiente doméstico” configura-se para além do físico e concreto, assumindo formas simbólicas que, contudo, produzem efeitos visíveis e marcantes nas trajetórias das mulheres.

O cruzamento de tais experiências se dá também a partir das sutilezas por trás da mulher “dócil”, “frágil” e “meiga”, que na prática a coloca como submissa em suas relações sociais, abrindo precedentes para que os homens assumam posições de dominação. De acordo com Saffioti (2001), embora a figura do patriarca possa ser encarnada por qualquer cidadão, o poder na sociedade patriarcal é atribuído à categoria social homens, o que atravessa todas as relações sociais e transforma-se em algo objetivo, traduzindo-se em estruturas hierarquizadas e até mesmo em senso comum. Assim, é possível identificar como fonte de opressão à mulher não o homem em si - ainda que muitas vezes seja ele quem personifica o opressor - mas sim o padrão dominante das relações de gênero. Este, por sua vez, regula e normatiza também as relações homem-homem e mulher-mulher, não sendo possível que homens nem mulheres se situem fora desta relação de poder (SAFFIOTI, 1994).

Este padrão dominante das relações (desiguais) de gênero é expresso em situações de violência, especialmente no ambiente das ruas, conformando os itinerários terapêuticos das mulheres neste contexto. Os resultados desta pesquisa apontam o protagonismo dos homens em situações de violência presentes na história de vida dessas mulheres, bem como na criação de condições que as conduzem às ruas. É alarmante a expressividade dos relatos de abuso físico e sexual perpetrados por homens na vida das mulheres, presentes ao longo de toda a sua trajetória de vida, seja testemunhando atos de violência conjugal contra sua mãe, seja sofrendo violência na infância e fase adulta, dados estes convergentes aos de outros estudos sobre a temática (CÂMARA, 2019; ROSA, BRÊTAS, 2015; SANTANA, 2018; SOUZA, et. al., 2016)

Como já delineado na primeira seção deste trabalho, as pesquisas realizadas com mulheres em situação de rua apontam a violência, especialmente a doméstica, como um fator convergente na história de vida dessas mulheres, bem como um dos principais motivos desencadeadores de sua ida para as ruas (CÂMARA, 2019; ROSÁRIO, 2015; SANTANA, 2018; SOUZA, et. al., 2016). As autoras Rosa e Brêtas (2015) são enfáticas ao afirmar que, para se compreender a vida das mulheres no contexto das ruas, é necessário compreender também as dinâmicas de poder e violência nas quais essas mulheres estão inseridas. Em sua pesquisa, a violência apareceu como tema transversal e de grande impacto na deteriorização das relações sociais das mulheres, sendo alarmantes os relatos de violência praticada pelos próprios parceiros. Além disso, a maioria das mulheres relataram sofrer situações de violência física ou sexual, seja nas ruas ou fora dela, adquirindo certa tolerância a formas não físicas de violência.

Em concordância com esses achados, Bezerra (2018) afirma que a violência de gênero é categórica na vida das mulheres em situação de rua, que têm a sexualização e a exploração de seus corpos como fator transversal em todas as esferas de sua vida, seja antes ou durante a condição de rua. A autora aponta, ainda, como esse histórico de violência é crucial na conformação das subjetividades dessas mulheres, que têm a violência como um fator estruturante em suas vidas.

De acordo com Saffioti (2001), a violência de gênero é um conceito amplo, abrangendo agressões direcionadas a mulheres, crianças e adolescentes. Porém, na sociedade capitalista e patriarcal, os homens são constantemente autorizados a realizar seu projeto de dominação-exploração sobre as mulheres, ainda que precisem utilizar-se de alguma forma de violência, pois recebem – mesmo implicitamente – certa autorização e tolerância por parte da sociedade. De acordo com a autora: “Se é verdade que a ordem patriarcal de gênero não opera sozinha, é também verdade que ela constitui o caldo de cultura no qual tem lugar a violência de gênero, a

argamassa que edifica desigualdades várias, inclusive entre homens e mulheres (SAFFIOTI, 2001, p.133)”.

As violências físicas sofridas pelas mulheres em situação de rua desnudam as marcas e opressões que o sistema patriarcal, capitalista e racista imprime sobre todas as mulheres. Esta miríade de conexões interfere tanto nos processos anteriores à ida para as ruas, quanto nos sentidos que as mulheres conferem às suas experiências e como percebem suas possibilidades de caminhos. Os resultados desta pesquisa expressam como a ideia de culpabilização da própria mulher pelos atos de violência a ela acometidos encontra-se entranhada ao imaginário social, sendo crucial, inclusive, na escolha dos itinerários terapêuticos das mulheres.

Esta ideia da culpabilização das mulheres pelas violências sexuais a que são submetidas remonta ao período da escravidão, o qual, até os dias de hoje, tem suas análises majoritariamente minimizadas, permitindo a compreensão de que as mulheres escravas aceitavam e encorajavam a prática sexual com os homens brancos, originando a tão conhecida miscigenação. Esse entendimento, ratificado pelo discurso científico e literário, favoreceu a disseminação da ideia da mulher, especialmente a negra, como promíscua e imoral, tendo os homens um direito incontestável sobre seus corpos. Na prática, contudo, o que se percebia à época era a utilização do estupro como uma arma de dominação e repressão (DAVIS, 2016).

No Brasil, o discurso da democracia racial, que tem como um de seus alicerces justamente a suposta "harmonia" no intercuro sexual dos portugueses com as mulheres negras e indígenas, contribui fortemente para certa cultura do estupro, que expressa o suposto direito do homem sobre o corpo da mulher. O mito da democracia racial tanto encobre o histórico de violência dessas mulheres por uma minoria branca dominante, quanto tem nele mesmo sua criação, evidenciando como a opressão da mulher está intrinsecamente relacionada ao processo de formação e consolidação da sociedade brasileira (GONZÁLEZ, 1979).

A violência sexual contra a mulher constitui-se, assim, como uma expressão das relações desiguais de gênero, que implicam hierarquização de poder, e a “aceitação da violência”, por parte da mulher e da sociedade, pode ser atribuída justamente à ordem patriarcal de gênero que produz a primazia masculina (SAFFIOTI, 2001). No caso das mulheres em situação de rua, a análise torna-se ainda mais complexa na medida em que a prostituição constitui-se como uma prática recorrente, e muitas mulheres em algum momento de suas vidas precisam recorrer a ela como uma saída, um recurso para conseguir comida, abrigo e bens materiais, o que as faz sentir menos controle de seus corpos e suas escolhas sexuais, além de as expor a mais situações de violência (BENBOW, et al., 2011; BISCOTTO, et al., 2016; KENNEDY, et al., 2014; TORCHALLA, et al., 2011).

Este cenário aponta para um processo perverso no qual as mulheres percebem na ida para as ruas uma alternativa à vida de violências que sofriam por parceiros íntimos ou familiares, ao passo que para se manterem nas ruas, precisam se entregar à comercialização de seus corpos, sentida por muitas como uma violência. Pode-se pensar em um ciclo vicioso no qual a ideologia patriarcal dominante, subjacente às relações cotidianas, as colocam nessa posição, e o fato de precisarem assumir tal posição reforça estereótipos e preconceitos relacionados a tal ideologia, como os de que os homens têm poder sobre os corpos das mulheres.

A violência inscrita na história da vida dessas mulheres acaba assumindo certo caráter “natural”, como apontado pelos resultados desta pesquisa. Os episódios de violência se alastram para além daqueles perpetrados pelos homens, abrangendo a violência entre as próprias mulheres nos espaços das ruas, e das instituições sociais que, como parte do sistema, reproduzem sua mesma lógica.

Este fenômeno parece expressar os processos de habituação e naturalização cunhados por Maritza Montero (2004), que se constituem como as vias pelas quais os indivíduos aceitam, internalizam e relacionam-se com o que é, a princípio, estranho e diferente. A habituação, especificamente, se refere à introjeção de hábitos e modos de enfrentar a vida, que são considerados como naturais, como constitutivos da essência das coisas, levando os indivíduos a admitirem e reproduzirem acriticamente circunstâncias de vida que podem ser prejudiciais a si mesmos. Em última instância, esses processos acabam tornando-se mecanismos de reprodução de certos modos de vida, auxiliando na manutenção da estrutura social.

Também nesta direção, é possível retomar os escritos de Frantz Fanon (1968), cujo trabalho sobre as sociedades coloniais evidenciou como a violência é introjetada na vida dos indivíduos, estando enraizada na mente e na vida dos povos colonizados. Em suas análises, o autor alerta que a violência é parte fundante da sociedade colonial, estando presente em todas as suas expressões materiais e simbólicas, inscrita sutil e verticalmente nas formas de relação, sendo internalizada e naturalizada no cotidiano dos indivíduos. Os processos de violência tornam-se tão entranhados, que mesmo os representantes da “ordem”, os “intermediários” nas palavras do autor, operam com a linguagem da violência, reproduzindo essa mesma lógica em suas intervenções.

Este processo é especialmente verificado na violência do aparato policial direcionada à população em situação de rua, que assume formas variadas, desde o desamparo ao uso da força física, em nome da sociedade e da manutenção da ordem. A pesquisa realizada por Câmara (2019) demonstra como as escolhas diárias das pessoas em situação de rua passam por essa via, na medida em que alguns lugares da cidade tornam-se inviáveis para pernoitar em razão da

atuação dos seguranças do local. Somam-se a isso as ações “pacíficas” nas quais é solicitado às pessoas em situação de rua que não permaneçam em determinados espaços públicos para que outra parcela da sociedade possa fazer uso dos mesmos. Também nesta direção, a violência policial e de agentes públicos contra a população em situação de rua é considerada como significativa por Valle, Farah e Junior (2019).

Constata-se, assim, que os itinerários terapêuticos de mulheres em situação de rua são atravessados pelas relações desiguais de gênero marcadas pela estrutura patriarcal e opressora vigente na sociedade capitalista. Como expressão deste fenômeno, os itinerários são, em certo nível, moldados pelo mesmo, ao passo que expressam também a capacidade de criação e resistência dos “sujeitos” mulheres pulsantes em cada história de vida de mulheres em situação de rua. Embora reconheça-se a urgência e importância de se denunciar as violências que estão postas nas realidades destas mulheres, faz-se também necessário dar luz às estratégias criadas por elas neste mesmo contexto.

A autora Saffioti (2001) já frisava que o “gênero apresenta sim um caráter determinante, mas deixando sempre espaço para o imponderável, um grau variável de liberdade de opção, determinada margem de manobra (p. 126)”, e os itinerários terapêuticos das mulheres desta pesquisa vem atestar que elas resistem e existem, com e apesar de todas as opressões e privações. Nas miudezas de suas trajetórias é possível perceber seus sonhos e desejos, expressos nas tentativas de conseguirem um emprego, na vivência de suas sexualidades, na preocupação com a estética e a beleza, no desejo de viagens, nos encontros nas praças, nas rodas de violão, na persistência em continuarem sonhando. À realidade que as negam, elas respondem.

## **5.2 INSTITUIÇÕES E SAÚDE: CUIDADOS PRODUZIDOS EM CONTRADIÇÕES**

Acompanhar as mulheres em situação de rua em seus itinerários terapêuticos, ouvi-las e observá-las nos diversos contextos pelos quais circulavam, tornou-se também uma forma de ouvir a dinâmica dos serviços e da rede de cuidado, o que é ou não ofertado em termos de cuidado em saúde, as concepções de saúde que perpassam as práticas, tanto dos serviços, quanto das próprias mulheres, e de que modo esses elementos organizam e gerenciam seus itinerários terapêuticos, tecidos em contradições. As instituições, assim como a rua, ora ofertam segurança e refúgio, ora perigos e regras excessivas; as mulheres demonstram desconfianças em relação aos serviços, ainda que muitas vezes sejam os primeiros locais aos quais recorrem e confiam;



ao mesmo tempo que suas vivências clamam por um cuidado em saúde que extrapole o modelo biomédico da atenção, é este mesmo cuidado que elas buscam e, muitas vezes, é o ofertado.

Como apontado pelos resultados desta pesquisa, os termos “dopada”, “grog” e “abobada” são associados à um “cuidado” não aceito pelas mulheres, marcado pela medicalização. Suas convicções e receios a esse respeito, para além de nortear suas escolhas e caminhos diante de algum acometimento de saúde ou necessidade de ajuda, influenciam também as escolhas diárias sobre onde dormir e permanecer ao longo dia, considerando que a medicação pode torná-las “inaptas” para o ambiente das ruas. O cuidado em saúde, associado ao uso de medicamentos, que se dá desvinculado do contexto das ruas acaba por produzir um efeito reverso: o cuidado transforma-se em prejuízos à saúde, na medida em que o autocuidado das mulheres é prejudicado ao optarem por não tomar a medicação ou por alterar as doses por conta própria, e sentirem-se incapacitadas para conduzirem suas atividades diárias.

O fenômeno da medicalização, também considerado como a medicalização da vida, é fortemente vinculado ao paradigma biomédico da saúde que, por sua vez, é amplamente influenciado pelo paradigma positivista, e apresenta, como efeito, uma concepção funcionalista e reducionista das práticas de saúde, voltando-se para um modelo curativista e individual de cuidado (BREILH, 2010). Embora, teórica e conceitualmente, já se tenha avanços em direção ao paradigma da determinação social da saúde, como é possível perceber nos princípios e diretrizes do SUS, na prática, as condutas e direcionamentos, tanto dos profissionais, quanto dos usuários do sistema, ainda permanecem predominantemente imersas no modelo biomédico.

De acordo com Foucault (1980), na passagem da medicina clássica para a medicina moderna, que inaugura o modelo biomédico da atenção, a integralidade do corpo se desfaz, transformada pela particularização e nomeação de uma infinidade de tecidos, órgãos e mecanismos anatômicos. Essa transformação tem o seu valor, especialmente por ter permitido a produção de um saber científico em torno do ser humano mas, em contrapartida, contribuiu também para a transformação do cuidado médico em uma “disciplina das doenças”, tendo como alvo privilegiado o corpo individual dos sujeitos, e para o surgimento de novas formas de governar as pessoas, individual e coletivamente.

Arelada a este cenário, está a prática da medicalização, que se caracteriza como a intervenção médica a todo e qualquer aspecto da vida humana, exercendo certo controle sobre a população e o indivíduo, traduzindo-se, enfim, como um processo de apagamento entre as fronteiras da medicina e da vida cotidiana. Este processo encontra-se tão entranhado à vida, que já não é mais possível atribuir aos profissionais médicos o seu protagonismo. Toda a sociedade,

incluindo os diversos profissionais da saúde e os próprios pacientes, torna-se agente desse processo ao invocar o saber médico e científico como alternativas principais de cuidado (ZORZANELLI, CRUZ, 2018).

Como versado nos resultados desta pesquisa, no contexto das ruas verifica-se este fenômeno a partir das demandas prioritárias de saúde direcionadas à equipe do Consultório na Rua, caracterizadas pela solicitação do preventivo, pela renovação de receitas, dúvidas quanto ao uso de determinados medicamentos e orientação sobre onde consegui-los. A reorganização do espaço de atendimento do Consultório na Rua com a chegada do médico à equipe, também parece bastante elucidativa deste fenômeno. De algum modo, o cuidado centrado na figura do médico e a autoridade de seu discurso, foi tanto desejada pela equipe e pelas mulheres, quanto impulsionadora de uma nova organização que fez lembrar um hospital, lugar privilegiado para o médico. Novamente é Foucault quem já apontava que, pelo efeito da intervenção sobre o doente e em nome da cura, a localização e distribuição interna do hospital será definida, “o espaço hospitalar é medicalizado em sua função e em seus efeitos” (FOUCAULT, 1989, p. 109).

Não se pode perder de vista, contudo, a importância do acesso dessas mulheres a essa forma de cuidado, ainda que centralizado no modelo biomédico, considerando tantas negações e privações desses mesmos cuidados em suas histórias de vida. As demandas endereçadas têm um lugar e sentido podendo, para além do pedido explícito contido em suas falas, serem portas de entrada para outras formas de cuidado. Conforme os resultados desta pesquisa, os muitos pedidos de aferição de pressão parecem situar-se neste contexto, podendo constituir-se como uma forma de cuidado em si, como também uma busca por uma garantia de que alguma coisa (pelo menos) está bem e sob controle. Do mesmo modo, os pedidos por internação, situados em uma trama de ambivalências, ao mesmo tempo que são rechaçados, são considerados um cuidado aceito, no qual é depositado a esperança de uma “salvação” ou “transformação” orientada e encaminhada pelos serviços.

O uso de drogas insere-se como mais um ponto de contradição nesta trama de ambivalências, constituindo-se ora como cuidado, ora como uma doença que exige cuidados. Enquanto cuidado, as drogas tidas como ilícitas atuam como um mecanismo de sobrevivência, permitindo às mulheres a fuga das condições nocivas às quais estão submetidas. Porém, o uso constante e abusivo dessas drogas assume o caráter de doença, tornando as mulheres mais vulneráveis a situações de violência e, assim como os medicamentos, “inaptas” ao contexto das ruas. Instaura-se, assim, um ciclo mediado pela droga: na tentativa de sobrevivência as mulheres buscam as drogas tidas como ilícitas que, ao se tornarem uma questão de saúde transformam-

se também em demandas direcionadas aos serviços de saúde que, por sua vez, ofertam como cuidado, majoritariamente, outras drogas, porém lícitas.

A esse respeito, Souza e colaboradores (2016) pontuam a importância da equipe de saúde pensar em estratégias de cuidado que não aumentem a vulnerabilidade das mulheres no contexto das ruas, como por exemplo, o uso de medicação que induza o sono. Os autores enfatizam ainda que, caso a equipe não tenha um olhar ampliado sobre o caso e não faça uma escuta sensível, poderá gerar graves prejuízos ao invés de construir cuidado junto às mulheres em situação de rua.

Nesta direção, em pesquisa realizada com pessoas em situação de rua, Vale e Dalla Vecchia (2020) apontam para os riscos de instituições de saúde, como o CAPSad, serem reduzidas a um serviço de avaliação médica, deixando-se de lado os princípios da integralidade e intersetorialidade que buscam promover um atendimento baseado na singularidade de cada indivíduo, a partir de uma equipe multiprofissional. Como efeitos dessa precariedade de ofertas de cuidado integral à saúde, percebe-se a não adesão por parte das pessoas em situação de rua às propostas terapêuticas dos serviços, e a necessidade de recorrerem às redes social e comunitária em busca de cuidado que, muitas vezes, acabam constituindo-se como as principais fontes de apoio diante deste cenário.

Este processo permeado pelo uso de drogas constitui-se como norteador dos itinerários terapêuticos de mulheres em situação de rua, na medida em que compõem o seu cotidiano e as conectam com os serviços. Muitos estudos realizados com mulheres em situação de rua convergem com estes resultados, ao pontuarem as drogas como protagonistas em situações de violência na vida dessas mulheres, constituindo-se como um “legado” que atravessa gerações, estando presente em toda sua trajetória de vida (BISCOTTO, *et. al.*, 2016; CÂMARA, 2019; HINO, SANTOS, ROSA, 2018; LIMA, 2016; ROSÁRIO, 2015; ROSA, BRETAS, 2015; SOUZA, *et. al.*, 2016; SANTANA, 2018; VALLE, FARAH, JUNIOR, 2019).

Em pesquisa com mulheres em situação de rua que fazem uso problemático de drogas, Souza e colaboradores (2016) apontam a influência desse uso nos percursos das mulheres por busca de cuidados. Os autores evidenciam como o estigma relacionado ao uso de drogas, associado à vida nas ruas, tende a aumentar as necessidades das mulheres para os serviços sociais e de saúde e, ao mesmo tempo, restringir o acesso a esses mesmos serviços. Câmara (2019) também pontua como uso de substâncias tende a orientar o cotidiano das mulheres em situação de rua, por serem consideradas uma forma de suportar a aridez do cotidiano, ou mesmo o único meio para seguirem na vida.

Os itinerários terapêuticos das mulheres em situação de rua apontam para outra característica importante a respeito de sua busca por cuidados: a não distinção entre os serviços de saúde e da assistência social. Há uma associação entre toda a rede de serviços ao cuidado em um sentido amplo, sendo que, majoritariamente, os serviços da assistência social acabam assumindo o protagonismo neste cuidado. Este fato parece indicativo tanto da compreensão de saúde pelas mulheres, que parece não se resumir a questões de ordem física ou mental mas, sim, a toda forma de cuidado a elas ofertada, quanto à organização e o histórico da assistência prestada pelos serviços de saúde e assistência à essa população.

O protagonismo da rede de assistência social no cuidado à população em situação de rua é apontado por outros estudos (ESCOREL, 1999; VALE, DALLA VECCHIA, 2020), cujos resultados evidenciam tanto sua contribuição para sanar as necessidades básicas destes sujeitos, incluindo o acesso a abrigo, alimentos, roupas, e higiene, quanto sua influência no roteiro diário construído por eles. Além disso, como pontuado por Valle (2018), o acesso aos serviços de saúde pelas mulheres é mediado pelo Consultório na Rua ou instituições da assistência, estas consideradas como o primeiro recurso a ser procurado em busca de ajuda.

Este protagonismo remete a outra forma de cuidado assumida tanto pelas mulheres, quanto pelos serviços da assistência social, caracterizada pela religião. Em que pese sua importância como um mecanismo de suporte psicossocial para o enfrentamento dos sofrimentos vivenciados pelas mulheres, há que se considerar a linha tênue entre este suporte e a naturalização e aceitação acrítica das circunstâncias adversas às quais as mulheres estão submetidas. Neste ínterim está o perigo de se fortalecer a lógica da meritocracia, e incorrer em análises individualizantes e culpabilizadoras do sujeito por sua condição. A prática da caridade, mediada pela religião e historicamente conectada à sobrevivência das pessoas em situação de rua, pode ser associada aos serviços, contribuindo para estratégias passivas e reforçadoras de situações de submissão, sob as quais permeia a ideia de que caberia aos sujeitos aceitarem ajuda e esforçarem-se para melhorarem sua condição de vida (SILVA, 2006).

Desse modo, a religião enquanto cuidado assume contornos ambivalentes, permitindo, por uma via, certa ligação das mulheres à vida, angariando força, acalento e aceitação, enquanto, por outra, pode reforçar o sentimento de resignação e naturalização de sua condição de vida. Considerando o histórico da política de assistência social brasileira, como pontuado por Yazbek (2012) e Montañó (2012), segundo o qual ela tem papel importante na reafirmação de práticas assistencialistas, seletivas e focalizadas, direcionadas ao “tratamento” de pessoas pobres, como a população em situação de rua, os serviços voltados a esse público devem estar

cientes deste aspecto, buscando colaborar com o fortalecimento e reconhecimento político dos sujeitos, aproximando-se da lógica da garantia de direitos.

Ainda que as instituições da assistência ocupem o protagonismo nos itinerários terapêuticos das mulheres em situação de rua, os serviços de saúde também compõem os seus itinerários, sendo o Consultório na Rua o mais procurado, atuando como porta de entrada para outros serviços, seguido pelas unidades de urgência e emergência, e pelo CAPSad. Este, embora não seja amplamente procurado, está muito presente nos discursos das mulheres, tanto como um recurso a ser utilizado “em último caso”, quanto como um recurso a ser evitado, baseado em passagens anteriores e no que a experiência de outras pessoas em situação de rua apontam para elas, como a de pessoas cujos tratamentos foram interrompidos por supostamente não se encaixarem no perfil do CAPS, bem como aquelas que viam como obstáculo ao tratamento a presença de drogas tidas como ilícitas dentro da instituição.

Em contraponto aos achados da pesquisa de Aguiar e Iriart (2012), segundo os quais as pessoas em situação de rua, em geral, relatam satisfação com o atendimento recebido quando necessitam de assistência à saúde, as mulheres participantes desta pesquisa relataram muitas queixas, especialmente em relação ao CAPS, denunciando a não adequação de sua organização e formas de atendimento às particularidades das pessoas em situação de rua. A organização através de consultas espaçadas e com técnicos diferentes, por exemplo, pode se configurar como dificultador para a criação de vínculo com essa população, cuja história é marcada pela fragilidade de vínculos pessoais, assim como seu cotidiano é marcado por incertezas constantes. Torna-se relevante, assim, repensar os princípios da territorialidade e equidade, norteadores das ações de saúde do SUS, para uma população que desafia seus limites e aplicação.

Considerando-se ainda o recorte de gênero, pesquisas recentes apontam as dificuldades de acesso das mulheres à rede de serviços de saúde, nos quais ocorre tanto a negativa de atendimento, quanto exigências burocráticas que impossibilitam a sua ocorrência (CÂMARA, 2018; SANTANA, 2018; VALLE, 2018). Em acréscimo, estudos demonstram a ineficácia dos serviços de saúde em atender as demandas e especificidades das mulheres, ofertando um serviço inconsistente, desarticulado, e insensível às suas particularidades (DOS SANTOS, 2014; LIMA, 2016; ROSO, DOS SANTOS, 2017).

Este cenário em tela parece esclarecedor quanto aos motivos pelos quais as mulheres recorrem, preferencialmente, aos serviços da assistência social, cujos horários de funcionamento e atividades ofertadas compõem majoritariamente seus itinerários terapêuticos, gerenciando seus percursos diários. De acordo com Escorel (1999), a sobrevivência nas ruas envolve a resolução das necessidades básicas através de uma rotina diária, cujo produto é a

possibilidade de sobreviver a cada dia, e os serviços da assistência social respondem perfeitamente a esta demanda. Ofertam abrigo, alimentação, higiene, segurança em relação aos perigos da rua e uma rede de suporte, composta tanto pelos profissionais, quanto pelas próprias mulheres.

Neste sentido, situa-se a concepção de saúde das pessoas em situação de rua, usualmente associada à capacidade de resistência às dificuldades e privações cotidianas, e à manutenção da vida nas ruas. Na mesma lógica, a doença vincula-se à impossibilidade de realização das atividades cotidianas, referindo-se à agudização de doenças ou agravos que reduzem ou impossibilitam a mobilidade e outras ações de sobrevivência nas ruas (AGUIAR, IRIART, 2012; VALLE, 2018; VALE, DALLA VECCHIA, 2019; VARANDA, ADORNO, 2004).

Os resultados desta pesquisa vem atestar, contudo, que para além desta concepção, está presente também uma perspectiva que se aproxima daquela postulada por Canguilhem (1943), segundo a qual a saúde é a “expressão de um corpo, produto de um modo de vida (p. 26)”, estando sempre relacionada à forma pela qual os indivíduos interagem com os eventos da vida, e às condições dadas em termos de escolhas e criação aos indivíduos. A saúde implica, assim, poder produzir e transformar, constituindo-se na unidade da vida. Neste sentido, as mulheres em situação de rua produzem sim itinerários terapêuticos em busca da sobrevivência diária, porém, esta produção excede aquilo que é considerado como necessidades básicas, incluindo os desejos e particularidades de cada uma delas.

### **5.3 ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS DE MULHERES EM SITUAÇÃO DE RUA: UMA TENTATIVA DE DELIMITAÇÃO**

“Quem anda no trilho é trem de ferro, sou água que corre entre pedras: liberdade busca jeito” (Manoel de Barros).

A partir dos eixos de análise versados até aqui, pretende-se retomar brevemente algumas reflexões acerca do conceito de itinerários terapêuticos, a fim de se buscar aproximações possíveis para a sua compreensão no contexto das mulheres em situação de rua. Embora haja diferentes entendimentos acerca do termo “itinerário terapêutico”, ele vem sendo utilizado como constructo teórico-metodológico em investigações sobre doenças e sofrimentos de pessoas em situações concretas de adoecimento, especialmente no campo da Saúde Coletiva e da Antropologia (PINHEIRO, GERHARDT, RUIZ, JUNIOR, 2016). De modo geral, as produções brasileiras utilizam o termo para identificar as abordagens que relacionam os diferentes sistemas de cuidado, constituídos tanto pelos serviços de saúde, quanto pelos

sistemas informais e não profissionais, abrangendo as diferentes formas de cuidado (GERHARDT, BURILLE, MÜLLER, 2016).

Em uma revisão narrativa de produções brasileiras sobre itinerários terapêuticos, realizada entre 2014 e 2015, encontrou-se que o maior número de estudos se concentra na experiência de adoecimento de sujeitos ou grupos sociais, com foco no comportamento em relação à doença, ou na percepção do paciente e/ou família sobre a doença ou o tratamento. Em menor número, mas também significativos, estão os estudos relacionados à avaliação em saúde, que focam em análises nos sistemas formais de saúde, enfatizando a busca por cuidado assistencial, a utilização, organização e funcionamento dos serviços da rede assistencial de saúde. Em número ainda mais reduzido, encontram-se os estudos cuja preocupação está em conhecer as escolhas e tomadas de decisão dentro de um campo de possibilidades, estas conformadas por situações concretas de vida, que implicam maior ou menor dificuldade na busca por cuidado (GERHARDT, BURILLE, MÜLLER, 2016).

Tais estudos detêm sua importância ao considerarem a complexidade das demandas por cuidado, favorecendo as interfaces entre adoecimento, sofrimento e saúde, e incluindo em suas análises categorias como integralidade, cuidado, formação, gestão e participação social. Dessa forma, permitem tensionar a resolutividade dos serviços de saúde, bem como as práticas e noções construídas socialmente acerca das experiências de adoecimento, redes de apoio, acesso, adesão e escolhas terapêuticas (PINHEIRO, GERHARDT, RUIZ, JUNIOR, 2016). Contudo, embora tais investigações representem importantes avanços, é possível perceber uma forte ênfase na doença/tratamento e em aspectos individuais que, em associação, podem reforçar a lógica biomédica de compreensão do processo de saúde/doença, incidindo em uma centralidade nos aspectos biológicos ou psicossomáticos do adoecimento, restringindo o sofrimento humano a este mesmo adoecimento, compreendido nestes termos.

Constatado este cenário, alguns autores levantaram importantes questionamentos, como Alves (2016), para quem os trabalhos sobre itinerários terapêuticos tendem a tomar como ponto de partida a doença, e pecam ao não explorar os meios pelos quais os indivíduos e grupos sociais respondem a um dado episódio de doença de acordo com o contexto sociocultural no qual estão inseridos. Para o autor, um número substancial de pesquisas não leva em consideração o fato de que o cuidado à saúde não se restringe à busca de tratamento, mas sim “ao desenvolvimento de arranjos, estratégias e estabelecimentos de redes sociais que são constituídas no processo de lidar com a “doença” (ALVES, 2016, p. 136), de modo que as pesquisas acabam deslocando-se do conjunto de interações que os indivíduos e grupos sociais tecem para abrir campos de possibilidades para o cuidado à saúde.

Tendo isso em vista, na tentativa de produzir um trabalho na contramão dessa tendência, e sendo também fiel à complexidade daquilo que foi compartilhado pelos sujeitos desta pesquisa, ancora-se na compreensão proposta pelos autores Pinheiro, Gerhardt, Ruiz e Junior (2016, p.22), para os quais o itinerário terapêutico é compreendido como:

As experiências de pessoas e famílias em seus modos de significar e produzir cuidados, empreendendo trajetórias nos diferentes sistemas de cuidado e tecendo redes de sustentação e apoio que possam lhes dar sustentabilidade nesta experiência. Comporta, também, como os serviços de saúde disponibilizam a atenção e acolhem, em certa medida, suas necessidades de saúde, permitindo indagar como as práticas profissionais produzem afetamentos nessa experiência, sendo (ou não) amistosas à integralidade e efetividade em saúde .

Acredita-se que tal compreensão abre precedentes para uma análise mais abrangente, envolvendo as relações estabelecidas pelas pessoas ao longo de sua história de vida, os encontros e desencontros nos caminhos, entendendo a saúde como a busca e manutenção da vida, para além de acometimentos de ordem biológica. Este entendimento parece dialogar melhor com os achados desta pesquisa, pois, compreender os itinerários terapêuticos de mulheres em situação de rua revelou-se como uma forma de escuta e descoberta de seus itinerários pela vida, exigindo uma compreensão ampla, dialética e histórica da noção de “saúde”, que manifesta-se imbricada nas relações sociais estabelecidas pelas (e entre) as mulheres, nas dinâmicas dos serviços e ofertas de cuidado disponíveis, bem como nos discursos e práticas que permeiam os modos de sociabilidade vigentes em nossa sociedade.

Assim como Gerhardt (2006) concluiu ao acompanhar os itinerários terapêuticos de indivíduos em situações de pobreza, os dados desta pesquisa apontam que as preocupações relativas à saúde das mulheres em situação de rua não constituem uma prioridade em si mesmas, mas, sim, parte de um todo que representa seus modos de vida e de existência em meio às condições concretas de privações. Desse modo, para as mulheres em situação de rua, os itinerários terapêuticos referem-se não somente às práticas e percursos de significação e produção de cuidados mas, principalmente, à sua própria existência e possibilidades de produção de vida. Não há uma busca no sentido de uma tomada de consciência e escolha sobre qual caminho percorrer a partir de determinado acometimento. Há uma forma de estar e persistir na vida, que passa pelos serviços, pelas relações entre pares e pelos vínculos familiares, ainda que fragilizados.



## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A tentativa de construir aproximações com um possível fechamento para o trabalho desenvolvido nesta dissertação mostra-se talvez tão complexa e desafiadora, quanto o processo de pesquisa travado até aqui. Retomar o percurso de trabalho trilhado significa deparar-se novamente com as angústias, questões e reflexões que o permearam, bem como com o compromisso ético do pesquisador de buscar transformar o trabalho em ação, em um instrumento que não tenha fim em si mesmo, apostando que encontra-se aí a sua maior riqueza.

Enveredar-se pelos itinerários terapêuticos das mulheres em situação de rua demonstra a impossibilidade de se empreender análises descontextualizadas e a-históricas quando se pretende investigar qualquer aspecto que envolva a vida humana. Enquanto categoria de análise, o itinerário terapêutico constitui-se como um objeto móvel e multiplamente situado, intimamente ligado à história de vida de cada sujeito, sendo capaz de expressar a forma de estar e de relacionar cooptadas também por cada sujeito. Simultaneamente, expressa algo do coletivo, referente ao grupo social e ao segmento de classe ao qual cada sujeito pertence, bem como aos processos sociais que conformam a sociedade. Desse modo, os itinerários terapêuticos das mulheres em situação de rua, ao mesmo tempo que expressam o entrelaçamento entre as questões que permeiam o gênero, a pobreza, a violência, a saúde, a religião e as instituições, são também atravessados por elas.

Observou-se que a condição de gênero produz contornos específicos para as experiências das mulheres em situação de rua, que vivenciam o cruzamento de opressões e desigualdades impostas tanto ao grupo populacional do qual fazem parte, quanto à sua condição de gênero. Ser mulher na sociedade capitalista e patriarcal significa conviver com os estereótipos e preconceitos relacionados ao ideal de feminilidade que está intrinsecamente relacionado à produção da cultura e ideologia patriarcal, que é sustentado pelo próprio sistema econômico-social vigente, que confere à mulher papéis específicos na sociabilidade capitalista. Associa-se à mulher o papel de mãe/cuidadora/esposa/dona-de-casa, instituindo-se padrões de relacionamentos, restrições e desvantagens, que são reproduzidas no contexto das ruas.

A violência aparece como um fator central e convergente na vida das mulheres em situação de rua, constituindo suas trajetórias antes e durante a vida nas ruas. Como discutido neste trabalho, a violência compõe um ciclo perverso no qual as mulheres dirigem-se às ruas buscando uma saída para as situações de violência às quais eram submetidas, ao passo que encontram nas ruas mais situações de violência, perpetradas tanto pelos seus pares, quanto pelas instituições. Estas, especialmente sob o aparato policial, tendem a reproduzir padrões de

violência referentes tanto às relações desiguais de gênero, quanto aos estigmas e preconceitos que circundam a população em situação de rua.

Ainda a respeito das instituições, ressalta-se o papel dos serviços de saúde e da assistência social no gerenciamento e organização das rotinas diárias das mulheres em situação de rua. Este aspecto, ao mesmo tempo que demonstra a capacidade destes serviços em responder a muitas demandas das mulheres, revela também o nível de miséria e desamparo vivenciado por elas, que muitas vezes se percebem sem rumo quando não há um norte guiado pelas instituições. O fato das mulheres discutirem sobre a distância entre os diferentes serviços, a necessidade de ofertarem horários flexíveis e mais amplos, postularem sobre alternativas de atividades disponíveis (como artesanato, atividades físicas e culturais), e questionarem sobre o funcionamento dos serviços aos finais de semana, por exemplo, apontam para a sua dependência em relação a estes serviços, sobre os quais elas acabam depositado suas esperanças e projetos de vida.

Para além destes atravessamentos, os itinerários terapêuticos das mulheres em situação de rua apontam para a importância de se compreender a saúde em uma perspectiva ampla, situada no contexto histórico e social no qual cada sujeito elabora sua existência, imbricada em uma rede de relações. Portanto, pensar a saúde dessas mulheres implica considerar o entrelaçamento de relações, história de vida e recursos disponíveis, entranhados em contradições. Neste sentido, ressalta-se o papel das drogas consideradas ilícitas e da religião, ambas assumindo a forma de cuidado e de saúde, mas também de doença e resignação, respectivamente. Transitando entre sentidos contraditórios, tanto contribuem para que as mulheres tenham força para suportarem as vivências nas ruas, quanto para a permanência em um ciclo que as “prendem” neste mesmo contexto, especialmente no caso das drogas. Não se pretende deslegitimar, contudo, a importância da fé e da religião na vida destas mulheres, as quais podem conferir algum acalento e obstinação, que devem ser melhor compreendidos.

Assim, para se alcançar o objetivo deste trabalho, qual seja o de identificar e compreender os itinerários terapêuticos de mulheres em situação de rua, foi preciso tensionar e ampliar a compreensão do próprio conceito de itinerário terapêutico, para que as vivências das mulheres pudessem ser abarcadas pelo mesmo. A literatura da área aponta que estudos sobre esta temática têm o potencial de fornecer subsídios para a organização de serviços, seja da assistência ou da saúde, na construção de práticas compreensivas e contextualmente integradas. Por isso, é tão importante compreender que, para as mulheres em situação de rua, seus itinerários terapêuticos referem-se também à maneira que encontraram de persistirem na vida, à (re)criação de estratégias e modos de vida que as permitem existir. Eles apontam como os

sentidos sobre o que é “necessário” são amplos, e precisam ser abarcados e compreendidos pelas redes de cuidado.

A partir das experiências vivenciadas pelas mulheres deste estudo, é possível inferir que suas concepções de saúde passam sim pela satisfação de necessidades básicas, tais como moradia, alimentação e higiene, porém, não se limitam a elas. Na contramão do que é esperado ou mesmo “permitido” a estas mulheres, elas ousam sonhar e fazer planos que envolvem lazer, estética, sexualidade e cultura, de modo que elas afirmam que querem exercer o seu papel de mãe; querem trabalhar; querem se embelezar; querem participar de festividades; querem se alimentar não apenas para matar a fome, mas também por prazer. Esta constatação permite acalorar os questionamentos acerca do papel das instituições na transformação da vida dessas mulheres, sem desconsiderar a importância de também ofertarem o mínimo essencial para a sua sobrevivência.

Neste sentido, e diante do que está sendo colocado por esta pesquisa, é possível sinalizar algumas observações para se pensar a rede de atenção à saúde e assistência social envolvida no cuidado das mulheres em situação de rua. Trata-se de uma tentativa de aproximações de algumas reflexões que possam permitir, quem sabe, rever o processo de cuidado, angariando esforços de gestores, profissionais e pesquisadores, a fim de que a complexidade e amplitude que envolve as dimensões de cuidado demandadas pelas mulheres em situação de rua possam ser realmente ouvidas.

O primeiro aspecto que merece destaque é a necessidade de articulação entre os serviços específicos para a população em situação de rua, e destes com os demais da rede de assistência social, saúde e saúde mental. Considerando a importância dos serviços na gestão da vida diária das mulheres em situação de rua, torna-se de extrema relevância a articulação entre os mesmos na elaboração de projetos terapêuticos comuns e integrados. Percebe-se que, embora haja alguma comunicação entre os serviços – evidenciada especialmente nas reuniões do Fórum da PSR – os trabalhos ainda carecem de articulação, e as mulheres ainda são “repartidas” em cuidados. O fato dos itinerários terapêuticos das mulheres apontarem para a não distinção entre os diferentes serviços, parece demonstrar a amplitude do cuidado demandado por elas, podendo indicar também direções de trabalho.

Este mesmo aspecto conduz a um segundo ponto que merece destaque, referente à adequação dos serviços não diretamente voltados à PSR, especialmente os da rede de saúde, à realidade deste grupo populacional. Como já pontuado, a conformação dos serviços segundo a lógica do território e da família, por exemplo, acaba constituindo-se como barreira de acesso para as mulheres. Parece importante repensar a própria formatação dos atendimentos,

considerando-se o espaçamento entre as consultas, as possibilidades de horário e a vinculação das mulheres com os profissionais.

A instituição do cuidado a partir da lógica da medicalização também se constitui como um ponto importante nesta reflexão, na medida em que o contexto de vida das mulheres em situação de rua exige a criação e reinvenção de práticas e instrumentos de cuidado que nem sempre passem pelo uso de medicamento, ao mesmo tempo em que torna necessária a investigação sobre o porquê desta demanda, somada à da internação, estar tão presente no discurso de algumas mulheres. Seriam estas as únicas formas de cuidado que elas conhecem ou acreditam? Em que medida as práticas de medicalização da sociedade estão atreladas aos processos de desigualdade social e produzem efeitos nos cuidados em saúde? E, em que medida estas práticas atuam como mecanismos de controle de corpos e subjetividades, especialmente daqueles considerados “indesejáveis” e marginalizados?

Do mesmo modo, a importância de se adequar os serviços próprios da PSR às particularidades e especificidades das mulheres também é um aspecto que merece destaque. Aqui desdobram-se dois pontos: a necessidade de refletir sobre em que medida o cuidado ofertado contribui para reforçar o ideal de mulher vigente na sociedade, e quais os efeitos disso nas práticas de cuidado em saúde; e a importância de se considerar todo o ciclo de violências presente na história de vida das mulheres, oferecendo espaços de escuta e recebimento dessas demandas, bem como atentar-se para em que medida as próprias instituições podem reforçar e reproduzir este mesmo ciclo. Além disso, embora não tenha sido aprofundado neste trabalho, percebe-se que a relação das mulheres com a maternidade e com os filhos é um ponto sensível para a atuação dos serviços, que poderiam ampliar estratégias de articulação com os serviços de acolhimento institucional ou até mesmo com o Conselho Tutelar.

Outro ponto de relevo é a necessidade do fortalecimento de estratégias coletivas que auxiliem na constituição das mulheres enquanto sujeito de direitos. A proposta do Fórum da PSR é uma excelente oportunidade para trilhar este caminho e, ao mesmo tempo, já aponta alguns questionamentos sobre os quais vale a pena se debruçar, como o porquê da participação das mulheres ser tão reduzida, e a maioria dos envolvidos ainda ser composta por profissionais. O Fórum é uma tentativa de agregar as visões das pessoas em situação de rua, e fortalecer sua participação em decisões que terão efeitos em sua própria vida. Porém, essa prática – de autonomia e participação política – precisa ser trabalhada e cultivada, já que muitas vezes parece que não há, por parte das pessoas em situação de rua, o entendimento de seus significados, bem como de seu próprio papel enquanto sujeito político e de direitos, de modo

que os profissionais acabam assumindo o protagonismo das discussões e decisões. É crucial que as mulheres possam falar por si mesmas sobre suas experiências e reivindicar seus direitos.

É notório, e importante ressaltar, que muitos destes apontamentos guardam íntima relação tanto com o histórico de formação da PSR, cuja realidade é conformada em meio à pobreza e os processos de exploração e opressão enquanto produtos do MPC, quanto com os processos que envolvem a constituição e (luta pela) manutenção das políticas públicas no Brasil que, diariamente, enfrentam desafios relativos ao subfinanciamento, escassez de recursos humanos e material, estruturas precárias de trabalho, bem como a falta de apoio de instâncias superiores. Portanto, sinalizar estes pontos de destaque e promover estas reflexões não são uma forma de deslegitimar o trabalho que tem sido desenvolvido mas, sim, de tensioná-lo a partir do que foi sinalizado pelas experiências das mulheres em situação de rua.

Neste ensejo, convém pontuar algumas reflexões referentes ao processo de desenvolvimento desta pesquisa que, por seu caráter qualitativo e delimitação temporal, possui limitações e exige que algumas temáticas sejam privilegiadas, e a transposição dos resultados a outros contextos seja cuidadosa. Os itinerários terapêuticos de mulheres em situação de rua assumirão contornos específicos de acordo com a cidade na qual as mulheres fazem morada, influenciados, por exemplo, pela composição da rede de assistência – como a presença ou não do Consultório na Rua -, e pelo tipo de cidade, que pode ser do interior ou uma capital, possuindo funcionamentos distintos e complexos. Além disso, acredita-se que a possibilidade de acompanhamento de mais mulheres, por um período mais longo, poderia permitir o acesso a outras instituições de saúde e da assistência social que não aparecem nesta pesquisa, permitindo, também, uma visão mais ampla sobre seus itinerários.

Não obstante, é importante frisar que o mesmo elemento que confere riqueza a este trabalho, confere também limitações: o fato dos resultados constituírem-se em experiências únicas criadas a partir da relação entre pesquisadora e as mulheres interlocutoras da pesquisa. Neste sentido, é possível que alguns aspectos que influenciam os itinerários terapêuticos das mulheres em situação de rua não tenham sido abarcados, tanto por minhas limitações enquanto pesquisadora, quanto por não ter aparecido na minha relação construída com as participantes. Percebe-se, por exemplo, que a relação dessas mulheres com a maternidade, especialmente envolvendo a guarda de seus filhos, interfere na sua saúde e merece maiores investigações; as mulheres em situação de rua que não fazem o uso dos serviços não foram abarcadas pela pesquisa, de modo que os seus itinerários permanecem desconhecidos; a religião como forma de cuidado também parece um ponto relevante para maiores investigações, bem como a percepção e o papel dos profissionais da rede de atenção a respeito de toda essa temática.

Caminhando para o fim – ainda que longe de quaisquer conclusões definitivas – deixo algumas percepções sobre o meu papel enquanto pesquisadora, bem como em relação ao processo de escrita. Realizar uma pesquisa etnográfica implica desafios constantes e variados, exigindo na mesma “moeda”, entrega, cuidado e presença. Não foi possível realizar este trabalho sem que tudo aquilo que me constitui – incluo aqui meu papel de mulher, pesquisadora e psicóloga - estivesse em cena e fosse trabalhado, revisado e endereçado, numa dialética constante entre impor limites, se permitir, se surpreender, se frustrar e se angustiar, sempre em relação com quem foi sujeito da minha pesquisa. Neste sentido, proponho o questionamento das ideias de neutralidade e objetividade, em prol da valorização do envolvimento, troca e conexões, a partir de um posicionamento e reflexividade constantes do pesquisador.

Não almejo, contudo, a romantização deste processo, certamente permeado por angústias e desafios, desde a entrada no campo, até a tentativa de traduzir em palavras o que foi compartilhado pelas mulheres. Inicialmente, destaco o desafio de suportar o sentimento de impotência diante da realidade tão áspera vivenciada pelas mulheres; o desafio de sustentar uma escuta atenta quando o instinto principal é o de recorrer à surdez; e o desafio de lidar com as contradições postas e expostas nas minhas relações com as mulheres, enquanto mulher, e me deparar cada vez mais com o fato de que, ainda que em menor grau, também estou submetida às relações desiguais de gênero vigentes na sociedade; Em segundo, ressalto tanto a dificuldade em ser fiel ao que foi dito pelas mulheres, considerando-se que foi um ato de gentileza e confiança elas conferirem à mim os seus dias e as suas histórias, e pensando também nas implicações posteriores deste material escrito; quanto a dificuldade em tentar organizar todo o material em uma determinada ordem, sem que se perca a complexidade, contradições e entrelaçamentos diversos que o constitui.

Nesta direção, considerando o teor dos conteúdos travados aqui, me esforcei para não produzir uma escrita reducionista que se aproximasse de um determinismo, embora tenha sido necessário “denunciar” e dar luz ao poder que a estrutura social opressora tem em conformar caminhos e subjetividades. A todo tempo, contudo, me indagava sobre as possibilidades de escolha e autonomia das mulheres com as quais convivi, sem perder do horizonte em que medida cada uma delas pode aparecer, enquanto sujeitos, em cada caminho por elas trilhado. Desse modo, acredito na produção acadêmica como um potente instrumento de auxílio na transformação da realidade, e buscando transpor a reflexividade inerente ao processo de pesquisa à escrita deste texto, espero gerar provocações e indagações que levem a algum movimento, quem sabe, em direção à transformação da realidade das mulheres em situação de rua.

Ademais, que esta pesquisa possa se somar aos esforços empreendidos por pesquisadores, militantes, movimentos sociais e demais organizações sociais e políticas que atuam em prol de uma pauta anticapitalista e antipatriarcal. Este modo de organização da vida social produz uma realidade de escassez em meio a riqueza desigualmente distribuída, bem como naturaliza a violência que a face subalternizada da população brasileira (em especial as mulheres) enfrenta cotidianamente e contra a qual necessitamos coletivamente lutar. Enquanto isto não se efetiva no presente vivido, que possamos assegurar condições de vida dignas para as mulheres que estejam em condição de rua, que foram ouvidas nesta pesquisa e que representam as histórias de tantas outras mulheres ainda silenciadas. Contra este silêncio mortífero nos rebelamos! Contra este modo de vida que nos apequena e nos limita, nos propomos a sonhar e trabalhar por um mundo no qual a emancipação de um/uma seja o horizonte desejado para a emancipação de todas e todos.

## REFERÊNCIAS

- ACCORSSI, A.; SCARPARO, H.; GUARESCHI, P. A naturalização da pobreza: reflexões sobre a formação do pensamento social. **Psicologia & Sociedade**, v. 24, n. 3, p. 536-546, 2012.
- AGUIAR, M. M.; IRIART, J. A. B. Significados e práticas de saúde e doença entre a população em situação de rua em Salvador, Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 1, p. 115-124, jan. 2012.
- ALCANTARA, S. C.; ABREU, D. P.; FARIAS, A. A. Pessoas em situação de rua: das trajetórias de exclusão social aos processos emancipatórios de formação de consciência, identidade e sentimento de pertença. **Revista Colombiana de Psicologia**, v. 24, n. 1, p. 129-143, 2015.
- ALMEIDA-FILHO, N. A problemática teórica da determinação social da saúde. In: **Determinação Social da Saúde e Reforma Sanitária**. (Org.) Roberto Passos Nogueira Rio de Janeiro: Cebes, 2010.
- ALMEIDA, L. R.; SILVA, A. T. M. C.; MACHADO, L. S. O objeto, a finalidade e os instrumentos do processo de trabalho em saúde na atenção à violência de gênero em um serviço de atenção básica. **Interface**, v. 18, n. 48, p. 47-59, 2014.
- ALVES, P. C. Itinerário terapêutico, cuidados à saúde e a experiência de adoecimento. In: **ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS: integralidade no cuidado, avaliação e formação em saúde**. Org.: Gerhardt, T. E.; Pinheiro, R. Ruiz, E. N. F.; Junior, A. G. S. Rio de Janeiro: CEPESC Editora, 1 ed., 2016, P. 125-147.
- ALVES-MAZZOTI, A. J. O planejamento de pesquisas qualitativas. In: **O Método nas Ciências Naturais e Sociais: Pesquisa quantitativa e qualitativa** Pioneira, p.147-178, 1999.
- ALVES, P. C.; SOUZA, I. M. Escolha e avaliação de tratamento para problemas de saúde: considerações sobre o itinerário terapêutico. In: **Experiência de doença e narrativa**. (Org.) Rabelo, M. C. Alves, P. C. B. & Souza, I. M. A. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1999.
- ANTONI, C.; MUNHÓS, A. S. R. As violências institucional e estrutural vivenciadas por moradoras de rua. **Psicologia em Estudo**, v. 21, n. 4, p. 641-651, 2016.
- ARAÚJO, C. Marxismo, feminismo e o enfoque de gênero. **Crítica Marxista**, p. 63-70, 2000. Disponível em: [https://www.ifch.unicamp.br/criticamarxista/arquivos\\_biblioteca/dossie28Dossie%201.pdf](https://www.ifch.unicamp.br/criticamarxista/arquivos_biblioteca/dossie28Dossie%201.pdf)
- ARRUZZA, CINZIA. Considerações sobre gênero: reabrindo o debate sobre patriarcado e/ou capitalismo. **Revista Outubro**, n. 23, 1º semestre de 2015.
- AYRES, J. R. C. M. **Sobre o risco: para compreender a epidemiologia**. São Paulo: Hucitec, 2002.
- BAPTISTA, I. Women and Homelessness. **Homelessness Research in Europe**, p. 163-185, 2010.



BARATA R. B.; JÚNIOR, N. C.; RIBEIRO, M. C. S. A.; SILVEIRA, C. Desigualdade social em saúde na população em situação de rua na cidade de São Paulo. **Saúde Sociedade**, v. 24, n. 1, p. 219-232, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v24s1/0104-1290-sausoc-24-s1-00219.pdf>.

BARROSO, M. F. Notas para o debate das relações de exploração-opressão na sociedade patriarcal-racista-capitalista. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 133, p. 446-462, set./dez. 2018.

BENBOW, S.; FORCHUK, C.; RAY, S. L. Mothers with mental illness experiencing homelessness: a critical analysis. **Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing**, v. 18, p. 687-695, 2011.

BEZERRA, F. S. “NOS BARES, NA LAMA, NOS LARES, NA CAMA”: Uma análise ontológica da violência contra a mulher em situação de rua no Brasil contemporâneo. 2018. Dissertação de mestrado. Programa de Pós-Graduação em Serviço Social. Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2018.

BIROLI, FLÁVIA. **Gênero e Desigualdades: limites da democracia no Brasil**. São Paulo: Boitempo, 2018.

BISCOTTO, P. R.; JESUS, M. C. P.; SILVA, M. H.; OLIVEIRA, D. M.; MERIGHI, M. A. B. Compreensão da vivência de mulheres em situação de rua. **Revista Escola de Enfermagem**, v. 50, n. 5, p. 750-756, 2016. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v50n5/pt\\_0080-6234-reeusp-50-05-0750.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v50n5/pt_0080-6234-reeusp-50-05-0750.pdf).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº 196 de 10 de Outubro de 1996**. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas com os seres humanos. Brasília, DF, 1996.

BRASIL. **Decreto nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009**. Institui a Política Nacional para População em Situação de Rua, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Consultórios de Rua do SUS: material de trabalho para a Segunda Oficina Nacional de Consultórios de Rua do SUS**. Brasília, DF, 2010.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Primeiro Censo e Pesquisa nacional sobre população de rua**. Brasília, DF, 2012a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual sobre o cuidado de saúde junto a População em Situação de Rua. Normas e manuais técnicos**. Brasília, DF, 2012b.

BRASIL. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República. **Diálogos sobre a população em situação de rua no Brasil e na Europa: Experiências do Distrito Federal, Paris e Londres**. Brasília: SDH, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da População em Situação de Rua Um direito humano**. Brasília, DF, 2014.

BREILH, J. Las tres 'S' de la determinación de la vida 10 tesis hacia una visión crítica de la determinación social de la vida y la salud. In: Nogueira, R. P. (Org.). **Determinação Social da Saúde e Reforma Sanitária**. Rio de Janeiro: Cebes, 2010, p. 87-126.

BRUTÓN, M. A. G.; SOLÍS, F. G.; SIXTOS, S. B.; ARELLANO, M.C. Saberes despojados y despertar político de las mujeres en Latinoamérica: una revisión feminista de los paradigmas científicos, del patriarcado y del capitalismo. In: D. Pavón-Cuéllar (Org.). **Capitalismo y psicología crítica en Latinoamérica: del sometimiento neocolonial a la emancipación de subjetividades emergentes**. Ciudad de México: Kanankil, 2017, p. 197-223.

CABRAL, A. L. L. V.; MARTINEZ-HEMÁEZ, A.; ANDRADE, E. I. G.; CHERCHIGLIA, M. L. Itinerários terapêuticos: o estado da arte da produção científica no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n.11, p. 4433-4442, 2011.

CÂMARA, A. E. **Os modos de vida das mulheres em situação de rua em Maracanaú**. 2019. Dissertação de mestrado (Programa de Pós Graduação em Psicologia). Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2019.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1943. 154 p.

CARVALHO, J. M. **Cidadania no Brasil: O longo caminho**. 3ª ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.

CERQUEIRA, A. **Evolução do processo social população em situação de rua: um estudo sobre pobreza, necessidades humanas e mínimos sociais**. 2011. Trabalho de conclusão de curso (Departamento de Serviço Social). Universidade de Brasília, Brasília, 2011.

CIDADE, E. C.; MOURA JR, J. F.; XIMENES, V. M. Implicações psicológicas da vida em condições de pobreza para o povo latino-americano. **Psicologia Argumento**, Curitiba, v. 30, n. 68, p. 87-98, 2012.

CHITYIL, B. Homelessness in Europe: The Role of Gender Equality Policies. **Gender Perspectives on Homelessness, FEANTSA**, p. 4-6, 2010.

COSTA, S. L.; VIDA, C.P.; GAMA, L. A.; LOCATELLI, N. T.; KARAM, B. J.; PING, C. T.; BERNARDES, A. F. M.. Gestantes em situação de rua no município de Santos, SP: reflexões e desafios para as políticas públicas. **Saúde Sociedade**., v. 24, n. 3, p. 1089-1102, 2015.

COSTA, A. P. M. População em situação de rua: contextualização e caracterização. **Revista Virtual Textos & Contextos**, v. 4, n. 1, p. 1-15, 2005.

CRENSHAW, K. W. Demarginalizing the intersection of race and sex; a black feminist critique of discrimination doctrine, feminist theory and antiracist politics. University of Chicago Legal Forum, p. 139-167, 1989.

DAVIS, ANGELA. **Mulheres, raça e classe**. São Paulo: Boitempo, 2016.

DIAS et. al. Mulheres em situação de rua: trajetórias de invisibilidade e exclusão na construção de identidades, 2016. Disponível em: <http://www.uneb.br/enlacandosexualidades/files/2015/07/enl31.pdf>.

DOS SANTOS, V. B. **Mulheres em vivência de rua e a integralidade no cuidado em saúde**. 2014. Dissertação de mestrado (Mestrado em Psicologia da Saúde) – Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2014.

DUARTE JUNIOR, C. F. **Histórias de vida e itinerários terapêuticos de pessoas em situação de rua em itajaí/sc**. 2018. Dissertação de mestrado (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Regional de Blumenau, Blumenau, 2018.

EDGAR, B.; DOHERTY, J. Women and Homelessness in Europe – Pathways, Services and Experiences. **Bristol: The Policy Press**, 2001.

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

FEDERICI, SILVIA. **Calibã e a bruxa: mulheres, corpo e acumulação primitiva**. São Paulo: Elefante, 2017.

FEDERICI, SILVIA. **Mulheres e caça às bruxas**. São Paulo: Boitempo, 2019.

FERNANDES, F. M. B.; MOREIRA, M. R. Considerações metodológicas sobre as possibilidades de aplicação da técnica de observação participante na Saúde Coletiva. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 23, n. 2, p. 511-529, 2013.

FLEURY-TEIXEIRA, P.; BRONZO, C. Determinação social da saúde e política. In: **Determinação Social da Saúde e Reforma Sanitária**. (Org.) Nogueira, R. P. Rio de Janeiro: Cebes, 2010.

FONTANELLA, B.; RICAS, J.; TURATO, E. Amostra por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. 1, p. 17-27, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n1/02.pdf>.

FOUCAULT, M. O. **Nascimento da Clínica**. 2. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1980.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. 8. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1989.

FRAGA FILHO, W. **Mendigos, Moleques e Vadios na Bahia do Século XIX**. São Paulo: HUCITEC; Salvador: EDUFBA, 1996.

FANON, FRANTZ. **Os Condenados da Terra**. Rio de Janeiro, RJ: Editora Civilização Brasileira, 1968.

GERHARDT, T. E. Itinerários terapêuticos em situações de pobreza: diversidade e pluralidade. **Caderno Saúde Pública**, v. 22, n. 11, p. 2449-2463, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n11/19.pdf>.

GERHARDT, T. E.; BURILLE, A.; MÜLLER, T. L. Estado da arte da produção científica

sobre itinerários terapêuticos no contexto brasileiro. In: **ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS: integralidade no cuidado, avaliação e formação em saúde**. Org.: Gerhardt, T. E.; Pinheiro, R. Ruiz, E. N. F.; Junior, A. G. S. Rio de Janeiro: CEPESC Editora, 1 ed., 2016, P. 27-99.

GOMES, R. (2002). **Análise de dados em pesquisa qualitativa**. In M. Minayo (org.). Pesquisa Social: teoria, método e criatividade. 21º ed. Petrópolis: Editora Vozes.

GONZÁLEZ, LÉLIA. Racismo e sexismo na cultura brasileira. **Revista Ciências Sociais Hoje**, Anpocs, p. 223-244, 1978. Disponível em: [https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4584956/mod\\_resource/content/1/06%20-%20GONZALES%2C%20L%C3%A9lia%20%20Racismo\\_e\\_Sexismo\\_na\\_Cultura\\_Brasileira%20%281%29.pdf](https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4584956/mod_resource/content/1/06%20-%20GONZALES%2C%20L%C3%A9lia%20%20Racismo_e_Sexismo_na_Cultura_Brasileira%20%281%29.pdf)

GONZÁLEZ, LÉLIA. O papel da mulher negra na sociedade brasileira: Uma abordagem políticoeconômica. In: Spring Symposium the Political Economy of the Black World, Center for Afro-American Studies. Los Angeles: UCLA, 10-12 de maio de 1979

GUTIERREZ, D. M. D.; MINAYO, M. C. S. Papel da Mulher de Camadas Populares de Manaus na Produção de Cuidados da Saúde. **Saúde Sociedade**, São Paulo, v.18, n.4, p.707-720, 2009.

HARAWAY, D. "Gênero" para um dicionário marxista: a política sexual de uma palavra. **Cadernos Pagu** [online], n.22, p. 201-246, 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/cpa/n22/n22a09.pdf>.

HINO, P.; SANTOS, J. O; ROSA, A. S. Pessoas que vivenciam situação de rua sob o olhar da saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, p. 732-40, 2018. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/reben/v71s1/pt\\_0034-7167-reben-71-s1-0684.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reben/v71s1/pt_0034-7167-reben-71-s1-0684.pdf)

HIRATA, HELENA. Gênero, classe e raça Interseccionalidade e consubstancialidade das relações sociais. **Tempo Social**, v. 26, n. 1, p. 61-73, 2014.

IANNI, O. **A ideia de Brasil moderno**. São Paulo: Brasiliense, 1992.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA, IPEA. **Retrato das Desigualdades de Gênero e Raça**, 2017. Disponível em: [https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/170306\\_retrato\\_das\\_desigualdades\\_de\\_genero\\_raca.pdf](https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/170306_retrato_das_desigualdades_de_genero_raca.pdf)

KENNEDY, S. et al. A Qualitative Study of Pregnancy Intention and the Use of Contraception among Homeless Women with Children. **Journal of Health Care for the Poor and Underserved**, v. 25, n. 2, p. 757-770, 2014. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4232303/pdf/nihms-639912.pdf>.

KERGOAT, D. "Ciências e gênero". In: Hirata, H. et al., **Dicionário crítico do feminismo**. São Paulo, Editora da Unesp, 2009, p. 40-44.

LACERDA JR., F. Capitalismo dependente e a psicologia no Brasil: das alternativas à psicologia crítica. **Teoría y crítica de la psicología**, 3, p. 216-263, 2013.

LANGDON, E. J.; MALUF, S.; TORNQUIST, C. S. Ética e política na pesquisa: os métodos qualitativos e seus resultados, 2007. Disponível em: <https://transes.paginas.ufsc.br/files/2014/10/Eticanapesquisa.pdf>

LIMA, F. V. **Saúde e doença de mulheres em situação de rua: um estudo à luz da história oral**. 2016. Dissertação de mestrado (Mestrado Profissional em Saúde da Família) – Universidade Federal da Paraíba, Paraíba, 2016.

MAGNANI, J. G. C. Etnografia como prática e experiência. **Horizontes Antropológicos**, v. 15, n. 32, p. 129-156, 2000.

MARCUS, G. E. Etnografía en/del sistema mundo. El surgimiento de la etnografía multilocal. **Alteridades**, v. 11, n. 22, p. 111-127, 2001.

MERHY, E. E. et al. Redes Vivas: Multiplicidades girando as existências, sinais da rua. Implicações para a produção do cuidado e a produção do conhecimento em saúde. **Divulgação em Saúde para Debate**, 52 (s/n.), p. 153-164, 2014.

MARTÍN-BARÓ, I. Guerra e saúde mental. In: Lacerda Jr. L (Org.). **Crítica e libertação na psicologia – estudos psicossociais**. Petrópolis: Vozes, p. 251-270, 2018.

MONTAÑO, C. Pobreza, “questão social” e seu enfrentamento. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 110, p. 270-287, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sssoc/n110/a04n110.pdf>

MONTERO, MARITZA. **Introducción a la psicología comunitaria: Desarrollo, conceptos y procesos**. Editorial Paidós, 1 ed., Buenos Aires. Argentina, 2004.

MOURA JR, J. F.; XIMENES, V. M.; SARRIERA, J. C. Práticas de discriminação às pessoas em situação de rua: histórias de vergonha, de humilhação e de violência em Fortaleza, Brasil. **Revista de Psicología**, Chile, v.22, n. 2, p. 18-28, 2013.

NATALINO, M. **Estimativa da População em situação de rua no Brasil. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada**. Brasília: Rio de Janeiro: IPEA, 2016.

NATALINO, M. **Estimativa da população em situação de rua no Brasil (setembro de 2012 a março de 2020)**. n. 73, Ipea, 2020. Disponível em: [https://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com\\_content&view=article&id=35812](https://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=35812)

NETO, O.C. O trabalho de campo como descoberta e criação. In: M. Minayo (org.). **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 21º ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2002.

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.

PEIRANO, M. Etnografia não é método. **Horizontes Antropológicos**, v. 20, n. 42, p. 377-391, 2014.

PINHEIRO, R.; GERHARDT, T. E.; RUIZ, E.; N. F.; JUNIOR, A. G. S. O “estado do

conhecimento” sobre os itinerários terapêuticos e suas implicações teóricas e metodológicas na Saúde Coletiva e integralidade do cuidado. In: **ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS: integralidade no cuidado, avaliação e formação em saúde**. Org.: Gerhardt, T. E.; Pinheiro, R. Ruiz, E. N. F.; Junior, A. G. S. Rio de Janeiro: CEPESC Editora, 1 ed., 2016, p.13-27.

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, v. 11, n. 22, p. 191-215, 2011. Disponível em: <http://periodicos.ufes.br/temporalis/article/view/1387/1585>.

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

PREFEITURA DE JUIZ DE FORA. **Diagnóstico da população em situação de rua de Juiz de Fora**. Secretaria de Desenvolvimento Social. Juiz de Fora, 2016.

QUIROGA, J.; NOVO, M. Elas da rua: população em situação de rua e a questão de gênero. In: **Rua: aprendendo a contar. Pesquisa Nacional sobre a população em situação de rua**. Brasília, 2009, p. 157-173.

RIBEIRO, D. **O Povo Brasileiro: A formação e o sentido do Brasil**. São Paulo: Companhia das Letras, 1995.

RODRIGUES DO VALE, A. **Tecendo redes de produção de cuidado: itinerários terapêuticos de pessoas em situação de rua em um município de pequeno porte**. 2018. Dissertação de mestrado (Mestrado em Psicologia) - Universidade Federal de São João del-Rei, São João Del-Rei, 2018.

ROSA, A. S.; BRÊTAS, A. C. P. A violência na vida de mulheres em situação de rua na cidade de São Paulo, Brasil. **Comunicação saúde educação**, v. 19, n. 53, p. 275-85, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v19n53/1807-5762-icse-19-53-0275.pdf>.

ROSÁRIO, G. O. **Análise da Condições e Modos de Vida de Mulheres em Situação de Rua em Porto Alegre**. 2015. Dissertação (Mestrado em Serviço Social), Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2015.

ROSO, A. Psicologia social da saúde: tornamo-nos eternamente responsáveis por aqueles que cativamos. **Aletheia**, n. 26, p. 80-94, 2007.

ROSO, A.; DOS SANTOS, V. B. Saúde e relações de gênero: notas de um diário de campo sobre vivência de rua. **Avances em Psicología Latinoamericana**, v. 35, n. 2, p. 283-299, 2017. Disponível em: [https://revistas.urosario.edu.co/xml/799/79951336007/79951336007\\_visor\\_jats.pdf](https://revistas.urosario.edu.co/xml/799/79951336007/79951336007_visor_jats.pdf).

SAFFIOTI, H. I. B. A mulher sob o modo de produção capitalista. In: **Contexto: A mulher na sociedade capitalista**. Hucitec: Editora de humanismo, ciência e tecnologia, 1976, p. 1-22.

SAFFIOTI, H.I. B. Rearticulando gênero e classe social. In: Oliveira, A.; Bruscini, C. (Org.). **Uma questão de gênero**. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos; São Paulo: Fundação Carlos Chagas, 1992. p. 183-215.

SAFFIOTI, H. I. B. Posfácio: conceituando gênero. In: H. I. B Saffioti & M. Muñoz-Vargas. **Mulher brasileira é assim**. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1994, p. 271-283.

SAFFIOTI, H. I. B. Primórdios do conceito de gênero. **Cadernos Pagu**, v. 12. p.157-163, 1999. Disponível em: <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/cadpagu/article/view/8634812/2731>

SAFFIOTI, H. I. B. Contribuições feministas para o estudo da violência de gênero. **Cadernos Pagu**, v. 16, p.115-136, 2001. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/cpa/n16/n16a07.pdf>

SAFFIOTI, H. **Gênero, patriarcado, violência**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2004.

SÁNCHEZ, A. I. M.; BERTOLOZZI, M. R. Pode o conceito de vulnerabilidade apoiar a construção do conhecimento em Saúde Coletiva? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 2, p. 319-324, 2007.

SANTANA, T. M. **Mulheres em situação de rua e o acesso à saúde na cidade de salvador**. 2018. Dissertação de mestrado (Mestrado em Estudos Interdisciplinares sobre Mulheres, Gênero e Feminismos) - Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2018.

SANTOS, J. S. O enfrentamento conservador da “questão social” e desafios para o Serviço Social no Brasil. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 136, p. 484-496, set./dez., 2019.

SILVA, L. T. Classe e trabalho no feminino: um olhar sobre a história das mulheres trabalhadoras. **Revista Outubro**, v. 31, p. 152-175, 2018.

SIQUEIRA, L. S. Desenvolvimento e pobreza: uma análise crítica. **Temporalis**, 12, n. v. 24, p. 353-384, 2012.

SIQUEIRA, L. S.; ALVES, G. L. Pobreza e desigualdade social: uma breve reflexão do Brasil e América Latina. **Revista Direitos, Trabalho e Política Social**, v. 4, n. 6, p. 11-36, 2018.

SILVA, M. **Mudanças recentes no mundo do trabalho e o fenômeno população em situação de rua no Brasil 1995-2005**. 2009. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) - Universidade de Brasília, Brasília, 2009.

SOARES, L. T. **Os custos sociais do ajuste neoliberal na América Latina**. 2 ed. São Paulo: Cortez, 2002.

SOUSA, A. P.; MACEDO, J. P. População em Situação de Rua: Expressão (Im)pertinente da “Questão Social”. **Psicologia Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 35, p. 1-11, 2019.

SOUZA, S. J. & CARVALHO, C. S. Ética e pesquisa: o compromisso com o discurso do outro. **Revista Polis e Psique**, v. 6, n. 1, p. 98 – 112, 2016.

SOUZA, M. R. R.; OLIVEIRA, J. F.; CHAGAS, M. C. G.; CARVALHO, E. S. S. Gênero, violência e viver na rua: vivências de mulheres que fazem uso problemático de drogas. **Revista Gaúcha Enfermagem**, v. 37, n. 3, p.1-9, 2016.

TORCHALLA, I. et al. Substance use and predictors of substance dependence in homeless women. **Drug and Alcohol Dependence**, v. 118, n. 2-3, p. 173–179, 2011.

VALE, A. R.; DALLA VECCHIA, M. Sobreviver nas ruas: percursos de resistência à negação do direito à saúde. **Psicologia em Estudo**, v.25, p. 1-16, 2020.

VALLE, F. A. A. L. **Saúde como direito: o acesso da população em situação de rua ao Sistema Único de Saúde**. 2018. Dissertação de mestrado (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2018.

VALLE, F. A. A. L.; FARAH, B. F.; JUNIOR, C. N. As vivências na rua que interferem na saúde: perspectiva da população em situação de rua. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 44, n. 124, p. 182-192, 2020.

VARANDA, W. & ADORNO, R. 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, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v13n1/07.pdf>.

VIEIRA, J. A. O uso do diário em pesquisa qualitativa. **Cadernos de Linguagem e Sociedade**, v. 5, p. 93-104, 2002.

WHITZMAN, C. Making the invisible visible: Canadian women, homelessness, and health outside the “big city”. **Finding Home: Policy Options for Addressing Homelessness in Canada**, p. 1-24, 2010.

YAZBEK, M. C. Pobreza no Brasil contemporâneo e formas de seu enfrentamento. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, v. 110, p. 288-322, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sssoc/n110/a05n110.pdf>

ZORZANELLI, R. T.; CRUZ, M. G. A. O conceito de medicalização em Michel Foucault na década de 1970. **Interface**, Botucatu, v.22, n. 66, p. 721-31, 2018.



## ANEXO A – Parecer Favorável do Comitê de Ética e Pesquisa



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Itinerários de saúde de mulheres em situação de rua: uma análise psicossocial

**Pesquisador:** Fernando Santana de Paiva

**Área Temática:**

**Versão:** 3

**CAAE:** 10498419.4.0000.5147

**Instituição Proponente:** Programa de Pós Graduação em Psicologia (UFJF)

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

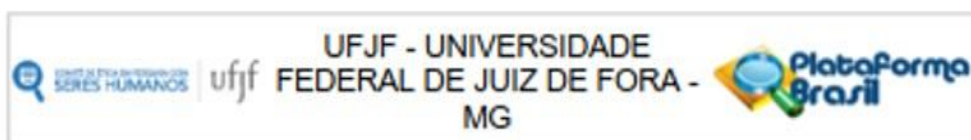
#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 3.301.611

#### Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo exploratório-descritivo, de caráter qualitativo. As participantes serão mulheres em situação de rua do município de Juiz de Fora (MG), respeitando-se dois critérios de inclusão: idade equivalente ou superior a 18 anos, e estar em situação de rua por um período mínimo de um ano. A amostra será proveniente da participação por adesão voluntária e será localizada a partir da instituição de acolhimento destinada a mulheres. A definição do número de participantes será feita pelo critério de exaustão/saturação dos dados construídos durante a coleta, estipulando-se o máximo de dez participantes dada a densidade de informações que os instrumentos/estratégias oferecerão (Fontanelia, Ricas & Turato, 2008). Inicialmente, serão realizadas entrevistas semiestruturadas, a fim de conhecer, com maior profundidade (Neto, 2002), as experiências vivenciadas por essas mulheres no tocante ao acesso aos cuidados em saúde no município de Juiz de Fora. Posteriormente, será realizado um grupo de discussão com as mulheres, com o intuito de mapear as principais formas de organização em torno de sua saúde e suas principais demandas de cuidado em saúde. A análise dos dados será desenvolvida durante toda a investigação, através de teorizações progressivas em um processo iterativo com a coleta de dados. Para a análise dos dados provenientes das entrevistas e do grupo de discussão, será utilizada a análise de conteúdo do tipo temática (Gomes, 2002). Apresentação do projeto está clara, detalhada de forma objetiva, descreve as bases científicas que justificam o estudo, estando de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/12 de 2012, item III.

**Endereço:** JOSE LOURENCO KELMER S/N  
**Bairro:** SAO PEDRO **CEP:** 38.036-900  
**UF:** MG **Município:** JUIZ DE FORA  
**Telefone:** (32)2102-3788 **Fax:** (32)1102-3788 **E-mail:** cep.propesq@ufjf.edu.br



Continuação do Parecer: 3.301.6/11

**Objetivo da Pesquisa:**

**Objetivo Primário:**

Identificar e analisar os itinerários de saúde percorridos por mulheres em situação de rua do município de Juiz de Fora (MG).

**Objetivo Secundário:**

- 1) Analisar como as mulheres se relacionam com os serviços de saúde e os dispositivos que utilizam, formais ou informais;
- 2) Compreender as demandas de cuidado em saúde dessas mulheres, considerando as relações desiguais de gênero em nossa realidade social;
- 3) Verificar as estratégias de enfrentamento e possibilidades construídas pelas mulheres no que se refere aos cuidados em saúde.

Os Objetivos da pesquisa estão claros bem delineados, apresenta clareza e compatibilidade com a proposta, tendo adequação da metodologia aos objetivos pretendido, de acordo com as atribuições definidas na Norma Operacional CNS 001 de 2013, item 3.4.1 - 4.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

As possibilidades de danos imediatos ou posteriores, no plano individual ou coletivo, bem como os riscos físicos ou desconfortos gerados pela pesquisa serão mínimos. Entretanto, o desconforto que as participantes poderão sentir é o de compartilhar informações pessoais ou confidenciais, ou quaisquer outros incômodos em relatar possíveis acontecimentos nas entrevistas ou grupo. Neste caso, as participantes não precisarão compartilhar suas narrativas, sendo assegurado às mesmas de forma clara a possibilidade de interromper sua participação a qualquer momento. Ressalta-se que serão tomados todos os cuidados éticos necessários, como a proteção ao sigilo e preservação de possíveis constrangimentos, além de assegurar cuidadosamente um espaço seguro, tranquilo e em harmonia com o objetivo proposto, a fim de evitar qualquer tipo de problema. Acredita-se que a pesquisa irá demarcar a relação entre gênero, desigualdade social e saúde, favorecendo o reconhecimento das mulheres em situação de rua como um grupo vulnerável e com características próprias e, assim, fornecer subsídios para a implementação de políticas públicas direcionadas à saúde dessa população, subsidiando o trabalho de profissionais. No âmbito profissional, a investigação poderá contribuir para o enriquecimento da literatura sobre o tema, fomentando debates e pesquisas. Riscos e benefícios descritos em conformidade com a natureza e propósitos da pesquisa. O risco que o projeto apresenta é caracterizado como risco mínimo e benefícios esperados estão adequadamente descritos. A avaliação dos Riscos e Benefícios está de acordo com as atribuições

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N  
 Bairro: SAO PEDRO CEP: 36.036-900  
 UF: MG Município: JUIZ DE FORA  
 Telefone: (32)2102-3788 Fax: (32)1102-3788 E-mail: csp.propesq@ufjf.edu.br



Continuação do Parecer: 3.301.611

definidas na Resolução CNS 466/12 de 2012, itens III; III.2 e V.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

O projeto está bem estruturado, delineado e fundamentado, sustenta os objetivos do estudo em sua metodologia de forma clara e objetiva, e se apresenta em consonância com os princípios éticos norteadores da ética na pesquisa científica envolvendo seres humanos elencados na resolução 466/12 do CNS e com a Norma Operacional Nº 001/2013 CNS.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

O protocolo de pesquisa está em configuração adequada, apresenta FOLHA DE ROSTO devidamente preenchida, com o título em português, identifica o patrocinador pela pesquisa, estando de acordo com as atribuições definidas na Norma Operacional CNS 001 de 2013 item 3.3 letra a; e 3.4.1 item 16. Apresenta o TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO em linguagem clara para compreensão dos participantes, apresenta justificativa e objetivo, campo para identificação do participante, descreve de forma suficiente os procedimentos, informa que uma das vias do TCLE será entregue aos participantes, assegura a liberdade do participante recusar ou retirar o consentimento sem penalidades, garante sigilo e anonimato, explicita riscos e desconfortos esperados, indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa, contato do pesquisador e do CEP e informa que os dados da pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador pelo período de cinco anos, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466 de 2012, itens: IV letra b; IV.3 letras a,b,d,e,f,g e h; IV. 5 letra d e XI.2 letra f. Apresenta o INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS de forma pertinente aos objetivos delineados e preserva os participantes da pesquisa. O Pesquisador apresenta titulação e experiência compatível com o projeto de pesquisa, estando de acordo com as atribuições definidas no Manual Operacional para CPEs. Apresenta DECLARAÇÃO de infraestrutura e de concordância com a realização da pesquisa de acordo com as atribuições definidas na Norma Operacional CNS 001 de 2013 item 3.3 letra h.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Diante do exposto, o projeto está aprovado, pois está de acordo com os princípios éticos norteadores da ética em pesquisa estabelecido na Res. 466/12 CNS e com a Norma Operacional Nº 001/2013 CNS. Data prevista para o término da pesquisa: junho de 2020.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa CEP/UFJF, de acordo com as atribuições

Endereço: JOSÉ LOURENÇO KELMER S/N  
 Bairro: SÃO PEDRO CEP: 36.036-900  
 UF: MG Município: JUIZ DE FORA  
 Telefone: (32)2102-3788 Fax: (32)1102-3788 E-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br



Continuação do Parecer: 3.301.611

definidas na Res. CNS 466/12 e com a Norma Operacional Nº001/2013 CNS, manifesta-se pela **APROVAÇÃO** do protocolo de pesquisa proposto. Vale lembrar ao pesquisador responsável pelo projeto, o compromisso de envio ao CEP de relatórios parciais e/ou total de sua pesquisa informando o andamento da mesma, comunicando também eventos adversos e eventuais modificações no protocolo.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1276345.pdf	03/05/2019 09:56:30		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetodetalhado.docx	03/05/2019 09:47:30	Fernando Santana de Paiva	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	30/04/2019 12:00:11	Fernando Santana de Paiva	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	declaracao.pdf	30/04/2019 11:52:50	Fernando Santana de Paiva	Aceito
Outros	roteiroentrevistasemiestruturada.docx	28/03/2019 18:02:15	Fernando Santana de Paiva	Aceito
Outros	Curriculo_Lattes_Fernando_Santana_de_Paiva.pdf	28/01/2019 17:56:39	Fernando Santana de Paiva	Aceito
Outros	Curriculo_Lattes_Larissa_Coklibeli.pdf	28/01/2019 17:46:03	Fernando Santana de Paiva	Aceito
Folha de Rosto	folha_rosto.pdf	28/01/2019 13:15:15	Fernando Santana de Paiva	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N  
 Bairro: SAO PEDRO CEP: 38.036-900  
 UF: MG Município: JUIZ DE FORA  
 Telefone: (32)2102-3788 Fax: (32)1102-3788 E-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br



Continuação do Parecer: 2.301.611

JUIZ DE FORA, 03 de Maio de 2019

---

**Assinado por:**  
**Jubel Barreto**  
**(Coordenador(a))**

**Endereço:** JOSE LOURENCO KELMER S/N  
**Bairro:** SAO PEDRO **CEP:** 36.036-900  
**UF:** MG **Município:** JUIZ DE FORA  
**Telefone:** (32)2102-3788 **Fax:** (32)1102-3788 **E-mail:** csp.propesiq@ufjf.edu.br