

Marla Niag dos Santos Rocha

(Des)encontros com mulheres em situação de rua: uma aposta cartográfica

Santo Antônio de Jesus

2021

Marla Niag dos Santos Rocha

(Des)encontros com mulheres em situação de rua: uma aposta cartográfica

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família – PROFSAÚDE, Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

Orientadora: Profa. Dra. Ana Lúcia Moreno Amor.

Coorientadora: Profa. Dra. Micheli Dantas Soares.

Linha de Pesquisa: Atenção integral aos ciclos de vida e grupos vulneráveis.

Santo Antônio de Jesus

2021

Meetings (and not meetings) with homeless women: a cartographic bet.

R672d Rocha, Marla Niag dos Santos
(Des)encontros com mulheres em situação de rua: uma aposta cartográfica / Marla Niag dos Santos Rocha. – Santo Antônio de Jesus, Ba, 2021.

123 f.:il.

Orientadora: Profa. Dra. Ana Lúcia Moreno Amor
Coorientadora: Profa. Dra. Micheli Dantas Soares

Dissertação (Mestrado em Saúde da Família) Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família – PROFSAUDE, Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Centro de Ciências da Saúde, 2021.

1. Gênero e saúde. 2. Maternidade. 3. Vulnerabilidade social. 4. Pessoas em situação de rua. I. Amor, Ana Lúcia Moreno. II. Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Centro de Ciências da Saúde. III. Título.

CDD 613.04244

Ficha catalográfica elaborada por:
Magali Alves Albuquerque
CRB-5/1438

Marla Niag dos Santos Rocha

(Des)encontros com mulheres em situação de rua: uma aposta cartográfica

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família – PROFSAUDE, Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

Aprovada em: 10 de junho de 2021.

Banca Examinadora

Profa. Dra. Suely Ayres Pontes – Membro externo
Universidade Federal da Bahia

Profa. Dra. Luciana Alaíde Alves Santana – Membro interno
Universidade Federal do Recôncavo da Bahia

Profa. Dra. Ana Lúcia Moreno Amor - Orientadora
Universidade Federal do Recôncavo da Bahia

Profa. Dra. Micheli Dantas Soares – Coorientadora
Universidade Federal do Recôncavo da Bahia

Profa. Dra. Vânia Sampaio Alves – Suplente externo
Universidade Federal da Bahia

Profa. Dra. Helena Moraes Cortes – Suplente interno
Universidade Federal do Recôncavo da Bahia



Dedico este trabalho à “Casa das Marias”... a cada uma delas e a todos os seus frutos, que construíram a pessoa que eu me tornei; e que são e serão, por toda a minha vida, minhas principais fontes de aprendizados, exemplos, lições de vida.... e encontros!

A minha eterna “pró” Fran Demétrio (*in memoriam*), que tão prematuramente nos deixou, mas que me (re)construiu enquanto pessoa, e enquanto cuidadora, apresentando-me às mais diversas possibilidades de existências e resistências... Ficastes, e ficarás, em mim... em cada encontro com o outro... em cada encontro com mulheres travestis, pessoas *cis* ou *trans*... em cada encontro com “gente”... gente como você, gente como nós!

AGRADECIMENTOS

Agradeço imensamente a todos aqueles que contribuíram, direta ou indiretamente, para a conclusão deste Mestrado, que se encerra na construção deste trabalho. E muito além, agradeço a todos que me deram suporte para eu não cair. Não foi fácil! Mas, realmente, Deus me deu uma “senhora” rede de apoio!

A Deus, por sempre guiar meus passos, e, sobretudo, me conduzir às melhores “empreitadas de vida” – ainda que eu nem tenha consciência delas. Os caminhos podem ser, por vezes, tortos, mas a minha fé nos seus desígnios é maior. Obrigada por me dar força nos momentos em que acreditei não ser capaz de suportar. Ao Bom Jesus da Lapa, Nossa Senhora da Conceição, São Cosme e São Damião, e a todos os santos, que intercederam por mim, através das minhas orações e das de Dona Magnólia, Dona Zelita, e de todas as “Marias” de minha casa.

A minha família, em especial minha mãe e minha avó Zelita, por serem sempre o acaento dos “bastidores”. Agradeço por todo o amor, cuidado, atenção e pela paciência quando, por várias vezes, não estive “em dias bons”, mas que, ainda assim, foram suporte de todas as horas. Farei sempre o possível para que tenham orgulho de mim. Às minhas tias e meus tios, que me têm como filha, e aos meus primos, sobretudo Jéssica, pelo apoio e afeto expressados diariamente.

A todos os professores com quem tive oportunidade de conviver, e com os quais pude me encantar com a docência. Aos serviços acadêmicos e profissionais pelos quais passei, que trabalharam nesta minha trajetória, e me construíram, enquanto profissional. Agradeço aos caminhos que me conduziram à docência, e por terem me permitido ser professora de duas instituições que eu respeito, admiro, e que, inclusive, fizeram parte de minha formação: a Universidade Federal da Bahia e a Universidade Federal do Recôncavo da Bahia. A cada um dos profissionais que aí atuam, e que tornam o ambiente de trabalho mais prazeroso; a todos os meus colegas de docência, muitos deles, meus eternos professores, que foram compreensivos com este momento e ajudaram, dando suporte e resolvendo o que podiam, em minhas ausências, além de continuarem me ensinando, neste ofício, dia a dia.

Às Ligas Acadêmicas nas quais estou (ou estive) envolvida, que fazem (e fizeram) parte de minha formação; sobretudo à Liga Acadêmica de Ginecologia e Obstetrícia do Recôncavo da Bahia (LAGORB) por tanto carinho, parceria e por tamanha construção. Aos grupos de pesquisa de que faço parte, e que também “fazem parte de mim”, sobretudo ao Grupo

de Estudos e Pesquisas da LAGORB e o Grupo Manjedoura, por tantos aprendizados e idealizações conjuntas.

Aos meus amigos da vida, de longas ou de curtas datas, amigos de vários contextos e circunstâncias, mas que foram alegria, escuta, parceria e cuidado. Amigos que abriram as portas de seus corações e de suas casas, quando, inclusive, eu precisei sair da minha, para me concentrar mais e escrever. Vocês foram apoio irrestrito. Sou tão grata a vocês, que não imaginam! Obrigada por estarem sempre presentes, mais próximos ou menos próximos geograficamente, e tornarem mais doces os dias. Agradeço aos profissionais (e amigos) que cuidam, direta ou indiretamente, de minha saúde mental – na terapia e na atividade física.

Aos meus “filhos” de alma! Sei que nem preciso dizer aqui o nome de cada um deles, mas irão se reconhecer com exatidão. Só Deus e nós sabemos o sentimento que nos une - natural, verdadeiro e sem cobranças. Vocês são meu riso solto, meu acalento, meu suporte, minha força. Por vezes, o meu estresse também. Ok, acontece! (rs). Mas vocês, sem sombra de dúvida, tornam meus (en)cargos, mais amenos e doces, pois a leveza e boa energia fazem parte de vocês e da relação que construímos! Não tem como explicar! Só mesmo sentir!

A Ronaldo, pelo apoio, quando estive presente, e por sempre ter me estimulado a descobrir o quanto que eu sou forte, quando precisei ser.

Às professoras deste programa - Paula Pinho, Helena Cortês, Fran Demétrio (*in memoriam*), Simone Seixas, Dóris Firmino e Luciana Alaíde - que nos ensinam, orientam, apoiam, mas, sobretudo, que nos inquietam, nos tiram da zona de conforto, pois elas sabem o quanto isso é importante para nós. Ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família, pela excelência e exatidão em cada temática abordada – pertinentes, importantes, construtoras – que mobilizam reflexões e reorganizações, mas dos quais só nos damos conta depois! Agradeço também ao empenho e cuidado de Milena Lobo pela secretaria desta Pós-Graduação.

Às minhas orientadoras, Profa. Dra. Ana Amor e Profa. Dra. Micheli Dantas. Vocês terão sempre minha admiração, por serem profissionais incríveis, extremamente competentes, mas por serem quem são (e ponto final!). Obrigada por toda a atenção e disponibilidade nesse processo. Não sei o que seria de mim sem vocês! Definitivamente! Vocês acreditaram, até mesmo quando nem eu acreditava que conseguiria. Mas quero agradecer aqui, muito além das contribuições neste material, que já foram inúmeras. Quero, e devo, agradecer ao movimento e todos os atravessamentos que vocês suscitaram que acontecessem em mim, enquanto médica, professora, enquanto pessoa, e que foram me conduzindo a descobertas e reconfigurações, que eu jamais poderia imaginar. Obrigada a vocês por tanto!

A esta instituição que me acolheu – ao Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, que me confere aprendizados constantes, e que me permitiu estar aqui, em um de meus mais importantes movimentos de vida!

Por fim, agradeço às mulheres aqui apresentadas, por terem se “desnudado”, expondo-me toda sua trajetória de vida, e conferindo em mim também um “desnude”, um deslocamento e um incrível aprendizado, para toda a minha vida.

“O único proveito, dizia cá comigo, que posso tirar do ato de escrever, é o de ver desaparecerem com isso as vidraças que me separam do mundo” (MILLER, 1949, p. 29, apud DELEUZE; PARNET, 1998, p. 44).

RESUMO

Este trabalho teve o objetivo de tentar reconhecer as trajetórias da vivência de um território e das experiências de encontros com pessoas em situação de rua, no contexto de atendimentos durante o ciclo gravídico-puerperal, assim como perceber as repercussões desses momentos sobre as práticas de cuidado da pesquisadora no âmbito da atenção à saúde, compreendendo as vivências dessas pessoas até ali. Trata-se de um estudo de natureza qualitativa, o qual possibilita o acompanhamento e investigação de um processo, abrangendo particularidades dos comportamentos e atitudes dos agentes sociais, bem como os sentidos e significados que as pessoas atribuem às suas experiências. Foram analisadas as trajetórias e vivências de cinco pessoas em situação de rua em um ambulatório da atenção primária em Salvador (Bahia). A investigação utilizou preliminarmente as técnicas de entrevistas narrativas e observação participante, com prévia autorização de um Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos. Os diálogos foram transcritos e, posteriormente, as falas analisadas, discutidas e categorizadas. As categorias de estudo foram: a inspiração metodológica e as protagonistas dos encontros; os (des)encontros com as mulheres em situação de rua; trajetórias e (sobre)vivências; trajetórias de uso abusivo de drogas lícitas e ilícitas; trajetórias reprodutivas e maternagem e trajetórias de vivência do gênero nas ruas. É válido dizer que, embora sejam várias as motivações para ida às ruas, as transformações promovidas pelo neoliberalismo, ao intensificarem a pobreza, vulnerabilidade e desigualdades sociais, tornaram mais frequente a presença de indivíduos e famílias vivendo em situação de rua, como uma opção de vivência e subsistência. E nesse contexto, a vivência do gênero num local de intensa fragilidade e violação de direitos apresenta inúmeras peculiaridades, como assim também o são as inúmeras formas e estratégias de se viver n(a) rua. Foi possível, assim, uma melhor compreensão das experiências dessas pessoas, através de suas próprias percepções, permitindo projetar uma melhor assistência a essas mulheres. Com isso, surgiu o “Projeto Manjedoura”, apresentado como um dos produtos deste estudo, e que trata da criação e efetivação de um fluxograma assistencial que objetiva principalmente a assistência integral e interdisciplinar às gestantes em situação de vulnerabilidade, particularmente, pessoas em situação de rua, unindo serviços da Rede de Atenção Primária e Secundária em Salvador (Bahia). Ao se conferir escuta qualificada e entendimento das demandas individuais e particulares destes usuários, pode-se potencializar o estabelecimento de um plano de cuidado mais efetivo a tais pessoas. E tudo isso se faz ainda mais importante, quando se trata de mulheres, num contexto em que, por vezes, as inúmeras formas de violência de gênero numa sociedade sexista, machista e patriarcal fazem com que elas estejam fragilizadas, violentadas, dia a dia, e com todo o seu protagonismo apagado. A partir deste estudo e seus produtos, espera-se o fortalecimento do vínculo com a rede de atenção em saúde local e consequente melhoria das ações, a fim de promover resultados positivos quanto aos desfechos obstétricos e neonatais, além de ampliação da estratégia para demais serviços da rede assistencial.

Palavras-chave: Gênero e saúde. Maternidade. Vulnerabilidade social. Pessoas em situação de rua.

ABSTRACT

This work had the objective of trying to recognize the trajectories of living in a territory and the experiences of encounters with people living on the streets, in the context of care during the pregnancy-puerperal cycle, as well as realizing the repercussions of these moments on care practices of the researcher in the context of health care, understanding the experiences of these people so far. This is a qualitative study, which enables the monitoring and investigation of a process, covering particularities of the behavior and attitudes of social agents, as well as the senses and meanings that people attribute to their experiences. The trajectories and experiences of five homeless people in a primary care clinic in Salvador (Bahia) were analyzed. The investigation used the techniques of narrative interviews and participant observation, with prior authorization from an Ethics Committee in Research with human beings. The dialogues were transcribed and, later, the speeches were analyzed, discussed and categorized. The study categories were: methodological inspiration and the protagonists of the meetings; the (dis)encounters with homeless women; trajectories and (sur) experiences; trajectories of legal and illegal drug abuse; reproductive and maternal trajectories and trajectories of gender experience in the streets. It is worth saying that, although there are several motivations for going to the streets, the transformations promoted by neoliberalism, by intensifying poverty, vulnerability and social inequalities, made the presence of individuals and families living on the streets more frequent, as an option for experience and livelihood. And in this context, the experience of gender in a place of intense fragility and violation of rights has numerous peculiarities, as do the countless ways and strategies of living on the street. Thus, it was possible to better understand the experiences of these people, through their own perceptions, allowing them to project better care for these women. With this, the "Manjedoura Project" emerged, presented as one of the products of this study, and which deals with the creation and implementation of a care flowchart that aims mainly at comprehensive and interdisciplinary care for pregnant women in vulnerable situations, particularly people in situations of street, uniting services of the Primary and Secondary Care Network in Salvador (Bahia). By conferring qualified listening and understanding of the individual and particular demands of these users, it is possible to enhance the establishment of a more effective care plan for these people. And all of this is even more important when it comes to women, in a context where, at times, the countless forms of gender violence in a sexist, sexist and patriarchal society make them vulnerable, violated, day by day, and with all its protagonism erased. From this study and its products, it is expected to strengthen the link with the local health care network and the consequent improvement of actions, in order to promote positive results regarding obstetric and neonatal outcomes, in addition to expanding the strategy to other services from the care network.

Keywords: Gender and health. Maternity. Social vulnerability. Homeless people.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Mapa mental sobre os atravessamentos identificados nas trajetórias das mulheres dos estudos.....	44
Figura 2 – Mapa mental dos valores do trabalho vivo em ato – a produção de um plano de cuidado.....	49
Figura 3 - Capítulo “Eu, cartógrafa! Cartografando no pelourinho...”.....	105
Figura 4 - Logomarca do Projeto Manjedoura.	110
Figura 5 - Fluxograma do Projeto Manjedoura.	114
Figura 6 - Apresentação do Projeto Manjedoura na 6ª Sessão Temática do PROFSAÚDE..	119

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABRASCO	Associação Brasileira de Saúde da Família
AMINB	Ambulatório Materno-Infantil Professor Nelson Barros
BIS	Bacharelado Interdisciplinar em Saúde
CNAS	Conselho Nacional de Assistência Social
CONANDA	Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescentes
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
ERP	Estimativa Rápida Participativa
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Equipe da Saúde da Família
HIV	Human Immunodeficiency Virus (Vírus da Imunodeficiência Humana)
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
LGBTQIA+	Lésbicas, gays, bissexuais, transexuais, Queers, Intersexo, Assexuais e mais
MDS	Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome
NIMBY	<i>Not in My BackYard</i> - “Não em meu Quintal”
ONG	Organização não governamental
PAISM	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PIB	Produto Interno Bruto
PNAS	Política Nacional de Assistência Social
SUS	Sistema Único de Saúde
UFBA	Universidade Federal da Bahia
UFRB	Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
USF	Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	15
2 INICIANDO O CAMINHO	16
2.1 EU, CARTÓGRAFA!	16
2.2 COLHENDO AS PISTAS NO CAMINHO	19
2.3 REFLEXOS DA EXPERIÊNCIA DE TERRITORIALIZAR	25
3 O CAMINHO QUE SE FAZ CAMINHANDO	
Erro! Indicador não definido.	
3.1 A INSPIRAÇÃO METODOLÓGICA E AS PROTAGONISTAS DOS ENCONTROS. 35	
3.2 OS (DES)ENCONTROS COM AS MULHERES EM SITUAÇÃO DE RUA.....	44
3.3 TRAJETÓRIAS E (SOBRE)VIVÊNCIAS	57
3.4 TRAJETÓRIAS DO USO ABUSIVO DE DROGAS LÍCITAS E ILÍCITAS	68
3.5 TRAJETÓRIAS REPRODUTIVAS E MATERNAGEM	72
3.6 TRAJETÓRIAS DE VIVÊNCIA DO GÊNERO NAS RUAS	77
4 O CAMINHO QUE SE SEGUE CAMINHANDO	
Erro! Indicador não definido.	
4.1 SOBRE OS PRODUTOS DESTE PROCESSO	83
4.2 UM “ATÉ LOGO”	83
REFERÊNCIAS	86
APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	98
APÊNDICE B - TERMO DE ASSENTIMENTO DO MENOR	101
APÊNDICE C - ROTEIRO DE ENTREVISTA	104
APÊNDICE D - CAPÍTULO DO E-BOOK	105
APÊNDICE E - PROJETO MANJEDOURA	106
ANEXO A – TERMO DE APROVAÇÃO NO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA ...	115
ANEXO B - 6ª SESSÃO TEMÁTICA DO PROFSAUDE	119

1. INTRODUÇÃO

A proposta deste trabalho é apresentar o modo de constituição de um objeto de pesquisa no âmbito de um curso de pós-graduação – o Mestrado Profissional em Saúde da Família da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), em associação à Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB). O texto tem caráter narrativo e reflexivo, porque entrecruza percepções, afetos e subjetividades dos encontros com mulheres em situação de rua com a história de vida da autora, além das reflexões de como se construíram, nesse processo, a pesquisadora e o seu objeto de estudo.

Neste percurso, assume-se a experiência como agenciadora do sujeito e do objeto, os quais se produzem em coemergência. Para tanto, narra-se, no traçado destes encontros, como foram sendo produzidos efeitos sobre a composição da pesquisadora e de seu tema de estudo (PASSOS; KASTRUP; ESCÓSSIA, 2015). Ao longo desta trajetória ainda, apresento como a cartografia foi articulada como caminho para o processo investigativo em torno do objeto, no contexto dessa pesquisa. Partiu-se do princípio de que a cartografia, aqui proposta, configura-se como um método aplicável, pois possibilita entender e acompanhar a extensão da sua processualidade e a articulação que constrói com todas as etapas da pesquisa, inclusive com a etapa teórica. Não pressupondo um método rígido, o processo cartográfico sugere um trilhar metodológico que visa construir um mapa (nunca acabado) do objeto de estudo, a partir do olhar atento e flutuante e das percepções e observações da autora principal, que são únicas e particulares, as quais serão cruzadas com a memória do investigador e do investigado (ROSÁRIO, 2016).

Com este estudo, destaca-se a relevância e necessidade de conferir escuta qualificada a demandas de populações vulneráveis, por exemplo em serviços de saúde, com possibilidade de potencializar o estabelecimento de uma linha de cuidado a um grupo social diariamente estigmatizado, hostilizado e invisível.

Pode-se dizer que este projeto é também um “ponta-pé” inicial, no sentido de suscitar e reforçar a necessidade de discutir o tema e a assistência/atendimento a populações vulneráveis, como mulheres em situação de rua, se configurando como mais uma porta para este atendimento.

2. INICIANDO O CAMINHO...

2.1 EU, CARTÓGRAFA!

Entende-se que “quando tem início uma pesquisa cujo objetivo é a investigação de processos de produção de subjetividade, já há, na maioria das vezes, um processo em curso” (BARROS; KASTRUP; 2015, p. 58). Neste sentido, pareceu-me oportuno narrar o caminho percorrido que contribuiu para que o plano da experiência se desenhasse em torno da aposta cartográfica, que inspira o caminho que se segue.

Até chegar a este Mestrado Profissional, houve uma aproximação entre os dois ofícios de minha vida: a Medicina e a docência. E, portanto, faz-se necessário contextualizar as trajetórias percorridas por eles.

Sou a primeira e única filha de um casal de baianos, de origens e histórias distintas, mas que em comum têm o fato de serem de famílias de classe média, com muitos irmãos. Os dois precisaram trabalhar desde muito cedo, numa tentativa inclusive de conciliar os estudos e os “bicos” que faziam para ajudar em casa. A educação sempre foi uma prioridade familiar e estudar em escolas particulares de ensino fundamental e médio foi uma condição privilegiada e importante para os passos seguintes.

O momento da decisão de ser médica não é preciso. A admiração pela atividade médica sempre foi algo muito precoce, que remetia ao cuidar do outro, ajudar o outro e a função tão idealizada de salvar vidas. Soma-se a isso, talvez, a percepção positiva sobre a Medicina que tenha sido originada através da admiração pelo primeiro profissional médico com quem convivi – meu pediatra, e que sempre foi extremamente competente e de uma atenção ímpar aos seus pacientes. Não é possível também afirmar o quanto que a relevância social e econômica que o ofício da medicina apresenta no contexto das profissões da saúde tenha tido impacto sobre esta decisão. Embora entenda-se que o “status” da profissão influencia escolhas, é possível supor, neste momento, que este não foi o principal determinante.

Por outro lado, será mesmo que não se poderia assumir que o status social e financeiro conferido pela profissão médica tenha influenciado sobre essa decisão? De certo que sim. Mas não propriamente o impacto que o status social tinha para mim (que nessa época, talvez, nem dimensão exata possuía sobre essas questões), mas para todos os meus familiares, e, sobretudo, para minha avó, que dizia, como se fosse um prêmio de honra ao mérito: “minha neta vai ser médica”.

O ingresso no curso de Medicina da Universidade Federal da Bahia (UFBA) associou-se à mudança de moradia e cidade. Ali, a formação médica foi pautada em características já

anunciadas por diversos autores, quais sejam: hierárquica, hospitalocêntrica e de saberes centralizados (MERHY, 2002; CECCIM; FERLA, 2008; ALMEIDA FILHO, 2014), dentre tantos outros. Importa destacar que o reconhecimento dessas características não se fazia presente no percurso desta minha formação.

Dentro do campo da Medicina, a escolha pela especialização em Ginecologia e Obstetrícia foi também gradual e, de certa forma, estimulada pelas atividades desenvolvidas junto à liga acadêmica da instituição. Contudo, é possível afirmar que há uma intrínseca relação dessa escolha à base familiar e ao protagonismo da mulher neste núcleo. A “Casa das Marias” – como era conhecida a casa da minha avó materna – na qual conviviam avó, tias, primas e mãe – foi o lar onde, de forma “aninhada”, foi construída a base na qual senti a força de mulheres aguerridas no enfrentamento das adversidades de uma sociedade patriarcal, marcada pela invisibilidade das mulheres e pelo apagamento de suas potências e superações.

Muitas são as “Casas das Marias” que são expressivas de iniquidades nas relações de gênero e que reverberam nos processos de saúde-doença-cuidado. Vale destacar, neste momento, que ter sido filha da “Casa das Marias” contribuiu para escolhas, olhares e pistas colhidas ao longo do caminho, escolhas estas que trouxeram um olhar mais atento para o cuidado a mulheres e que, ali, propunham-se a ampliar tal compreensão, através do conhecimento de suas trajetórias, neste percurso do mestrado. Entendo a relevância deste registro na medida em que considero que o atravessamento dessas histórias e vivências lançou luzes e vitalidade ao caminho que percorri, pois que, como trazem Graebin e Viegas (2012, p. 123, 131): “ao desenhar o nosso próprio caminho, desdobrado em algumas páginas deste texto, voltamo-nos para questões que pediram passagem em nossa trajetória. Cartografar é seguir o movimento e, mais do que isso, inscrever-se nele”.

E assim, outras pistas foram pavimentando o caminho, e direcionando para outras vias, a princípio vicinais, como a da docência.

A residência médica num hospital-escola permitia o rotineiro contato com estudantes e internos durante plantões, passagens de enfermaria e atividades ambulatoriais. Após a finalização da residência em Ginecologia e Obstetrícia, eis que ocorre o ingresso como docente do Eixo de Saúde da Mulher no Curso de Medicina, da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB), território no qual as raízes estão fincadas e para o qual retornava. Este, sem sombra de dúvidas, foi talvez o mais importante movimento de vida que mobiliza para este percurso que foi atravessado.

A UFRB era a segunda universidade pública federal implantada no estado da Bahia, após dois séculos. Fruto de uma política de democratização e interiorização do ensino superior,

emergia com compromisso político, social e ético com o seu território. E, neste sentido, instituiu, já na sua conformação, as políticas de ações afirmativas, uma vez que sua comunidade discente era formada, sobretudo, por estudantes negros e oriundos das classes D e E (UFRB, 2016).

O curso de Medicina da UFRB apresenta um modelo de formação estruturado em ciclos, sendo o primeiro de formação, configurado pelo Bacharelado Interdisciplinar em Saúde (BIS), que apresenta um Projeto Político Pedagógico de Curso com denso compromisso ético-político ligado ao SUS. Estes fatores conferem provocações e reflexões ímpares ao profissional daqui egresso e diplomado, pautadas por uma formação que se estrutura em “valores humanísticos, de justiça social e de responsabilidade sócio-sanitária” (UFRB, 2016, p. 3-5).

O ingresso nesta Universidade possibilitou uma outra perspectiva de formação médica, a partir da qual a experiência cotidiana foi permitindo alargar horizontes de modos de ser e de agir no campo da saúde. Encontros com o corpo docente e discente promoveram o contato com conceitos e experiências de interdisciplinaridade, de compartilhamento e descentralização de conhecimentos e saberes.

Imagens da assistência à saúde começaram a ser problematizadas. E era frequente questionamentos como: *“Do que adianta utilizar todo o conhecimento do que a ciência preconiza como ‘certo’ para determinada condição clínica de um paciente, se não procuramos saber nem mesmo se ele terá condição de arcar com os custos?”*. Ou ainda: *“Do que adianta criar rodas de conversa num serviço em prol do uso de métodos de prevenção de doenças, se não nos certificamos sobre os entendimentos de riscos, e o quanto as pessoas, influenciadas por questões palpáveis ou simbólicas, estão dispostas a assumir estes riscos?”*.

Outras imagens naturalizadas do cotidiano eram interrogadas, através dos encontros e conversas nos vínculos aqui construídos, tal como o racismo estrutural, bastante presente em vários ambientes e situações que vivenciamos: *“Olha ao redor e tenta encontrar algum preto sentado nas mesas para comer num restaurante... será que preto nesses ambientes (restaurantes e afins) só está assumindo as funções laborais?”*.

O ingresso posteriormente na Universidade Federal da Bahia (UFBA), enquanto docente, também ofereceu o contexto e o território no qual se delinearía a cartografia que se apresenta nesta experiência, pois as atividades docentes nesta instituição aconteciam no Pelourinho, Centro Histórico de Salvador.

E tendo contextualizado esse elo entre a Medicina e a docência, eis que se inicia o Mestrado Profissional em Saúde da Família que, num primeiro momento, tinha surgido a partir de um interesse em otimizar a carreira docente com a facilitação de ser em um programa na

própria faculdade de minha atuação profissional e também de minha residência. Mas foi aqui que pude ir conformando minha compreensão sobre o Sistema Único de Saúde (SUS), com toda sua abrangência, princípios e diretrizes¹; e, obviamente, conferindo aprendizados que estimulavam a produzir um modo de cuidar em saúde diferente, de certa forma, do que eu concebia e estava habituada a praticar, haja vista que minha formação em Medicina, pautada neste conceito de assistência à saúde sob o âmbito tradicional, hospitalocêntrico e médico hegemônico, não me oportunizou, de forma ampla, tais aprendizados.

O Mestrado intensificou e rebuscou o olhar sobre todas aquelas questões, que começaram a ser observadas já desde o ingresso na UFRB. As “cutucadas” dadas por cada um dos estudantes, por outros colegas da própria instituição e, até mesmo, por aqueles das minhas relações afetivas foram as primeiras provocações que despertaram para novos caminhos, e que foram consubstanciadas a cada discussão trazida neste programa. Eles, egressos de um processo de formação em saúde contra-hegemônico, aliados às observações e reflexões suscitadas pelos professores do mestrado, conduziram-me ao entendimento de que aquilo que eu entendia como “linha de cuidado”, para se fazer efetiva, precisava ser acolhedora, atenta e de escuta qualificada, além de não ser discriminatória, excludente e/ou opressora.

2.2 COLHENDO AS PISTAS NO CAMINHO

O percurso que se apresenta neste Trabalho de Conclusão do Mestrado, assim, teve seu primeiro passo propriamente traçado a partir do desenvolvimento de um diagnóstico situacional. Tratava-se, naquele momento, de uma atividade requerida em disciplina obrigatória do Mestrado, intitulada *Planejamento e Avaliação na Saúde da Família*. Naquela oportunidade, lecionando na UFRB e na UFBA, atuava, nesta última, em atividade docente assistencial no Ambulatório Materno-Infantil Professor Nelson Barros (AMINB), no Pelourinho, especificamente no Largo do Terreiro de Jesus, onde se situa o Complexo Monumental da Faculdade de Medicina da UFBA. Assim, convocada a elaborar um diagnóstico situacional do

¹ Segundo Noronha, Lima e Machado (2012, p. 365): “O Sistema Único de Saúde (SUS) conforma o modelo público de ações e serviços de saúde no Brasil. Orientado por um conjunto de princípios e diretrizes válidos para todo o território nacional, parte de uma concepção ampla do direito à saúde e do papel do Estado na garantia desse direito, incorporando, em sua estrutura político-institucional, espaços e instrumentos para democratização e compartilhamento do processo decisório e da gestão do sistema de saúde”. A base de regulamentação do SUS, em âmbito nacional, foi estabelecida através da Lei Orgânica da Saúde, da Constituição Federal de 1988 (leis n. 8080 e n. 8142 de 1990), além de uma série de portarias ministeriais publicadas ao longo das décadas de 1990 e 2000. A Lei Orgânica, assim, determina os princípios e diretrizes norteadores do funcionamento do SUS: Universalidade de acesso em todos os níveis da assistência; Igualdade na assistência à saúde sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie; Integralidade da assistência; Participação da comunidade; e Descentralização político-administrativa (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2012).

“território”, enquanto docente que atuava no âmbito da Unidade de Saúde da Família (USF) do Terreiro de Jesus, decidi realizar o Diagnóstico Situacional do Pelourinho, por meio da Estimativa Rápida Participativa (ERP)².

É importante relatar que o objeto inicial apresentado ao Programa do Mestrado estava associado a um tema da área de atuação, fruto de observações oriundas do cotidiano da assistência na condição de obstetra e pré-natalista, qual seria, a elevada frequência de adolescentes grávidas, sem planejamento adequado. Este reconhecimento motivou o interesse de conhecer o perfil das práticas sexuais e reprodutivas que envolviam este público, conhecimento este que seria utilizado para elaborar propostas de atividades educativas.

É válido aqui dizer ainda que, na ocasião, a proposta envolvia uma crença de que adolescentes poderiam não se valer de métodos contraceptivos que evitassem processos de adoecimento ou gestações não planejadas, em virtude do não conhecimento sobre tais métodos, não saber usá-los ou, ainda, não ter acesso a eles. A concepção “condicionadora” e estigmatizada deste grupo, não imbuída de uma visão ampla de outros determinantes e atravessamentos, não permitia entender que tais práticas poderiam estar associadas a outros sentidos relacionados à noção de riscos (e sua possível adoção), afetos e sensações.

Posso admitir que o desenvolvimento do diagnóstico situacional da área adscrita da USF Terreiro de Jesus³ - processo relevante para identificação das necessidades sociais de saúde

²A Estimativa Rápida Participativa (ERP) é uma das possibilidades metodológicas possíveis para se obter informações necessárias ao planejamento em saúde. Além de ser uma estratégia rápida e de custos reduzidos, incorpora e reflete princípios da equidade, participação e cooperação multisetorial. A ERP pauta-se na coleta de dados pertinentes, facilmente disponíveis e que reflitam condições locais e situações específicas, além do envolvimento da comunidade, através de representantes (atores) que possibilitem conhecer os pontos de vista de um grupo ou grupos de pessoas. Através destes dados, permite-se: descrição de fatores sociológicos que influenciam a saúde, incluindo o ambiente externo; as condições socioeconômicas e de saúde e adoecimento, mas também os potenciais e as barreiras existentes para melhorias da comunidade; existência de cobertura, acessibilidade e aceitabilidade dos serviços de saúde, serviços ambientais (água, coleta de lixo) e serviços sociais (educação, seguridade social) (WHO, 1998). A ERP realizada na USF Terreiro de Jesus permitiu conhecer algumas características principais da estruturação desta unidade e da dinâmica da vida de seus usuários e demais atores deste processo. Foram analisadas características sociodemográficas da população no geral, o que permitiu avaliar o perfil destes usuários, informações sobre condições de segurança, moradia, alimentação, saúde, emprego, transporte, educação, meio ambiente, organização social da população adscrita e as percepções dos próprios usuários e de alguns profissionais da própria equipe da ESF sobre os entraves encontrados na assistência, sejam agendamentos, acesso, marcação de outras consultas e procedimentos na Rede de Atenção à Saúde, obtenção de insumos e fármacos, principais condições que levaram esta população à unidade, atendimentos fora do âmbito da unidade (visitas domiciliares), dentre outras informações.

³A organização político-administrativa do município de Salvador compreende 10 Regiões Administrativas, denominadas Prefeituras Bairros, e 12 Distritos Sanitários. O Centro Histórico (que também corresponde a um Distrito Sanitário) é uma poligonal que compreende os bairros de Água de Meninos, Comércio, Mercado do Ouro, Santa Tereza, Aflitos, Conceição da Praia, Mercês, Santana, Ajuda, Curva Grande, Misericórdia, Santo Antônio, Alto da Esperança, Desterro, Mouraria, São Bento, Aquidabã, Djalma Dutra, Nazaré, São Francisco, Baixa dos Sapateiros, Faísca, Paço, São Joaquim, Barbalho, Fonte Nova, Palma, São José, Barris, Forte de São Pedro, Pelourinho, São Pedro, Barroquinha, Gamboa, Piedade, São Raimundo, Boulevard Suisso, Jardim Bahiano, Pilar, Saúde, Campo da Pólvora, Lapa, Poeira, Sé, Campo Grande, Largo Dois de Julho, Politeama, Taboão, Carmo,

de um território a fim de determinar prioridades de ação no âmbito do serviço - talvez, tenha me situado sobre a complexidade das práticas de saúde no contexto da atenção básica, ao passo que orientou os passos seguintes e abertura de novos horizontes.

O entendimento de “território”, habitualmente, fica reduzido ao conceito de “território adscrito”, delimitado espacialmente através de dados demográficos, geográficos, econômicos, sociais, culturais e epidemiológicos. Contudo, faz-se necessário ampliar esta compreensão. Para Merhy et al. (2019, p. 74), o território apresenta um conceito polissêmico, que vai muito além da dimensão material; ele se configura como uma rede de relações, um campo de forças, originadas em distintos momentos e diversos campos discursivos, produzindo inúmeros valores; “é construído historicamente, remetendo a diferentes contextos, intensidades e escalas: o si mesmo – como produção de si (territórios existenciais) e os lugares de produção da vida (a casa, a rua, o trabalho, o bairro, a cidade, a região, a nação, o planeta)”. As formas de vida nos territórios são repletas de sofrimentos, mas também de potências e vivências de relações em toda sua singularidade. Portanto, ao se “territorializar”, é necessário permitir um movimento muito além do mapeamento do território geográfico e social e, sim, um movimento que permita a inclusão da participação efetiva do “outro” (MERHY; BADUY; SEIXAS, 2016).

Todos os movimentos que foram realizados para compreender aquele território corroboraram para pavimentar um caminho que seria trilhado no percurso do Mestrado. O movimento passou pelo acesso e análise de informações de dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), e de informações de registros acerca da avaliação dos serviços realizados nesta Unidade.

Para realizar este diagnóstico também tive momentos de diálogo com a própria equipe da USF Terreiro de Jesus, assim como profissionais que nela atuaram em algum período, e que foram responsáveis pela construção dos documentos e registros prévios aos quais tive acesso.

Loteamento Lanat, Rosário, Tororó, Centro e Macaúbas. A USF Terreiro de Jesus é uma unidade inserida no Distrito Sanitário Centro Histórico, que além desta unidade, também comporta a USF Gamboa. A área adscrita da USF Terreiro de Jesus abrange: Largo do Terreiro de Jesus, Largo de São Francisco, Rua/ Ladeira de São Francisco, Praça da Sé, Rua do Saldanha, Rua José Gonçalves, Rua da Oração, Avenida Sá Ferreira, Rua e Rua e Travessa do Tijolo, Rua Guedes de Brito, Rua 3 de maio, Rua do Bispo, Beco do Seminário, Rua do Taboão, Rua do Julião, Rua Caminho Novo do Taboão, beco do Frezão, Largo/ Ladeira do Pelourinho (Praça/ Largo José Alencar), Rua J Castro Rabelo, Rua Leovigildo de Carvalho, Rua Alfredo de Brito, Rua das Laranjeiras, Rua Gregório de Matos (Maciel de Baixo), Rua João de Deus, Rua das Flores, Rua do Passo, Ladeira do Carmo, Ladeira do Ferrão, Beco do Porvir, Rua Frei Vicente, Rua Santa Izabel, Rua Ignácio Accioli, Rua 12 de Outubro da Ordem 3ª de São Francisco, Av. J.J. Seabra, Av. Baltazar, Travessa Rodrigo Silva, Rua do Tira Chapéu, Ladeira da Praça, Rua Ruy Barbosa, Rua do Tesouro, Rua das Vassouras, Rua da Ajuda, Rua Chile, Av. Jequitaia, Rua e Travessa do Pilar, Rua Alfredo Henrique de Azevedo, Travessa do Ministério, Rua e Travessa Campo Sales, Praça Marechal Deodoro (SALVADOR, 2018).

As conversas com estes “atores” ou “informantes-chave” (como preconizavam as orientações do trabalho para realização da Estimativa Rápida Participativa) me conferiram uma percepção ampla sobre as condições e peculiaridades daquele território, no qual eu estava “adentrando”.

No curso deste diagnóstico, os dados da USF Terreiro de Jesus produziram novos sentidos sobre a atuação naquele território, apontando que 20% dos atendimentos médicos desta Unidade eram destinados à População em Situação de Rua.

Algo estava sendo produzido na minha presença naquele território, convergindo para uma outra emergência, a partir do rastreamento desses dados, das informações sobre as pessoas que ali circulavam e que se encontravam à margem do meu olhar, passando a ocupar outros campos mais centrais, o que me impulsionou ao encontro de uma outra investigação.

Consolidando as informações sobre este diagnóstico situacional, sobre o processo de territorialização, e o entendimento das marcas da vulnerabilidade sobre o grupo de pessoas em situação de rua, inquiria a mim mesma sobre o quanto minha atuação profissional poderia determinar, preliminarmente, o que naquele momento denominava como uma linha de cuidado mais efetiva. Acredito que o diagnóstico situacional do Centro Histórico tenha projetado um “sentido” aos atendimentos, enquanto professora e pré-natalista, reconfigurando olhar e atenção, não só ao objeto de estudo do projeto de dissertação de mestrado, mas também ao “objeto” de atenção e cuidado de minha própria atuação profissional.

Neste percurso, o reconhecimento do processo de gentrificação⁴ que o Pelourinho vivenciou foi decisivo para ampliar a compreensão do olhar sobre o território e sobre as pessoas em situação de rua naquele espaço. O olhar comercial sobre o Centro Histórico, entendendo-o

⁴Mourad (2011, p. 11) define “gentrificação” como: “[...] um conjunto de processos articulados pelo capital, e o Estado assume o papel de principal facilitador desse fenômeno. A gentrificação se apropria de espaços residenciais, comerciais, equipamentos e de outros usos da cidade, provoca transformações sociais de elitização das áreas centrais e deportação da população pobre. A política de gentrificação não incorpora a justiça social, o direito à moradia para a população pobre ou o direito à cidade para todos”. As medidas “higienistas” dos espaços urbanos objetivam esconder as diferenças entre ricos e pobres, a fim de transmitir uma imagem positiva de sua sociedade. Para tanto, essas medidas precisam impor controle rígido sobre a população marginalizada, punindo, reprimindo e hostilizando essa população, expulsando dos ambientes públicos, para que estes se mantenham “bonitos cenários” aos olhos dos turistas, porque assim atenderão às demandas dos grandes empreendimentos que necessitam de ruas “limpas”, caracterizando, portanto, o processo de “gentrificação”. Diversos trabalhos apontam para este processo recente de urbanização de regiões, consideradas atrativas, marcado pela expulsão de perfis de habitantes que nelas residem (FERNANDES; DANTAS NETO, 2006; NOBRE, 2003; MOURAD, 2011; SANTOS, 2017). Sabe-se que a população em situação de rua sofre diversas reações contrárias a sua permanência nas ruas, sendo alvo frequentemente de expulsões forçadas. Esse processo de hostilização da população em situação de rua foi denominado pelos americanos como Síndrome de NIMBY (*Not in My BackYard*), o que significa “Não em meu Quintal”. Isso mostra que todos os processos de discriminação contra o corpo, a aparência física, a forma de se vestir e contra os comportamentos desses indivíduos intensificam os estigmas sociais que tal população enfrenta. A fim de atrair investimentos globais, as cidades passam a adotar estratégias de renovação ou regeneração urbana, o que se configura propriamente como a retirada dos indivíduos em situação de rua dos ambientes em que eles estão, para que não “poluam” os locais públicos (MOURAD, 2011).

como ambiente de visitação turística, fez iniciar um movimento, promovido pelo Estado, na década de 90, de expulsão da população do Centro Histórico, em direção aos entornos desta área denominada “recuperada”, e este processo implicou em maior vulnerabilidade e marginalização – no sentido próprio da palavra de “pôr à margem” (ESPINHEIRA, 2009). O Centro Histórico da área “recuperada” ou “gentrificada”, tornava-se um ambiente com intenso policiamento e isento de pobres e antigos moradores; em contrapartida, em seus entornos, intensificava-se o direcionamento desses novos habitantes desafortunados, estigmatizados como “ex-moradores do Pelourinho – lugar de ladrões, traficantes, drogados, travestis e prostitutas”, mas que não conseguia tirar deles a apropriação e o sentimento de pertencimento desse território. Ainda que em condições de precariedade extrema e subumanas, eles mantêm-se ali, resistem, e não desvinculam suas atividades diárias, em prol do sustento, à dinâmica do Centro Histórico, àquele contexto, e são eles quem habitam propriamente este território (ESPINHEIRA, 2009; SANTOS, 2017).

O Pelourinho não é qualquer lugar. Toda a história ali presente já o torna um lugar diferenciado, rico e belo. Mas quem torna o Centro Histórico ainda mais rico de saberes são as pessoas que ali vivem, convivem e sobrevivem.

E assim, os receios iniciais de andar pelas ruas do Pelourinho foram cedendo lugar a compreensão das marcas e histórias daquele território gentificado, que guarda ancestralidades em suas ruelas e becos. Compreendi naquele momento que estava sendo capturada pelo território.

Encontrar é achar, é capturar, é roubar, mas não há método para achar, só uma longa preparação. Roubar é o contrário de plagiar, copiar, imitar ou fazer como. A captura é sempre uma dupla-captura, o roubo, um duplo-roubo, e é isto o que faz não algo de mútuo, mas um bloco assimétrico, uma evolução a-paralela, núpcias sempre “fora” e “entre”. (DELEUZE; PARNET, 1998, p. 15).

Ao entrar no mestrado e ter definido que avaliaria práticas sexuais e reprodutivas em um grupo de adolescentes escolares, no interior do estado da Bahia, não acreditava fazer sentido “territorializar” no Centro Histórico, já que era este meu ambiente de atuação profissional. O atravessamento que me ocorreu, e que foi observado por uma das professoras do componente, após a apresentação daquele produto, “Diagnóstico Situacional do Centro Histórico de Salvador”, naquele momento, não tinha sido percebido nem mesmo por mim. No entanto, ele já estava se processando há algum tempo, não apenas nos estudos em si sobre o território (afinal “territorializar” não é apenas isso), mas em cada uma das discussões que este programa me proporcionou, fazendo-me refletir sobre mim, enquanto profissional e pessoa, mas sobretudo, deixando-me aberta a esses encontros.

Este novo objeto foi se atualizando na experiência, produzindo outros modos de me posicionar e agir no território, à medida que me apropriava e compreendia suas dimensões geográficas, mas, sobretudo, existenciais. E, com isso, outras aproximações foram sendo forjadas. A Equipe do Consultório de Rua do Pelourinho foi um encontro que permitiu acesso a referências que contam a história do Centro Histórico e de sua população.

O acompanhamento das atividades e das visitas a campo da Equipe do Consultório de Rua permitiu não só conhecer pessoas em situação de rua (e seus contextos de vida, brevemente), lideranças dos movimentos sociais, mas também permitiu perceber o vínculo que estas pessoas tinham com a equipe, expressas em um relato de um dos moradores: “*O pessoal do consultório de rua olha pra gente diferente do restante do pessoal que trabalha nessa área. Eles enxergam a gente como gente mesmo*”. E isto já começava a me chamar atenção (e até me conferir encanto) sobre este modo de cuidar mais próximo, sem distanciamentos, compreendendo as circunstâncias da vida daquele usuário de forma ampla.

Vários outros momentos de visitas de campo também produziram impactos e foram definidores desse objeto de estudo. Assim, os encontros foram sendo produzidos, dentre os quais destaca-se aquele vivenciado com o grupo “Cuidando de Marias” - criado pela própria equipe do Consultório de Rua, destinado a mulheres *cis* e população de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transexuais, Queers, Intersexo, Assexuais e mais (LGBTQIA+), que tem o objetivo de promover discussões, através de rodas de conversas ou outras dinâmicas de grupo, sobre temas diversos e de interesse dessas pessoas. Em um dos momentos desse grupo, a fala de uma mulher *trans* chamou minha atenção: “*Viver na rua já é difícil; ser mulher em situação de rua ainda mais difícil, imaginem aí o que é também ser uma mulher travesti em situação de rua*”. Vidas já extremamente vulneráveis e vilipendiadas, por viverem nas ruas, ainda eram impactadas pelas questões associadas à identidade de gênero.

Outros relatos confrontavam concepções prévias sobre a condição de pessoas em situação de rua. O ambiente das ruas que soava, a princípio, hostil era apresentado com novas vestes para parte das pessoas com as quais começava a interagir – coexistia uma conotação de liberdade. No ambulatório de pré-natal, uma gestante enunciava: “*eu gosto da rua, aqui eu tenho a liberdade que nunca tive*”.

A partir de então, não mais pensava no ambiente de trabalho e nas pessoas que atendia a cada semana sem recordar constantemente das marcas que elas carregam rotineiramente, dos processos opressores e excludentes que ali – no Pelourinho – existiam. Até chegar ao “consultório”, aquela mulher tem uma vida, um contexto, uma história vivida e, também, toda sua ancestralidade, que marcam, diretamente ou indiretamente, sua existência.

Andar pelas ruas do Pelourinho sem temor, sem receios de ser agredida e/ou roubada, passou a conformar um novo plano de experiência. Ao me despir do medo, da imagem de periculosidade, mais se encurtavam as distâncias dentro deste território existencial a partir do qual foram se produzindo mutuamente sujeitas e investigação.

E foi assim que comecei a atuar no cuidado àquelas pessoas, entendendo que jamais conceberia, enquanto mulher branca e privilegiada, todos os infortúnios que eles vivenciam dia a dia. No entanto, a partir do momento em que me aproximava sem medo, sem julgamento e sem estigmatização sobre aquela população, paulatinamente, já se descortinava um modo de cuidado. O diálogo com Dultra (2018), por meio de sua dissertação de mestrado sobre acesso à atenção básica por parte da população em situação de rua nesse território, foi instigador nesta direção. Dultra (2018, p. 22) afirma:

Assumir os privilégios de ser branca e de classe média certamente me ampliaram os horizontes e construíram esse outro olhar diante do outro. Assumir os privilégios é indispensável. Contudo, o que pretendo trazer aqui é o entendimento de que, sim, a produção de cuidado pressupõe diferenças entre as partes, mas dispensa hierarquias.

Sendo assim, a imersão na compreensão desse território e as discussões que dela derivaram no Mestrado foram decisivas à reorientação do caminho, que se deu por captura de um território, procurando compreender as trajetórias de mulheres gestantes em situação de rua no Centro Histórico de Salvador – Bahia, e atendidas no Ambulatório Materno Infantil Professor Nelson Barros. Por sua vez, o Pelourinho - o território - foi se constituindo ao longo. E assim, o medo inicial, existente nos primeiros passos neste território, ia se redesenhando a cada pista que se apresentava, afinal, como refletem Passos e Barros (2015, p. 31): “Conhecer o caminho de constituição de dado objeto equivale a caminhar com esse objeto, constituir esse próprio caminho, constituir-se no caminho. Esse é o caminho da pesquisa-intervenção”.

E por todo este processo, também foi se produzindo em mim um outro modo de agir e de pensar este território, pois que: “Conhecer é, portanto, fazer, criar uma realidade de si e do mundo, o que tem consequências políticas” (PASSOS; BARROS, 2015, p. 30).

2.3 REFLEXOS DA EXPERIÊNCIA DE TERRITORIALIZAR

O diagnóstico situacional e a territorialização me conduziu à compreensão de um “segmento populacional”⁵ importante do Centro Histórico de Salvador, como um todo. O

⁵Por vezes, o termo utilizado em referência a pessoas em situação de rua será o de “população” ou “segmento populacional” em virtude de muitas caracterizações dessas pessoas trazerem esta “denominação”. Contudo, trago aqui uma crítica, de antemão, a essa forma de referenciar pessoas em situação de rua, pois impõe uma visão uniformizadora de tais pessoas. Embora haja o entendimento de características comuns entre elas como as marcas da vulnerabilidade, opressão e destituição por diversas instituições (trabalhistas, familiares, entre outras), elas têm

investimento em reconhecer a magnitude deste “segmento” e os processos pelos quais são levados à situação de rua descortinou múltiplas determinações, abarcando questões estruturais, circunstanciais, individuais e próprias da trajetória de vida de cada pessoa, cujo processo reflete o sistema capitalista de produção (CARVALHO; SANTANA; VEZEDEK, 2017), e os efeitos dele derivados, que provocam precarização das relações de trabalho, desigualdades e exclusão social intensificada (SILVA, 2006). Com efeito, a miséria econômica embasa a grande maioria (senão a totalidade) das situações de marginalidade, embora não seja o único determinante. A marginalidade tornou-se reflexo de um “duplo desligamento”: ausência de trabalho e isolamento relacional ou desfiliação extrema (CASTEL, 1997).

Ao longo de 8 meses, nos quais eu já trabalhava no Pelourinho, visualizava pessoas que supunha em situação de rua, sob o olhar de medo e, talvez até, de inquietação ou de infortúnio, pois ao chegar naquele território era tão logo abordada por elas, seja para cobrança por vagas de estacionamento, ou pedindo dinheiro. Sentia-me intimidada, com receio de agressão ou de furto. Chegava ali e andava a passos rápidos, olhando para os lados, como se a qualquer momento pudesse acontecer algo, pois permeava a ideia de que aquele público era composto por “marginais”, “drogados” e “vagabundos”.⁶

O personagem do “vagabundo”, nesse contexto, é a imagem que predomina no senso comum e se apresenta como reflexo da marginalização e “desfiliação” extrema (CASTEL, 1997, p. 24)⁷. Portanto, as imagens construídas sobre essas pessoas são eivadas de preconceitos e estigmas e as uniformizam sob o peso de conotações pejorativas que reforçam o lugar marginal que a sociedade lhes impõe.

Os estudos que buscaram caracterizar as pessoas em situação de rua são concordantes de que não se trata de um grupo com características homogêneas ou um perfil populacional. A heterogeneidade é característica dessas pessoas, cuja origem, vinculações sociais e perfis

singularidades em suas vivências e trajetórias, e não se constituem em um bloco homogêneo de pessoas (CARVALHO; SANTANA; VEZEDEK, 2017).

⁶A associação comum de pessoas em situação de rua a determinado “personagem” alcunhado como o “mendigo”, o “bêbado”, o “usuário de drogas”, a “prostituta”, o “homem do saco” (que assustava as crianças) cria uma falsa percepção apenas de indivíduos ou figuras isoladas vagueando pela sociedade. Essas designações fragmentadas acabaram auxiliando também, ao longo dos anos, na percepção da sociedade de que as pessoas em situação de rua eram viventes que faziam parte de um “coletivo de espoliados urbanos” ou de “destituídos de condições humanas e dignas de vida”, mas um “coletivo” limitado, não permitindo entender o quanto que o número de pessoas em situação de rua tornava-se cada vez mais marcante e expressivo (CARVALHO; SANTANA; VEZEDEK, 2017).

⁷Castel (1997, p. 24) reflete que a miséria econômica embasa a grande maioria (senão a totalidade) das situações de marginalidade. Embora os recursos financeiros impactem diretamente na caracterização de situações marginais, não são os únicos determinantes. A marginalidade, desde as sociedades pré-industriais, tornou-se reflexo de um “duplo desligamento”: ausência de trabalho e isolamento relacional: “Ele não trabalha, apesar de poder trabalhar, no sentido de estar apto ao trabalho. Ao mesmo tempo, ele está cortado de todo apoio relacional”.

socioeconômicos são diversificados (SILVA, 2006; ESCOREL, 2000; BURSZTYN, 2000), mas que são marcadas pela “pobreza”⁸ (ou extrema pobreza) e “exclusão social”⁹, por estarem à margem de conjunturas sociais capitalistas e neoliberais (CRUZ, 2018).

Por sua vez, a busca para compreender essas pessoas sob o ponto de vista censitário permitiu reconhecer que a identificação e quantificação da população em situação de rua é complexa em virtude do constante deslocamento na cidade e em espaços habitualmente de difícil acesso, ou ainda “invisíveis” aos olhos da sociedade. É importante ressaltar, contudo, que a “conceituação” (ou caracterização) das pessoas em situação de rua foi um marco importante que contribuiu para trazer visibilidade a este “grupo populacional” exposto às condições de sobrevivência precárias e cujos direitos humanos são violados cotidianamente (CARVALHO; SANTANA; VEZEDEK, 2017).

Neste investimento, percebe-se nuances com algumas distinções nas caracterizações empregadas por estudos ou censos realizados no âmbito dos municípios ou estados brasileiros que promoveram estas contagens¹⁰. Destaca-se, aqui, a definição do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS), no contexto do I Censo e Pesquisa Nacional sobre População em Situação de Rua, o qual aludiu que:

⁸O conceito de pobreza, embora ainda apresente-se sem consenso, foi caracterizado sob a ótica das necessidades básicas desde a década de 1970, quando abandonou o critério eminentemente de renda e considerando questões de privação de educação, saneamento e habitação. Após este entendimento, o desenvolvimento do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), em 1990, como um indicador social sintético que avaliasse a amplitude dos marcadores sociais, foi um marco. No entanto, ao se considerar exclusivamente a esperança de vida ao nascer, o nível educacional e o Produto Interno Bruto (PIB) per capita não permite captar as particularidades da desigualdade social e diferenças socioeconômicas entre os países (MENDES; RONZANI; PAIVA, 2019).

⁹A exclusão social faz referência ao isolamento do indivíduo e a um não pertencimento à sociedade (ESCOREL, 1999; CRUZ, 2018), segregando-o enquanto possível colaborador ao desenvolvimento social e econômico. Aos excluídos é conferido a invisibilidade, a intocabilidade e o desprezo, numa perpetuação dos privilégios e estratificação de vidas (VARIKAS, 2014). E como a exclusão social também apresenta-se na conjuntura da lógica capitalista e neoliberal, reforça-se a importância do trabalho nas relações sociais, definindo “incluídos” e “excluídos” da sociedade; ou seja, é através do trabalho que se há uma “permissão” ou não de ingresso a uma vida social, contemplada por meios de consumo, moradia, lazer, saúde e educação (CASTEL, 1997).

Como diz Costa (2005, p. 3): “A exclusão social, que passamos a conhecer, tem origens econômicas, já referidas, mas caracteriza-se, também, pela falta de pertencimento social, falta de perspectivas, dificuldade de acesso à informação e perda de autoestima. Acarreta consequências na saúde geral das pessoas, em especial à saúde mental, relaciona-se com o mundo do tráfico de drogas, relativiza valores e estabelece padrões e perspectivas de emancipação social mais restritos”.

¹⁰ “Àquele segmento da população que vive em situação de extrema pobreza e que, por contingência temporária ou de forma permanente, está habitando logradouros públicos tais como praças, prédios abandonados, sob marquises, pontes ou viadutos entre outros locais” (PORTO ALEGRE, 1999); “o segmento de baixíssima renda que, por contingência temporária ou de forma permanente, pernoita nos logradouros da cidade – praças, calçadas, marquises, jardins, baixos de viaduto – em locais abandonados, terrenos baldios, mocós, cemitérios e carcaça de veículos. Também são moradores de rua aqueles que pernoitam em albergues públicos ou entidades sociais” (SÃO PAULO, 2003); “Grupo populacional heterogêneo constituído por pessoas que possuem em comum a garantia de sobrevivência por meio de atividades produtivas desenvolvidas nas ruas, os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados e não referência de moradia regular” (RECIFE, 2006; BELO HORIZONTE, 2006).

A população em situação de rua consiste em um grupo heterogêneo, que tem em comum a extrema pobreza, vínculos familiares fragilizados ou rompidos, a vivência de um processo de desfiliação social decorrente da ausência de trabalho assalariado e que assume a rua como espaço de moradia e sustento (BRASIL, 2009b, p. 19):.

Uma definição mais ampla foi proposta e utilizada pelo Projeto “Cartografias dos Desejos e Direitos: Mapeamento e Contagem da População em Situação de Rua na Cidade de Salvador, Bahia, Brasil”¹¹, que estabeleceu a população em situação de rua como “grupo populacional heterogêneo, que utiliza logradouros públicos, áreas degradadas como espaço de moradia ou sobrevivência, de forma permanente e/ou intermitente, em situação de vulnerabilidade e/ou risco pessoal e social”¹² (CARVALHO; SANTANA; VEZEDEK, 2017). Nessa definição é possível reconhecer um elemento importante que não a vincula à determinação que levou a pessoa à situação de rua, mas localiza a situação de rua como um espaço de vulnerabilização da sua existência.

Tal definição resultou de uma ampliação do entendimento de pessoas em situação de rua, pois a relação ou conexões que elas estabelecem com a rua não implicam, necessariamente, na exclusão de outros contextos, como família, instituições de atendimento, comunidades, entre outros. Ou seja, do ponto de vista social, pessoas em situação de rua são pessoas que vivenciam a rua das mais diferentes formas, se relacionam nela e com ela, e conferem à “rua” as mais distintas funções de produção e de reprodução da vida. Os indivíduos em situação de rua atribuem à rua, enquanto espaço físico e social, entre outros, um lugar de produção da própria sobrevivência e/ou ambiente de socialização (CARVALHO; SANTANA; VEZEDEK, 2017).

Através de todas as definições é possível reconhecer o uso marcante da concepção de vulnerabilidade como característica dessa população. Segundo Castel (1997, p. 26): “É a vulnerabilidade que alimenta a grande marginalidade ou desfiliação”.

A vulnerabilidade¹³ foi compreendida como a total fragilidade do “viver”, a partir da exposição a situações limítrofes de negação da dignidade humana, negação de direitos e de um

¹¹Agrega definições da Política Nacional para Inclusão Social da População em Situação de Rua (BRASIL, 2009a) e da Resolução Conjunta Conselho Nacional de Assistência Social – CNAS e do Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescentes – CONANDA (BRASIL, 2016).

¹²A referência à “rua”, extrapola as definições físicas, e inclui todos os possíveis locais que funcionem como abrigo (espaços públicos como parques ou praças ou espaços privados como prédios e depósitos abandonados), ou ainda instituições de pernoite, sejam elas mantidas pelo poder público ou subsidiadas por Organizações Não Governamentais (ONG), igrejas e/ou organizações filantrópicas (BRASIL, 2016).

¹³Um outro entendimento do conceito de vulnerabilidade, suas distinções e particularidades é articulado por Sotero (2011). Para este autor, a vulnerabilidade parte de um conceito bioético, que entende uma condição universal de ameaça ou fragilidade, faz perceber que todas as pessoas, pelo simples fato de estar vivo, são susceptíveis a adversidades, e portanto, seres vulneráveis. Contudo, ao se entender que as pessoas são susceptíveis em intensidades diferentes, é válido o entendimento e, talvez, a adoção do conceito de “vulneração”, que entende um plano de vulnerabilidades e iniquidades concretas, ou seja, vulneração configurar-se-ia como a vulnerabilidade

lugar enquanto sujeito social (exclusão social) e subjetivo, daí o entrelaçamento e a complementação destes dois conceitos (SCOREL, 1999). Mesmo entendendo que o conceito acopla múltiplas determinações, a partir da perspectiva integral necessária ao entendimento do modo de vida de pessoas com restrição (ou ausência) do acesso a seus direitos (MENDES; RONZANI; PAIVA, 2019), ainda havia um entendimento reducionista.

Ayres et al. (2009) propõem o entendimento da vulnerabilidade a partir da compreensão de interferências de dimensões interdependentes - individual, social e programática. A dimensão individual diz respeito a valores, crenças, interesses, credos, afetos, comportamentos, mas também, por exemplo, ao grau e a qualidade das informações sobre determinada condição e capacidade de associar ou não estas concepções ao seu modo de vida. A dimensão social reconhece os processos saúde-doença como tributários de processos sociais, relacionados ao contexto material, moral, cultural, político e vinculado à vida em sociedade. Os autores refletem:

Aspectos tais como a estrutura jurídico-política e as diretrizes governamentais dos países, as relações de gênero, as relações raciais, as relações entre gerações, as atitudes diante da sexualidade, as crenças religiosas, a pobreza, etc.; são aspectos que permitem compreender os comportamentos e práticas [...] dos indivíduos [...] todos estes aspectos devem ser incorporados às análises de vulnerabilidade. (AYRES et al., 2009, p. 5-6).

Por fim, a dimensão programática implica o entendimento de que algumas instituições, especialmente saúde, educação, bem-estar social e cultura, podem se configurar como elementos com potencial de reproduzir (ou até mesmo aprofundar) as condições socialmente dadas de vulnerabilidade. Ao se analisar as condições de vulnerabilidade, assim, faz-se necessário pensar sob uma ótica dinâmica e complexa, que entenda o valor da construção de significados, e agregação de elementos diversos que contribuam para determinada condição (AYRES et al., 2009).

No percurso de compreender como se distribuía aquela população em situação de vulnerabilidade, que representava 20% da população atendida na USF Terreiro de Jesus, identificamos que, segundo o I Censo do MDS, existiam 31.922 pessoas em situação de rua, distribuídas em 71 municípios nos quais ocorreram o levantamento (municípios com população superior a 300.000 habitantes). Isso representava à época um percentual de 0,061% da população dessas cidades (BRASIL, 2009b). Essa média era compatível com a variação de

consubstanciada. As experiências de vulneração são: ausência de trabalho, fome, falta de moradia, violência, violação dos direitos humanos, doenças, frio, chuva, afastamento do convívio familiar, dificuldades de inserção na educação e saúde, cuidados individuais, sentimento de pertencimento social e expectativa de vida futura digna (SOTERO, 2011).

proporções encontradas em avaliações censitárias realizadas em cidades brasileiras previamente, que variou entre 0,049% e 0,086% (SÃO PAULO, 2003; RECIFE, 2006; BELO HORIZONTE, 2006).

Após esse primeiro censo nacional, não foi realizada nenhuma outra investigação com tamanha envergadura. A informação mais recente, de maior abrangência, pontua que, em março de 2020, a população em situação de rua então somava pouco mais de 220 mil pessoas, sendo 83% em municípios de grande porte, com mais de 100 mil habitantes (NATALINO, 2020), e provavelmente com a pandemia do Covid-19, os números devem crescer ainda mais. Em fevereiro de 2020, havia mais de 146 mil pessoas que se declararam nessa situação no Cadastro Único de programas sociais do governo federal (BRASIL, 2020). Segundo o estudo de Natalino (2020), cerca de 73% da população em situação de rua estaria concentrada no Sudeste (56,2%) e Nordeste (17,2%).

Em pesquisa realizada na cidade de Salvador, pelo Projeto Axé, Universidade Federal da Bahia e Movimento Nacional da População de Rua, entre janeiro e novembro de 2017, estimou-se, através de estratégia de captura e recaptura e da técnica Snowball¹⁴, que existiam entre 14.513 e 17.357 pessoas em situação de rua na cidade de Salvador, total este superior às estimativas do I Censo do MDS supracitado (CARVALHO; SANTANA; VEZEDEK, 2017).

E quais as características sociodemográficas desta população? Os dados apontam que são predominantemente homens (82%) e na faixa etária entre 26 a 35 anos. Os dados também mostram que a grande maioria das pessoas em situação de rua (67%) se autodeclara negro¹⁵, percentual superior ao identificado para a população geral à época que era de 44,6% (BRASIL, 2009b). Ainda neste censo (estratificando as pessoas que se autodeclararam pretas e as que se autodeclararam pardas, em situação de rua), observou-se que 27,9% se autodeclararam pretos, percentual este consideravelmente superior ao encontrado para a população brasileira geral, que era de 6,2% (BRASIL, 2009b).

Em Salvador, 58,2% das pessoas em situação de rua se autodeclararam pretas, 34,6% pardas, 5,5% brancas, 0,8% amarelas e 1,0% indígenas (CARVALHO; SANTANA; VEZEDEK, 2017), o que representa (segundo a proposta do IBGE, acima citada), uma proporção de negros expressiva e superior à apontada pelo censo do MDS de 2009 (BRASIL, 2009b).

¹⁴Técnica de amostragem também conhecida como “bola de neve”, que consiste na indicação de participantes por pessoas já entrevistadas na pesquisa, como cadeias de referência de amostra não probabilística.

¹⁵Classificação proposta pelo IBGE de cor/raça, que considera negra toda pessoa que se autodeclara parda ou preta.

Além disso, ainda sobre as pessoas em situação de rua no âmbito nacional, percebeu-se que, em sua maioria, não concluíram o primeiro grau (ensino fundamental) de estudos (63,5%), 17,1% não sabiam ler e escrever, 0,7% referiu ter nível superior incompleto e 0,7% nível superior completo (BRASIL, 2009b). A maior parte das pessoas em situação de rua concentrava-se na economia informal (apenas 1,9% delas afirmaram ter carteira assinada) e mais da metade dessa população, por sua renda mensal média, foi caracterizada como miserável ou indigente à época da contagem (BRASIL, 2009b).

A experiência de territorializar o Pelourinho me conduziu a um empreendimento insuspeito, até então, de investigar a experiência e trajetórias reprodutivas de mulheres em situação de rua. Afinal, assim como Mendes, Ronzani e Paiva (2019, p. 10) citam:

A compreensão do “estado da arte” do fenômeno de pessoas em situação de rua, assim, aponta para a necessidade de estudos que considerem tanto as trajetórias de vida e particularidades das pessoas em situação de rua, quanto as vejam como pertencentes e atingidas por condições e valores societários complexos nos âmbitos políticos, sociais e econômicos – portanto, atravessadas pelos marcadores de gênero, raça, sexualidade, classe, entre outros.

O entendimento das vulnerabilidades e iniquidades vivenciadas por essas pessoas impulsionava, com mais potência, a realização de um estudo com pessoas em situação de rua, cuja ideia-força não se pautava em reproduzir as condições de vulnerabilização programática aludida por Ayres et al. (2009). Entendia-se que “aqui” seria necessário construir as bases a partir das quais fosse possível “fazer alguma diferença”. E isso me motivou, de forma geral, a pensar estratégias que contribuíssem para o plano de cuidado a esses viventes. E, ainda, na discussão derivada do diagnóstico situacional, considerando que eu advinha de uma especialidade médica e ingressava no campo da atenção básica, e também de uma forma de pensar o “fazer ciência” tradicional, foi-me lançada a aposta cartográfica como caminho possível, tendo em vista todo o processo de implicação que estava se descortinando com o território. A certeza era apenas o de me permitir às descobertas e reconfigurações que o caminho suscitava, de resto era um “lançamento” a este plano da pesquisa e da atuação médica.

Este plano da experiência produziu também, assim, um novo modo de acolher e escutar o outro gradualmente, em meio a tentativas de aproximações e encontros. E nesse processo, parafraseando Dultra (2018, p.22), “Tirei o jaleco propriamente e junto dele tirei muita coisa”.

Ao lado de tentar compreender as histórias de vida de mulheres em situação de rua e os seus modos de viver, também iam sendo produzidas novas subjetividades e modos de ser e de agir no cuidado. Cada fato narrado dessa trajetória concorreu para definição deste objeto, pois, segundo Reis et al. (2012, p. 855), “um território é sempre um tanto enigmático aos estrangeiros.

E como conhecê-lo? É necessário cartografá-lo: não apenas percorrer suas ruas para vê-lo, mas também para escutar seus discursos e deixar-se afetar”.

Todo este processo culminou com o fato de eu ter encontrado e reconhecido, ao longo de minha caminhada, uma mulher *trans* em situação de rua. Em uma roda de conversa promovida pela Equipe do Consultório de Rua do Centro Histórico de Salvador, tive oportunidade de conhecer essa pessoa em situação de rua. Seu nome era Flor Maria (nome fictício). Flor era uma mulher *trans* em situação de rua e de prostituição, que convive com o vírus HIV. Recém-egressa de uma penitenciária, vivia em um dos albergues comunitários do Pelourinho. Referiu que desde que tinha saído da penitenciária, há 3 meses, não conseguia renovar sua receita para medicações de controle da infecção por HIV e não tinha acompanhamento pertinente para sua condição clínica. Ela pediu ajuda, pois eu havia sido apresentada como ginecologista e obstetra, que fazia atendimento na USF do Terreiro de Jesus. Pedi, então, que ela me procurasse em meu turno de atendimento nesta USF, para prover os encaminhamentos pertinentes e receitas medicamentosas apropriadas. No turno e horário em que marquei de encontrá-la, ao chegar na Unidade, a recepcionista falou: “*Doutora, tem um rapaz que procurou a senhora mais cedo, de nome Douglas*”. Fiquei sem entender, afinal não tinha marcado compromisso com alguém que se chamasse Douglas. E então me falaram: “*Ele disse que estava num encontro com a senhora esta semana, e que a senhora marcou com ele aqui*” (sic). Naquele momento, consegui ligar os fatos, e entender que o rapaz a que a recepcionista se referia poderia ser, na verdade, “Flor Maria”. Então perguntei: “*Não seria, Flor?*”. E ela disse: “*Isso mesmo, doutora. Pedimos para ele retornar agora de tarde*”. E naquele dia, ela não retornou.¹⁶

E esta situação me fez refletir: Flor Maria é “só” mais uma entre várias mulheres que vivem em situação rua, que ao chegarem aos ambientes públicos são frequentemente

¹⁶O encontro com os serviços de saúde pela população em situação de rua nem sempre é um momento de acolhimento adequado às demandas, ou que promova uma vinculação assertiva, o que demonstra uma falta de preparo dos serviços para entender as singularidades destas pessoas. Além disso, ainda fazem parte da realidade dessa estrutura do atendimento da rede atitudes preconceituosas e discriminatórias. Algumas posições dos serviços que refletem restrições e dificuldades de acesso são as exigências de que as pessoas tomem banho para que venham a ser atendidas, a necessidade de que estejam acompanhadas, as negativas em fazer procedimentos por receio de contaminação, ou ainda exigências de documentos (AGUIAR; IRIART, 2012; VARANDA; ADORNO, 2004; QUINTINO, 2015). Sendo assim, uma parcela importante da população em situação de rua não procura os serviços de saúde por não se sentir incluída no SUS. O ambiente que deveria ser inclusivo, ou que não distingue características de cor, raça e classe social, apresenta-se, assim, ineficaz na recepção destas pessoas, na resolução de suas demandas de saúde, ineficaz em seus propósitos de assistência (SANTANA; CASTELAR, 2014). Na grande maioria das vezes, promove-se maior distanciamento dos serviços, além de pouca acessibilidade às políticas e aos direitos, enquanto cidadãos, de forma geral.

estigmatizadas por sua condição de rua, com roupa “inapropriada”, condição de higiene e asseio “inapropriados”, e por serem pedintes “importunas”. Mas, além de tamanha vulnerabilidade e estigmatização que a rua confere, elas também sofrem as consequências desses processos nos espaços institucionais, reproduzindo um sistema de vulnerabilização, que violentam os desenvolvimentos de subjetivação de sua identidade de gênero.

Flor vivenciou todas essas afetações num serviço de saúde - ambiente no qual se deve promover saúde, escuta qualificada e acolhimento adequado; local em que deveria se estar atento ao sofrimento psíquico que os estigmas sociais podem conferir a um indivíduo; e onde se faz preciso compreender a diversidade e se respeitar a autonomia do sujeito. E foi neste serviço de saúde que ela foi, mais uma vez, desrespeitada ao não ser chamada por seu nome social. Foi embora e não mais retornou; e toda vulnerabilidade extrema de sua condição de mulher *trans* em situação de rua ainda se intensificava por um processo de adoecimento, que não estava sendo tratado e acompanhado de forma adequada.

Sendo assim, qual é o cuidado que está sendo produzido?

Se a função, enquanto agente de saúde, é apenas tratar doença, nem esta conseguimos lograr êxito, pois não tratamos a de Flor. Se a função é prevenir agravos, além de outros sofrimentos psíquicos, não prevenimos. Se a função é promover acolhimento, não acolhemos. Se a função é construir vínculo com a usuária, assim não o fazemos. Se a função é garantir o direito do cidadão, privamos Flor de um direito primaz – o direito de liberdade de expressão – afinal ela não pode expressar sua identidade de gênero. Enfim, não promovemos escuta, acolhimento ou vínculo.

Quantas “Flor Marias” estão por aí desassistidas, por não se sentirem incluídas e respeitadas nos mais diversos serviços (inclusive, os serviços de saúde)?

Quanto a isso, Liberman e Lima (2015, p. 190) refletem: “o encontro do cartógrafo com o mundo é criação permanente e delicada, sem garantias, para se saber um pouco mais de si, abrir e ampliar repertórios e conectividades com mundo e para experimentar o que o corpo pode”. Assim, os encontros foram se ampliando e confluindo para novos horizontes de atuação e implicação no território e com as pessoas que ali vivenciavam.

E a partir de todas essas pistas e trajetória já percorrida, buscou-se tentar reconhecer as trajetórias da vivência do território e das experiências dessas mulheres em situação de rua e suas repercussões nas práticas de cuidado da pesquisadora no âmbito da atenção à saúde a estas mulheres. Além disso, intencionava-se compreender as trajetórias das mulheres gestantes em situação de rua, atendidas nesta Unidade de Saúde da Família da cidade de Salvador, Bahia e suas vivências em situação de rua, assim como construir um fluxograma visando à assistência

integral e interdisciplinar às gestantes em vulnerabilidade, particularmente em situação de rua, unindo serviços da Rede de Atenção Primária e Secundária em Salvador-BA.

3. O CAMINHO QUE SE FAZ CAMINHANDO...

3.1 A INSPIRAÇÃO METODOLÓGICA E AS PROTAGONISTAS DOS ENCONTROS

A inspiração metodológica percorre a cartografia, a qual originariamente foi baseada em estudos e conhecimentos oriundos da Geografia, que buscam mapear regiões, territórios, delimitar fronteiras e topografar. A cartografia social vai além do mapeamento físico, pois envolve o estudo antropológico e social da relação estudada, caracterizando uma imersão nas relações de poder, de força e de práticas de resistência e liberdade. Para além de um método, atua como uma estratégia de análise crítica e política na descrição de relações, trajetórias e formações rizomáticas da transversalidade propiciadas pelos atravessamentos que acontecem no (e para além) do *setting* clínico (PRADO FILHO; TETI, 2013).

A inspiração cartográfica foi escolhida neste trabalho a fim de se acompanharem e mapearem as trajetórias relacionadas às vivências nas ruas e às experiências de mulheres em situação de rua, assim como o desencadeamento da pesquisa-intervenção ao longo da produção deste trabalho, afinal, pesquisa e intervenção estão imbricadas, ao passo que se vai conhecendo a realidade e se produzindo conhecimento, vai-se também transformando a realidade de si e do mundo. E este é justamente o objetivo proposto pelo “*hódos-metá*”¹⁷ para o acompanhamento dos processos (PASSOS; KASTRUP; ESCÓSSIA, 2015).

Sendo um mapa-relato, as narrativas produzidas no encontro são expressivas dos acontecimentos da vida das mulheres, a partir das quais se busca trazer a realidade social à dinâmica da assistência à saúde para essa população em um território no qual a pesquisadora atua. Compreende-se que atuando no território de existência profissional, o movimento será de afetação produzido na e pela experiência. E aqui, assumindo o método como atitude, acontecem as reconfigurações sobre o processo de trabalho, mas também sobre a própria pesquisadora, existindo um mergulho do cartógrafo neste plano da experiência, portanto, não se pode esperar neutralidade ou transparência do seu olhar (PASSOS; KASTRUP; ESCÓSSIA, 2015); não há

¹⁷Segundo Passos, Kastrup e Escossia (2015, p. 10): “A metodologia, quando se impõe como palavra de ordem, define-se por regras previamente estabelecidas. Daí o sentido tradicional de metodologia que está impresso na própria etimologia da palavra: *metá-hódos*. Com essa direção, a pesquisa é definida como um caminho (*hódos*) predeterminado pelas metas dadas de partida. Por sua vez, a cartografia propõe uma reversão metodológica: transformar o *metá-hódos* em *hódos-metá*. Essa reversão consiste numa aposta na experimentação do pensamento – um método não para ser aplicado, mas para ser experimentado e assumido como atitude. [...] O rigor do caminho, sua precisão, está mais próximo dos movimentos da vida ou da normatividade do vivo [...]”. Sendo assim, não há metas pré definidas. O percurso da pesquisa será orientado e traçado gradualmente, ao longo da caminhada (PASSOS; KASTRUP; ESCÓSSIA, 2015).

separação entre “analista” e “analisado”, pesquisador e participante, não há distanciamento entre esses atores.

Neste contexto, o território existencial-profissional que origina este estudo é o Ambulatório Materno-Infantil Professor Nelson Barros, que se configura como uma estratégia extensionista permanente da UFBA, situada no Complexo Monumental da Faculdade de Medicina desta Universidade, no Largo do Terreiro de Jesus. Devido à sua vinculação à Faculdade de Medicina da UFBA, essa atividade funciona como ambulatório docente assistencial, contando com atendimento de algumas especialidades médicas, quais sejam: pediatria, ginecologia-obstetrícia e clínica geral. Os ambulatórios de pré-natal que acontecem nesta instituição, configurando-se como serviço assistencial da atenção primária à saúde, propõem-se a atender usuárias de toda a cidade de Salvador que buscam atendimento de pré-natal por demanda espontânea, com priorização de usuárias moradoras da área adscrita do Terreiro de Jesus, e encaminhamento de usuárias que necessitem de acompanhamento compartilhado com a atenção secundária ou terciária à saúde. A USF Terreiro de Jesus, que está inserida no Distrito Sanitário Centro Histórico, “abriga” este ambulatório docente assistencial – AMINB, numa parceria existente entre a UFBA e a Secretaria Municipal de Saúde de Salvador. Para tanto, enquanto uma unidade da Equipe de Saúde da Família (ESF), comporta também uma Equipe de Saúde Bucal (ESB) e da Farmácia, e conta atualmente com uma população de 795 famílias cadastradas.

As mulheres com as quais construí as narrativas e processualidades aqui apresentadas são mulheres em situação de rua, acima de 12 anos de idade, atendidas no AMINB¹⁸, no contexto do ciclo gravídico-puerperal¹⁹. Elas foram acompanhadas no seu pré-natal previamente (ou ainda em curso), e durante os meses de janeiro e fevereiro de 2021, foram

¹⁸As participantes foram escolhidas de forma aleatória. A elas foi apresentada a proposta da pesquisa. Elas aceitaram e assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) (Apêndice A) ou Termo de Assentimento (Apêndice B), quando fosse o caso. Vale ressaltar que os momentos de encontro na pesquisa obedeceram a todas as normativas de segurança vigentes, considerando o momento pandêmico atual, a saber: uso de máscaras e utilização de álcool-gel, distanciamento apropriado, além de salas ventiladas. O projeto foi submetido à Plataforma Brasil e somente iniciado após a aprovação do comitê de ética local (Anexo A). A inclusão dos participantes foi feita somente após a aprovação do Comitê de Ética e assinatura do TCLE (ou Termo de Assentimento). A identidade de cada participante foi mantida em sigilo e nomes fictícios foram atribuídos aos recortes dos seus relatos e que compõem as categorias discutidas a seguir. Este projeto de pesquisa obedeceu a todos os dispositivos da Resolução 466/12 (BRASIL, 2012).

¹⁹O ciclo gravídico-puerperal diz respeito ao período associado à gestação e ao puerpério. Este último significa o período após o nascimento do filho, que envolve uma reestruturação do organismo da pessoa gestante às condições pré-gravídicas, sendo assim, um período de tempo variável, que entende as singularidades dos corpos nesse momento de readaptação a um evento que promoveu modificações sistêmicas, de natureza somática ou muito além, entendendo todas as repercussões de natureza psíquica e social.

convidadas a participar deste estudo, tendo sido entrevistadas²⁰. As trajetórias narradas foram construídas nestes encontros com essas mulheres no curso do momento da entrevista propriamente, mas também como resgate dos encontros ocorridos ao longo dos atendimentos durante o pré-natal e, também, após a sua realização, quando as participantes retornavam para acompanhamento puerperal. As conversas foram gravadas e transcritas²¹ e compuseram um diário de campo no qual constavam minhas percepções e observações sobre a vivência desses encontros e sobre as trajetórias de vida das mulheres²²: suas histórias, seus encontros e desencontros, considerando que na construção de narratividades está aí atrelado o modo (ou forma) de narrar do próprio participante, mas também do pesquisador (PASSOS; BARROS, 2015), e considerando também que “só conta história, quem tem”.

Inicialmente, estimou-se um número de 20 (vinte) mulheres entrevistadas, podendo este número ser aumentado ou reduzido, na dependência da necessidade de melhor compreensão das diversas trajetórias. Contudo, a situação pandêmica atual, associada à saturação teórica dos dados, fez com que este estudo fosse construído com a participação de cinco mulheres em situação de rua.

Considerando o sigilo e seus aspectos éticos, foram escolhidos, de forma aleatória, sem correlações com as histórias de vida das atrizes sociais envolvidas, nomes fictícios tanto para as mulheres como para as pessoas do convívio destas. Porém, são nomes que simbolizam (mas não se associam) a “Casa das Marias” do meu núcleo familiar, composta por também mulheres fortes, determinadas e que, sem sombra de dúvidas, representam o protagonismo da mulher no contexto social a que são inseridas cotidianamente: Joselita, Magnólia, Maricélia, Marilda e Meire.

A seguir, apresento a história biográfica das participantes, em um movimento de narrativa expressivo, com o intuito de tornar acessível o que foi enunciado em suas narrativas como marcas biográficas.

Joselita é uma mulher que se autodeclara parda, cisgênera, de 33 anos, órfã de pai e mãe desde seus 5 anos. Seus pais morreram um em seguida ao outro, por conta do consumo abusivo de drogas ilícitas, segundo seu relato. A partir de então, viveu uma “peregrinação” em relação

²⁰A realização das entrevistas ocorreu através do uso de um roteiro não estruturado do tipo narrativa (Apêndice C), por entender que tal estratégia possibilita um diálogo livre de imposições (mesmo que involuntárias) da perspectiva do entrevistador sob a do sujeito.

²¹As conversas/ entrevistas ocorreram entre janeiro e fevereiro de 2021. Os diálogos foram transcritos e, posteriormente, submetidos a análise do discurso, sendo as falas separadas em categorias de análise.

²²As entrevistas semiestruturadas e observação participante são estratégias de obtenção de dados trazidas na proposta cartográfica (PASSOS; BARROS, 2015).

aos ambientes em que morou e às pessoas que assumiam sua guarda, ou cuidado. Morou um período com uma vizinha, em seguida com uma irmã de consideração, mas teve seu pior momento de vida quando foi destinada aos cuidados de uma pessoa que dizia ser sua tia, irmã de sua mãe.

Foi levada por essa tia a Aracaju (SE), onde vivenciou hostilidade, maus-tratos, humilhações, subordinação, e experienciou um sentimento de escravidão, até o início de sua adolescência, quando, fadigada de toda a situação, planejou sua fuga e conseguiu sair dessa casa, retornando a Salvador.

Ao chegar ao Pelourinho, de onde saiu ainda na infância, voltou a viver com uma irmã mais velha, que também criava um de seus irmãos, mas se sentia na obrigação de buscar seu próprio sustento. Foi assim que iniciou sua vivência nas ruas daquele local, fazendo (como ela própria refere) “seus corres”, pedindo dinheiro e comida, vendendo uma coisa e outra, conseguindo “bicos” e, também, foi quando iniciou o consumo de substâncias psicoativas. Neste retorno a Salvador, também descobriu que estava grávida de sua primeira filha, fruto de um relacionamento ainda na capital sergipana. Conheceu, então, aquele que seria seu companheiro ao longo de toda a vida, Nilo, com quem compartilhou inúmeros momentos de dificuldades e superações, inclusive aqueles em que precisaram dormir propriamente nas ruas. Decidiram morar juntos, conseguiram um lugar alugado para viver após várias noites dormindo na rua, e seguiram, compartilhando os “bicos” e trabalhando praticamente juntos para sobreviver. Até que um dia, Nilo foi preso após uma denúncia que dizia estar ele envolvido no tráfico. Apesar de Nilo não trabalhar com nada vinculado ao consumo de drogas naquela região, Joselita dizia que ele tinha se envolvido numa briga de casal, cujo agressor tinha prometido se vingar de Nilo. Ao longo dos cinco meses de prisão de Nilo, Joselita refere ter “caído no mundo” e teve que “entregar” sua filha aos cuidados de uma vizinha, para que ela criasse a menina, tendo se “afundado” nas drogas.

Ao sair da prisão, Nilo veio ao encontro de Joselita, retomaram sua convivência, enquanto casal, e Joselita parou o consumo de crack e cola. Contudo, a relação com Nilo já não era mais a mesma, pois ele passou a desconfiar dela, nas mais diversas situações. Joselita teve outras quatro gestações, todas elas frutos do seu relacionamento com Nilo, mas, rotineiramente, ele demonstrava desconfianças sobre a paternidade desses seus quatro últimos filhos.

Fernando, seu segundo filho, é fruto de uma gestação que aconteceu imediatamente após a saída de Nilo da cadeia. Contudo, Nilo, desconfiado de que fosse oriundo de um relacionamento que Joselita teve durante sua estada na cadeia, não aceitou a criança e não acredita que é o pai do menino. Por medo da reação de seu companheiro, Joselita “entregou”

seu filho aos “supostos” avós paternos da criança (os pais do parceiro que teve durante o período em que Nilo esteve em privação de liberdade, e que havia morrido), para que o criassem. Atualmente, seus filhos têm (na sequência): 16, 14, 13, 9 e 1 ano de idade. Os dois filhos mais velhos (a primeira que não é filha de Nilo e o segundo, que mesmo sendo filho de Nilo, ele não acredita na paternidade) não vivem com ela. Contudo, ainda mantém contato com sua primeira filha, o que não acontece em relação ao seu segundo filho. Joselita não só não tem a guarda de Fernando, como não mantém qualquer contato com ele, o que a deixa muito revoltada com o próprio Nilo, pela desconfiança que a motivou a entregar seu filho.

Joselita mantém-se vivendo “das ruas”, através de “seus corres”. Ainda convive, boa parte do tempo, com Nilo, com quem divide as possibilidades de sustento (através dos “bicos”), assim como as despesas da casa, apesar de não terem mais uma relação conjugal (ambos têm outros parceiros). Seus filhos são suas companhias diárias, além de a ajudarem, todo o tempo, a aliviar as “dores” e sobreviver em meio às adversidades.

Magnólia é uma mulher que se autodeclara preta, cisgênera, de 41 anos. É filha de mãe adotiva, que a criou desde os seus dois meses. Não teve qualquer contato com sua mãe biológica e outros parentes, apenas um contato pontual com alguns de seus irmãos quando precisou de um documento de sua mãe biológica, que era já falecida. Morou toda sua infância e adolescência no bairro da Saúde – Centro Histórico de Salvador, onde convivia com a mãe e seu companheiro, além de três irmãos (dois homens e uma mulher). Casou-se aos 17 anos, com seu primeiro companheiro, com quem manteve relacionamento apenas por um ano. Beatriz, sua primeira filha, nasceu fruto desse relacionamento. Logo em seguida, conheceu Jeferson, com quem manteve relacionamento ao longo de muitos anos. Com Jeferson, teve outros dois filhos, Anderson e Camila. Durante este relacionamento, e já tendo três filhos, Magnólia mantinha-se morando na casa de sua mãe adotiva, até para ajudar nos cuidados da mesma, que já estava idosa e portando algumas condições de adoecimento importantes.

Quando a sua mãe faleceu, Magnólia veio a “aprender as coisas do mundo” (como ela própria refere). Mudanças ocorreram em sua vida: ela passou a morar no Pelourinho com Jeferson, num quarto de um prédio abandonado, onde já morava também seu então sogro. Trouxe consigo seus filhos: Anderson e Camila (filhos de Jeferson), e deixou Beatriz aos cuidados de sua irmã (devido a não aceitação de Jeferson de conviver com sua filha, fruto de um relacionamento passado).

Tanto Jeferson, quanto Magnólia, também viviam “da rua”: Jeferson era guia turístico, ganhava um bom dinheiro com turistas estrangeiros que queriam conhecer Salvador, outros pontos da Bahia e do Nordeste. E Magnólia fazia “seus corres” pelo Pelourinho, como

ambulante, pedinte, ou como acompanhante ou cuidadora de idosos (ocasionalmente). Nesse contexto, iniciou uso de cocaína e crack, além de consumo de bebidas destiladas, especialmente conhaque.

Magnólia refere que Jeferson ganhava bem, o que poderia fazê-lo conquistar a tão sonhada casa própria. No entanto, para Magnólia, ele gastava muito com drogas, e endividaram-se bastante, até um momento em que as dívidas se tornaram insustentáveis e tiveram que morar propriamente na rua. Nessa ocasião, o relacionamento de Magnólia e Jeferson tornou-se cada vez pior, pela revolta que ela tinha por ele não ter possibilitado a ela e aos filhos uma vida melhor.

Na rua, também começou a trabalhar como profissional do sexo. A partir desse momento, sua filha mais nova permanecia, durante o dia, com amigas, para não ficar nas ruas, e a noite seguia com ela para algum quarto que era alugado com Jeferson para pernoitar. Seus filhos mais velhos, já adolescentes, iniciavam envolvimento com “coisa errada”, o que ela atribuía à vida naquele contexto de privações e influência de terceiros. E por tudo isso, acabou perdendo seu filho, que, envolvido em um episódio de roubo, acabou sendo assassinado. E sua filha Beatriz, também envolvida em “delitos”, foi condenada a 26 anos de privação de liberdade, mas permaneceu pouco mais de 3 anos, saindo apenas através de condicional de liberdade.

Na rua, também conheceu um novo companheiro, Samuel, que foi uma pessoa muito importante em sua vida por ter dado um lar e ter contribuído para que ela deixasse o consumo de substâncias psicoativas. Contudo, a vivência com Samuel foi relativamente curta, em virtude de um adoecimento, que o conduziu a óbito, alguns poucos anos após terem se conhecido. Enquanto isso, mesmo separados, Jeferson sempre a importunava e ameaçava, comportamento que a conduziu a agredi-lo intensamente, quase levando-o a óbito.

Recentemente, envolveu-se com um outro companheiro, com quem teve sua filha mais nova, nascida há poucos meses. Atualmente, mora ainda com suas duas filhas mais velhas, Beatriz e Camila, em um pequeno cômodo de aluguel.

Maricélia é uma mulher que se autodeclara preta, cisgênera, de 27 anos. É filha de uma mãe solteira que teve ela e outros três filhos mais novos. A mãe de Maricélia, Isaura, era também uma mulher em situação de rua e obtinha seu sustento como baleira. Isaura morava num cômodo com seus quatro filhos. Maricélia foi para a rua aos 7 anos, levando consigo todos os seus outros irmãos, já que em casa, ainda que não houvesse uma relação conflituosa com sua mãe, relata que esta não a deixava sair, brincar com os amigos e ainda fazia uma comida muito ruim. Ficavam pedindo nas ruas e fazendo “bicos”, sempre próximos ao local onde sua mãe dormia e vivia, mas não com ela. Dormiram, por muitas vezes, na rua propriamente, até que

começaram a juntar dinheiro e alugar um quarto para dormir. E foram crescendo dessa forma. Nas datas festivas, reuniam-se, iam para a casa da mãe; e ainda numa destas datas, souberam, pela própria mãe, que ela tinha adquirido HIV. Após alguns meses, a partir daquele dia, a mãe de Maricélia saiu de casa com o então companheiro e nunca mais tiveram notícias.

Iniciou uso de drogas lícitas e ilícitas e também o envolvimento com “arrombamento de loja”. Em uma ocasião dessas foi flagrada e presa. Esteve detida durante oito meses e expressou aquele período como uma das piores fases de sua vida. As lembranças da solidão por longas horas do dia, das dormidas em chão frio e duro, da falta de contato com seus familiares, durante a privação de liberdade, fizeram com que Maricélia saísse de lá decidida definitivamente a nunca mais se envolver “com isso”.

O envolvimento com drogas ilícitas também é marcante, e já a conduziu a dívidas altas para manter o consumo. Usava “de tudo”, inclusive durante gestações. Mas, decidiu, recentemente, por manter-se usando apenas tabaco e maconha após ter necessitado simular um sequestro dela e de seu atual companheiro, para conseguir dinheiro de seus familiares e pagar uma dessas dívidas.

Maricélia teve cinco filhos; três meninos, e, na sequência temporal, duas meninas. Cada um é fruto de um relacionamento diferente, à exceção das duas filhas mais novas, que são filhas do mesmo pai. A gestação de sua filha Jéssica (a quarta gravidez) foi vivenciada durante o período que estava em privação de liberdade, mas quando pariu já tinha deixado a detenção. Geisa, sua quinta filha, nasceu em plena rua, prematura, e sobreviveu às adversidades desse nascimento sem assistência imediata. Decidiu deixar suas duas filhas mulheres aos cuidados da avó paterna, afinal, segundo Maricélia, “rua não é lugar de menina ser criada”.

Convive, atualmente, com seu atual companheiro, de quem está esperando seu sexto filho, e com seus três filhos homens, que atualmente tem 11, 9 e 7 anos, respectivamente, e que também já vivenciam a rua, fazendo “seus corres”, vendendo balas em ônibus e nas sinaleiras.

Marilda é uma mulher que se autodeclara parda, cisgênera, de 26 anos. Nasceu e vivenciou o início de sua infância em Ilhéus, onde moravam, ela e sua mãe, na casa de uma tia. Ela era a filha mais nova de uma mãe solteira (não tem qualquer notícia sobre seu pai), e, portanto, a única das filhas que ainda vivia com a mãe; os demais eram bem mais velhos que ela, e já eram independentes. Após discussões com a tia, Marilda e sua mãe vieram para Salvador, onde iniciaram sua vivência nas ruas. Marilda, ainda na interface da infância e adolescência, vivia na rua com a mãe, que obtinha o sustento próprio e da filha trabalhando como profissional do sexo. Numa das saídas de sua mãe para um programa, recebeu a notícia de que esta havia sido assassinada brutalmente pelo cliente, por não consentir com o pagamento.

Após essa tragédia, Marilda, inicialmente, manteve-se aos cuidados de uma colega de sua mãe, mas logo “buscou seu rumo”. Retornou às ruas, e manteve-se vivendo e sobrevivendo da mesma forma que a genitora, enquanto profissional do sexo.

Marilda teve cinco filhos, e estava atualmente em sua sexta gestação. Cada filho foi fruto de um relacionamento diferente, sobre os quais preferiu não falar. Os filhos moram com seus respectivos pais, e Marilda acabou perdendo o contato com todos eles.

Há um ano conheceu Marivaldo, seu atual companheiro, a quem tem muito afeto, e descreve um relacionamento diferente dos relacionamentos prévios, pois Marivaldo cuida dela, preocupa-se com seu bem-estar (“sabe exatamente os remédios e horários que ela tem que tomar”), além de nunca tê-la agredido, como era comum acontecer em seus relacionamentos prévios. Marivaldo consegue dinheiro como pedinte, é flanelinha, e faz alguns bicos.

Marilda não só vivencia a rua como meio de subsistência, como também dorme na rua. Refere que dorme nas proximidades do Elevador Lacerda. A relação com Marivaldo a motivava a projetar viver num abrigo, após seu parto, para garantir a permanência com sua filha e com o companheiro. Seu parto, por sinal, aconteceu na rua, no Largo do Terreiro de Jesus, onde convive a maior parte do tempo. Foi assistida por transeuntes, que chamaram pelo Serviço Móvel de Urgência, sendo conduzida, em seguida, à maternidade para os últimos cuidados a si e à sua filha.

Meire é uma adolescente de 15 anos, que se autodeclara parda e não binária. É órfã de pai, que refere ter falecido por atropelamento, quando ela tinha 7 anos, após ter brigado com sua mãe. A mãe é viva ainda, mas não tem contato com ela há 1 ano; todo o tempo demonstra um sentimento de desaprovação e rancor pela mãe, o que justifica ser em função desta não amar a ponto de tê-la deixado em um orfanato aos 7 meses, ainda que tivesse condições financeiras de criá-la. Foi retirada de lá prontamente pela avó paterna, Joalice, que tem sua guarda, e com quem viveu ao longo de todos os anos. Este é um vínculo familiar que noto ser muito forte e intenso, na verdade, o único vínculo familiar considerável e reafirmado por ela.

Meire foi para as ruas aos 12 anos, por achar que, em casa, sua avó impunha inúmeras e desnecessárias restrições, ainda que não houvesse uma relação demasiadamente conflituosa entre ambas. A ida para as ruas foi gradual. Passava períodos dormindo nas ruas, outros levava dormindo na casa da avó, até que no último ano decidiu se abrigar numa casa de apoio, para que sua avó apoiasse mais sua decisão de não mais viver em sua casa, o que demonstrava sua preocupação com uma aprovação de sua avó em relação a suas decisões e condutas.

Nas ruas, vivenciou mudanças e comportamentos marcantes em sua trajetória: começou a “aprontar”, primeiro “*com 33²³ e depois com 157²⁴*” para sobreviver, para conseguir dinheiro. Foi flagrada inicialmente transportando uma “carga” de drogas, e foi liberada da prisão de forma intencional (“*[...] me liberaram já pra me matarem mesmo, afinal sabiam que eu não ia ter como pagar por aquela carga perdida*”). Em seguida, envolveu-se em assaltos de ônibus e outros ambientes no geral, atividade que tinha iniciado para pagar por sua dívida do tráfico, mas que se tornou seu meio de subsistência, e foi, mais uma vez, flagrada e presa, tendo ficado reclusa por 13 dias. O período recluso, para Meire, encantada com a liberdade da vida das ruas, foi marcante para que ela saísse de lá decidida a não mais se envolver em crimes de qualquer natureza. E também, no contexto das ruas, iniciou o uso de substâncias ilícitas; já tinha usado praticamente todas, mas as que mais usava eram a pacaia²⁵ e a maconha.

A vivência nas ruas e a percepção de uma maior vulnerabilidade e fragilidade da mulher nessa situação fez com que Meire resolvesse “dar uma radical”: cortou o cabelo, começou a se vestir de roupas tidas como masculinas, para que pudesse se sentir mais segura e menos intimidada por este ambiente, no entanto, Meire referiu se sentir um pouco inconformada com seu corpo desde a infância. Durante o processo gravídico (momento do encontro com Meire), contudo, ela se performava como mulher. A fim de diminuir seus conflitos com corpo e reduzir os questionamentos de terceiros, ela se identificava, e queria ser reconhecida, neste momento, enquanto mulher, assim como ela explicava: “*Apesar até de eu entender que um homem trans, por exemplo, pode engravidar, no mundo que a gente vive, ninguém vai entender; aí eu prefiro evitar essas confusões*”.

Meire se declara pansexual²⁶, mas refere que sente nítida maior atração por mulheres. Vivenciou uma relação afetiva marcante com Lisa, uma outra adolescente, que também vivia nas ruas. Contudo, em um determinado momento, conheceu Roberto, um homem que também se identifica como pansexual. Tiveram um relacionamento breve, e Meire engravidou. Contudo,

²³Artigo 33 do Código Penal: Importar, exportar, remeter, preparar, produzir, fabricar, adquirir, vender, expor à venda, oferecer, ter em depósito, transportar, trazer consigo, guardar, prescrever, ministrar, entregar a consumo ou fornecer drogas, ainda que gratuitamente, sem autorização ou em desacordo com determinação legal ou regulamentar.

²⁴Artigo 157 do Código Penal: Subtrair coisa móvel alheia, para si ou para outrem, mediante grave ameaça ou violência à pessoa, ou depois de havê-la, por qualquer meio, reduzido à impossibilidade de resistência.

²⁵Cigarro feito das folhas de fumo desfiado.

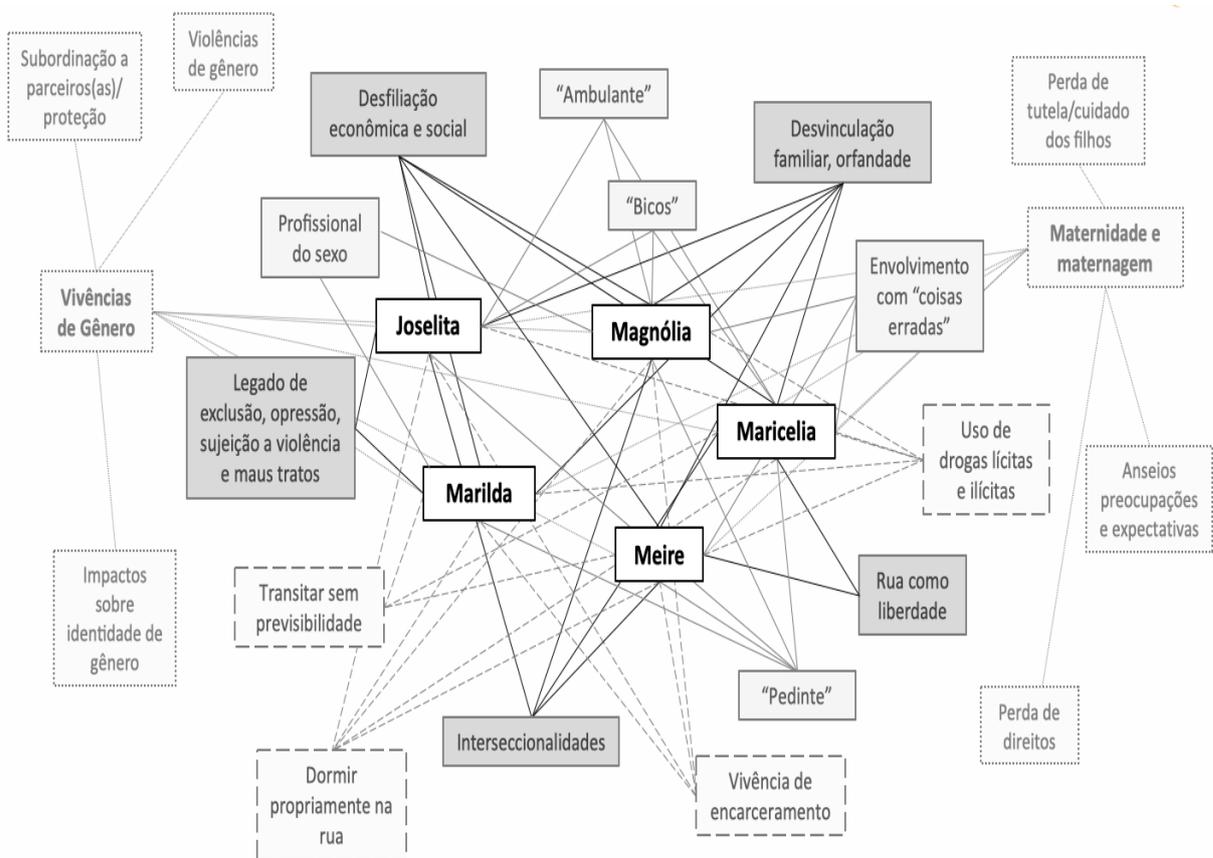
²⁶ Refere-se a pessoa que tem atração sexual, sentimental, romântica ou espiritual por outros, independente de sexo biológico, de performance masculina ou feminina, ou orientação sexual, possibilitando uma afetação que vai além do binarismo de gênero, e entendendo uma flexibilidade e fluidez com respeito à identidade e expressão de gênero (RICE, 2015).

devido a desconfianças de Roberto, inclusive sobre a veracidade de sua paternidade em relação ao filho de Meire, discutiram e terminaram o relacionamento.

Meire faz perspectivas de se manter abrigada na Casa de Apoio, com seu filho que irá nascer.

As histórias possibilitam descobertas de vivências/existências únicas em suas particularidades, e que muitas vezes geram surpresas por serem, de certa forma, diferentes das nossas concepções de modos de vida. Um mapa mental (**Figura 1**) foi construído, numa alusão aos rizomas e transversalidade dos encontros, e que ilustra os inúmeros atravessamentos das narrativas, que nos apresentavam pontos em comum dessas trajetórias, mas marcadamente singulares e múltiplas.

Figura 1 – Mapa mental sobre os atravessamentos identificados nas trajetórias das mulheres dos estudos



Fonte: Elaborado pela autora, 2021.

3.2 OS (DES)ENCONTROS COM AS MULHERES EM SITUAÇÃO DE RUA

Antes de adentrar propriamente nos relatos das pessoas aqui encontradas, faz-se necessário contextualizar sobre modos de trabalho em saúde, que certamente fazem parte da experiência da pesquisadora - modos estes previamente desenhados, mas que também foram se desenhando ao longo deste processo.

É válido dizer que os discursos sobre os processos de trabalho em saúde são trazidos de forma ampla na literatura por diversos autores (ANÉAS; AYRES, 2011; AYRES, 2001; AYRES, 2004a; AYRES, 2004b; AYRES, 2007; AYRES, 2017; CECÍLIO, 2001; MENDES-GONÇALVES, 2017; PINHEIRO; MATTOS, 2006; SCHRAIBER, 1997; SCHRAIBER; MENDES-GONÇALVES, 2000; SILVA JÚNIOR; MERHY; CARVALHO, 2007; TEIXEIRA; PAIM; VILASBÔAS, 1998; TEIXEIRA, 2007), e que, embora tenham suas particularidades, entendem a necessidade de uma relação assimétrica, horizontal, de afirmação dos saberes do cuidador e do “destinatário das ações do cuidado”, pois que este último é detentor de um saber prático fundamental para as escolhas relevantes ao seu cuidado (ANÉAS; AYRES, 2011), compreendendo também que os valores que norteiam a construção do SUS demandam íntima relação entre esses processos de atuação na saúde (AYRES, 2001). Contudo, aqui neste trabalho, optamos por contextualizar tais (des)encontros com as mulheres, mediante a fundamentação teórica proposta por Merhy (2002).

Merhy (2002) discute a atuação no âmbito da saúde utilizando uma analogia das ferramentas tecnológicas empregadas nas práticas de cuidado com “valises” que os profissionais carregam nos encontros com os usuários. As valises referem-se às tecnologias materiais e imateriais que se dispõem nestes encontros (MERHY, 2002; MERHY et al., 2019). Estas tecnologias podem ter atributos de maior dureza (instrumentais, equipamentos), ou no outro extremo, a maior leveza (o campo das relações, favorecidas pelos encontros, onde existem escuta, empatia, reconhecimento, porosidade, conhecimentos produzidos a partir da experiência e agenciados por estes encontros), tendo como intermediárias, as ditas “tecnologias leves-dura (saberes disciplinares que norteiam condutas dos profissionais da área) (MERHY, 2002). É válido compreender, no entanto, que a valise das “tecnologias duras”, tais quais um

estetoscópio²⁷, tensiômetro²⁸, ou ainda um sonar-doppler²⁹, interligam-se às tecnologias leves-dura, por utilizarem os saberes tecnológicos de seu operador (MERHY, 2002).

A valise da cabeça é formada pelas ditas “tecnologias leve-duras”. Aqui há o olhar do médico sobre o usuário, como objeto de sua intervenção, numa busca deste profissional de estruturar sua conduta a partir da condição de saúde e adoecimento, com base no conhecimento acumulado, e também sendo influenciado por sua forma de significar os processos. E neste contexto, o “lado duro” desta tecnologia, que é o dos saberes pré-definidos e, por vezes, engessados, ganha, por vezes, certa “leveza” pela singularização do olhar do médico no decorrer do ato. Em alguns momentos, há imposição do lado mais duro sobre o mais leve, mas como também reflete Merhy (2000, p. 110): “[...] o contrário também pode ocorrer. Não há só uma forma de se realizar o ato clínico”.

Por último, existe a valise do espaço relacional entre o trabalhador e o usuário - o espaço das “tecnologias leves”, onde há a produção das relações entre as duas pessoas e onde a materialidade encontra-se nos atos. Neste processo, a produção ocorre exatamente no encontro entre as pessoas (profissionais e usuários), expressando como possíveis produtos: produção de vínculo, autonomização, acolhimento, responsabilizações, jogos transferenciais, entre outros. Nesse aspecto, Merhy (2002, p. 97) apresenta:

Mas, sem dúvida, a valise que, por suas características tecnológicas próprias, permite reconhecer na produção dos atos de saúde uma situação de permanente disputa em aberto de jogos de captura, impossibilitando que as finalidades e mesmo os seus objetos sejam de uma única ordem, é a valise do espaço relacional trabalhador-usuário. Os processos produtivos em saúde, que ocorrem nesse espaço, só se realizam em ato e nas interseções do médico e do usuário. É esse encontro que dá, em última instância, um dos momentos mais singulares do processo de trabalho do médico como produtor de cuidados.

Por todas essas condições, a razão que a valise do espaço relacional adquire sobre a valise das mãos e da cabeça estabelece o sentido social do agir em saúde: a produção do cuidado, que busca compreender o usuário e seu mundo de necessidades (que, obviamente, refletem seu modo de “andar na vida”) e as mais diversas formas de “capturar” e tornar este mundo do usuário, seu objeto de trabalho (MERHY, 2002). Nesse processo há a construção de um projeto terapêutico, operado e construído através da dimensão considerada “cuidadora” (dada pelo espaço relacional) - que diz respeito ao cuidado construído através dos (e nos)

²⁷ Aparelho utilizado para realização de ausculta do aparelho cardiovascular e pulmonar.

²⁸ Aparelho utilizado para aferição de pressão arterial sistêmica.

²⁹ Aparelho utilizado para auscultar os batimentos cardíacos de um feto, posicionado sob o abdome materno, durante a gestação.

encontros, nas relações entre profissional e usuário num mesmo plano, numa equalização de experiências e saberes. Uma dimensão pode se sobrepor a outra nos mais diversos modos e atos de saúde; e o que acontece na grande maioria das vezes é que a dimensão centrada no profissional praticamente elimina, ou reduz ao máximo a dimensão cuidadora, ainda que a valise do espaço relacional esteja permeando e tensionando este processo para que haja uma maior participação da dimensão cuidadora – dependente, obviamente, da dimensão profissional, contudo, muito mais abrangente (MERHY, 2002).

Atualmente, os conceitos de dimensão “profissional centrada” ou dimensão cuidadora, também foram denominadas por Merhy et al. (2019) como “força-valor clínica” e “força-valor cuidado”. Enquanto a primeira impõe ao usuário deslocamentos que o possibilitem se adequar à ação dos trabalhadores, a segunda impõe a este usuário o protagonismo na produção de existência, legitimando seu modo de sentir e enfrentar sofrimentos, problemas e dificuldades. Ao permitir esse reconhecimento e legitimação dos valores e experiências do usuário, a força-valor cuidado compreende de forma ampla os atravessamentos decorrentes de um processo de adoecimento ou sofrimento, possibilitando a construção de um projeto terapêutica efetivo (MERHY et al., 2019).

É válido lembrar que, historicamente, o modelo assistencial da saúde organizou-se através da sobreposição de tecnologias “duras” e “leves-dura” sobre todos os outros agentes circunstanciais que se mantinham na periferia desta estrutura, mas que não adquiriam a centralidade dos processos (FRANCO; MERHY, 2012). Este modelo médico hegemônico coloca o corpo como uma “máquina biológica” - demarcada, fixa, definida e deslocada das intensidades do viver (MERHY et al., 2019). Tal modo de atuar na saúde acaba estabelecendo uma redução considerável da dimensão “cuidadora”, e nesse processo, uma dimensão do cuidado tão importante acaba formando modelos de atenção irresponsáveis perante a vida das pessoas, organizada e pautada a partir de problemas específicos (MERHY et al., 2019). Além disso, o modelo, assim pautado, não enfoca as reais necessidades do indivíduo, e as confere um papel irrelevante e complementar, ao passo que também se estabelece numa lógica médico-dominante a partir da qual os outros núcleos da atenção são subjugados e inferiorizados (MERHY, 2002). Isto também contribui para fragmentar o processo (em virtude das especializações), conferindo, assim, uma natureza de somação e não integralidade dos atos, responsáveis por práticas de saúde cada vez mais custosos, sem compromissos efetivos com a produção de atos eficazes em saúde (MERHY, 2002).

A discussão sobre o modelo hegemônico, centrado na perspectiva do profissional, referido por Merhy (2002), reflete a própria formação médica que recebi durante o processo

formativo em medicina e a que, em alguma medida, estive vinculada ao longo de muito tempo de minha atuação profissional. “Recebi” foi aqui posto propositalmente, pois acredito, hoje, que toda essa construção formativa pautada neste modelo também é de, certa forma, imposta como verdade, balizada por uma perspectiva salvacionista da profissão médica, mas que atravessa, provavelmente, todas as profissões do campo da saúde.

Hoje, percebo o quanto, por tantas vezes, reproduzimos lógicas da atuação médica “profissional-centrada”, que além de não ser efetiva, ainda é distanciadora, por vários aspectos: primeiro, por acreditar que apenas o seu saber é o que deve ser considerado, e é o único saber naquele ambiente; segundo, porque, na medida em que se põe nesse lugar de supremacia, não permite os atravessamentos, não permite construção de afetos e não permite acesso ao outro (de ambas as partes), além dos múltiplos aprendizados, a partir do momento, em que nos possibilita conhecer outras conjunturas, contextos e modos de “andar a vida”. Quando Merhy (2002) destaca o trabalho vivo (trabalho em ato) e reafirma a necessária preponderância do campo da valise do espaço relacional, nos convoca, enquanto profissionais, a adentrar, e vivenciar, o campo das subjetivações no cenário dos encontros do trabalho em saúde. Trata-se de processos de subjetivação que devem estar presentes em todas essas relações (entre trabalhadores, gestores, usuários), e que configuram tensionamentos que conformam todos esses atores ao cotidiano do trabalho e do cuidado em saúde.

Essa interseção, esse mútuo afetamento, acontece em ato, nos encontros; portanto, o trabalho em saúde se dá em ato. Quanto mais os atos em saúde forem afetados pela singularidade do encontro, maior a possibilidade de produção de respostas que façam sentido para as duas partes, mais vivo o trabalho. Quanto menos afetados pela singularidade, quanto mais orientados por definições a priori (sobre qual o saber válido, quem é o usuário, quais são seus problemas e como devem ser entendidos e enfrentados), maior o predomínio do trabalho morto. (MERHY et al., 2019, p. 73).

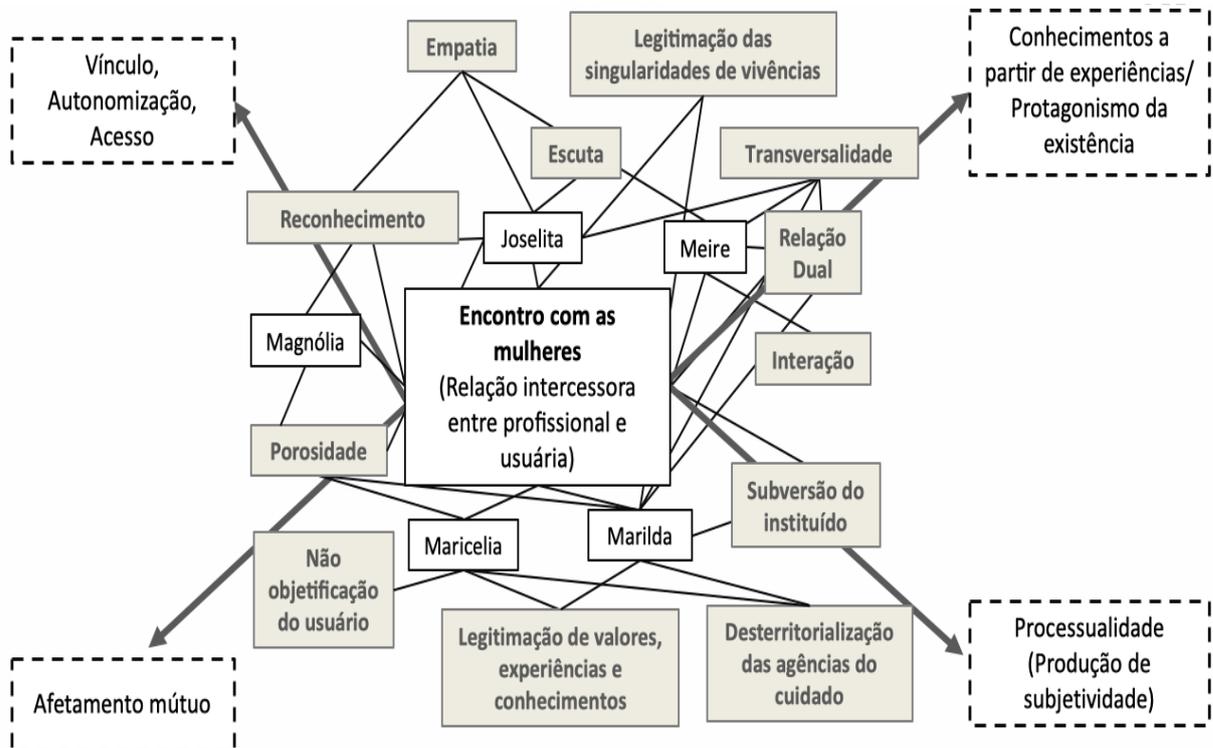
O “autogoverno” da atuação profissional deve se configurar, nesse contexto, como possibilidade de construção de uma relação mais produtiva da assistência, pois inclui o usuário como protagonista e produtor do seu próprio cuidado (FRANCO; MERHY, 2012). Um mapa mental (**Figura 2**) foi elaborado para sintetizar todos os valores do trabalho vivo em ato, fundamentado por Merhy (2002).

Enquanto profissional, e estimulada (ou “cutucada”) por esta aposta metodológica, fui “convocada” a atuar neste plano horizontal e simétrico com o usuário. Contudo, fui também “capturada” por esta aposta, pois ao longo dos encontros e desencontros, permitindo-me esta “relação intercessora” do trabalho vivo em ato (MERHY, 2002) afetei, e também fui afetada, descobri modos de vida singulares, únicos, vivos e com potência no campo da experiência.

O plano comum da experiência do método cartográfico entre “analista” e “analisado” trouxe (e continua trazendo) reconfigurações de mim, reconfigurações do meu modo de atuação, além do próprio modo de produção do conhecimento. Neste “plano” é possível ocorrer interação, construção conjunta, não só deste trabalho, mas também do próprio projeto terapêutico, pois que: “a liberdade aí presente faz deste encontro algo inusitado e único, acoplando-se à singularidade do usuário, aproximando ao máximo as atividades de trabalho e produção do cuidado às suas reais necessidades” (FRANCO; MERHY, 2012, p. 156).

E à medida que reconhecia a potência dos encontros, começavam-se a desenhar inúmeras sensações, percepções e aprendizados. Já inicialmente, observa-se que a processualidade estava presente em cada momento da pesquisa (PASSOS; BARROS, 2015, p.39), apresentando-se nos avanços e nas paradas, em campo, em letras e linhas, na escrita, em nós.

Figura 2 – Mapa mental dos valores do trabalho vivo em ato – a produção de um plano de cuidado.



Fonte: Elaborado pela autora, com base em Merhy (2002).

Quando se fala em “processos”, não se quer associar a “processamento de informações”, mas sim à produção de subjetividades. E, nesse contexto, quando se começa tal produção, um processo já está em curso.

Relembrando momentos prévios de espanto, ao longo dos atendimentos que já realizava no Ambulatório de Pré-natal no Terreiro de Jesus, recordo-me o quanto que me surpreendi com uma mulher em situação de rua, a que só tive oportunidade de encontrá-la uma única vez, visto já estar no final da gestação, e que falou: “Mas eu gosto da rua!” Ainda que na época deste encontro eu não tivesse buscado entender o contexto da vida desta pessoa que a tivesse conduzido a esta reflexão, lembro o quanto aquela fala soou surpreendente para mim, ainda mais sendo ela, uma mulher, que inclusive dormia propriamente na ruas, embaixo de um dos viadutos do Aquidabã, e em plena gestação gemelar, que ainda conferia maiores limitações, achar que ali era um lugar bom de se viver. E naquele momento, provavelmente, minha expressão de espanto ou susto, tenha sido lido por ela, que a fez continuar seu discurso, como se estivesse a me justificar aquela sua sensação: “Não é ruim, não. Conheço todo mundo que dorme ali, ninguém ‘bole’ comigo”. (Diário de campo da pesquisadora).

Os “redesenhos” e “reconstruções” do objeto de pesquisa e as minhas próprias reconfigurações até aqui refletem os passos imberbes orientados pela aposta cartográfica, que entende que o objeto, o sujeito e o conhecimento são efeitos coemergentes nesse processo de “pesquisar”, estando todos no mesmo plano da experiência.

O entendimento da ausência de metas pré-fixadas ao percurso metodológico reafirma a compreensão de que não há um suposto conhecimento ou um saber prévio acerca da realidade em que se pretende estudar, e que as ditas “metas” serão traçadas ao longo do caminho, considerando inclusive os efeitos do processo – do saber decorrente do plano da experiência – sobre o próprio objeto da pesquisa, sobre a pesquisadora e sobre seus resultados, afinal “toda pesquisa é intervenção” (BARROS; EIRADO, 2015, p. 17) – intervenção sobre o contexto, sobre as pessoas dos encontros e sobre a própria pesquisadora.

Neste contexto, não se conseguem analisar produtos com algum grau de distanciamento da pesquisadora, afinal, existe imersão / mergulho no campo da experiência. E essa análise resultará no entendimento de implicações coletivas e da fusão de valores, crenças, compromissos, desejos, interesses, expectativas. Passos e Barros (2015, p.164) consideram: “o procedimento narrativo da desmontagem das formas permite, em suas bordas, ativar o que lá insiste/resiste como força de criação”.

Os relatos que se seguem estão ancorados na experiência do encontro com estas mulheres, no âmbito do ambulatório da USF Terreiro de Jesus; e posso assumir que são expressivos da performatização de acontecimentos que se construíram nas relações estabelecidas com as mesmas no curso da assistência prestada e das narrativas construídas com elas. As narrativas enunciadas figuram-se como um processo de coprodução de um texto, dentro do qual assumo que sujeito e objeto emergiram desses encontros. Conforme Barros e Kastrup, (2015, p. 164):

No limite das formas algo vibra e contagia. Essa vibração, esse contágio cria uma ativação intensiva que permite tender (ir em direção) /estender os limites do caso. O

trabalho clínico-político, seguindo as pistas do método cartográfico, narra a operação de extração de experiências minoritárias do que, no sintoma, aparece como bloco compacto.

Os encontros aqui narrados e apresentados entre pesquisadora e usuárias (ou “analista” e “analisada”) (PASSOS; BARROS, 2015, p. 25) refletem reconstituições que foram se construindo ao longo do tempo e que interviram, suponho, sobre ambas. Reconheço o quanto que ao longo dessa trajetória de pesquisa, a dinâmica de relações, com posições bem demarcadas, não tinha como serem mantidas, afinal os processos de transferência e contratransferência se dissolvem e tornam a “relação dual” o centro da cena.

Joselita foi a primeira mulher em situação de rua que eu acompanhei ao longo do pré-natal. Lembro-me com nitidez do primeiro dia dela no serviço: bastante agitada, dizendo que não queria ser atendida por alunos, falando bem alto. Entendi que era uma forma de ela se afirmar naquele espaço... um espaço que, assim como tantos outros, impõe restrições e limitações ao seu acesso, enquanto uma mulher em situação de rua, tantas vezes estigmatizada por essa condição. Falar alto parecia ser a forma que ela tinha encontrado de ser ouvida, de que direcionassem a atenção para ela, e de não ser ainda mais violentada nos ambientes. (Diário de campo do encontro com Joselita).

Há uma performance habitualmente esperada para o cuidado em saúde que se vincula ao modo como os papéis sociais das pessoas que atuam naquele espaço devem se materializar: a da médica que ocupa o lugar do domínio, do poder e do saber, e o do usuário, que naquele espaço, comumente é denominado como paciente, sobre o qual o domínio do saber e do poder operará (MERHY, 2002). E naquele cenário de primeiro contato com Joselita:

Confesso que realmente me senti intimidada naquela situação. Não sei ao certo se “intimidada” seria o adjetivo mais apropriado, mas me senti confusa, sem norte. Alunos sem reação, outras pacientes, aguardando atendimento e observando, assustadas, e eu ali no meio, também sem saber como conduzir, mas sendo a pessoa aguardada por todos para que conseguisse “apagar o fogo”, na condição de profissional responsável pelo ambulatório e por aquele atendimento. Chamei Joselita, então, e disse que eu mesma iria atendê-la, sem outras pessoas (alunos e residentes) na sala. Foi essa a minha conduta, apesar de não saber se a mais adequada ou não. A intenção era conseguir acalmá-la. (Diário de campo do encontro com Joselita).

Joselita resistiu e expressou “o incômodo com práticas que tomam seus corpos como objetos e suas vidas e vozes como pouco importantes; que não as reconhecem como interlocutoras válidas, com quem é preciso construir um plano comum” (RIOS et al., 2020). Se, de um lado, havia uma convocação a ocupar um lugar de responsável por aquela cena, de outro lado, Joselita subverte o instituído e desterritorializa as demais agências³⁰ do cuidado -

³⁰ O entendimento de “agências do cuidado” não se reduz a um grupo de profissionais da área destinado a promoção de saúde, mas a todas as táticas e estratégias utilizadas por estas pessoas para sobreviverem às adversidades, enfrentar e superar todos os reflexos da condição de vulnerabilidade, mas também a sua rede de apoio ou de sociabilidade. Rede esta de apoio que pode ser uma Organização não governamental, alguma estratégia do poder público, ou ainda comerciantes locais, moradores conhecidos, ou outras próprias pessoas em situação de

estudantes e residentes - naquela cena. Revisitar a cena por meio das memórias do diário do campo cartográfico possibilitou reviver a dupla convocação instituída-instituente daquele acontecimento no qual sentir-me responsável por aquela situação, posicionava-me duplamente entre estes dois polos - o agir disciplinador e a disrupção conferida força-potência de Joselita.

E fui conseguindo me aproximar mais de Joselita ao longo da consulta. Inclusive, ao final da anamnese, consegui explicar a ela que o ambulatório ali naquele serviço, recebia alunos e residentes (que eram ginecologistas e obstetras em formação), e que, no geral, as consultas contavam com a presença dos mesmos também, pois era algo importante ao aprendizado deles. Combinei com ela que, a partir dos próximos atendimentos, teríamos a presença de um dos alunos na sala, ao longo da consulta, o que ela consentiu após explicá-la o propósito da atividade desenvolvida por eles. (Diário de campo do encontro com Joselita).

“Combinei com ela” refletia o quanto que, na condição de “cuidadora”, fui convocada a compartilhar as decisões sobre o cuidado, ou seja, “construir uma proposta de cuidado comum” (RIOS et al., 2020), afinal, a organização dos serviços e o *modus operandi*, por vezes, passam ao largo da compreensão do modo de vida dos usuários e das necessárias pactuações com eles/elas.

Outros momentos assistenciais reafirmaram os movimentos dessas usuárias de situar-se na cena do cuidado e resistir ao modo de organização dos serviços. Lembro-me do encontro com uma mulher em situação de rua que fazia uso abusivo de substâncias psicoativas e convivía com HIV e Hepatite C, além de apresentar uma deficiência motora de origem medular, que compromete sua deambulação. Sentia-me desconcertada, sem conseguir pensar no que eu deveria “priorizar” em meio a tantas condições associadas. Recordo-me de que naquele momento pensava que a usuária “determinava” meu ritmo de trabalho, ao dizer: *“quero ir embora, não vou esperar mais não”*, recordações que agora, nesta narratividade, revisito com outras palavras: *“não vou aceitar coisas que vocês decidam sozinhos sobre mim”*, e que se amparam na reflexão trazida por Rios et al. (2020, p.6):

[...] tratar as relações com os usuários exclusivamente no plano da doença implica no estabelecimento de uma relação de baixa potência, assimétrica, na qual um é o detentor do saber/poder e cujo conhecimento e concepções sobre os modos de cuidar servem para desqualificar e invalidar os do outro. É a relação entre o saudável, que abriga as informações privilegiadas e sabe do viver adequado, e o fraco, doente, desvitalizado e que nada sabe.

E num outro momento com esta usuária, quando já considerava que tínhamos construído um vínculo importante, eu a informei sobre a via de seu parto, que seria um parto cesáreo, por conta de ela conviver com o vírus HIV, ao que comentou: *“Doutora Marla, e por*

rua, de vínculos afetivos, familiares ou extrafamiliares. E Kunz, Heckert e Carvalho (2014, p. 927) dizem: “O viver na rua não se garante com práticas de isolamento e sem trocas, faz-se necessário tecer redes de solidariedade. Quem cai na rua não tem como viver sozinho”.

que que a senhora nunca ‘combinou’ isso comigo antes?” E, recordar aquele momento, me faz perceber que o que dominava naquele ato de cuidado referia-se à tecnologia centrada nos saberes disciplinares da minha atuação médica, a despeito da dimensão cuidadora que a usuária reivindicava (MERHY, 2002). E isso se expressa inclusive quando eu digo: “[...] *informei sobre a via de seu parto [...]*”, o que demonstra que, em minhas atitudes, ainda permeava uma falta de inclusão da usuária sobre seu plano de cuidado.

Compreendo, nessas recordações, a reafirmação de papéis assimétricos e hierárquicos entre o “cuidador” e o “cuidado”, pressupondo a primazia de um saber estruturado sobre os modos de ser e estar no mundo que a ele deve estar subjugado. Paulatinamente, com esta e tantas outras histórias, fui deambulando nestes múltiplos cenários do campo da experiência, e percebendo o quanto que ia me reconfigurando e reconfigurando aquela, antes tida como “linha de cuidado”, mas que agora eu entendia que não se trata de uma “linha”, afinal “linha” determina, condiciona, e o que realmente se deve promover, quando se põe aberto(a) à dimensão cuidadora é um “plano” de cuidado pactuado e singularizado (MERHY, 2002). Neste modo de agir em saúde, e que começava a se associar e a influenciar minha própria atuação neste âmbito, há planejamento/ construção, com o usuário/a usuária, de um projeto terapêutico singular e apropriado a sua realidade, às suas vivências, ao seu modo de vida.

Exemplo claro disso ainda foi um momento em que fui contactada para dialogar com essa usuária sobre o momento de sua alta hospitalar, após ter estado hospitalizada para o parto. A equipe assistencial entendia que ela precisava se manter internada por necessidade de seu encaminhamento para um outro serviço que resolvesse uma demanda ortopédica, o que ainda aconteceria em alguns dias; e ela, sentindo-se bem, não aceitava se manter internada. E a equipe falava: “*Sua paciente está aqui gritando, dizendo que não vai ficar*”. Quando eu tive, então, oportunidade de conversar com a mesma, ela falava sobre o desconforto por estar na instituição “presa” (como a própria referia); pactuamos sobre a possibilidade de ela receber alta hospitalar e de retornar ao hospital na véspera de seu direcionamento à outra unidade. Conversamos sobre a redução da exposição a alguns tipos de substâncias psicoativas que poderiam comprometer o processo (ao menos naquele momento) e sobre a importância de usar as medicações regulares. E, mais uma vez, refletia a potência de vida que estava ali extrapolando o dever-fazer e me solicitando que investisse em dimensões que não estão no alcance do saber técnico disciplinar, mas que, por muito tempo, centralizou minhas decisões e condutas médicas. Naquele encontro, a potência que mobilizou o diálogo não estava assentado no saber técnico, mas na intersecção do trabalho vivo em ato (MERHY et al., 2019), capturado pela usuária, que emprenhava a cena,

através de sua presença e de sua vitalidade, a importância de se construir o desfecho de seu próprio cuidado (MERHY, 2002).

E ao longo de todos os momentos assistenciais que tive com esta usuária, notava que a sua proposta de vida, para mim, tão “complexa” (RIOS et al., 2020), tirava-me totalmente da zona de conforto. Eu me sentia “obrigada” a revisar todos os protocolos e condutas, tentando adequá-los ao modo de andar à vida desta usuária. Contudo, quando ainda se está preso às tecnologias “duras” ou “leves-dura”, a experiência com esses ditos “casos complexos” faz ter a sensação de impotência, ao que Merhy (2002, p. 61) reflete:

Na micropolítica do processo de trabalho, não cabe a noção de impotência, pois se o processo de trabalho está sempre aberto à presença do trabalho vivo em ato, é porque ele pode ser sempre “atravessado” por distintas lógicas que o trabalho vivo pode comportar. Exemplo disso é a criatividade permanente do trabalhador em ação numa dimensão pública e coletiva, podendo ser “explorada” para inventar novos processos de trabalho, e mesmo para abri-lo em outras direções não pensadas. Mas não se pode desconhecer que isso pode ocorrer nos momentos em que se abrem fissuras nos processos instituídos e em que a lógica estruturada da produção, bem como o seu sentido, são postos em xeque, incluindo a própria maneira como está sendo gerida pelos trabalhos vivos precedentes, que se cristalizaram, aliás, na potência do trabalhador.

É importante também destacar que neste contexto do espaço relacional, neste contexto de retirar as assimetrias e hierarquias entre as posições de “cuidador” e “cuidado”, o vínculo ou o “acesso” à sua vida e suas singularidades, que se configura como ferramenta-chave neste cuidado, só se faz possível nas frestas do instituído, e não se dá espontaneamente, se constrói na mutualidade. Os encontros com Magnólia, por exemplo, foram revestidos por reservas em narrar sobre sua biografia. A abertura se deu em um encontro, no qual suponho que ela capturou minha surpresa.

Quando tive oportunidade de encontrar a mesma numa consulta médica, ela me contou muito brevemente sobre sua vida. [...] Naquele primeiro contato, senti que ela não estava tão à vontade para me contar nada além disso. [...] Tivemos mais um encontro, onde ainda sentia não haver uma permissão de acesso a outros detalhes e questões de sua vida. No terceiro encontro, Magnólia chegou referindo que tinha sido internada por uma intercorrência gestacional. [...] Todo o tempo, eu ficava admirada do discurso de Magnólia, que era sempre muito bem elaborado, argumentado, coeso, com termos da área médica. Lembro dela ter falado: “Doutora, tinha ido pra igreja e comecei a sentir dor; me levaram para a maternidade; lá me deram Betametasona, Bricanyl e Ampicilina por dois dias, e aí depois falaram que eu tava bem, mas que tinha que ir pra outro hospital, pra fazerem outros exames. Oxi, quando eu vi que meu nome ‘tava’ na regulação, me ‘piquei’.” Mas lembro do meu espanto com a exatidão das informações que Magnólia me dava, inclusive com nomes corretíssimos das medicações. Ri um pouco no momento, e falei com ela: “Você é tão sabida, que se eu perguntar a um aluno meu como trata o que você teve, não vai saber me dizer as medicações com tanta exatidão assim como você” E nesse dia, conseguimos ter um encontro mais longo, onde Magnólia contou-me alguns fatos a mais de sua vida, principalmente sobre uma de suas filhas, que vivia em situação ilegal com a Polícia e muito a preocupava. (Diário de campo do encontro com Magnólia).

A descrição do diário de campo é expressiva do “espanto” que tive com o fato de Magnólia referir-se ao tratamento dispensado a si no internamento. O riso e a demonstração de surpresa na minha fala, onde exaltava a postura de Magnólia sobre seu processo de adoecimento e todas as condutas atribuídas a si, possivelmente deram abertura a um diálogo no qual as posições estavam mais simétricas; e, ainda que eu nem tivesse tal compreensão, este foi o disparador para narrativas de suas experiências de vida.

É válido refletir, ainda, que o profissional de saúde, independentemente do papel que desempenha, na conjuntura de produzir atos, é um operador do cuidado, necessitando de seu entendimento e atuação, não apenas no terreno das tecnologias duras e/ou leves-dura, mas também no terreno das tecnologias leves. Ele, sendo o “responsável” pelo projeto terapêutico e configurando-se na posição de agente institucional (que tem poder burocrático e administrativo na organização), administra as relações com vários núcleos de saberes profissionais que atuam nessa intervenção, mediando os processos multi e interdisciplinares, assim como Merhy (2002, p. 130) traz:

Vive, deste modo, a tensão de fazer este papel sempre em um sentido “duo”: como um “clínico” por travar relações intercessoras com o usuário, produtoras de processos de acolhimento, responsabilizações e vínculos, e como um gerente do processo de cuidar através da administração de toda uma rede necessária para a realização do projeto terapêutico.

E em todo esse contexto de aprendizados e reconfigurações dos modos do cuidado, vale aqui entender também a transversalidade propiciada pelo processo cartográfico. Neste sentido, é importante compreender que os resultados não são frutos apenas das experiências identificadas naquele “*setting* clínico”, mas também das descobertas e aprendizados fruto das percepções e vivências trazidas por aquela “pessoa analisada” – sua história, sua forma identitária, suas verdades e memórias, ao que Passos e Barros (2015, p. 26) refletem:

[...] definindo esse conceito como um aumento dos quanta comunicacionais intra e intergrupos em uma instituição. Fazer análise é, cada vez mais, o trabalho de desestabilização do que se apresenta tendo a unidade de uma forma ou de um campo: o instituído, o indivíduo, o social. Do uno ao coletivo, esta é a direção da análise. Direção a quê? Não ao agrupamento, ao conjunto de indivíduos, nem à unidade do diverso, mas ao coletivo como dinâmica de contágio em um plano hiperconectivo ou de máxima comunicação.

Ao atravessar o “*setting*”, os encontros com essas pessoas criaram conexões com outras histórias e perspectivas, inclusive movimentos em minha própria trajetória. Exemplifica-se aqui um dos momentos em que também houve “espanto” de minha parte, acerca da vivência da prostituição, enquanto, não última, mas como uma alternativa possível de trabalho. Alguns encontros fizeram-me refletir sobre o porquê de eu sempre estar desconfortável com o tema prostituição, sobre esse meu “desarranjo” com ele, e que envolvia possivelmente concepções

de relação afetiva, conferindo a ela uma ideia de posse sobre o corpo e sobre as escolhas deste companheiro/ companheira.

Refletindo um pouco sobre Marla, enquanto profissional, noto que eu própria estava extremamente desconfortável, sem saber de que forma eu poderia questionar sobre a provável vivência de Magnólia enquanto profissional do sexo, de uma forma não violenta.

Acredito, hoje, que Magnólia nunca permitiu que acessássemos este assunto com clareza, não apenas pelos estigmas da profissão, mas sobretudo por uma barreira em minha própria comunicação, o que ela, possivelmente, notava nas entrelinhas. Neste dia, minha tentativa de chegar a este tema, assim como meu jeito de falar, refletia, por si só, a zona de desconforto em que eu me encontrava, o que comprometia ainda mais a ocorrência de um diálogo franco nesta relação. De um modo todo desconcertado eu questionei: “Estes turistas com que Jeferson trabalhava, algum te...” (pausa). Acho que na hora respirei aliviada quando Magnólia entendeu o que eu estava tentando falar, sem conseguir concluir, e já foi consentindo com a cabeça, e explicando como começou a trabalhar com sexo: “Mas é claro que sim, Doutora...” E, novamente, reflito um pouco sobre mim, pois nesse momento, eu me perguntava como era cabível, Magnólia pensar na possibilidade de Jeferson realizar negociações dos seus programas, sendo ele seu então companheiro. Minha “surpresa” era tanta, que lembro ter a perguntado: “Mas então, você queria até que ele te negociasse?”. E ela, prontamente, falou: “Claro, com certeza, porque eu sabia que era euro, doutora, outra moeda”. Aquilo pra mim era inconcebível: como que ela queria se prostituir? Ou seja, toda minha dificuldade em abordar o assunto reflete que, de um jeito ou de outro, eu não concebia, não enxergava a prostituição como uma profissão, ou um meio de subsistência; e minha dificuldade de falar “profissional do sexo”, na verdade, mostrava que eu, profissional de saúde, que teve acesso a um nível de instrução diferenciado, também mantinha arraigado “preconceitos”, “estigmas” em relação às profissionais do sexo, que talvez nem eu própria tivesse noção que em mim existiam. E Magnólia me mostrava, ali, que a prostituição estava se desenhando como oportunidade de profissão, de angariar sua subsistência, de melhorar de vida; e que isto se desvinculava, naquele momento, de seu vínculo afetivo com Jeferson. (Diário de campo do encontro com Magnólia).

Os encontros movimentaram-me no sentido de buscar compreender o quanto uma visão de teor moralista impregnava minhas condutas e dificuldades de entendimento do modo de vida dessas pessoas. Reflexões sobre concepções de moralidade, percepções machistas e cispatriarcais estavam ali embutidas em questionamentos como “e seu marido deixa?” (referindo-me sobre a “aceitação” do companheiro sobre a profissão).

Para este processo, reflete-se o trazido por Barros e Kastrup (2015, p. 29):

[...] os fragmentos do socius (as variáveis) podem se conectar gerando um desarranjo do sistema de organização da realidade. Nesse caso, as variáveis menores se tornam o meio (o médium) de um devir minoritário dotado de potência heterogenética ou de diferenciação (o que Simondon designou energia potencial).

Nesse contexto, entender os processos relacionais entre mim e as usuárias na construção das subjetividades que norteiam o método cartográfico remete à própria teoria sobre atuação do profissional de saúde. E, nesse sentido, a produção de narrativas com elas e por elas, sendo afetada por estas mulheres, e as afetando também, reflete o trabalho vivo em ato, na cartografia e na vida.

3.3 TRAJETÓRIAS E (SOBRE)VIVÊNCIAS

Nesses encontros, a inquietude de lidar com questionamentos sobre existências “incomuns” ao universo que, até então, habitava e constituía as práticas assistenciais, convocava-me a compreender o que direcionou aquelas mulheres a encontrarem na rua o seu lugar de vivência e sobrevivência. Nesse percurso, buscou-se acesso a um comum, investigando os “territórios, subjetividades e paisagens existenciais” estranhos e provocadores de surpresas. Em tal processo, por meio das narrativas produzidas com as mulheres, intencionou-se aqui a tradução dessas vivências, entendendo o processo de tradução, tal como articulado por Vinciane Despret (KASTRUP; PASSOS, 2013, p. 276), para quem a “tradução coloca à prova tanto aquele que traduz quanto aqueles que são traduzidos”. A expressão “colocar à prova” significa que traduzir é experimentar, mas também fazer experimentar. Em outras palavras, traduzir é tornar sensível e se tornar sensível. Enfim, traduzir é acrescentar sentido, aqui entendido como ampliação da sensibilidade de cada um”.

As narrativas foram construídas em uma tessitura de surpresas, minúcias, silêncios, explicações que confrontavam modos de vida, que buscava e tinha a possibilidade de produzir na cena a “dissolução do ponto de vista do observador”, ou seja, construir-se, em abertura para múltiplos e vivos pontos de vista de uma realidade, cuja minha capacidade de compreensão, antes, era refratária (BARROS; EIRADO, 2015, p.109). Nestas histórias, foi-se desenhando inúmeras motivações para ida às ruas, inúmeros modos de “andar” nas ruas, e de sobreviver nas ruas.

O pauperismo e a condição de vulnerabilidade extrema impõem a heterogeneidade como marca, afinal são múltiplas as trajetórias de vida, as características próprias do indivíduo, o tempo de permanência nas ruas, o grau de vínculos familiares existentes, as vivências e impactos do gênero, assim como as estratégias ou táticas de sobrevivência adotadas e as relações diferente que estabelecem com a rua e as influências que sofrem dela (ESCOREL, 1999; SILVEIRA et al., 2015; DANTAS, 2007). E para se entender e discutir as trajetórias nas ruas, faz-se necessário discutir o principal elemento delas: a rua.

A interiorização da rua como um lugar de múltiplos significados, possibilita aos moradores de rua a construção de saberes que facilitam a mobilidade, o poder e o conhecimento empírico, ou seja, a medida em que eles significam e constroem a rua, a rua constrói neles uma personalidade repleta de significados (CASTIGLIONI, 2012, p. 1088).

Há uma multiplicidade de modos de viver a rua (e na rua). Para alguns, ela é o “espaço de riscos e perigos”, e para outros se mostra “como um local de liberdade para viver” (LANGA,

2012); ou ainda o espaço de interação, encontro e alternativas de vida para uns, ou ambiente de abrigo e refúgio, para outros (GOMES, 2006).

Marilda, em sua narrativa, enuncia as marcas de uma desfiliação econômica, social e familiar, levando-a à vivência das ruas, como alternativa possível de (sobre)vivência. O termo “desfiliação” é aqui utilizado em contraposição ao conceito de “filiação” que pressupõe estar ligado a uma instituição, a um grupo, a uma crença, ou seja, a um estado de pertencimento, uma condição de “*desvinculados por excelência*”, caracterizados por estarem num lugar de ausência de trabalho, vínculos afetivos fragilizados e sentimento de não pertencimento social (CASTEL, 1997; CRUZ, 2018).

A gente teve que vir pra Salvador, porque brigamos com minha tia. A gente morava lá em Ilhéus na casa dela, e ela não queria mais a gente lá e botou a gente pra fora. Quando a gente chegou em Salvador, minha mãe começou a fazer programa. Eu ficava sempre com ela na praça. Quando chegava um cliente e ela ia para os programas, eu ficava com uma ou outra colega dela. Esse era o único jeito que ela tinha pra gente conseguir viver. O dinheiro que minha mãe conseguia durante o dia, dava pra ela alugar um quartinho, que era onde a gente dormia, às vezes; algumas outras vezes, a gente dormia na rua mesmo. O restante do dia todo, a gente passava na rua. Cresci nisso aí. (Diário de campo do encontro com Marilda).

“*Cresci nisso aí*” parece referenciar uma ancestralidade e legado de exclusão, sujeição e violências que atravessam gerações de mulheres que têm suas trajetórias de vida marcadas por condições estruturais fundadas no racismo, sexismo e outras violências correlatas que se sobrepõem em suas vidas e imputam sofrimentos e pesares de forma muito singular às mulheres negras e comum a elas. A noção teórico-metodológica da interseccionalidade encontra nestes corpos e vivências a materialização da interposição do racismo, do capitalismo e da cisheteropatriarcado (AKOTIRENE, 2019).

Marilda encarna na sua vivência a aposta na migração de uma cidade para outra, em busca de oportunidades e melhoria das condições de vida (SALDANHA, 2014). Contudo, a história de Marilda ainda vai além no que tange às violências e vulnerabilidades vivenciadas por conta de um desprovimento econômico, pois que há, em sua história, reflexos da vivência de violências impostas à mulher (ROSA, 2005), na medida em que sua mãe é vítima de feminicídio, e ela vivencia as ruas sem qualquer vínculo familiar ou suporte, e ainda adolescente.

Teve um dia que minha mãe saiu pra fazer um programa e não voltou. Uma outra colega dela, que também era garota de programa, chegou me procurando depois na praça e disse que tinham matado minha mãe. Ela falou que ela tinha sido assassinada no Hotel Ibiza, pelo cliente que tinha saído com ela, e que, no final, não queria dar o dinheiro dela, e aí matou minha mãe. Não gosto de falar sobre isso não. Sei exatamente o homem que matou minha mãe. (Diário de campo do encontro com Marilda).

É possível afirmar que todas as narrativas das mulheres encontravam nas interseccionalidades do racismo, do capitalismo e do cisheteropatriarcado um terreno comum a suas trajetórias, todavia, as vivências as singularizam em suas expressões e subjetividades. A orfandade de Joselita e vida de privações e discriminação a fez ter na rua o refúgio de maus tratos que sofria.

Ela apareceu dizendo que era minha tia, prometendo mundos e fundos [...]. Mal sabia eu, o inferno que seria minha vida. Chegando lá, ela me fazia de escrava. 'Me' fazia entrar dentro de mato, catar lenha, além de ter que tomar conta de todos os netos dela. 'Me' botava pra ir pra rua, pedir esmola, pedir comida a um e a outro. Em casa, eu tinha que esperar todo mundo comer, para depois eu comer. ... Até para dormir, eu dormia debaixo da cama, enrolada no tapete que ela usava na casa, porque eu não tinha direito de dormir no colchão. Eu não tinha direito a nada: meu creme de cabelo era óleo de comida, pra não ter piolho; o desinfetante para tirar o fedor de baixo do braço era limão. Fui crescendo com aquilo na mente, passando por toda essa dificuldade, apanhando... porque eu apanhava, viu, e era muito; tomando pau a troco de nada. 'Me' batia na frente de qualquer um. Ela só me batia com coisa pesada. Até dos outros filhos dela, eu também apanhava, Doutora. [...] Era muito sofrimento mesmo. Na minha cabeça, passava só uma vontade de matar todo mundo dentro daquela casa. (Diário de campo do encontro com Joselita).

Faz-se necessário atentar ao fato de que o rompimento de vínculos familiares, muitas vezes, está associado a questões como o uso abusivo de álcool e drogas e, principalmente, o desemprego, mas também, ao abandono e à violência familiar (SCOREL, 1999; SILVA, 2006). De uma busca e peregrinação por um lar, após a morte de seus pais, quando se viu, ainda criança, com 5 anos de idade, sem ter onde ficar e com quem ficar, a vida de Joselita tornou-se uma busca pela fuga deste “lar”, já que era ele a expressão de opressão e violência. E é aí, quando foge da casa da tia e passa a se abrigar no barraco onde vivia sua irmã mais velha e seus outros dois irmãos, que se inicia a vivência da rua na história de Joselita, pois durante o dia ela ficava fazendo “os corres” para se sustentar, afinal ela não gostava de depender de ninguém: “Ficava pedindo dinheiro, ganhava comida, fazia um bico aqui, outro ali, depois ia pro barraco de Márcia de noite”.

A trajetória de Magnólia também demonstra questões econômicas e familiares como marcadores da ida para as ruas. Sua história, neste ambiente, teve início com a morte de sua mãe adotiva, o que a motivou a sair de casa, e ir morar no Pelourinho com seu então companheiro, Jeferson, e seus filhos. Magnólia trata esta chegada ao Pelourinho e sua vivência nas ruas, como um grande marco em sua vida, além de ter despertado novas descobertas e experiências.

Quem ficou cuidando dela [mãe de Magnólia] até o último dia de vida foi eu e minha irmã. Até aí eu era só uma menina inocente. Já tinha filhos, mas minha mente não tinha despertado ainda pras coisas da vida, porque eu ainda vivia embaixo do teto de minha mãe, não tinha contato com o mundo. Toda vida, eu tive uma criação muito rígida, onde vivia com um irmão e um padrasto que eram policiais, então minha vida era dentro de casa, sem contato com ninguém, sem contato com o mundo aqui fora.

Depois que eu conheci Jeferson, e mais ainda, quando eu vim pra cá, e coloquei meus pés aqui nesse Pelourinho, que eu vim saber o que é tráfico de drogas, conhecer as 'bocas' que existiam nesses prédios, saber desse mundo de drogas, pó, bebidas, orgias, festas, ou seja, foi quando eu vim aprender o que é tudo, conhecer realmente o mundo [...] Ai a gente recebeu "ordem de despejo", e ninguém mais queria alugar canto nenhum pra gente, afinal a fama já corria por aí de devedor. E a gente teve que ir pra rua. Veja a que ponto a gente chegou, Doutora? Jeferson ainda abria a boca pra dizer, que na rua ele não dormia. A gente passava o dia na rua, eu deixava Camila com alguém, aí quando chegava de noite, a gente se encontrava, e ele pagava um quarto de hotel pra gente ficar até 10h da manhã do outro dia, quando acabava o período. Fora que, durante o dia, eu tinha que ir pra rua. Debaixo de sol e chuva, passava o dia inteirinho ali naqueles bancos da praça. E é aí, Doutora, que começa minha história... a partir do momento que eu tive que ir pra rua. (Diário de campo do encontro com Magnólia).

Embora a precarização das condições de vida configure-se como uma das principais razões de direcionamento à vivência das ruas, reduzir o entendimento desta conjuntura a questões econômicas, de certo, limita a compreensão da complexidade envolta nesta (des)estruturação da dinâmica da vida destas pessoas (SICARI; ZANELLA, 2018; TIENGO, 2018).

Além disso, é importante ressaltar que, na maioria das vezes, o fenômeno não se explica a partir de um único determinante (SILVA, 2006), no entanto, a escolha pessoal da rua como moradia, mesmo não se configurando como a razão principal, pode atuar como motivo, em paralelo, para a saída e permanência nas ruas, visto que a rua pode se vincular à ideia de liberdade, que, por vezes, o ambiente domiciliar, perigoso e opressor, não proporciona. Essa condição de maior liberdade, pode atrelar-se também ao tempo de permanência nas ruas, visto que se nota uma cronicidade nesta situação, além de uma menor chance de reversão, considerando condições que se associam e perpetuam a vulnerabilidade e fragilização (baixa ou nenhuma escolaridade, desemprego, pobreza, problemas de saúde e convívio frequente com situações discriminatórias) (BRASIL, 2009b). Em boa parte das situações, o ambiente opressor e violentador é a casa, e não a rua. E ainda se faz válida uma ampliação desse olhar. Nem sempre o direcionamento à rua se configura por uma falta de opção, ou até por uma saída de um ambiente hostil, mas também pela busca de um meio sem limitações, restrições, onde a pessoa se sinta livre; e esta, talvez, seja uma das razões para se entender o porquê de nem todas as pessoas em situação de rua quererem dela sair, pois é nela em que podem expressar sua individualidade, particularidades e escolhas de vida; e isto se consegue observar nas histórias de Maricélia e Meire.

Na narrativa de Maricélia, que sai de casa aos 7 anos, levando os seus três irmãos mais novos, temos acesso ao ambiente da rua como espaço de liberdade, não passível de ser vivenciado em casa.

Minha mãe era muito chata, doutora! Implicava com o que a gente brincava, com tudo que a gente fazia. Não deixava a gente ir pra rua brincar. Tinha hora pra sair, tinha hora pra chegar; um tanto de regras. Quando a gente queria levar amigos lá pra casa, ela não deixava. Ela era chata demais. E pra completar, minha mãe fazia uma comida ruim danada... péssima! A gente não era brigado com ela não. Mas a gente sabia que, na rua, a gente podia comer coisas gostosas, coisas boas. Na rua, a gente ia ter coisa diferente pra fazer, que em casa a gente não tinha. Doutora, a gente gostava de ficar era na rua; e mainha não deixava. Por isso a gente saiu de casa. Eu sei que tem problemas ‘tá’ ali, mas ali a gente tinha liberdade pra fazer o que queria. (Diário de campo do encontro com Maricélia).

A tônica da liberdade propiciada pelas ruas também é trazida na história de Meire, que fora criada por sua avó, e que tinha sua casa como ambiente de inúmeras regras e restrições, tendo a motivado a ir para as ruas.

Eu morava com minha avó, mas minha avó me deixava muito trancada. Às vezes eu queria só sair e não podia, porque ela achava que eu era muito nova; aí eu fugia... saía, sem ela saber e voltava. Mas não é que minha avó me tratava mal não. Aí teve um ano na escola, que eu perdi, e minha avó já tinha falado: “se você perder de ano, você vai cair no pau”. Eu não tinha como voltar pra casa. Eu ia apanhar. Aí eu fugi de casa, e fui pra casa de um colega. Minha tia descobriu e foi lá na casa do menino me buscar. Apanhei um bocado nesse dia. Resolvi fugi de casa, então, depois da surra. E essa aí foi a primeira vez que levei uns dias dormindo mesmo na rua. Mas aí eu ficava nessa onda: ia pra rua, levava um tempo dormindo por lá, e voltava. [...] Às vezes eu passava um mês, dois meses, aí minha avó foi se acostumando. (Diário de campo do encontro com Meire).

A associação de questões de múltiplas naturezas que conduzem as pessoas à situação de rua pode ainda acontecer de forma gradual e processual, culminando na ocupação deste espaço de modo permanente (CAMPOS, 2012). Ao longo da história de Meire, por mais que se observe a persistência e importância de seu vínculo familiar com sua avó, a rua a mobiliza. Meire resolveu viver numa casa de apoio a pessoas em situação de rua, numa tentativa de obter o consentimento e aprovação de sua avó em relação a não mais morarem juntas, mas, ainda assim, por vezes, deixava o abrigo para experienciar o “movimento”, a “cor” das ruas, que seu ambiente de casa, ou o do abrigo, não apresentam.

A questão toda é que eu gosto da rua; é uma coisa diferente, você vê outros rostos, você vê o movimento da rua. A sensação é diferente. É uma onda a rua. Dentro de casa, você não vê esse movimento. Isso me encanta! (Diário de campo do encontro com Meire).

Em outras palavras, em algumas situações pode existir sobreposição de certas razões sobre outras de natureza socioeconômica. Na rua existem realidades diversas e adversas. Mais importante do que os motivos que levam as pessoas para as ruas é garantir que o fato de estarem nas ruas não as desumaniza e que essas pessoas tenham acesso à cidadania nos moldes que elas precisam e demandam (ALT, 2017). Além disso, o estar na rua não deve ser visto apenas como consequência que sofrem os excluídos do sistema, mas também como direito de resistência daqueles que não conseguem, ou não querem, se enquadrar a um determinado modo de vida

(ALT, 2017), e para tanto, ampliar o olhar e desmistificar as concepções de rua como o ambiente hostil em contraposição ao lar, como, necessariamente, o lugar da proteção, segurança e cuidado (CARAVACA-MORERA; PADILHA, 2015).

E nesse contexto de múltiplos significados da rua e diversas conjunturas que direcionam a essa vivência, é importante entender que o “risco” de se viver neste ambiente pode ser assumido pelo indivíduo, a partir de seus atravessamentos de vida. E isto pode ser exemplificado através de minha surpresa, em alguns momentos ao longo desses encontros, por notar como Meire ou Maricélia traziam muita leveza em suas narrativas sobre suas vivências nas ruas. A concepção engessada do passado, que trazia em meu imaginário, de acreditar que tais modos de vida envolviam necessariamente um contexto de desfiliação, fazia com que eu “condicionasse” essas pessoas a um modo de vida sofrido. E ao passo em que eu permitia ser atravessada por essa outra perspectiva, podia compreender melhor tais experiências de vida, e definir estratégias de cuidado mais apropriadas a este contexto, em associação às perspectivas dessas mulheres.

A avaliação das percepções de “risco”, quando não é pensada de modo global e associada ao entendimento dos contextos de vida, é insuficiente, limitada e frágil. Ainda que a lógica científica seja um fator referencial importante para tomada de decisões globais, as singularidades, subjetividades, diferenças sociais e diversidade cultural, estão imbricados às múltiplas percepções e significações que não se enquadram à noção de risco derivadas de conhecimentos científicos, de tal forma que a noção de risco não é da ordem do conhecimento e, sim, do valor (CASTIEL, 2010).

E viver na rua impõe saber viver nela, saber andar por ela, e conseguir se adaptar, da melhor forma possível, a todos os “riscos” existentes. As narrativas expressam que viver nas ruas demanda desenvolver estratégias para (sobre)viver, e que também são múltiplas, assim como os motivos que direcionam as pessoas a viverem na rua, e da rua. Sobreviver às mais diversas condições e adversidades: questões físicas (frio, chuva), estruturais (fome), assim como questões relacionais (sentimento de desvinculação familiar, preconceito, estigmatização, além de violência policial, e institucional, como um todo) (ALLES, 2010; AL ALAM, 2014; AGUIAR, 2014; ABREU, 2013).

Às ruas associam-se táticas diversas embutidas em sua rotina diária: locais de obtenção de alimentos, possibilidade de banhos e asseios, além de suas “regras” próprias de convívio (KUNZ; HECKERT; CARVALHO, 2014). Algumas das narrativas trazem todas estas táticas de rotina nas ruas, como Magnólia exemplifica: *“Eu já tinha meu ‘kit básico’ na sacola. Botava um casaco, um sabonete, e uma calcinha. A gente tem que ser prevenida”*; e Meire também:

“Quando vou pra rua, já levo minha sacolinha comigo, que tem meu edredom, pra eu não passar frio”. Mobilizar-se nas ruas, vivenciar as ruas, exige reconfiguração de suas rotinas e, dentre elas, ter uma sacola ou mochila que contenha poucos pertences (mudas de roupa, documentos, objetos e materiais para higiene pessoal) é importante para conseguir sair de um local mais facilmente (KUNZ; HECKERT; CARVALHO, 2014).

As narrativas ressaltam essas estratégias e táticas de (sobre)viver às ruas, e para tanto traz-se a reflexão de Rosa e Brêtas (2015, p. 276): “a vida na rua não permite clichê; ela é múltipla, é complexa, é locus de conflito e contradição social; aliás, viver na/e da rua por si é uma violência e escancara a desigualdade de direitos dentro de uma sociedade”.

E neste desenvolvimento de táticas para sobreviver nas ruas, incluem-se até as mais simples e corriqueiras rotinas diárias, como referem Kunz, Heckert e Carvalho (2014, p. 924): “De modo a sobreviver na cidade, os moradores de rua criam táticas e usam de astúcias para driblar proibições e limites, resignificando objetos, lugares e usos, bem como produzindo desenhos variados no tecido urbano”.

Para aqueles que vivem em situação de rua, o “transitar” pelos espaços sem previsibilidade ou continuidade também faz parte das estratégias para viver e sobreviver. Seus percursos não seguem trilhas geográficas definidas, mas são orientados ou conduzidos pelas redes de apoio (também uma das agências do cuidado), ou sejam, buscam-se os caminhos onde possam encontrar suporte, e não, represália, e sendo assim, evitam-se lugares em que ações repressivas possam acontecer ou que aconteceram recentemente. Sendo assim, na jornada de vida dessas pessoas, percebe-se que, mesmo os espaços mais familiares, onde elas costumam ser encontradas, na grande maioria das vezes, marcam-se por um caráter provisório (KUNZ; HECKERT; CARVALHO, 2014).

Marilda vivia no Largo do Terreiro de Jesus, e eu soube dela através da informação de uma das agentes comunitárias da USF, que referiu que ela já era uma paciente acompanhada há anos pela Equipe do Consultório de Rua do Centro Histórico, e que estava no momento grávida. Por várias vezes, agendei momentos para atendê-la. A agente ia ao encontro dela em dias prévios, combinava com ela de ir pra consulta comigo no dia de meu atendimento e a mesma não comparecia. No terceiro agendamento, eu mesma saí andando pela praça a sua procura. Assim o fiz também numa quarta vez. Mas não encontrava Marilda. Até que um dia, aguardei até o horário próximo de meio dia, quando me disseram ser mais fácil de encontrá-la, e com a ajuda tanto da agente comunitária da USF, como também do CAPS AD, consegui encontrar-me com ela. (Diário de campo do encontro com Marilda).

Além disso, falar sobre estratégias ou táticas de se viver nas ruas não significa estritamente entender como ocorrem as rotinas relacionadas a algumas necessidades básicas, mas também as rotinas que conferem meios de “subsistência” propriamente. Nesse contexto, os “corres”, termo êmico empregado pelas pessoas com as quais se produziram as narrativas

neste estudo, expressam um modo de ser e estar nas ruas, nela vivendo e dela obtendo sua sobrevivência. Um termo que parece se vincular ao nomadismo da experiência, não em contraposição à fixação a um território, mas à volatilidade da sustentabilidade. É preciso sempre correr atrás daquilo que pode garantir o dia de hoje e o de amanhã, tal como Caravaca-Morera e Padilha (2015, p. 54) aludem: “A capacidade de se virar (nas palavras dos moradores de rua) e de definir estratégias para garantir seu espaço dentro da rua fazem parte das tarefas a serem realizadas com a finalidade de garantir um dia a mais nas vidas destas pessoas”.

Durante o dia, eu ficava na rua fazendo “os corres”, afinal nunca gostei de depender de ninguém. Ficava pedindo dinheiro, ganhava dinheiro, ganhava comida. Fazia meus corres de dia, e de noite, curtição, que eu ‘tava’ jovem; depois ia para casa. No Pelourinho, sabe como é né, Doutora? Tinha festa até o dia amanhecer. Eu ficava até tarde nas festas. (Diário de campo do encontro com Joselita).

E Maricélia diz:

Quando eu fui pra rua com meus irmãos, parecia já uma menina grande; era a mais velha dos meus irmãos, então também me sentia na obrigação de cuidar deles. A gente ficava pela rua, pedindo dinheiro; com o dinheiro, comia num lugar e outro e aí; e ficava dormindo na rua mesmo. Depois de um tempo, eu fui guardando um pouquinho de dinheiro e aí consegui ficar alugando um quarto, para eu e meus irmãos dormirmos. Nessa época eu já tinha 12 anos. O quarto também era praticamente do lado da casa de minha mãe, que era ela mesma que assinava os papéis do aluguel se responsabilizando pela gente e pelo aluguel do quarto. A gente só não queria mesmo ficar na mesma casa que a nossa mãe, porque ela era bem chata... só isso! Mas a gente andava volta e meia juntos. (Diário de campo do encontro com Maricélia).

Os “corres” são as várias táticas de sobrevivência, que garantem o dia a dia nas ruas (KUNZ; HECKERT; CARVALHO, 2014). Os “corres” refletem “batalhas”, que são diárias contra a fome, os estigmas e até mesmo as condições climáticas, e também a busca pela “sobrevivência” (CARAVACA-MORERA; PADILHA, 2015); Sobre essa questão, Cruz (2018, p. 43) reflete:

Sair em busca de sua sobrevivência. Esse é o lema das pessoas em situação de rua. Cada dia é uma sobrevivência. A continuidade, para eles, dura 24 horas e no dia seguinte é a mesma luta. Que luta é essa? É o confronto permanente para driblar as vulnerações que os afetam, como por exemplo, a fome, as condições climáticas que os atingem diretamente, dormir no papelão e na sujeira, o medo, a violência, as doenças, o uso abusivo de álcool e drogas, a discriminação, a exclusão, a solidão.

Meire afirma: “*Eu me viro. Fico pedindo a um e a outro. Eu tenho lábia. Maloqueiro³¹ tem lábia. Ganho 20, 10, 5 reais. E vou vivendo. Eu sou esperta*”. Embora a “mendicância” não

³¹“Maloca”, segundo o *Dicionário Aurélio* seria um termo emblemático, originário do idioma araucano, em que significava “fazer hostilidade”, mas que no Brasil foi entendido como a “casa dos índios”. Após o processo de urbanização, o termo também foi utilizado, de modo semelhante a “cortiço”, ou seja, designava uma casa urbana que era habitada por várias famílias. Sendo assim, atribuiu-se ao termo, um sentido pejorativo, que discriminava as pessoas (ou os nativos) que moravam nas habitações pobres, e em paralelo quem vivia na “maloca” ou “maloqueiro” era “gente que não inspira confiança”, “bandidos”, “salteadores” (ADORNO, 2011). E é sob esta perspectiva que se consolidou o termo “maloqueiro”, uma categoria nativa entre pessoas em situação de rua que

se configure como meio de sobrevivência principal entre pessoas em situação de rua (BRASIL, 2009b), o conseguir dinheiro enquanto pedinte supre necessidades emergentes, complementa a renda, e se configura como tática relevante de vida (KUNZ; HECKERT; CARVALHO, 2014; CARAVACA-MORERA; PADILHA, 2015; PRUDENTE; GONTIJO; PAIVA, 2018), embora não única.

Para Magnólia, os aprendizados adquiridos na vivência das ruas puderam se tornar um escape ou alternativa para sobrevivência. Assim, ela narra o encontro com os bicos e faxinas. Magnólia conta que através de sua experiência como acompanhante da mãe em seus vários internamentos hospitalares, acrescido das orientações de sua irmã que cuidava de idosos, foi aprendendo terminologias médicas, trocas de fralda de adultos, dentre outros cuidados associados, o que a fez começar a atuar, por vezes, como cuidadora de idosos, tal qual sua irmã. E com isso, ela ia se virando com “bicos”, faxinas, acompanhamento e cuidado de idosos, além dos benefícios recebidos pela mãe.

Observa-se ainda que a rua possibilita alguns trabalhos, mesmo informais e em condições inóspitas, mas que possibilitam angariar algum dinheiro ou suprimento para sobrevivência. Isto faz com que essas pessoas se mantenham nesse ambiente ao longo do dia, afinal, ali, num contexto de territórios marcadamente turísticos e/ou comerciais (áreas centrais, com grande concentração de serviço e grande circulação de pessoas), ainda que gentrificado, há possibilidades múltiplas de sustento, que na grande maioria das vezes, não existem em outras conjunturas e territórios (KUNZ; HECKERT; CARVALHO, 2014; CARNEIRO-JÚNIOR; JESUS; CREVELIM, 2010). Alguns trabalhos trazem que as atividades diárias mais associadas a modos de sobrevivência nas ruas, vivenciados pelas pessoas que aí residem, são: realizar pequenos serviços para os cidadãos domiciliados (comerciantes, barraqueiros das feiras livres, que vendem artesanato ou alimentos), guardar ou vigiar os carros, coletar e vender materiais recicláveis, como a catação de papéis, latas e outros serviços (uma das principais formas de subsistência do povo da rua) (KUNZ; HECKERT; CARVALHO, 2014; COSTA; MESQUITA; CAMPOS, 2015).

Magnólia exemplifica tal situação, ao abordar uma fase de sua vida em que foi com sua família morar em um bairro muito distante do Centro Histórico, através de uma medida assistencial do Governo para territórios gentrificados, a qual “beneficiou” os moradores dessa região com uma casa própria em um bairro distante do centro.

se referem àqueles que habitam as malocas, isto é, ambientes nas cidades que possibilitam arranjos espaciais que possam configurar uma “casa”, onde um grupo de pessoas passa a coabitar e conviver, realizando e compartilhando as mais diversas atividades de rotina diária de sobrevivência (ADORNO, 2011; VARANDA; ADORNO, 2004).

Ou seja, Doutora, a gente saía do nosso local, onde se conhece tanta gente, o local onde a gente está acostumado, e o local onde a gente consegue dinheiro, de um jeito e de outro, porque é aqui onde ganha o dinheiro. Lá não tem como; não tem opção de trabalho; lá é mato! Como que Jeferson ia conseguir dinheiro como guia turístico morando lá? E eu com meus “bicos” que conseguia aqui? A gente conseguiu ficar lá só por alguns poucos meses, enquanto ainda tinha um dinheiro que Jeferson tinha conseguido num último Carnaval. Depois, já não dava mais. Aí a gente teve que vender o apartamento e voltar para o Pelourinho. Voltar pro Pelourinho, e, claro, voltar pra vida de alugueis, afinal ou era isso, ou a gente ia ficar sem ter condições nem mesmo de sobreviver. (Diário de campo do encontro com Magnólia).

É importante fazer aqui um adendo sobre as medidas governamentais, referidas no discurso de Magnólia, as quais visam distanciar essas pessoas de seus espaços originais, fruto da “gentrificação”, e que as enxerga como “descartáveis urbanos”, seres que “sobram”, atravessados pelo processo de exclusão social, “desfiliação” e responsabilização por esta condição. Na condição de “descartáveis” ou “lixo urbano”, precisam ser recolhidos, retirados, dos espaços públicos, na tentativa de “limpar” esses ambientes públicos, ou “livrar-se dos incômodos” - gentrificar (VARANDA; ADORNO, 2004).

Por vezes, ao longo da vida das pessoas, “os corres” assumem características diferentes, reconfiguram-se, mas se mantém sendo a garantia do sustento de si e das pessoas com quem convivem.

Eu recebo o auxílio do governo, mas não tem como viver só com ele não. Vivo de minhas “correrias”, do que aparece pra fazer. Ganho várias doações de roupa, armo meu bazar lá, e vou vendendo. Quando aparece qualquer outro bico também pra fazer, eu me joga. Lavo, passo. Para ganhar dinheiro, eu faço qualquer coisa, só não faço me prostituir. Até descarregar caminhão de carga, eu faço também; só não faço mais agora, porque não aguento mais pela dor na coluna, mas antes, até descarregar saco de cimento, eu já descarreguei. O que rola para mim, eu toco. “Me” sustento. Todo dia é uma luta, mas dá para sobreviver, sem precisar fazer coisa errada. Se envolve em coisa errada, quem quer. Com pouco ou muito, dá. Do mesmo jeito é Nilo (referindo-se ao seu companheiro). Ele não corre do trabalho. Descarrega um e outro caminhão. O negócio dele é não se envolver com o que não presta. O tráfico tá do nosso lado, lá tem gente se drogando e vendendo o tempo todo. Mas se envolve quem quer. Só vai, se você quiser. (Diário de campo do encontro com Joselita).

Como as profissões exercidas no ambiente das ruas não costumam acontecer com regularidade, não garantem, na grande maioria das vezes, a sustentabilidade de sobrevivência, o que determina à condição de miséria e extrema pobreza. Assim, a alternativa de sobrevivência, muitas vezes, é obtida (ainda que parcialmente) através de benefícios sociais, que complementam a renda, mas que não suprem suas necessidades (KUNZ; HECKERT; CARVALHO, 2014; COSTA; MESQUITA; CAMPOS, 2015).

Os modos, as táticas ou as trajetórias de vida de cada uma das pessoas acabam sendo imersas e tecidas em meio aos seus próprios exercícios éticos e valores morais, que foram fabricados através de suas concepções, crenças e relações sociais (KUNZ; HECKERT; CARVALHO, 2014). A vida de Joselita e suas escolhas em relação ao seu modo de viver

refletem sua própria construção, e o que acredita ser certo ou errado, ou mais ou menos apropriado e coerente ao que acredita, e isso pode se expressar ao passo em que Joselita não concorda com o envolvimento com a prostituição ou o tráfico, mas que não se configura como ponto de vista comum entre as outras narrativas deste estudo. E isto atrela-se às marcas da trajetória de cada pessoa, seus valores construídos e seus vínculos e estruturação familiar, ao que Fuganti (2001, p. 2) sugere:

[...] é no modo de vida que está o segredo de qualquer coisa. A pedra de toque da liberdade, da escravidão, do pensamento, da submissão à sabedoria, está sempre no modo de vida. O modo de viver é simultaneamente ético e estético. Ele cria regras éticas, que podem até ser regras morais, e ao mesmo tempo ele expressa um modo da energia ou do desejo de atravessar o corpo que faz do corpo e da alma uma expressão estética, uma obra de arte. Ou um trapo.

A vivência na rua foi também narrada com uma experiência que permite acesso a “muitos mundos”, e que se conta com aquilo que aparece na hora, ou a qualquer momento. As reconfigurações dos modos de vida, em algumas narrativas, mostram que, mesmo em condições de iniquidades e inúmeras dificuldades materiais, as participantes deste estudo desenvolveram modos de “viver a vida”, com potência, em prol de seu sustento (VERNAGLIA; VIEIRA; CRUS, 2015). Nesse sentido, é importante perceber que algumas trajetórias de vida nas ruas entrelaçam-se com a vivência da prostituição ou até envolvimento com delitos, afinal acabam se tornando alternativas e meios de sobrevivência (KUNZ; HECKERT; CARVALHO, 2014; CARAVACA-MORERA; PADILHA, 2015). A prostituição para Magnólia, por exemplo, foi pensada como modo de obtenção do sustento de sua família, assim como também foi apresentada no contexto da vida de Marilda. Em paralelo, também observamos as narrativas de envolvimento com crimes, colocados, por vezes, como “envolvimento em coisas erradas” como trouxeram Maricélia e Meire, quando participaram de “arrombamento de lojas” ou do “33” ou “157”³².

E nesse “habitar a rua”, vencendo adversidades diárias, criando estratégias, compartilhando saberes, também era preciso saber lidar com a imprevisibilidade (SANTOS, 2000). Nesse contexto, alguns relatos enunciam as inúmeras violências vivenciadas nas ruas.

Você já parou pra ver como é o Pelourinho de madrugada? É coisa que só vivenciando mesmo pra saber ... é bem difícil de falar... qualquer um, se vê o que acontece aqui, fala: ‘isso não é vida pra ninguém’... Muitas vezes, você é humilhado... Muitas vezes, não se acha nada pra comer... muitas vezes, você vai pedir o que comer e é xingado... já vi morador de rua apanhar por estar pedindo, já vi morador de rua morrer dormindo, já vi ser esfaqueado, já vi levar pedrada na cabeça

³²A forma como as mulheres narram delitos sob várias formas, seja “envolvimento em coisas erradas”, ou ainda em códigos do Artigo Penal refletem, possivelmente, um movimento de não permitirem ser “enquadradas” como criminosas por uma conjuntura de sua vivência. É um movimento de resistência aos “rótulos” e “estigmas” que elas sabem que podem existir, afinal já existem habitualmente apenas pela condição de vivência das ruas.

dormindo, já vi inclusive ser incendiado... já vi gente morrendo na minha frente e eu não poder fazer nada. (Diário de campo do encontro com Meire).

“E vou vivendo ... é só você saber viver.”

A rua, contudo, em meio a tantas adversidades e violências, configura-se nesse misto de riscos e encantos. Encantos que possivelmente motivam a “adoção” dos riscos, para alguns. Para Meire, por exemplo, a rua é um ambiente que tem “movimento”, que tem rostos diferentes, coisas diferentes. E ao mesmo tempo em que ela entende os riscos deste ambiente, compreende também que é possível se viver neste lugar, quando “se sabe viver”.

A trajetória nas ruas é vivenciada com prazer. Isso inclusive motivou Meire a ter voltado por um tempo para as ruas, durante o período gestacional. E nesse discurso, é interessante notar o fascínio de Meire por esse ambiente, mesmo sabendo dos riscos impostos, e ainda mais expressivos no intercurso de uma gestação.

Voltei a ficar na rua, por pouco tempo, mas fiquei. Dormi um tempinho lá pela praça do Dois de Julho. Fumei muita maconha. Mas eu nem considero droga, porque ela é leve. A questão toda é que eu gosto da rua; é uma coisa diferente, você vê outros rostos, você vê o movimento da rua. Na rua, eu tenho mais amigos do que tenho dentro de casa. É uma sensação diferente. É uma onda a rua. Dentro de casa, você não vê esse movimento. Isso encanta! (Diário de campo do encontro com Meire).

E eu questioneei: “Mas ao mesmo tempo que a rua tem esse encanto, pode ser perigoso também, ‘né’?”

E Meire falou: “É perigoso pra quem não sabe andar; Tudo é só você ficar na rua; não se envolver em problemas. A rua é perigosa pra quem se mete com traficante, ficar devendo a gente na rua, ou que já bateu, já brigou com gente; aí pra esses é complicado mesmo, qualquer hora pode aparecer morto. Mas é só você não fazer nada com ninguém e seguir sua caminhada. Eu mesmo conheço senhores e senhoras que dormem na rua há anos, que já rodou esse Brasil inteiro, vivendo na rua, e tá vivo até hoje. Ou seja, é só você saber viver”. (Diário de campo do encontro com Meire).

3.4 TRAJETÓRIAS DO USO ABUSIVO DE DROGAS LÍCITAS E ILÍCITAS

O uso de drogas lícitas e ilícitas está atrelado à história da humanidade e é embutido de significados e valores próprios de cada indivíduo, merecendo um olhar e entendimento complexo e multifatorial *per si* (RONZANI; FURTADO, 2010; MENDES; RONZANI; PAIVA, 2019). O uso abusivo, por sua vez, articula-se, na grande maioria dos casos, a quadros de desigualdades sociais e vulneração (SOUZA; KANTORSKI, 2007). E nesse contexto de pauperismo extremo, perceber o quanto que o consumo de álcool e outras drogas se atrela a vivência nas ruas numa dimensão cultural ampla, mostra a necessidade de entendê-lo como fator importante do modo de andar a vida destas pessoas (SNOW; ANDERSON, 1998), seja como meio de minimizar a fome e o frio, seja como elemento de socialização entre as pessoas desse grupo (COSTA, 2005; CAMPOS, 2012) mas, sobretudo, como um mecanismo de existência e de resistência. Portanto, manter-se em abstinência é um desafio para pessoas em

situação de rua (COSTA, 2005). Mayora (2016, p. 159) reflete: “o que seria um consumo problemático ou não problemático na vida de quem não tem nada, de quem passa fome, frio e dorme no chão?”.

E aí nessa vida agoniada, foi quando eu comecei a cheirar pó (cocaína), beber conhaque. Tudo por causa dele, Doutora (referindo-se a Jeferson). Afinal, quando eu vivia na casa de minha mãe, sem conhecer Jeferson, eu tinha o histórico de não ‘me corromper’. Pela minha criação, não iria conhecer nada disso. E aí foi depois de Jeferson que passei a conhecer tudo.

E ali (na rua) a gente vai se envolvendo, se corrompendo, conhecendo muita gente, bebendo pra passar o dia, cheirando pó pra passar o tempo; e o tempo foi passando e eu ali naquela vida medíocre, de baixo de sol, de baixo de chuva, dormindo em hotel, vendo Camila na casa dos outros, pois lugar de filho é com nós, mães; e eu assim me sentindo incapacitada. ... O tempo não passa, os dias não passam. (Diário de campo do encontro com Magnólia).

“E a gente vai se envolvendo, se corrompendo” é expressivo de experiências que são forjadas e se entrelaçam nas trajetórias de vulnerabilidades que modelam o mundo da vida de quem tem, nas ruas, a sua morada e sobrevivência. “Se corrompendo” pela fome e pelo frio mostra o quanto que esse modo de andar a rua exige se aliar ao que é possível, ao alcance das mãos, para deles se livrar, e por isso que o uso de substâncias psicoativas é experienciado rotineiramente nessas vivências.

Quando a gente ‘tá’ na rua parece uma coisa natural usar maconha, cigarro, tudo isso aí. Sei nem dizer quando foi que comecei. Só sei que é natural; quando a gente vê já tá usando é tudo mesmo. Fora que essas coisas chegam pra gente com uma facilidade tão grande; às vezes a gente nem ‘tá’ procurando e a pessoa oferece; às vezes a gente nem precisa gastar. Já usei de tudo; já usei pedra; pó usei demais mesmo, agora que parei; hoje, hoje; só ‘tou’ no cigarro e na maconha, mas já usei de tudo. Doutora, a gente até fica sem comer, mas não fica sem fumar. Não tem como ficar. (Diário de campo do encontro com Maricélia)

As substâncias psicoativas podem conferir abstração dos problemas, uma via para suportar as dificuldades vivenciadas nas ruas, resistir às adversidades e minimizar o sofrimento físico e psíquico (AGUIAR; IRIART, 2012; VARANDA, 2009; TONDIN; BARROS NETA; PASSOS, 2013), uma analgesia que suaviza o desconforto, a solidão, e permite sociabilidade entre os/as parceiros/as (VIEIRA; BEZERRA; ROSA, 2004; VERNAGLIA; VIEIRA; CRUS, 2015) e, por vezes, até meios de aliviar a percepção de condições de adoecimento (PRUDENTE; GONTIJO; PAIVA, 2018). Kunz, Heckert e Carvalho (2014, p. 933) também afirmam: “Dormir na rua é um grande desafio”, e reforçam que, além de outras funções, o uso de substâncias psicoativas ajuda a dormir e estar num ambiente, envolto em múltiplas adversidades, desde barulho a todo tipo de risco. E, por fim, Botti et al. (2010) também pontuam sobre a funcionalidade do uso de drogas (especificamente o álcool):

Há funcionalidade do uso do álcool para a pessoa em situação de rua, entre elas o favorecimento de encontros coletivos e o anestesiar do sofrimento que essa situação provoca, apesar do alheamento à realidade. Assim, ressalta-se a importância do álcool

como elemento socializador nos grupos de rua, possibilitando à pessoa “integrar” uma rede tênue e efêmera de vínculos afetivos que se encontram fragmentados: “nesse processo (socialização na rua), o álcool é um elemento fundamental”. (BOTTI et al., 2010, p. 547).

O uso de drogas pode conferir alívio, êxtase, diversão, e sobreposição desses momentos de bem-estar generalizado aos estados afetivos negativos (CARAVACA-MORERA; PADILHA, 2015). Para Carvalho (1999), o uso de drogas por pessoas em situação de rua não está ligado somente à busca de prazer, mas está ligado também a estratégias de sobrevivência que ganham importância na medida em que seus efeitos produzem sensações, não só de prazer, como de euforia e poder, mas confere alterações da percepção psíquica contra a dolorosa realidade interna e externa destas pessoas. Os significados dessas substâncias na vida de cada um são singulares, numa rede de significações dada pelas histórias de cada pessoa. Sendo assim, as drogas atuam como alívio das tensões na rua, atenuação do frio e fome, minimização das angústias, até mesmo, auxílio de funções físicas, como dormir, comer ou ter relações sexuais (TONDIN; BARROS NETA; PASSOS, 2013).

E por todo o acima exposto, algumas narrativas trazem o quanto este consumo pode, às vezes, levar essas pessoas a inúmeras situações, a fim de se manter o consumo dessas substâncias. Maricélia, em seu relato, conta sobre um momento em que ela precisou simular um sequestro, para conseguir dinheiro com seus familiares e pagar uma dívida de drogas que tinha feito. E a experiência e o senso de responsabilidade familiar motivaram-na a não mais usar este tipo de droga.

Eu e meu marido a gente conversou e decidi que a gente não tinha como ficar nessa vida de cocaína não. Já pensou? Ter que passar por uma dificuldade e desespero desse de novo, a ponto de ter que inventar até um sequestro? Eu tenho filho pequeno ainda e tenho outro na barriga; não posso também bancar ‘vida louca’ assim não. (Diário de campo do encontro com Maricélia).

A noção dos “riscos”, associados à dependência desse consumo é frequente, e pode ser expresso, por exemplo ao se notar que algumas das narrativas demonstram o quanto essas mulheres não querem ver seus filhos envolvidos no uso de tais substâncias. Maricélia, em seu relato, informa que não usa drogas na frente de seus filhos, mostrando que ela acredita que, privando os filhos de vê-la usando drogas em sua ‘casa’, possa evitar que ingressem nesse consumo, mantendo-se a ideia, que também é fruto do senso comum, de que pais e mães precisam “dar o exemplo” em “seu lar”. Maricélia demonstra em sua atitude que, apesar de saber que os filhos, vivendo na rua e da rua, poderiam se deparar a qualquer momento com tal uso, entende que essa prática não deve ser “reafirmada” no âmbito familiar: “*E quando eu vou fumar até alguma coisa, nem quero eles vendo; falo logo: ‘olha pra lá... tá caçando olhar o*

quê?’ Não gosto de fumar ou usar nada na frente deles não. Aproveitar que eles ainda são crianças e eu não tenho que me preocupar com essas coisas”.

Joselita também traz em sua narrativa:

Droga é um inferno mesmo. Nem sei explicar. Eu uso, mas eu tenho um medo enorme de meus filhos usarem. Nem uso nas frentes deles, não deixo a mostra. Porque a curiosidade, né? Daqui a pouco vai acende uma e aí já foi. Deus a primeira puxada, já foi. Igual ao crack, o primeiro pau que a gente fuma, se apaixonou, de ficar doido atrás dessa ‘demônia’. A gente usa porque nem tem mais força pra lutar contra esse vício, faz esquecer as coisas da vida. Mas pra meus filhos, que podem ficar sem usar... Deus é mais! O que eu puder fazer pra eles não terem contato, eu vou fazer. (Diário de campo do encontro com Joselita).

Entendendo que, ainda nos dias atuais, as abordagens sobre o uso de drogas apresentam um forte teor moralizante que tende a culpabilizar o sujeito por sua condição, atribuindo a ele estigmas (RONZANI; FURTADO, 2010), começam-se a perceber os impactos, ainda maiores à população em situação de rua, já intensamente hostilizada e reduzidas a estereótipos, como os de “vagabundos”. O estigma é, pois, um elemento fundamental na perpetuação das opressões e dominações, tendo se originado de processos históricos e políticos, e da constituição de regimes sociopolíticos normativos (PARKER; AGGLETON, 2001). Não é à toa que, para se entender a magnitude dessa condição, precisa-se compreendê-la também como marcadora de classe (RUI, 2006), pertencente a uma conjuntura de interseccionalidades na qual o uso de drogas associa-se a inúmeros outros marcadores sociais, como raça e gênero (ARRUZA, 2015), e que, como refletem Mendes, Ronzani e Paiva (2019, p. 3), “traduzem trajetórias de marginalização social e vulnerabilidades que antecedem o uso da droga e a ida para as ruas”.

Marilda, em sua narrativa, afirma: “só a droga pra conseguir controlar a gente, Doutora. Tem que usar. Senão a gente fica muito nervosa. Maconha e pedra eu uso o dia todo.”

E Joselita também provoca um deslocamento do olhar sobre uso, abusivo ou não, de drogas.

Passei um tempo sem fumar nada, mas agora voltei; não teve jeito. Ando muito nervosa. Junta os problemas de casa com Nilo, essa doença braba aí (referência ao momento pandêmico), que dificultou as coisas, até pra receber minhas doações de roupas tá mais difícil agora, e aí com tudo isso eu ‘tava’ parecendo que estava ficando maluca dentro de casa. Pra acalmar só a droga mesmo. Tava fumando maconha igual cigarro, um atrás do outro; mas não uso cigarro não. Deus é mais! Meu dinheiro do auxílio emergencial, já foi todo embora nesse vício. (Diário de campo do encontro com Joselita).

E todas essas narrativas me conferiram passagem para compreensão de uma sobrevivência que só era possível mediante o uso de substâncias psicoativas. Por fim, a reflexão trazida por Caravaca-Morera e Padilha (2015) sobre, especificamente, o crack, pode ser generalizada para o entendimento da associação do uso de substâncias psicoativas à vivência de rua, e a modos de vida vulneráveis e hostilizados:

A rua e o crack são metáforas dicotômicas que não possuem um significado restrito. A rua e o crack são plurais e singulares, são vida e são morte, são liberdade e escravidão, são conceitos existenciais e subjetivos que dependem da percepção contextual e da pessoa que olha para eles nesse momento e nesse lugar. Suas definições e construções linguísticas vão além do incômodo. O que no início parece ser antagônico, casa e rua se tornam sinônimos complementares nas vidas dos participantes desta pesquisa. (CARAVACA-MORERA; PADILHA, 2015, p. 63).

3.5 TRAJETÓRIAS REPRODUTIVAS E MATERNAGEM

A maternidade esteve atrelada fortemente a este trabalho em virtude de minha própria prática profissional, no que tange ao atendimento no contexto do pré-natal. Sendo assim, as narrativas acabaram, de forma mais ou menos intensa, trazendo a tônica dos impactos e reflexos da maternagem na vida dessas mulheres, sobre as mais diversas nuances.

Para tanto, precisa-se compreender a amplitude do conceito da maternagem que, para Machado, Penna e Caleiro (2019, p. 1128) é: “Relação que não é condicionada ao aspecto biológico da maternidade, e sim, ao afeto e desejo de cuidar”³³. Nesse contexto, algumas narrativas trazem experiências de maternagem, tal qual exercida por Magnólia com a mãe ou ainda de Maricélia, quando sai de casa com seus outros irmãos.

Em um determinado momento da trajetória, entendendo que ao se iniciar uma cartografia, processos outros já tinham se iniciado, lembro de uma sessão acadêmica em que pude participar, enquanto docente. Este é um momento que existe no contexto do Rodízio do Internato em Obstetrícia da UFBA e que conta com a participação de discentes, médicos residentes e docentes da Obstetrícia e da Pediatria. Na ocasião, discutia-se o acompanhamento de mulheres gestantes que faziam uso de substâncias psicoativas e viviam em situação de vulnerabilidade importante. Senti um desconforto naquele dia, no momento da discussão entre os profissionais envolvidos nessa assistência materno-infantil, pois era trazida uma ideia de que tais pessoas, assim que passassem pelo parto propriamente, dispensavam outras preocupações, especificamente relacionadas à amamentação, pelo fato de atribuírem a esta pessoa, de forma “cristalizada”, estigmatizada, uma não intenção de permanecer com seus filhos, de exercer a maternidade, e consequentemente, de vivenciar, ou não, este processo.

Na época, não tinha vivenciado, por muitas vezes, o acompanhamento de pessoas em situação de rua ou que faziam uso de substâncias psicoativas, mas as poucas mulheres que já tinha tido oportunidade de acompanhar, me fizeram discordar, argumentando sobre meu

³³Para entendimento sobre a história da maternagem, consultar: Obana, Osis e Makuch (2014).

encontro com uma delas, no caso, Joselita, quando notei sua preocupação com o contexto da gestação e a manutenção do filho que nasceria, com seus outros filhos mais velhos, um deles que, inclusive, estava na consulta em que a conheci.

Lembro de ter comentado com ela sobre a necessidade de realizar alguns exames laboratoriais, e pedi que ela fosse à maternidade para agendar a realização dos exames. Ela informou que achava bem difícil ir, pois pra conseguir vaga precisava chegar na maternidade bem cedo e ela, além de não acordar muito cedo, tinha que levar seu filho à escola. Contudo, ao longo do exame físico, notei que o tamanho do abdome, o que fazia um paralelo possível ao crescimento do bebê, não estava tão adequado, fazendo suspeitar de uma restrição do crescimento. E quando eu comentei com ela sobre essa hipótese, no mesmo momento perguntou: “E eu tenho que fazer o quê, Doutora?” Eu informei que precisava fazer um exame ultrassonográfico e que teria que marcar, e instantaneamente ela respondeu: “Pois amanhã então eu vou bem cedo lá na maternidade para marcar.” (Diário de campo do encontro com Joselita).

O trabalho de Almeida e Quadros (2016) traz narrativas de gestantes em situação de rua que faziam uso abusivo de crack, a fim de apresentar a maneira como essas pessoas se relacionam com a rua e suas trajetórias enquanto usuárias abusivas de drogas, utilizando o recorte da gestação para abordar as nuances da maternidade nas ruas. As autoras trazem narrativas que desmistificam o estereótipo da mãe que não é capaz de cuidar dos filhos. Uma das entrevistadas de seu trabalho dizia não usar cigarros, especificamente, por não fazer bem aos filhos, sobretudo um deles que sofria de bronquite. Sobre o uso de drogas, uma outra narrativa dizia que não se usava bebida alcoólica ou outras substâncias que comprometessem momentaneamente a consciência, pois temia que algo pudesse acontecer aos filhos, ou que ainda não tivesse condições de cuidá-los, já que não confiava esta função a ninguém mais. E as autoras concluíram dizendo que observaram que o desejo e o empenho no exercício da maternidade apresentou-se em todas as entrevistas.

Elas estão em situação de rua, com seus vínculos familiares enfraquecidos, mas não deixam de exercer, da maneira como podem, a maternidade, e jamais cogitam a hipótese de abrirem mão desse lugar. Elas, de longe ou de perto, ocupam seus lugares de mãe, ainda que ora desistam, ora lutem por seus espaços em sociedade. (ALMEIDA; QUADROS, 2016, p. 11).

Estudos realizados sob a perspectiva do gênero, com mulheres sob condições de pobreza, apontam para a existência de uma mulher “invisível”, que só existe na cotidianidade do mundo natural da sua existência e que, quanto maior a sua dificuldade para assumir sua maternidade e o cuidado dos filhos, tanto mais longe fica da possibilidade de ter um projeto que justifique o exercício de seus direitos humanos fundamentais, o que constitui uma evidência da exclusão social delas e de seus filhos (MATAR; DINIS, 2012).

Hoje reflito que questionamentos que fazia a cada nova pessoa em situação de rua ou de vulnerabilidade extrema que eu atendia, que usava abusivamente (ou não) substâncias

psicoativas, sobre sua intenção de manter a guarda ou a tutela de seus filhos após o parto não demonstram uma dúvida minha em relação à possibilidade de vivenciar a maternidade neste contexto. Na verdade, acredito que tais perguntas surgiam na intenção de querer responder, “em dados”, aquilo que foi posto em dúvida durante aquela sessão, e que, na época, apesar de discordar, não tinha “propriedade de fala profissional”, com a minha própria experiência no acompanhamento gestacional destas pessoas.

Dentre as participantes deste estudo, apenas uma estava em sua primeira gestação; as demais estavam em sua quarta, quinta ou até sexta gestação. Mas, de “primeira viagem” ou não, estava presente, em todas elas, a preocupação com aquele momento.

Quando eu descobri a gestação, e comecei a enjoar, aí eu parei de usar na mesma hora. Parei de usar tudo. Parei de beber, fumar, usar tudo. Não tá fazendo diferença agora, pra mim, o fato de não ‘tá’ usando, porque eu não ‘tou’ aguentando ver o cheiro de nenhuma delas, que eu já começo a enjoar. Mas agora também eu tenho que pensar nele (referindo-se ao filho que está esperando). (Diário de campo do encontro com Meire).

O trabalho de Prudente, Gontijo e Paiva (2018), reforçado também no estudo de Araújo et al. (2017), evidenciam este aspecto do cuidado. Através de uma abordagem qualitativa, e analisando discursos das pessoas entrevistadas, demonstra-se que a relação com os filhos e a vivência da maternidade atuavam, em algumas situações, como agentes mobilizadores para mudança de vida, quando em um discurso foi referida a intenção de sair da rua para não “perder o filho”, assim como tinha acontecido em gestações prévias. Preocupações como o proteger os filhos do frio, alimentação e saúde dos mesmos também foram observadas em alguns discursos (ARAÚJO et al., 2017; PRUDENTE; GONTIJO; PAIVA, 2018).

Nas narrativas aqui trazidas, há também evidência de vários aspectos associados à vivência dessas mulheres com seus filhos, seus anseios e suas preocupações, e demonstravam a vivência da maternidade com todas as suas nuances, dificuldades, alegrias, expectativas, questionamentos e singularidades. E os encontros com essas mulheres pareciam me conferir a tão desejada “propriedade” em minha fala, para que eu pudesse afirmar que não é possível imputar pré-julgamentos acerca da vivência da gestação e da maternidade a cada uma delas, pautada em sua “condição” de pessoas em situação de rua.

Marilda, em sua narrativa, traz uma questão relevante no contexto do exercício da maternidade na vivência das ruas, demonstrando o quanto que mulheres nesta situação são, por vezes, privadas de manterem-se com a guarda dos seus filhos, devido a políticas públicas³⁴ que as desautorizam desse cuidado, nessa situação.

³⁴O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), estabelecido em 1990 através da Lei n. o 8.069, dispõe sobre a proteção integral à criança e ao adolescente. O ECA prevê que a criança possui o direito de ser criada e educada

Esta menina, Doutora, vai viver com a gente [referindo-se a ela e Marivaldo]. Eu 'tou' muito feliz com essa criança. A gente vai criar ela juntos. Mesmo na rua, eu vou cuidar dela. Eu sei que, pra isso, vou precisar passar um tempo num abrigo, pra minha filha crescer um pouco. Só não sei ainda o abrigo que vai aceitar também Marivaldo, porque eu vou ficar com ele. (Diário de campo do encontro com Marilda).

Sanchotene, Antoni e Munhós (2019) aportam uma discussão importante acerca desta desautorização, pautada em uma imagem e espaço idealizados, que marginaliza e suprime dessas mulheres o direito ao exercício da maternagem, subordinando-as, pelo desprovisionamento das condições materiais, à subtração da afetividade e do cuidado de seus filhos. Existe um imaginário de um espaço privado para exercer a maternidade, como se essa fosse uma condição fundamental para se desempenhar o papel de mãe.

Observa-se, nas narrativas das mulheres aqui trazidas, que o cuidado dos filhos, em certos momentos, precisou ser destinado a outras pessoas por motivos variados, seja por questões associadas às relações com seus companheiros, seja por adversidades da vida nas ruas. Contudo, apesar de haver as mais diversas situações que impliquem no afastamento dessas mulheres de seus filhos, reforça-se aqui que os enunciados não expressam uma falta de desejo de manter o cuidado dos mesmos, como são frequentemente estigmatizadas, o que é reforçado por Sanchotene, Antoni e Munhós (2019, p. 157):

A mulher em situação de rua foge por completo do ideal de mulher historicamente construído, de ser restrita ao lar, frágil e dedicada à maternidade. Neste caso, não há lar, não há espaço para fragilidade, pois apesar da vulnerabilidade é preciso resistir fortemente, e, por fim, não podem exercer seus papéis sociais de mães.

Não obstante todas estas questões envoltas sobre a maternagem e maternidade no contexto de vivência das ruas, também se observou que uma outra discussão trazida nas narrativas deste estudo foi a vinculação essencialista do “ser mulher” com o “ser mãe”, enquadrando a maternidade como condição feminina, o que pode gerar conflitos entre o dever e o ser (MACEDO FILHO, 2010). O relato de Meire expressa uma vivência de ambiguidade.

Mas ultimamente eu não posso me identificar com identidade de gênero nenhuma, porque eu estou grávida. Como que estando grávida, eu vou dizer que sou homem?... não tem como... Eu sou um homem trans e 'tou' com um barrigão! Eu vou ficar sem graça. O povo que já me conhecia de antes já fica meio espantado, quando, por acaso, eu digo que estou prestes a ter um filho. Alguns ainda perguntam: 'Mas você não é lésbica?' Tento levar isso com naturalidade. Enfim. Apesar de eu entender que um homem trans pode engravidar, no mundo que a gente vive, ninguém vai entender. (Diário de campo do encontro com Meire).

no seio de sua família e, excepcionalmente, em família substituta, assegurando a convivência familiar e comunitária, em ambiente que garanta seu desenvolvimento integral (Art. 19). Imbuídos das prerrogativas da lei, ainda que a falta ou carência de recursos materiais e condições financeiras, no geral, não sejam razões que justifiquem a perda ou suspensão do poder familiar, as instituições e o poder público tendem a privar pessoas em situação de rua do convívio com os filhos, considerando que as condições dignas de existência deles, além de seus direitos básicos, como saúde, alimentação e educação, podem não ser garantidos na vigência de condições de extrema vulnerabilidade, como a situação de rua.

A narrativa de Meire parece demonstrar que existe uma simbologia da gestação na determinação do gênero, lançando uma imagem nebulosa nessa sua identidade, frente à construção social existente sobre pessoas *trans*. Ainda na fala de Meire, identificam-se os questionamentos sobre o processo gestacional, que também no contexto das ruas, apresentam-se, assim como se apresentariam em quaisquer outros contextos de vida. A vivência desta gestação, para Meire, impõe a ela uma dualidade de convivência com sua corporalidade afirmada e a convivência com a criança, estranha a essa corporalidade. Tal estranhamento é motivado pela suspeita de que será alvo de concepções essencialistas sobre o seu corpo. E todos esses conflitos, refletidos na própria expressão da identidade de gênero, faz com que Meire, ainda que se identificando com o não binarismo, e se performando, na maior parte do tempo, como homem, preferia se performar como mulher, ao momento em que se descobriu grávida, para reduzir os incômodos com suas mudanças corporais, assim como os incômodos com questionamentos de terceiros.

E nesta vivência da gestação, Meire ainda afirma que não mais tem direito frente à criança, e que outros movimentos precisam ser feitos, não apenas para o apaziguamento dessas dualidades em seu íntimo, mas também para conferir um adequado “abrigo” a este ser que era ali gerado.

Qual o meu direito agora? Eu tenho que vir para a consulta porque eu não tenho escolha, e fazer meu pré-natal direitinho... o direito agora é todo dele (se referindo ao bebê). Agora eu não tenho mais estrutura pra relacionamento nenhum, porque eu estou gestante. Meu pensamento agora é só em prol do meu filho, eu não penso mais em nada. Muita coisa vai mudar agora que eu tiver filho. Eu vou ter mais responsabilidade. Não vou mais ficar nessa vida de ficar tempos em tempos dormindo na rua; não tem nem como. Não tenho como dormir com uma criança no sereno, mesmo gostando de estar na rua. Arriscar ela ter uma pneumonia ou alguma doença. Não tem como. Vou ficar no abrigo da Casa das Pedras, que é onde recebe mães com crianças. (Diário de campo do encontro com Meire).

A gestação, assim, por vezes, era percebida por Meire tal qual é percebida por inúmeras pessoas no contexto da gestação, como uma perda de direitos de vivenciar sua individualidade, sua liberdade, inclusive a liberdade de poder andar na rua e viver a rua.

Uma outra condição, por fim, importante e que também foi observada nos relatos das pessoas deste estudo, diz respeito aos reflexos de suas relações afetivas, com os seus companheiros, que em vários momentos, questionam a paternidade. Na história de Joselita, houve desconfiança da parte de seu companheiro Nilo, quanto a ser realmente o pai de seu primeiro filho (Fernando), que foi fruto de uma relação logo após a saída dele da prisão. Como durante o período preso, Joselita relacionou-se com outra pessoa, Nilo duvidou de que a criança

fosse fruto da relação dos dois, situação que motivou Joselita a entregar seu filho a outras pessoas para cuidarem, com receio das atitudes de Nilo para com a criança.

A mulher pode ser errada, mas ela sabe quem é o pai do seu filho. Porque ele não pediu, então, um DNA, se tinha dúvida? Outro dia mesmo, Nilo viu uma foto de Fernando, que mostraram a ele, e ele ficou em choque, dizendo que Fernando parecia mais com ele do que esse filho mais novo da gente. Pois eu fiz questão de dizer: “Se ele tá lá sendo criado por outras pessoas, agradeça a você. Você não pode me botar culpa nunca por isso, foi tudo culpa sua. Nem eu tenho mais coragem de ir atrás dele para trazer ele para um lugar desse aqui.”

Eu dei por causa dele, com medo de ele fazer alguma coisa comigo ou com a criança. Eu tinha medo da reação de Nilo. Ele nunca veio me ver, nem me conhece. Eu também nem conheço ele para dizer a verdade; não tenho coragem. Eu só o vi pequeno, depois não vi mais. Enfim. (Diário de campo do encontro com Joselita).

Os reflexos de relacionamentos abusivos, que impõem desconfianças, questionamentos, angústias e opressão, eram existentes, não apenas na narrativa de Joselita, mas em quase todas as narrativas deste estudo. O convívio com a dúvida da maternidade, além de gerar atritos e discussões, também conferiam medidas em prol da proteção dos filhos, como inclusive a perda da gerência do cuidado desses filhos. E isto ocorreu na trajetória de vida de Joselita, Magnólia e Marilda.

Por todos os contextos de vivência da maternagem aqui descritos, entende-se que apesar de eles refletirem as mais diversas adversidades desta experiência, e que também existem na dinâmica de vida das ruas (assim como em todas as mais diversas conjunturas de vida), não permitem inferir que se configurem numa condição que faça essas mulheres não quererem manter a guarda de seus filhos. O processo da maternidade e todas as suas nuances – pontos positivos e negativos – também, aqui, expressam-se tais quais são expressos nas diversas trajetórias e vivências.

3.6 TRAJETÓRIAS DE VIVÊNCIA DO GÊNERO NAS RUAS

A mulher em situação de rua é impactada ainda mais pela condição de vulnerabilidade, estando submetida à invisibilização, preconceito, discriminação e violência diária como parte dessa experiência (PALAGI, 2019; OLIVEIRA, 2016). As violências, sejam elas físicas, psicológicas, sociais, institucionais e todas as privações de direitos, inclusive da liberdade de expressão de suas ideologias políticas, sociais, religiosas e até de gênero, permeiam essas vivências. De fato, para Rosa e Brêtas (2015, p. 7): “a violência está de certa forma dentro de cada mulher que se encontra em situação de rua, podendo ser ela implícita, ou explícita”.

Meire é uma pessoa que se identifica como não binária e, embora tenha sido nas ruas que tenha refletido e afirmado essa identidade, acreditava que já desde muito pequena, ainda que não propriamente como uma não conformidade ao corpo, queria que apresentasse uma

identidade outra que a conferisse mais possibilidades, mas que isso se fez muito mais necessário durante a vivência das ruas, pois acreditava que o “ser mulher” impunha limitações mais expressivas.

Ser mulher na rua é bem difícil. Quando eu cheguei na rua, era bem “patricinha”, usava uns ‘toquinhos’ de short, toda vaidosa. Às vezes, não curtia tanto aquele estilo, mas não sei se era assim um não gostar do meu corpo, não. Não tinha muita essa mentalidade que tenho hoje. O fato é que um homem não aguenta ver você passar, que olha... só falta quebrar o pescoço. E eu notava que aquilo me intimidava bastante. Aí eu pensei: “eu vou mudar o jeito de eu me vestir”. Porque imagina: eu ali dormindo na rua, daqui a pouco, assustar, ter um cara já em cima de você. Mas aí eu com essa roupa assim, todo mundo acha que eu sou menino mesmo. (Diário de campo do encontro com Meire).

Eu nunca gostei de ser mulher, não. Eu me acho muito frágil sendo mulher, e eu não gosto disso, não. Eu me sinto uma ‘merda’. Eu não gosto de depender de ninguém, nem de minha avó. Naturalmente sendo mulher, a gente depende de muita gente. Eu não tenho a mesma força que um homem tem. Pra carregar um peso, preciso de um homem. Boa parte das coisas, eu preciso de um homem pra ajudar. (Diário de campo do encontro com Meire).

A fala de Meire, de dizer que se sentia uma “merda” por ser mulher, foi marcante. O discurso de Meire, ainda, demonstrava as situações que a motivaram a se performar enquanto homem, refletindo as violações sofridas pelas mulheres nas ruas.

Quando tem uma mulher na rua, os “caras” já se perguntam entre eles: “E aí, vumbora fazer o quê com ela?” Já vi muitas mulheres serem abusadas na rua. A realidade é que ser mulher é mais difícil pra tudo. Uma senhora, que eu considerava uma mãe, na rua, começou a me falar assim: “Você se produz demais. Homem quando vê menina assim como você, quanto mais diz não, mais quer forçar e obrigar a ceder. Você precisa dar uma ‘maneirada’ e deixar de se arrumar tanto. Tem muita gente falando que você é bonita. Foi aí que eu resolvi dar “uma radical”: raspei o cabelo e comecei a usar roupa de homem e os “tops” assim apertados para apertar o peito. Aí as coisas melhoraram. Os ‘caras’ já não me olhavam tanto, da mesma forma que antes. Mas muitos ali, que me conheciam de antes, ainda ficava naquela ambição de ficar comigo, naquela fissura. Mas não era a mesma coisa, porque eu não tinha mais aquele rosto afeminado. Hoje o povo me olha e já diz: “Você parece um menino mesmo”. (Diário de campo do encontro com Meire).

De forma oposta a uma concepção historicamente patologizante, a transexualidade deve ser considerada uma experiência identitária, ou seja, uma das múltiplas experiências e práticas de gênero possíveis à condição humana, conforme trazido por Bento (2008; 2010). Isto reflete a razão pela qual se defende o direito à autodeterminação do gênero e do corpo, isto é, o entendimento de que é importante permitir ao próprio indivíduo que diga como se sente e como gostaria de se expressar corporalmente, não sendo submetido a um modelo diagnóstico. Assim, pode-se compreender a transexualidade, não como doença, mas como uma forma de expressão de gênero, para além dos binarismos normativos. Os binarismos homem/mulher, masculino/feminino, heterossexual/homossexual dificultam a construção dos direitos sexuais e reprodutivos como direitos humanos, pois os mantêm sujeitos a normas morais e impedem a

integralidade e equidade desses direitos em programas de saúde (NARDI; RIOS; MACHADO, 2012, p. 262).

Meire refere o quanto é preciso ser forte naquele ambiente e expressa a “necessidade” de se performar homem para evitar olhares de desejo. E mais uma vez, observa-se o quanto a violência é marcante na rua, o que faz com que Meire acredite que, neste ambiente tão hostil, há ainda maior dificuldade quando se é mulher, até mesmo por não conseguir suportar vários tipos de agressões, além das que um homem poderia suportar.

Mulher é frágil. Não tem como comparar a força física com a de um homem. Agora olha pra mim, eu aguentaria uma pedrada na cabeça? Se mesmo sendo homem, já não é fácil suportar, imagine mulher. (Diário de campo do encontro com Meire).

Trabalhos como os de Sanchotene, Antoni e Munhós (2019) e Prudente, Gontijo e Paiva (2018) trouxeram as percepções das participantes sobre a sua vivência nas ruas. As narrativas reforçam o contexto das ruas como um ambiente violento e que expõe, em uma maior proporção, as mulheres, de modo que trazem a relação entre “ser mulher” com as frequentes situações de violências cotidianas, sejam física, psicológica, sexual, social ou institucional, cometidas por terceiros, ou por vezes, por seus próprios companheiros, constituindo-se em fatores com real potencial de causar danos físicos e mentais irreparáveis a essa mulher (ROSA; BRÊTAS, 2015). Alguns relatos do trabalho de Prudente, Gontijo e Paiva (2018) informam que mulheres alugavam quartos à noite, na tentativa de ter uma melhor proteção (ou menor exposição), justamente por temerem dormir propriamente na rua. Foi observado ainda que parte das entrevistadas tinham em comum a vivência da violência conjugal, ainda quando estavam domiciliadas, sendo este o principal motivo para a fuga para as ruas, o que também foi trazido no trabalho de Rosa e Brêtas (2015). No entanto, ocupando as ruas, as violências persistiam, sendo a violência sexual muito presente. A pesquisa desses autores também revelou que todas as entrevistadas referiram terem sido vítimas de abuso sexual ou que assistiram alguma mulher sofrerem essa violência (SANCHOTENE; ANTONI; MUNHÓS, 2019). E, por fim, Sanchotene; Antoni e Munhós (2019, p. 151) refletem:

[...] apesar das políticas de prevenção, criadas a fim de estancar a violência de gênero, ainda se enfrentam consequências da cultura machista e de dominação masculina. Tornar a mulher vítima no espaço familiar é uma das mais significativas expressões da violência de gênero. A casa, esfera privada que supostamente exerceria o papel protetivo, por vezes representa o risco [...]. Derivada da crença de que a mulher é posse do homem, a violência conjugal pode ocorrer através de abuso verbal, psicológico, físico, sexual, patrimonial ou moral.

A narrativa de Marilda expressa uma das consequências mais cruéis da violência de gênero contra a mulher - o feminicídio, ao passo em que sua mãe é assassinada por um homem, que não concordou com o pagamento do programa. Mas além desse marcante episódio, os

relatos trazidos por Marilda ratificam todas as violações contra a mulher, na conjuntura da situação de rua, demonstrando o quanto há violências no contexto, inclusive dos relacionamentos afetivos, e o quanto as violências sofridas deixam marcas importantes em sua trajetória.

Questiono sobre o atual companheiro e Marilda, sempre se refere a ele, demonstrando muita satisfação e entusiasmo por sua relação [...] Em seguida, ainda que valorizando sua boa relação com Marivaldo, Marilda retomou, de forma breve, seus antigos relacionamentos, e notei o possível motivo para ela não gostar de comentar sobre eles. “Com Marivaldo eu vivo muito bem, ele não é, nem de perto, igual aos outros que eu tive. Os outros me batiam muito, eu sofria. Um deles me bateu tanto um dia, que o pessoal aqui do Pelourinho quando viu, foi pra cima dele, empurrou ele da escada, pra me proteger. Nenhum prestava. Marivaldo não é assim não. Marivaldo nunca me bateu”. (Diário de campo do encontro com Marilda).

E o cenário de violências de ordem verbal, patrimonial e física, dentro dos próprios relacionamentos afetivos, também é trazido na narrativa de Joselita, que demonstrava o quanto esta temia o comportamento de Nilo durante as discussões que tinham, ainda que inicialmente ela tivesse referido que ele nunca a tivesse agredido fisicamente

“Nilo nunca me agrediu não. Mas tem coisas que ele fala que são piores que uma agressão. Muitas coisas. Aí tem horas, que ele fica assim atacado, sai derrubando tudo dentro de casa, quebrando as coisas. Eu só penso que ele vai vir pra cima de mim, fazer alguma coisa comigo. Mas ele nunca me agrediu. Nessas horas, eu pego meu dinheiro, meus filhos, e minhas coisas, e vou embora. Alugo um quarto de hotel, passo uns dias fora com os meninos, até a poeira abaixar.”

Eu pergunto: “Mas quais são os motivos das brigas? Ele nunca te bateu?”

“Doutora, Nilo tem uma ‘psicose’ na cabeça dele... só pode! Geralmente as brigas são por ciúmes mesmo. Uma vez, ele me deu dois murros. Em uma das brigas da gente.

E continuei: “Então deve ser por isso que você teme tanto que ele vá pra cima de você, né? Porque mesmo não sendo um comportamento repetido dele, ele já fez isso um dia.

Joselita respondeu: “Sei lá, eu nem sei explicar. Eu sei que eu fico achando que ele vai fazer alguma coisa”. (Diário de campo do encontro com Joselita).

Algumas das pessoas que participaram dos trabalhos de Sanchotene, Antoni e Munhós (2019) também referiram consumo de substâncias psicoativas após serem vítimas de violências, principalmente a violência sexual, na tentativa de amenizar o seu sofrimento e dar coragem para o enfrentamento na vida nas ruas (SANCHOTENE; ANTONI; MUNHÓS, 2019). Por vezes, algumas mulheres em situação de rua tendiam a fazer uso de álcool e outras drogas em busca de assumir comportamentos agressivos para afastar os homens, como uma estratégia de resistência (VARANDA; ADORNO, 2004; VALE; VECCHIA, 2020).

A percepção e o entendimento das violações na vida de mulheres em situação de rua também são trazidos e reforçados em uma das narrativas, na qual se observam particularidades das questões de gênero na criação dos filhos. Maricélia conta sobre o modo diferente que conduziu a tutela de seus filhos homens e mulheres, referindo que optou por deixar suas duas

filhas mulheres aos cuidados da avó delas, pois entendia as dificuldades de se criar uma mulher no ambiente das ruas. Maricélia narra que a rua, que já impõe inúmeras dificuldades à criação e educação das crianças, de certa forma indefesas, confere um cenário de muitos outros riscos ao crescimento das mulheres. A rua confere maior vulnerabilidade, exposição e iniquidades às mulheres, sendo demonstrada por dados estatísticos a prevalência maior de homens cisgêneros nesse contexto.

Rua não é lugar de menina ser criada, Doutora. Menino é mais tranquilo, mas menina na rua não dá certo não. Fora que os avós delas duas são muito enjoados... Aí preferi deixar as duas com eles mesmo. Vê se com menina, a gente tem como deixar correr o mundo assim, igual meus filhos? Esse mundo é muito perverso com mulher. Elas não têm como ficar mesmo comigo não. (Diário de campo do encontro com Maricélia).

É fato, assim, que ser mulher nas ruas envolve exposição e maior susceptibilidade à violência, necessidade de manter-se sempre alerta e em busca de proteção, além de sofrimento (SANCHOTENE; ANTONI; MUNHÓS, 2019; ROSA; BRÊTAS, 2005; PALAGI, 2019; OLIVEIRA, 2016). Nessa perspectiva, Oliveira (2016) reflete, a partir de resultados de seu estudo, que, muitas vezes, algumas mulheres em situação de rua são “obrigadas” a manter um parceiro, a fim de ter maior proteção e garantia de integridade humana, pois estar solteira a tornaria muito suscetível aos mais diversos tipos de violência, ainda que se entenda que a presença do parceiro não garanta que ela não vivenciará nenhum tipo de violência (OLIVEIRA, 2016). E por esse motivo, muitas delas acabam subordinando-se a relações afetivas conflituosas, em prol de uma suposta proteção.

Na compreensão das relações sociais de gênero como um todo, faz-se necessário entender as perspectivas das interseccionalidades, e as associações entre gênero, classe e raça. Apesar de a violência de gênero acometer mulheres de diferentes níveis socioeconômicos e de escolaridade (MARQUES, 2005), é importante observar os impactos da relação social de classes existente no contexto de pessoas em situação de vulnerabilidade, visto que a motivação das violências por elas sofridas entrelaçam-se entre gênero e classe. A própria miséria a que estão expostas, dessa forma, é uma maneira de violentar essas pessoas (SANCHOTENE; ANTONI; MUNHÓS, 2019; KERGOAT, 2010). Minayo (2010, p. 150) afirma: “a violência de gênero faz parte de uma violência cultural, ou seja, por atravessar todas as classes e segmentos sociais, é dada como ‘naturalizada’”.

É importante aqui ressaltar que embora existam leis que assegurem direitos a essas mulheres, a assistência ofertada efetivamente, na grande maioria das vezes, não lhes oferece garantia alguma, o que mostra a importância do entendimento da maior vulnerabilidade e exclusão social a que essas pessoas estão expostas, requerendo, dessa maneira, políticas

protetoras e medidas afirmativas para sua inclusão (PALAGI, 2019; SICARI; ZANELA, 2018). O encontro das narrativas das participantes deste estudo com os estudos que abordam os temas que atravessam a vidas dessas mulheres não se destina a produzir generalizações, mas reconhecer a multiplicidade de jeitos de andar na vida e das vulnerabilidades que as acompanham, produzindo, assim, modos de cuidar em saúde destituídos de inscrições que informam maneiras adequadas e cristalizadas de se viver (RIOS et al., 2020).

4. O CAMINHO QUE SE SEGUE CAMINHANDO

4.1 SOBRE OS PRODUTOS DESTE PROCESSO

Ao longo desta caminhada, trazemos alguns produtos de nossas descobertas, construções, encontros e desencontros.

Um dos produtos do mestrado pode ser encontrado no livro *Saúde da família em terras baianas*, em forma do capítulo *Eu, Cartógrafa! Cartografando No Pelourinho...* (ROCHA; SOARES; AMOR, 2020) (Apêndice D), integrante do processo de qualificação desta dissertação.

O outro produto se configurou na construção do denominado *Projeto Manjedoura*, (Apêndice E), que consiste numa estratégia extensionista, docente-assistencial, que conta com a participação e colaboração de um grupo de discentes da UFBA e da UFRB, docentes e profissionais vinculados à assistência (médicos, assistentes sociais, psicólogos, enfermeiros), e que buscou construir e implantar um fluxograma de atendimento e cuidados à gestantes em situação de rua. Este produto foi apresentado na 6ª Sessão Temática do PROFSAÚDE, que tratou da temática *Populações em condições de vulnerabilização*³⁵, com ênfase nas populações em situação de rua, possibilitando a socialização e discussão com expertises do tema central (Anexo B).

4.2 UM “ATÉ LOGO”

Após chegar até aqui, consigo enxergar a dimensão dos aprendizados que a aposta cartográfica e a compreensão das potências do trabalho vivo em ato me possibilitaram. O “até logo” reflete um devir de um processo de mudanças – contínuo, permanente e gradual.

A rua, por todo o cenário tão plenamente exposto, fazia-se extremamente inóspita, e habitar este lugar, pra mim, adotando todos os seus riscos, só seria possível como última (e única) opção. E, por muito tempo, partindo-se de um processo formativo geral (seja na faculdade, residência, e em vários encontros acadêmicos), no qual não era suscitado o “se permitir” aos atravessamentos, afetos e sensações, e, conseqüentemente, a compreensão ampla de modos de vida variados e singulares, perpetuavam-se e reafirmavam-se esses “estigmas” e concepções engessadas.

O modelo médico-hegemônico, além de todas as suas nuances previamente discutidas, reforça posições hierárquicas, assimétricas e rígidas. O “detentor do saber” também deve ser

³⁵ Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=bU1OZD3Yfu4&t=7756s>.

aquele profissional que não afeta, nem se deixa afetar, não se sensibiliza, e também não se deixa “capturar”. Em paralelo, o “fazer ciência”, também atrelado às concepções de posições rígidas, admitia e reafirmava o distanciamento desse “sujeito” e do “objeto”; do “analista” e do “analisado”. Sendo assim, ao compreender o pensamento de Merhy et al. (2019, p. 73), que diz: “[...] dependendo do tipo de tecnologia que preside o encontro, maior ou menor será seu potencial cuidador, maior ou menor a porosidade para o encontro, maior ou menor a troca e a construção de sentidos comuns”, percebo o quanto que, em outros momentos, faltou porosidade, faltou afetação, e, portanto, faltou potencial cuidador.

Contudo, nesse processo, entendendo que o trabalho se dá sob o aspecto da micropolítica, num campo relacional, através de encontros em que se há influência mútua entre as partes, consegue-se perceber a importância da legitimação de distintos saberes, valores, desejos, que movimentam e que dão cor e sentido aos encontros entre profissionais e usuários (MERHY et al., 2019). As interseções que ocorreram entre mim e as mulheres, no espaço relacional, produziam novas formas de pensar o cuidado – formas, estas, que consideram os modos de andar na vida, que, até então, para mim eram estranhos, perigosos, e extremamente arriscados, assim como produziam um novo sujeito, que estava se reconfigurando e reorganizando no mundo.

A sobreposição do núcleo cuidador favorece não apenas a obtenção de um projeto terapêutico efetivo com o “partilhamento decisório” entre profissionais de saúde e usuário, mas também a construção de um espaço semelhante e equivalente de trabalho na equipe, que explore a cooperação entre os diferentes saberes (MERHY, 2002). Quando me permitia entender as subjetividades que aquele encontro trazia, conseguia planejar (com cada mulher que tive oportunidade de encontrar) um plano terapêutico; mas que, lá no início do processo, eu acreditava se tratar de uma “linha” de cuidado, sem perceber que o próprio termo “linha” condiciona, aprisiona, e não permite atravessamentos nos processos. E tantas outras descobertas e aprendizados aconteceram nesse processo...

Ao ser “capturada” pelas falas e escutas, nas relações de acolhimento e vínculo, nos encontros, que aconteciam nesse campo das relações intercessoras com o mundo subjetivo do usuário e como ele constrói suas necessidades de saúde (MERHY, 2002), pude observar a multiplicidade dos modos de andar e “viver a vida”. A vida é múltipla, potente, pois todo indivíduo (nós ou o usuário), com suas singularidades e particularidades, constrói potências de vida; e os encontros com essas mulheres me convocavam ao deslocamento, deslocamento de posições e concepções pré-estabelecidas. E quando me permitia estar no mesmo plano do usuário (o plano da experiência e da articulação dos saberes), que me consentia “acessar” (e ser

acessada) o campo das afetações, não só me aproximava delas, mas também me reconfigurava, ao passo em que ia narrando e escrevendo sobre suas trajetórias.

E neste processo de capturar e ser capturado, também surgem afetos, ao que diz Rolink (2007, p. 23): “[...] do cartógrafo se espera que ele mergulhe nas intensidades do processo para “dar língua para afetos que pedem passagem”.

Os encontros, ao marcarem, afetarem, gerarem inquietação, por vezes, até espanto, faziam-nos questionar a rigidez de concepções prévias, pautadas em modos de ser racistas, sexistas, heteronormativas, machistas e até moralistas. Contudo, afetaram, “romperam”, “fissuraram”, e, portanto, permitiram reconstruções. E foi aqui, neste percurso, através dos encontros com essas mulheres, e podendo reconhecê-las e entendê-las, que “se iniciou” um movimento em mim, produzindo-me enquanto cuidadora e pessoa, afinal, o “desnude” dessas mulheres em suas narrativas de vida gerava (e gerou) um desnude de mim, enquanto mulher e médica.

“Iniciou-se”? Sim! Apenas, iniciou-se! Não há nada finalizado, concluído ou completo. Nossa produção, nossa construção, é diária e contínua... é só nos permitirmos! Devo confessar também que lá, no início deste processo, a cartografia era uma aposta. Entendendo as marcas de minha formação, o meu agir na prática clínica e da pesquisa científica, a cartografia era um terreno desconhecido, inusitado, e ela se configurou como um investimento, um interesse, e ali eu me mobilizei e me lancei a esta caminhada. Hoje, aqui estou, ciente de que tenho muito e muito caminho a percorrer nesses meus encontros e desencontros. Persisto na cartografia, não como um processo de investigação, mas como este processo que tem me permitido a produção de mim mesma, enquanto profissional de saúde, permitindo-me afetos, subjetividades e construindo relações intercessoras. E, por tudo isso, há a certeza de que nem tudo conseguiu ser expressado em palavras, afinal, há muito além produzido em meu íntimo, na minha forma de atuar, de cuidar, de pesquisar... na minha forma de ser e viver!

E “concluo” (o que está longe de ser um ponto final) este nosso encontro (ou desencontro), utilizando um pensamento de Guedes (2014, p. 113):

Quando iniciamos um movimento de pesquisa carto[...]gráfica, o corpo é lançado a se aventurar nas surpresas dos (des)caminhos. de um tropeço, de um desvio do projeto encomendado para levar/agenciar com o campo, se arrancaram graus de potência e se investiu em outras formas, movimentos e olhares. No lugar de localizações dos erros ou acertos, estão ali os movimentos, os afetos que expandem ou refreiam a nossa potência de agir. No percurso do pesquisar, abriu-se fendas, ocupou-se das fronteiras do olhar e deixou-se tocar pesquisa e vida, núpcias, plano de potência farto de devires.

REFERÊNCIAS

- ABREU, D. **Pessoas em situação de rua, uso de drogas e o consultório de rua.** Orientadora: Prof. Dra. Fátima Büchele. 168 f. 2013. Dissertação (Mestrado em Saúde Mental e Atenção Psicossocial) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, Brasil, 2013.
- ADORNO, R. C. F. Atenção à saúde, direitos e o diagnóstico como ameaça: políticas públicas e as populações em situação de rua. **Etnográfica**, Lisboa, v. 15, n. 3, p. 543-567, out. 2011.
- AGUIAR, M. J. G. **Moradores de rua na cidade do Guarujá/SP:** Condições de vida, saúde, emoções e riscos. Orientador: Prof. Dr. Luiz Alberto Amador Pereira. 180 f. 2014. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Centro de Ciências Sociais Aplicadas e Saúde, Universidade Católica de Santos, SP, 2014.
- 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. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 28, n. 1, p. 115-124, jan. 2012.
- AKOTIRENE, C. **Interseccionalidade.** São Paulo, SP: Sueli Carneiro; Pólen, 2019.
- AL ALAM, M. C. L. **População em situação de rua:** Território como lugar de trabalho em saúde. Orientadora: Profa. Dra. Valéria Cristina Christello Coimbra. 2014. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, RS, 2014.
- ALLES, N. L. **Boca de rua:** Representações sociais sobre população de rua em um jornal comunitário. Orientadora: Profa. Dra. Miriam de Souza Rossini. 2010. 229 f. Dissertação (Mestrado em Comunicação e Informação) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, 2010.
- ALMEIDA FILHO, N. Nunca fomos Flexnerianos: Anísio Teixeira e a educação superior em saúde no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 12, p. 2531-2553, dez., 2014.
- ALMEIDA, D. R.; QUADROS, L. C. T. A pedra que pariu: narrativas e práticas de aproximação de gestantes em situação de rua e usuárias de crack na cidade do Rio de Janeiro. **Pesquisas e Práticas Psicossociais**, São João del Rei, RJ, v. 11, n. 1, p. 225-237, jan./jun. 2016.
- ALT, B. S. **População em situação de rua:** interferências do olhar da sociedade na forma como esse grupo enfrenta o mundo do trabalho. Orientadora: Profa. Dra. Cristine Jaques Ribeiro. 2017. 92 f. Dissertação (Mestrado em Política Social) – Programa de Pós-Graduação em Política Social, Universidade Católica de Pelotas/UCPEL, Pelotas, RS, 2017.
- ANÉAS, T. V.; AYRES, J. R. C. M. Meanings and senses of healthcare practices: fundamental ontology and the reconstruction of healthcare. **Interface: Comunic., Saúde, Educ.**, Botucatu, SP, v.15, n.38, p. 651-62, jul./set. 2011.
- ARAÚJO, A. S. et al. O contexto da gestante na situação de rua e vulnerabilidade: seu olhar sobre o pré-natal. **Rev. enferm. UFPE**, Recife, v. 11, n. supl. 10, p. 4103-4110, 2017.

- ARRUZA, C. Considerações sobre gênero: reabrindo o debate sobre patriarcado e/ou capitalismo. **Revista Outubro**, s. 1., v.23. p.33-58, 2015.
- AYRES, J. R. C. M. Cuidado e reconstrução das práticas de Saúde. **Interface: Comunic., Saúde, Educ., Botucatu, SP**, v.8, n.14, p.73-92, 2004a.
- AYRES, J. R. C. M. Cuidado: trabalho e interação nas práticas de saúde. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 31, p. 3-4, 2017.
- AYRES, J. R. C. M. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. **Saúde Soc.**, São Paulo, v.13, n.3. p.16-29, 2004b.
- AYRES, J. R. C. M. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 63-72, jan. 2001.
- AYRES, J. R. C. M. Uma concepção hermenêutica de saúde. **Physis**, Rio de Janeiro, v.17, n.1, p.43-62, 2007.
- AYRES, J. R. C. M.; CALAZANS, G. J.; SALETTI FILHO, H. C.; FRANÇA JÚNIOR, I. Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde. *In*: CAMPOS, G. W. S. **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2009. p.375-417.
- BARROS, E.; EIRADO, A. Cartografia como dissolução do ponto de vista do observador. *In*: PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. (Orgs.). **Pistas do método da cartografia: Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade**. Porto Alegre: Sulina, 2015. p.109-130.
- BARROS, K. C. C. et al. Healthcare experiences of homeless pregnant women. **Rev Rene**, Fortaleza, v. 21, p. e43686, 2020.
- BARROS, L. P.; KASTRUP, V. Cartografar é acompanhar processos. *In*: PASSOS, Eduardo; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. (Orgs.). **Pistas do método da cartografia: Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade**. Porto Alegre: Sulina, 2015. p. 52-75.
- BELO HORIZONTE (Município). Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social; Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. Secretaria Municipal de Assistência Social; Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais; Instituto Nenuca de Desenvolvimento Sustentável - INSEA. **2º Censo da População de Rua e Análise Qualitativa da Situação dessa População em Belo Horizonte**. Relatório Final. Belo Horizonte: MDS/SMAS/PUCMinas/INSEA, abr. 2006.
- BENTO, B. A. M. Gênero: uma categoria cultural ou diagnóstica? *In*: ARILHA, M.; LAPA, T. S.; PISANESCHI, T. C. (Orgs.). **Transexualidade, travestilidade e direito à saúde**. São Paulo: Oficina Editorial, 2010. p.167-188.
- BENTO, B. A. M. **O que é transexualidade**. São Paulo: Brasiliense, 2008 (Coleção Primeiros Passos).
- BOTTI, N. C. L. et al. Padrão de uso de álcool entre homens adultos em situação de rua de Belo Horizonte. **SMAD Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. (Ed. port.) [online]**, Ribeirão Preto, SP, v.6, n. spe, p. 536-555, nov. 2010.

BRASIL. Decreto nº. 7.053 de 23 de dezembro de 2009. Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 24 dez. 2009a, Seção 1, p. 16.

BRASIL. Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos. Secretaria Nacional de Proteção Global. **Nota técnica nº. 5, 2020 CGRIS/DEPEDH/SNPG/MMFDH**. Orientações gerais sobre atendimento e acolhimento emergencial à população em situação de rua no contexto da pandemia do Covid-19. Brasília: MMFDH; CGRIS; DEPEDH; SNPG, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº. 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 13 dez. 2012. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 23 out. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº. 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. **Diário Oficial da União, Brasília**, DF, 27 jun. 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html. Acesso em: 23 out. 2020.

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**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein. **Nota técnica para organização da rede de atenção à saúde com foco na atenção primária à saúde e na atenção ambulatorial especializada: Saúde da mulher na gestação, parto e puerpério**. Brasília: Ministério da Saúde; Hospital Israelita Albert Einstein, 2019.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação. Secretaria Nacional de Assistência Social. **Rua: aprendendo a contar: Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua**. Brasília, DF: MDS; SAGI; SNAS, 2009b.

BRASIL. Resolução Conjunta CNAS/CONANDA nº. 1, de 15 de dezembro de 2016. Subitem 4.6, no item 4, do Capítulo III do documento Orientações Técnicas: Serviços de Acolhimento para Crianças e Adolescentes. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 16 jun. 2016, ed. 243, seção 1, p. 61.

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

CAMPOS, M. A. R. **Sob o céu da cidade: Representações sociais da população em situação de rua no município de Araguari**. Orientadora: Profa. Dra. Jacy Alves de Seixas. 151 f. 2012. Dissertação (Mestrado em Ciências Humanas) - Programa de Pós-graduação em História, Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, Minas Gerais, 2012.

CARAVACA-MORERA, J. A.; PADILHA, M. Entre batalhas e pedras: histórias de vida de moradores de rua, usuários de crack. **Hacia promoc. salud.**, Manizales, Colombia, v.20, n. 1, p. 49-66, jan.-jun. 2015.

CARNEIRO-JÚNIOR, N. C., JESUS, C. H., CREVELIM, M. A. The family health strategy focused on access equity and targeted at the homeless population living in large urban centers. **Saúde soc.** São Paulo, v.19, n.3, jul./sept. 2010.

CARVALHO, D. B. B. O consumo de drogas por crianças e adolescentes em situação de rua no Distrito Federal: relatos de experiências vividas. *In:* CARVALHO, D. B. B.; SILVA, M. T. (Orgs.). **Prevenindo a drogatização entre crianças e adolescentes em situação de rua: a experiência do PRODEQUI.** Brasília, DF: MS/COSAM, UnB/PRODEQUI; UNDCP, 1999.

CARVALHO, M. A. C.; SANTANA, J. P.; VEZEDEK, L. **Cartografias dos Desejos e Direitos:** Mapeamento e contagem da População em Situação de Rua na Cidade de Salvador, Bahia, Brasil. Salvador: Projeto Axé. Centro Projeto Axé de Defesa e Proteção à Criança e ao Adolescente, 2017.

CASTEL, R. A dinâmica dos processos de marginalização: da vulnerabilidade à “desfiliação”. **Caderno CRH,** Salvador, n. 26/27, p. 19-40, jan./dez, 1997.

CASTIEL, L. D. **Correndo risco:** uma introdução aos riscos em saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2010.

CASTIGLIONI, M. C. Poesia concreta em prosa no asfalto: limites da deficiência no espaço urbano. **Interface:** Comunic., Saúde, Educ., Botucatu, SP, v.16, n.43, p. 1087-1093, dez. 2012.

CECCIM, R. B.; FERLA, A. A. Educação e saúde: ensino e cidadania como travessia de fronteiras. **Trabalho, Educação e Saúde,** Rio de Janeiro, v. 6, n. 3, p. 443-56, jul. 2008.

CECÍLIO, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. *In:* PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde.** Rio de Janeiro: IMS-UERJ/Abrasco, 2001. p. 113-26.

CLARK, R. E. et al. Homelessness Contributes To Pregnancy Complications. **Health Aff (Millwood),** Bethesda, MD, USA, v. 38, n. 1, p. 139-146, 2019.

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

COSTA, L. E.; MESQUITA, V. M.; CAMPOS, A. P. Moradores de rua, quem são eles? Um estudo sobre a população de rua atendida pela Casa da Sopa “Capitão Vendramini” de Três Corações. **Revista da Universidade Vale do Rio Verde,** Betim, MG, v. 13, n. 2, p. 285-297, 2015.

CRUZ, J. R. **O impacto da vulneração na subjetividade das pessoas em situação de rua:** colaboração da Bioética da Proteção. Orientadora: Profa. Dra. Stella Regina Taquette. 2018. 111 f. Dissertação (Mestrado em Bioética) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2018.

CUTTS, D. B. et al. Homelessness During Pregnancy: a unique, time-dependent risk factor of birth outcomes. **Maternal And Child Health Journal,** [S.L.], v. 19, n. 6, p. 1276-1283, nov. 2014.

DANTAS, M. **Construção de políticas públicas para população em situação de rua no município do Rio de Janeiro: limites, avanços e desafios.** Orientadora: Profa. Dra. Rosana Magalhães. 164 f. 2007. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2007.

DELEUZE, G.; PARNET, C. **Diálogos.** São Paulo: Escuta, 1998.

DULTRA, L. S. **Acesso da População em Situação de Rua na Atenção Básica: uma análise das práticas instituídas pela saúde da família no Centro Histórico de Salvador.** Orientadora: Profa. Dra. Mônica de Oliveira Nunes de Torrentê. 2018. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal da Bahia, Instituto de Saúde Coletiva, Salvador, 2018.

SCOREL, S. **Vidas ao Léu: trajetórias de exclusão social.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999.

SCOREL, S. Vivendo de teimoso: moradores de rua da cidade do Rio de Janeiro. *In:* BURSZTYN, M. (Org.). **No meio da rua: nômades, excluídos e viradores.** Rio de Janeiro: Garamond, 2000. p.139-171.

ESPINHEIRA, G. E. Y. Secretaria de Cultura. Escritório de Referência do Centro Antigo de Salvador. **Projeto de Reabilitação Sustentável do Centro Antigo de Salvador: A dimensão social e o quadro de vulnerabilidades do Centro Antigo.** Relatório Final. Salvador: Secretaria de Cultura, dez. 2009.

FERNANDES, A.; DANTAS NETO, P. F. Região Metropolitana de Salvador: espaço de refúgio, espaço de esperança (apresentação). *In:* CARVALHO, I. M. M.; PEREIRA, G. C. (Orgs.). **Como anda Salvador.** Salvador: EDUFBA, 2006. p. 9-11.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. Cartografias do Trabalho e Cuidado em Saúde. **Revista Tempus Actas de Saúde Coletiva,** Brasília, v. 6, n. 2, p. 151-163, 2012.

FUGANTI, L. **A formação do pensamento ocidental.** Aula 1. São Paulo: Escola Nômade de Filosofia, 29 mar. 2001. Disponível em: <http://escolanomade.org/pensadores-textos-e-videos/fuganti-luiz/a-formacao-do-pensamento-ocidental-aula-1>. Acesso em: 23 maio 2020.

GARCIA, L. S. L. Moradia e Trabalho Como Estratégias de Redução de Danos e Reabilitação Psicossocial. *In:* SURJUS, L. T. L. S.; FORMIGONI, M. L. O. S.; GOUVEIA, F. (Orgs.). **Redução de danos: Conceitos e Práticas.** Material comemorativo aos 30 anos de Redução de Danos no Brasil. São Paulo: Univesp; UNIFESP, 2018. p. 44-57.

GEBREYESUS, H. et al. Experiences of homeless women on maternity health service utilization and associated challenge in Aksum town, Northern Ethiopia. **BMC Health Serv Res,** [s.l.], v. 19, n. 1, p. 359, 2019.

GOMES, R. C. M. **Gente-caracol: A cidade contemporânea e o habitar as ruas.** 2006. Orientador: Prof. Dr. Edson Luiz Andre de Souza. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social Institucional) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social Institucional, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, 2006.

GOMES, T. B.; DALLA VECCHIA, M. Harm reduction strategies regarding the misuse of alcohol and other drugs: A review of the literature. **Ciência e Saúde Coletiva,** São Paulo, v. 23, n. 7, p. 2327–2338, 2018.

GRAEBIN, C. M. G.; VIEGAS, D. H. Por uma história rizomática: apontamentos teórico metodológicos sobre a prática de uma cartografia. **Hist. R.**, Goiânia, v. 17, n. 1, p. 123-142, jan.-jun. 2012.

GUEDES, L. F. B. **Encontros de olhares: ensaiando carto(foto)grafias com usuários de drogas.** Orientador: Prof. Dr. José Maurício Manguiera Viana. 2014. 130 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) - Pós-Graduação em Psicologia Social, Universidade Federal de Sergipe, São Cristóvão, SE, 2014.

KASTRUP, V.; PASSOS, E. Cartografar é traçar um plano comum. **Fractal: Rev. Psicol.**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. 263-280, 2013.

KERGOAT, D. Dinâmica e Consustancialidade das Relações Sociais. **Novos Estudos CEBRAP**, São Paulo, n. 86, p. 92-103, mar. 2010.

KUNZ, G. S.; HECKERT, A. L.; CARVALHO, S. V. Modos de vida da população em situação de rua: inventando táticas nas ruas de Vitória/ES. **Fractal: Rev. Psicol.**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 3, p. 919-942, set./dez. 2014.

LANGA, E. N. B. **Pessoas que habitam as ruas em Fortaleza nos circuitos da vulnerabilidade e exclusão: Identidades em construção nas trajetórias e percursos.** Orientadora: Profa. Dra. Alba Maria Pinho de Carvalho. 2012. 184 f. Dissertação (Mestrado em Sociologia) - Programa de Pós-Graduação em Sociologia, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2012.

LEAL, M. H.; PASSOS, M. F. D.; MACHADO, M. P. M.; GOMES, G. A. P.; RODRIGUES, R. B. O. Mulheres em situação de rua: uma análise das políticas públicas para as mulheres. *In*: CONGRESSO INTERNACIONAL DA REDE UNIDA, 14., 2020, Niterói. **Anais...** Niterói: Rede Unida, 2020.

LIBERMAN, F.; LIMA, E. M. F. A. Um corpo de cartógrafo. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu, SP**, v. 19, n. 52, p.183-93, jun.-ago. 2015.

MACEDO FILHO, R. **Onde Mora a Cidadania?** Visibilizando a Participação das Mulheres no Movimento Sem Teto: Salvador/BA. Orientadora: Profa. Dra. Ana Alice Alcantara Costa. 2010. 238 f. Tese (Doutorado em Estudos Interdisciplinares) - Programa de Pós-Graduação em Estudos Interdisciplinares sobre Mulheres, Gênero e Feminismo, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2010.

MACHADO, J. S. A.; PENNA, C. M. M.; CALEIRO, R. C. L. Cinderela de sapatinho quebrado: maternidade, não maternidade e maternagem nas histórias contadas pelas mulheres. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 123, p. 1120-1131, out.-dez. 2019.

MARQUES, T. M. **Violência Conjugal: Estudo sobre a Permanência da Mulher em Relacionamentos Abusivos.** Orientadora: Profa. Dra. Marília Ferreira Dela Coleta. 2005. 303 f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, MG, 2005.

MATAR, L.; DINIS, C. Hieraquias reproductivas: Maternidade e desigualdades no exercício de direitos humanos pelas mulheres. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu, SP**, v.16, n. 40, p.107-19, mar. 2012.

- MAYORA, M. O crack e a Rua. *In*: SOUZA, J. (Org.). **Crack e exclusão social**. Brasília: Ministério da Justiça e Cidadania, Secretaria Nacional de Política sobre Drogas, 2016. p. 137-162.
- MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.
- MENDES, K. T.; RONZANI, T. M.; PAIVA, F. S. População em situação de rua, vulnerabilidades e drogas: uma revisão sistemática. **Psicologia & Sociedade**, Recife, v. 31, p. e169056, 2019.
- MENDES-GONÇALVES, R. B. Trabalho em saúde e pesquisa: reflexão a propósito das possibilidades e limites da prática de enfermagem. *In*: AYRES, J. R. C. M.; SANTOS, L. (Orgs.). **Saúde, sociedade e história: uma revisita às contribuições de Ricardo Bruno Mendes-Gonçalves**. São Paulo: Hucitec, 2017. p. 431-72.
- MERHY, E. E. **Saúde: Cartografia do Trabalho Vivo em Ato**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2002.
- MERHY, E. E. Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas: contribuições para compreender as reestruturações produtivas do setor Saúde. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu (SP), v. 4, n. 6, p. 109-116, 2000. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832000000100009>. Acesso em: 20 set. 2020.
- MERHY, E. E.; BADUY, R. S.; SEIXAS, C. T. (Orgs.). **Avaliação Compartilhada do cuidado em Saúde: Surpreendendo o instituído nas redes**. Rio de Janeiro: Hexis, 2016.
- MERHY, E. E.; FEUERWERKER, L. C. M.; SANTOS, M. L. M.; BERTUSSI, D. C.; BADUY, R. S. Rede Básica, campo de forças e micropolítica: implicações para a gestão e cuidado em saúde. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. especial 6, p. 70-83, dez., 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S606>. Acesso em: 20 set. 2020.
- MINAYO, M. C. S. Conceitos, teorias e tipologias de violência: a violência faz mal a saúde individual e coletiva. *In*: SOUZA, E. R. (Org.). **Impactos da Violência na Saúde**. Rio de Janeiro: EAD/ENSP, 2010. p. 14-35.
- MOURAD, L. N. **O processo de gentrificação do centro antigo de Salvador 2000 a 2010**. Orientadora: Profa. Dra. Ana Fernandes. 2011. 229 f. Tese (Doutorado em Arquitetura e Urbanismo) - Programa de Pós-Graduação em Arquitetura e Urbanismo, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2011.
- NARDI, H. C.; RIOS, R. R.; MACHADO, P. S. Diversidade Sexual: políticas públicas e igualdade de direitos. **Athenea digital**, Barcelona, v. 12, n. 3, p. 255-266, nov. 2012.
- NATALINO, M. **Estimativa da população em situação de rua no Brasil (setembro de 2012 a março de 2020)**. Nota Técnica, n. 73. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA; Diretoria de Estudos e Políticas Sociais, jun. 2020.
- NIEL, M.; SILVEIRA, D. X. (Orgs.). **Drogas e Redução de Danos: uma cartilha para profissionais de saúde**. Programa de Orientação e Atendimento a Dependentes (PROAD). Brasília: Ministério da Saúde; São Paulo: Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), 2008.

NOBRE, E. A. C. Intervenções urbanas em Salvador: Turismo e gentrificação no processo de renovação urbana do Pelourinho. *In: ENCONTRO NACIONAL DA ANPUR*, 10., 2003, Belo Horizonte. Encruzilhadas do planejamento: repensando teorias e práticas: **Anais...** Belo Horizonte: ANPUR, 2003. p. 1-11.

NORONHA, J. C.; LIMA, L. D.; MACHADO, C. V. O Sistema Único de Saúde – SUS. *In: GIOVANELLA, L. et al. (Orgs.). Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012. p. 365-391.

OBANA, S. M. O; OSIS, G. M. J. D.; MAKUCH, M. Y. Maternidade e Formas de Maternagem desde a Idade Média à Atualidade. **Pensando fam.**, Porto Alegre, v.18, n.1, jun., 2014.

OLIVEIRA, N. T. A. **Relações Sociais de Gênero**: a violência sofrida pelas mulheres em situação de rua no município de Natal/RN. Orientadora: Profa. Mestre Elizângela Cardoso de Araújo Silva. 2016. 81 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) - Departamento de Serviço Social, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2016.

OSIS, M. J. M. D. Paism: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, v. 14, n. suppl 1, p. S25–S32, 1998.

PALAGI, S. S. **Vulnerabilidade e resistência**: um corpo errante de uma mulher em situação de rua. Orientadora: Profa. Ma. Letícia Regina Konrad. 2019. 28 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Direito) - Universidade do Vale do Taquari, Lajeado, RS, 2019.

PARKER, R.; AGGLETON, P. **Estigma, discriminação e Aids**. Rio de Janeiro: Abia, 2001 (Coleção Abia – Cidadania e Direitos, n. 1).

PASSOS, E.; BARROS, R. B. Por uma política da narratividade. *In: PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. (Orgs.). Pistas do método da cartografia: Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade*. Porto Alegre: Sulina, 2015. p. 150-171.

PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. (Orgs.). **Pistas do método da cartografia: Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade**. Porto Alegre: Sulina, 2015.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. O fio da meada: implicações da integralidade na gestão da saúde. *In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde*. CEPESC/IMS-UERJ. Rio de Janeiro: Abrasco, 2006. p. 11-26.

PORTO ALEGRE (Município). Fundação de Educação Especial e Comunitária. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Faculdade de Serviço Social. Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Serviço de Psiquiatria. **Pesquisa Condições Sociais e de Saúde Mental de Moradores de Porto Alegre: Relatório de Resultados**. Porto Alegre: Núcleo de Estudos e Pesquisas sobre população de rua – NESPRua, 1999 (mimeo).

PRADO FILHO, K.; TETI, M. M. A cartografia como método para as ciências humanas e sociais. **Barbarói**, Santa Cruz do Sul, n. 38, p. 45-59, jan./jun. 2013.

PRUDENTE, T. C. B.; GONTIJO, D. T.; PAIVA, R. B. C. Desempenho ocupacional de mulheres em situação de rua. **Rev. Interinst. Bras. Ter. Ocup.** Rio de Janeiro, v.2, n. 1, p. 85-108, 2018.

QUINTINO, J. M. L. **Possibilidades de cuidado à população em situação de rua na atenção primária à saúde.** Orientadora: Profa. Lua Sá Dultra. 2015. Dissertação (Aperfeiçoamento/Especialização em Residência em Medicina de Família e Comunidade) – Escola Estadual de Saúde Pública, Salvador, 2015.

RECIFE (Município). Instituto de Assistência Social e Cidadania. **Relatório Preliminar do Censo e Análise qualitativa da população em situação de rua da cidade do Recife.** Recife: MDS/UFPE/MNMM/IASC, 2006 (mimeo).

REIS, S.; SANTOS, B. L. M.; MELLO, E. D.; WILHELMS, D. M. Cartografando territórios: oficinas de fotografia pinhole como dispositivo de ação em saúde. **Interface: Comunic., Saúde, Educ., Botucatu, SP**, v.16, n.42, p.855-62, jul./set., 2012.

RICE, K. Pansexuality. *In*: WHELEHAN, P.; BOLIN, A. **The International Encyclopedia of Human Sexuality.** Malden, MA: Wiley-Blackwell, 2015. v. 3, p. 861-1042. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/9781118896877.wbiehs328>. Acesso em: 30 jul. 2021.

RICHARDS, R.; MERRILL, R. M.; BAKSH, L. Health Behaviors and Infant Health Outcomes in Homeless Pregnant Women in The United States. **Pediatrics**, [S.L.], v. 128, n. 3, p. 438-446, 8 ago. 2011.

RIOS, A. G. et al. A produção do comum como estratégia de cuidado para usuários complexos: Uma cartografia com mulheres em situação de rua. **Cien Saude Colet**, Rio de Janeiro, n. 0183, jul. 2020.

ROCHA, M. N. S.; SOARES, M. D.; AMOR, A. L. M. Eu, cartógrafa! Cartografando no pelourinho... *In*: PINHO, P. H.; CORTES, H. M.; RABELO, D. F.; AMOR, A. L. M. (Orgs.). **Saúde da família em terras baianas.** Cruz das Almas, BA: EDUFRB, 2020. p. 111-123 (Coleção Pesquisas e Inovações Tecnológicas na Pós-Graduação da UFRB, v. 7).

ROLINK, S. **Cartografia sentimental: transformações contemporâneas do desejo.** Porto Alegre: Sulina, 2007.

RONZANI, T.; FURTADO, E. Estigma social sobre o uso de álcool. **J. bras. psiquiatr.**, Rio de Janeiro, v. 59, n. 4, p.326-332, 2010.

ROSA, A. S.; BRÊTAS, A. C. P. Violence in the lives of homeless women in the city of São Paulo, Brasil. **Interface: Comunic., Saúde, Educ., Botucatu, SP**, v.19, n.53, abr. /jun. 2015.

ROSA, C. M. M. **Vidas de Rua.** São Paulo: Hucitec; Rede Rua, 2005.

ROSÁRIO, N. M. Cartografia na comunicação: questões de método e desafios metodológicos. *In*: MOURA, C. P.; LOPES, M. I. V. (Orgs.). **Pesquisa em comunicação: Metodologias e Práticas acadêmicas.** Porto Alegre: EDIPUCRS, 2016, cap 2, p. 1745-94.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RECÔNCAVO DA BAHIA. **Projeto Pedagógico do Curso do Bacharelado Interdisciplinar em Saúde (BIS). Reformulação Curricular.** Cruz das Almas: 2016

RUI, T. “Só se vive uma vez”: uma reflexão acerca de distintas concepções e práticas do uso de “drogas”. **Revista Mediações**, Londrina, PR, v. 11, n. 2, p.187-202, 2006.

SALDANHA, R. M. B. **Dormitório urbano: “Uma problemática social (in)sustentável”**. Orientador: Prof. Dr. Hugo Miguel Varela Repolho. 2014. 65 f. Dissertação (Mestrado em Engenharia Urbana e Ambiental) - Programa de Pós-Graduação em Engenharia Urbana e Ambiental, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil, 2014.

SALVADOR (Município). Secretaria Municipal de Saúde. Diretoria Estratégica de Planejamento e Gestão. **Plano Municipal de Saúde do Salvador 2018-2021**. Salvador: CMS; DEPG, 21 nov. 2018.

SANCHOTENE, I. P.; ANTONI, C.; MUNHÓS, A. A. R. Maria, Maria: concepções sobre ser mulher em situação de rua. **EDIPUCRS: Textos & Contextos**, Porto Alegre, v. 18, n. 1, p. 146-160, 29 out. 2019.

SANTANA, V. S.; CASTELAR, M. A população em situação de rua e a luta pela cidadania. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 38, n. 2, p.357-369; abr./jun. 2014.

SANTOS, M. **Por uma outra globalização: do pensamento único à consciência universal**. São Paulo: Record, 2000.

SANTOS, V. F. **O silente despejo dos ocupantes populares do centro: estudo sobre a relação da política urbana do Governo Estadual com o Movimento Sem Teto da Bahia entre 2007 e 2014**. Prof. Dr. Antônio Jorge Fonseca Sanches de Almeida. 2017. 181 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) - Faculdade De Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2017.

SÃO PAULO (Município). Secretaria Municipal de Assistência Social. Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas – FIPE. **Estimativa do Número de Pessoas em Situação de Rua da Cidade de São Paulo em 2003**. Relatório da Pesquisa. São Paulo: FIPE/SAS, 2003.

SCHRAIBER, L. B. No encontro da técnica com a ética: o exercício de julgar e decidir no cotidiano do trabalho em Medicina. **Interface: Comunic., Saúde, Educ., Botucatu, SP**, v.1, n.1, p.123-38, 1997.

SCHRAIBER, L. B.; MENDES-GONÇALVES, R. B. Necessidades de saúde e atenção primária. In: SCHRAIBER, L. B.; NEMES, M. I. B.; MENDES GONÇALVES, R. B. (Orgs.). **Saúde do adulto: programas e ações na unidade básica**. 2.ed. São Paulo: Hucitec, 2000. p. 29-47.

SICARI, A.; ZANELLA, A. V. Pessoas em Situação de Rua no Brasil: Revisão Sistemática. **Revista Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 38, n. 4, out./dez. 2018.

SILVA JÚNIOR, A. G.; MERHY, E. E.; CARVALHO, L. C. Refletindo sobre o ato de cuidar da saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. 4. ed. Rio de Janeiro, IMS-UERJ/Abrasco, 2007. p. 115-30.

SILVA, M. L. L. **Mudanças recentes no mundo do trabalho e o Fenômeno População em Situação de Rua no Brasil 1995-2005**. Orientadora: Profa. Dra. Ivaneti Boschetti. 2006. 220 f. Dissertação (Mestrado em Política Social) – Programa de Pós-Graduação em Política Social, Departamento de Serviço Social, Universidade de Brasília, Brasília, DF, 2006.

SILVEIRA, C.; RIBEIRO, M. C. S. A.; CARNEIRO JÚNIOR N., BARATA, R. B. Health social inequality of the homeless in the city of São Paulo. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 24, supl.1, abr. /jun. 2015.

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

SOTERO, M. Vulnerabilidade e vulneração: população de rua, uma questão ética. **Rev. Bioética**, Brasília, v.19, n. 3, p.799-817, 2011.

SOUZA, J.; KANTORSKI, L. P. Embasamento político das concepções e práticas referentes as drogas no Brasil. SMAD. **Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog**, Ribeirão Preto, SP, v. 3, n. 2, p.1-16, 2007.

TEIXEIRA, C.; PAIM, J. S.; VILASBÔAS, A. L. Q. SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde. **Informe Epidemiológico do SUS**, Brasília, v. 7, n. 2, p. 7-28, maio, 1998.

TEIXEIRA, R. R. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. *In*: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. 4. ed. Rio de Janeiro: IMS-UERJ/Abrasco, 2007. p. 91-113.

TIENGO, V. M. O Fenômeno População em Situação de Rua enquanto Fruto do Capitalismo. **Textos & Contextos**, Porto Alegre, v. 17, n. 1, p. 138-150, jan./jul., 2018.

TONDIN, M. C.; BARROS NETA, M. A. P.; PASSOS, L. A. Consultório de Rua: Intervenção ao uso de drogas com pessoas em situação de rua. **R. Educ. Públ.**, Cuiabá, v. 22, n. 49, p. 485-501, 2013.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RECÔNCAVO DA BAHIA. **Projeto Pedagógico do Curso do Bacharelado Interdisciplinar em Saúde (BIS)**. Reformulação Curricular. Cruz das Almas, BA: PROGRAD; UFRB, 2016.

VALE, A. R.; VECCHIA, M. D. Sobreviver nas ruas: percursos de resistência à negação do direito à saúde. **Psicol. Estud.**, Maringá, PR, v. 25, p. 1-16, 7 jul., 2020.

VARANDA, W. **Liminaridade, bebidas alcoólicas e outras drogas**: Funções e significados entre moradores de rua. Orientador: Prof. Dr. Rubens de Camargo Ferreira Adorno. 2009. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.

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

VARIKAS, E. **A escória do mundo**. Figuras do pária. São Paulo: Unesp, 2014.

VERNAGLIA, T. V. C.; VIEIRA, R. A. M. S; CRUS, M. S. Usuários de crack em situação de rua – características de gênero. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.20, n.6, p.1851-1859, 2015.

VIEIRA, M. A.; BEZERRA, E. M. R.; ROSA, C. M. M. **População de rua: quem é, como vive, como é vista?** 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Division of Strengthening. The Swedish International Development Agency (SIDA). Swedish Agency for Research Cooperation with Developing Countries (SAREC). **Improving urban health.** Guidelines for rapid appraisal to assess community health needs: A focus on health improvements for low-income urban areas. Genebra: WHO/SHS/NHP/88.4, 1998.

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidada a participar da Pesquisa **“Compreensão dos impactos da vivência de gênero nas trajetórias sexuais e reprodutivas de mulheres em situação de rua na capital da Bahia”**, sob a responsabilidade de **Marla Niag dos Santos Rocha**, a qual pretende compreender o quanto o gênero pode impactar a vida de mulheres em situação de rua, influenciando suas trajetórias sexuais e reprodutivas. O motivo que levou a realização dessa pesquisa é intenção de conhecer particularidades da vivência do gênero e da sexualidade dessa população, de modo a poder direcionar medidas assistenciais que contribuam para adequação de práticas sexuais seguras, e redução de retardos assistenciais a uma população já bastante vulnerável.

Para essa pesquisa, adotaremos os seguintes procedimentos: Você inicialmente será questionado se aceita participar da pesquisa; a partir de então, você será direcionado a uma sala reservada para que a pesquisadora inicie uma conversa/entrevista sobre como aconteceu sua vivência nas ruas, sendo uma mulher, além de falar sobre sua trajetória no que tange às práticas sexuais e questões reprodutivas. Este momento levará um tempo médio de 90 a 120 minutos.

Para participar deste estudo você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Em caso de danos provenientes desta pesquisa (qualquer desconforto ou mal estar com a conversa), você terá assegurado o atendimento em serviço que possibilite minimizar comprometimentos na saúde mental. Você terá o esclarecimento sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendido pelo pesquisador, que tratará a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada.

Esclarecemos que os riscos para participar dessa pesquisa são: Durante a entrevista, você pode sentir um desconforto e constrangimento ao falar sobre questões acerca da sua vivência nas ruas, enquanto mulher, e sobre sua sexualidade, ou se lembrar de coisas que não queira. Para minimizar esse risco, ao término da entrevista e no final desse termo, há o contato para solicitar atendimento no Serviço Social/ Serviço de Psicologia da Maternidade Climério de Oliveira da Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia, que está ciente da nossa pesquisa e oferecerá apoio aos participantes. Lembramos que a pesquisa garante a preservação de dados em ambientes virtuais seguros, assim como a execução dela em ambiente seguro e reservado para o diálogo, e o direito à liberdade do participante para não responder questões constrangedoras. Além disso, os dados estarão sempre devidamente codificados, sem expor a sua identidade, enquanto participante.

Esclarecemos que os benefícios para participar dessa pesquisa são: O ato de participar desta entrevista também pode possibilitar um processo de autorreflexão acerca de sua vivência nas ruas, e suas práticas sexuais e reprodutivas. No final da entrevista, você será convidada, caso seja de seu interesse, a participar de momentos de “rodas de conversa”, previamente agendados com a equipe de trabalho desta pesquisa, discussões sobre Gênero e Práticas sexuais seguras (métodos anticoncepcionais, prevenção de infecções sexualmente,

entre outros tópicos). Os resultados desta pesquisa estarão disponíveis em portais e em periódicos científicos e serão de fácil acesso à comunidade científica e serão de fácil acesso à comunidade científica e aos participantes do estudo. Eles ajudarão a projetar melhor assistência a essas mulheres, planejamento adequado de atividades relacionadas à educação sexual e reprodutiva, além de possibilitar o desenvolvimento de ambientes que propiciem essa discussão e de novas pesquisas em outras populações.

Você receberá uma cópia deste termo para guardar e retirar qualquer dúvida e outra cópia será arquivada pelo pesquisador responsável. Você não será identificada em nenhuma publicação que possa resultar e sua privacidade e confidencialidade serão preservadas (Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde).

Se tiver alguma dúvida adicional, você pode entrar em contato com algum dos pesquisadores desta pesquisa abaixo listados e com o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Bahia - UFBA, que aprovou este projeto.

Comitê de Ética em Pesquisa – CEP da Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia (FAMEB/UFBA).

Largo do terreiro de Jesus, s/n, Centro Histórico. CEP: 40.026-010, ou através do telefone: (71) 32835564, ou ainda através do E-mail: cepfmb@ufba.br.

Serviço Psicossocial da Maternidade Climério de Oliveira (UFBA)

Para agendamento com o Serviço Social ou Serviço de Psicologia, entrar em contato através do e-mail: psicossocial.mco@ebserh.gov.br, informando nome e contatos telefônicos; ou ainda poderá se direcionar à própria Maternidade Climério de Oliveira, direcionando-se ao Serviço Social e solicitando agendamento da consulta. (Nós, pesquisadores, não teremos acesso a essa mensagem e nem aos dados que serão enviados nela).

Endereço da Maternidade Climério de Oliveira: Lua do Limoeiro, S/N, Nazaré. Salvador-BA.

Contato dos pesquisadores

- Marla Niag dos Santos Rocha
<http://lattes.cnpq.br/0329732876445853>
E-mail: marlaniag@yahoo.com.br
- Ana Lúcia Moreno Amor
<http://lattes.cnpq.br/6696697240626935>
E-mai: ana_amor@ufrb.edu.br
- Micheli Dantas Soares
<http://lattes.cnpq.br/2029782805801493>
E-mail: michelid@ufrb.edu.br

Consentimento Pós-Informação

Eu, _____, fui informado sobre o que a pesquisadora quer fazer e porque precisa da minha colaboração, e entendi a explicação. Por isso, eu concordo em participar do projeto, sabendo que não vou ganhar nada e que posso sair quando quiser. Este documento é emitido em duas vias que serão ambas assinadas por mim e pela pesquisadora, assim como terá todas as páginas rubricadas, ficando uma via com cada um de nós.

_____, _____ de _____ de 20____.
(Local) (Data)

Nome Assinatura do participante
Data



Impressão do dedo polegar
Caso não saiba assinar

Nome Assinatura pesquisador Data

Nome Assinatura testemunha (se aplicável) Data

APÊNDICE B - TERMO DE ASSENTIMENTO DO MENOR

Você está sendo convidada a participar da Pesquisa **“Compreensão dos impactos da vivência de gênero nas trajetórias sexuais e reprodutivas de mulheres em situação de rua na capital da Bahia”**, que é da responsabilidade de **Marla Niag dos Santos Rocha**. Essa pesquisa busca compreender o quanto o gênero pode impactar a vida de mulheres em situação de rua, influenciando suas trajetórias sexuais e reprodutivas. O motivo que levou a realização dessa pesquisa é saber detalhes da vivência do gênero e da sexualidade dessa população, de modo que se possa melhorar os serviços da assistência à saúde para uma população que tem uma vida cheia de dificuldades. Seus pais permitiram a sua participação. As adolescentes que poderão participar dessa pesquisa têm idade entre 12 e 18 anos. Você não precisa participar da pesquisa se não quiser, é um direito seu e não terá nenhum problema se desistir.

Para essa pesquisa, faremos da seguinte forma: Você inicialmente será questionado se aceita participar da pesquisa; a partir de então, iremos para uma sala reservada para termos uma conversa/entrevista sobre como aconteceu sua chegada nas ruas, além de conversarmos sobre questões sexuais, sobre possíveis gestações e métodos de prevenção. Este momento levará um tempo médio de 90 a 120 minutos.

Para participar deste estudo você não terá nenhum custo ou despesa, nem receberá qualquer benefício financeiro. Em caso de incômodos ou insatisfações provenientes desta pesquisa (qualquer desconforto ou mal estar com a conversa), você poderá buscar atendimento em um serviço que possibilite reduzir estas insatisfações ou mal estar. Todas as suas dúvidas sobre o estudo em qualquer aspecto serão respondidas e você estará livre para participar ou não participar. Poderá também retirar sua autorização ou parar de participar a qualquer momento. A sua participação é voluntária, livre, e se não aceitar participar não terá nenhum prejuízo no seu atendimento, nem mesmo haverá qualquer modificação na forma em que é atendido pelo pesquisador, que manterá em sigilo seu nome, toda sua identidade, com padrões profissionais. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada.

Esclarecemos que os riscos para participar dessa pesquisa são: Durante a entrevista, você pode sentir um desconforto e constrangimento ao falar sobre questões acerca da sua vida nas ruas, e sobre sua sexualidade, ou se lembrar de coisas que não queira. Para reduzir este possível desconforto, ao término da entrevista e no final desse documento, você encontrará o contato para solicitar atendimento no Serviço Social/ Serviço de Psicologia da Maternidade Climério de Oliveira da Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia, que sabe sobre a nossa pesquisa e oferecerá apoio aos participantes. Lembramos que a pesquisa manterá todos os dados em locais seguros, assim como o momento estabelecido para nosso diálogo também ocorrerá em ambiente seguro e reservado. Neste momento, você terá todo direito de não responder questões que não se sinta à vontade para responder. Além disso, as informações desta pesquisa estarão sempre em códigos, sem que sua identidade seja reconhecida, enquanto participante.

Esclarecemos que os benefícios para participar dessa pesquisa são: O ato de participar desta entrevista também pode fazer você pensar, refletir, sobre sua vida nas ruas. No final da entrevista, você será convidada, caso seja de seu interesse, a participar de momentos de “rodas de conversa”, agendados com a equipe de trabalho desta pesquisa, discussões sobre

vários temas (métodos anticoncepcionais, prevenção de infecções sexualmente, entre outros tópicos). Os resultados desta pesquisa estarão disponíveis em artigos e documentos encontrados nos sites de busca da *internet* e serão de fácil acesso à toda comunidade, inclusive aos participantes do estudo. Esses estudos ajudarão a pensar em como podemos melhorar a assistência a pessoas em situação de rua, planejamento adequado de atividades relacionadas à educação sexual e sobre gestação, além de promover ambientes onde existam este tipo de discussão.

Você receberá uma cópia deste documento para guardar e retirar qualquer dúvida e outra cópia será arquivada pelo pesquisador responsável. Você não será identificada em nenhuma publicação que possa resultar. Seus dados serão sempre preservados (Resolução N° 466/12 do Conselho Nacional de Saúde).

Se tiver alguma dúvida adicional, você pode entrar em contato com algum dos pesquisadores desta pesquisa abaixo listados e com o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Bahia - UFBA, que aprovou este projeto.

Comitê de Ética em Pesquisa – CEP da Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia (FAMEB/UFBA).

Largo do Terreiro de Jesus, s/n, Centro Histórico. CEP: 40.026-010, ou através do telefone: (71) 32835564, ou ainda através do E-mail: cepfmb@ufba.br.

Serviço Psicossocial da Maternidade Climério de Oliveira (UFBA)

Para agendamento com o Serviço Social ou Serviço de Psicologia, entrar em contato através do e-mail: psicossocial.mco@ebserh.gov.br, informando nome e contatos telefônicos; ou ainda poderá se direcionar à própria Maternidade Climério de Oliveira, direcionando-se ao Serviço Social e solicitando agendamento da consulta. (Nós, pesquisadores, não teremos acesso a essa mensagem e nem aos dados que serão enviados nela).

Endereço da Maternidade Climério de Oliveira: Lua do Limoeiro, S/N, Nazaré. Salvador-BA.

Contato dos pesquisadores

- Marla Niag dos Santos Rocha
<http://lattes.cnpq.br/0329732876445853>
E-mail: marlaniag@yahoo.com.br
- Ana Lúcia Moreno Amor
<http://lattes.cnpq.br/6696697240626935>
E-mai: ana_amor@ufrb.edu.br
- Micheli Dantas Soares
<http://lattes.cnpq.br/2029782805801493>
E-mail: michelid@ufrb.edu.br

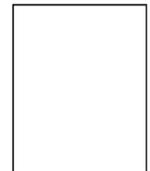
Assentimento Pós-Informação

Eu, _____, fui informado sobre o que a pesquisadora quer fazer e porque precisa da minha colaboração, e entendi a explicação. Por isso, eu concordo em participar do projeto, sabendo que não vou ganhar nada e que posso sair quando quiser. Este documento é emitido em duas vias que serão ambas assinadas por mim e pela pesquisadora, assim como terá todas as páginas rubricadas, ficando uma via com cada um de nós.

_____, _____ de _____ de 20____.
 (Local) (Data)

 Nome Assinatura do participante

Data



Impressão do dedo polegar
 Caso não saiba assinar

 Nome Assinatura pesquisador Data

 Nome Assinatura testemunha (se aplicável) Data

APÊNDICE C - ROTEIRO DE ENTREVISTA

Título do Projeto: Compreensão dos impactos da vivência de gênero nas trajetórias sexuais e reprodutivas de mulheres em situação de rua na capital da Bahia.

Pesquisadora Responsável: Marla Niag dos Santos Rocha.

Fase 1 (iniciação):

Perguntas-chave para iniciação: *“Me conte sobre como foi sua chegada à rua e por quê isto aconteceu?”*; *“Como é ser mulher na rua?”*; *“Estando na rua, como aconteceram suas experiências sexuais?”*; *“Quais suas percepções sobre sua trajetória de vida na rua, principalmente no que diz respeito a sua orientação sexual, definição de gênero, dentre outras questões?”*

Fase 2 (narração central): não interromper; usar apoio paralinguístico do tipo *“hummm”*, *“sim”* e *“sei”*.

Fase 3 (Fase de questionamento):

Usar provocações do tipo: *“Como?”*, *“Me conte mais sobre isso?”*, *“O que aconteceu antes/depois/então?”*

Fase 4 (após a conclusão): Caso surjam novas informações após a conclusão da fala, anotar em diário de campo.

APÊNDICE D - CAPÍTULO DO E-BOOK

Figura 3 - Capítulo “Eu, cartógrafa! Cartografando no pelourinho...”.

Sumário	Eu, cartógrafa! Cartografando no pelourinho...
<p>Prefácio Luiz Augusto Facchini 9</p> <p>Apresentação Paula Hayasi Pinho, Helena Moraes Cortes, Dóris Firmino Rabello, Ana Lúcia Moreno Amor, Simone Seixas da Cruz, Lina Faria, Jane Mary de Medeiros Guimarães 11</p> <p>Doença Falciforme: da Fisiopatologia aos cuidados Simone Ligia Sousa Teixeira, Clara Martins da Anunciação Lima, Jorge Miguel Lage Cerqueira, Rocio Elizabeth Chavez Alvarez, Antonio José Costa Cardoso, Jane Mary de Medeiros Guimarães 23</p> <p>Autonomia/autocuidado: trílogo na atenção básica Mariana Machado Aragão, Rocio Elizabeth Chavez Alvarez 39</p> <p>Produção de cuidado e saberes em saúde mental Ariane Carvalho Bacelar, Andressa Lima Porto, Enyo Arruda Santos, Giovanna Lima Freitas, Sara Barbosa Rodrigues, Laura Regia Oliveira Cordeiro, Jane Mary de Medeiros Guimarães, Lina Faria 57</p> <p>Doenças cerebrovasculares: implicações na atenção primária Andrezza Lima Muricy, Marla Niag dos Santos Rocha, Caroline Costa Bourbon, Ana Claudia M. Godoy Figueiredo, Cleto José Sauer Júnior, Elivan Silva Souza, Elaine Nunes Pacheco, Josicélia Estrela Tuy Batista, Joana Trengrouse Laignier de Souza, Simone Seixas da Cruz 77</p> <p>Esfigmomanômetros descalibrados: enfoque na atenção primária Cleto José Sauer Júnior, Dóris Firmino Rabelo 95</p> <p>Eu, cartógrafa! Cartografando no pelourinho... Marla Niag dos Santos Rocha, Micheli Dantas Soares, Ana Lúcia Moreno Amor 111</p>	<p style="text-align: right;">Marla Niag dos Santos Rocha Micheli Dantas Soares Ana Lúcia Moreno Amor</p> <p>A proposta deste capítulo é apresentar o modo de constituição de um objeto de pesquisa no âmbito de um curso de pós-graduação – o Mestrado Profissional em Saúde da Família da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), apresentando os (des) caminhos na construção deste objeto. O texto tem caráter narrativo e reflexivo, porque entrecruza história de vida da autora principal com reflexões de como se construíram nesse processo a pesquisadora e o seu objeto de estudo, permitindo ao leitor compreender os diversos elementos envolvidos com o amadurecimento da agente social, que se propôs a desenvolver uma investigação científica em um curso de mestrado, e que foi tomada de assalto por diversas questões pessoais e profissionais que foram afloradas no percurso.</p> <p>É válido dizer, para tanto, que o Mestrado Profissional tem o propósito de originar uma atividade ou ação de cunho prático sensível, condizente com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). Esta atividade pode tanto atender o âmbito da assistência quanto da gestão em saúde. E neste contexto, entendemos que a apresentação de como um problema de ordem prática se constituiu em objeto de pesquisa seja de grande relevância ao debate acadêmico e ao propósito do mestrado profissional. Parte-se da compreensão, assim, que a reversibilidade deste empreendimento reflexivo possa conduzir a desdobramentos práticos ao final da trajetória formativa do Mestrado.</p> <p>Outra questão central nesta narrativa é a problematização da formação médica da autora principal e seus impactos, inclusive, sobre a definição do seu objeto de estudo, o qual foi reconfigurado na e pela</p>

Fonte: Rocha, Soares e Amor (2020).

APÊNDICE E - PROJETO MANJEDOURA

a) **Projeto Manjedoura – Contextualizando das políticas públicas e da gestão na vivência das ruas**

A rua como um fator de vulnerabilidade socioeconômica, exposição à violência e precariedade para as condições de saúde das mulheres em situação de rua é pouco fomentada pelas políticas existentes. Diante da análise das políticas públicas para mulheres, Leal et al. (2020) observaram que estas, quando existentes, possuem um olhar voltado principalmente para as necessidades das mulheres que vivem num contexto domiciliar. Ratificando que, embora existam iniciativas de políticas nas áreas de saúde e assistência social para o atendimento à mulher em situação de rua, ainda é um desafio dar visibilidade e reconhecer seus direitos básicos até mesmo em políticas específicas para mulheres em situação de vulnerabilidade social. Deste modo, a invisibilidade observada na população em situação de rua em relação à sociedade, parece representar para a mulher ainda um desafio maior no que se refere à construção de políticas públicas que reconheçam a vulnerabilidade da mulher em situação de rua (LEAL et al., 2020).

O ano de 2004 se constituiu em um momento histórico importante para a população em situação de rua e estabelecimento de relação entre o governo federal e este subgrupo populacional (BRASIL, 2009a). Motivado pelo assassinato de sete indivíduos em situação de rua na cidade de São Paulo, ocorrido naquele ano, o então Presidente, Luiz Inácio Lula da Silva, orientou ações destinadas a esta população, coordenadas pelo MDS. Foi aprovado, neste ano, a Política Nacional de Assistência Social (PNAS) (BRASIL, 2009a).

A PNAS³⁶ previu um novo modelo de proteção social não contributiva, a fim de garantir a todos os brasileiros segurança de sobrevivência, de acolhida e de convívio. Reconhecendo a necessidade de ações destinadas a esta população, iniciou-se movimento de ações destinadas à população em situação de rua³⁷.

³⁶A PNAS está assentada sobre uma rede hierarquizada de serviços e benefícios socioassistenciais, o Sistema Único de Assistência Social (SUAS), modelo de gestão descentralizada e participativa, que prima por ações de proteção social (BRASIL, 2009a).

³⁷Dentre algumas ações importantes no âmbito da assistência a pessoas em situação de rua, destacam-se: - A Lei nº 11.258, publicada em 2005 pelo Governo Federal, que altera o artigo 23 da Lei nº 8.742/93, conhecida como Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS), conferindo respaldo legal para a obrigatoriedade do atendimento da população em situação de rua, no âmbito do SUAS (BRASIL, 2009a).

- A criação do Grupo de Trabalho Interministerial (GTI), em outubro de 2006, pelo então Presidente Luís Inácio Lula da Silva, cuja função seria elaborar estudos e propostas de ações públicas destinadas a estes cidadãos, que interligassem políticas de assistência social, saúde, educação, trabalho e renda, cultura, justiça, esportes e garantia de direitos humanos (BRASIL, 2009a).

No que tange às políticas públicas que norteiam a rede de cuidado em saúde da mulher, é necessário resgatar que em 1984, o Ministério da Saúde lançou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), documento que preconizou, por meio de práticas gerenciais e sanitárias, garantir que todas as mulheres tenham acesso a informações e serviços de atenção integral em todos os ciclos de suas vidas, do mais simples ao mais complexo, e que contemplem prevenção e tratamento, bem como ações de planejamento reprodutivo (BRASIL, 2004).

Caminhando junto ao processo de construção do SUS, o PAISM incorporou como princípios e diretrizes as propostas de descentralização, hierarquização e regionalização dos serviços, bem como a integralidade e a equidade da atenção (OSIS, 1998).

Entretanto, apesar dos inúmeros avanços que surgiram em consequência dessas conquistas, a redução da morbimortalidade materna e infantil permanecia e permanece até hoje um desafio. No intuito de diminuir as disparidades e a qualidade do acesso ao cuidado em saúde da mulher, principalmente no ciclo gravídico puerperal, surge a estratégia inovadora alcunhada de Rede Cegonha, que sistematiza e institucionaliza um modelo de atenção ao parto e ao nascimento, através da conexão de mulheres grávidas com unidades de referência e garantia de transporte seguro (BRASIL, 2011).

Dentre os aspectos mais importantes que a estratégia da Rede Cegonha preconiza, podemos destacar a captação precoce da gestante, o recebimento de resultados de exames em tempo oportuno, a vinculação da gestante desde o pré-natal ao local em que será realizado o parto e acolhimento com avaliação de risco e vulnerabilidade. Além disso, um pré-natal qualificado é aquele que garante o encaminhamento e o acompanhamento para gestantes de alto risco em um serviço especializado, “a atenção certa, no lugar certo, no tempo oportuno e com o custo certo, um pressuposto das redes de atenção à saúde” (MENDES, 2011, p. 77).

Para que isso ocorra, a equipe de saúde deve informar à gestante qual maternidade ou hospital deverá buscar no momento do parto ou em caso de intercorrências, evitando assim, que a gestante, em seu momento mais aguardado, peregrine por vários serviços em busca de

- Instituição da Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento, em 2009, através do Decreto nº 7.053. Os princípios desta Política são além da igualdade e equidade: I - respeito à dignidade da pessoa humana; II - direito à convivência familiar e comunitária; III - valorização e respeito à vida e à cidadania; IV - atendimento humanizado e universalizado; e V - respeito às condições sociais e diferenças de origem, raça, idade, nacionalidade, gênero, orientação sexual e religiosa, com atenção especial às pessoas com deficiência. Entende-se que a política nacional foi um marco importante no processo de visibilidade da população em situação de rua, na tentativa de programar ações para suas reais particularidades (BRASIL, 2009a).

assistência ao parto. Além disso, a gestante tem direito de acesso a outros níveis de atenção vinculados a unidade básica em casos eletivos, como exames complementares, consultas especializadas, inserção em pré-natal de alto risco³⁸.

Assim, a criação dessas estratégias possibilitou que a saúde da mulher seja vista com enfoque de gênero determinada pela atuação de fatores sociais, biológicos, econômicos, culturais e históricos, pois de acordo com os indicadores de saúde, às populações expostas a precárias condições de vida estão mais vulneráveis e vivem menos.

Nesse contexto, apesar da gestação ser um momento em que essas pessoas recebem mais cuidados e, portanto, é uma janela de oportunidade para várias ações em saúde para essas mulheres. Segundo o MDS e outros estudos, gestantes em situação de rua, em sua maioria, encontram inúmeras barreiras e não têm acesso ao acompanhamento pré-natal adequado como preconizado nas diretrizes de políticas de saúde vigentes (BRASIL, 2016; BARROS et al., 2020). Além disso, não é só no momento do pré-natal que as dificuldades ocorrem, Gebreyesus et al. (2019) inseriram relatos de mulheres em situação de rua com experiências negativas do serviço de assistência na maternidade durante o parto e pós-parto. Dentre eles, podemos citar o tempo excessivo de espera, comunicação pouco clara com os profissionais de saúde, exames físicos desconfortáveis e o preconceito.

Quando pessoas em situação de rua engravidam, assim como todas as outras, suas necessidades de saúde são maiores e mais específicas. Entretanto, a própria situação de rua parece ser um fator de risco para desfechos obstétricos e neonatais desfavoráveis³⁹ (RICHARDS; MERRILL; BAKSH, 2011; CUTTS et al., 2014; CLARK et al., 2019).

Outro ponto importante é que a situação de vulnerabilidade em esses indivíduos que se encontram não deve ser motivo para relativização e flexibilização de seus direitos

³⁸Em Salvador há também a Lei Municipal nº 7.851/2010, que assegura esse direito às gestantes do município e responsabiliza a Secretaria de Saúde Municipal vincular a mulher em um serviço que esteja apto para a situação de risco gestacional que ela se encontra. Toda essa operacionalização, em âmbito municipal, ocorre através dos distritos sanitários.

³⁹Dentre as alterações que foram encontradas pelos estudos, ressalta-se que mulheres em situação de rua foram mais propensas a apresentar parto prematuro, bem como, recém-nascidos com baixo peso ao nascer (<2,500 g), tamanho pequeno para a idade gestacional, hemorragias durante a gravidez, polidrâmnio ou outros problemas da cavidade amniótica e os recém-nascidos tiveram maior necessidade de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), também permanecendo por maior tempo nas mesmas (RICHARDS; MERRILL; BAKSH, 2011; CUTTS et al., 2014; CLARK et al., 2019).

É válido dizer, contudo, que como o uso abusivo de substâncias psicoativas é frequente no grupo, alguns estudos mostram que esse fator por si só poderia ser uma variável confundidora relacionada aos desfechos desfavoráveis (RICHARDS; MERRILL; BAKSH, 2011; CUTTS et al., 2014; CLARK et al., 2019). Mas, segundo Cutts et al. (2014) e Clark et al. (2019), pode-se observar que, mesmo com o ajuste do tabagismo, uso de álcool e outras drogas, os desfechos encontrados foram piores em filhos e mães em situação de rua foram desfavoráveis.

fundamentais, como a autonomia e liberdade, a gestação em situação de rua deve ser sim um catalisador para um olhar mais atento e cuidadoso. Portanto, mesmo que as mulheres grávidas ou lactantes não queiram optar pela abstenção do uso de álcool e outras drogas, esse fato não pode induzir a equipe a uma diminuição dos cuidados de saúde, que devem ser pautados na estratégia de redução de danos (BRASIL, 2016).

Assim, para isso, seguindo táticas para uma boa anamnese ou acolhimento dentro de uma perspectiva ampliada pela lógica de redução de danos⁴⁰ (GARCIA, 2018; NIEL; SILVEIRA, 2008; GOMES; DALLA VECCHIA, 2018).

Ao longo da assistência pré-natal, identificar a complexidade clínica e sociofuncional no contexto da gestação, a estratificação de risco - como preconiza a rede cegonha - é essencial. Com essa ferramenta, podemos reconhecer precocemente fatores de risco relacionados às características individuais das gestantes, morbidade crônica e aguda, história reprodutiva e condições familiares e comunitárias, além orientam as intervenções no intuito de prevenção ou de cuidado necessárias para proteger mulheres e crianças.

Mediante toda situação de vulnerabilidade, gestar em situação de rua se configura, como, no mínimo, risco intermediário. Outros problemas citados anteriormente que a própria gestação em situação de rua geralmente apresenta, acabam somando para a classificação vários fatores de risco intermediário combinados ou alto risco combinado com intermediários (como uso de drogas lícitas e ilícitas, baixa escolaridade, situação conjugal insegura, insuficiência familiar), necessitando maior acompanhamento e cuidado, implicando em intervenções intersetoriais de equipes especializadas (BRASIL, 2019).

Assim surge o Projeto “Manjedoura” (**Figura 4**), inserido e apresentado como um dos produtos desta dissertação de Mestrado, tratando-se da criação e efetivação de um fluxograma assistencial que objetiva principalmente a assistência integral e interdisciplinar à populações em vulnerabilidade, particularmente, pessoas em situação de rua apresentando como consequências do seu funcionamento, o desenvolvimento de projetos de pesquisa e extensão, além de orientação de estudantes e residentes, a fim de poder unir conciliar às práticas

⁴⁰São estratégias de redução de danos consideradas: Procurar o sentido da experiência com as drogas para o próprio usuário; procurar situar a história do uso de drogas a partir da sua história de vida; analisar os afetos, as expectativas e os desejos dos profissionais pelo usuário; procurar conhecer a singularidade do usuário (essas estratégias singulares precisam ser consideradas no projeto terapêutico); procurar avaliar se há negação dos problemas relacionados ao uso de drogas; fortalecer os vínculos culturais e comunitários dos usuários, correspondendo a uma lógica de território e rede; potencializar os serviços de informação e aconselhamento; distribuir kits de redução de danos; realizar oficinas de capacitação, rodas de conversa e escuta terapêutica: são formas eficazes de trabalhar os aspectos sociais; possibilitar o acesso a cuidados de saúde e a serviços de assistência social (GARCIA, 2018; NIEL; SILVEIRA, 2008; GOMES; DALLA VECCHIA, 2018).

desenvolvidas neste serviço aos preceitos do academicismo (Ensino-Pesquisa-Extensão) e a formação de estudantes e residentes à condução assistencial a populações em vulnerabilidade.

Figura 4 - Logomarca do Projeto Manjedoura



Fonte: Elaborado pela equipe vinculada ao Projeto Manjedoura (2020).

b) Projeto Manjedoura – Fluxograma do atendimento na (e em) Rede

Para o Projeto Manjedoura, vivenciam-se as etapas desde a abordagem da gestante em situação de rua, o acompanhamento no pré-natal, no parto e no puerpério (**Figura 5**).

Na Rede Assistencial, principalmente, as Equipes da Saúde da Família (ESF), do Consultório de Rua e demais estratégias envolvidas na abordagem a pessoas em situação de rua integram em suas atividades este fluxograma:

1. Encaminhamento/ Direcionamento de pessoas em situação de rua, durante o ciclo gravídico, para atendimento de Pré-Natal de Risco Habitual no Ambulatório Materno Infantil Professor Nelson Barros (AMINB), no Terreiro de Jesus, através de marcação direta com o contato divulgado da recepção da instituição.
2. Poderão ser encaminhadas pessoas em situação de rua, gestantes, de toda cidade de Salvador, para este serviço.
3. Caso as equipes vinculadas à assistência tenham já identificado condições de alto risco gestacional, o encaminhamento pode se fazer diretamente do Distrito Sanitário para a

Maternidade Climério de Oliveira (através de email institucional), conforme preconizado pela Rede Cegonha.

4. Neste caso, serão encaminhadas pacientes das equipes do território adscrito à Maternidade Climério de Oliveira.
5. Promover reuniões com o GT materno-infantil da População em situação de rua para fazer conhecer este fluxo assistencial, assim como o contato do AMINB para agendamento das consultas.

No Pré-natal - Ambulatório Materno-Infantil Professor Nelson Barros (AMINB) e Maternidade Climério de Oliveira (MCO):

1. Realizar acolhimento, anamnese e exame físico completo (consulta com pré-natalista e assistente social)
2. Entendimento da dinâmica de vida nas ruas, na perspectiva do trabalho vivo em ato.
3. Avaliação de risco obstétrico⁴¹ - pacientes de risco intermediário mantêm realização das consultas de pré-natal no AMINB e pacientes de alto risco realizarão consultas de pré-natal na MCO.
4. O AMINB funciona como “porta de entrada”. As pacientes, ainda não avaliadas no que tange aos riscos gestacionais poderão ser aí atendidas e estratificadas.
5. Avaliação do risco da exposição de drogas (Uso abusivo ou não) através do Questionário ASSIST-OMS.
6. Avaliação do risco de Transtornos mentais comuns através do Questionário SRQ-20.
7. Possibilitar rastreio de neoplasias de colo uterino (janela de oportunidade): Realização de preventivo ginecológico.
8. Encaminhamento de e-mail para MCO (para cadastro da paciente nesta instituição), com dados da paciente, e informações clínicas da paciente.
9. Discussão do plano terapêutico com o usuário e as equipes das USFs e Consultórios de Rua, vinculadas à assistência dessa pessoa.
10. Discussão com a paciente sobre Planejamento Contraceptivo no Puerpério: avaliar escolha da paciente sobre métodos possíveis considerando o perfil clínico; oferecer DIU Cobre ou Implante de Etonogestrel, se não houver contraindicação ao método. A

⁴¹Para definição de risco gestacional, considerar o documento realizado em parceria entre o Ministério da Saúde e a Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein - Nota técnica para Organização da rede de atenção à saúde com foco na atenção primária à saúde e na atenção ambulatorial especializada – saúde da mulher na gestação, parto e puerpério (BRASIL, 2019).

depende da escolha da paciente, estes métodos já serão inseridos ou prescritos após seu parto.

11. Oferecer atendimento com Equipe Interdisciplinar na MCO: Psicólogo, Odontólogo, Enfermeiro, Psiquiatra e outros especialistas (havendo necessidade).
12. Realização de exames laboratoriais, exames de imagem e atendimento com subespecialidades na MCO.
13. Vinculação à Maternidade Climério de Oliveira para parto.
14. Atendimento às intercorrências durante o ciclo gravídico-puerperal.
15. Promover, periodicamente, através do grupo de extensão deste projeto, ações de cunho educativo de duração breve (como atividades focais, rodas de conversa), que versarão sobre temas importantes associados ao próprio ciclo gravídico-puerperal, e ao compartilhamento de vivências e experiências entre equipes de saúde e usuários.
16. Distribuição de cartilhas ilustradas informativas pautadas em estratégias de redução de danos e conscientização acerca de métodos contraceptivos e de prevenção de Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs).
17. Desenvolver projetos de pesquisa, que possibilitem conhecer mais as peculiaridades e singularidades dessa população, podendo otimizar o trabalho vivo em ato (MERHY et al., 2019), adequando-se às normas de segurança impostas pela condição pandêmica.

No Parto – Maternidade Climério de Oliveira (MCO):

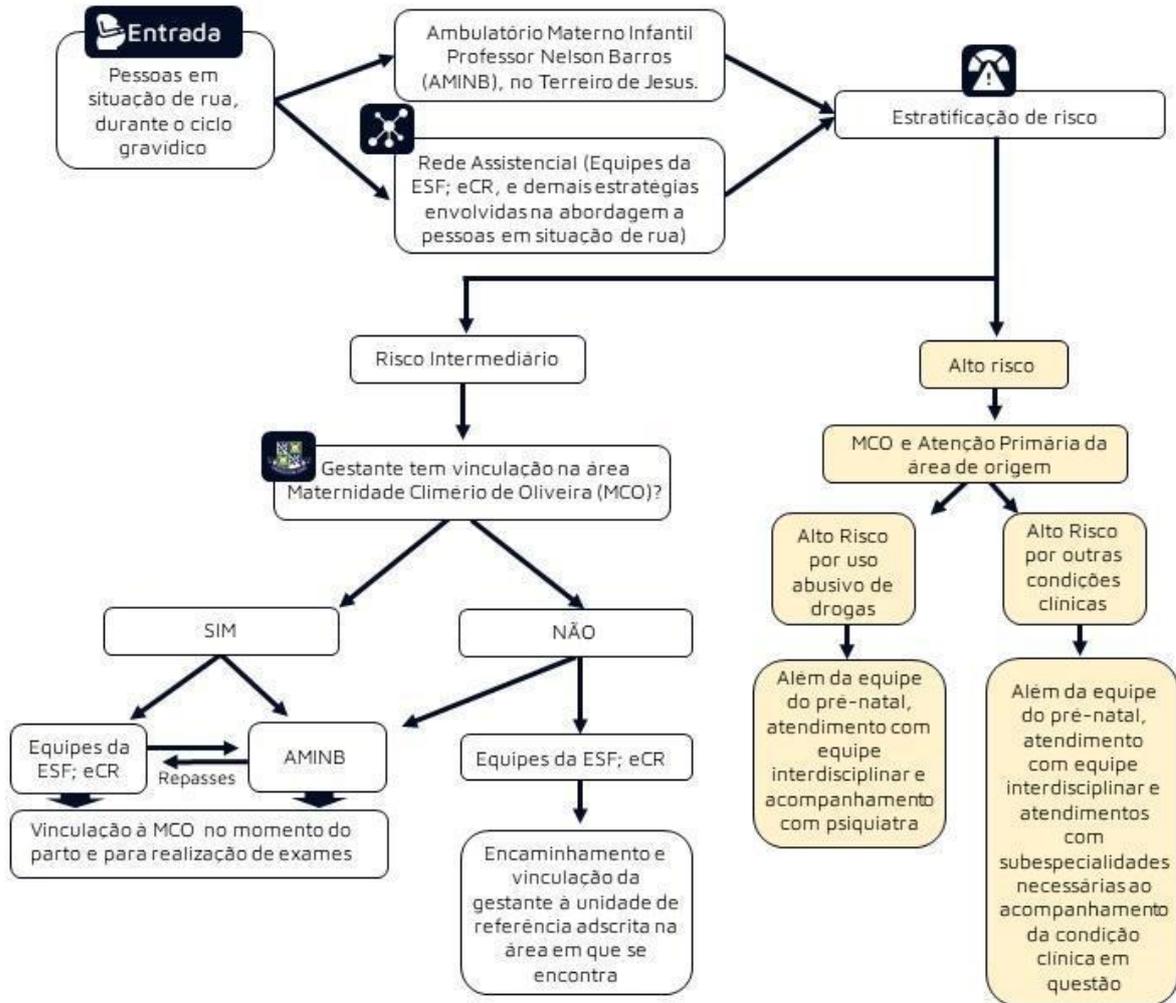
1. Vinculação à Maternidade Climério de Oliveira para parto.
2. Ao chegar, a paciente receberá o cartão PROPAGA, para que possa acessar à MCO ao momento do trabalho de parto ou indicação de interrupção da gestação.
3. Existirá um impresso que será anexado à Caderneta da Gestante, que indicará um resumo da formulação diagnóstica e terapêutica ao longo do Pré-Natal pela Equipe Interdisciplinar pela qual passou a paciente (médico obstetra; médico psiquiatra; enfermeiro; psicólogo; assistente social).
4. Possibilitar e garantir inserção de DIU ou Implante de Etonogestrel (caso seja desejo da paciente e não haja contraindicações).

No Puerpério - Ambulatório Materno-Infantil Professor Nelson Barros (AMINB) e Maternidade Climério de Oliveira (MCO):

1. Após Alta hospitalar - seguindo os encaminhamentos do Programa “Alta Segura” - a Equipe da Enfermaria irá agendar consulta Puerperal na MCO.
2. No dia da consulta Puerperal, caso tenha ocorrido inserção de DIU de Cobre ou Implante de Etonogestrel, a paciente deverá ser encaminhada ao Ambulatório de Planejamento Reprodutivo no Ambulatório Materno-Infantil Professor Nelson Barros após 45 dias do parto, para revisão do método.
3. Na ocasião, é importante buscar um feedback da paciente sobre a qualidade e a facilidade de acesso dos cuidados recebidos durante todo processo e estimular que vínculo na atenção primária à saúde permaneça.
4. Início do acompanhamento de Puericultura (se desejado) da criança no AMINB com o Serviço da Pediatria.

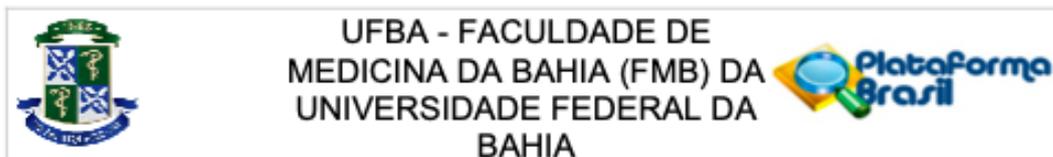
Com esse modelo de operacionalização no trabalho, atenção e acolhimento a essa população, considera-se o Projeto Manjedoura como mais uma alternativa oferecida de cuidado, espera-se que a criação de vínculo com rede de atenção em saúde seja fortalecida, que a qualidade e quantidade de ações e atendimentos promovam melhores resultados positivos quanto aos desfechos obstétricos e neonatais e caso isso aconteça, que ocorra a ampliação para demais serviços, respeitando a lógica dos princípios do SUS que versam sobre integralidade, equidade e universalidade.

Figura 5 - Fluxograma do Projeto Manjedoura



Fonte: Elaborado pela equipe vinculada ao Projeto Manjedoura (2020; 2021)

ANEXO A – TERMO DE APROVAÇÃO NO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: Compreensão dos impactos da vivência de gênero nas trajetórias sexuais e reprodutivas de mulheres em situação de rua na capital da Bahia.

Pesquisador: MARLA NIAG DOS SANTOS ROCHA

Área Temática:

Versão: 4

CAAE: 40730620.4.0000.5577

Instituição Proponente: FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.570.179

Apresentação do Projeto:

A investigadora solicita emenda ao protocolo referindo que quer aumentar a população de inclusão adicionando menores entre 10 e 17 anos.

ADEQUADO

Termo de assentimento. Levemente simplificado para a população que se quer adicionar.

ADEQUADO.

Objetivo da Pesquisa:

Não mudam.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

ver acima.

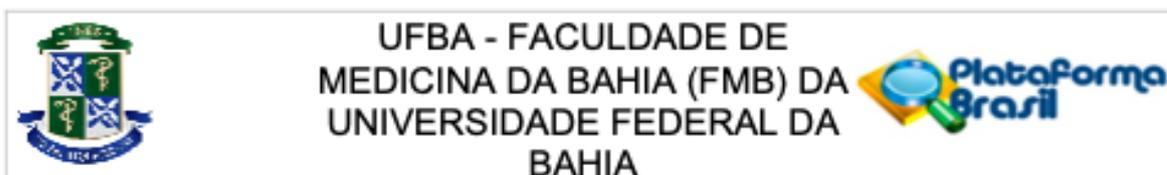
Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A investigadora solicita adequação da população, porquanto contém substancial proporção da população. Ético.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Ver acima.

Endereço: Largo do Terreiro de Jesus, s/n
Bairro: PELOURINHO **CEP:** 40.028-010
UF: BA **Município:** SALVADOR
Telefone: (71)3283-5564 **Fax:** (71)3283-5567 **E-mail:** cepfmb@ufba.br



Continuação do Parecer: 4.570.179

Recomendações:

Ao adicionar uma população menor de idade, a investigadora deve ter em consideração que é mais ainda vulnerável, o termo de assentimento conquanto simplificado deve ser discutido com os pais ou representantes legais para assegurar entendimento e anuência com liberdade suficiente do participante da pesquisa.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

-O participante da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. 466/12 CNS/MS) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado.

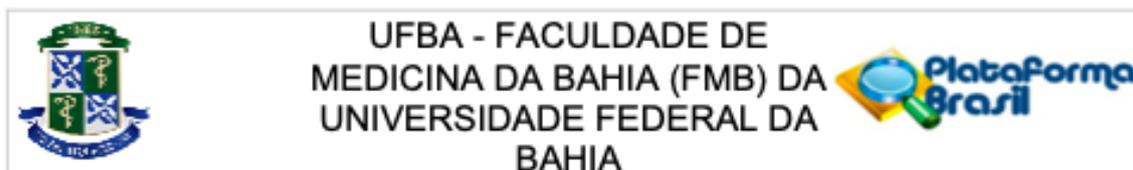
-O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou (Res. 466/12 CNS/MS), aguardando seu parecer, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa que requeiram ação imediata. No cronograma, observar que o início do estudo somente poderá ser realizado após aprovação pelo CEP, conforme compromisso do pesquisador com a resolução 466/12 CNS/MS.

-O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo. É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA - junto com seu posicionamento.

-Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

-Relatórios PARCIAIS devem ser apresentados ao CEP SEMESTRALMENTE e FINAL na conclusão do projeto.

Endereço: Largo do Terreiro de Jesus, s/n
 Bairro: PELOURINHO CEP: 40.026-010
 UF: BA Município: SALVADOR
 Telefone: (71)3283-5564 Fax: (71)3283-5567 E-mail: cepfmb@ufba.br



Continuação do Parecer: 4.570.179

-Assegurar aos participantes da pesquisa ou sua população fonte os benefícios resultantes do projeto, seja em termos de retorno social, acesso aos procedimentos, produtos ou agentes da pesquisa (466/12 CNS/MS).

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_1707987_E1.pdf	02/03/2021 16:32:19		Aceito
Outros	solicitacao_retificacoes.pdf	02/03/2021 16:30:55	MARLA NIAG DOS SANTOS ROCHA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	termo_assentimento_atualizado.pdf	02/03/2021 16:28:05	MARLA NIAG DOS SANTOS ROCHA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_completo_CEP_FINAL.doc	02/03/2021 16:27:50	MARLA NIAG DOS SANTOS ROCHA	Aceito
Parecer Anterior	Orientacoes_correcoes_realizadas.pdf	04/01/2021 17:58:01	MARLA NIAG DOS SANTOS ROCHA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_atual.pdf	04/01/2021 17:50:06	MARLA NIAG DOS SANTOS ROCHA	Aceito
Orçamento	Orcamento_atual.pdf	04/01/2021 17:49:49	MARLA NIAG DOS SANTOS ROCHA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_completo_CEP_atual.doc	04/01/2021 17:49:32	MARLA NIAG DOS SANTOS ROCHA	Aceito
Brochura Pesquisa	Brochura_atual.doc	04/01/2021 17:49:15	MARLA NIAG DOS SANTOS ROCHA	Aceito
Folha de Rosto	folha_rosto_CEP_atualizada.pdf	04/12/2020 12:43:22	MARLA NIAG DOS SANTOS ROCHA	Aceito
Outros	Roteiro_entrevista.pdf	04/12/2020 12:12:56	MARLA NIAG DOS SANTOS ROCHA	Aceito
Outros	Equipe_pesquisa.pdf	04/12/2020 12:11:53	MARLA NIAG DOS SANTOS ROCHA	Aceito
Outros	Carta_encaminhamento_CEP.pdf	04/12/2020 12:11:12	MARLA NIAG DOS SANTOS ROCHA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracao_compromisso_MARLA_NIAG.pdf	04/12/2020 12:09:00	MARLA NIAG DOS SANTOS ROCHA	Aceito
Declaração de	Declaracao_compromisso_MICHELI_D	04/12/2020	MARLA NIAG DOS	Aceito

Endereço: Largo do Terreiro de Jesus, s/n
 Bairro: PELOURINHO CEP: 40.026-010
 UF: BA Município: SALVADOR
 Telefone: (71)3283-5564 Fax: (71)3283-5567 E-mail: cepfmb@ufba.br



UFBA - FACULDADE DE
MEDICINA DA BAHIA (FMB) DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DA
BAHIA



Continuação do Parecer: 4.570.179

Pesquisadores	ANTAS.pdf	12:08:44	SANTOS ROCHA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracao_compromisso_ANA_AMOR.pdf	04/12/2020 12:08:30	MARLA NIAG DOS SANTOS ROCHA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Carta_anuencia_AMINB.pdf	04/12/2020 12:08:05	MARLA NIAG DOS SANTOS ROCHA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Carta_anuencia_FAMEB.pdf	04/12/2020 12:07:51	MARLA NIAG DOS SANTOS ROCHA	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	04/12/2020 12:07:12	MARLA NIAG DOS SANTOS ROCHA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SALVADOR, 03 de Março de 2021

Assinado por:
Eduardo Martins Netto
(Coordenador(a))

Endereço: Largo do Terreiro de Jesus, s/n
Bairro: PELOURINHO **CEP:** 40.026-010
UF: BA **Município:** SALVADOR
Telefone: (71)3283-5564 **Fax:** (71)3283-5567 **E-mail:** cepfmb@ufba.br

ANEXO B - 6ª SESSÃO TEMÁTICA DO PROFSAÚDE

Figura 6 - Apresentação do Projeto Manjedoura na 6ª Sessão Temática do PROFSAÚDE

6ª SESSÃO TEMÁTICA DO PROFSAÚDE

POPULAÇÕES EM CONDIÇÕES DE VULNERABILIZAÇÃO, COM ÊNFASE NA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA

Moderadora
Profa. Dra. Kellen Gasque
 Fiocruz-DF

Conferencistas
Profa. Dra. Fabiana Damásio
 Fiocruz-DF
Prof. Dr. Marcelo Pedra
 UNB

Relatos de Experiências e Pesquisa
Bianca Nogueira da Silva Barros Souza
 UERJ
Lina Solange Vargas Pérez Takayanagi
 UNIFESP
Marla Niag dos Santos Rocha
 UFRB

Evento online 06 de maio de 2021 - 9:30h às 11:30h

Transmitido pelo canal da Fundação no YouTube:
<https://www.youtube.com/fundacaooswaldocruz>

PROFSAÚDE
 MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

DISQUE SAÚDE 136

UNA-SUS

ABRASCO

MINISTÉRIO DA SAÚDE

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO

PÁTRIA AMADA BRASIL

Fonte: Divulgação do evento, 2021.