

SOBREVIVER NAS RUAS: PERCURSOS DE RESISTÊNCIA À NEGAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE ¹

Aléxa Rodrigues do Vale ², Orcid: <http://orcid.org/0000-0003-2855-2264>

Marcelo Dalla Vecchia ^{3,4}, Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-7537-3598>

RESUMO. Contextos de exclusão conformam ciclos de marginalização de grupos populacionais, como a população em situação de rua (PSR). Nesse contexto violações de direitos humanos são recorrentes, em especial a dificuldade de acesso à saúde. A efetivação das políticas para a PSR nas cidades brasileiras ainda é escassa, por sua restrição a cidades de médio e grande porte e ao parco investimento público. Dessa forma, o estudo tem por objetivo investigar os percursos de cuidado à saúde da PSR em um município de pequeno porte. Foram realizadas observações de campo e entrevistas semiestruturadas para identificação e compreensão dos recursos acionados nas trajetórias de cuidado à saúde, que foram analisadas a partir da análise de conteúdo temática. Ressaltaram-se as diversas estratégias desenvolvidas pelo público diante da negação do direito à saúde e ao autocuidado. Destacam-se entre os resultados a precariedade de ofertas ao cuidado da saúde da mulher, a restrição do cuidado em saúde ao uso de substâncias psicoativas, de cunho medicalizante e centrado no paradigma da abstinência. Observou-se a importância da moradia para o cuidado integral, e das redes sociais e comunitárias como forma de restabelecimento da saúde nas ruas.

Palavras-chave: Direito à saúde; população em situação de rua; exclusão social.

SURVIVING ON THE STREETS: PATHS OF RESISTANCE TO THE DENIAL OF HEALTH RIGHTS

ABSTRACT. Exclusion contexts constitute cycles of marginalization of population groups, such as the homeless people (HP). In this context, human rights violations are recurrent, especially related to the difficulty of access to health services. The effectiveness of the policies for HP in Brazilian cities is still scarce, due to its restriction to medium and large cities and the limited public investment. Thus, the study sought to investigate HP health care paths in a small city. Field observations and semi-structured interviews were carried out to identify and understand the resources used in health care trajectories, which were analyzed based on thematic content analysis. Several strategies developed by the public in the face of the denial to the health rights and self-care are highlighted. Among the results, the precariousness of offers to women's health care, the restriction of health care to the use of psychoactive substances, of medicalizing nature and centered on the abstinence paradigm were stood out. It was observed the importance of

¹ Apoio e financiamento: Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) - Código de Financiamento 001

² Prefeitura Municipal de Belo Horizonte, Belo Horizonte-MG, Brasil.

³ Email: mdvecchia@ufsj.edu.br

⁴ Universidade Federal de São João del-Rei, São João del-Rei-MG, Brasil.



housing for comprehensive care, and social and community networks as a way of restoring health on the streets.

Keywords: Health rights; homeless people; social exclusion.

SOBREVIVIR EN LAS CALLES: RESISTENCIAS A LA NEGACIÓN DEL DERECHO A LA SALUD

RESUMEN. Los contextos de exclusión conforman ciclos de marginación de grupos poblacionales, como la población en situación de calle (PSC). En este contexto, violaciones de derechos humanos son recurrentes, en especial la dificultad de acceso a la salud. La efectividad de las políticas para la PSC en las ciudades brasileñas sigue siendo escasa, por su restricción a ciudades de mediano y gran porte y a la poca inversión pública. Así, el estudio buscó investigar los recorridos de cuidado a la salud de la PSC en una ciudad de pequeño porte. Se realizaron observaciones de campo y entrevistas semiestructuradas para identificación y comprensión de los recursos accionados en las trayectorias de cuidado de la salud, que fueron analizadas a partir del análisis de contenido temático. Se resaltan las diversas estrategias desarrolladas por este público como forma de resistencia a la negación del derecho a la salud y autocuidado. Se destacan la precariedad de ofertas al cuidado de la salud de la mujer, la restricción del cuidado en salud al uso de sustancias psicoactivas, de cuño de medicalización y centrado en el paradigma de la abstinencia. Se observaron la importancia de la vivienda para el cuidado integral, y de las redes sociales y comunitarias como forma de restablecimiento de la salud en las calles.

Palabras clave: Derecho a la salud; personas que viven en las calles; exclusión social.

Introdução

A existência de pessoas em situação de rua (PSR) é emblemática das contradições do modelo político-econômico vigente, para o qual as políticas de valorização das áreas centrais das cidades agravam condições de vulnerabilidade, uma vez que empurram os pobres para as periferias (Dimenstein, Dalla Vecchia, Macedo, & Bastos, 2018). Ao mesmo tempo, a precariedade da infraestrutura urbana nas periferias aproxima as PSR dos centros das cidades. Essa relação explica seu aumento nos grandes centros, como também de migrantes, em busca de oportunidades de trabalho (Burstyn, 2003).

Esse processo conforma uma realidade singular em que a exclusão e a inclusão social são duas faces de uma mesma moeda: a dialética da exclusão/inclusão (Sawaia, 2014). Dessa forma, exclusão e inclusão conformam modos de vida decorrentes dos processos de desigualdade social em que a inclusão é uma forma perversa de manter grande parcela da população integrada pela própria exclusão dos direitos sociais básicos (Sawaia, 1999). O movimento dialético entre exclusão e inclusão, assim, conduz ao sofrimento ético-político, decorrente da relação entre a vivência da injustiça social e as respostas afetivas diante de processos tanto econômicos e sociais quanto subjetivos (Sawaia, 2014). Nesse sentido, diante de uma experiência, o sujeito é afetado por emoções e sentimentos que o modificam: o que move a ação humana é o desejo de desenvolver sua potência de ação para a sobrevivência física e a emancipação de si (Sawaia, 2014).

O processo de exclusão social se reflete no acesso às políticas públicas. Porém, ainda que as conquistas legais sejam relevantes, os direitos previstos na Política Nacional para a População em Situação de Rua (PNPSR) não são garantidos em todos os Estados e municípios. A pesquisa nacional sobre a PSR revelou o baixo acesso aos serviços de saúde, de um modo geral, concentrando-se nas situações agudas e emergentes (Brasil, 2009b). Nesse contexto, a atuação do psicólogo tem o potencial de promover o protagonismo e a autonomia dos sujeitos perante a vivência subjetiva de processos excludentes, contribuindo para a desconstrução das práticas assistencialistas e que buscam a tutela dos sujeitos (Sawaia, 2014).

Para lidar com o baixo acesso à saúde pela PSR, países como Estados Unidos, Brasil e Portugal procuraram adequar as ofertas de serviços em saúde visto as singularidades desse público, evitando assim encaminhamentos desnecessários e favorecendo um cuidado integral: busca ativa no espaço das ruas, readequação do fluxo de acesso e atendimento nos serviços de atenção primária à saúde etc. (Borysow, Conill, & Furtado, 2017). Para uma efetiva integralidade do cuidado às PSR são necessárias ações intra e intersetoriais em face da complexidade do fenômeno. Ainda assim, apesar das recentes conquistas de direitos há a concentração das ações de atenção pela assistência social. Em Minas Gerais, por exemplo, as ações desenvolvidas focalizam o atendimento das PSR usuárias de álcool e outras drogas (Conselho Regional de Psicologia 4ª Região [CRP-04], 2015). Porém, doenças ortopédicas, cardíacas e psiquiátricas somam 56,1% dos casos (CRP-04, 2015). As barreiras de acesso se agravam nas cidades de pequeno porte, onde as políticas sociais se efetivam de modo mais lento e gradual com relação às cidades de médio e grande porte, sobretudo pelo baixo compromisso na agenda política com a efetivação das políticas públicas, o parco controle social dessas políticas e a consequente malversação de recursos públicos (Luzio & L'Abbate, 2009).

Assim, há uma lacuna importante entre os marcos legais atinentes às PSR e sua efetividade nos municípios, em especial naqueles de pequeno porte, sugerindo a relevância de identificar os percursos de cuidado à saúde dessa população. O presente artigo apresenta um recorte da dissertação de mestrado da primeira autora, desenvolvida sob orientação do segundo autor, que permitiu desvelar as redes de cuidado acionadas para o autocuidado e a garantia do direito à saúde. Nessa oportunidade, evidenciam-se ações da PSR que explicitam a busca pela sobrevivência nas ruas por meio de estratégias de resistência diante da negação do direito à saúde em um município de pequeno porte.

Percurso metodológico

Adoecimento e cura são vivenciadas de formas singulares, conforme regras, tradições e experiências coletivas, habitualmente distintas daquelas formalmente codificadas pela biomedicina (Minayo, 2010). O processo de adoecimento e a procura pelo cuidado parte de um campo de sentidos e significados diversos, não havendo correspondência unívoca entre os percursos prescritos e adotados de cuidado à saúde. Essa busca se dá com base na conjugação de múltiplos fatores como questões individuais (valores e ideologias), vicissitudes do tipo e processo de adoecimento, acesso a bens e serviços e situação econômica (Alves, 2016).

A pesquisa realizada foi desenvolvida em um município mineiro que se destaca por suas características históricas e turísticas, tendo o comércio e a produção agrícola como principais atividades econômicas. A rede de serviços socioassistenciais para atendimento das PSR se constitui por um Centro de Referência Especializado em Assistência Social

(CREAS) que oferece o Serviço de Abordagem Social Especializada (SEAS) para este público. Para favorecer a entrada no campo, as ações do SEAS foram acompanhadas pela primeira autora recorrendo à observação participante, possibilitando a imersão em campo, evidenciando a compreensão da realidade observada e compartilhando experiências diárias (Fernandes & Moreira, 2013). As observações participantes foram realizadas em dois dias da semana entre setembro de 2016 e abril de 2017 e foram registradas em diários de campo. Pela mudança na gestão municipal e pelas consequentes adequações realizadas, houve paralisação das atividades do SEAS entre dezembro de 2016 e fevereiro de 2017.

Ao todo foram realizadas 14 observações de campo onde se buscou identificar aspectos das relações interpessoais, modos de organização das pessoas em situação de rua, além de possíveis encaminhamentos e acesso aos serviços de saúde. Nesse processo foram identificados interlocutores com trajetória de vida nas ruas para a realização de entrevistas semiestruturadas, o que favoreceu o encontro com experiências que possibilitaram ampliar a compreensão sobre o objeto de estudo e sua variabilidade.

A entrevista como técnica de pesquisa favorece uma relação intersubjetiva e permite um contato mais próximo entre pesquisadores e atores sociais, sendo possível apreender sentidos e significados atribuídos a uma determinada vivência a partir das trocas verbais e não verbais estabelecidas no encontro (Minayo, 2010). Na modalidade semidirigida é possibilitado ao participante discorrer livremente sobre um tema, mas com a baliza de tópicos entendidos como essenciais. Buscou-se contemplar aspectos dos percursos de cuidado à saúde com base nos diferentes recursos acionados diante de um adoecimento ou como estratégia para promover o autocuidado em situação de rua.

As entrevistas ocorreram no espaço das ruas. Foram entrevistadas oito pessoas (07 homens e 01 mulher), com gravação em áudio após consentimento informado. Foram incluídas pessoas com mais de 18 anos, que apresentassem demandas de saúde durante as observações de campo e que estivessem dispostos a compartilhar suas experiências de busca de cuidados em saúde. Para análise das informações recorreu-se à análise de conteúdo temática, que permite uma interpretação mais profunda das falas a partir de inferências sobre os fatores que determinam sua produção (Braun & Clarke, 2006). As entrevistas foram gravadas mediante consentimento dos interlocutores e transcritas pela pesquisadora. A pré-análise do material ocorreu com a leitura flutuante das informações produzidas nas observações participantes e nas entrevistas semiestruturadas, sendo selecionados os relatos acerca das formas de cuidado à saúde das PSR, que constituíram o *corpus* de análise. A exploração desse material gerou uma classificação inicial, desvelando aspectos do cuidado à saúde nos percursos de cuidado. Nesse momento, foram delimitados temas recorrentes e aspectos contextuais que subsidiaram a compreensão de sentidos e significados (Braun & Clarke, 2006).

O projeto de pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São João del-Rei, tendo recebido o CAAE nº 65848717.9.0000.5545. Para assegurar o anonimato dos informantes, são utilizados ao longo do texto nomes fictícios para designar os entrevistados.

Resultados e discussão

Os temas identificados a partir das entrevistas semiestruturadas foram agrupados em categorias a partir das semelhanças, diferenças e contradições nos relatos dos participantes acerca dos percursos de cuidado à saúde: (1) ênfase nos problemas

decorrentes do uso de álcool e outras drogas; (2) a moradia no acesso à saúde e à subversão do papel das comunidades terapêuticas; (3) a 'família da rua' como lugar de cuidado e (4) a insuficiência da assistência à saúde da mulher em situação de rua.

Ênfase nos problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas

Durante a pesquisa percebeu-se certa relevância conferida ao tratamento para problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas. A atuação do SEAS, nesses casos, é centrada na oferta e encaminhamento para internações em entidades assemelhadas a Comunidades Terapêuticas (CT), muitas vezes solicitando recursos do Programa Aliança pela Vida, ainda que o município não esteja incluído como beneficiário do mesmo.

O Programa Aliança pela Vida foi implantado no Estado de Minas Gerais em 2011 visando à concessão de benefícios a CTs para o tratamento de usuários de álcool e outras drogas. No município em questão foram identificados casos em que os sujeitos em situação de rua são internados em outros municípios sob a justificativa da ausência de endereço fixo para que o programa possa arcar com os custos da internação. Ao priorizar a abstinência e a segregação, apartando o sujeito do seu contexto de vida, isso contradiz os princípios da redução de danos nas políticas de saúde como estratégia prioritária, especialmente por sua abertura para a singularidade do contexto e dos sujeitos, que demandam formas de cuidado diferenciadas (Brasil, 2016).

Grande parte dos municípios mineiros possui 20 mil habitantes ou menos, com isso, a regionalização da assistência se torna fundamental para viabilizar o acesso aos usuários de serviços de saúde mental, enfrentando-se barreiras logísticas. Em geral, os municípios mineiros justificam a adesão ao programa pelo desinvestimento público municipal na área de álcool e outras drogas e a falta de serviços próprios (Lopes & Vecchia, 2015).

No entanto, há aspectos socioculturais que atuam sobre a adesão às propostas terapêuticas, podendo coincidir ou não com as ofertas realizadas (Leite & Vasconcelos, 2006). Diante disso, ainda que o modelo asilar das CTs seja a única oferta do SEAS – o Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e Drogas (CAPSad) é acionado, basicamente, quando há demanda para avaliação psiquiátrica, nem sempre atendida – as experiências pregressas de cada sujeito atuam na decisão de aderir ou não nesse modelo de tratamento. Ao se reduzir o CAPSad a um serviço para avaliação médica deixa-se de lado a oferta de um cuidado integral e intersetorial por meio de equipes multiprofissionais que devem priorizar o acolhimento dos sujeitos com suas singularidades e, sobretudo, os diversos significados e funções do uso de álcool e outras drogas (Brasil, 2016).

Os interlocutores constituíram percursos de cuidado à saúde que demonstram resistência à negação do direito ao cuidado integral. Maurício, por exemplo, está em situação de rua há dois anos e já 'se internou' cinco vezes em CTs. Em todas as oportunidades não completou o período prescrito para 'tratamento'.

É o que eu te falo [...]. Não adianta só a pessoa chegar e vai internar e depois a pessoa sair de lá, de cumprir o tratamento, a pessoa sair de lá e voltar para a rua, não. Ela não vai demorar muito a voltar para o álcool e para as drogas.

Maurício questiona os desafios para a continuidade do tratamento após a alta do tratamento na CT. Gilberto, por sua vez, há cinco anos nas ruas, relata que essa situação conforma uma série de vulnerabilidades em que o uso de álcool e outras drogas torna-se funcional: "[...] quem não bebe, fuma. É difícil. De 100 moradores de rua você tira dois que

não bebe ou não usa nada. Ninguém consegue. Quase ninguém consegue ficar assim, não”.

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) prevê espaços para desintoxicação e restabelecimento físico: leitos 24h, em CAPSad, ou enfermarias psiquiátricas em hospitais gerais (Portaria nº 3.088, 2011). Além disso, estratégias de inclusão social são centrais para manutenção no tratamento visando mudar o padrão de uso de substâncias psicoativas em situação de rua. A esse respeito, relata Maurício:

Ah, ter uma internação, que eu acho que a pessoa precisa é tirar a química do corpo. Mas depois que sair, tiver um grupo, uma instituição que [...]. Que possa acompanhar. Ter uma casa para ele ficar, arrumar trabalho para ele. Aí há uma grande possibilidade de a pessoa sair desse vício.

No entanto, ao serem questionados sobre os equipamentos públicos que ofertam esse tipo de atenção, tais como CAPS e CAPSad, não expressam adesão a esses serviços: “Eu já ouvi falar que eles [CAPS/CAPSad] gostam muito de medicamento em cima para poder controlar a pessoa e depois a pessoa acaba ficando viciada pelo medicamento, não consegue ficar sem ele” (Murilo, 06 meses em situação de rua).

Gradativamente, a medicina como instituição assumiu a hegemonia do discurso acerca de modos adequados de vida, antes exercido pela religião e pela lei. Percebe-se a transposição de modelos etiológicos unicausais para modelos multicausais que incluem aspectos da vida cotidiana, enquadrando o estilo de vida de cada um em sintomas relativos a determinados diagnósticos (Freitas & Amarante, 2015). Ocorre que a autonomia do próprio corpo para circular em busca do sustento é base para a vida nas ruas e, conseqüentemente, seu cerceamento é desconsiderado e desvalorizado. Se o espaço voltado para o cuidado à saúde mental não é um apoio nesse sentido, não irá compor o itinerário terapêutico das PSR. Diante da certeza desse assujeitamento, e pelo fato de os entrevistados utilizarem amplamente recursos informais, eles rejeitam espaços especializados de cuidado em saúde mental. Souza, Pereira & Gontijo (2014) afirmam que ainda é possível identificar serviços de saúde mental que exigem que os sujeitos se apresentem banhados, acompanhados de um familiar ou portando documentos, contrariando as diretrizes legais para o cuidado a esse público.

Eu perguntei se existe alguma parceria com o CAPSad da cidade e ele [técnico do SEAS] disse que sim: as primeiras internações do CAPSad foram de moradores de rua. Ou seja, o CAPSad foi um meio para a internação e não um espaço legítimo de tratamento. Disse ainda que não é efetivo o tratamento lá para o morador de rua, porque a recaída sempre acontece à noite (Diário de Campo).

Observou-se que o equipamento de saúde destinado ao tratamento de problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas não é reconhecido pela própria rede de serviços públicos. A ideia apresentada é de que os sujeitos vão ‘recair’ no período noturno, o que anularia o trabalho realizado durante o dia no CAPSad. Tal postura remete ao paradigma da abstinência que, claramente, é diretriz de trabalho da assistência social no município.

Cabe ao SEAS a articulação intersetorial, ofertando, dentre outras ações, acesso às políticas públicas. Porém, a atuação centralizada na oferta de internações para o uso de álcool e outras drogas ultrapassa as suas atribuições, exatamente porque prescinde da avaliação da condição clínica dos sujeitos. Tal avaliação deve ser realizada pelos equipamentos de saúde qualificados para isso no município, conforme indicação do próprio Ministério do Desenvolvimento Social (Brasil, 2016).

A atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas requer ações transversais por se constituir no atendimento de necessidades atinentes a campos tais como a justiça,

a educação, a assistência social e a geração de trabalho e renda. Além disso, a situação de rua se conforma com base em questões estruturais da sociedade contemporânea, a saber, a desigualdade social estrutural, que interfere diretamente nos processos de exclusão/inclusão social. Para lidar com questões de tamanha complexidade recomenda-se atuar na promoção de fatores individuais e coletivos protetores da saúde, entre eles a reabilitação psicossocial e reinserção social pelo acionamento das redes socioassistenciais e comunitárias (Sanchez & Vecchia, 2018).

A moradia no acesso à saúde e a subversão do papel das comunidades terapêuticas

Ter uma residência fixa, para as PSR entrevistadas, é considerado um meio para a manutenção da saúde, uma vez que a vida nas ruas é avaliada como obstáculo para isso: “[...] para ter saúde? É só arrumar um lugar melhor para eu ficar, só isso só, eu faço. Só um lugar melhor para eu ficar” (Sebastião, 07 anos em situação de rua). A fala de Sebastião ressalta a inadequação do modelo hegemônico atual de atendimento à PSR, em que as ações prioritárias são (1) o Acolhimento Institucional Temporário, pelos abrigos e albergues, (2) a oferta de cuidado para os problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas, (3) a reinserção no mercado de trabalho formal e, por último, (4) a moradia digna. O relato de Sebastião é emblemático em demonstrar a inversão operada contemporaneamente. Nesse caminho, diversos obstáculos se apresentam para a superação da situação de rua e o que se percebe é a recorrência dos sujeitos nos serviços de saúde e assistência social.

Em âmbito internacional, desde a década de 1980, o modelo *Housing First* foi adotado nos Estados Unidos e em alguns países da Europa. Para esse modelo, a oferta de moradia deve ser prioritária, contribuindo para a organização da vida e acesso aos demais direitos sociais (Tsemberis, 2016). A importância do direito à moradia para o acesso aos serviços de saúde é demonstrada no percurso de cuidado de Luzia. Sua trajetória é marcada pela permanência nas ruas por um período, seguida pelo retorno à casa de sua irmã, e subsequente volta às ruas. O acesso mais frequente aos serviços formais por Luzia, em especial UBS e ESF, destaca-se dentre os demais entrevistados: “[...] o médico? Que eu procuro? Eu tenho cadastro em tudo quanto é posto aí, entendeu?”

Da mesma forma, Júnior, após sofrer uma queimadura no pé, permaneceu alguns dias na casa do amigo Gilberto, procurando a UBS para fazer curativos.

Ah, agora que eu lembrei, fui [na unidade básica de saúde]. Foi do meu pé, trocava a faixa, tudo direitinho [...]. Enfaixei. O Gilberto me ajudou também, né? Eu estava lá na casa do Gilberto, ele que me ajudou. Dava remédio na hora certa.

Quando questionado sobre como teria sido o tratamento se não tivesse ficado hospedado na casa do amigo, seu relato demonstra que não havia possibilidade de cuidar do ferimento mantendo-se em situação de rua: “[...] aí eu estava perdido. Era para eu perder até o pé. Se não fosse o Gilberto, eu ia perder meu pé, ficou queimado mesmo”.

Nesse sentido, é recorrente nos percursos de cuidado relatados o afastamento temporário das ruas durante o restabelecimento da saúde. Buscar acolhida na casa de amigos e familiares se repete nas histórias a partir de episódios de adoecimentos marcados pela gravidade. Tais relatos nos remetem à proposta do modelo *Housing First* que prevê o acesso de PSR a uma moradia permanente e digna, financiada pelo poder público, através da locação de imóveis particulares. Cada pessoa ou família permanece em áreas diferentes, evitando a estigmatização que poderia decorrer da concentração em um espaço

urbano específico, e as habitações são individuais ou no máximo compartilhadas entre familiares, favorecendo a privacidade e a organização de um lar (Tsemberis, 2016).

Na ausência de políticas de moradia, outras soluções são procuradas pelas pessoas em situação de rua. Luzia e Lúcio se destacam pelo contato com seus familiares, residentes no município. Em contrapartida, Júnior, Valdo e Sebastião possuem relações frágeis e/ou rompidas com seus familiares e buscam acolhida na casa de amigos ou em entidades assemelhadas a CTs. Percebe-se que as redes acionadas para o restabelecimento da saúde se alternam entre formais e informais, com destaque para a complementaridade entre elas. Diante da indisponibilidade de moradia própria, bem como de relações conflituosas com os familiares, as CTs assumem o lugar de espaços para o reestabelecimento da saúde.

O médico arrumou uma clínica lá. O cara, o cara era amigo de uns parentes meus. Ele queria me mandar lá para minha casa lá, mas a minha mãe e o meu pai tinham morrido, aí eu falei: 'não, porque eu não troco ideia, arruma um lugar para eu ficar'. Aí eu fiquei lá uns seis meses. Curei lá, eles me ajudaram de tudo lá na clínica (Sebastião, 07 anos em situação de rua,

Nesse caso, o suposto papel da CT como espaço para o tratamento de problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas se confunde com o de um local para a recuperação da saúde, sem contar com o aparato técnico e material preconizado. Não obstante seu caráter contraditório, essa função é legitimada pelo Ministério da Saúde que institui as CTs como serviço de atenção em regime residencial.

A PNPSR incentiva a implantação de serviços que atuem como casas de apoio à saúde após as altas hospitalares (Brasil, 2009a). Além disso, as unidades de acolhimento instituídas na RAPS preveem o cuidado continuado para pessoas com problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas em situação de vulnerabilidade social e familiar. No entanto, tais unidades só podem ser habilitadas em cidades com pelo menos 200 mil habitantes e o encaminhamento é feito pelo CAPS (Portaria nº 3.088, 2011).

Nesse sentido, as CTs atuam a partir da carência de dispositivos da RAPS, o que ocorre tanto pelo subfinanciamento das políticas públicas, quanto ao modelo de cuidado que não se estrutura em torno da meta de inclusão social por meio do acesso à moradia digna. A realidade dos municípios de pequeno porte, nesse sentido, evidencia questões candentes para as políticas de cuidado à saúde da PSR.

A 'família da rua' como fonte de cuidado

Diante da precariedade de ofertas em face do cuidado integral à saúde, observa-se que a rede social e comunitária é a principal fonte de apoio para o restabelecimento da saúde dos entrevistados – em especial, amigos, parentes e pessoas que residem próximo ao local que frequentam: “[...] eu tenho um grande amigo meu ali que comprou [medicamento]. Sempre quis me ajudar, aí nesses casos assim ele, ele compra para mim” (Maurício, 02 anos em situação de rua).

A família é uma fonte de cuidado informal que se encontra presente em diferentes culturas (Helman, 2009). Em situação de rua percebe-se a restrição do cuidado familiar, evidenciando-se o papel das redes sociais na recuperação da saúde. As redes sociais constituem-se pelas relações construídas entre indivíduos, interesses e ações em um sistema de apoio mútuo e compartilhado e, por exigirem envolvimento e participação dos seus atores, torna-se potente fator para a promoção da cidadania (Serapioni, 2005). Este autor acrescenta que as redes sociais têm papel de suporte significativo aos problemas de saúde cotidianos entre grupos vulneráveis pela precariedade dos sistemas formais de

cuidado mantidos pelo sistema de seguridade social. Avanços tímidos das políticas sociais foram observados no Brasil na primeira década do século XXI quanto ao acesso e cuidado à saúde da PSR em cidades de grande porte, no entanto, nas cidades de pequeno porte as redes sociais informais fornecem o suporte possível.

O dedo do Júnior ainda está machucado e eu perguntei se ele tinha ido ao posto de saúde. Ele disse que sim e que está melhorando, mas Gilberto disse: ‘foi não, a menina que trouxe a pomada para você’. Segundo eles uma estudante da faculdade comprou uma pomada para ele passar no ferimento (Diário de Campo, grifo do autor).

As redes sociais existentes promovem o fornecimento de alimentos, roupas e cobertores, com pouca interferência no direito à saúde. Tais ações por vezes contribuem com um mínimo de vida digna nas ruas, no entanto, correm o risco de terem um fim em si mesmas. O desafio está em colaborar com o fortalecimento do poder e do reconhecimento político dos sujeitos, para além do caritativismo, evitando a lógica individualista que culpabiliza o sujeito pela situação em que se encontra e promovendo acesso às políticas públicas. Os participantes da pesquisa percebem depender das redes sociais e informais para o atendimento do tipo de necessidade de cuidado que eles têm, notando obstáculos significativos nas redes formais.

Nunca cheguei a ficar de cama para depender de outros. Graças a Deus, porque eu não sei o que seria. Porque uma vez eu [...] Isso aí era até um medo meu: ‘meu Deus se eu ficar de cama quem vai cuidar de mim?’ (Gilberto, 05 anos em situação de rua, grifo do autor).

O contexto neoliberal e de ajuste fiscal, tornando o Estado insuficiente na provisão de políticas sociais que minimizem situações de vulnerabilidade, legou às redes sociais a efetivação da assistência e do cuidado informal, pelos diferentes atores como a família, amigos, vizinhos ou ainda grupos de voluntários e de mútua ajuda. Nesse sentido, não somente a família assume ações de responsabilidade estatal, mas especialmente o terceiro setor torna-se um relevante ator nesse processo (Serapioni, 2005). Tal relação cria uma ambiguidade, sendo que a atribuição de atender as necessidades sociais ora é vista como dever do Estado, ora do terceiro setor. Diante de tal incerteza, a vida nas ruas estabelece redes de solidariedade, em especial, diante de vínculos familiares fragilizados e/ou rompidos, novos vínculos de sociabilidade são constituídos após a ida para as ruas (Cunha, Garcia, Silva, & Pinho, 2017).

Cada um dos atores sociais entrevistados detém singularidades da experiência de vida nas ruas que atua sobre seus itinerários terapêuticos. Há relações de cooperação entre algumas pessoas do grupo entrevistado, como o relato de Valdo (25 anos em situação de rua) sobre os sintomas prévios ao diagnóstico de tuberculose: “[...] esse aí ó, o Gilberto, o Sebastião, eles que me pegavam e traziam para cá, eu não podia andar não. Dava banho”. Sebastião, sete anos em situação de rua, descreve: “Conto sempre com a ajuda das pessoas. Um cara que eu conto sempre é com o Valdo. Olha para você ver [...] Eu com o Valdo é culiado.”

Nesse sentido, as redes informais como as que são constituídas nas ruas evidenciam espaços de trocas e solidariedade que contradizem relações unívocas entre miséria material e miséria moral. Merhy et al. (2014) sugerem tratar-se de furos nas redes institucionais, onde são agenciadas redes e conexões marcadas por códigos e condutas plurais e específicas da vida nas ruas. Tem-se aqui um ponto crucial do cuidado em saúde de grupos vulneráveis: descortinar tais furos nas redes, identificando o desenvolvimento dos determinantes sociais do processo saúde-doença nas situações singulares, desvelar as experiências de vida desses sujeitos e sua potência de agir.

A cooperação entre o grupo, no entanto, não é comum a todos os interlocutores contatados. Outros fatores interferem no significado das relações em situação de rua. Os relatos de maior cooperação estão entre os informantes que possuem mais tempo em situação de rua, no caso, mais de cinco anos. Nesses casos, percebem-se vínculos familiares mais profundamente rompidos, constituindo o que aqui se denomina 'a família da rua'. Da mesma forma, Cunha et al. (2017) identificaram diferentes relações interpessoais da vida nas ruas, havendo, para alguns, mero convívio entre colegas, e, para outros, a construção de novos vínculos. Gilberto salienta as nuances que conformam o tipo de auxílio prestado e recebido.

Porque na situação de rua tem um problema assim: uns são unidos com os outros. Outros não. Porque na situação de rua tem de tudo: tem cachaça, tem droga, tem tudo dessas coisas. Então, dependendo de um, de outro, tem uns que só pensam naquilo, naquilo que ele quer. Então nem sempre ele está disponível para ajudar o próximo.

Lúcio e Luzia possuem maior contato com seus familiares, que residem na cidade, diferentemente dos demais entrevistados, que desenvolvem uma rede de cooperação e vínculos entre si: “[...] esse é o meu principal? Esse é tudo na minha vida. Primeiro é Deus lá em cima, e na terra é minha família” (Lúcio, um ano e seis meses em situação de rua). Luzia faz o seguinte relato: “[...] era para estar aqui [refere-se ao anti-hipertensivo]. É que a minha irmã tem medo de eu tomar esses remédios e misturar com cachaça. Ai ela não deixa eu pegar, porque ela pode ser o que for, mas ela quer o meu bem” (Luzia, 05 anos em situação de rua).

O contato com os familiares atua sobre o itinerário terapêutico de Luzia e Lúcio, e ambos são acolhidos na casa de parentes ao serem acometidos por problemas de saúde que requerem repouso ou cuidado contínuo. Laços familiares, nesses casos, provêm suporte e cuidado, mesmo após a saída do membro familiar do domicílio. Neste sentido, as PSR constituem-se essencialmente pela heterogeneidade, não havendo necessariamente rompimento com o vínculo familiar, o que também foi observado em outros estudos (Cunha et al., 2017; Kunz, 2012).

Redes formais precisam oferecer suporte às redes informais na promoção da saúde, especialmente entre as PSR, e buscar a coordenação de ambas em um processo sistêmico. Serapioni (2005) aponta que há constante tentativa de burocratizar as redes informais, com pouca valorização do saber produzido pelas PSR, e em superar a delegação da função precípua do Estado de gestão das políticas públicas à rede social e comunitária.

A insuficiência da assistência à saúde da mulher em situação de rua

A PNPSR identificou a predominância de 82% de homens dentre as PSR, sendo a perda da moradia o principal motivo para as mulheres irem para as ruas, ou seja, quando não restam mais opções e a violência intrafamiliar não pode mais ser suportada. Um dos fatores que explica o menor número de mulheres nas ruas pode ser não terem encontrado nessa via uma saída para romper com as situações extremas de violência vivenciadas dentro dos lares (Brasil, 2009b).

Historicamente, espaços públicos e privados são fragmentados em papéis entendidos como tipicamente de homens ou de mulheres, sendo atribuída às mulheres a esfera privada dos cuidados do lar e da família. O feminismo contemporâneo critica essas posições binárias e polarizadas, constituindo formas mais contextualizadas de análise das relações entre homens e mulheres, dando visibilidade à participação feminina nos espaços

públicos constituídos por relações múltiplas, como a vizinhança, o trabalho e as ruas (Brito, 2001).

Dado o maior número de homens em situação de rua e a formação sociocultural predominantemente machista, mulheres em situação de rua são constantemente expostas a situações de submissão e de violência física, sexual e psicológica (Rosa & Brêtas, 2015). No município em questão acionam-se diversas redes para promover a saída das mulheres das ruas, primordialmente para viabilizar internações em CTs.

Ainda que a rua e o espaço público, como um todo, não sejam locais para a moradia e sobrevivência observa-se que há ainda rigor maior diante do gênero feminino e, diante disso, arranjos institucionais são feitos para 'protegê-las' ao retirá-las das ruas. Não é possível afirmar peremptoriamente se essa retirada ocorre visando assistência, proteção e garantia de direitos, ou fundamentalmente o governo de suas vidas. Durante as observações foram identificadas três mulheres em situação de rua e uma mulher que havia vivido nas ruas e contava com moradia própria obtida pela inclusão no Programa Minha Casa Minha Vida. Durante a realização das entrevistas houve contato com duas dessas mulheres na cidade e apenas uma manifestou interesse em participar.

Luzia está em situação de rua há cinco anos com seu companheiro e seu filho. Relata restrições no relacionamento com as demais pessoas em situação de rua. Nesse caso, o fato de ser mulher e estar sozinha cotidianamente entre eles delimita modos próprios de agir.

Eu tonta, entende? [...] Alexandre [companheiro de Luzia] veio para me dar um abraço e me jogou [em uma área com mato que cresce às margens de um córrego que corta a cidade], depois que eu levantei, eles vieram cá me perguntar como é que eu estava passando. Se eu não fosse mulher de ir para lá [UPA], eu tinha quebrado era a espinha.

A vida nas ruas para as mulheres é permeada de violações que retroalimentam um ciclo estigmatizante. Tais estigmas estão ligados à opressão de gênero pelos companheiros de rua, aos conflitos por espaço e às práticas sexuais (Rosa & Brêtas, 2015). Nas ruas o grau de exposição das mulheres aumenta e, conseqüentemente, o sentimento de ameaça à integridade do próprio corpo.

Mas eu vou te falar com você, te falar a verdade: eu posso estar fedendo e tudo, mas eu nunca peguei uma gonorreia, nem nada. Eu não deito com qualquer homem não, a raiva deles é isso, entendeu? Pode deitar do meu lado e tudo, mas não encosta no meu corpo igual ao Alexandre.

Destaca-se ainda que a prostituição se torna, em muitos casos, uma forma da mulher sobreviver nas ruas garantindo recurso financeiro, porém contribui para ampliar vulnerabilidades em relação à saúde e diversas formas de violência (Biscotto, Jesus, Silva, Oliveira, & Merighi 2016). Varanda e Adorno (2004) apontam que o uso problemático de álcool e outras drogas em busca de assumir comportamentos agressivos para afastar os homens é uma estratégia de resistência que adotam as mulheres em situação de rua. Luzia se mostrava bastante agressiva nas semanas anteriores à entrevista e com visível aumento no uso do álcool. A mudança foi perceptível no decorrer do acompanhamento do grupo, e na ausência do companheiro, Luzia afastava o risco de violência sexual pelos homens na rua através da agressividade: "Ô, a barrigudinha está aqui, meu filho. Eu vou por. Ô [...] Calma, eu estou conversando com a menina aqui, calma. Eu não tenho medo de ninguém não, véi. Meu marido também é preso".

Vale ressaltar que, para Luzia, seu relacionamento não se restringe à proteção perante as diversas formas de violência que as mulheres sofrem nas ruas, mas principalmente desejo, afinidade e a construção de uma vida compartilhada. Estudo

realizado em São Paulo identificou a subversão do estereótipo de fragilidade e dependência associado à vida das mulheres nas ruas, com os relatos colhidos descrevendo menor tolerância à agressão praticada pelos companheiros e a busca de relacionamentos que não se restringem à proteção e se baseiam no afeto (Rosa & Brêtas, 2015).

Luzia acessa continuamente os serviços formais de cuidado à saúde. Seu percurso de cuidado envolve os tratamentos para hipertensão, problemas nos rins e acidentes diversos. Em todos os casos a busca pelo cuidado se dá quando o problema de saúde se agudiza, porém, não se efetivam cuidados mais contínuos. Os últimos exames preventivos teriam ocorrido há quatro anos, mesmo sendo sua referência de cuidado um ginecologista da UBS do bairro em que sua irmã mora: “[...] com o [médico] lá do [bairro], ele atende lá. Ah, deve fazer uns quatro anos que eu fiz. Eu tenho que fazer de novo”.

Luzia começara a perceber mudanças em seu ciclo menstrual: “[...] aí é foda. Eu sei onde que eu cuido, eu fico é só dois dias só. Eu já estou quase entrando na menopausa”. Ainda que as mudanças sejam atribuídas ao processo fisiológico da menopausa, vale destacar que Luzia tem 36 anos, sendo impossível afirmar alguma relação entre a situação de rua e a diminuição do fluxo menstrual, visto que também não foram explicitadas possíveis comorbidades em seu quadro de saúde.

A descontinuidade do cuidado de seus problemas de saúde parece se relacionar com um fator diferente daqueles apresentados pelos demais participantes da pesquisa: Luzia constituiu relações de cuidado junto de outras pessoas, e a cada abordagem social realizada ela buscava auxílio para algum membro do grupo. Ora solicitava internação para terceiros, ora que os técnicos acompanhassem algum deles no serviço de saúde, ora que mediassem a volta para a cidade de origem de algum migrante.

As ações de Luzia demarcam o papel social da mulher envolvido pelo desvelo e cuidado do outro, mas não propriamente de si. Nas conversas informais no decorrer das observações de campo, quando o tema se aproximava do autocuidado, Luzia mudava de assunto ou se afastava.

Luzia está com um corte na mão, bem profundo e me mostrou. Eu disse a ela que precisava de ponto e ela contou que não procurou atendimento. Eu perguntei porque ela não buscou atendimento e ela desconversava. Pouco tempo depois se aproximou e contou que não está tomando o seu remédio para pressão alta, relatando que a ingestão não está fazendo bem para ela e, mais uma vez, quando tento explorar a sua fala, ela desconversa (Diário de Campo).

Gutierrez e Minayo (2009) descrevem a representação do papel da mulher como principal provedora dos cuidados da família, especialmente no que se refere à saúde. Destaca-se, ainda, que por vezes o autocuidado da mulher se confunde com o cuidado dos demais familiares pelas práticas intergeracionais. Diante dos elementos culturais que envolvem o papel social desempenhado pelas mulheres, destaca-se na postura de Luzia o cuidado informal prestado e o acionamento de redes formais para assistência dos colegas de rua, sem o mesmo investimento no autocuidado.

Considerações finais

Omissões institucionais que envolvem os setores de saúde e assistência social, tanto isoladamente, quanto nas relações entre si, levam as PSR a negociarem diferentes estratégias para o autocuidado integrando redes formais e informais. O modo como são incluídas as CTs nos itinerários evidenciou seu lugar em suprimir a ausência de unidades de acolhimento, conforme preconizadas nas RAPS, como solução de moradia temporária para a recuperação da saúde das PSR. Uma unidade de acolhimento transitória, com

gestão regional compartilhada, por exemplo, seria estratégica para contribuir com a efetividade do direito à saúde nesse município.

Os relatos ressaltam a atuação do direito à moradia na promoção da saúde e na prevenção do risco de adoecer. Estratégias criativas foram identificadas para lidar com a negação do direito à saúde. É necessário avançar no debate acerca da moradia como um direito e não somente no direito maniqueísta da propriedade privada que, a despeito da injustiça social, sofre com a especulação imobiliária que aumenta a segregação social. O fomento de experiências de moradia social é base para superar esse estado de coisas.

Os relatos dos interlocutores e as observações em campo possibilitam inferir a carência de trabalho intersetorial junto das PSR. A precariedade da noção vigente de sujeitos de direitos atua para impedir a organização coletiva das PSR diante de uma cultura assistencialista e não emancipatória. Se, por um lado, as conquistas no âmbito das políticas públicas para as PSR decorrem do trabalho de base consolidado por organizações coletivas como o Movimento Nacional da População de Rua, por outro lado, são necessários investimentos nas políticas sociais que induzam ao fortalecimento da mobilização política das PSR nas cidades de pequeno e médio portes.

A tomada de consciência do sofrimento ético-político pode ser geradora de ações coletivas quando mobilizam a esperança e a potência de ação em cada sujeito. Por isso é imprescindível atuar no sentido de mobilizar desejos e afetos singulares em sua mediação com o coletivo, transformando as necessidades em demandas sociais articuladas pelos sujeitos (Sawaia, 2014). As PSR, principalmente em decorrência dos estigmas associados ao uso de álcool e outras drogas, são cotidianamente assediadas à tutela do poder público. Ainda que a atuação da/o psicóloga/o, nesse sentido, não intervenha diretamente nas relações econômicas e de poder, é preciso considerar, em contextos excludentes, tanto a agudização das contradições constitutivas do modo de produção capitalista quanto o caráter ineliminável da potência de agir do sujeito em face da vivência das injustiças sociais (Sawaia, 2014).

Os percursos de cuidado possibilitaram observar ações motivadas para a sobrevivência, frutos da resignação, limitadas pela desigualdade social estrutural que coopta a potência de ação dos sujeitos, como também ações que, para além de construir um itinerário terapêutico, demonstram formas de resistência das PSR ao sofrimento ético-político e, mais especificamente, à negação do direito à saúde. Sobretudo, ressalta-se que tais ações decorrem do regime assistencialista das políticas públicas, onde o sujeito não é considerado como protagonista na construção das ações, mas como seu mero dependente.

Referências

- Alves, P. C. (2016). Itinerário terapêutico, cuidados à saúde e a experiência de adoecimento. In T. E. Gerhardt et al. (Orgs.), *Itinerários terapêuticos: integralidade no cuidado, avaliação e formação em saúde* (p. 125-146). Rio de Janeiro, RJ: CEPESC / IMS/ UERJ – ABRASCO.
- Biscotto, P. R., Jesus, M. C. P., Silva, M. H., Oliveira, D. M., & Merighi, M. A. B. (2016). Compreensão da vivência de mulheres em situação de rua. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 50(5), 749-755. Recuperado de: <https://doi.org/10.1590/s0080-623420160000600006>

- Borysow, I. C., Conill, E. M., & Furtado, J. P. (2017) Atenção à saúde de pessoas em situação de rua: estudo comparado de unidades móveis em Portugal, Estados Unidos e Brasil. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, 22(3), 879-890. Recuperado de: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n3/1413-8123-csc-22-03-0879.pdf>
- Brasil. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. (2016). *Caderno de orientações técnicas: atendimento no SUAS às famílias e aos indivíduos em situação de vulnerabilidade e risco pessoal e social por violação de direitos associada ao consumo de álcool e outras drogas*. Brasília, DF: MDS.
- Brasil. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. (2009a). *Política nacional para a inclusão da população em situação de rua*. Brasília, DF: Autor.
- Brasil. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. (2009b). *Rua - aprendendo a contar: pesquisa nacional sobre a população em situação de rua*. Brasília, DF: MDS.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. Recuperado de: http://eprints.uwe.ac.uk/11735/2/thematic_analysis_revised
- Brito, M. N. C. (2001). Gênero e cidadania: referenciais analíticos. *Estudos Feministas*, 9(1), 291-298. Recuperado de: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/ref/article/view/S0104-026X2001000100017>
- Burstyn, M. (2003). Da pobreza à miséria, da miséria à exclusão: o caso das populações de rua. In M. Burstyn (Org.), *No meio da rua: nômades, excluídos e viradores* (p. 27-56). Rio de Janeiro, RJ: Garamond.
- Conselho Regional de Psicologia da 4ª Região [CRP-04]. (2015). *Psicologia e a população em situação de rua: novas propostas, velhos desafios*. Belo Horizonte, MG: Autor. Recuperado de: <https://goo.gl/aDqMFi>
- Cunha, J. G., Garcia, A., Silva, T. H., & Pinho, R. C. (2017). Novos arranjos: lançando um olhar sobre os relacionamentos interpessoais de pessoas em situação de rua. *Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia*, 10(1), 95-108. Recuperado de: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/gerais/v10n1/10.pdf>
- Dimenstein, M., Dalla Vecchia, M., Macedo, J. P., & Bastos, F. I. (2018). (Des)occupation of urban and rural spaces, gentrification and drug use. In T. Ronzani (Coord.), *Drugs and Social Context* (p. 89-109). New York, NY: Springer.
- Fernandes, F. M. B., & Moreira, M. R. (2013). Considerações metodológicas sobre as possibilidades de aplicação da técnica de observação participante na saúde coletiva. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 23(2), 511-529. Recuperado de: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v23n2/v23n2a10.pdf>
- Freitas, F., & Amarante, P. (2015). *Medicalização em psiquiatria*. Rio de Janeiro, RJ: Fiocruz.
- Gutierrez, D. M. D., & Minayo, M. C. S. (2009). Papel da mulher de camadas populares de

- Manaus na produção de cuidados da saúde. *Revista Saúde e Sociedade*, 18(4), 707-720. Recuperado de: <https://www.scielo.org/pdf/sausoc/2009.v18n4/707-720/pt>
- Helman, C. G. (2003). *Cultura, saúde e doença*. Porto Alegre, RS: Artmed.
- Kunz, G. S. (2012). *Os modos de vida da população em situação de rua: narrativas de andanças nas ruas de Vitória/ES* (Dissertação de Mestrado). Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória.
- Leite, S. N., & Vasconcelos, M. P. C. (2006). Negociando fronteiras entre culturas, doenças e tratamentos no cotidiano familiar. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, 13(1), 113-128. Recuperado de: <http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v13n1/07.pdf>
- Lopes, F. M., & Vecchia, M. D. (2015). A vida por uma aliança ou uma aliança pela vida? In C. Guanaes et al. (Orgs), *Psicologia social e saúde: da dimensão cultura à político-institucional* (p. 237-254). Florianópolis, SC: ABRAPSO.
- Luzio, C. A., & L'abbate, S. (2009). A atenção em saúde mental em municípios de pequeno e médio portes: ressonâncias da reforma psiquiátrica. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(1), 105-116. Recuperado de: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n1/a16v14n1.pdf>.
- Merhy, E. E. et al. (2014). Redes Vivas: multiplicidades girando as existências, sinais da rua. Implicações para a produção do cuidado e a produção do conhecimento em saúde. *Divulgação em Saúde para Debate*, 52, 153-164. Recuperado de: <http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2014/12/Divulgacao-52.pdf>
- Minayo, M. C. S. (2010). Técnicas de pesquisa. In M. C. S. Minayo. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde* (p. 261-297). São Paulo, SP: Hucitec.
- Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. (2011). Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde.
- Rosa, A. S., & Brêtas, A. C. P. (2015). A violência na vida de mulheres em situação de rua na cidade de São Paulo, Brasil. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 19(53), 275-285. Recuperado de: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v19n53/1807-5762-icse-19-53-0275.pdf>
- Sanches, L. R., & Vecchia, M. D. (2018). Reabilitação psicossocial e reinserção social de usuários de drogas: revisão da literatura. *Psicologia & Sociedade*, 30, e178335. Recuperado de: <https://doi.org/10.1590/1807-0310/2018v30178335>
- Sawaia, B. B. (1999). O sofrimento ético-político como categoria de análise da dialética exclusão/inclusão In B. B. Sawaia (Org.), *As artimanhas da exclusão: análise psicossocial e ética da desigualdade social* (2a ed., pp. 97-118). Petrópolis: Vozes.
- Sawaia, B. B. (2014). Transformação social: um objeto pertinente à psicologia social? *Psicologia & Sociedade*, 26(spe. 2), 4-17. Recuperado de: <http://www.scielo.br/pdf/psoc/v26nspe2/a02v26nspe2.pdf>

- Serapioni, M. (2005). O papel da família e das redes primárias na reestruturação das políticas sociais. *Ciência e Saúde coletiva*, 10(Supl), 243-253. Recuperado de: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v10s0/a25v10s0.pdf>
- Souza, V. C. A, Pereira, A. R., & Gontijo, D. T. (2014). A experiência no serviço de Consultório de Rua na perspectiva dos profissionais: contribuições para a atenção ao usuário de álcool e outras drogas. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, 22(Esp.), 37-47.
- Tsemberis, S. (2016, 13 de novembro). *O método para tirar milhares de 'sem-tetos' da rua.* (Depoimento à Silvia Blanco). *El Pais Brasil*. Recuperado de: https://brasil.elpais.com/brasil/2016/11/11/economia/1478889909_914418.html
- Varanda, W., & Adorno, R.C.F. (2004). Descartáveis urbanos: discutindo a complexidade da população de rua e o desafio para políticas de saúde. *Saúde e Sociedade*, 13(1), 56-69. Recuperado de: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v13n1/07.pdf>

Recebido em 05/11/2018

Aceito em 02/05/2020

Aléxa Rodrigues do Vale: Psicóloga (2015) pela Universidade Federal de São João del Rei e Mestre em Psicologia pela mesma instituição. Atualmente, atua no serviço de Acolhimento Institucional para Mulheres com trajetória de vida nas ruas (Agência Adventista de Desenvolvimento e Recursos Assistenciais - ADRA / Prefeitura de Belo Horizonte-MG).

Marcelo Dalla Vecchia: Psicólogo (2003) pela Unesp/Bauru, Mestre e Doutor em Saúde Coletiva pela Unesp/Botucatu, com estágio pós-doutoral no Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFJF. Atualmente, é professor do Departamento de Psicologia da Universidade Federal de São João del-Rei (UFSJ) e coordenador do Núcleo de Pesquisa e Intervenção nas Políticas sobre Drogas (NUPID/UFSJ).