

ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS DE MULHERES EM SITUAÇÃO DE RUA: AS MÚLTIPLAS FACES DO CUIDADO

ITINERARIOS TERAPÉUTICOS DE MUJERES EN SITUACIÓN DE CALLE: LAS MÚLTIPLES CARAS DEL CUIDADO

THERAPEUTIC ITINERARIES OF HOMELESS WOMEN: THE MULTIPLE FACES OF CARE

Larissa Pimenta Coldibeli¹, Fernando Santana de Paiva¹ e Cássia Beatriz Batista²

¹ Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), Juiz de Fora/MG, Brasil

² Universidade Federal de São João Del Rey (UFSJ), São João de Rey/MG, Brasil

Resumo: O presente trabalho teve como objetivo refletir sobre a relação entre os itinerários terapêuticos de mulheres em situação de rua e os serviços de saúde e da assistência social. Utilizou-se como estratégia metodológica a etnografia multilocal, e como técnicas de construção dos dados, a observação participante e o diário de campo. Duas mulheres em situação de rua foram acompanhadas em suas trajetórias de busca por cuidados em saúde, e as observações foram feitas também na Casa de Passagem para mulheres, no Fórum da População em Situação de Rua, e junto ao Consultório na Rua. Os resultados apontam que os itinerários terapêuticos das mulheres se referem, principalmente, às possibilidades de produção de vida e apontam como os sentidos sobre o que é necessário precisam ser abarcados e compreendidos pelas redes de cuidado.

Palavras-chave: Pessoas em situação de rua; Mulheres; Itinerários Terapêuticos; Serviços de saúde; Assistência Social.

Resumen: Este estudio tuvo como objetivo reflexionar sobre la relación entre los itinerarios terapéuticos de mujeres en situación de calle y los servicios de salud y de asistencia social. Fue utilizada como estrategia metodológica la etnografía multilocal, y como técnicas de recolección de datos, la observación participante y el diario de campo. Se acompañó a dos mujeres en situación de calle en sus trayectorias de búsqueda de atención en salud, y las observaciones fueron realizadas en la *Casa de Passagem (Centro de Rehabilitación)* para mujeres, en el *Fórum da População em Situação de Rua (Foro de la Población en Situación de Calle)*, y en el *Consultório na Rua (Oficina en la Calle)*. Los resultados apuntan que los itinerarios terapéuticos de las mujeres se refieren, principalmente, a las posibilidades de producción de vida y apuntan cómo los significados sobre lo necesario deben ser abarcados y comprendidos por las redes de atención en salud.

Palabras clave: Personas en situación de calle; Mujeres; Itinerarios terapéuticos; Servicios de salud; Asistencia social.

Abstract: The aim of this study was to reflect on the relationship between the therapeutic itineraries of homeless women and health and social assistance services. Multilocal ethnography was used as a methodological strategy, and participant observation and field diary were used as data construction techniques. Two homeless women were accompanied in their search for health care, and observations were also made at the *Casa de Passagem (Halfway House)* for women, at the *Fórum da População em Situação de Rua (Homeless Population Forum)*, and at the *Consultório na Rua (Office on the street)*. The results point out that the women's therapeutic itineraries refer, mainly, to the possibilities of life production and point out how the meanings of what is necessary must be embraced and understood by the care networks.

Key words: Homeless people; Women; Therapeutic Itineraries; Health services; Social assistance.

Introdução

O fenômeno da População em Situação de Rua (PSR) na atualidade é compreendido como um produto de processos estruturais intrínsecos ao Modo de Produção do sistema Capitalista (MPC), constituindo-se como expressão alarmante das desigualdades sociais e econômicas geradas no seio desta sociedade (Sousa & Macedo, 2019). No Brasil, a PSR é caracterizada principalmente a partir da formulação trazida pela Política Nacional para a População em Situação de Rua (Decreto n. 7053/2009), segundo a qual esse grupo é caracterizado como heterogêneo, tendo em comum os seguintes aspectos: pobreza extrema; vínculos familiares interrompidos ou fragilizados; inexistência de moradia convencional regular, utilizando-se, de forma temporária ou permanente, de logradouros públicos e de áreas degradadas como espaço de moradia e de sustento, bem como de unidades de acolhimento para pernoite temporário ou como moradia provisória.

Esse grupo populacional é submetido a uma condição de vida precarizada, que tem efeitos devastadores em suas vidas, imbricadas em histórias de ruptura de vínculos com instituições, famílias, redes sociais de apoio, escola formal e mercado de trabalho, e colaborando, inclusive, para o surgimento de sérios problemas de saúde (Alcântara, Abreu, & Farias, 2015). Nesse cenário, encontram-se as mulheres em situação de rua que, embora representem a minoria quando comparadas aos homens, têm suas experiências marcadas pelo entrelaçamento de opressões e desigualdades impostas tanto por sua condição de gênero quanto pela condição de situarem-se nas ruas, o que sugere a necessidade de uma atenção especial para a sua realidade (Coldibeli, Paiva, & Batista, 2021).

Cotidianamente, as mulheres em situação de rua vivenciam violações de direitos, seja pelas relações com seus pares, no ambiente da rua, seja pelas instituições, que negligenciam suas demandas específicas. Estas não são plenamente abarcadas pelas políticas públicas direcionadas às pessoas em situação de rua – que não possuem normativas que especifiquem as mulheres –, e tampouco pelas políticas públicas nacionais direcionadas às mulheres (Santana, 2018).

Esse cenário expressa alguns elementos que constituem os itinerários terapêuticos de mulheres em situação de rua, apontando a complexidade que permeia a sua produção de cuidados em saúde. O termo itinerário terapêutico diz dos movimentos e caminhos percorridos por sujeitos em busca de cuidados em saúde, que podem mobilizar diferentes recursos, sejam eles formais ou informais. Seu estudo possibilita a apreensão das escolhas subjetivas do cuidado à saúde e também desvela a influência de um determinado contexto e dos determinantes socioculturais e socioeconômicos na trajetória de cuidado dos sujeitos. Permite, assim, que se compreenda a ação individual inserida em determinada realidade material, social e cultural que conforma um campo de possibilidades para os sujeitos (Cabral, Martinez-Hemáez, Andrade, & Cherchiglia, 2011; Gerhardt, 2006).

Diante da realidade marcada por privações, violências e desigualdades vivenciadas cotidianamente pelas mulheres em situação de rua, o estudo dos seus itinerários terapêuticos parece se configurar como uma importante estratégia para a compreensão dos seus modos de produção de saúde e cuidado. Este trabalho decorre de um recorte da dissertação de mestrado de uma das autoras, e objetiva refletir sobre a relação entre os itinerários terapêuticos de mulheres em situação de rua e os serviços de saúde e da assistência social, que conformam a rede de cuidados direcionada a essas mulheres.

Abordagem metodológica

Trata-se de uma pesquisa qualitativa etnográfica, um método que se configura, sobretudo, como uma construção teórico-técnica, que extrapola a aplicação de uma série de procedimentos e exige da/do pesquisadora/or a constante adoção de uma postura reflexiva e crítica no que diz respeito à própria pesquisa (Langdon, Maluf, & Tornquist, 2007). A etnografia se refere, assim, a um modo de operar, no qual a/o pesquisadora/or se insere no campo buscando desprender-se da lógica de sua visão de mundo e está disposta/o a sair com um novo modelo de entendimento sobre o universo dos pesquisados e, acrescenta-se, sobre o seu próprio (Magnani, 2009).

Enquanto etnógrafa/o, a/o pesquisadora/or se encontra em uma duplicidade de funções, atuando concomitantemente como sujeito e objeto de conhecimento. Ela/Ele se insere, assim, em uma relação de troca, na qual é preciso comparar teorias, se permitir ao estranhamento e negociar com os participantes da pesquisa todo o processo de investigação, de modo que o resultado final seja produzido e alcançado com base no diálogo (Magnani, 2009; Peirano, 2014).

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

É possível empregar várias estratégias para se realizar a etnografia multilocal e, para este estudo, desenvolvi o que George Marcus (2001) denomina de “seguir as pessoas”. Trata-se da estratégia mais convencional para se materializar a etnografia, e se refere ao procedimento de literalmente seguir e permanecer com os movimentos de um grupo ou sujeito particulares. Assumi que, para identificar os itinerários terapêuticos percorridos por mulheres em situação de rua - objeto naturalmente móvel e multiplamente situado -, a melhor estratégia seria seguir algumas dessas mulheres em seus caminhos de busca por cuidados de saúde.

Desse modo, realizei a etnografia multilocal junto a duas mulheres, negras e em situação de rua, que frequentavam a Casa de Passagem para mulheres, localizada em uma cidade do Estado de Minas Gerais, um serviço de acolhimento que recebe mulheres cis e transexuais em situação de rua, e possui vagas disponíveis para pernoite com direito a jantar, banho e café da manhã. As duas participantes da pesquisa serão apresentadas neste trabalho como Ângela e Lélia, nomes fictícios, usados também para todas as participantes que forem citadas neste trabalho, pensados a fim de manter o sigilo sobre suas identidades.

A pesquisa aconteceu em um município situado na região da Zona da Mata mineira, e a construção do material de pesquisa se deu a partir de observações participantes com a realização do diário de campo, técnicas que valorizam o caráter relacional da pesquisa de campo, permitindo o encontro com o desconhecido e a apreensão de conteúdos significativos produzidos junto às/aos participantes (Cruz, 2002). Assim, nesta pesquisa o diário de campo configurou-se como um espaço de relato dos (des)encontros vivenciados no campo, no qual os estranhamentos, conflitos e afetos experienciados são narrados como parte do processo da investigação, que se pretendeu compartilhada, rompendo com a pretensa neutralidade na produção do

conhecimento científico. Buscou-se, em acordo com Solange Souza e Cíntia Carvalho (2016), “tornar explícito, reconhecendo no ato de pesquisar e, posteriormente, na escrita do texto, o modo como as circunstâncias afetaram tanto o pesquisador como os sujeitos da pesquisa” (p. 4).

O trabalho de campo foi construído em dois momentos. Inicialmente, realizei observações participantes na Casa de Passagem para mulheres, no Fórum da População em situação de rua e no Consultório na Rua - incluídos os diversos locais pelos quais transitava -, a fim de me aproximar da realidade das mulheres em situação de rua, buscando identificá-las e conhecê-las. O segundo momento caracterizou-se pela realização da etnografia multilocal junto às duas mulheres, em seus diferentes trajetos, que incluíam alguns serviços da rede de atenção à saúde e psicossocial, assim como praças e ruas da cidade. Esses dois momentos, que se entrecruzaram em certo ponto da pesquisa, totalizaram 15 meses de imersão no campo. Ressalto que o projeto de pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Juiz de Fora/MG.

Experiências de encontro com as mulheres nas ruas: Ângela e Lélia

O primeiro encontro com Ângela aconteceu em um evento de comemoração do dia Nacional da População em Situação de Rua, que contou com a participação de profissionais de diversos serviços, além de artistas, estudantes e pessoas em situação de rua. Durante o evento, uma mulher junto ao grupo que estava representando a Casa de Passagem se destacava: era negra, de baixa estatura, usava um vestido de cetim com estampa azul e verde, uma faixa na cabeça igual ao vestido, muitas pulseiras e estava maquiada. Conversava com todos e sorria o tempo todo. Eu não a conhecia, mas, de repente, ela estava ao meu lado pedindo para tirar uma foto comigo. Fizemos isso antes que eu me apresentasse e, depois, descobri que ela se chamava Ângela.

Naquele dia mesmo conversamos pouco. Foram nas semanas seguintes, em conversas despreziosas na sala de televisão da Casa de Passagem, que nos aproximamos mais. Após confirmar que eu era mesmo psicóloga, Ângela me confidenciou um pouco de sua história: tinha 52 anos, e é natural de uma cidade do Estado do Rio de Janeiro, que precisou deixar para acompanhar o seu companheiro, com quem estava em um relacionamento há quatro anos. De acordo com ela, ele “arrumou confusão lá”, e não tiveram escolha. Eles tinham “uma casinha de aluguel” e na nova cidade chegaram a morar em um sítio por um tempo, mas precisaram sair e estavam nas ruas há dois anos.

Foi ao final de uma dessas conversas, após três semanas em que nos encontrávamos na Casa de Passagem, que Ângela me surpreendeu: “*Eu quero participar da sua pesquisa. Você me conquistou. Como eu faço?*”. Assim, a partir de combinados e negociações verbais firmados naquele dia, (re)criados e reiterados a cada novo encontro, uma nova relação pôde ser construída: “minha confidencial”, “minha amiga”, “repórter”, “minha psicóloga particular” deram o tom da nossa relação e dos caminhos da pesquisa, que se misturaram aos itinerários de Ângela que, por sua vez, expressam sua relação com o trabalho, experiências em saúde, rotina, alimentação, relacionamentos e serviços de saúde e da assistência social.

Durante os nossos trajetos pela cidade, Ângela falava bastante sobre seu companheiro: um homem branco, magro, forte, e que parecia ser bem mais jovem do que ela, aparentando ter vinte e poucos anos. Normalmente, ele aparecia no discurso de Ângela quando ela comentava a respeito de alguma decisão sobre o seu dia, seja onde dormiria ou os lugares por onde passaria, e de suas possibilidades de trabalho. Em uma conversa muito marcante, Ângela relata:

É cara... Tipo, hoje eu ia no salão, mas ele não deixou. Não deixou eu ir, aí o que acontece... isso é coisa dele, eu não posso reclamar... isso é coisa dele de ciúme, coisa dele. Aí eu não fui, obedeci ele entendeu. E pra mim tudo bem cara, é melhor assim do que a gente ficar brigando, discutindo... To bem, não to triste, ele tem o trabalho dele, ta trabalhando, de repente assinam a carteira dele e coisa e tal. Ele não quer que eu trabalho... Independentemente de arrumar uma casa, ele quer que eu cuido da casa dele, faço comida dele, lavo a roupa dele, faço tudo.

A esse respeito ela ainda complementa: *“Ah, eu acho legal, né? Eu acho... uma mulher tem que cuidar dessa parte, da casa do marido, tem que cuidar do marido, entendeu?”*

Em relação às suas experiências em saúde, Ângela afirma que já sentiu que precisava de ajuda para seu “*problema de nervos*”, já que às vezes sentia a cabeça “*cheia, turbulenta, com muita coisa acontecendo*”, mas nunca buscou o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), apenas acompanhou uma amiga certa vez e, desde então, tem medo de tomar remédio porque se lembra de ver muitas pessoas “*drog*”. Ela relata que quando precisou de algum tipo de ajuda nesse quesito procurou pelo Consultório na Rua. Diz não ter queixas quanto à maneira pela qual foi recebida, ou do atendimento ofertado, afirmando que “*foi bom. Foram bons atendimentos*”. Além disso, afirma que quando precisa de alguma coisa, recorre à Casa de Passagem: “*É, eu procuro aqui. Nem no Centro pop eu tenho ido mais pra isso*”. No que diz respeito à sua rotina, contudo, o Centro Pop já estivera bastante presente:

Eu fico muito lá no pop. Eu fico lá no pop, entendeu? Passo mais tempo lá mesmo. Aí eu cato ele [seu companheiro] pra almoçar, a gente vai, almoça, tudo direitinho. Lá [no Centro Pop] eu não tenho feito nada. Quando a professora vai, eu estudo, fico lá ajudando a Soraia [funcionária da recepção], fico lá fazendo as coisas, aí vou lá em cima, levo um negócio pra Juliana [assistente social da instituição], entendeu?

Não só os discursos de Ângela, mas também o acompanhamento de seus itinerários pela cidade, apontavam como esses eram norteados por suas obrigações com o companheiro e por aquilo que é oferecido pelos serviços frequentados por ela. Inclusive, Ângela era muito participativa, sempre ajudava e estava presente nas feiras, eventos culturais e de comemoração organizados pela Casa de Passagem e pelo Centro Pop. De acordo com ela: “*Quer saber, eu sou a rainha da casa de passagem. E do Centro Pop!*”.

De modo geral, Ângela dorme nas ruas com seu companheiro, porque “*se ficar na casa de passagem ele reclama muito*”; leva suas roupas e outros pertences para o serviço dele, para que ficassem guardados em um local seguro; depois os leva para a Casa de Passagem, onde come e toma banho, e em seguida retorna, junto com seus pertences, para o local onde dormem nas ruas. Em suas palavras:

Ó, lá eu chego oito horas lá [onde dormem], faço a cama perto do restaurante, durmo até 4h. Aí quando dá 4h da manhã eu pego e vou lá pra baixo, que é onde a gente fica, pra dá uma namorada né... Aí nós fica lá até dá a hora de trabalhar. Quando dá 8h eu levanto, tiro a cama, pego as coisas, deixo no serviço dele. De lá eu venho pro centro e mais tarde venho pra cá.... Eu acho que amanhã eu vou bem lá no Pequeninos.

Ângela permitiu que fosse acompanhada em um desses dias. Como de costume, ela estava com todos os seus pertences, e era impossível não se impressionar com o peso dos mesmos.

Chama especial atenção a maneira e o local onde ela montava sua “cama”: primeiro, ela colocava um cobertor, depois uma espuma não muito grossa e com alguns furos e, por fim, mais um cobertor. Apenas o terceiro era utilizado em sua função original, para se protegerem do frio. Seus pertences ficavam na “cabeceira da cama”, de forma que o acesso era fácil durante a noite, e ficava mais perto da altura dos olhos, facilitando a proteção dos mesmos. Essa “estrutura” montada era toda muito próxima de onde estava acumulado muito lixo, provavelmente deixado pelas/pelos moradoras/es dos prédios do entorno para ser recolhido. A ponta dos cobertores de Ângela chegava a encostar em alguns desses lixos. A esse respeito, ela diz com naturalidade que *“não incomoda não, o caminhão de lixo vai passar daqui a pouco, ou de madrugada”*. Já era noite, por volta das 20h, e Ângela fala que ficaria por ali sozinha até seu companheiro chegar, que havia lavado suas roupas na Casa de Passagem, e iria esperar a academia fechar para pendurá-las na grade e secá-las. Era o fim de mais um dia.

A experiência com Lélia foi bem diferente daquela com Ângela, talvez porque suas vivências cotidianas eram bastante diferentes também, especialmente no que se refere às necessidades em saúde e às situações de violências experienciadas nas ruas. O primeiro contato com Lélia já foi capaz de revelar tanto aspectos de sua história de vida quanto de suas experiências em saúde: ela estava no Centro Pop no dia agendado para os atendimentos do Consultório na Rua. Lélia se dirigiu à equipe solicitando que medissem sua pressão e que marcassem um preventivo, pois havia muito tempo que ela não fazia um. Eu me apresento a ela, e ela logo comenta: *“Ah, meu filho é psicólogo também. E eu sou advogada, sabia?”*. Lélia também é uma mulher negra e de baixa estatura, tinha 49 anos, e está em situação de rua porque sua mãe a expulsou de casa. Ela conta que faz tratamento para bipolaridade há três anos no CAPS, e faz uso de *crack* desde os 38 anos. Ela relata que este abuso de droga é o motivo principal pelo qual sua mãe não a deixa voltar para casa, e ela não consegue parar.

A aproximação de Lélia com a pesquisa também se deu de forma gradual e, acredito, o que tornou isso possível foi a minha disponibilidade de escuta, que encontrou a necessidade de Lélia em ser ouvida e, principalmente, tentar dar um lugar às suas questões, muitas delas envolvendo a saúde de maneira mais explícita. O vínculo foi se constituindo aos poucos, à medida em que nos encontrávamos na Casa de Passagem, mesmo que em períodos bem espaçados, já que ela nem sempre frequentava o local. A princípio, ela procurava o Consultório na Rua com a intenção de pegar algum medicamento ou resultado de exames e, com o tempo, passou a me convidar para conversar e acompanhá-la em algumas situações, independentemente da presença do consultório.

Foi possível, assim, acompanhar um pouco o seu cotidiano: Lélia passava a maior parte dos seus dias em uma praça no centro da cidade, onde tentava lavar suas roupas e colocar para secar, queixando-se que *“com a chuva não adianta tanto, molha tudo, e tenho que guardar as roupas todas molhadas, aí fica com cheiro ruim”*. Ela usava o banheiro público da Câmara Municipal da cidade, que é próximo à praça, além de ser *“limpinho e arrumadinho”*. Por volta das 17h Lélia costumava ir para a Casa de Passagem para jantar e tomar banho, e depois retornava para a rua, para dormir.

Na praça, nos momentos em que foi possível acompanhar Lélia, ela sempre permanecia junto a um grupo de pessoas também em situação de rua, e era uma situação um tanto curiosa: a maioria eram homens, e muitos ficavam fumando e conversando, como se fosse um encontro marcado entre amigos. Os homens se misturavam aos muitos senhores que jogavam cartas ou xadrez nas mesas da praça, e as mulheres ficavam um pouco afastadas e sentadas nos bancos. Era perceptível a presença de bebidas alcólicas, e Lélia conta que cada um na praça contribuía um pouco, com qualquer valor, e os homens iam até a distribuidora comprar as bebidas para dividirem entre si.

A bebida, assim como o uso de drogas consideradas ilícitas, era parte importante da vida de Lélia, atuando tanto como causa de sua ida para as ruas quanto como norteadoras de suas principais necessidades em saúde e estratégias de cuidado. Lélia endereçava muitas demandas ao Consultório na Rua: desde medicamentos para o controle de pressão, solicitação de exame preventivo, renovação de receitas prescritas por profissionais do CAPS, teste de sífilis e HIV, até ajuda para cessar o uso de drogas. Em uma consulta com a equipe, Lélia relatou que, embora não estivesse usando *crack* há algumas semanas, estava bebendo muito mais que o de costume, “*e isso atrapalha minha vida*”, diz.

Lélia fazia acompanhamento no CAPSad da cidade, mas dizia não fazer uso da medicação prescrita a ela no período da manhã, “*tem um monte acumulando, mas não tenho condição de tomar, fico sonolenta e fraca*”. Conta que quando tomava, acabava dormindo na praça durante o dia mesmo, e isso a deixava insegura, pois as pessoas mexiam em suas coisas e poderiam roubá-las. Além disso, Lélia questionava o seu diagnóstico elaborado pelo último profissional da psiquiatria com quem consultou: “*achei o laudo falho, o CID falho. Normalmente colocam o F.19, que diz respeito ao abuso de substância, e o F.33, que é o transtorno bipolar. Mas dessa vez a psiquiatra colocou o F.19 só*”. Por isso, ela dizia ter esperança com o médico da equipe do Consultório na Rua, que havia solicitado novos exames e comprometido a auxiliá-la no retorno ao CAPS.

Durante o processo de pesquisa, foi possível acompanhar duas tentativas de agendamento de consulta para Lélia no CAPS. Em uma delas, Lélia faltou porque havia bebido na manhã da consulta, e sentiu-se envergonhada em comparecer. Na segunda, ela atrasou mais de uma hora, e acabou remarcando a consulta. Em uma terceira, foi possível acompanhá-la. Lélia estava animada e esperançosa, dizendo que queria “*dar um jeito na vida*”.

Na sala de espera, enquanto aguardava ser chamada, ela pôde dizer de seu desejo de trabalhar, fortemente atrelado à possibilidade de transformação de sua realidade. Lélia dizia que tinha vontade de mudar de vida, de se “*endireitar*”, considerando a possibilidade de trabalhar com o Direito, especialmente na área criminal: “*queria trabalhar ajudando as pessoas nessa área*”. Conta sobre duas propostas que recebera naquela semana, de pessoas conhecidas, e repete enfaticamente que a condição para as duas oportunidades era não se envolver com nenhum tipo de droga, seja ela lícita ou ilícita. Nesse momento ela afirma que não estava sóbria, mas pretendia ficar. Afirma que havia bebido antes, na praça, e não tinha comido nada: “*Não sinto fome. Não tenho vontade de comer*”.

Ela segue falando, independente das perguntas feitas, e comenta sobre questões mais diretamente relacionadas à sua saúde: havia feito exames de sangue, dos quais precisava buscar os resultados; gostaria de saber o resultado de seu teste de sífilis; recebeu o resultado do teste de HIV, que deu negativo, deixando-a aliviada; e não tem tomado os remédios de modo contínuo, pois sentia-se “*abobada, irritada, e com muito sono*” quando os tomava.

Nós aguardamos um pouco mais de 30 minutos até Lélia ser chamada, e a consulta demorou cerca de uma hora, realizada pela assistente social e pela psicóloga da instituição. Pude acompanhar toda a consulta, e percebi que Lélia praticamente repetiu o que ela já havia dito na sala de espera, e as profissionais reforçaram com ela a importância de comparecer às consultas e tomar os medicamentos. Ela saiu de lá com uma nova consulta agendada para a semana seguinte, com uma outra técnica que passaria a acompanhá-la a partir de então.

No trajeto de volta para a praça onde Lélia permaneceria até o horário do almoço, ela comenta que gostou muito de ser acompanhada, e que minha presença na consulta a fez se “*sentir cuidada. Como se fosse família, me dando mais segurança para falar*”. Isso pareceu motivá-la, que

aproveita e reafirma seu consentimento e envolvimento com a pesquisa: afirma que eu poderia acompanhá-la na próxima consulta, e fala para eu não deixar de fazer o relatório do dia.

As experiências de Lélia na rua eram marcadas por situações de violências, tanto entre seus pares quanto de instituições, como o aparato policial. Durante o período da pesquisa, Lélia foi agredida fisicamente três vezes por outra mulher em situação de rua, recorrendo à Casa de Passagem como local de abrigo e segurança. Em uma das ocasiões ela disse estar “*cansada de apanhar e ficar na rua. Quatro anos é demais. Não aguento mais*”. Mas Lélia também fora violentada e roubada por dois homens, em um dia que escolheu dormir na rua, embaixo da marquise, no centro da cidade.

Lélia faz um relato bastante vívido e angustiante acerca do que aconteceu, dizendo que cometeu a “burrice” de não dormir na Casa de Passagem em um determinado dia, pois “*estava chateada e fiquei sem ânimo de ir até lá*”, disse ela, justificando-se. Como se fosse uma consequência natural dessa escolha, ela conta com tristeza que naquele dia estava na rua que costumava dormir, as doações já haviam passado, e dois homens também em situação de rua – conhecidos por ela – se aproximaram e disseram que se ela gritasse, eles a “*picariam em pedacinhos*”, e mostraram uma barra de ferro e uma faca. Em suas palavras: “*um ficou segurando a barra de ferro no meu pescoço, enquanto o outro me comia; depois revezaram. E ainda roubaram meu celular.*”

Lélia não usa os termos “violentada” ou “estuprada”. Se refere “*ao que aconteceu*”. Ela conta que depois do que aconteceu ficou sozinha, ficou “*andando igual uma louca. Andando, chorando*”, e depois dormiu na rua mesmo. No dia seguinte decidiu tomar uma pílula do dia seguinte. “*Eu tomei por conta própria uai, porque cê já pensou se eu tiver grávida? Nossa, eu dou um tiro na cabeça... Eu to morrendo de medo uai*”. Recorreu a um amigo pastor, que a levou para fazer o boletim de ocorrência. “*Os policiais disseram que não dava pra fazer muita coisa porque eu era moradora de rua, aí fica difícil*”. Eles afirmaram a Lélia que precisariam de mais informações para pegar os responsáveis. Ela não pareceu questionar esse atendimento, e não demonstrou insatisfação. Ao longo de nossa conversa ela fala novamente sobre a necessidade de “*dar um jeito na vida*”, que gostaria de estudar e trabalhar. Ela conclui: “*naquele dia eu tinha bebido pouco, estou tentando melhorar.*”

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

Discutindo os itinerários percorridos

Acompanhar as mulheres em situação de rua em seus itinerários terapêuticos, ouvi-las e observá-las nos diversos contextos pelos quais circulavam tornou-se também uma forma de ouvir a dinâmica dos serviços e da rede de cuidados. Fica explícito que os termos “dopada”, “grog” e “abobada” são associados a um cuidado não aceito pelas mulheres, marcado pela medicalização. Suas convicções e receios a esse respeito, para além de nortear suas escolhas e caminhos diante de algum acometimento de saúde ou necessidade de ajuda, influenciam também as escolhas diárias sobre onde dormir e permanecer ao longo do dia, considerando que a medicação pode torná-las “inaptas” para o ambiente das ruas. O cuidado em saúde, associado ao uso de medicamentos, que se dá desvinculado do contexto das ruas, acaba por produzir um efeito reverso: o cuidado transforma-se em prejuízos à saúde, na medida em que o autocuidado

das mulheres é prejudicado ao optarem por não tomar a medicação ou por alterar as doses por conta própria, e sentirem-se incapacitadas para conduzirem suas atividades diárias.

Esse cenário parece constituir-se como expressão da prática da medicalização da vida, caracterizada como a intervenção médica a todo e qualquer aspecto da vida humana, que acaba por exercer certo controle sobre a população e o indivíduo, traduzindo-se como um processo de apagamento entre as fronteiras da medicina e da vida cotidiana. Esse processo encontra-se tão entranhado à vida que já não é mais possível atribuir aos profissionais médicos o seu protagonismo. Toda a sociedade, incluindo os diversos profissionais da saúde e os próprios pacientes, torna-se agente desse processo ao invocar o saber médico e científico como alternativas principais de cuidado (Zorzaneli & Cruz, 2018).

O uso de drogas assume sentidos ambivalentes na vida das mulheres, constituindo-se ora como cuidado, ora como uma doença que exige cuidados. Enquanto cuidado, as drogas (lícitas e ilícitas) atuam como um mecanismo de sobrevivência, permitindo às mulheres a fuga das condições nocivas às quais estão submetidas. Porém, o uso constante e abusivo dessas drogas assume o caráter de doença, tornando as mulheres mais vulneráveis a situações de violências e, assim como os medicamentos, “inaptas” ao contexto das ruas. Instaura-se, assim, um ciclo mediado pela droga: na tentativa de sobrevivência, as mulheres buscam as drogas (lícitas e ilícitas), que, ao se tornarem uma questão de saúde, transformam-se também em demandas direcionadas aos serviços de saúde que, por sua vez, ofertam como cuidado, majoritariamente, outras drogas, porém lícitas, caracterizadas principalmente pelos medicamentos.

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

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

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

Ainda que as instituições da assistência ocupem o protagonismo nos itinerários terapêuticos das mulheres em situação de rua, os serviços de saúde também compõem os seus itinerários, sendo o Consultório na Rua o mais procurado, atuando como porta de entrada para outros

serviços, seguido pelas unidades de urgência e emergência e pelo CAPSad. Este, embora não seja amplamente procurado, está muito presente nos discursos das mulheres, tanto como um recurso a ser utilizado “em último caso” quanto como um recurso a ser evitado. Trata-se de uma percepção que está atrelada às experiências pregressas das participantes, bem como de outras pessoas em situação de rua conhecidas por elas, cujos tratamentos foram interrompidos por supostamente não se encaixarem no perfil do CAPSad, ou aquelas que viam como obstáculo ao tratamento a presença de drogas tidas como ilícitas dentro da instituição.

Ainda sobre as instituições de saúde, pesquisa recente aponta que a maioria das mulheres em situação de rua não as reconhece como um recurso principal de atenção, recorrendo, em último caso, à rede ambulatorial e de urgência, e tampouco se sentem incluídas nas instituições e políticas públicas criadas em nome dessa população. Essas políticas não mencionam ações voltadas para a saúde das mulheres, parecendo negligenciar o fato de que, além de serem mulheres, estão em situação de rua (Roso & Santos, 2017).

Nessa direção, parece importante ressaltar a ausência da psicologia como uma estratégia de cuidado nos itinerários dessas mulheres. Nas experiências de Ângela e Lélia, a psicologia aparece através dos profissionais que compõem as equipes do CAPSad e da Casa de Passagem, que, contudo, não constituem o objetivo das mulheres ao recorrerem a estes serviços, e tampouco estão presentes em seus discursos. Cenário que parece refletir os efeitos de uma psicologia que historicamente se isentou da atuação e do estudo das expressões da questão social no Brasil, produzindo majoritariamente uma prática individualista voltada a um sujeito abstrato e a-histórico.

Percebe-se, assim, que a realidade das mulheres em situação de rua explicita a ineficiência de políticas públicas que não realizam ações intersetoriais capazes de abarcar suas complexidades e singularidades. A ineficácia dos serviços se estende ao aparato policial, como expresso pela situação vivenciada por Lélia após ser sexualmente violentada, e corroborado por Valle (2018), ao demonstrar que as mulheres em situação de rua não sentem a proteção do Estado na imagem da polícia, que muitas vezes utiliza de sua autoridade para descredibilizar as denúncias de violências, culpabilizando as mulheres pelas agressões sofridas. Não obstante, pesquisas apontam situações de violência do aparato policial direcionada à população em situação de rua, que assume formas variadas, desde o desamparo ao uso da força física, em nome da sociedade e da manutenção da ordem (Câmara, 2019; Valle, Farah, & Carneiro, 2020).

Considerações finais

Enquanto categoria de análise, o itinerário terapêutico constitui-se como um objeto móvel e multiplamente situado, intimamente ligado à história de vida de cada sujeito, sendo capaz de expressar a forma de estar e de se relacionar construídas também por cada sujeito. Simultaneamente, expressa algo do coletivo, referente ao grupo social e ao segmento de classe ao qual cada sujeito pertence, bem como aos processos sociais que conformam a sociedade. Desse modo, a partir dos resultados construídos no presente trabalho, percebe-se que os itinerários terapêuticos das mulheres em situação de rua são produzidos a partir do entrelaçamento das determinações de gênero, pobreza, saúde, violências e instituições, constituindo-se como uma categoria social e histórica, que extrapola um ideário de saúde puramente biológico e medicalizante.

Os itinerários terapêuticos dessas mulheres misturam-se aos seus modos de produzir saúde, ou seja, aos seus modos de produção de vida. As mulheres constroem itinerários em busca

da sobrevivência diária, porém, essa construção excede aquilo que é considerado como necessidades básicas, incluindo os desejos e singularidades de cada uma delas. Seus itinerários terapêuticos referem-se também à maneira que encontram de persistirem na vida, à (re)criação de estratégias e modos de vida que as permitem existir, e apontam como os sentidos sobre o que é “necessário” são amplos, e precisam ser abarcados e compreendidos pelas redes de cuidado.

Embora os serviços conformem uma rede de cuidados que preenchem a rotina diária das mulheres, parece que há elementos que escapam a essa rede, expressos pelas contradições que caracterizam os cuidados ofertados. Estas apontam, por exemplo, para a importância dos serviços escutarem as histórias de vida dessas mulheres e adotarem concepções de saúde mais abrangentes, construindo estratégias de cuidado a partir deste movimento de abertura e escuta das mulheres que chegam aos serviços. Nessa direção, resalto a importância de se adequar os serviços próprios da PSR às particularidades e especificidades das mulheres. Aqui, pontuo a importância de se considerar todo o ciclo de violências presente na história de vida das mulheres, oferecendo espaços de escuta e recebimento dessas demandas, bem como atentar-se para em que medida as próprias instituições podem reforçar e reproduzir este mesmo ciclo de violências.

Neste ensejo, resalto a importância de investigações futuras debruçarem-se sobre os contornos específicos que a condição de gênero produz na realidade dessas mulheres, compondo seus itinerários. Embora não tenha sido explorado neste trabalho, vejo a necessidade de apontar a relevância dos atravessamentos de gênero nas possibilidades de produção de saúde na vida dessas mulheres, que vivenciam a reprodução, no contexto das ruas, de padrões de relacionamentos, restrições e desvantagens instituídos pelo modo de sociabilidade capitalista.

Por fim, o estudo de seus itinerários terapêuticos tem revelado o quanto esses são particulares, construídos a partir das vivências cotidianas de cada mulher. Nesse sentido, compreender os modos de produção de cuidado em saúde implica analisar as singularidades de cada sujeito, sempre atreladas à uma realidade objetiva capaz de circunscrever demandas específicas que precisam ser ouvidas pelos serviços de saúde e da assistência social. No caso das mulheres em situação de rua, percebe-se como sua realidade é marcada por um ciclo de pobreza e violência, ancorado na ideologia patriarcal. Os itinerários terapêuticos se constituem, assim, como um alerta para a não naturalização de certas realidades tidas como “dadas” e “imutáveis”, convidando à produção de movimentos em direção à transformação dessas mesmas realidades.

Referências

- Alcântara, Stefania C., Abreu, Desirée P., & Farias, Alessandra A.** (2015). Pessoas em situação de rua: das trajetórias de exclusão social aos processos emancipatórios de formação de consciência, identidade e sentimento de pertença. *Revista Colombiana de Psicologia*, 24(1), 129-143. <https://doi.org/10.15446/rcp.v24n1.40659>
- Decreto n. 7.053, de 23 de dezembro de 2009.** (2009). Institui a Política Nacional para População em Situação de Rua e seu Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências. Presidência da República.
- Cabral, Ana Lúcia L. V., Martínez-Hemáez, Angel, Andrade, Eli I. G., & Cherchi-glia, Mariangela, L.** (2011). Itinerários terapêuticos: o estado da arte da produção científica no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(11), 4433-4442. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011001200016>
- Câmara, Andréa Esmeraldo** (2019). *Os modos de vida das mulheres em situação de rua em Maracanaú* (Dissertação de Mestrado em Psicologia, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza/CE).
- Coldibeli, Larissa P., Paiva, Fernando S., & Batista, Cássia B.** (2021). Gênero, pobreza e saúde: revisão sistemática sobre a saúde de mulheres em situação de rua. *Textos & Contextos*, 20(1), 1-14. <https://doi.org/10.15448/1677-9509.2021.1.38015>
- Cruz, Otávio** (2002). O trabalho de campo como descoberta e criação. In Cecília Minayo (Org.), *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade* (pp. 51-66). Vozes.
- Escorel, Sarah** (1999). *Vidas ao Léu: trajetórias de exclusão*. FIOCRUZ.
- Gerhardt, Tatiana E.** (2006). Itinerários terapêuticos em situações de pobreza: diversidade e pluralidade. *Caderno Saúde Pública*, 22(11), 2449-2463. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2006001100019>
- Langdon, Esther J., Maluf, Sonia, & Tornquist, Carmen S.** (2007). *Ética e política na pesquisa: os métodos qualitativos e seus resultados*. <https://transes.paginas.ufsc.br/files/2014/10/Eticanapesquisa.pdf>
- Magnani, José Guilherme** (2009). Etnografia como prática e experiência. *Horizontes Antropológicos*, 15(32), 129-156. <https://doi.org/10.1590/S0104-71832009000200006>
- Marcus, George E.** (2001). Etnografía en/del sistema mundo. El surgimiento de la etnografía multilocal. *Alteridades*, 11(22), 111-127. <https://www.redalyc.org/pdf/747/74702209.pdf>
- Peirano, Mariza** (2014). Etnografia não é método. *Horizontes Antropológicos*, 20(42), 377-391. <https://doi.org/10.1590/s0104-71832014000200015>
- Roso, Adriane & Dos Santos, Verônica B.** (2017). Saúde e relações de gênero: notas de um diário de campo sobre vivência de rua. *Avances em Psicología Latinoamericana*, 35(2), 283-299. <http://dx.doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/apl/a.3379>
- Santana, Thaís** (2018). *Mulheres em situação de rua e o acesso à saúde na cidade de Salvador* (Dissertação de Mestrado em Estudos Interdisciplinares sobre Mulheres, Gênero e Feminismos, Universidade Federal da Bahia, Salvador/BA).
- Sousa, Adrielly P. & Macedo, João Paulo** (2019). População em Situação de Rua: Expressão (Im)pertinente da “Questão Social”. *Psicologia Teoria e Pesquisa*, 35, 1-11. <https://doi.org/10.1590/0102.3772e35510>
- Souza, Solange J. & Carvalho, Cíntia S.** (2016). Ética e pesquisa: o compromisso com o discurso do outro. *Polis e Psique*, 6(1), 98-112. <https://doi.org/10.22456/2238-152X.61385>
- Vale, Alexa R. & Dalla Vecchia, Marcelo** (2020). Sobreviver nas ruas: percursos de resistência à negação do direito à saúde. *Psicologia em Estudo*, 25, 1-16. <https://doi.org/10.4025/psicoestud.v25i0.45235>
- Valle, Fabiana A. A. L.** (2018). *Saúde como direito: o acesso da população em situação de rua ao*

Sistema Único de Saúde (Dissertação de Mestrado em Saúde Coletiva, Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora/MG).

Valle, Fabiana A. A. L., Farah, Beatriz F., & Carneiro, Nivaldo (2020). As vivências na rua que interferem na saúde: perspectiva da população em situação de rua. *Saúde debate*, 44(124), 182-192. <https://doi.org/10.1590/0103-1104202012413>

Zorzaneli, Rafaela T. & Cruz, Murilo G. A. (2018). O conceito de medicalização em Michel Foucault na década de 1970. *Interface*, 22(66), 721-31. <https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0194>

LARISSA PIMENTA COLDIBELI

<https://orcid.org/0000-0001-6679-6409>

Psicóloga pela Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), mestra e doutoranda em Processos Psicossociais em Saúde pela UFJF. Pesquisadora do Núcleo de Pesquisa sobre Sujeitos, Política e Direitos Humanos (NUPSID).

E-mail: coldibeli.larissa@gmail.com

FERNANDO SANTANA DE PAIVA

<https://orcid.org/0000-0002-6030-9777>

Psicólogo e Mestre em Saúde Coletiva (UFJF). Doutor em Psicologia (UFMG). Coordenador e Pesquisador do Núcleo de Pesquisa sobre Sujeitos, Política e Direitos Humanos (NUPSID).

E-mail: fernandosantana.paiva@yahoo.com.br

CÁSSIA BEATRIZ BATISTA

<https://orcid.org/0000-0002-9393-0340>

Professora do Departamento de Psicologia da Universidade Federal de São João Del Rei - UFSJ. Mestre e doutora em Psicologia. Pesquisadora e orientadora no Programa de Pós-Graduação em Educação e em Psicologia da UFSJ. Integrante do Grupo de Estudos em Saúde Coletiva. (NESC)

E-mail: cassiabeatrizb@gmail.com

Histórico	Submissão: 06/06/2022 Revisão: 01/09/2022 Aceite: 13/10/2022
Contribuição dos autores	Conceitualização: LPC; FSP; CBB Curadoria de dados: LPC Análise de dados: LPC; FSP; CBB Redação do manuscrito original: LPC; FSP; CBB Redação - revisão e edição: LPC; FSP; CBB
Financiamento	Não se aplica.
Consentimento de uso de imagem	Não se aplica.
Aprovação, ética e consentimento	Não se aplica.