



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS - UNICAMP
Faculdade de Ciências Médicas – FCM
Departamento de Saúde Coletiva
Residência Multiprofissional em Saúde Mental e Saúde Coletiva

Caroline Ferreira Jorge

**Mulheres em Situação de Rua: gestação, maternidade e cuidado intersetorial
na perspectiva da produção de vida**

Campinas
2018

Caroline Ferreira Jorge

**Mulheres em Situação de Rua: gestação, maternidade e cuidado intersetorial
na perspectiva da produção de vida**

Trabalho de Conclusão de Residência apresentado
ao programa de Residência Multiprofissional em
Saúde Mental e Saúde Coletiva da Faculdade de
Ciências Médicas da Universidade Estadual de
Campinas - UNICAMP.

Orientadora: Ellen Cristina Ricci

Campinas

2018

Resumo

A Política Nacional para a População em Situação de Rua data de 2009, quando são apresentadas questões referentes à vida, acesso e circulação pelos serviços, assim como as barreiras enfrentadas para o exercício e reconhecimento das condições de cidadania dessa população. No entanto, a aprovação dessa política não garantiu o pleno exercício de direitos a essas pessoas, também marcadas por diferentes formas de opressões e estigmas, como as presentes nas relações de gênero, raça ou sexualidade. Muitas mulheres em situação de rua, por exemplo, têm em suas histórias de vida episódios de violência e negligência como causa para suas chegadas e permanência nas ruas, tanto nas relações interpessoais, quanto institucionais; sendo estas situações de violência, muitas vezes, reeditadas durante as experiências de gestação e maternidade. Nesse contexto, com objetivo de descrever e problematizar os cuidados das mulheres em situação de rua durante a gestação e/ou puerpério, foi realizado um estudo qualitativo descritivo, baseado na experiência de uma residente multiprofissional, terapeuta ocupacional, em uma equipe de Consultório na Rua. Para tanto, foram utilizados os conceitos de produção de vida, cidadania e intersetorialidade. Como resultante, pode-se evidenciar os processos de trabalho e cuidado que envolvem a vinculação com a usuária, a prática intersetorial, a adoção de estratégias de Redução de Danos e de Educação Permanente para ampliação das possibilidades de produção de vida e relações dessa população; assim como a necessidade de criação e fortalecimento de Políticas Públicas que promovam a autonomia, a defesa de direitos e a validação/consideração das diferentes formas de viver.

Abstract

The National Politics for people in street's situation dates from 2009, when questions are presented concerning the life, access and circulation in the services, as the barriers faced for the exercise and recognition of the citizenship conditions of this population as well. However, the adoption of this politics did not guarantee the full exercise of rights to these people, also marked by different forms of oppression and stigma, such as those present in relations of gender, race or sexuality. Many street women, for example, have in their life histories episodes of violence and negligence as a cause for their arrivals and permanence in the streets, both in interpersonal and institutional relations. These situations of violence are often re-edited during the experiences of gestation and maternity. In this context, a qualitative descriptive study was carried out, with the purpose of describing and problematizing the care of street women during pregnancy and/or puerperium, based on the experience of a multiprofessional resident, occupational therapist. For that, the concepts of life production, citizenship and intersectoriality were used. As a result, we can highlight the work and care processes that involves the link with the user, intersectoral practices, the adoption of Harm Reduction and Permanent Education strategies to increase the possibilities of life production and relationships of this population; as well as the need to create and fortification of Public Politics that promotes autonomy, the defense of rights and the validation/consideration of the different ways of living.

A rua não tem limite, quer dizer, na rua tudo é possível, na rua tudo expande. A rua não é o universo da instituição fechada, na rua todos passam, na rua todos falam, na rua tudo é possível, a rua é um lugar mágico, a rua é um lugar de vida e de morte. E a equipe vai para o mundo da rua, diferente do mundo da instituição; bastante conhecido. O mundo da rua era desconhecido. E ainda, a equipe vai para rua para olhá-la sob a perspectiva do olhar do outro, através do olhar do outro.

Antonio Nery Filho

Sumário

1. Apresentação.....	7
2. Introdução.....	10
2.1 A história da saúde pública e o retrato do cuidado destinado às pessoas em situação de rua	12
2.2 A atenção Integral à Saúde da Mulher e o Território Rua	15
2.3 A Redução de Danos como estratégia transversal no cuidado das pessoas em Situação de Rua.....	17
2.4 Produção de Vida como estratégia e finalidade no cuidado em Saúde	17
3. Objetivo.....	20
4. Metodologia	21
5. As mulheres e o território rua.....	23
5.1 Eduarda	25
5.1.1 Aproximação.....	25
5.1.2 Significação da relação com a instituição	26
5.1.3 Ampliação da rede de cuidado e suporte.....	27
5.1.4 Condição de direitos e desejos	28
5.1.5 Produção e projeto de vida	29
5.2 Cássia	31
5.2.1 Primeiras abordagens e costura do vínculo	31
5.2.2 Ampliação dos recursos de suporte e apoio	32
5.2.3 Sustentação de um modo de viver e implicação da instituição	33
6. Diálogo com as Experiências de Gestação e Maternidade das Mulheres em Situação de Rua.....	35
6.1 O decorrer da gestação e maternidade nos processos de produção de vida ..	35
6.2 Desvios, apropriações e legitimações de violências institucionais no processo do “viver”	37
6.3 Potenciais arranjos e desarranjos na política nacional e os reflexos na assistência às mulheres em situação de rua	40
7. Considerações finais.....	42
8. Referências Bibliográficas	43

1. Apresentação

“O território existencial rua traz um paradoxo para as metrópoles: um território de vida, que vem se instalar geralmente no coração, nos centros das grandes cidades, mas que ao mesmo tempo está tão distante dos padrões ‘centrais’ das metrópoles: distante das suas formas oficiais de morar, comer, trabalhar, de viver o tempo, a família, o amor. É um mundo totalmente diferente do mundo ‘oficial’ e que tem o poder de mostrar nossas dinâmicas de exclusão, a violência de nossos padrões, aquilo que nosso bom senso, nossos costumes não suportam.” (1).

O trecho anterior descreve um cenário comum ao cotidiano dos munícipes de uma metrópole, as ruas das regiões centrais, onde há comércios, igrejas, prédios, empresas, praças, carros, poucas árvores, muitos monumentos, bustos e pessoas, transeuntes e moradores, todos cidadãos, coabitando o mesmo espaço, mas com inscrições sociais distintas. Ainda, destaca a produção social do território rua ou o que se organiza a partir dele, a existência de processos de violência, de exclusão de pessoas, em especial, das pessoas em situação de rua, as quais suas formas de existência e produção de vida causam sentimentos ambivalentes nos demais - pena, solidariedade, horror, repulsa, medo, indiferença, entre outros. Sentimentos que expressam valores morais e sociais, processos de exclusão, normatização e padronização de vida.

Apesar do cenário habitual, meu encontro e reflexão sobre esse paradoxo na metrópole se iniciou a partir da experiência enquanto residente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental e Saúde Coletiva da Unicamp, com a imersão no cotidiano de trabalho das equipes de Consultório na Rua (CnaR) de Campinas e no território rua. Foi a partir dessa vivência, que a questão inflexível da cidadania no cuidado em saúde se apresentou novamente, o exercício da cidadania por pessoas em situação de rua. Afinal, essa condição foi e é força motriz da construção do SUS, da Reforma Sanitária, da Reforma Psiquiátrica, dentre outros marcos da Saúde Pública e dos movimentos sociais.

Simultaneamente, as condições e as dinâmicas que envolvem as mulheres em situação de rua resultaram em inquietações e reflexões no decorrer dessa vivência, os processos de silenciamento e exposição a riscos e violências, as relações afetivas estabelecidas na rua e o modo de organização da vida e do cotidiano revelam lacunas na assistência e proteção dessas mulheres, bem como deflagram uma série

de violações de direitos. A literatura ao longo dos anos também registra e denuncia aspectos relativos à condição da mulher nas diferentes organizações sociais, os papéis atribuídos a estas e os marcos históricos relacionados, no entanto as condições e circunstâncias de saúde e cuidado da mulher em situação de rua são pouco exploradas na literatura, sendo atual a consideração dessa população como alvo de pesquisa no meio acadêmico.

Foi somente em 2004, a partir de um recorte e enfoque de gênero, que foi instituída a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, com objetivo de incorporar a integralidade e a promoção da saúde como princípios e consolidar avanços no campo dos direitos sexuais e reprodutivos a essas pessoas, historicamente privadas de políticas públicas. Já as portarias e políticas nacionais direcionadas às pessoas em situação de rua datam de 2009, o que revela tentativas recentes de assentar e garantir direitos à esse grupo populacional. Mas então, como ficam as mulheres nesse contexto social? Como são problematizadas e assistidas as especificidades e necessidades dessas pessoas?

É nesse sentido que a redação desse texto caminha, no propósito de dialogar e tecer considerações sobre a produção do cuidado integral à essas mulheres, através da assistência oferecida pelo CnaR de Campinas e de um recorte específico, o período gestacional e o puerpério destas. Objetiva-se refletir sobre as possibilidades de atenção que são construídas nesse período, a mobilização das redes de assistência em saúde e intersetoriais, as práticas das equipes de CnaR, os recursos intrapsíquicos dessas mulheres, suas marcas e desejos, assim como a necessidade de respaldo técnico e político para acolher, assistir, proteger e garantir o exercício da cidadania por parte destas em seus territórios existenciais, de vida, circulação e afeto. Compreendendo que o cuidado das mulheres em situação de rua não se dá pela institucionalização ou padronização de seus comportamentos, mas na rua.

“À impossibilidade de materializar seus desejos, construída pela ausência de políticas públicas, consistentes, e pela constante violação de direitos a que essas mulheres estão submetidas, soma-se a falta de opções, uma vez que entre estar na rua e estar no serviço de acolhimento há pouca diferença, no que diz respeito aos desejos. A dificuldade de construir uma rotina nas ruas não é menor do que a dificuldade de sustentar uma identidade nas instituições.” (2).

Concomitantemente, a escrita deste texto é resultado da minha construção enquanto militante no SUS e na Saúde Mental; se trata de um suspiro de resistência às mudanças políticas, aos retrocessos e processos de invalidação das ações de ordem territorial, comunitária e de matriciamento em saúde, como a Portaria N° 3.659/2018, que suspende o repasse de recursos financeiros destinados ao incentivo de custeio mensal aos dispositivos substitutivos da Rede de Atenção Psicossocial; a revisão da Política Nacional de Atenção Básica, que reconhece diferentes organizações de equipe, que não a Estratégia de Saúde da Família, assim como altera a organização dos Núcleos de Apoio a Saúde da Família; e as mais recentes mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas (Nota Técnica nº11/2019). Ou seja, é um texto que busca a defesa de um modelo de trabalho em saúde, a necessidade de fortalecimento e construção de Políticas Públicas que reconheçam os diferentes modos de produção de vida, os territórios, as fragilidades e vulnerabilidades dos usuários, com a participação da comunidade e incentivo às práticas autonomizadoras e equânimes.

2. Introdução

As condições sociais, de cidadania, saúde, segurança e proteção das pessoas em Situação de Rua são pautas de discussão da política nacional desde 2009, quando foi instituída a Política Nacional para a População em Situação de Rua, no Decreto nº 7053, que contém: princípios, diretrizes e objetivos no sentido da garantia à equidade, acesso à direitos e respeito às condições sociais e diferenças de origem, raça, idade, nacionalidade, gênero, orientação sexual e religiosa das pessoas em situação de rua; assim como determina as instâncias organizadoras, promotoras e fiscalizadoras do cumprimento das ações, com responsabilidades distintas à União e aos demais órgãos federativos para implementação (3).

Somando, em 2011, com a Portaria nº 2.488, foi aprovada a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), que atribui à todos os dispositivos de Saúde, em especial da Atenção Básica (AB), e aos profissionais do Sistema Único de Saúde (SUS) a responsabilidade sobre a atenção à saúde da população em situação de rua, assim como de qualquer cidadão (4). Entretanto, em tal há a consideração sobre as especificidades e complexidades que circundam essa população e a necessidade de ampliação do acesso destes à atenção integral em saúde. Portanto, estabelece a possibilidade da Rede de Atenção em Saúde (RAS) contar com equipes de CnaR, com objetivo exclusivo de articular e prestar assistência integral à população em situação de rua.

As equipes de CnaR, por sua vez, devem atuar de forma articulada com os demais serviços das redes de AB, de Atenção Psicossocial (RAPS), de Urgência e dos serviços componentes do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), de forma itinerante, podendo realizar ações nos serviços da AB ou no território, através das Unidades Móveis. Sendo estas distribuídas no território nacional e financiadas de acordo com a densidade populacional (5). Como público alvo destas equipes e promotor dos processos de trabalho temos as pessoas em situação ou circulação de rua, compreendidas como aquelas que possuem em comum a pobreza extrema, a ruptura ou a fragilização dos vínculos familiares e a ausência de moradia convencional, portanto se utilizam das vias e logradouros públicos como espaço de moradia e de sustento, de forma temporária ou permanente; ou estão inseridas/abrigadas em unidades de acolhimento ou moradias provisórias.

Em Campinas, por exemplo, há um contingente populacional de aproximadamente 1,081 milhões de habitantes, com uma concentração significativa de pessoas em situação ou circulação de rua, que condiz com a atuação de equipes de CnaR no território. Assim, atualmente, existem duas equipes multiprofissionais no município, com território de abrangência adscrito a região central, porém atuantes nos demais distritos, através do compartilhamento do cuidado ou do apoio matricial das equipes de saúde. As equipes do CnaR contam com profissionais médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, educadores sociais (redutores de danos), assistente social, psicólogo, terapeuta ocupacional, administrativo e motoristas.

Suas ações são organizadas de forma itinerante, por meio de intervenções de assistência, prevenção, promoção e educação em saúde; assim como participação em reuniões intersetoriais e de espaços de controle social, como o Comitê Intersectorial de Pessoas em Situação de Rua. Se tratam de equipes reflexivas, que se utilizam de estratégias de Educação Permanente para problematizar suas práticas e construir projetos terapêuticos singulares de cuidado, como as supervisões institucionais e clínicas e cursos de capacitação. As equipes também respondem à necessidade de formação de alunos de graduação e pós-graduação, pois recebem grupos de estágios, residentes médicos e multiprofissionais e, ainda, participam de pesquisas acadêmicas.

É nesse âmbito de formação que este texto se inscreve, a partir da minha inserção enquanto residente multiprofissional, terapeuta ocupacional, no cotidiano do serviço e das equipes; participando de forma complementar as equipes, na composição do cuidado integral da população assistida, nos processos de organização do trabalho, nas ações de controle social, formação e articulação da rede intersectorial. Experiências estas que permitiram observar, atuar e refletir sobre o paradigma do cuidado, a ampliação do conceito de saúde, o acesso em saúde, a condição e produção de vida das pessoas em situação de rua, o território rua, dentre outras questões que serão explanadas no decorrer da escrita, a partir do eixo do cuidado da mulher gestante ou puérpera em situação de rua - tema central deste trabalho.

Para tanto, é indispensável a redação de algumas considerações sobre a história da saúde pública e o cuidado de pessoas em situação de vulnerabilidade, a produção do cuidado integral à saúde da mulher em situação de rua, as marcas históricas da condição da mulher, de rupturas, de violência e exclusão, assim como a

apresentação dos conceitos de Produção de Vida, Redução de Danos e trabalho intersetorial. Compreendendo que a questão do lugar, do lugar no mundo é uma questão da clínica, da existência e da vida, por isso alvo do cuidado em Terapia Ocupacional (6,7,8,9) e do meu processo de formação experienciado até o momento.

2.1 A história da saúde pública e o retrato do cuidado destinado às pessoas em situação de rua

Para destrinchar as marcas do cuidado em saúde oferecido às pessoas em situação de rua, abaixo busco registrar parte da história da Saúde Pública no Brasil, na tentativa de compreender as condições de acesso, as dificuldades, o estigma carregado por essas pessoas, e as estratégias já utilizadas no Brasil para acolhimento das necessidades e assistência dessa população anteriores e posteriores a construção do SUS.

De acordo com Carvalho (10), a história da Saúde no Brasil é marcada por ações filantrópicas, principalmente, de cunho caritativo, e intervenções pontuais do Estado diante de epidemias, doenças negligenciadas (doença mental, tuberculose, hanseníase, dentre outras) ou de populações específicas, como moradores de rua e prostitutas, os quais eram destinados práticas totalizadoras e excludentes, em instituições totais. Ainda, segundo o autor, somente em 1923 a saúde de trabalhadores, associados a previdência social, passou a ser alvo de um sistema de saúde, organizado conforme disponibilidade da época, com equipes multidisciplinares, distribuídas em unidades mistas, onde eram realizados atendimentos básicos, de urgência-emergência e internações hospitalares (10).

Após esse período, alguns movimentos importantes na direção da construção de um Sistema de Saúde Público descentralizado e universal foram realizados, no entanto, suspensos durante a ditadura. Foi no decorrer de um regime autoritário, que representantes de movimentos sociais, das universidades, de partidos políticos progressistas e prefeituras com bandeiras progressistas, desenharam o SUS, com a ideia de saúde como direito de todos os cidadãos e conseqüentemente, dever do Estado.

Carvalho (10) também refere que muitas transformações no âmbito da Previdência Social e mobilizações se deram a partir desse desenho até a conformação

da VIII Conferência Nacional de Saúde, na qual foi referendada a proposta da Reforma Sanitária, com pontos, posteriormente, absorvidos pelos constituintes na definição de Seguridade Social. O Sistema Público de Saúde “[...] foi instituído pela Constituição Federal (CF) de 1988 e consolidado pelas Leis 8.080 e 8.142” (10), assentado na colocação constitucional de Saúde como direito do cidadão e dever do Estado.

Vale ressaltar a importância atribuída a Saúde dentre tantas outras áreas e setores na CF, o que consolidou a construção do SUS como é reconhecido hoje, com ressalvas, principalmente, relativas ao financiamento do sistema. Uma vez que desde o início, há um déficit no repasse financeiro para organização e manutenção do mesmo. Dentre os artigos da CF, fica assegurado o acesso igualitário às ações e serviços de recuperação, proteção e promoção em saúde e o atendimento integral, com prioridade às ações de prevenção. Enquanto a Lei 8080/1990 “[...] definiu, bem claramente, os objetivos do SUS: identificar e divulgar os condicionantes e determinantes da saúde; formular a política de saúde para promover os campos econômico e social, para diminuir o risco de agravos à saúde; fazer ações de saúde de promoção, proteção e recuperação integrando ações assistenciais e preventivas.” (10).

Com essas perspectivas (CF, Lei 8080/1990, Lei 8.142), a saúde é assegurada enquanto direito e os parâmetros para regulação, organização, fiscalização, controle e execução do SUS são dispostos, assim como seus princípios básicos e diretrizes: universalidade, equidade e integralidade; intersetorialidade, direito à informação, resolutividade, descentralização, regionalização, hierarquização, dentre outros. Deste alicerce, partiram as Portarias específicas que regulamentam os dispositivos e os serviços atuantes no território atualmente, na RAS e RAPS.

No entanto, onde converge o levantamento histórico da criação do SUS e as práticas de cuidado oferecidas aos usuários em situação de rua? Essas pessoas foram alvos de práticas normatizadoras, excludentes e higienistas ao longo da história, foram negligenciadas, depois institucionalizadas nos manicômios e atualmente, são alvos de práticas ainda balizadas em julgamentos morais e na padronização dos modos de produção de vida, que buscam enquadrar as diferentes formas do viver em um modelo aceito socialmente, em uma forma de morar, se alimentar e circular pela cidade. Práticas essas existentes em um Sistema de Saúde universal e equânime, que contém serviços que dificultam a entrada do usuário em situação de rua por questões burocráticas, como a ausência de um comprovante de endereço,

documentos ou um cartão SUS; que reforçam comportamentos de ordem preconceituosos quando estabelece barreiras para entrada dessas pessoas nos respectivos recintos; que priorizam a inserção/abrigo dessas pessoas em instituições da assistência social em detrimento do acolhimento e assistência em seus territórios de vida; entre outras práticas que desconhecem a condição de “viver”, “habitar” e se “relacionar” dessas pessoas.

“A cidadania é pré-condição de qualquer tratamento da enfermidade. Ela é um direito em si: soma de direitos negativos (de não ser excluído, de não ser abandonado, de não ser violentado) e de direitos positivos (de ser tratado bem, de ser cuidado pelo serviço sanitário, de ser reconhecido pelas necessidades pessoais). A utopia da saúde para todos pode transformar-se em programa real em um objetivo concreto, quando saúde e cidadania forem vistas como inseparáveis”. (11).

O questionamento da condição ou a dificuldade do exercício da cidadania pelas pessoas em situação de rua é decorrente de um processo de invisibilidade, de marcas estigmatizadoras e também resultante, segundo Castel (1997) citado por Filho et al (12), de um processo de urbanização, da implantação de grandes indústrias e expansão do comércio, que traz transformações no modo de organização social, com reflexos maléficos em parte da população que não tem acesso aos meios de produção de bens e serviços, principalmente, pela falta de emprego e acesso à educação, moradia e saúde. Ou seja, no final do século XX, o espaço da rua também passou a ser ocupado por pessoas sem moradia, desempregados crônicos, imigrantes de outros estados e adultos, crianças e adolescentes com histórias de conflitos e rupturas com os laços familiares (12), que passam a carregar o estigma produzido por essas circunstâncias e conseqüentemente, tem suas possibilidades de troca, participação social ou validação de produções e manifestações restringidos.

“Em comum, esse contingente populacional traz a marca de um conjunto de representações sociais associadas, principalmente, à marginalidade, à criminalidade, à ignorância e ao consumo de álcool e outras drogas. A resultante dessas representações amplamente difundidas e assentidas por grande parte da sociedade é a estigmatização, cuja denominação comum atesta o caráter de exclusão social: ‘eles são moradores de rua’... ‘são meninos de rua’.” (12).

Ademais, pessoas em situação de rua escancaram os processos de vulnerabilidade das muitas famílias brasileiras, a miséria, o abandono e a violência. Processos, muitas vezes, negados ou negligenciados por conta do mal-estar social ou da capacidade de propalar as ausências das instituições de proteção, prevenção e assistência. No entanto, estes não são os únicos fatores associados à situação de rua, assim como não são determinantes para manutenção dessas pessoas nessas condições.

“A apropriação da rua é um processo heterogêneo, vinculado à história pregressa de cada um e aos fatores de proteção e subsistência encontrados na rua. Ressaltar esse aspecto é importante para afastar a ideia de que são vítimas sociais, comumente associada a essa população. Tal noção, apesar de uma relativa pertinência é mantenedora de uma perspectiva, eminentemente assistencialista face às pessoas em questão.”
(12).

Considerar esses aspectos e produzir um cuidado territorial, especializado e articulado com o demais pontos das redes de assistência, função do CnaR, é reconhecer que as pessoas atendidas/assistidas não ocupam somente um lugar físico, público, mas um lugar simbólico, que vincula a rua a outras significações, como a possibilidade de ter uma rede de relações ou representar um modo de viver. Isto é, ações exclusivamente assistencialistas ou higienistas não são capazes de refletir ou até mesmo abranger a complexidade das necessidades dessas pessoas, como a oportunidade de reinserção nas lógicas das famílias, do trabalho, da moradia, saúde e das tantas outras esferas de que são excluídas ou afastadas (13).

2.2 A atenção Integral à Saúde da Mulher e o Território Rua

O documento “Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes” foi criado em 2004 pelo Ministério da Saúde em parceria, sobretudo, com movimentos sociais de mulheres, com objetivo de nortear as ações de atenção à saúde da mulher, garantir seus direitos e reduzir a morbimortalidade por causas preveníveis e evitáveis. Através de um recorte de gênero, os princípios da integralidade e promoção da saúde são incorporados na atenção à saúde da mulher,

e são reconhecidos os avanços no campo dos direitos sexuais e reprodutivos, “[...] com ênfase na melhoria da atenção obstétrica, no planejamento familiar, na atenção ao abortamento inseguro e no combate à violência doméstica e sexual.” (14).

A criação deste documento, também reconhece um modo de organização social e sua distribuição, visto que a população brasileira é composta majoritariamente por mulheres, sendo estas as principais usuárias do SUS, como público das ações oferecidas, cuidadoras e/ou acompanhantes de terceiros. E, devido a diversidade e acúmulo de papéis e funções sociais atribuídos às mulheres (trabalhadoras, donas de casa, provedoras dos cuidados familiares, dentre outros), o acesso destas aos serviços de saúde, assistência e proteção são recorrentes, assim como são agravados seus processos de adoecimento.

Somando, as condições de saúde da mulher estão sujeitas há um processo histórico de discriminação nas relações de trabalho, mercado, lazer, moradia e renda, que atreladas a um conjunto de variáveis, como raça, etnia e condição social, conformam os indicadores epidemiológicos sobre o adoecimento e morbimortalidade das mulheres. “A vulnerabilidade feminina frente a certas doenças e causas de morte está mais relacionada com a situação de discriminação na sociedade do que com fatores biológicos.” (14).

Não distantes desse cenário estão as mulheres em situação de Rua, as quais muitas vezes, os episódios de discriminação, violência, soma de papéis sociais ou episódios de violências domésticas acarretam em adoecimento/sofrimento e ruptura de relações, podendo ocasionar suas chegadas às ruas. De acordo com Prudente et al (15), os meios de chegada às ruas de homem e mulheres são diferentes, os homens, por exemplo, vão para as ruas por conta de processos prolongados, como problemas familiares, desemprego e uso abusivo de SPA, enquanto as mulheres, por rupturas em relação a situações de abuso sexual, violência doméstica e negligência. Sendo a permanência e a organização do cotidiano dessas mulheres nas ruas também atravessados pela reprodução dessas situações, violências e discriminações de diversas ordens.

Portanto, fica evidente a relevância da discussão da vida nas ruas e da atenção em saúde produzidas nesse território a partir da perspectiva de gênero. Visto que o gênero é “[...] um elemento que constitui as relações sociais, construído historicamente e alimentado com base em símbolos, normas e regras que instituem padrões de comportamento esperados para homens e mulheres, sendo entendido

como uma forma de significação de poder” (15), que prontamente repercute nos processos de trabalho em saúde, nas ações oferecidas e nas problemáticas de saúde.

2.3 A Redução de Danos como estratégia transversal no cuidado das pessoas em Situação de Rua

Considerando as políticas e portarias que respaldam e orientam a atenção em saúde especializada para pessoas em situação de rua, a menção da Portaria nº 1.028/2005 (16), que regula as ações de Redução de Danos (RD) sociais e à saúde decorrentes do uso de SPA como práticas em saúde, se coloca como necessária na organização da reflexão proposta neste trabalho. Uma vez que as ações de RD compõem medidas de atenção integral à saúde, que visam a compreensão do uso de SPA na organização da vida do usuário e a redução dos riscos associados ao uso, sem intervir na oferta ou no consumo, propriamente dito; e se apresentam como estratégias transversais às práticas dos Consultórios na Rua.

No Guia do Projeto Consultório de Rua, por exemplo, no quadro de atividades desenvolvidas pelas equipes, a RD é descrita como contingente de todas as ações, sendo esta de baixo limiar de exigência e potencializadora da participação dos usuários nos processos de cuidado e da minimização dos danos causados pelas substâncias de uso. Sendo consideradas ações de baixa exigência, de acordo com Valério (2010) citado por Filho et al (12), as propostas flexíveis, que incluem um leque de ofertas e alternativas preventivas, assistenciais, de suporte psicossocial e de promoção da saúde, com ambientes acolhedores, sem exigências com relação a horários, frequências, abstinência ou outras.

São compreendidas como ações de RD todas as intervenções que buscam a orientação, informação, aconselhamento, assistência e disponibilização de insumos de proteção à saúde e prevenção de doenças transmissíveis direcionadas à adoção de hábitos mais seguros no consumo de substâncias e nas práticas sexuais.

2.4 Produção de Vida como estratégia e finalidade no cuidado em Saúde

Para tecer considerações acerca do tema deste trabalho e possibilitar desvios na conjectura dos estigmas atribuídos às mulheres e pessoas em situação de rua, será adotado o conceito de Produção de Vida reescrito e apresentado por Quarentei (9), embasada na leitura de Guatarri (1992), no qual sugere a percepção da vida como um continuum incessante de atividades, que está intimamente ligado ao entendimento da produção de vida como produção de modos de estar no mundo, de maneiras de existir e da própria fabricação de mundos. A compreensão de que:

“O tempo de cada um é o modo de estar de cada um... faz parte da maneira pela qual a vida de cada um se relaciona com a vida dos outros... com os quais inter-agimos; cada um vive diferentemente e similarmente os tempos da família, da brincadeira, do desejo, da produção... ‘mas o tempo e o espaço social, muitas vezes absorvem a história individual, marcando-a... com o tempo e espaço do fracasso, da discriminação, da inferioridade e do desrespeito humano’ (Toralles-Pereira, 1993, p. 140)”. (9)

Pensar a atenção a pessoas em situação de rua, reconhecer seus modos de produção de vida, se torna um modo de acolher e validar a existência desses diferentes modos de viver, de habitar, trocar e se relacionar, assim como reconhecer suas múltiplas temporalidades, seus diferentes modos de estar no mundo, na rua e no agora. Se torna um meio de possibilitar que estas se apresentem e dialoguem com o que antes as recusaram, os serviços de saúde, assistência e proteção, os meios de lazer e cultura; assim como se torna um meio de executar o que está previsto na CF, garantir o acesso de todos os cidadãos aos serviços de direitos.

Nesse conjunto, com relação à produção de cuidado em saúde às pessoas em situação de rua, a atuação da equipe multiprofissional no CnaR, articulada com as demais equipes de saúde e da assistência social, tem como ambiente de trabalho o contexto de vida dessas pessoas, o território rua, e alvo das práticas os indivíduos e seus modos de produção de vida, que incluem o “viver” na rua, a circulação, alimentação, grupalização, convivência, realização das atividades, de autocuidado, de preservação da vida, de trabalho, entre outras. Reconhecer essas formas de “viver”, para além de estar prevista na Política Pública, é uma forma de romper com a invisibilidade social e a identidade una de “moradores de rua”, são pessoas com histórias e produções próprias de vida e subjetividade.

“A população em situação de rua não foge à marca da invisibilidade social, especialmente pelos preconceitos associados a essas pessoas. Sabe-se que elas existem, mas é como não tivessem um rosto, uma identidade própria, uma história de vida. São reconhecidas por meio das nomeações: “moradores de rua”, “meninos de rua”, como se apenas o fato de morar na rua lhes concedessem, de antemão, uma identidade já constituída. Os “moradores de rua” sequer constituem um grupo social propriamente dito. A nomenclatura acaba por forçar a ideia de tratar-se de um grupo coeso, bem delimitado. Em verdade, são pessoas das mais variadas idades e origens, que fazem da rua o seu lugar de moradia e subsistência.” (12)

3. Objetivo

Objetiva-se descrever e problematizar os cuidados das mulheres gestantes e puérperas em situação de rua produzidos por uma equipe de Consultório na Rua, a partir da experiência de uma residente multiprofissional, terapeuta ocupacional, em saúde mental e saúde coletiva, e do conceito de produção de vida.

Ainda, busca-se atentar ao território existencial dessas mulheres, suas produções subjetivas, marcas e estigmas sociais; a exposição e vivência de processos de invalidação e violências; e aspectos da produção do cuidado em rede.

4. Metodologia

Este trabalho se configura como estudo qualitativo, descritivo, que se utiliza dos registros do diário de campo como instrumento de informação e análise dos encontros das equipes do CnaR de Campinas com as mulheres em situação de rua, gestantes ou puérperas, partindo da minha experiência e descrição enquanto observadora participante, residente multiprofissional, nessas cenas. Ainda, considera-se que a escolha dessa metodologia, oportuniza a significação e análise das vivências de cuidado dessas mulheres, seus relatos, experiências e contextos de vida.

Segundo Turato (17), a aplicação da metodologia qualitativa à saúde está atrelada a busca do entendimento dos significados individuais ou coletivos sobre os fenômenos, compreendendo que “o significado tem função estruturante: em torno do que as coisas significam, as pessoas organizarão de certo modo suas vidas, incluindo seus próprios cuidados com a saúde” (17). Ou seja, o adoecimento, os hábitos saudáveis ou danosos à vida, terão significados diferentes aos sujeitos que os vivenciam e são esses processos de significação, os alvo das pesquisas qualitativas.

“Depreende-se que o pesquisador qualitativista não quer explicar as ocorrências com as pessoas, individual ou coletivamente, listando e mensurando seus comportamentos ou correlacionando quantitativamente eventos de suas vidas. Porém, ele pretende conhecer a fundo suas vivências, e que representações essas pessoas têm dessas experiências de vida” (17).

Portanto, a pesquisa qualitativa depara-se com a característica formadora das representações, significações, nas vidas dos sujeitos e coletivos, compreendendo que os significados atribuídos às vivências, passam também a ser partilhados culturalmente e assim, organizam grupos sociais em torno de tais representações e simbolismos (17). Não se trata da afirmação de conhecimentos a partir de dados quantificados, mensurados ou transformados a partir de leis e explicações gerais; mas do reconhecimento de um processo dinâmico de produção de conhecimento, com sujeitos reais e em relação com o mundo.

“A abordagem qualitativa parte do fundamento de que há uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, uma interdependência viva entre o sujeito e o objeto, um vínculo

indissociável entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito. O conhecimento não se reduz a um rol de dados isolados, conectados por uma teoria explicativa; o sujeito-observador é parte integrante do processo de conhecimento e interpreta os fenômenos, atribuindo-lhes um significado. O objeto não é um dado inerte e neutro; está possuído de significados e relações que sujeitos concretos criam em suas ações.” (18)

Ainda, a adoção do diário de campo como instrumento de registro e análise, se deu pela possibilidade de apreensão, observação, descrição e reflexão da situação vivenciada, sendo este um recurso que considera a experiência e o encontro do observador participante com o objeto de análise, suas impressões, ideias e sentimentos decorrentes das ações. Facilitando assim, a percepção da repercussão das ações junto às mulheres nas equipes e profissionais, no meu processo de formação e no levantamento de questionamentos pertinentes a produção de cuidado a essa população - como a revisão das práticas de prevenção e proteção destinadas às mulheres, o meio de entrada destas nas instituições de saúde e assistência social, dentre outras.

Devido a impossibilidade de transcrever neste estudo todas as anotações e reflexões do diário de campo, foram selecionados e descritos de forma cronológica os encontros e ações com duas mulheres, uma gestante e outra puérpera. Tais encontros carregam elementos convergentes, possíveis de reflexão à luz dos conceito de produção de vida e do paradigma de cuidado em saúde.

Concomitantemente, este estudo envolveu um levantamento bibliográfico, que perpassou toda a elaboração do trabalho e subsidiou a proposta de discussão. No entanto, devido o recente interesse acadêmico na parcela da população estudada, foram poucos os artigos e periódicos encontrados envolvendo a mulher, a rua e o cuidado. Na base de dados Scielo, por exemplo, somente foram encontrados artigos relacionados à temática com os descritores “cuidado” e “rua”. Portanto, fez-se necessária a leitura atenta dos resumos e seleção dos textos condizentes com a proposta do estudo.

5. As mulheres e o território rua

As trajetórias de cuidado e acolhimento das mulheres assistidas pelo CnaR de Campinas, entre outras circunstâncias, são marcadas por vivências institucionais, dentro dos dispositivos da assistência social, da saúde, ou do judiciário, uma vez que essas mulheres, muitas vezes, só são compreendidas como cidadãs a partir da entrada nessas instituições - do adoecimento, da fragilidade social, da violência, do ato infracional, dentre outros. No entanto, paradoxalmente, a história pregressa de vida dessas mulheres, no geral, possuem marcas das ausências dessas instituições, da ausência de práticas de prevenção, proteção, educação, cuidado e acolhimento. Ausência do direito à infância, à saúde, à família e ao desejo.

A literatura deflagra que este não é um percurso comum somente as mulheres em situação de rua de Campinas, essas são marcas resultantes de uma organização social patriarcal, machista e sexista, que oprime, violenta, desapropria os corpos e exclui como extensão de um modo de produção social, não exclusivo da rua, porém escancarado por este território. A exemplo dessa organização, temos as condições de acesso das mulheres em situação de rua aos serviços e bens, de lazer, saúde, educação, cultura e proteção.

O acesso as equipes do CnaR de Campinas, por exemplo, é predominantemente realizado por homens, sendo estes alvos de ações, de discussão de casos e articulação da rede. No entanto, isso não significa necessariamente a distribuição populacional por gênero das pessoas em situação de rua ou os índices de adoecimento, pois pode estar atrelado à uma dificuldade de acesso, de vocalizar e ser validada nas suas demandas e necessidades, por conta de um processo histórico de silenciamento, invalidação e exclusão das mulheres. Ainda, observa-se na prática, que quando essas mulheres acessam o serviço, seus cuidados, muitas vezes, se dão por práticas direcionadas aos direitos sexuais e reprodutivos, diferentemente das inserções dos homens.

A oferta de métodos contraceptivos às mulheres e homens se dão de formas diferenciadas, por exemplo. Há uma obrigatoriedade na periodicidade das ofertas direcionadas às mulheres, como a aplicação de contraceptivos injetáveis de três em três meses, assim como há necessidade do emprego de uma rotina de trabalho que inclui de forma imperativa essa prática, através de buscas ativas, atendimentos individuais, entre outros. Enquanto as ofertas de preservativos

masculinos ou outros métodos de prevenção direcionados aos homens se dão por livre demanda. Não é pretensão desta pontuação desprezar as diferenças entre as necessidades e demandas das mulheres e homens, no entanto, problematizar como estas diferenças são consideradas na construção de um processo de trabalho, quais as vias de mobilização destas práticas (organização social, preconceitos, entre outras).

Outro aspecto pertinente a população assistida pelo CnaR e especificamente as mulheres, está atrelado ao circuito social destas, suas relações, e os processos de chegada às ruas. Consta-se que muitas das mulheres assistidas neste dispositivo não identificam uma rede de suporte presente e atuante, que não às construídas na rua. Muitas delas referem histórias de violências e processos de ruptura com os laços familiares, inclusive com filhos, que foram abrigados ou estão sob os cuidados de parentes. Tais processos, na maioria, são apontados como motivo para suas chegadas e permanência nas ruas.

Verifica-se também que parte destas mulheres, organizam suas rotinas e vida com alternativas e respostas imediatas às suas necessidades, que podem estar atreladas a exposição à carências de ordens diversas e ao esforço permanente de buscar meios de sobrevivência (para se alimentar, fazer uso de SPA, cuidar de filhos ou terceiros, preservar autocuidado, se proteger e realizar suas atividades de vida diária). Essas buscas, geralmente, colocam estas mulheres em situações de pouco ou nenhum poder de troca, sendo que frequentemente se expõem ou são expostas à relações abusivas e/ou violentas.

A questão do uso de SPA, conjuntamente, se apresenta como um parâmetro para pensar o cuidado e a relação destas mulheres com seus territórios de vida. Afinal, com frequência, o uso de SPA (álcool e outras drogas) é apontado como alternativa ou mecanismo de sobrevivência às ausências (afetivas, estruturais e financeiras) e violências reproduzidas na rua, tanto nas relações interpessoais, quanto institucionais.

Nessa conjuntura, vale ressaltar que os aspectos, dinâmicas e as formas de produção de vida citadas anteriormente não são regras sobre a organização da vida das mulheres em situação de rua em Campinas, mas são elementos que por vezes se repetem e refletem na necessidade de abrangência de suas facetas na construção de políticas públicas e no cuidado cotidiano dessas pessoas. Para ilustrar

fragmentos dos fatores apresentados anteriormente, seguem abaixo averbações do encontro das equipes do CnaR com duas mulheres (nomes fictícios).

5.1 Eduarda

5.1.1 Aproximação

O primeiro encontro com Eduarda se deu no serviço da Assistência Social denominado Centro Pop - Centro Especializado para Pessoas em Situação de Rua, referência para o convívio social e incentivo ao protagonismo e participação social, onde os usuários podem fazer acompanhamentos individuais e grupais com equipe técnica, participar de oficinas e utilizar o espaço como apoio para guardar seus pertences, realizar atividades de autocuidado, se alimentar e providenciar documentos. A usuária estava sonolenta, assistindo televisão junto a outras pessoas, quando percebeu a presença da equipe do CnaR. Foi ao encontro dos profissionais, referindo dor no baixo ventre.

Eduarda contou que saiu do abrigo municipal para gestantes e binômio, mãe-bebê, fez uso abusivo de SPA por três dias e por isso, sua filha foi encaminhada para uma unidade de acolhimento infantil. A equipe a acolheu, escutou e avaliou. Durante a conversa, Eduarda apresentou sinais de intoxicação, sono, febre e autocuidado prejudicado; solicitou ajuda para equipe, que pactuou seu encaminhamento e acompanhamento até o CAISM (Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher), hospital onde fez o pré-natal e o parto, devido a hipótese diagnóstica de infecção puerperal (infecção pós-parto) .

No CAISM, usuária foi reconhecida pelos profissionais e interpelada a todo momento sobre sua filha; demonstrou tristeza ao afirmar seu abrigamento. Os profissionais se mostraram empáticos, enquanto Eduarda nitidamente se apropriava da situação na medida que reproduzia a história. A pedido, foi possível acompanhá-la durante consulta ginecológica. Ela referiu dor ao toque e interagiu pouco com a médica residente que a atendia. Ao final, enquanto esta se vestia, chorou, repetiu inúmeras vezes o quanto aquele hospital a lembrava da filha, do cheiro, tamanho, maciez da

pele, da forma como cuidava dela, limpava e a abraçava. O único manejo possível naquele momento, foi permitir e sustentar seu choro, abraçar e acolher sua dor.

Após esse episódio, Eduarda foi encaminhada para sala de medicação e observação. Foi convidada a pernoitar no hospital por conta de seu quadro clínico, fez ressalvas e queixou-se da dificuldade de permanecer naquele serviço, mas reconheceu que precisava de ajuda, pois estava com dores fortes. Ela ficou internada por dois dias, até descartar qualquer hipótese de infecção.

5.1.2 Significação da relação com a instituição

Com propósito de investir na vinculação e considerar a complexidade do momento de vida da usuária, a equipe do CnaR se propôs a acompanhar o processo de alta do CAISM. Eduarda estava no quarto, assistindo a desenhos animados. Se mostrou ansiosa ao nos ver, disse se sentir entediada e cansada das perguntas sobre sua filha, mas também motivada a iniciar o processo jurídico de guarda da criança. Inclusive, traçou um projeto com ações específicas para atingir esse objetivo, como iniciar um tratamento em saúde mental, que a ajudasse a permanecer abstinente e voltar a morar com sua tia, na região metropolitana de Campinas. Pontuou questões relativas ao desejo de cuidar da filha, de fazê-la adormecer, dar banho; contou também que tem outros dois filhos, os quais não pode realizar essas atividades, pois assim que nasceram, ficaram sob os cuidados da avó paterna. Disse não conseguir se apresentar aos filhos do modo como estava, “sem trabalho, casa e usando drogas” (SIC), mas mantinha contato através das redes sociais.

Eduarda apresentava elementos da sua trajetória de vida, que somados a sua aparência jovem e suas cicatrizes na pele, nos mostrava uma história de fragilidades, violências e restrições - de afeto, convivência, cuidado e apoio. Nesse dia, ao conversar com a equipe do hospital, foi possível conhecer, junto a usuária, um fato relacionado ao seu nascimento. Eduarda nasceu prematura, no município de Campinas, e com menos de um dia de vida, foi transferida para o CAISM, onde permaneceu internada por mais de três meses, devido a prematuridade, baixo peso e situação de vulnerabilidade da mãe. Ao entrar em contato com essa informação, Eduarda se emocionou e questionou se foi cuidada no hospital? Se recebeu alta quando estava bem? Retomou parte da relação com a mãe, dizendo que esta afirmava por vezes que sua gestação não foi planejada ou desejada, que não tinha condições

de cuidar e que durante sua infância e adolescência, a familiar investiu de forma agressiva contra ela em algumas ocasiões. A usuária apontou diferenças na relação da mãe com as outras três irmãs e ela, assim como ressaltou o fato de permanecer sob os cuidados da avó materna a maior parte da infância e adolescência.

Eduarda se prendeu a possibilidade de ter sido cuidada pela equipe do CAISM também quando bebê, de ter adormecido no colo dos profissionais, ouvido músicas, entre outras atividades de cuidado. E, na medida em que realizava perguntas sobre esse período, foi possível observar a oportunidade de construir uma outra relação/inscrição no serviço, que não estava atrelada somente a filha ou a sua ausência, mas ao “ser” sujeito de cuidado. Ao se reconhecer como alvo de cuidado, usuária também se descrevia como provedora de cuidado, repetiu por vezes o receio de reproduzir sua história e relação com a mãe, e pediu ajuda para retomar o contato com a filha e rever sua guarda.

5.1.3 Ampliação da rede de cuidado e suporte

Com propósito de ampliar a rede de suporte e cuidado da Eduarda, diversificar suas referências, intensificar o cuidado e ecoar o projeto construído pela mesma, a equipe do CnaR a acompanhou até o CAPS AD em um acolhimento. Sem sinais de abstinência ou fissura, a usuária expôs novamente parte de sua história de vida para o profissional de plantão, contou sobre seu desejo de rever a filha e dar início ao processo jurídico de guarda. Ao longo do seu relato, foi notável a colocação de propostas/soluções que envolviam o trabalho, a abstinência, a capacidade de cuidar, entre outras, como respostas e possibilidades de enquadramento em uma determinada organização de vida, que a usuária apresentou para suas condições de vida e identificou como “certas” (SIC), mas não necessariamente condizentes com seus recursos psíquicos, afetivos ou financeiros.

Ao longo da conversa, buscou-se compreender um tanto sobre o desejo da usuária de retomar o contato com a filha, suas expectativas, planos, suas responsabilidades com relação a dependência da bebê, dentre outras; entender se esse desejo estava atrelado a outros desejos, como organização de um cotidiano e projeto de vida e/ou com expectativas/pressões sociais. Os profissionais do CAPS e do CnaR procuraram esclarecer a ausência de um julgamento moral sobre suas escolhas e o apoio na construção de um projeto de acompanhamento/cuidado e

produção de vida, repleta de sentidos, no qual a usuária seria autora, cidadã e pessoa de cuidado.

Eduarda manteve sua fala com relação ao contato com a filha e apontou a abstinência e o apoio da tia como meios para atingir seus objetivos. Empoderada sobre as funções do CAPS e a organização da equipe e do trabalho, usuária pactuou sua inserção no serviço a partir da hospitalidade integral, para se afastar das cenas de uso de SPA, iniciar seu tratamento em saúde mental e o processo jurídico de guarda da filha.

5.1.4 Condição de direitos e desejos

Frente ao movimento da usuária, foi pactuado entre as equipes do CnaR e do CAPS AD o acompanhamento das etapas envolvidas no processo jurídico de guarda da filha. Sendo assim, Eduarda buscou saber onde a filha se encontrava e descobriu que estava sob os cuidados de uma família acolhedora (unidade familiar que acolhe e prove os cuidados básicos e afetivos). Pactuou com a unidade, que acompanhava a família acolhedora de sua filha, a possibilidade de realizar visitas e dar início no processo de guarda da criança.

Nesse intento, foram agendadas uma série de visitas supervisionadas da usuária à bebê, assim como reuniões de avaliação social e acompanhamento desta na unidade. A primeira delas se deu de forma tranquila, a usuária permaneceu por um período inteiro junto a filha na instituição, trocou suas fraldas, a alimentou, fez adormecer, cantou e se emocionou. Repetiu inúmeras vezes o quanto sentia falta da bebê e percebia que estava perdendo parte importante do seu desenvolvimento.

Já a segunda visita desta ao serviço, se deu a partir de uma reunião entre assistente social e psicóloga do abrigo, Eduarda, e profissionais de referência do CAPS AD e do CnaR. Em tal, usuária expôs seu momento de vida e cuidado, contou sobre sua implicação no tratamento e reconheceu suas dificuldades, de permanecer abstinente e em um espaço fechado, como o CAPS, mas colocou essas dificuldades em detrimento ao desejo de ficar com a filha. Eduarda foi questionada sobre sua história de vida e relação com os demais filhos. Foi questionada sobre os recursos que tinha, família, suporte financeiro, condição de trabalho. Sua expressão se alterava conforme a sequência de perguntas da assistente social da unidade, sua postura se transformava e seus olhos se enchiam de lágrimas. Em um suspiro e num aparente

desejo de se defender da série de cobranças e expectativas colocadas, Eduarda falou em voz alta que não sabia ser mãe, que não teve experiência como filha ou referências de maternidade.

Retomou que morou com a avó desde a infância, que esta, assim como sua mãe, não a tratava de forma afetuosa. Tinha problemas com uso abusivo de álcool e relação conflituosa com o companheiro, contou que durante a infância e adolescência buscou o contato com a mãe, que a negava com frequência e referia episódios de maus-tratos direcionados a ela quando bebê, o que lhe causava muito sofrimento; que sua mãe por não saber cuidar ou se dispôr a tal, quase a sufocou em uma caixa que fez de berço nos primeiros meses de vida, dentre outras situações. Eduarda também disse que aos treze anos, por dinheiro, foi entregue a um homem mais velho, com quem foi obrigada a ter relações sexuais e a ocupar o lugar de dona de casa, sem antes aprender a limpar uma casa, cozinhar ou cuidar de terceiros.

Eduarda expôs de muitas formas suas fragilidades e marcas de violência, que refletiam em suas dificuldades de manter-se afastada das SPA ou da rua, local que identificava como seguro frente às vivências no ambiente doméstico. As profissionais da unidade demonstraram compreender suas dificuldades, mas continuaram a insistir no papel que esta deveria exercer a partir da maternidade, de provedora de cuidados, com um cotidiano minimamente organizado e responsabilizado sobre as necessidades da bebê. Falas estas que convocaram e exigiram certo posicionamento da usuária frente ao seu desejo de permanecer com a filha, que continham uma preocupação restrita à proteção da bebê, e não da mãe e seus direitos. Assim como não continham as responsabilidades técnicas e sociais do estado e das instituições, respectivamente, no sentido da garantia do direito desta exercer a maternidade, caso fosse seu desejo. Revelando um ciclo reforçado e legitimado pelas instituições, que justificam suas ações através de exigências e protocolos (oficiais ou informais) que pressupõem um fracasso a priori nas funções de maternidade, pois não oferecem recursos ou meios de apoio para que as usuárias se tornem mães, e no caso da Eduarda, para que esta pudesse vivenciar uma relação de cuidado, de maternidade.

5.1.5 Produção e projeto de vida

Durante o processo de alta de Eduarda do leito noite, esta passou dias fora do CAPS AD e outros em permanência dia, entre cenas de uso e acolhimento no serviço. Usuária não sustentou a agenda anteriormente construída com a unidade e a família acolhedora, a qual exigia certa organização para ir até o local, se apresentar de forma aceitável, tanto para instituição que a avaliava, quanto à bebê, quem Eduarda se recusava encontrar sob efeito de SPA ou com autocuidado prejudicado. Foram remarcadas as visitas e realizadas conversas com a usuária, que mantinha o desejo de dar continuidade ao processo de guarda da filha, mas já não conseguia apontar a ida para casa da tia como uma possibilidade de moradia, pois esta não possuía recursos físicos e financeiros para recebê-la.

Concomitantemente, foi realizada reunião de discussão do caso entre os serviços de referência no cuidado e assistência, com representantes do CnaR, do CAPS AD e do SOS Rua (dispositivo móvel da assistência social especializado na abordagem de pessoas em situação de rua). Nesta foi discutida a trajetória da usuária nos serviços e o modo de vinculação, seus desejos e histórias de violência e invalidação; a repetição de frustrações e a necessidade, autorreferida, de se identificar e ser sujeito de cuidado, de vivenciar relações afetuosas (expectativa que esta depositava na relação com a filha). Elementos estes, que ressaltaram a importância de construir um projeto terapêutico singular que a colocasse no centro do cuidado, não mais a relação com a filha ou o processo jurídico. Entendendo que esses últimos aspectos poderiam compor seu projeto, mas o alvo das ações era a usuária, seus desejos, expectativas, limites e possibilidades.

Depois da pactuação de uma linha norteadora do projeto, Eduarda compareceu poucas vezes ao CAPS AD, não foi abordada pelo CnaR ou SOS Rua. E, somente após um período de 30 dias sem comparecer, retornou ao CAPS para tratamento, acompanhada de seu pai, pessoa até então desconhecida das equipes. Usuária contou que o familiar estava institucionalizado no sistema penitenciário masculino e por isso não a contactava há anos. Disse ainda, que ele havia cumprido sua pena e agora estava sob condicional, vivendo na região metropolitana de Campinas. Ela demonstrou empolgação frente a possibilidade de estreitar o contato com o familiar e construir outras formas de morar, se relacionar e ser cuidada. Seu pai, por sua vez, manifestou desejo de se aproximar da filha e se colocou disponível para compartilhar seu cuidado; contando que esta estava morando em sua casa há

quinze dias e providenciaria recursos para ajudar/apoiar a usuária na continuidade do tratamento no CAPS AD.

Devido o não cumprimento dos prazos das visitas e da dificuldade em sustentar as etapas envolvidas no processo jurídico, a usuária não deu seguimento no processo de guarda da bebê.

5.2 Cássia

5.2.1 Primeiras abordagens e costura do vínculo

As primeiras abordagens de Cássia se deram em uma rua nomeada “Rua Morta” - rua não asfaltada, sem casas convencionais ou prédios, mas com algumas habitações feitas de madeira, papelão e sucatas; na extensão da rua, encontra-se a Unidade Básica de Saúde, no entanto as pessoas que ali residem ou circulam, dificilmente acessam a Equipe de Saúde da Família, devido às barreiras e dificuldades já citadas. Vale ressaltar que nesse ponto da rua, há uma importante circulação de pessoas, usuárias de SPA, em uso intenso, as quais permanecem a maior parte do tempo nesse espaço, com poucas possibilidades de sair.

Foram inúmeras as tentativas de aproximação com Cássia nesse cenário, esta, muitas vezes, se mostrou afetuosa com a equipe, porém resistente às ofertas realizadas, consultas de pré-natal, escuta ou outros atendimentos. A via de acesso a ela, geralmente, eram os insumos da RD, de higiene pessoal e a relação de vínculo que construiu com parte dos profissionais. Entretanto, na medida que sua gestação avançava, foi possível realizar atendimentos mais especializados, para avaliação dela e do bebê, consulta dos sinais vitais, avaliação ginecológica, dentre outras. Ações estas que foram acompanhadas da consideração do padrão de uso de SPA de Cássia, pois, por vezes, não estava em condições para o atendimento, retardou o início da ação ou a interrompeu por conta da dificuldade de permanecer sem usar por um momento.

Durante essas intervenções, Cássia afirmava que gostaria de ficar com o filho, que tinha outros dois filhos e que estavam bem, cuidados pela família extensa. Em um dos seus atendimentos de pré-natal, a usuária expôs sua dificuldade de pensar no parto e no período pós-parto, afirmou desconhecer o recurso do abrigo mãe-bebê. Sendo assim, foi realizada uma conversa sobre a possibilidade de inserção em

um abrigo especializado, foi explicado o modo de organização da casa, como eram distribuídos os quartos, os móveis, a liberdade para decorar o ambiente conforme suas preferências e as atividades que poderia desenvolver na instituição, como participação em oficinas, na administração da rotina da casa e o apoio de uma equipe técnica nos momentos anteriores e posteriores ao parto. Cássia, de início, demonstrou resistência e desconfiança da oferta, mas se interessava conforme entendia mais sobre a organização do abrigo.

5.2.2 Ampliação dos recursos de suporte e apoio

Foram várias as tentativas de encaminhamento de Cássia para o serviço da assistência social, mas por conta do uso, da rede de relações que estabelecerá na rua ou mesmo o receio de perder a guarda do bebê (imaginário comum entre as mulheres em situação de rua sobre as abordagens das equipes da saúde e da assistência social), esta se colocava resistente a visita a instituição. Portanto, as equipes do CnaR fizeram buscas ativas, conversaram, realizaram atendimentos até conseguir acompanhá-la/encaminhá-la ao dispositivo. Seu primeiro encontro com o abrigo foi seguido de uma sensação de familiaridade, pois Cássia conhecia muitas das mulheres assistidas, algumas com quem mantinha relações afetuosas.

Já a inserção de fato no serviço se deu por volta dos sete meses de gestação, Cássia se adaptou ao espaço e as pessoas que lá circulavam de forma rápida. Logo teve seu quarto e ganhou roupas, bolsas e utensílios para dispor em tal, para uso pessoal e do bebê. As equipes do CnaR, enquanto referência no cuidado, fizeram visitas e se dispuseram a acompanhar parte do seu processo de inserção, no qual foi possível observar a construção de desejos e expectativas relacionadas ao nascimento do bebê, pois a usuária pedia à equipe para tirar fotos suas para um álbum de fotografias; mostrava seu quarto, demonstrava como gostaria que ficasse decorado até o nascimento do filho; o espaço onde lavava as roupas; a cozinha onde preparava as refeições e principalmente, as comidas especiais às sextas-feiras (pizza, lasanha, dentre outras); e falava sobre sua relação com as outras mulheres e profissionais. Cássia também trazia à tona a dificuldade de manter contato com sua rede de relações - a falta que sentia da rua - e de manter-se na instituição sem o uso de SPA ou de outros recursos, como o doce, para lidar com a abstinência.

A questão da abstinência e do uso de SPA foi discutida com a usuária e entre as equipes. Foi organizado, por exemplo, um espaço de troca, de educação permanente para refletir sobre dúvidas como o uso de SPA e a gestação, a ingestão de açúcar na gestação e amamentação, o uso de medicamentos para abstinência nesse período, dentre outras. A ideia não foi construir uma regra ou protocolos de ações, mas compreender que o uso de SPA fazia parte da rotina e ocupava um lugar na organização social e subjetiva daquelas mulheres, por isso, deveria ser alvo de atenção das equipes e não de restrição/punição.

Apesar das tentativas de alinhamento das perspectivas teóricas e de ação, foi possível observar dificuldades com relação à criação de projetos singulares às moradoras. Uma vez que estas estão inseridas, convivem e moram em uma instituição, onde regras são colocadas para composição da rotina e do trabalho, por exemplo a questão da oferta do açúcar: algumas das mulheres abrigadas desenvolveram diabetes ao longo da gestação, quadro que exige certa organização quanto a alimentação (dieta restritiva) para ser cuidado, enquanto outras, por conta da abstinência, sentem necessidade de ingerir açúcar. A ponderação entre a oferta e restrição de açúcar na organização da instituição exige disponibilidade dos profissionais para compreender as necessidades e demandas das mulheres abrigadas, questões estas que não estão descritas em uma cartilha ou política norteadora, mas na organização do cotidiano, que reflete diretamente na vinculação e adesão das usuárias às propostas de cuidado/abrigamento.

5.2.3 Sustentação de um modo de viver e implicação da instituição

A permanência de Cássia na instituição foi permeada por muitas discussões de caso, ponderações quanto às necessidades, demandas, desejos e limites próprios e das instituições de assistência direta. Foi interessante observar os arranjos e recursos físicos e psíquicos da usuária para permanecer na instituição, pois esta sustentou e buscou adaptar-se as propostas com relação aos modos de “viver” colocados, tais como: a realização de atividades de autocuidado, de organização da casa e da rotina, de participação em atividades de expressão e produção/geração de renda, de uma rotina de cuidado com a saúde (inserção e acompanhamento na UBS e no CAPS AD), dentre outras. A aquisição desses recursos e, conseqüentemente, a

adaptação não foi linear, Cássia saiu por vezes do abrigo, pernoitou fora, fez uso de SPA, mas sustentou sua permanência no serviço nos últimos meses da gestação.

A adesão e os arranjos de Cássia revelaram a implicação desta no projeto de vida embasado/movido pela experiência da gestação; assim como apontaram à necessidade de acolhimento e assistência à essa vivência, enquanto direito - compreendendo a experiência e vivência da maternidade como direito da mulher, enquanto cidadã, garantido pelo estado. Nesse sentido, houveram ensaios e ações diversas na assistência da usuária, já mencionados anteriormente, que não se restringiram somente as necessidades de cuidado e saúde do bebê, mas no entendimento ampliado de saúde da usuária, abrangendo assistência, lazer, convivência, ambiente e experiências afetuosas.

A título de exemplo dessa implicação das instituições, se faz necessária a descrição de um encontro dos profissionais do CnaR com a usuária no CAPS AD de referência. Esta estava participando da oficina de culinária, quando se direcionou aos profissionais do CnaR, contando sobre seu envolvimento na organização de uma festa do serviço de abrigamento, no qual haveria churrasco, piscina, comidas diversas e sol. Cássia estava extremamente empolgada e ansiosa com a proposta e referiu estar envolvida nas diferentes etapas da festa, como a participação nas compras no mercado, arrecadação de dinheiro, dentre outras. Vale ressaltar, a diversidade das ofertas de experiências que envolvem a assistência à essa população, não restritas ao enfrentamento do uso de SPA, às condições clínicas e sociais da mãe e do bebê, mas à compreensão da experiência do “viver” nos mais diversos âmbitos.

Afinal, o envolvimento na organização e participação da festa de Cássia pode estar relacionado a uma ampliação do repertório de experiências, no sentido de construir outras possibilidades de se relacionar e sentir prazer, de experienciar espaços de lazer, para alguém que com frequência e intensivamente se relaciona com o prazer de modo imediato, como no uso de SPA, por exemplo. Assim como a proposta envolve uma qualificação do tempo vivido na instituição e amplia os significados atribuídos a essa vivência.

6. Diálogo com as Experiências de Gestação e Maternidade das Mulheres em Situação de Rua

6.1 O decorrer da gestação e maternidade nos processos de produção de vida

A descrição dos encontros com as mulheres em situação de rua, durante suas gestações ou puerpério, apontam que, para além das pluralidades nas suas formas de existir, desejos, recursos e histórias de vida, a maternidade ou a ideia de maternidade não é uma questão puramente biológica, da atenção biomédica, mas um fenômeno social, com uma inscrição cultural, carregada de valores e marcas, tanto sociais quanto subjetivas. Alguns autores assinalam que o período de gestação ou a intenção de ter um filho se colocam como fatores mobilizadores na construção de projetos de vida ou na transformação de cotidianos e parâmetros de vida, principalmente, para mulher.

Nesse contexto, a gestação ou mesmo a maternidade para as mulheres em situação de rua são condições carregadas de valores e significados, que extrapolam a concepção de uma família, pois dizem respeito a uma série de desejos de transformações ou não no contexto e nos modos de produção de vida, que estão ligadas às experiências pregressas, histórias e expectativas quanto aos modos de viver. Gontijo e Medeiros (19), por exemplo, ao realizar um estudo sobre a maternidade para adolescentes em situação de rua, registram dois significados importantes atribuídos aos filhos por essas mulheres e destaca, principalmente, o potencial transformador de tais significados.

“O primeiro remete o filho à condição daquele que irá acabar com a solidão, com o abandono vivenciado pelas adolescentes. Esse significado se sustenta pela crença de uma relação duradoura, sendo o filho considerado a única forma de dar e receber amor, de forma genuína, [...]. O segundo significado atribuído ao filho foi a visão do filho como “salvador” de uma morte certa nas ruas, representando a possibilidade de construção de um futuro, que para acontecer implica a saída da adolescente do espaço da rua.” (19).

Esses significados e suas repercussões, não são exclusivos das experiências das adolescentes em situação de rua, no artigo produzido por Belloc et

al (20), a partir das narrativas colhidas no Projeto Redes na cidade de Porto Alegre, a questão da ampliação das possibilidades de vida e circulação mobilizadas pela gestação ou maternidade também são apresentadas, em detrimento dos recursos reais dos pais, suas condições de vida, moradia, suporte afetivo e financeiro. Assim como a eventual guarda da bebê de Eduarda se apresentou, no momento de vida desta, como meio de ter uma experiência de relação afetuosa, de ressignificar a maternidade e romper com um ciclo de experiências traumáticas.

Ainda, a esperança de exercer a maternidade apresentou a Eduarda a possibilidade de ocupar um outro lugar social, de alguém com poder contratual, o lugar de alguém que poderia romper com a situação de vulnerabilidade que se encontrava, ter moradia e trabalho, e suspender o uso de SPA. Diferentemente, mas também mobilizadora, a gestação de Cássia se colocou como agente transformador no seu modo de viver, pois esta passou a morar em um abrigo por um tempo, a conviver com um coletivo de mulheres e crianças, a pactuar acordos com profissionais, fazer planos de atividades de lazer, entre outros.

O receio de perder a guarda dos filhos, não sem fundamento, visto a repetição do acolhimento institucional dos filhos de mulheres em situação de rua ou vulnerabilidade social (20), similarmente, é responsável pela produção de transformações no cotidiano e organização de vida dessas mulheres. Dado que as instituições e órgãos de proteção, cuidado, acolhimento, abrigamento e salvaguarda das mulheres e crianças possuem protocolos de trabalho construídos a partir de um modelo do “viver”, da “família” e de relação “mãe-bebê”. Ou seja, exigem destas mulheres certa disponibilidade e organização psíquica e social para exercício da maternidade, para enquadramento nesses modelos.

Para além das produções citados anteriormente, a gestação ocasiona uma série de transformações no cotidiano e nas relações dessas mulheres, que requerem adaptações e podem revelar a necessidade ou não de acessar determinadas instituições para realizar suas atividades cotidianas, pois estas sofrem com alterações no sono, nas relações sexuais, na alimentação e até mesmo nas atividades miccionais (2). Assim como a gestação avançada expõe a maternidade, o que pode mobilizar socialmente outras pessoas e ampliar as redes de apoio e assistência (2).

Igualmente, as produções acadêmicas e os encontros das equipes do CnaR de Campinas com as usuárias, revelaram que ao acessar essas instituições, ou serem abordadas por tais, as mulheres gestantes e as demais pessoas em situação

de rua, devem ser acolhidas e assistidas no seus territórios de vida e somente a partir desse contexto, dos seus recursos intrapsíquicos, sociais e desejos, serem assistidas de forma ampliada.

“A intervenção junto a esse público precisa acontecer pautada na relação do sujeito com a vida nas ruas. O olhar do profissional deve alinhar-se ao olhar da pessoa em situação de rua, com vistas a incentivar que o sujeito seja atuante nesse processo, possa escolher construir novos projetos com enfoque no exercício da cidadania e inclusão social, permanecendo ou saindo da situação de rua.” (15)

6. 2 Desvios, apropriações e legitimações de violências institucionais no processo do “viver”

Também, a gestação e/ou maternidade de mulheres em situação de rua, convoca e mobiliza as equipes de saúde e assistência social, devido a complexidade da situação, a responsabilidade sanitária e a necessidade de garantir a proteção e o acesso a direitos tanto à mãe, quanto ao bebê. No entanto, alguns estudos sinalizam uma série de lacunas no cuidado e proteção dessas mulheres, que, muitas vezes, se vêem em um ciclo entre a rua, o abrigo, gravidez, plano de família e perda da guarda da criança. Um ciclo que pode ser reforçado, inclusive, pelas ações intersetoriais (20). Nada obstante,

“a gravidez pode ser considerada um fator de risco social na esfera da saúde pública e um reforço à marginalidade e pobreza, dependendo das condições em que se desenvolve. Assim, no caso da gestação em situação de rua, pode-se identificar a possível precariedade das condições de vida e a dificuldade de acesso aos serviços como fatores de risco para mãe e bebê.” (2)

Quanto aos tratamentos, o desconhecimento e invalidação das diferentes formas de viver e se relacionar, a problematização da descontinuidade, a preocupação restrita à proteção da criança, a necessidade de enquadramento das mulheres em uma rotina institucional, assim como preconceitos e estigmas atribuídos às mulheres em situação de rua, usuárias de SPA, dentre outras, reforçam a repetição do acolhimento dos filhos dessas mulheres. Belloc et al (20), ao se deparar com a

reiteração desses fatos nas histórias de vida das mulheres em situações de vulnerabilidade, supõe que este não decorre de fracassados protocolos de cuidado, mas que os “[...] protocolos (oficiais ou informais) foram construídos na perspectiva do fracasso, ou seja, na suposição de que estas mães estavam fadadas a fracassar nas suas funções de maternidade” (20).

Belloc et al (20), ainda, evidencia que esses protocolos do fracasso estão inscritos num processo de desmaternização, conduzido e protagonizado intersetorialmente como causa e efeito de um modelo homogeneizante e excludente de sociedade; respaldado pela ausência de políticas públicas. Nos casos registrados nesse estudo, por exemplo, pode-se destacar os momentos e condições de vida das usuárias em questão. Eduarda estava iniciando um processo de tratamento em saúde mental, buscava reduzir e até mesmo parar o uso de SPA, não possuía uma rede de suporte familiar ou qualquer experiência exitosa com relação a maternidade, como filha ou mãe. As ofertas realizadas a ela para retomada da guarda de sua filha, foram atreladas a necessidade de mudanças radicais em seu modo e organização de vida.

A usuária buscava reunir recursos psíquicos, emocionais e estruturais para ter o direito de exercer sua função materna, mas este não deveria ser um direito a priori? Quais foram as reais ofertas para que esta pudesse exercer seu direito? As equipes do CnaR e do CAPS AD buscaram acompanhar e reconhecer a usuária enquanto sujeito de cuidados e cidadã, se informaram quanto aos procedimentos burocráticos e jurídicos relacionados a guarda da filha, protagonizaram ações de empoderamento jurídico e social, no entanto, faltaram recursos para que esta pudesse responder à altura das exigências colocadas. A continuidade do acompanhamento de Eduarda, mostrou às equipes, que as necessidades e demandas dela extrapolavam a questão da guarda de sua filha, diziam respeito a um desejo de experienciar relações afetuosas, mas isso não a destituiu de direitos, não diminuiu seu direito de exercer a maternidade, com toda estrutura e apoio assistencial previsto em lei.

Por sua vez, a situação de Cássia na instituição de abrigo também revela falhas na articulação e alinhamento das práticas de atenção às mulheres em situação de rua e gestantes, pois, há no país uma política nacional norteadora das ações direcionadas à usuários de SPA, a RD, a qual compreende o lugar subjetivo e social do uso de SPA e prioriza intervenções que objetivam a minimização dos riscos atrelados ao uso abusivo. No entanto, não é de conhecimento geral seus princípios e práticas, muitas das equipes da assistência social ou mesmo da saúde desconhecem

as estratégias da RD, o que dificulta a construção de um projeto uno de acompanhamento e assistência à essas pessoas. Visto que a RD, não condiciona a atenção à abstinência, mas sim, à orientação quanto a adoção de hábitos de uso menos danosos à saúde, sendo esta uma estratégia transversal, que deveria ser adotada também pelas equipes das redes de assistência e cuidado.

Cássia, como retratado anteriormente, fazia uso abusivo e intenso de SPA, no entanto, quando institucionalizada, precisou suspender o uso, sem a possibilidade de adotar estratégias para lidar com a abstinência ou fissura, como a ingesta de açúcar ou outras, o que pode ser um fator dificultador da sua permanência e/ou adesão à instituição. Há de se atentar também ao estigma da pessoa usuária de SPA, problematizar e desconstruir o lugar de desacreditado ou incapaz atribuído a estes, no caminho da restituição da cidadania. Esses movimentos e práticas, de acordo com a literatura e a partir da análise das situações e encontros registrados nesse texto, podem compor movimentos de ruptura com os processos de invisibilidade e exclusão social dessas pessoas, dentre as quais estão as mulheres gestantes abrigadas.

Logo, tais práticas corroboram com a desconstrução dos valores e estigmas atribuídos aos usuários de SPA e caminham na compreensão do uso como problemática de saúde, para o conhecimento popular e construção de políticas públicas exclusivas. Dado que nos estudos que se debruçam sobre essa temática há registros de que o uso pode estar atrelado ao desejo de rompimento com as obrigações e papéis sociais (2).

Novamente, não é pretensão deste capítulo apontar falhas da rede de serviços ou equipes do município de Campinas, mas atentar a capacidade de legitimar e reforçar processos de violação de direitos, de reiteração de privações e violências por parte de ações institucionais. Todavia, as mulheres não podem ser penalizadas pelas carências de recursos estruturais e políticos que consigam responder às suas reais necessidades e demandas.

“Vemos modos de intervenções que, na sua grande maioria, tentam lidar com a rua de duas formas: a primeira é a de simples inclusão das pessoas em situação de rua, com o objetivo de moldar e adaptar seus modos de vida aos modos considerados normais, ou ‘saudáveis’. O outro é de uma relação de isolamento ou extermínio. Atualmente, vemos aumentar assustadoramente o número de práticas muito antigas de higienização da cidade. De qualquer forma, todos esses modos de intervenção

estabelecem uma forma de relação: a de pouca ou nenhuma troca, um modo de relação onde se pressupõe a eliminação do outro diferente. Um modo de relação que busca se aproximar o menos possível do que na rua existe e insiste. As intervenções geralmente visam controlar e normatizar o sujeito que vive na rua, para com ele evitar contágio.” (1).

6. 3 Potenciais arranjos e desarranjos na política nacional e os reflexos na assistência às mulheres em situação de rua

Ao longo dos encontros e das propostas de reflexão, foi perceptível que parâmetros de sucesso, insucesso, efetividade ou ineficiência são difíceis de mensurar quando se tratam de projetos de vida e de cuidado singular, no entanto as ações construídas e aqui apresentadas (legitimadas por políticas públicas) apontam para uma potência de desvio, de ruptura com repetidos ciclos de violência, negligência e invisibilidade; apontam para uma capacidade de ressignificar histórias e relações, tanto interpessoais, quanto institucionais. Afinal, considerar os desejos dos sujeitos de cuidado, suas dificuldades, seus hábitos, as repetições em suas histórias, suas redes de relações, é considerar suas diferentes formas de “viver” e transformar suas produções de vida em alvo de cuidado/atenção.

Como já foi registrado anteriormente, a história da saúde pública no Brasil conta e demarca o processo de marginalização e exclusão de pessoas em situação de vulnerabilidade social; aos moradores de rua e prostitutas eram destinados às instituições totais, o exílio, a exclusão. Foram anos de transformações políticas e sociais até construir o que atualmente compreendemos como RAS e RAPS, redes estas construídas a partir do envolvimento da população e dos movimentos sociais, respaldado e baseado em experiências internacionais, de cunho autonomizadoras, comunitárias e reabilitadoras, como a Reforma Psiquiátrica na Itália, a RD em Portugal, Itália, dentre outros países europeus.

No entanto, toda a potência libertadora e autonomizadora dessas políticas públicas estão à mercê de transformações, visto os novos arranjos políticos e normas, como a Norma Técnica nº11/2019 (21), que retoma o financiamento de hospitais psiquiátricos em detrimento do fechamento dos leitos; não reconhece a proposta dos serviços substitutivos; prevê o apoio e financiamento a ambulatórios especializados em saúde mental em detrimento do acolhimento desses usuários na AB; propõe o

combate às drogas ao invés da adoção da RD; e a inclusão das Comunidades Terapêuticas na RAPS, que trabalham com a perspectiva da abstinência e internação. Ou seja, possui propostas totalizadoras, pouco inclusivas e de caráter assistencial, principalmente quando direcionadas a pessoas com pouco ou nenhum poder contratual, como as que estão em situação de rua. “O caráter assistencial pode inibir/interferir no desenvolvimento da autonomia desses sujeitos, uma vez que inibe as possibilidades de poder contratual dos sujeitos em suas relações sociais” (2).

Ainda, esses processos de trabalho e relações, de acordo com Costa et al (2) tendem a perpetuar um laço de dependência entre o usuário e a instituição, mantendo o usuário numa postura passiva e tutelada; e alimentando sua dinâmica e produção de vida. Uma vez que as “[...] redes institucionais também alimentam esse circuito de rua, produzindo sua clientela e sendo produzido por ela, numa aliança contínua, mas efervescente de conflito.” (22)

Portanto, há de se pensar a clínica, os processos de trabalho e as organizações institucionais como movimentos políticos, como forma de resistência e defesa de um modelo de assistência; de reconhecer a voz e a existência das diferentes inscrições sociais, dos diferentes poderes contratuais envolvidos nas relações interpessoais, para assim, construir uma rede de ação mais inclusiva, equânime e autonomizadora, com a cara e voz das pessoas assistidas.

7. Considerações finais

Transcrever parte da experiência como residente multiprofissional nas equipes do CnaR de Campinas, buscar textos e refletir sobre as práticas, políticas públicas e vivências, demonstrou a necessidade de publicizar o que se dá nos encontros e no cotidiano das equipes com a população em situação de rua; o que se dá na assistência direcionada a significação da cidadania, a ampliação da assistência em saúde; a organização em rede. Afinal, são práticas que visam o desvio e a ruptura com as mais diversas repetições de violência e deslegitimação, que problematizam e procuram acolher as diferentes formas de “viver”. Há de se pensar nas políticas públicas, há de alimentá-las cotidianamente com a produção singular do cuidado, pois estas sim, compõem índices e descritores de saúde.

Ainda, com essa experiência foi possível observar um movimento de ruptura com o paradigma do cuidado tutelador e assistencialista, num caminho da ampliação do conceito de Saúde, que extrapola a definição da Organização Mundial de Saúde (OMS), que define Saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, pois reconhece os diferentes valores e significados atribuídos ao bem-estar, ao convívio e ao viver. Quanto às mulheres em situação de rua, mães, gestantes, dentre outras condições ou situações, há de se reconhecer suas especificidades, suas marcas históricas de violência e desigualdade de gênero para produzir um cuidado em rede condizente com suas necessidades e demandas.

Além disso, a gestação e/ou maternidade escancaram a necessidade do cuidado das mulheres em situação de rua e mobiliza as redes de assistência, no entanto o direito à saúde, aos bens de troca e lazer são direitos a priori dessas mulheres, cidadãs e sujeitos de cuidado. As práticas direcionadas à elas somente deveriam dar vazão à esses direitos, mas atualmente ocupam um lugar importante de fortalecimento das Políticas Públicas, necessárias para a coexistência das diferenças sociais e das distintas formas de “viver”. Portanto, como contribuição deste trabalho, em conjunto com os tantos autores citados aqui, fica a importância da validação das práticas territoriais, que tem como objetivo a cidadania, o viver e os usuários. Sendo esta contribuição, também o desafio para o meio acadêmico, político e prático das equipes e profissionais das redes de saúde e assistência.

8. Referências Bibliográficas

1. Macerata I, Soareas JGN, Ramos JFC. Apoio como cuidado de territórios existenciais: atenção básica e a rua. *Interface (Botucatu)*. 2014; 18(1): 919-930.
2. Costa SL, Vida CPC, Gama IA, Locatelli NT, Karam BJ, Ping CT, Massari MG, Paula TB, Bernardes AFM. Gestantes em situação de rua no município de Santos, SP: reflexões e desafios para as políticas públicas. *Saúde Soc*. 2015; 24(3): 1089-1102.
3. Presidência da República. Casa civil. Subchefia de Assuntos Jurídicos. Decreto nº 7.053 de 23 de dezembro de 2009. Brasília. 2009.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.488 de 21 de outubro de 2011. Brasília: Ministério da Saúde. 2011.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica/Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde. 2012.
6. Quarentei MS. Sobre criar belezas... *Rev. Ter. Ocup. da USP*. "a ser publicado"; número Especial: Seção Ponto de Vista.
7. Quarentei MS. Marcas na construção do conhecimento. "In": *Terapia Ocupacional - Itinerários e discursos*. VI Congresso Brasileiro de Terapia Ocupacional: Mesa redonda. Lindóia. 1999.
8. Quarentei MS. Experimentar, criar... Afirmar territórios, vidas... belezas. "In": *Coletivo de estudos de Terapia Ocupacional e Produção de Vida. Criações Contemporâneas: novos olhares, produções teóricas, e ousadias práticas: Botucatu-SP*; 2006.
9. Quarentei MS. Conferência de Encerramento: "Terapia Ocupacional e Produção de Vida". "In": *VII Congresso Brasileiro de Terapia Ocupacional*; Porto Alegre: 2001.

10. Carvalho G. A Saúde Pública no Brasil. *Estud. av.* 2013; 27(78).
11. Saraceno B. A cidadania como forma de tolerância. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo.* 2011; 22(2): 93-101.
12. Filho NA, Valério ALR, Monteiro LF. Guia do projeto consultório de rua. Brasília: SENAD; Salvador: CETAD; 2011.
13. Brasil. Governo Federal. Política Nacional para Inclusão Social da População em Situação de Rua. Brasília/DF. 2008.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes/Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde. 2004.
15. Prudente TCB, Gontijo DT, Paiva RBC. Desempenho ocupacional de mulheres em situação de rua. *Rev. Interinst. Bras. Ter. Ocup.* 2018; 2: 85-108.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº1.028, de 1º de julho de 2005. Gabinete do Ministro. Brasília: Ministério da Saúde. 2005.
17. Turato ER. Métodos Qualitativos e Quantitativos na Área da Saúde: definições, diferenças e seus objetivos de pesquisa. *Rev. Saúde Pública.* 2005; 39(2): 507-514.
18. Chizzotti A. Pesquisa em ciências humanas e sociais. 2ª ed. São Paulo: Cortez; 1995.
19. Gontijo DT, Medeiros M. “Tava morta e Revivi”: significado de maternidade para adolescentes com experiência de vida nas ruas. *Cad. Saúde Pública.* 2008; 24(2): 469-472.

20. Belloc MM, Cabral KV, Oliveira CS. A desmaternização das gestantes usuárias de drogas: violações de direitos e lacunas do cuidado. *Saúde em redes*. 2018; 4(1): 37-49.

21. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. Nota técnica nº 11/2019 - CGMAD/DAPES/SAS/MS. Brasília; Ministério da Saúde. 2019.

22. Frangella SM. *Corpos urbanos errantes: uma etnografia da corporalidade de moradores de uma rua em São Paulo*. Campinas/SP; 2004. Disponível em: <http://www.repositorio.unicamp.br/handle/REPOSIT/279907>.