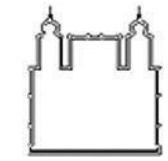


INSTITUTO DE COMUNICAÇÃO E INFORMAÇÃO CIENTÍFICA E TECNOLÓGICA EM SÁUDE

PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO EM SAÚDE

SE ESSA RUA FOSSE MINHA, SE ESSE CORPO FOSSE MEU – POLÍTICAS PÚBLICAS, CORPOS E SABERES DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA EM TEMPOS DE PANDEMIA

Nadja Maria Souza Araújo

Rio de Janeiro
2021

NADJA MARIA SOUZA ARAUJO

SE ESSA RUA FOSSE MINHA, SE ESSE CORPO FOSSE MEU – POLÍTICAS PÚBLICAS, CORPOS E SABERES DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA EM TEMPOS DE PANDEMIA

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Informação e Comunicação em Saúde, do Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde da Fundação Oswaldo Cruz (PPGICS/Icict/Fiocruz), como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Ciências.
Orientadora: Profa. Dra. Inesita Soares de Araujo

Rio de Janeiro
2021

Araújo, Nadja Maria Souza .

Se essa rua fosse minha, se esse corpo fosse meu: políticas públicas, corpos e saberes da população em situação de rua em tempos de pandemia / Nadja Maria Souza Araújo. - Rio de janeiro, 2021.
250 f.; il.

Tese (Doutorado) – Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde, Pós-Graduação em Informação e Comunicação em Saúde, 2021.

Orientadora: Inesita Soares Araujo. Bibliografia: f. 201-210

1. População em situação de rua. 2. Corpo. 3. Coronavírus. 4. Comunicação e saúde. 5. Consultórios na rua. I. Título.

Elaborado pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da Biblioteca de Manguinhos/Icict/Fiocruz com os dados fornecidos pelo(a) autor(a), sob a responsabilidade de Igor Falce Dias de Lima - CRB-7/6930.

INSTITUTO DE COMUNICAÇÃO E INFORMAÇÃO CIENTÍFICA E TECNOLÓGICA EM SÁUDE

PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO EM SAÚDE

Nadja Maria Souza Araújo

SE ESSA RUA FOSSE MINHA, SE ESSE CORPO FOSSE MEU – POLÍTICAS PÚBLICAS, CORPOS E SABERES DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA EM TEMPOS DE PANDEMIA

Aprovada em_____de_____de_____

Banca Examinadora

Profª Drª Inesita Soares de Araujo

Prof. Dr. Bruno Sena Martins

Prof. Dr Aluízio de Azevedo Silva Júnior

Profª Drª Kátia Lerner

Profª Drª Márcia de Oliveira Teixeira

Ao povo da rua, especialmente Hélio e Jerusa, representantes dos dois grupos que trabalharam junto comigo nesta pesquisa com dedicação e carinho. Sem as suas vozes e olhares sobre suas próprias vidas e de seus companheiros não seria possível chegar até aqui.

Ao Padre Júlio Lancellotti.

Ao ex-presidente Lula, que soube olhar e ouvir. A sua forma de acolher e abraçar as causas das pessoas vulnerabilizadas possibilitou que hoje a população em situação de rua tivesse algum direito.

AGRADECIMENTOS

A minha orientadora Inesita Soares de Araujo, sem a sua compreensão, sensibilidade e tirocínio não teria sido possível atravessar esta azáfama;

A Fiocruz e a Capes pelas bolsas, recursos de extrema importância para essa travessia;

Aos colegas da turma PPGICS 2017;

Ao meu querido amigo Sergival pelos milhões de abraços metafóricos e literais;

Aos amigos do Quilombo da Lapa (Ateliê Buena Dicha) – Alu, Zaiden e Karen; A minha filha Maíra;

A minha irmã Nailsa; Ao meu pai José Paulo;

Ao meu companheiro de todas as horas – o gato Chico; Ao meu pai Oxóssi - Oke Aro!

“[...] os praticantes ordinários da cidade são caminhantes, pedestres, cujo corpo obedece aos cheios e vazios de um ‘texto’ urbano que escrevem sem poder lê-lo”.

(CERTEAU, 1996, p. 171)

“Ainda vão me matar numa rua
Quando descobrirem,
Principalmente,
Que faço parte dessa gente
Que pensa que a rua
é a parte principal da cidade”.

(LEMINSKI, 2013)

“A linguagem está aí e é uma grande maravilha e é o que faz de nós seres humanos, mas cuidado! Antes de utilizá-la é preciso ter em conta a possibilidade de que ela nos engane, ou seja, de que estejamos convencidos de que estamos pensando por conta própria e, na realidade, a linguagem está um pouco pensando por nós, usando estereótipos e fórmulas que vêm do fundo do tempo e podem estar completamente podres”.

(CORTÁZAR, 1980, em aula na Universidade da Califórnia)

RESUMO

Este trabalho é o resultado de uma pesquisa que no contexto das políticas públicas de saúde para as minorias, e tendo como principal interesse contribuir para a melhoria das condições de vida e saúde da população em situação de rua, cartografou as convergências e conflitos entre as diferentes perspectivas e sentidos de corpo e cuidado de si dos sujeitos envolvidos no cenário urbano no país. A partir de procedimentos metodológicos sintetizados e classificados em Análise Documental; Cartografia: conversações, registro visual da realidade vivida, mapeamento dos interlocutores; Análise socio-semiológica: Análise Discursiva – dos atores governamentais e Tradução – da população em situação de rua. Esta metodologia multifacetada e inclusiva permitiu uma participação ativa dos sujeitos de pesquisa que agregada aos conceitos dos estudos anticoloniais pelas vias das Epistemologias do Sul (Santos, 2009), da teoria do corpo social (Bourdieu, 2014), do biopoder (Foucault,2002), das vidas não passiveis de luto (Butler, 2019) e da necropolítica (Mbembe, 2019) possibilitou identificar dez proposições relevantes para o futuro das construções participativas das políticas públicas. Trata-se de uma pesquisa realizada no campo da Comunicação e Saúde (C&S) na qual os textos foram analisados buscando as vozes/códigos (Barthes, 1992), as palavras plenas (Maingueneau,1993), as condições de produção (Verón,1980) e a noção de contextos e da comunicação como um mercado simbólico (Araujo, 2002), cujo eixo teórico é a ideia de poder simbólico (Bourdieu, 2004). A conjuntura da pandemia atravessou a pesquisa e os sentidos produzidos por ela, bem como as mudanças nas vidas das pessoas em situação de rua, e afetou os resultados que apontaram para dez percepções, sendo que a principal conclusão de que há uma convergência dos sentidos de corpo, saúde e cuidado de si, quando se trata do que está no arcabouço legal, do que pensam os técnicos e até do movimento organizado da população em situação de rua. Esse sentido é o defendido pelo campo da saúde coletiva de que saúde é mais que ausência de doenças. Saúde em seu sentido ampliado, entendido como um bem-estar geral, que engloba as questões territoriais, econômicas, nutricional e etc. Na rua os sentidos mudam e a saúde é vista como ausência de doenças e o corpo como uma estrutura que os sustentam.

Palavras-chave: Corpo; Coronavírus; Consultórios na rua; População em Situação de Rua, Comunicação e Saúde.

ABSTRACT

This work is the result of a research that, in the context of public health policies for minorities, and whose main interest is to contribute to the improvement of living and health conditions of the homeless population, mapped the convergences and conflicts between the different perspectives and meanings of body and self-care of the individuals involved in the urban scenario in the country. From a methodological framework synthesized and classified in Document Analysis; Cartography: conversations, visual record of the lived experience, mapping of the interlocutors; Sociosemiological analysis: Discursive analysis - of government actors and Translation - of the homeless population. This multifaceted and inclusive methodology allowed an active participation of research subjects that added to the concepts of anti-colonial studies through the Epistemologies of the South (Santos, 2009), the theory of the social body (Bourdieu, 2014), biopower (Foucault,), the lives not liable for mourning (Butler, 2019) and the necropolitics (Mbembe, 2019) made it possible to identify ten relevant proposals for the future of inclusive constructions of public policies. It is a research carried out in the field of Communication and Health (C&S) in which the texts were analyzed searching for voices / codes (Barthes, 1992), full words (Maingueneau, 1993), the condition of production (Verón,) and the notion of contexts and communication as a symbolic market (Araujo, 2002), whose theoretical axis is the idea of symbolic power (Bourdieu, 2004). The situation of the pandemic crossed the research and the meanings produced by it, as well as the changes in the lives of people on the streets, and affected the results that pointed to ten perceptions, with the main conclusion being that there is a convergence of the meanings of body, health and self-care, when it comes to what is in the legal framework, what the technicians think and even the organized movement of the homeless population. This meaning is defended by the field of collective health that health is more than the absence of diseases. Health in its broader sense, understood as a general well-being, which encompasses territorial, economic, nutritional and other issues. On the street, the sense changes and health is seen as the absence of disease and the body as a structure that supports them.

Keywords: Body; Coronavirus; Street offices; Homelessness, Comunicacion and health.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Ilustração Homem com cachorro I.....16
Figura 2 - Ilustração Homem com cachorro II.....34
Figura 3 - Mapa da Exclusão Social.....55
Figura 4 - Ilustração Homem com cachorro III.....73
Figura 5 - Tipos de Documentos Localizados.....79
Figura 6 - Área central do alojamento.....85
Figura 7 - Dormitório em containers.....86
Figura 8 - Oficina de Comunicação Comunitária.....86
Figura 9 - Oficina de Comunicação Comunitária.....87
Figura 10 - Atividades no Autódromo.....87
Figura 11 - Atendimento médico no Autódromo.....88
Figura 12 - Cartaz produzido na oficina.....88
Figura 13 - Cartaz produzido na oficina.....89
Figura 14 - Cartaz produzido na oficina.....89
Figura 15 - População de rua no SCS.....91
Figura 16 - Jerusa com os pertences do seu grupo.....91
Figura 17 - Ilustração Homem da Rua.....103
Figura 18 - Mapa dos Interlocutores.....146
Figura 19 - Planta baixa da área ocupada no Setor Comercial Sul.....156
Figura 20 - Print do filme de Márcio.....160
Figura 21 - Print do filme de Ronaldo.....161
Figura 22 - Print do filme do Hélio I.....161
Figura 23 - Print do filme do Hélio II.....162
Figura 24 - Print do filme do Luan.....162
Figura 25 - Print do filme do Joilson.....163
Figura 26 - Print do filme de Ailton.....163
Figura 27 - Print do vídeo de Jocasta.....164
Figura 28 - Print do Vídeo de Leonor.....164
Figura 29 - Joana (legenda e foto de Jerusa Campos).....165
Figura 30 - Print de um vídeo gravado no dia que o GDF levou os pertences de Jerusa Campos.....165
Figura 31 - Print do vídeo de Elione.....166

Figura 32 - Print do vídeo de Deusa.....166
Figura 33 - Ilustração Homem com Cachorro IV 179

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Proposta de estrutura global para os sem-abrigo.....45
Quadro 2 - Interlocutores das conversações.....82
Quadro 3 - Participantes do SCS 90
Quadro 4 - Documentos de implantação da PNPR 105
Quadro 5 - Comparativo entre os dois decretos.....123
Quadro 6 - Documentos públicos produzidos no período da pandemia (2020).....133
Quadro 7 - Gravações da Realidade Vivida 159

LISTA DE SIGLAS

CIAMP RUA	Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento da Política Nacional para a População em Situação
CLDF	Câmara Legislativa do DF
CnaR	Consultórios de Rua
CEI	Comissão de Erradicação de Invasões
CADúnico	Cadastro Único para Programas Sociais
DAGEP	Departamento de Gestão Estratégica e Participativa
DAB	Departamento de Atenção Básica
ECR	Estratégia Consultório na Rua
eCnaR	Estratégia Consultório na Rua
FGV	Fundação Getúlio Vargas
Fiocruz	Fundação Oswaldo Cruz
HRAN	Hospital Regional da Asa Norte
IPH.	Índice de Pobreza Humana
IVS	Índice de Vulnerabilidade Social
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IGH	Institute of Global Homelessness
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
MNPR	Movimento Nacional da População em Situação de Rua
MDS	Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome
MS	Ministério da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PPGICS	Programa de Pós-Graduação em Informação e Comunicação em Saúde
PNPR	Política Nacional para a População em Situação de Rua
PNSM	Política Nacional de Saúde Mental
PNAB.	Política Nacional de Atenção Básica
PSR	População em Situação de Rua
SAS	Secretaria de Assistência à Saúde (SAS)
SUS	Sistema Único de Saúde
SUAS	Sistema Único da Assistência Social
SCS	Setor Comercial Sul

SUMÁRIO

1 EM ALGUM LUGAR – DO LADO DE CÁ DA LINHA.....17
1.1 POPULAÇÂO EM SITUAÇÃO DE RUA.....19
1.1.1 Com a boca no Trombone: negociando e desenhando visibilidade.....23
1.2 PERGUNTAS QUE PEDEM RESPOSTAS.....24
1.3 EU, A PESQUISA E A PANDEMIA.....25
1.4 O MAPA DOS TRAJETOS DA PESQUISA.....27
1.4.1 O capítulo II: Fora do Lugar – do outro lado da linha.....28
1.4.2 O capítulo III: Se essa rua fosse minha.....29
1.4.3 O capítulo IV: Se esse corpo fosse meu.....30
1.4.4 O capítulo V: O que te sufoca?.....32
2 FORA DO LUGAR – DO OUTRO LADO DA LINHA.....35
2.1 SOBRE ABISMOS.....39
2.2 FORMAS DE DEFINIR.....43
2.3 CONTEXTOS: QUEM SÃO ESSAS PESSOAS QUE VIVEM NAS RUAS?.....47
2.4 O BRASIL URBANO.....49
2.5 BRASÍLIA DE ILUSÕES.....52
2.6 O CORPO QUE SE TRATA.....57
2.7 A BIOPOLÍTICA, O CORPO E A SAÚDE NAS RUAS.....63
2.8 A VIOLÊNCIA DA NORMATIVIDADE.....68
2.9 QUEM É LAMENTADO?.....70
2.10 A CONJUNTURA DA PANDEMIA.....72
3 SE ESSA RUA FOSSE MINHA.....74
3.1 A CONJUNTURA DA PANDEMIA.....74
3.2 A PROPOSTA METODOLÓGICA INICIAL E A NECESSIDADE DE AJUSTES.....76
3.3 ESTRUTURA METODOLÓGICA.....77
3.3.1 Análise documental.....78
3.3.2 Cartografia.....81
3.3.2.1 Conversações.....81
3.3.2.2 Registro visual da realidade vivida - descolonizando a ciência.....83
3.3.2.3 Mapeamento dos interlocutores.....92
3.3.2.4 Análise socio-semiológica.....94

3.3.2.5 Análise social de discursos.....94
3.3.2.5.1 Condições de Produção.....95
3.3.2.5.2 As vozes.....96
3.3.2.5.3 A plenitude das palavras.....98
3.3.2.6 A difícil tradução..... 99
4 SE ESSE CORPO FOSSE MEU – TEXTOS EM ANÁLISE.....104
4.1 AS POLÍTICAS.....105
4.1.1 O Decreto 7.053 - Inclusão No Direito.....107
4.1.2 Política Nacional Para Inclusão Social Da População Em Situação De Rua - Ações, Princípios E Diretrizes.....111
4.1.3 Sumário Executivo e Rua Aprendendo a Contar – Qualificando a PSR.....113
4.1.3.1 As condições de saúde.....114
4.1.3.2 “Não no meu quintal”.....117
4.1.4 Livro População em Situação de Rua – Direitos Humanos.....119
4.1.5 Decreto 9.894 – Acompanhamento E Monitoramento.....121
4.1.6 Os Consultórios Na Rua como Política De Saúde.....124
4.1.6.1 Novos recursos de mediação.....129
4.1.7 A Proteção Social Na Conjuntura Da Pandemia.....132
4.1.8 Sentidos em disputa.....139
4.1.8.1 As palavras plenas.....142
4.2 INTERLOCUTORES.....145
4.2.1 Os que fizeram as políticas – Conversando a gente não se entende.....146
4.2.1.1 Política, estratégia, ação – formas de nomear e classificar os consultórios na rua.....151
4.2.1.2 O corpo como lugar onde age a política.....152
4.2.1.3 Coronavírus – a grande prova dos Consultórios na Rua.....154
4.2.1.4 Os destinatários das políticas – “A vista do ponto”.....158
4.2.1.5 Estamos sempre no corre.....167
4.2.1.6 Na perspectiva da pandemia.....174
4.2.1.7 A interlocutora Jerusa Campos.....176
5 O QUE TE SUFOCA?.....180
- ACESSO E HETEROGENEIDADE COMO SENTIDOS ESTRUTURANTES.....181
- CORPO COMO ESPAÇO DE AÇÃO.....184
- PRÁTICAS HIGIENISTAS COMO CONVERGÊNCIA DE VÁRIOS

INTERESSES.....185
- A PREVALÊNCIA DAS PRÁTICAS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA.....188
- A CENTRALIDADE DISCURSIVA DA SAÚDE COLETIVA.....189
- A CONQUISTA DOS DIREITOS SE DÁ PELA LUTA.....190
- OS PROBLEMAS DA VIDA SÃO MUITO MAIORES QUE A PANDEMIA.....191
- A NARRATIVA DA AUTORRESPONSABILIZAÇÃO COMO FORMA DE GERÊNCIA DA VIDA.....194
- ENTREGA A DEUS E ABSORVE O DISCURSO DO CUIDADO.....195
- POSSIBILIDADES DE NOVOS ENCONTROS.....196

❖ FLOREIO – CANDELÁRIA, GALDINO E SÉ.....198

REFERÊNCIAS.....201

APÊNDICES.....211

ANEXOS.....248

Figura 1 - Ilustração Homem com cachorro I

Fonte: Aiyon Chung, 2017

1 EM ALGUM LUGAR – DO LADO DE CÁ DA LINHA

> *"Sob a lua, num velho trapiche abandonado, as crianças dormem[...]"*[1]
>
> ***Jorge Amado***

O início do século XX no Brasil foi marcado por uma intensa produção cultural que buscou romper com a influência dos modelos estrangeiros de arte e cultura. O nascimento do samba, em 1910 é um desses marcos – o de fazer uma música genuinamente brasileira, nascida nos morros e em outros ambientes onde vivem populações pobres e negras. A Semana de Arte Moderna de 1922 é outro. Os participantes do movimento modernista propunham um rompimento com a "arte acadêmica", com o tradicionalismo, e pregavam a valorização da identidade e cultura brasileiras. Oswald de Andrade, um dos escritores que organizaram a Semana, escreveu o Manifesto Pau-Brasil que conclamava a originalidade nativa:

> [...] A reação contra todas as indigestões de sabedoria.
> O melhor de nossa tradição lírica. O melhor de nossa demonstração moderna.
> Apenas brasileiros de nossa época.
> O necessário de química, de mecânica, de economia e de balística. Tudo digerido. Sem meeting cultural.
> Práticos. Experimentais. Poetas.
> Sem reminiscências livrescas. Sem comparações de apoio. Sem pesquisa etimológica. Sem ontologia.
> Bárbaros, crédulos, pitorescos e meigos. Leitores de jornais. Pau-Brasil.
> A floresta e a escola. O Museu Nacional.
> A cozinha, o minério e a dança. A vegetação. Pau-Brasil.[2]

A Semana de Arte Moderna e toda a escola do modernismo depois dela, não obstante tenha acompanhado o movimento que começou na França com o grupo de artistas liderados por André Breton na mesma época, foi uma das tentativas de descolonizar as artes brasileiras, de produzir uma arte dos dominados com as suas fisionomias, revelando as suas realidades.

O escritor baiano, Jorge Amado, faz parte da segunda fase do modernismo brasileiro, marcada pelo neorrealismo regionalista. A citação na abertura desse capítulo é a frase inicial do livro *Capitães da Areia,* no qual narra a história de um

---

[1] Abertura do livro Capitães de Areia, de Jorge Amado escrito em 1937.
[2] Manifesto Pau Brasil. Disponível em https://www.passeiweb.com/estudos/livros/manifesto_pau_brasi/. Acesso em 14/01/2021.

grupo de crianças e adolescentes que viviam nas ruas de Salvador na década de 1930 do século passado. As mazelas por que passa esse grupo, o preconceito, a discriminação e a violência não estão nem um pouco distante do que passa qualquer pessoa que viva nas ruas, mesmo hoje, mais de 80 anos depois da publicação. O livro é um marco da literatura brasileira por tematizar pela primeira vez crianças em situação de rua no país. Desde então, apenas no Brasil teve 180 edições e foi editado em mais de quinze países, além de ter se tornado tema de diversas produções artísticas, como espetáculos teatrais e filmes. Numa das últimas edições, Milton Hatoum (2008) escreveu o posfácio declarando que ao reler viu que as questões sociais de então ainda estão presentes na maioria das cidades brasileiras. As pessoas vivendo nas ruas, abandonadas, desvalidas, “filhas da miséria e do abandono”, nas palavras de Hatoum, são um problema crônico no Brasil que só se agrava com a crise mundial e com o retrocesso nas políticas públicas de equidade.

Nasci na cidade de Estância, as margens do rio Piauitinga, no pequeno Estado de Sergipe, onde Jorge Amado viveu e escreveu algumas de suas obras, conheceu várias pessoas que inspiraram personagens e onde, até hoje, vivem alguns de seus familiares. Nasci e me criei na mesma rua de sua família e, desde muito cedo, iniciei a leitura de suas obras. *Capitães da Areia,* livro que começou a escrever durante o seu exílio na cidade e concluiu num navio a caminho da Europa, sempre foi para mim uma de suas obras mais marcantes e, talvez, esse tema das pessoas vivendo em situações tão adversas tenha se apossado do meu subconsciente já nessa época distante.

Mais recentemente, minha dissertação de mestrado defendida neste Programa de Pós-Graduação em Informação e Comunicação em Saúde (PPGICS) em 2011, teve como tema a construção dos sentidos da promoção da saúde e de como a mídia brasileira se apropria desses sentidos, defendidos pelos militantes e gestores da saúde coletiva desde a Conferência de Alma Ata em 1978, na qual se defendeu a busca da promoção da saúde de todos os povos, embora contextualizados em princípios mercadológicos e liberais. Naquele momento, ao analisar discursivamente os programas Globo Repórter pautados na saúde, já me inquietava com dois aspectos que emergem muito fortemente nos discursos sobre promoção da saúde: 1) o controle dos corpos através da responsabilização das pessoas pelos problemas de saúde “evitáveis”, justificada pelas opções conscientes de cada um; e 2) a ideia de que todos podem e devem se cuidar da mesma forma, sem levar em consideração os contextos

aos quais estão incluídos, sejam físicos, sejam sociais.

Essa inquietação me fez pensar: como as pessoas em situação de rua, nas suas condições sub-humanas de existência poderiam seguir as orientações para viver mais e melhor? Desde então tenho voltado o meu olhar para essas pessoas e buscado informações a respeito da saúde das mesmas e das políticas públicas de saúde voltadas para elas. Assim, em 2016, alguns fatos isolados convergiram para o tema desta pesquisa, foram eles: 1) li um artigo de Pierre Bourdieu (2014), no qual ele conceitua o que chama de “corpo social”; 2) o médico David Souza escreveu na Folha de São Paulo por que e como a pessoa que mora na rua morre de frio; e 3) num debate com a população de rua de Brasília na Fiocruz-DF, um ex-morador de rua declarou que eles eram mais fortes que nós, acostumados a uma vida regrada e com cuidados de higiene, que eles não adoeciam.

Assim, no contexto das políticas públicas de saúde para minorias e tendo como principal interesse contribuir para a melhoria das condições de vida e saúde da população em situação de rua, busquei cartografar as convergências e conflitos entre as diferentes perspectivas e sentidos de corpo, saúde e cuidado de si dos sujeitos envolvidos no cenário urbano do país como objetivo principal desta pesquisa. Busquei ainda, de forma específica:

1. produzir um conhecimento territorializado e subjetivado sobre elementos da vida dos moradores de rua que precisem ser contemplados nas políticas a eles dirigidas;
2. produzir um olhar sobre a população em situação de rua que leve em conta a dimensão simbólica da sua presença nas grandes cidades do país, especialmente num momento pandêmico, através da percepção da própria população sobre si mesma e sua saúde;
3. cartografar as comunidades discursivas que construíram e constroem sentidos, identificando centralidades discursivas na elaboração e implantação das políticas públicas de saúde para a população em situação de rua.

1.1 POPULAÇÂO EM SITUAÇÃO DE RUA

Presente em todas as grandes cidades mundiais, a população em situação de rua é um grave problema social nem sempre enfrentado pelos agentes públicos. As políticas higienistas são as mais persistentes na hora de enfrentar o fenômeno: afastar, esconder, transmutar, agredir foram os métodos mais utilizados no Brasil e

ainda se fazem presentes em ações e projetos públicos como a chamada arquitetura hostil, pensada para impedir a fixação de pessoas em espaços públicos como praças e marquises. A violência institucionalizada imposta a essas pessoas é agregada às violências diárias, como o acesso negado a espaços como banheiros e restaurantes, como a negativa de alimentos e, principalmente, como as agressões físicas de toda a natureza, muitas vezes culminando em homicídios.

Os últimos 20 anos foram de avanços, seja na possibilidade de conversa e na abertura na esfera federal para a garantia de direitos que estimularam e possibilitaram uma abertura também em outros níveis da gestão pública, seja no protagonismo assumido pela população em situação de rua para falar de si mesma, negociar sua forma de participar, de ser cuidada, de falar sobre seus direitos. Mas já são observados retrocessos, muitas das diretrizes da Política Nacional para a População em Situação de Rua (PNPR) não foram implementadas e há muitas insatisfações onde foram agravadas atualmente por ataques a Política Nacional de Saúde Mental (PNSM) e as formas de tratar usuários de drogas.

A adesão dos Estados e Municípios a Política é facultativa, mas ao final de 2020, 177 das 187 equipes de consultório na rua previstas já haviam sido implantadas em todo o país, possibilitando uma cobertura de até 177 mil pessoas, quase todo o contingente de pessoas em situação de rua levantado pelo Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicada (IPEA) em março de 2020, de 221.869 pessoas vivendo nas ruas.

Esse fenômeno mundial – a existência de uma população em situação de rua – contabilizado hoje em cerca de 1 bilhões de pessoas em moradias inadequadas e 100 milhões sem qualquer moradia (ONU, 2015), tem também gerado reações e organizações através de movimentos sociais para o seu enfrentamento. No Brasil, desde o fim dos anos 1990 através da Pastoral do Povo na Rua, que atuava mais fortemente nas cidades de São Paulo e Belo Horizonte, já havia uma organização dessas pessoas. Em Belo Horizonte existia o Rua em Movimento, mas foi em São Paulo, com a tragédia conhecida como a Chacina da Praça da Sé, em 2004[3], que a “pedra fundamental” para a organização da população em situação de rua através do Movimento Nacional da População em Situação de Rua (MNPR) foi lançada. O MNPR

[3] Entre os dias 19 e 22 de agosto de 2004, 15 pessoas foram violentamente atacadas em São Paulo, sendo que sete morreram. A chacina foi seguida de outros atos violentos em vários pontos do país.

nasceu no ano seguinte, em setembro de 2005, durante o IV Festival Lixo e Cidadania em Belo Horizonte/MG (BRASIL, 2014). O MNPR é formado por pessoas em situação ou trajetória de rua, que se organizam e lutam por direitos, políticas públicas e justiça social. Num folder distribuído por eles em 2011, junto com o vídeo *Nós da Rua,* está explicitado pelo que estão lutando:

> • Contra toda forma de preconceito, discriminação social, violação de direitos e da dignidade das pessoas em situação de rua;
> • Apuração dos crimes e violações de direitos da população em situação de rua;
> • Transformação em Lei do Decreto Presidencial que institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua em 2009 e adesão dos municípios à Política Nacional;
> • Garantia de Programas de habitação de Interesse Social e política de Locação Social em áreas centrais das cidades;
> • Garantia de acesso ao Sistema Único de Saúde – SUS, e ampliação de ações de atendimento à Saúde Mental, com especial atenção às pessoas com transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas;
> • Incentivo as formas de economia solidária e atividades cooperadas e associadas de trabalho, com proteção previdenciária;
> • Inclusão do tema população em situação de rua no contexto dos direitos humanos em currículos escolares. (MNPR, 2011, s.p.)

Ainda em 2005, o então Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS) realizou o I Encontro Nacional da População em Situação de Rua, que contou com dez representantes de fóruns ou entidades ligadas à população em situação de rua de 12 capitais e municípios acima de 300 mil habitantes. O objetivo foi adotar medidas que possibilitassem “a formulação participativa de políticas públicas nacionalmente articuladas dirigidas às pessoas em situação de rua” (BRASIL, 2006, p.16). Já o Movimento Nacional realizou o seu primeiro Congresso Nacional em Salvador, em 2015, com 300 participantes de todo o país.

Assim, apesar de todas as violências e violações de direitos que esse segmento da população enfrenta, ele tem procurado participar e reaver sua cidadania de diversas formas. No decorrer dos últimos 16 anos, o Movimento tem conquistado espaços de articulação para garantia de direitos com a participação em Conselhos e Comitês que definem políticas públicas e planos de ações também públicos. Neste sentido está garantida a participação do Movimento em, pelo menos, três Conselhos Nacionais importantes nos processos de decisão – O Conselho Nacional de

Assistência Social, o Conselho Nacional de Saúde e o Conselho Nacional de Direitos Humanos.

A conexão entre uma organização crescente das pessoas que vivem nas ruas e uma abertura de diálogo e participação popular na esfera governamental culminou na Política Nacional para a População em Situação de Rua (PNPR), instituída pelo Decreto Presidencial nº 7.053 de 23 de dezembro de 2009. A Política visa garantir a participação e o controle social e tem como princípios: a igualdade, o respeito à dignidade da pessoa humana, a valorização e o respeito à vida e à cidadania, o atendimento humanizado e universalizado e o respeito às diferenças de origem, raça, gênero, idade, orientação sexual e religiosa, dentre outros (BRASIL, 2009).

A PNPR foi estruturada de forma que as decisões fossem tomadas coletivamente através de um Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento da Política Nacional para a População em Situação (CIAMP- Rua).

Esse Comitê é um espaço de diálogo entre os diversos setores do Estado e os representantes da população de rua. Dentre os avanços que a PNPR e o Comitê poderiam possibilitar, estariam a inclusão do segmento no Censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) que seria realizado em 2020. Mesmo antes da pandemia obrigar o cancelamento da contagem, o Instituto já havia informado da impossibilidade da inclusão por motivos metodológicos. Nesta perspectiva a PSR também deveria ser incluída no Programa Minha Casa Minha Vida e, deveria ser instituído o Centro Nacional de Defesa dos Direitos Humanos da População em Situação de Rua. Nenhum desses avanços aconteceu.

No âmbito da saúde, a participação se dava em três instâncias: nas Conferências de Saúde, nos Conselhos de Saúde (locais, regionais, municipais, estaduais e nacional) e, principalmente neste caso, no Comitê Técnico de Saúde da População em Situação de Rua, instituído por meio da Portaria MS/GM nº 3.305, de 24 de dezembro de 2009. Com a extinção da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, os Comitês também foram extintos. Em 2011, a estratégia Consultório na Rua (ECR) foi instituída como parte da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) para atender, especificamente, a essa população. Já o Plano Operativo para Implementação de Ações em Saúde da População em Situação de Rua só foi implementado em fevereiro de 2013. Os objetivos do Plano seriam garantir acesso a PSR às ações e aos serviços de saúde, a redução dos riscos à saúde decorrentes do trabalho na rua e das condições de vida, e a melhora da qualidade de vida da PSR.

O Movimento Nacional da População em Situação está organizado e tem lutado por representatividade nos espaços de decisão sobre a sua saúde, segurança e garantia de direitos, ainda que permaneça invisível para grande parte da população. Os movimentos organizados também procuram sair da invisibilidade e amplificar as suas vozes através de várias iniciativas de comunicação que vão desde sites e perfis nas redes sociais, passando por jornais impressos e programas de rádio e TV Web. Além disso, vários perfis jornalísticos nas chamadas novas mídias, considerados mais democráticas, como, por exemplo o Mídia Ninja, têm aberto espaços no intuito de dar outros e novos sentidos a essa população por meio da escuta de suas trajetórias e reivindicações.

1.1.1 Com a boca no Trombone: negociando e desenhando visibilidade

A história da comunicação alternativa elaborada pela e para a população de rua no país já tem um longo caminho, seu percurso começou junto com a articulação do movimento organizado. Jornais como “O Trecheiro” de São Paulo circulam desde 1991, bem antes da população se organizar na cidade. Esse jornal, especificamente, foi criado pela ONG Rede Rua e, na sua página na internet[4], afirmam que o jornal “é escrito por população em situação de rua, voluntários, colaboradores e pessoas que têm afinidade com a causa”. Hoje “O Trecheiro” tem uma tiragem de 7000 exemplares. A organização não governamental Rede Rua também foi criada em 1991, por pessoas da igreja católica participante da congregação Sociedade do Verbo Divino. A associação passou por várias mudanças desde sua criação, mas mantém o objetivo de trabalhar com a população em situação de rua.

De acordo com a apresentação em suas páginas na internet, ela diz que trabalha em três eixos de atuação: promoção humana, articulação e comunicação, educação e cultura. Dentro desse último eixo está a veiculação do Jornal “O Trecheiro” para denunciar as situações de exclusão e violência.

Além de São Paulo outras cidades brasileiras têm jornais e revistas que narram as histórias da população local que vive na rua, como é o caso dos jornais Boca de Rua em Minas Gerais e Aurora da Rua na Bahia, da revista OCAS, que circula no Rio e em São Paulo e a revista Traços, de Brasília. Essas duas últimas são produzidas

[4] www.rederuasp.wordpress.com. Acesso em 23.12.2018.

por jornalistas e demais colaboradores e, dentre outros assuntos, contam histórias de pessoas que vivem nas ruas. As revistas são vendidas por pessoas da rua e os recursos são voltados para as mesmas e para projetos que as incluam. Todos os exemplos, apesar do comprometimento com a população em situação de rua e da participação da mesma nos projetos, não foram criados nem são produzidos exclusivamente por ela.

A internet e os perfis nas redes sociais, porém, têm possibilitado que a PSR seja protagonista na forma de relatar suas histórias. Todas as representações do Movimento Nacional da População em Situação de Rua nos Estados têm sítios ou página na Internet.

1.2 PERGUNTAS QUE PEDEM RESPOSTAS

Diante da complexidade desse cenário, que dificulta imensamente o atendimento das necessidades dessa população heterogênea, que vive uma situação configurada por múltiplos fatores, agravada pelo preconceito que enfrentam diariamente, seja pelos outros moradores da cidade, seja pelos servidores e funcionários da limpeza urbana, da segurança e da saúde, e em permanente processo de conversação com autores que me são caros, formulei as perguntas para as quais gostaria de encontrar respostas com a pesquisa:

1) Tomando a noção de “corpo social” (Bourdieu, 2014), qual é o corpo vivido pela população em situação de rua e qual é o corpo concebido nos documentos que expressam a política de atenção a essa população? Qual noção de corpo saudável e de saúde/doença é construída nos documentos que expressam a política de atenção a essa população?
2) Dentro do princípio da participação social, um dos pilares que sustenta a política nacional de saúde – o Sistema Único de Saúde (SUS), como se deu a participação da população em situação de rua na construção da política, em nível federal, a ela dirigida?
3) Como a população em situação de rua vê e vive o seu corpo, sua saúde e sua doença, individualmente e nos grupos formados nas ruas?

As respostas a estas perguntas poderiam ser buscadas através muitas e diferentes abordagens. Primeiro, porque o corpo, enquanto matéria e enquanto palavra, tem diversos significados e entendimentos a partir dos agentes do campo que

o conceitua e analisa. Uma máquina que sustenta o ser humano passível de defeitos e habilidades, a representação de uma divindade que o criou, uma representação num mundo onde tudo constrói sentidos, que são mutáveis na interação com o outro - com a sociedade. Segundo, porque o que designamos por “população em situação de rua” é de difícil conceituação, mensuração e entendimento, sendo que até a forma de nomear é carregada de preconceito, lacunas e hiatos. Por último, a perspectiva da produção dos sentidos nos situa em um território extremamente maleável e em movimento permanente; entre outras “armadilhas”, foi preciso estar atento, ao se analisar quais sentidos uma população constrói sobre si, a que eles poderiam estar “contaminados” pelos sentidos de si produzidos, legitimados e naturalizados na sociedade por outros segmentos sociais.

Não tive a pretensão de abordar toda a complexidade dos sentidos do corpo, da saúde e das políticas públicas de equidade. Também não pretendi defender que o conceito de corpo das ciências sociais seja o único que deva ser levado em consideração na hora de construir uma política pública. Meu interesse foi desenvolver uma pesquisa que favorecesse um debate sobre os vários sentidos que um corpo pode ter para diferentes pessoas, suscitando que estar sadio ou doente tem diversas dimensões, e que colaborasse para uma maior inclusão e humanização no cuidado prestado a essas pessoas. Ao mesmo tempo, através de uma metodologia inclusiva, busquei oferecer aos sujeitos da pesquisa a possibilidade de falarem sobre suas vidas e corpos e – principalmente – de se verem como parte ativa de uma pesquisa na qual não fossem objetos ou sujeitos passivos a oferecer dados a serem “coletados” por um pesquisador, mas sujeitos ativos que também elaborassem suas perguntas para serem respondidas pela pesquisa. Ao adentrar esse universo, minha disponibilidade foi a de realizar uma pesquisa não extrativista, em que o respeito ao corpo vivido por cada um dos sujeitos fosse a maior qualidade.

1.3 EU, A PESQUISA E A PANDEMIA

Ainda no início do doutorado procurei me aproximar, nas duas cidades que trabalharia – Rio de Janeiro e Brasília, das pessoas que seriam meus sujeitos de pesquisa. Dessa forma adentrei em dois grupos que trabalham com a população de rua, acompanhei as movimentações do Movimento Nacional nas redes sociais, entrei em grupos de conversas no WhatsApp. Ao fazer isso, me percebi num universo do

qual é difícil se afastar. A rua fascina e angustia, a rua consome e produz sentidos contraditórios, a rua possibilita encontros e desagrega, a rua aprisiona e liberta.

A minha tarefa era de analista e não de militante, entretanto nem sempre essas duas facetas conseguem desprender uma da outra, nem sempre é possível não militar, ao mesmo tempo, nem sempre é possível se despir do olhar que analisa, que encaixa em teorias, que julga.

As aproximações de pessoas e grupos foram acontecendo nos últimos quatro anos, os afastamentos também. Devo assumir que cheguei à rua com um olhar romântico de quem tinha sujeitos de pesquisa que passam por muito sofrimento, totalmente vulnerabilizados e vitimizados. Não foi o que encontrei, há quem tenha essas características, mas há quem assuma a hostilidade, o enfrentamento de toda e qualquer pessoa ou situação e há aqueles que, de dentro do movimento organizado, aproveitam suas condições de vozes legitimadas para articular, barganhar e defender bandeiras que não são aceitas por outros pares das ruas. Com o tempo, fui aprendendo de quem me aproximar e de quem me afastar, num exercício de eliminar os extremos – nem os muito hostis, nem os manipuladores políticos. As estratégias utilizadas para ganharem um melhor lugar de interlocução foram importantes, mas não vi como incluir algumas das situações que encontrei sem criar um problema ético.

No início de 2020, quando surgiu a pandemia, em pleno trabalho de campo que havia iniciado em fevereiro, recuei dos contatos pessoais, mas era impossível fazer uma pesquisa desconsiderando a pandemia, com os propósitos que eu havia estabelecido. Decidi que ia a campo mesmo com as restrições de contato físico, mesmo com as recomendações de isolamento social, porque um resgate da memória do que tinha acontecido após passar a pandemia poderia causar perda de elementos importantes para a análise, além de que não havia certeza de quando seria possível circular novamente. No momento da escrita deste relatório, houve um recrudescimento da Covid-19 e as restrições de sociabilização começaram a ser retomadas, o que prova como minhas preocupações eram acertadas.

No Distrito Federal, uma das medidas tomadas para proteger a população em situação de rua foi acomodá-las em alojamentos temporários montados em espaços esportivos em três pontos específicos: um no Plano Piloto e os outros dois em regiões administrativas. Ofereci um trabalho voluntário de oficina de comunicação e durante quase dois meses desenvolvi essa atividade com eles no alojamento do Autódromo Nelson Piquet. As chegadas e partidas eram sempre carregadas de medo, mas na

hora das aulas esquecia do risco que estava correndo. Roupas de manga comprida, cabelo preso, máscaras e luvas, além de uma grande quantidade de álcool em gel me acompanhavam nesses dias. O retorno para casa era acompanhado de uma estratégia minuciosa, roupas do lado de fora em sacos plásticos, banho de cabeça e tudo e o pensamento positivo de que tudo daria certo. Tenho diabetes mellitus tipo II, além de um pulmão cicatrizado por uma tuberculose, que me faziam pensar que meu corpo não suportaria a Covid-19; ao mesmo tempo, os prazos acadêmicos exigiam que eu continuasse. A vida em 2020 se dividiu entre o medo físico de uma doença mortal e o adoecimento psíquico causado pela obrigação de não ter medo e seguir em frente. O difícil processo de um curso de doutorado já foi contado em prosa e verso, a pandemia veio exacerbar essa dificuldade, fragilizar pesquisador e pesquisado, enfraquecer ao extremo o bambo equilíbrio da pesquisa.

Enfim, estou viva eu, apesar de ter contraído a doença dias após concluir a oficina e ficar com sequelas que me acompanharam por mais quatro meses (fadiga, fraqueza nos membros inferiores e perda de 50% dos cabelos), estão vivos os sujeitos desta pesquisa. As aparências dizem que até aqui saímos vitoriosos e não vencidos. Que assim seja.

1.4 O MAPA DOS TRAJETOS DA PESQUISA

O relatório da pesquisa está estruturado em cinco capítulos. O primeiro, no qual estamos, “Em algum lugar – Do lado de cá da linha”, tem a missão de contar a gênese da pesquisa e apresentar em linhas gerais o tema contemplado. O segundo, “Fora do lugar - do outro lado da linha” desce a fundo no tema do corpo como objeto de políticas e teorias, com ajuda dos autores escolhidos, busca traçar um panorama completo da PSR, seus dramas e estratégias de visibilidade, e traz a fundamentação teórico-epistemológica de Boaventura de Souza Santos. O terceiro, “Se essa rua fosse minha”, busca cumprir a missão de expor o processo do fazer a pesquisa. O quarto, “Se esse corpo fosse meu”, apresenta o resultado da análise procedida. O quinto e último, “O que te sufoca?” conduz às conclusões e reflexões que foram possíveis.

Como forma de homenagear a ousadia e o pioneirismo dos modernistas, cada capítulo foi aberto com alguns dos escritores modernistas brasileiros das mais diversas fases. Para cada capítulo há ainda uma ilustração do artista plástico Aiyon Chung, com pessoas em situação de rua da cidade do Rio de Janeiro, pintados

especialmente para esse relatório de tese.

O detalhamento desses trajetos talvez possa ajudar na sua leitura.

1.4.1 O capítulo II: Fora do Lugar – do outro lado da linha

Neste capítulo, aberto com um poema do modernista Mário de Andrade, caracterizo a população em situação de rua a partir dos fenômenos históricos-estruturais que possibilitaram e possibilitam seu aparecimento tanto no Brasil quanto no mundo. A urbanização provocada por migrações decorrentes de momentos históricos de mudança nas relações políticas e econômicas, criou um exército de sobrantes, uma população flutuante, parte dessa população forma o grupo populacional que estão em situação de rua no mundo.

Ainda nesse primeiro momento, apresento as várias e diferentes abordagens da pobreza, ressaltando que ao definir as políticas públicas para eliminação da pobreza o Brasil não trabalhou com uma definição única. Busco ajuda nas definições de exclusão e linhas abissais de Boaventura Souza Santos para entender o fenômeno.

O capítulo segue com uma discussão sobre as formas de definir a população em situação de rua por várias instituições no Brasil e no mundo, como a Organização das Nações Unidas (ONU), o Institute of Global Homelessness (IGH) e o governo brasileiro.

Procedo, ainda, à caraterização estatística dos participantes da pesquisa, através dos levantamentos quantitativos realizados no Brasil, como o último do Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicada (IPEA) realizado em março de 2020, que concluiu existirem, naquele momento, pouco mais de 221 mil pessoas vivendo nas ruas do país. Na perspectiva de colocar essa população no tempo e na história, analiso as mudanças no cenário urbano do país, a expansão populacional, além das particularidades territoriais e as especificidades desse extrato social. No mesmo sentido analiso Brasília, nosso lócus de pesquisa, sua concepção diferenciada e a relação da cidade e dos moradores com a sua posição de patrimônio mundial – relação criadora de ilusões.

Prossigo discutindo o corpo como espaço de opressão e de exercício de poder, analisando inicialmente a estratégia dos consultórios na rua como aposta de uma política pública equânime; também as rachaduras entre o corpo vivido e o corpo representado, com a ajuda de teóricos como Georges Canguilhem e sua contribuição

na definição do normal e do patológico; Pierre Bourdieu com a teoria do corpo social e a distinção entre corpo vivido e corpo representado; Michel Foucault e o controle da sociedade sobre os indivíduos operado através do corpo; Judith Butler, no mesmo sentido de Foucault, com os enquadramentos que deixam de fora alguns corpos, dessa forma os transformando em perdas não lamentáveis; e Achille Mbembe com a necropolítica, com o poder soberano de matar, ou deixar morrer.

Finalizando, falo sobre como a pandemia do novo Coronavírus exacerba as necessidades de saúde dos sujeitos de pesquisa e como ela opera mudanças na forma de cuidar e proteger.

1.4.2 O capítulo III: Se essa rua fosse minha

O terceiro capítulo é aberto por um poema do Carlos Drummond de Andrade. Um poema bastante conhecido, que fala do imponderável de uma maneira jocosa. Foi a forma que encontrei para descrever como o advento da pandemia atravessou a minha pesquisa de campo e a produção da tese propriamente dita, como uma pedra enorme bem no meio da estrada.

Nesse capítulo conto a recente história da pandemia e sua chegada ao Brasil e no Distrito Federal. É também ali que falo sobre a estratégia para incluir na pesquisa a pandemia e a sua gigantesca interferência no mundo, nas formas de ver o mundo e de se relacionar com ele, mantendo, porém, os procedimentos metodológicos aprovados pelo Comitê de Ética. As mudanças necessárias ocorreram tanto na pesquisa documental como na relação com os participantes da pesquisa. A proposta inicial de uma combinação de aportes metodológicos foi mantida, mas houve alterações nas três estratégias para inclusão de documentos, pessoas e grupos relacionados ao momento atual de emergência.

Em relação às PSR, são pessoas que manejam a ocupação dos espaços com criatividade e jogo de cintura, que constroem relações pouco ortodoxas com a vida e com os acontecimentos. A novidade da pandemia os obrigou a agirem rapidamente para garantirem mais segurança tanto nos novos espaços ocupados, quanto nas relações estabelecidas, mudança que obrigou a fazer modificações na forma das conversações. A análise documental foi separada em duas fases, a primeira quando da implantação da política nacional para a população em situação de rua; e a segunda quando do início da pandemia. Ao todo foram analisados 50 documentos das duas

fases selecionadas.

Nesse capítulo, intercalo as estratégias metodológicas com a teoria que orientou a análise discursiva. Os autores que disseram presente foram: Eliseo Verón, com suas condições e gramáticas de produção e reconhecimento; Roland Barthes e os seus cinco grandes códigos que reúnem os significados dos textos; Dominique Maingueneau e o olhar atento às palavras plenas; Inesita Araujo, com a ênfase no valor metodológico da noção de contextos e a percepção da comunicação como um Mercado Simbólico, cujo grande eixo teórico é a ideia de poder simbólico, de Pierre Bourdieu.

Para as análises das conversações e dos registros visuais, foram acrescidos os conceitos de escuta profunda e tradução. Boaventura Santos e Michel Foucault me ajudaram a entender o trabalho de escuta e tradução que seria feito por mim em cima do material gravado pela população de rua do Plano Piloto em Brasília. Trata-se de um trabalho argumentativo firmado em regras e observações formalmente aceitas. Concluo o capítulo contando dois fatos que ocorreram durante as gravações que me afetaram enquanto tradutora.

1.4.3 O capítulo IV: Se esse corpo fosse meu

O quarto capítulo é aberto com um dos mais famosos poemas que retratam as desigualdades no Brasil – O Bicho, do modernista Manoel Bandeira. Trata-se do capítulo de análise, aquele no qual através das lentes do campo em que me coloco, o da Comunicação e Saúde, interpreto e traduzo o que encontrei no levantamento documental, nas conversações e no trabalho de campo.

Compreendo que apenas a análise dos documentos encontrados já seria material suficientemente rico para compreender as políticas públicas implantadas para o atendimento das necessidades dessa população. Entretanto, mesmo com alguns registros de reivindicação escritos pelos movimentos sociais no período da pandemia, eles não seriam suficientes para expressar como se deu a participação dos mesmos na construção das políticas, nas garantias de direito, também não seria capaz de expressar seus sentimento e sentidos construídos no momento atual.

O primeiro bloco de 13 documentos foi analisado identificando palavras e termos cujos sentidos perpassaram as políticas implantadas nesse primeiro momento e que se mantém presentes em todas as publicações governamentais, mas também

em várias dos movimentos sociais e dos órgãos de garantia de direitos. Foram três os que se mostraram mais importantes, por isso mesmo, ocupam a maior parte desse bloco de análise: o Decreto nº 7.053/2009; o livro Rua Aprendendo a Contar editado pelo Ministério do Desenvolvimento Social no qual os resultados da Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua são apresentados e o Manual sobre o cuidado à saúde junto a população em situação de rua, editado pelo Ministério da Saúde (MS).

O segundo bloco de documentos analisados forma um grupo de 37 portarias, decretos, ações públicas e resoluções, dentre outros, todas eles editados pós pandemia no sentido de garantir proteção social a PSR. As condições de produção e as posições discursivas dos interlocutores na formulação desse arcabouço de documentos foram apontadas, bem como as palavras plenas e as vozes acionadas na busca por maior centralidade discursiva.

As conversações – sempre virtuais – com pessoas que participaram da formulação da política de saúde nos níveis da gestão, dos técnicos e do controle social resultou no desenho de um Mapa de Interlocução do Mercado Simbólico, através do qual puderam ser analisados os processos participativos e aspectos discursivos importantes, como o deslocamento do centro para a periferia de alguns atores em determinados momentos. As conversações também permitiram perceber, as formas de nomear e classificar a oferta dos consultórios na rua; o corpo como espaço primordial de ação política; e a atuação dos consultórios como o lugar do acesso ao cuidado durante a pandemia.

É nesse capítulo que procuro traduzir qual é a vista do ponto, ou seja, quais os sentidos de saúde, doença, cuidado e pandemia são construídos pela população em situação de rua. O fato de estarem sempre na corrida por “ganhar a vida”, todos os dias e o tempo todo, afeta deveras a forma com que se relacionam com as suas necessidades de saúde. A relação contraditória com a rua, as vezes um romântico lugar de liberdade, noutras lugar de violências também afeta suas relações com os sentidos da saúde. Também a pandemia gerou sentimentos contraditórios, se por um lado parte da PSR em Brasília conseguiu um local salubre para viver esses meses, por outro sofreram ações violentas e descasos. A vista do ponto foi expressa por vídeos feitos em celulares, por conversas e por uma oficina.

1.4.4 O capítulo V: O que te sufoca?

O quinto e último capítulo foi aberto com um poema de Cassiano Ricardo – A rua. Ele tem a missão de estabelecer algumas conclusões e outras tantas reflexões, porque considerei encontrar uma série de respostas que podem ser observadas separadamente, mas que em conjunto se aproxima do objetivo desta pesquisa – as convergências e conflitos entre as diferentes perspectivas e sentidos de corpo e cuidado de si dos sujeitos envolvidos.

Foram dez asserções que conformaram as conclusões. A primeira diz que as políticas públicas para a população em situação de rua até o momento da pandemia estão pautadas na heterogeneidade dessa população e no acesso aos serviços públicos. A segunda, que o corpo que aparece nas políticas é espaço da ação da política, de exercício do biopoder. A terceira afirma que, na hora em que o perigo é exacerbado, quando a calamidade pública é instalada, o higienismo volta à cena e é defendido como forma de proteção. A quarta confirma que se a política de saúde precisou ser criada porque a estruturação da Atenção Primária dificultava e até impedia o acesso da PSR, dez anos após a implantação as práticas nas unidades básicas de saúde não foram alteradas. O campo da saúde coletiva como o discurso mais centralizado e legitimado na construção da estratégia dos consultórios na rua é o quinto tópico das conclusões. A sexta conclusão é a de que os direitos foram garantidos através das lutas dos moradores da rua, especialmente após uma série de violências. A sétima é que a população em situação de rua considera outros problemas mais concretos como preocupações mais prementes que a pandemia. As pessoas em situação de rua se consideram mais responsáveis pelas suas condições do que Estado ou as políticas econômicas que os empurraram para a rua é a oitava asserção. A nona é o sentido fatalista de entregar seu corpo e sua saúde nas mãos de Deus. E a última é que existe, pelo menos, duas noções de saúde e doença circulando no universo do cuidado em saúde da população de rua, o do sentido ampliado de saúde, focado na promoção, e o sentido de saúde como ausência de doença.

Enfim, a conclusão é de que os sentidos de corpo, saúde e cuidado presentes nas políticas públicas é o sentido ampliado que é próprio da saúde coletiva, do movimento sanitário e que está presente no Relatório Lalonde, na Carta de Alma Ata e na Lei nº 8080/1990 que cria o Sistema Único de Saúde (SUS). Nas ruas a realidade

muda, saúde tem uma relação com a ideia biomédica de ausência de doenças e ultrapassa essa ideia ao só se considerar doente se estiverem incapacitados.

São vidas vividas com radicalidade, é uma corda permanentemente esticada na qual se equilibram sem equipamentos de proteção. Essas vidas são pressurosas e afligentes. Tudo tem que ser feito e resolvido imediatamente, e quase tudo causa angústias. O corpo é mais um suporte, uma ferramenta, um guindaste para carregar as mazelas da vida e enquanto ele estiver aguentando e de pé não é uma preocupação.

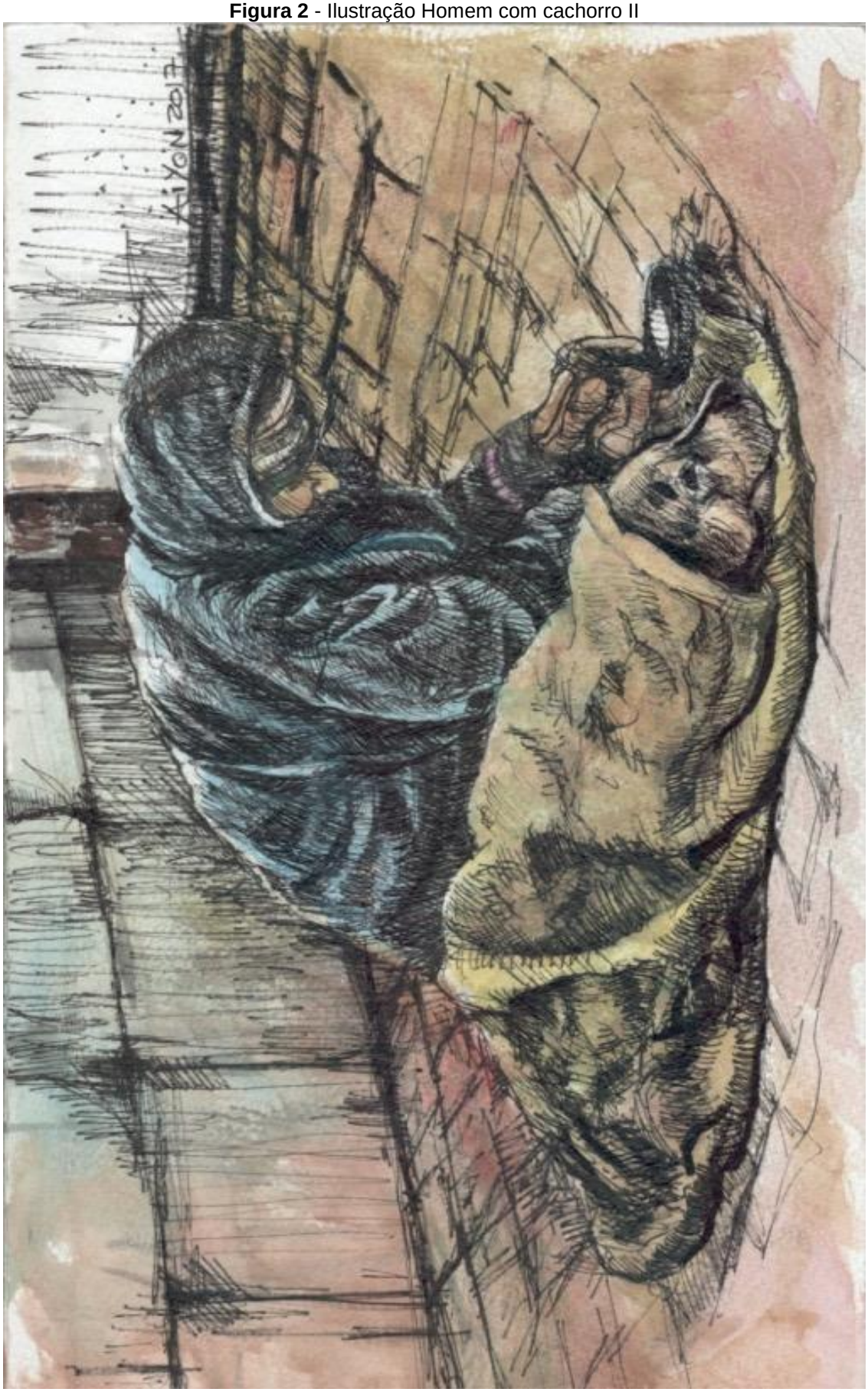
Por fim, quase como um último recurso literário, exponho outras violências que a PSR em Brasília teve que enfrentar em plena pandemia, praticadas pelo governo do Distrito Federal. Um ato esquizofrénico de agredir e prejudicar com uma mão a mesma população que protege e cuida com a outra. A necropolítica agiu mesmo quando um vírus já exercia o papel de exterminador. Esse tópico do capítulo recebeu o nome das três mais famosas violências sofridas pela população em situação de rua no Brasil: as chacinas da Candelária e da Sé, e o assassinato do índio Galdino, queimado vivo enquanto dormia em uma parada de ônibus em Brasília.

Por essa perspectiva, esta pesquisa se desenhou como uma produção de conhecimentos que emergiram da conjugação de saberes e práticas dos vários sujeitos envolvidos, especialmente pesquisadora e população de rua, na qual, ao lado da análise possibilitada pelas teorias dos campos das ciências sociais, da comunicação e das políticas públicas, todos os interlocutores falaram sobre os sentidos de saúde que constroem, suas noções de cuidado e prevenção, e como se relacionam com a saúde e com a doença.

Por fim, desejo que este relatório de tese e a tese a qual chegamos aqui, colaborem na construção de propostas para uma nova relação entre a população de rua e as políticas públicas, ancorada na escuta, na construção e efetivação dessa política, que a participação e controle social seja amplo e irrestrito, que todos tenham voz e vida respeitados (SANTOS, 2002).

Acredito que se esse relatório foi capaz de colocar luz sobre o tema estudado e apontou as fraquezas dos caminhos percorridos na busca por garantir direitos, além de apontar caminhos para políticas de saúde realmente equitativas, terei atingido meus propósitos.

Figura 2 - Ilustração Homem com cachorro II



Fonte: Aiyon Chung, 2017

2 FORA DO LUGAR – DO OUTRO LADO DA LINHA

[...]Não vê que me lembrei que lá no Norte, meu Deus!
muito longe de mim
Na escuridão ativa da noite que caiu
Um homem pálido magro de cabelo escorrendo nos olhos,
Depois de fazer uma pele com a borracha do dia,
Faz pouco se deitou, está dormindo.
Esse homem é brasileiro que nem eu.

Descobrimento - Mário de Andrade[5]

Uma rua ladrilhada com pedrinhas de brilhantes para a passagem de um amor embalava as cantigas de roda de outrora. Palco de histórias de amor, brincadeiras e festas, as ruas também são ambientes de violência, desigualdade e medo. É na rua, no espaço público, onde o direito de ir e vir é exercido em sua plenitude. As ruas são partes vivas das cidades.

A urbanização da população mundial se deu a partir de dois aspectos: a Revolução Industrial no século XVIII que provocou uma enorme migração e a II Guerra Mundial. A urbanização ocorreu principalmente pelo êxodo da população rural para as cidades que se caracterizam como uma aglomeração de pessoas numa determinada área e pela atividade produtiva industrial, de comércio ou de serviços e não mais agrícola.

Os países industrializados passaram por esse processo já há algum tempo, mas nos países em desenvolvimento ou de industrialização tardia o crescimento ainda vem acontecendo de forma desordenada e acelerada. Hoje, metade da população mundial vive em cidades, a América Latina, a América do Norte, a Europa e a Oceania têm acima de 70% da sua população vivendo nas cidades, já na África o percentual é de 38% (FREITAS, 2018). Existem cidades como a Cidade do México, Tóquio e Shangai onde moram mais de 20 milhões de pessoas. Esse número elevado de moradores nas cidades traz vários problemas como favelização, violência, falta de estruturas e pessoas vivendo nas ruas.

É necessário entender os fenômenos históricos-estruturais que caracterizam a formação e a manutenção das cidades enquanto espaços de segregação social, econômica e cultural. Ao se libertar da escravidão e da exploração corporativa do

[5] Mario de Andrade. Descobrimento. Disponível em https://www.escritas.org/pt/t/4638/descobrimento. Acesso em: 20.01.2021.

grande agricultor, os camponeses e pequenos produtores rurais passaram a ser os trabalhadores assalariados das cidades. Ao falar desse processo Karl Marx diz que essa “história da expropriação que sofreram foi inscrita a sangue e a fogo nos anais da humanidade” (MARX, 1988, p. 830). Ainda do ponto de vista marxista chama-se esse processo inicial de acumulação primitiva, que seria a pré-história da produção capitalista:

> O roubo dos bens da Igreja, a alienação fraudulenta dos domínios do Estado, a ladroeira das terras comuns e a transformação da propriedade feudal e do clã em propriedade moderna, levada a cabo com terrorismo implacável, figuram entre os métodos idílicos da acumulação primitiva. Conquistaram o campo para a agricultura capitalista, incorporaram as terras ao capital e proporcionaram à indústria das cidades, a oferta necessária de proletários sem direitos (MARX, 1988, p. 850).

A discrepância entre os expulsos de suas terras e a absorção da mão de obra pela indústria nascente possibilita o surgimento de ladrões, mendigos e vagabundos nas palavras do próprio Marx (1988). Já Silva nos explica que:

> Foi o início de um fenômeno que se generalizou, atingindo toda a Europa Ocidental, no último quartel do século XVIII, o pauperismo. Essa situação, ainda no final do século XV e todo o século XVI, fez surgir nos países da Europa, uma legislação rígida contra a vadiagem (SILVA, 2006, p. 73).

Assim, essas condições histórico-estruturais deram origem ao pauperismo no qual se inserem hoje as pessoas em situação de rua que, ainda de acordo com Silva, surgem no seio do “pauperismo generalizado vivenciado pela Europa Ocidental, ao final do século XVIII, compondo as condições históricas necessárias a produção capitalista” (Ibid., p. 75). Ela continua:

> A condição de trabalhadores, que só dispunham de sua força de trabalho para vender - e nem essa foi absorvida pela produção capitalista, compeliu essa população à situação de absoluta pobreza, vulnerabilidade social e degradação humana (Ibid., p. 75).

Haveria, assim, uma população flutuante formada pelo movimento de trabalhadores nos grandes centros, que hora são atraídos, hora são repelidos pelo mercado de trabalho; uma população latente expressa nos fluxos dos trabalhadores do campo para as cidades com percentual que varia de uma cidade a outra e/ou em épocas distintas a depender das características socioeconômicas; e uma população

estagnada composta por aqueles que dependem de ocupações irregulares. No Brasil:

> Destaca-se que no período entre 1930 e 1970, no processo de destruição de um padrão de acumulação fundado em atividades econômicas de base agrário-exportadoras para um padrão de acumulação, sustentado em uma estrutura produtiva de base urbano-industrial, a área rural contribuiu com um grande contingente populacional na constituição de um exército industrial de reserva nas cidades brasileiras, especialmente naquelas localizadas no eixo sul-sudeste do país, nas quais o processo de industrialização foi mais acelerado (SILVA, 2006, p. 77).

Grande parte da população em situação de rua antes de passar a viver dessa forma integrou esse exército de reserva e, nas ruas, passa a exercer funções de engraxate, vigia, catador de materiais recicláveis, dentre outros. Em outras palavras, são representantes do fenômeno pauperismo. De acordo com José Paulo Netto (2001), o pauperismo hoje é designado pelo termo “questão social” porque está relacionada aos “desdobramentos sócio-políticos” de inconformismo dos pauperizados. (NETTO, 2004, p.43). A população em situação de rua no Brasil, a partir da década de 1990 também inicia movimentos para mudança da sua situação.

A pobreza tem diferentes abordagens e não existe um consenso sobre a sua definição. Há as abordagens multidimensionais usadas na América Latina e as abordagens oficiais brasileiras como meio salário mínimo ou um dólar por dia em termo de Paridade de Poder de Compra (PPC), além das linhas relativas e subjetivas de pobreza (SOARES, 2009). A falta de linhas e metodologias oficiais para as políticas públicas desembocam em critérios contraditórios entre si, o único consenso é de que não é uma tarefa fácil determinar uma linha de pobreza oficial.

Os questionamentos estão relacionados a se a pobreza pode ser reduzida a insuficiência de renda, se ela pode ser ancorada em alguma necessidade objetiva, se ela é uma condição que depende de critérios absolutos e fixos ou deve ser definida com base na renda de referência, se deve ser definida por uma linha qualquer para fins de política pública, ou se só quem sabe onde começa a pobreza é quem a vivencia. Diante das incertezas, dos questionamentos e diferentes abordagens, na nossa pesquisa adotaremos a definição de pobreza como a “privação de necessidades básicas” (Ibid., p. 14). Ainda assim, há que se definir necessidades básicas que, de acordo com os Índice de Pobreza Humana (IPH1 e IPH2) da Organização Nações Unidas, levam em consideração a probabilidade de sobrevivência, a taxa de analfabetismo, o acesso a água encanada, percentagem de

crianças abaixo do peso, além de condições sanitárias e acesso à energia elétrica, ou seja, alguns critérios impossíveis de serem aplicados à população sem moradia:

> Primeiro, embora não haja dúvida de que todas as variáveis citadas se referem a necessidades que podem ser identificadas como básicas, outras poderiam também estar na lista. Não há um conjunto de critérios a orientar o que é uma variável que se refere a algo que realmente é uma necessidade. Na maioria dos casos, as variáveis são aquelas facilmente coletadas em pesquisas domiciliares. (Ibid., p.17).

As linhas objetivas de pobreza, calculadas pelo método de necessidades nutricionais mínimas, entende que o atendimento a necessidade biológica de ingerir água e alimentos seria a única “necessidade humana universal” (SOARES, 2009, p. 18). Já as linhas subjetivas de pobreza são definidas de acordos com padrões de uma sociedade em determinada época. Enfim, pobreza está relacionada ao bem estar material e social, ou se é pobre ou não se é pobre, se está abaixo ou acima do nível de pobreza no entendimento de Soares (2009). Também para o autor as linhas de pobreza devem ser definidas politicamente.

Para o sociólogo Jessé de Souza, mais do que a pobreza, o problema do Brasil é a desigualdade, já que mais de 50% da população exerce atividades semiqualificadas e é menosprezada e odiada, ou seja, “os pobres são percebidos de modo desumanizado, como os escravos eram” (SOUZA, 2018). Souza crê que a desigualdade no Brasil de hoje é herança da escravidão.

> A gente nunca assumiu a autocrítica de que somos filhos da escravidão, com todas as doenças que a escravidão traz: a desigualdade, a humilhação, o prazer sádico na humilhação diante dos mais frágeis, o esquecimento e o abandono da maior parte da população. Esse é o grande problema brasileiro. O resto é bobagem. (Ibid., s.p.).

Neste sentido, o racismo separa a humanidade em humanos e sub-humanos, referindo não apenas a cor da pele, mas também a culturas tidas como superiores e humanas e as das classes populares como sub-humanas. Para Boaventura de Souza Santos (2007), o que ele chama de pensamento abissal é o pensamento moderno do ocidente e se explica através de um sistema de distinções estabelecidas através de linhas, são dois universos: “este lado da linha” e o “outro lado da linha”.

2.1 SOBRE ABISMOS

Santos nos ajuda a olhar para esse fenômeno da população em situação de rua através das suas linhas abissais. Para ele a democracia e a exclusão abissal se encontram nas cidades, que é onde a maioria das pessoas vivem e são excluídas. Estão nelas, mas fora delas. Assim ele nos propõe a olhar a cidade como objeto sujeito, que se forma quando os grupos sociais passam a produzir mais do que comem (Santos, 2018, aula magistral 4)[6]. As exclusões radicais que ele chama de linhas abissais ocorrem nas cidades. São linhas ocultadas pela política, mas que separam os relevantes dos insignificantes.

> O pensamento abissal moderno se destaca pela capacidade de produzir e radicalizar distinções. Por mais radicais que sejam essas distinções e por mais dramáticas que possam ser as consequências de estar em um ou outro de seus lados, elas pertencem a esse lado da linha e se combinam para tornar invisível a linha abissal na qual estão fundadas. As distinções intensamente visíveis que estruturam a realidade social deste lado da linha se baseiam na invisibilidade das distinções entre este e o outro lado da linha. (SANTOS, 2007, p. 59).

No Brasil atual, as combinações não são apenas para tornar as linhas invisíveis, mas também para responsabilizar os invisibilizados quando sobre esses é jogado um mínimo feixe de luz. Os sub-humanos ou se mantém invisíveis ou serão responsabilizados pela situação que se encontram num esquema marcado pela negação dos determinantes sociais que os colocaram nesse lugar. Santos (2007) pensa que a humanidade é impossível sem uma sub-humanidade, uma se sacrifica para que outra se reafirme, a negação do outro lado da linha seria uma prática hegemônica expressada, por exemplo, nas relações com países africanos ou nas discriminações raciais, nos guetos, na população de rua, em qualquer país do mundo. Essa tese analisa o direito a partir da perspectiva de quem não tem direito, a democracia a partir de quem não tem direito a democracia e a cidade a partir de quem está nela sem ter direito a ela.

Nesse outro lado da linha, onde se encontra a população em situação de rua, os sobrantes, não haveria sociedade civil, haveria o estado da natureza onde não existem direitos. Santos diz que “a cidadania tem que conviver com a não cidadania.

---

[6] Aula Magistral 4, As cidades na encruzilhada entre a paz democrática e a exclusão abissal, proferida por Boaventura de Souza Santos no dia 10 de junho de 2018, no Centro de Estudos Sociais da Universidade de Coimbra, acesso disponível em https://www.youtube.com/watch?v=j6ydDzmXQJY.

O Estado de direito tem que conviver com o estado de não direito" (Santos, 2012, aula magistral 2)[7]. O sociólogo português nos diz que na sua concepção existem três sociedades civis: íntima, estranha e incivil, partindo do centro onde se encontram os íntimos até a periferia dos incivis ou sem leis.

A PSR é composta pelo que Santos conceitua de não cidadão, os quais ele também divide em três tipos:

1. Não humanos – é uma questão de princípio, assentada na ideia de que só é cidadão quem é humano. Neste sentido os antepassados não têm direitos, nem tão pouco as gerações futuras. Sabe-se que os antepassados são parte de algumas culturas. As gerações futuras também são fundamentais em outras culturas – fatos negados na cosmovisão do tempo linear.
2. Sub-humanos – o conceito de humanidade não existe sem o conceito de sub-humanidade. Seriam pessoas consideradas inferiores, e por isso com mais deveres que direitos.
3. Humanos disfuncionais – são aqueles que não têm trabalho, que não têm direito ao trabalho – fundamental caminho de acesso a cidadania.

A população em situação de rua dorme em calçadas, come restos de comida ou lixo, não tem onde fazer sua limpeza íntima. Neste sentido são pessoas inferiores já que a sociedade considera que estão na rua por uma incapacidade pessoal, seus componentes são considerados sub-humanos. Por fim, onde tudo se inicia, a falta de trabalho que os coloca na rua os transforma em não funcionais – dessa forma não são considerados cidadãos.

> Juntas, essas formas de negação radical produzem uma ausência radical: a ausência de humanidade, a subumanidade moderna. Assim, a exclusão se torna simultaneamente radical e inexistente, uma vez que seres subumanos não são considerados sequer candidatos à inclusão social (a suposta exterioridade do outro lado da linha é na verdade a consequência de seu pertencimento ao pensamento abissal como fundação e como negação da fundação) (SANTOS, 2007, p. 93).

No sistema capitalista sempre haverá desigualdades porque é na desigualdade que ele se fundamenta, mas não necessariamente precisa haver pobreza. Para Boaventura de Souza Santos, a desigualdade é um sistema hierarquizado de

[7] Aula magistral 2, proferida por Boaventura de Souza Santos no dia 31 de março de 2012, na Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra, disponível em https://www.youtube.com/watch?v=uhhI72rKxt8

integração social, ou seja, o outro está em posição diferente, abaixo, mas dentro do sistema e é indispensável a esse sistema (SANTOS, 2010). A população em situação de rua, no sentido que propõe o teórico português, estaria fora dessa relação e a existência dela se explicaria mais pela exclusão. Esse seria “um fenômeno cultural e social, um fenômeno de civilização” (ibid., p. 280). E explica melhor:

> Trata-se de um processo histórico através do qual uma cultura, por via de um discurso de verdade, cria o interdito e o rejeita. Estabelece um limite para além do qual só há transgressão, um lugar que atira para outro lugar, a heterotopia, todos os grupos sociais que são atingidos pelo interdito social, sejam eles a delinquência, a orientação sexual, a loucura, ou o crime. Através das ciências humanas, transformadas em disciplinas, cria-se um enorme dispositivo de normalização que, como tal, é simultaneamente qualificador e desqualificador. A desqualificação como inferior, louco, criminoso ou pervertido consolida a exclusão e é a perigosidade pessoal que justifica a exclusão”. (Ibid., p. 281)

Os excluídos, assim, estão além das fronteiras que legitimam as rejeições e segregações; usando um conceito do próprio Santos, estão para além do que pode considerar o pensamento abissal. Os que estão desse lado da linha passam a não existir, não são relevantes, nem compreensíveis, “para além da linha há apenas inexistência, invisibilidade e ausência não-dialética (SANTOS, 2007, p. 71).

No seu entender as linhas dividem culturas e sociedades, como entre o norte global e o sul colonizado, mas também dividem dentro de um mesmo país, radicalizando distinções e produzindo inexistência. As inexistências são produzidas de várias formas tanto quanto são várias as lógicas e os processos usados pela razão metonímica para produzi-las. Assim, todas as vezes que existir desqualificação, invisibilidade, ininteligibilidade ou irrelevância de uma entidade há produção de inexistência, explica Santos (2007). Em sua visão há cinco modos de produção de não-existência:

I – Monocultura e rigor do saber – considerado o mais poderoso, porque coloca como verdade e qualidade estética a ciência moderna e a alta cultura, respectivamente. Ele ainda coloca essas “duas culturas” como cumplices porque se arrogam como “cânones exclusivos de produção do conhecimento ou de criação artística” (Ibid., p.103). A ignorância seria, neste caso, a forma da não-existência.

II – Monocultura do tempo linear – relacionada a direção única e sentido único e conhecidos da história do jeito que são formuladas nos últimos dois séculos (progresso, revolução, modernização, desenvolvimento, crescimento e globalização).

“Esta lógica produz não-existência declarando atrasado tudo o que, segundo a norma temporal, é assimétrico em relação ao que é declarado avançado” (Ibid., p.103). Essa não-existência pode ser concretizada naquilo que chamamos de primitivo, selvagem, subdesenvolvido, etc.

III – Monocultura da naturalização das diferenças – a população é distribuída por categorias que naturalizam as hierarquias. “A classificação racial e a classificação sexual são as mais salientes manifestações desta lógica” (Ibid., p.103). Ele diz ainda que a intencionalidade desta hierarquia social é negada e essa negação faz parte da estratégia para produzir uma insuperável inferioridade, portanto os inferiores nunca poderão substituir quem é superior. Mantendo algumas pessoas no mesmo lugar e não permitindo qualquer possibilidade de mudança social.

IV – Lógica da escala dominante – essa escala aparece de forma universal e global. A escala universal seria assim mais importante que todas as outras escalas. “Trata-se da escala que privilegia as entidades ou realidades que alargam o seu âmbito a todo o globo e que, ao fazê-lo, adquirem a prerrogativa de designar entidades ou realidades rivais como locais” (Ibid., p.104). Assim, o universal e o global são mais passíveis de crédito que o local e/ou particular.

V – Monocultura dos critérios de produtividade capitalista – Não há entendimento fora do crescimento econômico, trata-se de uma racionalidade inquestionável. Isto serve para a natureza tanto quanto para o trabalho humano. “Segundo essa lógica, a não-existência é produzida sob a forma do improdutivo que, aplicada à natureza, é esterilidade e, aplicada ao trabalho, é preguiça ou desqualificação profissional”. (Ibid., p. 104)

Assim, mesmo para um observador pouco atento, claramente é possível ver e aplicar quatro das cinco formas a população em situação de rua: ignorante, residual, inferior e improdutiva. Como fenômeno global, a existência da população de rua não pode ser considerada local, apesar de ter quem considere assim. Ainda para Santos “trata-se de formas sociais de inexistência porque as realidades que elas conformam estão apenas presentes como obstáculos em relação às realidades que contam como importantes, sejam elas realidade científicas, avançadas, superiores, globais ou produtivas” (SANTOS, 2017, p. 104).

2.2 FORMAS DE DEFINIR

Esse grupo imenso e heterogêneo que, em 2015, era estimado em 1 bilhão de pessoas em todo o mundo tem tantas definições quanto características. Alguns países, como o Japão, consideram “em situação de rua” todas as pessoas sem acesso a uma habitação minimamente adequada. Os governos, organizações internacionais e sociedade civil utilizam definições variadas, entretanto entendem que se faz necessário uma definição que vá além da falta de abrigo. A ONU, através da Divisão de Estatística do Departamento de Assuntos Econômicos e Sociais, definiu duas situações para as pessoas que vivem nas ruas: a primária – pessoas que vivem sem abrigo ou lugar habitável; e a secundária – pessoas que não tem uma residência habitual.

O “Relatório sobre Moradia Adequada como Componente do Direito a um Padrão de Vida Adequado e sobre o Direito a não Discriminação neste Contexto” (ONU, 2015, p.01), elaborado pela Organização das Nações Unidas em 2015, aponta que direitos fundamentais como vida digna, segurança e saúde sofrem interferência direta da falta de moradia, portanto o não acesso a moradia digna seria considerado uma violação dos direitos humanos.

O relatório também analisa criticamente o fato da situação de rua não ter entrado nos Objetivos do Desenvolvimento do Milênio[8] nem nos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável[9], sendo que poucas vezes foi mencionada na preparação para a Conferência das Nações Unidas sobre Habitação e o Desenvolvimento Urbano Sustentável. Neste sentido, o relatório aponta que a situação de rua deve ser combatida e erradicada através da abordagem de violação dos direitos humanos (ONU, 2015).

Ainda de acordo com o Relatório, essa situação é o reflexo de uma crise global dos direitos humanos e por isso necessita de uma resposta urgente, também global. O relatório define a situação de rua assim:

> Trata-se de um fenômeno diverso, que afeta diferentes grupos de pessoas de diferentes maneiras, mas com características comuns. É um sintoma da incapacidade dos governos de reagir as crescentes

[8] Os Objetivos do Desenvolvimento do Milênio (ODM) são oito objetivos internacionais estabelecidos pela Cúpula do Milênio das Nações Unidas em 2000. 191 Estados membros da ONU se comprometeram em ajudar a alcançar os objetivos até 2015.

[9] Os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS) são 17 metas globais estabelecidas pela Assembleia Geral das Nações Unidas que devem ser cumpridas com ajuda mútua pelos 193 estados membros até 2030 e foram criadas em 2015.

> desigualdades entre as rendas, a riqueza e o acesso a terra e à propriedade, bem como incapacidade de dar uma resposta efetiva aos problemas da migração e da urbanização. A situação de rua se produz quando a moradia é tratada como uma mercadoria e não como um direito humano (ONU, 2015, p. 02).

Neste sentido o termo designa um grupo social que é definido pelo que lhe falta: desabrigado, *homelessness*, sem teto etc. No inglês o termo *homelessness* se relaciona tanto a falta de moradia física quanto ao não pertencimento ao meio social, entretanto nem sempre encontra equivalência em outras línguas. O Institute Of Global Homelessness (IGH) alega que as pesquisas e as práticas para intervir no fenômeno tomam caminhos diferentes no Norte e no Sul globais, envolvendo desde atores e redes distintos até conceitos e metodologias. Para o IGH esse fato acaba por inibir uma aprendizagem sobre o assunto nas diferentes regiões do mundo e, concordando com o relatório da ONU, diz que o enfrentamento do problema da falta de moradia, nunca recebeu a atenção devida como é o caso da falta de alimento e água (BUSCH-GEERTSEMA; CULHANE; FITZPATRICK, 2016).

O IGH foi criado em Chicago numa parceria entre a DePaul University e a instituição de caridade DePaul International para servir como uma central de ajuda e apoio aos esforços internacionais para lidar com a falta de moradia. Esse apoio se baseia em pesquisas centradas em políticas e práticas. Neste sentido, desenvolveu uma estrutura operacional explicitada no Quadro 1 do relatório, copiado abaixo, as categorias de pessoas que podem ser consideradas “sem-teto” por entender que é necessária uma definição que, respeitando as diferenças entre os países e regiões, seja capaz de permitir uma aferição mundial das pessoas privadas de abrigo.

Quadro 1 - Proposta de estrutura global para os sem-abrigo

Categorias	Subcategorias
1 Pessoas sem alojamento	1(a) Pessoas dormindo nas ruas ou em outros espaços abertos como parques, aterros ferroviários, sob pontes, na calçada, nas margens dos rios, nas florestas, etc.)
	1(b) Pessoas que dormem em espaços públicos ou edifícios não destinados à habitação humana (como estações de ônibus e trem, praças de táxis, prédios abandonados, prédios públicos, etc.)
	1(c) Pessoas dormindo em seus carros, riquixás, barcos de pesca abertos e outras formas de transporte
	1(d) 'Moradores do pavimento' - indivíduos ou famílias que moram na rua em um local regular, geralmente com alguma forma de cobertura improvisada
2 Pessoas que vivem em alojamento temporário ou em crise	2(e) Pessoas que ficam em abrigos noturnos (onde os ocupantes têm que renegociar suas acomodações todas as noites)
	2(f) Pessoas que vivem em albergues sem teto e outros tipos de acomodação temporária para pessoas desabrigadas (onde os ocupantes têm uma cama ou quarto designado)
	2(g) Mulheres e crianças que vivem em refúgios para aqueles que fogem da violência doméstica
	2(h) Pessoas que vivem em acampamentos dispunham de “deslocados internos”, ou seja, aqueles que fugiram de suas casas como resultado de conflitos armados, desastres naturais ou provocados pelo homem, violações de direitos humanos, projetos de desenvolvimento etc., mas não cruzaram fronteiras internacionais
	2(i) Pessoas que vivem em acampamentos ou centros de acolhimento/alojamento temporário para requerentes de asilo, refugiados e outros imigrantes
3 Pessoas que vivem em alojamentos severamente inadequados e/ou inseguros	3(j) Pessoas que compartilham com amigos e parentes em uma base temporária
	3(k) Pessoas que vivem sob ameaça de violência
	3(l) Pessoas que vivem em hotéis baratos, bed and breakfasts e similares
	3(m) Pessoas de cócoras em habitações convencionais
	3(n) Pessoas que vivem em habitações convencionais impróprias para habitação humana
	3(o) Pessoas que vivem em trailers, caravanas e tendas
	3(p) Pessoas que vivem em condições extremamente superlotadas
	3(q) Pessoas que vivem em edifícios não convencionais e estruturas temporárias, incluindo aqueles que vivem em favelas/assentamentos informais

Fonte: IGH (BUSCH-GEERTSEMA, CULHANE, FITZPATRICK, 2016, S/P)

Com ênfase nas categorias 1 e 2, a estrutura não se propõe a ser um único modelo mundial de definição, mas algo que possa ajudar os países a chegarem as suas próprias definições a partir dos seus contextos sociais, culturais e estruturais. A proposta da estrutura se deu porque a falta de informação sobre a população em situação de rua é algo comum na maioria dos países, mesmo dentro da União Europeia. Ao responder um questionário sobre o número de pessoas vivendo nas ruas, 13 países responderam que não tinham sequer um morador de rua, o IGH considerou essa informação não confiável. Na América Latina alguns países como o Chile e o Brasil já realizam algum recenseamento dessa população, mas os dados não dão conta de todo país. Neste sentido, os pesquisadores do Instituto defendem que:

> Uma linguagem comum e a compreensão das necessidades distintas das pessoas que vivem em situação de rua podem ajudar a garantir que ninguém seja deixado para trás nos esforços internacionais para abordar as necessidades de habitação de forma mais ampla. (BUSCH-GEERTSEMA; CULHANE; FITZPATRICK, 2016, S/P, tradução nossa).

As definições ajudam a compreender e a abordar o problema, mas podem e devem ser feitas com a participação das pessoas que vivem nas ruas, porque facilita o difícil trabalho de fazer a contagem dessas pessoas. Se faz necessário lembrar que um recenseamento é capaz de explicar o fenômeno em números, mas não dá conta de sua heterogeneidade, característica principal dessa população, que não pode deixar de ser considerada quando da elaboração e execução de políticas públicas. Mesmo entre as pessoas que vivem nas ruas há uma separação a partir das condições de saúde e de ocupação que acaba por segregar um ou outro dentro do próprio extrato, como é o caso dos que passam a semana na rua realizando trabalhos de engraxate, guardador de carros, catadores de material reciclável e costumam retornar as suas casas nos finais de semana, mantendo assim uma estrutura mínima para higiene, alimentação e abrigo; as pessoas que realizam esses trabalhos, mas que moram, efetivamente, nas ruas e contam com apoio de Igrejas, Organizações Sociais e instituições públicas para guardarem seus pertences e cuidarem do corpo; os viciados em álcool e outras drogas que perderam totalmente seus vínculos familiares e de trabalho e os que vivem com transtornos mentais graves, dentre outros.

2.3 CONTEXTOS: QUEM SÃO ESSAS PESSOAS QUE VIVEM NAS RUAS?

> *"Viver no meio da rua não é um problema novo. Se não é tão antigo quanto a própria existência das ruas, da vida urbana, remonta, pelo menos, ao renascimento das cidades, no início do capitalismo."*
>
> ***(BURSZTYN, 2000, p. 19)***

O fenômeno social de pessoas morando nas ruas se torna possível com a urbanização das sociedades. Os andarilhos perambulavam pelas vilas e campos nas atividades mercantis e nas pregações religiosas, por exemplo, desde antes da era cristã. Jesus Cristo e os Apóstolos já andavam pelas vilas, dormindo em lugares ermos e cavernas para pregar suas crenças. Na literatura, bem antes de Jorge Amado nos narrar a história das crianças e adolescentes baianos, existem relatos desde o século XVI; em 1554 um autor anônimo escreveu uma novela autobiográfica – *La vida de Lazarillo de Torne y de sus fortunas y adversidades* –, na qual contava a sua vida pelas ruas da Espanha; Vitor Hugo no livro *Os Miserá*veis de 1862, conta a história de um fugitivo que vivia pelas cidades até sua vida passar por uma mudança; Dickens nos deu *Oliver Twist*, escrito no século XIX e só publicado em 1921 (NEIVA-SILVA; KOLLER, 2002).

No Brasil dos *Capitães de Areia*, a população em situação de rua, no último levantamento estimativo realizado pelo IPEA – Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicada em março de 2020, foi contabilizada em 221.869 pessoas. O Censo Demográfico realizado pelo IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística não contempla esse segmento. Havia um compromisso expressado no Decreto 7.053 para que esta população fosse incluída no Censo que seria realizado em 2020, entretanto o órgão vinha declarando, conforme reportagem da Folha de Pernambuco (22/09/2018), ser impossível incluir a PSR por questões de logística para realizar pesquisas com população sem domicílio fixo e problemas na metodologia de amostragem e abordagem do entrevistado, que seriam diferentes do padrão utilizado pela instituição. Essa é uma questão ainda não resolvida, porque em janeiro de 2019 a Justiça Federal do Rio de Janeiro determinou que o Governo Federal e o IBGE tomassem as medidas possíveis para incluir a população em situação de rua no Censo 2020, como prevê o Decreto Presidencial nº 7053/2009 (Agência Brasil, 2019)[10]. A

[10] A matéria "Justiça determina a inclusão dos moradores de rua no Censo 2020" foi publicada pela Agência Brasil em 22 de janeiro de 2019.

pandemia impossibilitou a realização do Censo, mas até ela chegar ao Brasil o impasse com o IBGE não havia sido resolvido apesar das interpelações judiciais. Nos argumentos jurídicos e no posicionamento dos movimentos sociais o conhecimento sobre o número total de pessoas vivendo nas ruas, suas características e demais aspectos sociais, econômicos e de saúde são imprescindíveis para que saiam da invisibilidade e para que possam ser contemplados nas políticas públicas.

O contingente de pessoas em situação de rua, sempre presente em cidades de urbanismo avançado, vem crescendo vertiginosamente nos últimos três anos em todo mundo, sendo agravado no último ano pela crise de proporções mundiais da pandemia. Santos nos diz que o mundo tem vivido em constante estado de crise e que a pandemia não é uma crise contraposta a uma normalidade (Santos, 2020). Há no Brasil, além da atual crise, outro elemento a ser considerado, o retrocesso nas políticas públicas para o combate à miséria desde 2016, com o rompimento do processo democrático e a consequente crise política, exacerbada por um governo de viés fascista desde janeiro de 2019.

Os levantamentos realizados pelo IPEA são feitos por meio de compilação, análise e modelagem estatística de dados oficiais coletados em todos os município brasileiros, usando como base o Cadastro Único do Governo Federal e os Censos Suas (instrumento eletrônico nacional de captação anual de informações institucionais de secretarias e conselhos estaduais e municipais de assistência social), desta feita, incorporando a dinâmica temporal que, de acordo com a nota técnica permitirá uma atualização periódica do número de pessoas vivendo nas ruas do país (BRASIL, 2020). Essas alterações permitiram resultados mais precisos do que a última estimativa de 2015 porque houve mudanças que melhoraram a qualidade da informação e mais esforço na inclusão da PSR no Cadastro Único. Os municípios informantes que constam na estimativa representam 84% da população brasileira.

Existem fatores que impactam no número de moradores de rua de uma determinada cidade. Para Natalino (2016):

> O fator explicativo mais importante é, não surpreendentemente, o número de habitantes do município. Quanto maior o município, maior a tendência deste de ter moradores de rua. [...] o número de habitantes do município pode ser entendido como uma variável de exposição (*offset)*: cada habitante do município possui uma probabilidade *x* de se encontrar em situação de rua: logo, o número estimado de pessoas em situação de rua é uma função desta probabilidade multiplicada pelo número de habitantes (NATALINO, 2016, p. 18).

Há ainda o fator explicativo pobreza que, como já vimos antes, é multidimensional e complexo e está relacionado a privações econômicas e a exclusão social. Para além dos índices que ajudam a definir a pobreza que mencionamos anteriormente, existe o utilizado pelo IPEA que é o Índice de Vulnerabilidade Social (IVS), medido por um conjunto de variáveis relacionadas a infraestrutura urbana. Um terceiro fator seria o grau de dinamismo e centralidade do município, ou seja, municípios centrais de regiões metropolitanas, que concentram grandes empresas e órgãos públicos e muitas opções de lazer vão atrair mais pessoas em situação de rua. Há ainda as variáveis dos serviços ofertados para essa população e o número de pessoas que o município cadastrou no Cadastro Único para Programas Sociais – a forma do município lidar com a população de rua afeta o número de moradores que são efetivamente cadastrados. Natalino explica esse último fator a partir da seguinte analogia:

> É como se aqui estimássemos a prevalência da desnutrição em uma população pelo número de desnutridos registrados em postos de saúde, enquanto no fator anterior usássemos como estimador o número de cestas básicas distribuídas. (NATALINO, 2016, p. 20).

Neste sentido a região Sudeste que concentra as três maiores regiões metropolitanas do país tem mais da metade de toda a população em situação de rua (124.698). A região norte é a que menos tem pessoas vivendo nas ruas.

2.4 O BRASIL URBANO

O início da urbanização brasileira se dá no século XIX e se intensifica a partir da década de 1920, motivada pela implantação da indústria nas cidades, pela implantação de máquinas no meio agrário, diminuindo o emprego de mão de obra, pela concentração de terras na mão de poucos proprietários, pela migração de pequenos proprietários e pelo alto crescimento vegetativo da população. A organização espacial do Brasil mudou a partir de sua urbanização: aumentou a quantidade de cidades, se desenvolveu as redes de transporte e comunicação, houve um crescimento desordenado do meio urbano, o que possibilitou a formação de favelas e acentuação das desigualdades sociais (SILVA, 2018).

Os últimos números divulgados pelo IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e

Estatística apontam para uma população projetada de 212,454 milhões de habitantes no Brasil[11]. O estudo não atualizou o número de pessoas vivendo em áreas urbanas, mas o Censo de 2010 apontou que 161 milhões viviam distribuídas desigualmente nas 5.570 cidades brasileiras.

As cidades no mundo todo, pouco preparadas para o alto fluxo migratório, terminam por criar espaços segregados como as favelas. No Brasil, a segregação espacial é um traço marcante das metrópoles do país, há uma diferenciação enorme tanto no que diz respeito ao perfil da população quanto as questões de infraestrutura e conservação de equipamentos públicos. A desigualdade social é um dos problemas trazidos pela segregação espacial que contribui para deixar as diferenças ainda mais profundas, enfraquecendo as relações sociais, o contato com as diferenças e a tolerância. Um padrão de segregação é a oposição centro x periferia com a marginalização dos excluídos que habitam áreas sem infraestrutura (saneamento básico, água, policiamento, escola, lazer) e, consequentemente, com alto grau de violência (SABOYA, 2010).

Quase que não se tem estudos sobre a origem ou a história da população em situação de rua antes da década de 1990, os primeiros estudos e as iniciativas de enfrentamento em algumas cidades datam dessa época, o que, por si só, revela a relevância do problema. Silva referindo-se a década de 1990 observa:

> Nesse período, percebeu-se a enorme expansão da superpopulação relativa no mundo e no Brasil, particularmente em sua forma flutuante, devido à redução de postos de trabalho na indústria; estagnada, em decorrência do crescimento do trabalho precarizado, e do pauperismo (sobretudo a parte constituída dos indivíduos aptos ao trabalho, mas não absorvidos pelo mercado), o que ajuda a explicar a expansão do fenômeno população em situação de rua (SILVA, 2006, p. 81).

Explicação esta que não é suficiente para caracterizar o fenômeno por causa das suas inúmeras particularidades, mas Silva (2006), o Ministério do Desenvolvimento Social (2008) e Pereira (2008) identificam alguns aspectos: uma múltipla determinação, uma expressão radical da questão social, sua localização nos grandes centros urbanos, o grau de dignidade ou humanidade atribuído a essas pessoas, as particularidades vinculadas ao território e a tendência à naturalização do fenômeno. A multiplicidade de fatores que levam as pessoas a morarem nas ruas tem a ver com questões estruturais, biográficas ou fatos da natureza como desastres. Já

[11] Projeção da população do IBGE disponível em painel eletrônico no portal do Instituto em 23/12/2020.

a questão social contemporânea seria a renovação da velha questão social, hoje expressada pelo desemprego, precarização do trabalho e desestabilização. Os grandes centros urbanos são onde as possibilidades de geração de trabalho e renda são mais diversificadas, como a atividade de coleta e reciclagem de lixo, ocupação recorrente das pessoas em situação de rua, como mostram vários levantamentos e Censos realizados em estados e municípios, a exemplo de Belo Horizonte em 1998 e 2005. As grandes cidades também são dotadas de infraestrutura mais adequada a satisfazer as necessidades da população em situação de rua, como instituições públicas e de caráter filantrópico. Com base no primeiro levantamento da população de rua na cidade de São Paulo, Vieira, Bezerra e Rosa (2004) dizem:

> A população que se encontra na rua (...) usa de estratégias próprias de subsistência, sendo que a principal delas é recorrer as chamadas bocas de rango, locais de distribuição gratuita de comida, feita predominantemente em espaços públicos: praças, viadutos e parques. Concentram-se no centro da cidade, na maioria das vezes nos finais de semana, e são feitas por instituições filantrópicas de caráter assistencial. (VIEIRA; BEZERRA; ROSA, 2004, p. 106).

O preconceito para com a população em situação de rua está presente desde as denominações pejorativas como: “vadios”, “vagabundos”, “maloqueiros”, “flagelados”, “rejeitados”, “maltrapilhos”, entre outros, até a responsabilização pela situação em que se encontram. No filme *Eu, Daniel Blake*, o cineasta britânico Ken Loach narra a história de um trabalhador que após um ataque cardíaco fica sem renda e se vê enroscado numa burocracia que envolve grandes esperas, entrevistas humilhantes e formulários absurdos, sendo o tempo inteiro tratado como se fosse o responsável pela sua doença e necessidade. O diretor explica que o Estado:

> Cria a ilusão de que, se você é pobre, a culpa é sua. Porque você não preencheu seu currículo direito ou chegou tarde a uma entrevista. Montam um sistema burocrático que te pune por ser pobre. A humilhação é um elemento-chave na pobreza. Rouba a sua dignidade e a sua autoestima. (LOACH, 2017)[12].

As particularidades de cada território decorrem dos hábitos, das características socioeconômicas, geográficas e culturais. Estão relacionadas com o tempo que cada pessoa ou grupo passa na rua, estão nas estratégias de sobrevivência das pessoas nessa situação, no perfil das pessoas que vivem nas ruas,

[12] Em entrevista ao Jornal El País em janeiro de 2017. Acesso em 24 de janeiro de 2019.

que muda de acordo com as características demográficas de cada cidade. Assim, as especificidades da população de rua de Brasília são diferentes das do Rio de Janeiro, por exemplo, seja em idade, seja em estratégias de proteção, seja no cuidado oferecido pelo poder público.

O último aspecto da naturalização do fenômeno está relacionado à falta de políticas públicas para resolvê-lo, a inexistência de dados e informações, e da convivência que leva a sua naturalização.

O grupo de adolescentes personagens de Jorge Amado eram crianças órfãs, abandonadas por suas famílias ou que perderam os vínculos familiares por diversos motivos como morte dos pais, uso e abuso de drogas e delinquência. A pesquisa realizada pelo Ministério do Desenvolvimento Social (MDS) em 2007, que havia concluído por uma população de 50 mil pessoas vivendo nas ruas, levantou informações mais detalhadas quanto a gênero , idade e motivos que “desfiliaram” essas pessoas de suas famílias. Para Castel (1997) a “desfiliação” designa o processo pelo qual as pessoas adotam as ruas. Ainda de acordo com o Censo do MDS realizado em 71 municípios brasileiros, essa população é predominantemente masculina (82%), com 53% entre 25 e 44 anos, e de maioria afrodescendentes (69%).

Entre os motivos que levaram as pessoas a irem viver nas ruas, o alcoolismo e outras drogas representam mais de 35% e o desemprego e as desavenças familiares 29,8% e 29,1%, respectivamente. A distância temporal dessa pesquisa, as mudanças ocorridas na política e na economia do país poder ter alterado vários desses aspectos, mas não foi realizado nenhum outro levantamento que constasse a análise dessas características desde então.

2.5 BRASÍLIA DE ILUSÕES

> *“Brasília é uma cidade de ilusões. Eles concretizaram uma cidade além dos sonhos deles. Mas pode escrever o que eu te falo, não é uma cidade para pobre não.”*
>
> ***(Pessoa em situação de rua em Brasília)[13]***

A capital federal foi concebida arquitetonicamente para ser uma cidade livre de desigualdades e segregações sociais, sem grandes contrastes, onde as classes

[13] Em entrevista a Camila Potyara Pereira para sua dissertação de mestrado.

conviveriam harmonicamente no espaço público coletivo. No utópico planejamento haveria emprego e habitações para todos. Oscar Niemayer e Lúcio Costa pensaram e projetaram uma cidade, sede de governo, que deveria ser transparente, participativa e aberta a manifestações, mas hoje a transparência está coberta por persianas e películas, a participação é impedida por barreiras disciplinadoras e seu espaço aberto tem caído no desuso.

Trata-se de uma cidade nova, com 60 anos de fundada e, por isso, enfrenta problemas diferentes de cidades mais antigas, além disso, em 1987 foi declarada Patrimônio Histórico da Humanidade. Neste sentido, muitas das medidas tomadas com o objetivo de afastar as desigualdades do Plano Piloto encontram justificativas no fato de ser uma cidade cenário. Cenário esse que não é receptivo com a pobreza, os espaços abertos, viadutos sem calçadas, prédios oficiais e residenciais são posicionados de modo a expulsá-los, a iluminação forte entre outros faz com que a pobreza seja “banida” dessa área da cidade. Pereira (2008) lembra que Brasília é uma cidade de migrantes e que, num primeiro momento, a imigração foi incentivada com a distribuição de casas e apartamento funcionais; entretanto, havia os não convidados que, ainda assim, vieram para a Capital.

> Esse contingente populacional não foi previsto pelos idealizadores de Brasília e não era desejado pelo governo, que, por meio da Novacap (Companhia Urbanizadora da Nova Capital), montou barreiras na estrada para impedir o acesso desses migrantes à cidade. Em represália, os migrantes nordestinos acamparam do outro lado da barreira criando, assim, a Vila Sarah Kubitscheck (GONÇALVES, 1998, p.72). A partir daí, os acampamentos foram se espalhando pelo Distrito Federal formando as primeiras favelas brasilienses, chamadas de invasões. Mas o governo transferia essas invasões para longe do Plano Piloto transformando algumas delas em cidades satélites (PEREIRA, 2008, p. 65).

Com a cidade pronta, os imigrantes não eram mais bem vindos, mas eles continuaram a chegar principalmente oriundos do Nordeste e estes, no final da década de 1990, representavam 72% das famílias que moravam na rua no Distrito Federal. Para afastar os migrantes do coração da cidade modelo, já na época da sua construção, foi criada a Comissão de Erradicação de Invasões (CEI) responsável por reservar áreas longínquas para despachar os imigrantes que poderiam atrapalhar a imagem da cidade futurística. Nessa época a CEI providenciou uma área a 30 km do Plano Piloto para colocar esses imigrantes, onde hoje é a Ceilândia, maior região

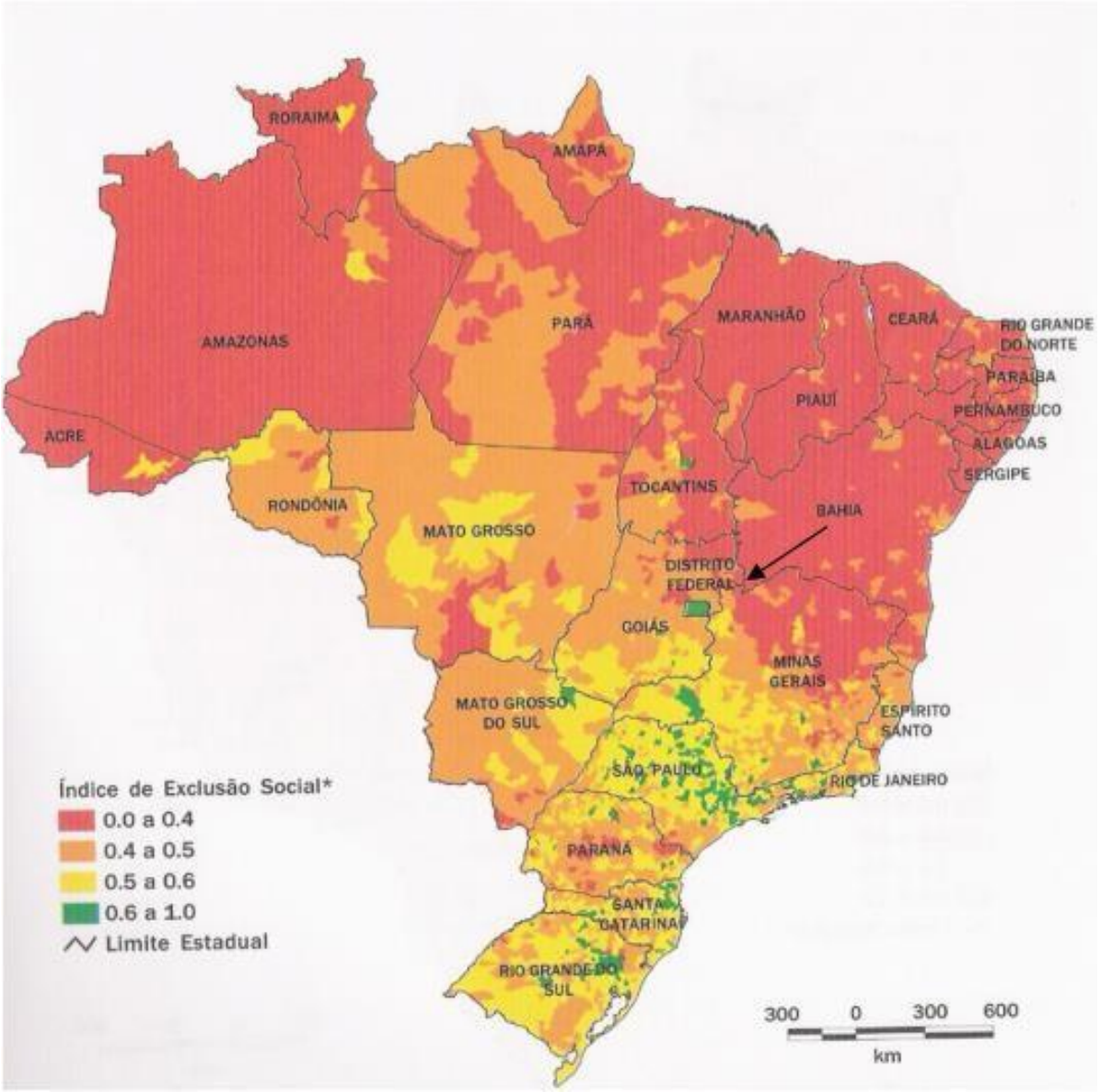
administrativa do DF.[14]

Em 1958 chegou ao Núcleo Bandeirantes (antiga Cidade Livre) um contingente de 4000 pessoas que escaparam da seca nordestina; esses novos moradores contrastavam até mesmo com os operários que foram construir a capital, os quais tiveram direitos a moradia e salários, mesmo que segregados na Ceilândia. Muitas foram as tentativas para barrar o assentamento dessas pessoas, mas elas insistiram em fazer acampamentos que formaram as primeiras favelas, possibilitando também o surgimento de algumas cidades satélites, hoje chamadas de regiões administrativas. Esses migrantes residiam num ambiente hostil, onde por vários anos e governos a política pública de assistência aos mesmos se baseou no "desbaratamento compulsório e reiterado dos chamados "invasores" ou ocupantes impertinentes das vias públicas" (PEREIRA, 2008, p. 16).

Ainda assim, até o ano 2000, quando foi elaborado o Mapa da Exclusão Social (POCHMANN, 2003), a Capital Federal tinha os melhores índices de igualdade dentre as capitais brasileiras. O índice de pobreza é medido em uma escala que varia de 0.0 a 1.0, quanto maior o índice melhor a situação social, no mapa elaborado por Pochmann, o Distrito Federal aparece com 0.998. A história se repete em relação ao índice de desigualdade, no qual o Distrito Federal tem o melhor índice (0.994), com uma impressionante distância para o segundo estado – São Paulo com 0.451. No mapa de desigualdade (figura 3, o quadradinho que representa Brasília é como uma ilha no meio da miséria (PEREIRA, 2008).

[14] Ensaio de Mário Rosa "A Arquitetura do Poder e o Poder da Arquitetura" na revista GPS Life Time. Versão impressa.

Figura 3 - Mapa da Exclusão Social



Fonte: POCHMANN & AMORIM (org.), 2003, p.27

Nem tudo é o que parece. Planejada para ter 500 mil habitantes, há quase duas décadas o Distrito Federal ultrapassou os 3 milhões de habitantes, de acordo com as últimas estimativas do IBGE. Os bons índices sociais não são capazes de diminuir as enormes diferenças entre ricos e pobres.

Os dados no Distrito Federal também são contraditórios e refletem o mesmo problema encontrado em todo o mundo, a dificuldade de definição do que é a população em situação de rua e a dificuldade de mensuração. No início dos anos 2000 a então Secretaria de Ação Social do GDF considerava que 102 pessoas viviam de mendicância no Distrito Federal, na mesma época o IBGE/Pnad apontou que havia 839.555 pobres vivendo no Planalto Central, sendo que destes pouco mais de 140 mil

eram considerados indigentes (ROCHA, 2003).

De acordo com Secretaria de Estado do Desenvolvimento Social (Sedes) em 2017 existiam mais de 3 mil indivíduos vivendo nas ruas do DF, mas organizações sociais que trabalham com essa população acreditam que o número real pode chegar ao dobro[15]. Em 2016 a secretaria havia contabilizado 2,5 mil pessoas. Durante a pandemia houve um questionamento quanto ao número de pessoas em situação de rua no DF, o Governo do Distrito Federal ofertou serviços considerando o número de 1855 pessoas e o Tribunal de Justiça do Distrito Federal e Territórios trabalhou com o de 3423 pessoas – não se chegou a fechar a equação até esse momento. A zona central da cidade, o Setor Comercial Sul (SCS), a Rodoviária do Plano Piloto, as quadras 306/307 Norte e a região próxima a Casa de Abrigo do Gama são os lugares onde se concentram mais pessoas em situação de rua no DF.

Para Pereira (2008) existem três grupos sociais vivendo nas ruas do Plano Piloto de Brasília. O primeiro seria composto por pessoas que vivem nas regiões administrativas, no entorno do DF ou em cidades dos Estados vizinhos como Goiás, Minas Gerais e Bahia que vêm para a cidade em épocas comemorativas em busca de doações e que regressam às suas casas passadas as festividades. Essas pessoas se concentram em locais visíveis com grande fluxo de veículos. Ao segundo grupo pertencem as pessoas que moram fora do Plano, mas trabalham em Brasília e acabam dormindo na capital por falta de recursos financeiros para retornarem às suas casas, fazendo isso apenas nos finais de semana, algumas dessas pessoas levantam espécies de acampamentos em áreas com poucos prédios residenciais. O último grupo, no entendimento dela, são das pessoas que vivem permanentemente no Plano, desenvolvem suas atividades laborais e procuram se instalar em lugares onde não possam ser vistos para evitar a fiscalização pública e a violência. Isso também colabora com a invisibilidade, sendo assim desconhecidos por grande parte dos brasilienses.

No Plano, os abrigos erguidos ou escolhidos por essa população variam de edificações improvisadas em áreas com grandes terrenos como as L2 Sul e Norte, o entorno dos Parques (Água Mineral, Burle Marx, da Cidade), o “Cerradão” (próximo ao Palácio do Jaburu) e buracos nas construções ou terrenos. No Plano Piloto, parte da população prefere se esconder a ficar em locais movimentados onde poderiam

[15] “Número de pessoas em situação de rua no DF cresce 20% em um ano” - reportagem do Correio Brazilense de 25/05/2018. Acesso em 17/02/2019.

receber auxílio e doações, motivada pelo medo de ser expulsa pelo controle público do GDF.

A partir de março de 2020 com o advento da pandemia, a PSR de Brasília que vivia em várias áreas do Plano Piloto passa a se concentrar no Setor Comercial Sul, local onde historicamente associações beneficentes, pessoas físicas e instituições religiosas prestam vários tipos de serviço. Era lá também um dos principais locais onde a abordagem social da Sedes cadastrava as pessoas para irem aos alojamentos provisórios implantados pelo GDF após mobilização do Movimento Nacional da População em situação de rua (MNPR), da Câmara Legislativa do DF (CLDF), do Ministério Público e de diversas outras organizações sociais. O local normalmente abriga pouco menos de 100 pessoas, mas chegou a ter cerca de 400 pessoas durante o mês de março e abril quando o primeiro acampamento foi aberto.

2.6 O CORPO QUE SE TRATA

O cuidado com a saúde da população de rua no Brasil sempre dependeu de ações de beneficência, prestado por entidades ligadas a instituições religiosas como as Santas Casas. No âmbito público, as ações de saúde para essa população são recentes, iniciaram no começo dos anos 2000 com os “Consultórios de Rua” (CnaR) no campo da Saúde Mental. O CnaR foi inspirado numa ação voltada para crianças de rua com histórico de uso de drogas, criada pelo Centro de Estudos e Terapia de Abuso de Drogas. A primeira experiência pública foi implantada em Salvador e estava vinculada ao Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e Drogas (CAPS AD). O reconhecimento dos Consultórios de Rua como uma das estratégias do Plano Emergencial de Ampliação de Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas pelo Ministério da Saúde aconteceu em 2009 (ENGSTROM; TEIXEIRA, 2016).

Em 2011, o cuidado à PSR foi realinhado às diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica e passou a se chamar Equipes de Consultórios na Rua (ECR). Houve uma mudança também nos serviços ofertados que deixaram de ser voltados exclusivamente ao abuso de álcool e drogas.

> A ECR deve configurar-se, assim, como a principal porta de entrada dessa população para a rede de serviços e deve atuar integrada à Rede de Atenção à Saúde (RAS), assim como a outras redes intersetoriais. Em sintonia ao modelo de APS adotado no país, propõe-se que a eCnaR desenvolva ações de saúde individuais e coletivas, promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde, considerando o contexto de vida da população. (ENGSTROM; TEIXEIRA, 2016, s/p).

Essa política faz parte do conjunto de políticas que o Governo brasileiro vinha, desde 2009, desenvolvendo para combater a pobreza. Tratava-se de uma articulação entre vários ministérios com coordenação do Ministério do Desenvolvimento Social (MDS)[16]. Alguns estudiosos do campo das políticas sociais entendem que foi a partir da década de 1990 que a ideia de equidade social passou a fazer parte do desenho de políticas sociais para intervenção estatal nesses setores da sociedade (RIZOTTO; BORTOLOTO, 2011). No campo da saúde, as chamadas iniquidades vinham sendo combatidas através do Ministério da Saúde e do SUS com políticas de promoção da equidade, no sentido

> de diminuir as vulnerabilidades a que certos grupos populacionais estão mais expostos, e que resultam de determinantes sociais da saúde como os níveis de escolaridade e de renda, as condições de habitação, acesso à água e saneamento, à segurança alimentar e nutricional, a participação da política local, os conflitos interculturais e preconceitos com o racismo, as homofobias e o machismo, entre outros (BRASIL, 2012, p. 6).

Nesta perspectiva, dentro da então Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SEGEP) do Ministério da Saúde foram criados Comitês Técnicos de Saúde para a discussão e elaboração de ações que promovessem a atenção às populações vulnerabilizadas como ciganos, quilombolas, LGBT, do campo e da floresta entre outros, além da população em situação de rua. Esses comitês também faziam o acompanhamento e a avaliação das ações programáticas do Ministério da Saúde.

Existem hoje no Brasil 177 equipes de consultório na rua instaladas e integradas às ofertas Atenção Básica de Saúde, cada uma delas com capacidade de atender entre 80 e mil pessoas. Explicitado em documentos oficiais como portarias, cartilhas e manuais para profissionais de saúde, o cuidado para com essa população

[16] Desde o início da ruptura do processo democrático com o afastamento da presidente Dilma Roussef, passou a ocorrer uma acelerada desconstrução das políticas de igualdade e seguridade social.

fala da saúde como um conceito amplo, um bem-estar físico e social, o que por si só já é um paradoxo quando se trata de uma população que vive nas ruas sujeita a todos as piores condições de higiene e segurança.

O trabalho de promoção, proteção e recuperação desenvolvido na estratégia Consultório na Rua foi discutido dentro do Comitê e se baseou, como toda a PNPR, na pesquisa realizada pelo MDS. No relatório de apresentação da pesquisa o MDS conjugou saúde, higiene e alimentação num único bloco porque estão diretamente relacionados ao sentido amplo de saúde (BRASIL, 2009).

Quanto à alimentação a pesquisa apontou que quase 80% fazem ao menos uma refeição por dia, 19% dos entrevistados não conseguem sequer fazer uma refeição todos os dias. Quando o assunto é higiene, 32,6% tomam banho na própria rua, 31,4% em albergues e abrigos, 14,2% nos banheiros públicos e 5,2% na casa de amigos. As necessidades fisiológicas são feitas nas ruas (32,5%), nos abrigos (25,2%), nos banheiros públicos (21,3%), nos estabelecimentos comerciais (9,4%) e na casa de amigos (2,7%).

Mesmo com poucos recursos disponíveis para alimentação e higiene, apenas 30% dos entrevistados afirmam ter algum problema de saúde. Dentre os problemas mais citados estão hipertensão, problemas psiquiátricos, diabetes e HIV/AIDS. Os postos de saúde são as principais vias de acesso ao cuidado e medicação para 48,6%, sendo que 18,7% do total de entrevistados informaram fazer uso de algum medicamento. Entretanto, quando a pesquisa foi realizada, ainda não existiam a Política Nacional nem a estratégia Consultório na Rua e, na ocasião, 18,4% disseram que são impedidos de receber atendimento de saúde, 21,7% impedidos de entrar em órgão públicos e 13,9% não conseguiam tirar documentos. Na questão da saúde, é possível que as ECR tenham melhorado o acesso ao atendimento, e a resolução de não cobrar documentos para fazer o Cartão SUS também pode ter amenizado o problema, mas isto só pode ser constatado num novo levantamento (BRASIL, 2009).

Como disseram Souza (2012) e Escorel (2009), a situação de saúde das pessoas que vivem nas ruas pode ser causa ou consequência do seu modo de vida: “o consumo abusivo de álcool e, em menor escala e frequência, de outras drogas, parece fazer parte do necessário “processo de anestesia” para permanência das pessoas em situação de rua” (ESCOREL, 2009, p.112). Problemas psiquiátricos são uma das causas da existência de pessoas vivendo nas ruas.

Os principais problemas de saúde causados pela vida nas ruas são pneumonia

e tuberculose, ou seja, problemas respiratórios, lesões causadas por violência de trânsito e outras formas de violência, HIV e AIDS e problemas dermatológicos como micoses, etc. Para Escorel (2009), esses problemas podem ainda se sobrepor a doenças pré-existentes como diabetes e hipertensão (ibidem).

Dormir na rua, migrações causadas por procura de tratamento de saúde, tempo de permanência na rua, o abuso de álcool e outras drogas, desorganização psíquica, trajetórias de institucionalização, o trabalho na rua, a qualidade e quantidade de alimentos ingeridos, são aspectos que, combinados, interferem diretamente nas condições de saúde. Dessa forma, os mais vulneráveis entre os diversos subgrupos,

> considerando a determinação social do processo saúde/doença e o conceito ampliado de saúde, são os 70% que costumam dormir nas ruas, os 25% analfabetos ou analfabetos funcionais, os 53% com rendimentos miseráveis, os 30% que vivem nas ruas há mais de 5 anos, os 13% com 55 ou mais anos de idade, os 20% que não se alimentam todos os dias e os 4% dos que dormem nas ruas e que costumam catar alimentos em lixeiras (ESCOREL, 2009, p. 114).

O cruzamento de todos os dados com relação direta com a saúde, como alimentação e higiene, com aspectos como o tempo de permanência na rua, porte da cidade, grau de instrução, rendimentos, atividade ocupacional e região do país, dentre outros, se faz necessário para se ter um desenho mais elaborado das condições de saúde dessa população. É também importante, neste momento, levar dois aspectos em consideração para se avaliar as políticas e o cuidado em saúde das pessoas em situação de rua: o primeiro é que os dados possibilitados por essa pesquisa, realizada em 2007, já se encontram defasados; a pesquisa trabalha com um universo de pouco mais de 50 mil pessoas, enquanto o levantamento do qual falamos anteriormente, realizado em março de 2020 pelo IPEA, contabilizou pouco mais de 201 mil pessoas; o segundo é avaliar o peso que tem no cuidado a saúde o fato de apenas 30% da população considerar que tenha algum tipo de problema de saúde.

Merhy *et al*. (2016) nos lembra que a produção do cuidado é também construída pelos sentimentos que a rua gera. O desafio, dessa forma, seria respeitar as multiplicidades dos sujeitos no campo do cuidado e fazer com que eles deixem de significar o seu diagnóstico ou que sejam denominados por sua situação. Os autores lembram que há diversas possibilidades existenciais, mas criticam o cuidado frequente em saúde “pautado pela ideia de uma forte centralidade nas suas próprias lógicas e saberes” (ibid., p. 32). Os autores explicam que “nesse encontro só há

espaço para reafirmar o já sabido, o saber que eu porto em relação ao outro, a maneira que o profissional da saúde considera ser a ‘correta’, discursando para aquele que nada sabe sobre qual é o modo ‘mais saudável, a melhor forma de viver’” (ibid., p. 33).

Os questionamentos desse conjunto de autores vêm ao encontro a uma das perguntas dessa pesquisa: se o corpo percebido, vivido é o mesmo corpo cuidado.

> Os de fora das redes instituídas – como as ruas – são, nesse sentido, lugares agenciadores, produtores de redes e conexões. Nesses cenários, marcados por códigos específicos e plurais, a solidariedade, as trocas, os compartilhamentos, assim como as disputas e desavenças, vão indicando a produção de vida. São o furo no muro das designadas ‘cracolândias’ onde, ao contrário do pensamento preponderante, o que se descortinou foi um ‘cantinho limpo e arrumado onde as pessoas namoram’, ali no buraco[...]. Este é, para nós, um dos pontos nevrálgicos dos processos de produção do cuidado em saúde: a anulação das possibilidades de vidas que habitam os sujeitos e sua substituição por estigmas ou produções identitárias universais, que passam a representar as existências e as apostas terapêuticas. O melhor exemplo disso é que as pessoas que vivem nas ruas ou que têm nas ruas espaços de sobrevivência, de trabalho, de vida, ao mesmo tempo em que carregam essas experiências de vida são paradoxalmente estigmatizadas: prostitutas, travestis, crianças em situação de rua, usuários de álcool e outras drogas nas designadas ‘cracolândias’, enfim. E, como tal, merecem ser governadas por outros (ibid., p. 35-36).

Essa possibilidade de encontro entre os profissionais de saúde e seus saberes e a população de rua, respeitando os arranjos que as ruas permitem, é uma das principais dificuldades no campo do cuidado e também no campo da comunicação – a possibilidade de operar alteridade, de incluir os sentidos construídos pelo outro do que é estar sadio ou doente.

O corpo da população em situação de rua, conformado a partir da distribuição desigual de condições, também é sobreposto ao conjunto de tratamento intencionalmente aplicado: a falta de banho, o abuso de álcool, a roupa sobreposta que protege e esconde do seu próprio olhar e do olhar do outro. Tudo isso são marcas sociais, nas quais os sentidos estão na sua posição enquanto pessoa em situação de rua, produto de uma fabricação cultural.

Em seu O Normal e o Patológico, Georges Canguilhem diz que há uma porta pela qual a doença entra e sai da pessoa, que a doença é desequilíbrio e desarmonia, mas é acima de tudo um “esforço que a natureza exerce no homem para obter um novo equilíbrio”. Para ele a ideia de uma saúde perfeita seria um conceito

normativo de um tipo ideal; se pensarmos a saúde ou sua promoção como uma política de controle dos corpos na busca pela melhor performance, como vemos hoje, ele está correto. Canguilhem diz que não há nada na ciência que não tenha surgido, anteriormente, na consciência e que, no fundo, o ponto de vista do paciente é o que é verdadeiro, e explica que todo o conhecimento que o médico tem hoje da doença, que o possibilita impedir que a pessoa passe pela experiência da doença é baseado numa anterior experiência da doença. Desta forma ele nos ajuda a olhar para a população em situação de rua e seu sentimento de normalidade de saúde, do tipo ideal de saúde para esse grupo populacional e para o indivíduo que vive nas ruas.

> A doença está na origem da atenção especulativa que a vida dedica à vida, por intermédio do homem. Se a saúde é a vida no silêncio dos órgãos, não há propriamente ciência da saúde. A saúde é a inocência orgânica. E deve ser perdida, como toda inocência, para que o conhecimento seja possível (CANGUILHEM, 2009, p. 65-66).

Essa inocência poderia explicar por que a maioria das pessoas que vivem nas ruas se consideram saudáveis, porque desconheceriam a realidade das suas condições de saúde. Quando Souza em seu artigo diz que a pessoa em situação de rua não conhece o seu corpo porque não consegue se olhar por conta das suas condições, ele está concordando com Canguilhem quando diz que os relatos do doente não são suficientes para que o médico compreenda sua experiência, porque o que exprimem não é sua experiência, mas sua interpretação dela que é atravessa pela falta de conceitos adequados. A diferença entre os dois é que Souza coloca nessa condição apenas a pessoa em situação de rua e Canguilhem todas as pessoas sem distinção (CANGUILHEM, 2009; SOUZA, 2016;).

> A saúde, considerada de modo absoluto, é um conceito normativo que define um tipo ideal de estrutura e de comportamento orgânicos; nesse sentido, é um pleonasmo falar em perfeita saúde, pois a saúde é o bem orgânico. A saúde adjetivada é um conceito descritivo que define uma certa disposição e reação de um organismo individual em relação às doenças possíveis. Os dois conceitos, descritivo qualificado e normativo absoluto, são tão distintos que mesmo o homem do povo diz que seu vizinho tem má saúde ou que ele não tem saúde, considerando como equivalentes a presença de um fato e a ausência de um valor (CANGUILHEM, 2009, p. 96).

Pensamos a saúde como esse conceito normativo, mesmo a não mais tão nova concepção, identificada como bem-estar e qualidade de vida. Uma saúde produzida socialmente (ARAÚJO, 2011). A saúde como uma conjunção de acontecimentos

forma os conceitos de promoção da saúde que para efeitos dessa pesquisa é entendida como uma política de estado de controle dos corpos (CASTEL, FERREIRA; GUILAM, 2010, CRUZ, 2019).

2.7 A BIOPOLÍTICA, O CORPO E A SAÚDE NAS RUAS

A primeira impressão que temos do corpo que está na rua é de uma completa falta de saúde porque, para nós, ele está fora do controle que se exerce sobre os outros corpos, tanto do modo de vida e comportamento, como o de corpo e seu cuidado.

A sociologia e a psicologia procuram explicar o corpo para além do biológico, o colocam não só como parte do ser individual, mas como representação do coletivo, do social. Para o sociólogo francês Pierre Bourdieu (2014) é o corpo, dentre todas as manifestações de uma pessoa, aquela que menos se modifica com facilidade, seja provisória ou definitivamente. Entretanto, segundo ele é a que significa mais adequadamente “o ser profundo”, a “natureza da pessoa”. Nesse entendimento o corpo fala de nós e nos trai, “porque o corpo é aquilo que há menos controlado e controlável conscientemente; aquilo que contamina e sobredetermina, com suas mensagens percebidas ou não percebidas, todas as expressões intencionais, a começar pela fala” (BOURDIEU, 2014, p.247). Bourdieu diz que essa linguagem – o corpo – é uma linguagem da identidade social legitimada; que, em sua aparência, é um produto social e que a distribuição das propriedades corporais realizada por meio de mediações é desigual. Assim, as doenças, mutilações e/ou deformações causadas pelo trabalho e seus condicionantes e os hábitos de consumo se perpetuam também em nossos corpos.

> As diferenças de pura conformação são sobrepostas pelas diferenças de *hexis*, de “cuidado”: na medida de portar o corpo, de se portar e de se comportar, por meio da qual se exprime toda a relação com o mundo social (na medida em que a relação com o próprio corpo é, como veremos, uma maneira particular de experimentar a posição no espaço social, pela experiência da distância entre o corpo real e o corpo legítimo) (ibid., p. 248).

Neste sentido, as pessoas em situação de rua, por mais que tragam na memória os corpos de outra situação anterior, têm seus corpos (produtos sociais) compreendidos a partir da classificação social, que para eles talvez seja a pior

possível, devido às precárias condições de higiene, cuidado e proteção das adversidades do tempo e das agressões físicas as quais estão expostos nas ruas.

A cultura e os sistemas de classificação que em muitos provocam os olhares depreciativos, os desvios e até mesmo as tentativas de atropelamento também fazem parte da relação dominado/dominante. Relação que socialmente dá ao dominante detentor de propriedades corporais reconhecidas como satisfatórias esse lugar no sistema social, é também uma condição de classe social. Para Bourdieu,

> “a representação social do próprio corpo, com que cada agente social deve contar – e isso desde sua origem – para elaborar sua representação subjetiva de seu corpo (e, mais profundamente, de sua hexis corporal), é obtida, assim, pela aplicação de um sistema de classificação social” (ibid., p. 249).

Em outros termos, cada corpo teria um preço proporcional à posição dos seus donos. Todo o modo de vida dessas pessoas é atacado, o fato dele viver na rua por si só, a relação com o álcool, a ocupação do espaço ou a segregação do mesmo, suas roupas, o colchonete onde dorme, sua falta de banho – o seu “corpo alienado”, que segundo Bourdieu é evocado pela análise do corpo genérico como “alienação”, que acontece com todos os corpos quando é percebido e nomeado pelo olhar do outro (ibid., p. 252). Esse olhar do outro é um poder social, porque é exercido a partir do reconhecimento do observado, que se esconde ou procura se corrigir para este olhar – através da experiência da vergonha. É possível que o observado se sinta traído não apenas pela condição social, pelo abismo que o separa deste outro, mas pelo seu próprio corpo que não atende as expectativas do mundo social e isto pode o intimidar e o embaraçar. O uso de roupas sobrepostas pode significar mais do que uma forma de guardar essas roupas, pode significar uma forma de se corrigir, se supervisionar, se reapropriar do seu corpo. Essa forma de cuidado com o comportamento exprime a relação com o mundo social dos sujeitos da pesquisa, é sua forma particular de experimentar sua posição no espaço social (BOURDIEU, 2014).

Quando a população em situação de rua procura se corrigir, se corrige para um olhar que está condicionado por um enquadramento do que é normal, por um padrão que condiciona o ser humano, o cidadão a um certo tipo de atitude e comportamento. Foucault (2005, p. 12) nos diz que a verdade é produzida “graças a múltiplas coerções” e que produz no mundo “efeitos regulamentados de poder”. O que ele chama de verdade tem, no seu modo de ver, cinco características:

I – é centrada em forma de discurso científico e suas instituições;

II – é submetida a excitação econômica e política;

III – é difundida e consumida;

IV – é produzida e transmitida sob o controle de grandes aparelhos políticos e econômicos;

V – é objeto de lutas ideológicas.

A verdade sobre a saúde e os corpos saudáveis controla os indivíduos e nunca é questionada ou pouco é questionada, por que está fundamentada nas cinco características acima. Para Foucault,

> o controle da sociedade sobre os indivíduos não se opera simplesmente pela consciência ou pela ideologia, mas começa no corpo, com o corpo. Foi no biológico, no somático, no corporal que, antes de tudo, investiu a sociedade capitalista. O corpo é uma realidade bio-política. A medicina é uma estratégia bio-política. (Foucault, 2005, p. 80)

Quando a população em situação de rua se declara saudável, mesmo estando, aparentemente, fora desse controle porque não é considerada cidadã, ou sequer humana, não é levada a sério e o que se opera sobre ela é a verdade do saber bio-médico ou sanitário. Ora, se como nos diz Foucault (2005), a medicina desde o século XVIII está centrada no controle dos corpos como força de trabalho, “mais ou menos utilizáveis, mais ou menos suscetíveis”, não há utilidade em controlar os corpos ‘sobrantes’, corpos que não se enquadram nas prescrições de existência.

Para Foucault, a população foi a grande novidade, no século XVIII, nas técnicas de poder. Ela surge como problema econômico e político para os governantes, as variáveis como natalidade, morbidade, estado de saúde, precisam ser equilibradas para que haja uma população, riqueza e força de trabalho.

> [...] tais processos são assumidos mediante toda uma serie de intervenções e *controles reguladores: uma bio-política da população.* As disciplinas do corpo e as regulações da população constituem os dois pólos em torno dos quais se desenvolveu a organização do poder sobre a vida. A instalação – durante a época clássica, desta grande tecnologia de duas faces - anatômica e biológica, individualizante e especificante, voltada para o desempenho do corpo e encarando os processos da vida – caracteriza um poder cuja função mais elevada já não é mais matar, mas investir sobre a vida, de cima a baixo (FOUCAULT, 2007, p. 152).

A vida do homem é tomada pelo Estado, o biológico é estatizado, a esse

processo Foucault chama de racismo de Estado. Ele retoma a soberania clássica que tinha o direito de vida e de morte como um dos seus fundamentos, ao soberano era dado o direito de fazer morrer e deixar viver. Assim entendido, a vida e a morte estariam no campo do poder político e não no dos fenômenos naturais. Para ele, o poder do soberano só é poder porque pode matar. A chegada do século XIX traz uma mudança no poder soberano, porém sem apagar de vez esse primeiro poder, passando por ele, o modificando e invertendo: “poder de “fazer” viver e de “deixar” morrer (FOUCAULT, 2010). Ele defende que essa nova tecnologia de poder não disciplinar se dirige a massa global de homens “afetada por processos de conjunto que são próprios da vida, que são processos como o nascimento, a morte, a produção, a doença, etc.” (ibid., p.289) – ele chama essa tecnologia de “biopolítica” da espécie humana” (FOUCAULT, 2010).

Essa biopolítica vai criar instituições de assistência para tratar de doenças que diminuem o tempo de trabalho, subtrai forças – fenômenos da população e não mais de epidemias. “A biopolítica lida com a população, e a população como problema político, como problema a um só tempo científico e político, como problema biológico e como problema de poder, acho que aparece nesse momento” (ibid., p. 292-293). Os corpos serão controlados para diminuir a morbidade, fomentar a natalidade e alongar a vida através de mecanismos de previdência e seguridade para diminuir a aleatoriedade da população. Foucault lembra ainda que esses mecanismos disciplinares são mecanismos globais e não agem em cima dos detalhes. Esses mecanismos agem “de tal maneira que se obtenham estados globais de equilíbrio, de regularidade; em resumo, de levar em conta a vida, os processos biológicos do homem-espécie e de assegurar sobre eles não uma disciplina, mas uma regulamentação” (ibid., p. 294).

Pode-se cogitar que a PSR, de uma certa forma, escapa desse controle não porque consegue se esquivar da regulamentação, mas porque não é grupo de interesse dela, já que não são corpos que tenham utilidade à economia ou à política, não são trabalhadores produtivos porque são os sobrantes, como falamos antes.

O biopoder, dessa forma, não teria domínio sobre a morte, mas sobre a mortalidade, conclui Foucault. Ele ainda alerta que os dois mecanismos: disciplinar e regulamentador não se excluem, mas se articulam um com o outro na maioria dos casos.

> E vocês compreendem então, nessas condições, porque e como um saber técnico como a medicina, ou melhor, o conjunto constituído por medicina e higiene, vai ser no século XIX um elemento, não o mais importante, mas aquele cuja importância será considerável dado o vínculo que estabelece entre as influências científicas sobre os processos biológicos e orgânicos (isto é, sobre a população e sobre o corpo) e, ao mesmo tempo, na medida em que a medicina vai ser uma técnica política de intervenção, com efeitos de poder próprios. A medicina é um saber-poder que incide ao mesmo tempo sobre o corpo e sobre a população, sobre o organismo e sobre os processos biológicos e que vai, portanto, ter efeitos disciplinares e efeitos regulamentadores (FOUCAULT, 2010, p. 301-302).

Dessa forma o poder age sobre o corpo regulamentando e disciplinando através do saber técnico da medicina e da higiene.

No Brasil, o ideal higienista com a preocupação central na saúde chega entre os séculos XIX e XX. A proposta de novas normas e novos hábitos para melhorar a saúde individual e coletiva do movimento higienista ou sanitarista, como é chamado por alguns autores como Hochman (1998), era baseado numa ampla teoria com fundamentos raciais e biológicos e também tinha bases na ideologia liberal. No higienismo a população é vista como um bem, como o principal recurso de uma nação.

De acordo com Gois Júnior, o higienismo brasileiro se define por causa da tensão que o constitui, que seja “o estabelecimento de normas e hábitos para conservar e aprimorar a saúde coletiva e individual” (2007, p. 05). No entanto, há autores como Marins, ao estudar a urbanização, que considera o higienismo como um movimento social aliado das classes dominantes, como reflexo do pensamento das elites. Para o autor, as pessoas pobres eram “acusadas de atrasadas, inferiores e pestilentas, essas populações seriam perseguidas na ocupação que faziam das ruas, mas sobretudo ficariam fustigadas em suas habitações” (Marins, 1998, p. 133). A Revolta da Vacina do Rio de Janeiro é um exemplo do tipo de intervenção forjada pelo movimento higienista de controle sobre os hábitos corporais (Gois Júnior, 2007).

Na prática, o movimento sanitarista/higienista, já existente na Europa e na América do Norte, interveio na situação da saúde em diversas cidades do mundo, através de legislação e grandes obras de engenharia civil. De acordo com Santos e Westphal, no início do Século XX a saúde pública:

> Assumiu o paradigma higienista, que objetivava a resolução do problema das cidades ainda não-aparelhadas para abrigar o contingente de população que para elas se deslocava. A saúde pública do início do século e as escolas de saúde pública, que em sua maioria adotaram o nome de escolas de higiene, voltaram seu interesse para

> os métodos sociais e ambientais objetivando a remodelação e o saneamento das cidades, e a transmissão de normas higiênicas, configurando o que tem se chamado de dicotomia prevenção/cura. Da mesma forma que o movimento sanitarista do final do século, o higienismo tinha caráter paternalista e vertical, devido ao pouco desenvolvimento ou ausência de mecanismos democráticos nas sociedades que os desenvolveram. (1999, s/p)

Esse paternalismo era, e em algumas situações ainda é, responsável por ações do poder político que busca promover comportamentos sociais e individuais, se continuarmos acompanhando o pensamento foucaultiano. Para ele, o poder, através dos seus aparelhos/tecnologias se aproveita das normas e sua propagação, sem que seja necessário qualquer tipo de repressão porque ela já é um efeito colateral das normas visíveis (Foucault, 2002). Para o filósofo francês o poder está no jogo que é jogado, "...na dinâmica, nas estratégias, na eficácia das forças". (Foucault, 2002, p.65)

O higienismo como prática sanitária, ou seja, a forma como a sociedade estrutura e organiza as respostas aos problemas de saúde, direcionada pelo paradigma vigente nas ciências da saúde, perdurou por algum tempo até ser substituída, mas não por completo, pela atual prática da promoção da saúde ou o da produção social da saúde, para muitos autores como Santos e Westphal (1999).

2.8 A VIOLÊNCIA DA NORMATIVIDADE

Esses corpos que não se deixam controlar ou não se pode controlar porque estão fora da normatividade, no pensamento peculiar e transgressor de Butler, não são vidas as quais se queira preservar. A autora desenvolve seu pensamento bebendo na fonte de autores como Foucault e Arendth para dizer que a normatividade e a humanidade trabalham a serviço da preservação de determinadas vidas em detrimentos de outras, que o poder enquadra nosso olhar sobre os corpos e seus significados. Em seu livro "Quadros de Guerra – quando uma vida é passível de luto?", esses enquadramentos são molduras que restringem e, ao mesmo tempo, configuram o olhar (BUTLER, 2019).

Butler diz que uma vida não pode ser considerada perdida se não for considerada vida, que a vida é constituída por meios seletivos, dentro das relações de poder e propõe repensar a precariedade, a vulnerabilidade, a dor, a exposição, o desejo, o trabalho e as reivindicações sobre a linguagem. Para ela, "o corpo está exposto a forças, bem como a exigências de sociabilidade – incluindo a linguagem, o

trabalho e o desejo -, que tornam a subsistência e a prosperidade do corpo possíveis" (ibid., p. 16) e propõe repensar a ontologia corporal.

Neste sentido, nós apreendemos uma vida a partir do momento em que essa vida seja produzida de acordo com as normas que a caracterizam como parte da vida. Como vimos com Foucault, há normas biopolíticas que constituem os sujeitos e a repetição dessas normas produzem o reconhecimento dos sujeitos, fazendo com que a nossa capacidade de discernir e nomear dependa dessas normas. Butler diz que "assim há 'sujeitos' que não são exatamente reconhecíveis como sujeitos e há "vidas" que dificilmente – ou, melhor dizendo, nunca – são reconhecidas como vida" (BUTLER, 2019, p. 16). A mídia é um dos instrumentos de repetição, mas outras instituições, como a igreja, a escola e as instituições públicas e privadas também o são.

A normatividade precisa lidar com os seres vivos que estão fora da norma, os quais ela mesma reproduz. Ora, os seres são representados pelos seus corpos, são materializados neles ou por eles. São esses corpos no relacionamento com outros que transformam os seres em sujeitos. Um sujeito só é sujeito se reconhecido por outro; para Butler (2019) esse reconhecimento está permeado por um conjunto de sentidos que são historicamente definidos e não dependente dos sujeitos.

> Não há vida sem as condições de vida que a sustentam, de modo variável, a vida, e essas condições são predominantemente sociais, estabelecendo não a ontologia distinta da pessoa, mas a interdependência das pessoas, envolvendo relações sociais reproduzíveis e mantenedoras, assim como relações com o meio ambiente e com as formas humanas de vida, consideradas amplamente" (ibid., p. 38)

Butler trabalha com um conceito de reconhecimento derivado de Hegel, num sentido de disputa infinita, a qual nos faz estar o tempo todo nos anunciando para sermos vistos e reconhecidos. Para ela, as palavras, ideias e adjetivos que moldam os sujeitos são produzidos pela mídia. Assim, existe um processo que produz a moldura e quando se emoldura deixa-se algo de fora. Esse conjunto de sentidos históricos como cor, estatura, magreza, higiene é o tempo inteiro disputado. No caso da população em situação de rua podemos entender que ele está corporalmente fora da moldura, e vai estar fora da moldura a partir de qualquer ângulo que seja observada.

Os questionamentos de Butler seguem no sentido de entender por que se tira

uma vida se a existência de cada um de nós enquanto sujeito só é possível a partir da existência do outro. O enquadramento, assim, serve como critério para selecionar quem eu mantenho vivo, quem deve viver para garantir a minha vida. A partir desse enquadramento, se pensa uma ética da convivência para quem eu reconheço como sujeito e quem não; para esses últimos há a ética da violência, porque não reconheço como importante para a minha condição de sujeito. Para quem é reconhecido, se constrói proteção através de leis, para quem não se reconhece são produzidas justificativas éticas de violência. A população de rua comumente está do lado de fora do quadro, assim queimar pertences foi necessário porque estavam em local público incomodando o comércio ou o fluxo de pessoas, praticar toda espécie de violência física e institucional é justificada pelo não trabalho, pela vestimenta, pela doença, pelo incômodo. Por outro lado, quando em 2009 foi lançado o Decreto 7.053, que institui a Política Nacional e os Comitês, podemos considerar uma tentativa de enquadramento dessas pessoas como sujeitos de direito.

O silenciamento e a invisibilidade dessas pessoas também os interdita de serem reconhecidos enquanto indivíduos porque não conseguem aparecer, se relacionar ou produzir uma narrativa de si enquanto sujeito. As técnicas de gestão para uma ideia de vida emergem do biopoder, como a demografia, a estatística e a saúde pública. Como vimos até aqui a saúde pública construiu uma estratégia de equidade para o enquadramento desta população, mas a demografia ainda não. Butler considera que o biopoder seria uma forma de poder entendida a partir da narrativa e da defesa da vida como um investimento individual, pensada como algo que, em nenhum momento pode se abrir mão e que deve ser o investimento prioritário da individuação de uma disciplina sobre a vida. Dessa forma, para ela, a função da biopolítica é construir uma responsabilidade sobre a vida e uma justificativa para a morte.

2.9 QUEM É LAMENTADO?

Como Boaventura de Souza Santos, Judith Butler vem nos dizer que há um processo de humanização e desumanização que faz com que uma vida seja reconhecida como vida e outra não e que quanto mais enlutamento uma vida produz mais reconhecida como vida ela é. Quanto menos se reconhece algo como vida, mais fácil se mata, assim entre as inúmeras desigualdades o luto também é distribuído

desigualmente – algumas pessoas valem mais que outras, é o que ela defende. O corpo, a casa, o território onde vive são critérios para definir quem você é, se você é alguém e se a perda da sua vida é passível de luto (BUTLER, 2019).

Fora do controle do biopoder, porque sendo não produtivo foge do seu interesse de controle, sem uma gestão de si enquanto população que não existe porque não existem números reconhecidos, sem uma casa ou um território específico, a população em situação de rua está fora do quadro onde poderia ser reconhecida como uma vida que seria passível de luto. Sem essa condição, a esses corpos não é atribuída uma vida.

Enquanto não vida estão sujeitos ao que o camaronês Achille Mbembe vai chamar de necropolítica. Trabalhando em cima do conceito de soberania, o mesmo trabalhado por Foucault para explicar o biopoder e o estado de exceção, Mbembe pressupõe que “a expressão máxima da soberania reside, em grande medida, no poder e na capacidade de ditar quem pode viver e quem deve morrer” (MBEMBE, 2018, p. 5). Assim como Butler faz no seu enquadramento, as considerações em torno da necropolítica são feitas a partir da análise da guerra, bem como da resistência e da luta contra o terror.

A escravidão, segundo ele, é uma das primeiras manifestações da biopolítica, e do surgimento do terror moderno. Tratando do sistema de *plantation*, monocultura de produtos tropicais usando mão de obra escrava, Mbembe considera que esse manifesta o paradoxal estado de exceção.

> Aqui a figura é paradoxal por duas razões. E primeiro lugar, no contexto da plantation, a humanidade do escravo aparece como uma sombra personificada. De fato, a condição de escavo resulta de uma tripla perda: perda de um “lar”, perda de direitos sobre o seu corpo e perda de estatuto político. Essa tripla perda equivale a uma dominação absoluta, uma alienação de nascença e uma morte social (que é a expulsão fora da humanidade) (Ibid., p.27).

Sem procurar equiparar a escravidão a experiência da vida nas ruas, e, evidenciando as enormes diferenças entre as duas experiências, podemos aplicar a ideia dessa tripla perda à população em situação de rua, se considerarmos a perda do lar não como a perda da pátria, apesar desse aspecto ser aplicado aos moradores de rua que são também refugiados, mas como a perda da casa. Como no caso da escravidão, deles também é tirado o poder de fala, de terem suas vozes reconhecidas.

Mbembe conclui que “as formas contemporâneas que subjugam a vida ao

poder da morte (necropolítica) reconfiguram profundamente as relações entre resistência, sacrifício e terror".

2.10 A CONJUNTURA DA PANDEMIA

A pandemia do coronavírus SARS-COV-2 exacerba as necessidades de saúde dessa população impossibilitada de cumprir as determinações sanitárias de isolamento social e higiene. Sozinhos nas ruas de uma cidade vazia, não havia possibilidade de fazer os trabalhos costumeiros para conseguirem se manter, como guardar e lavar carros, coletar material reciclável, dentre outros, também não havia a possibilitar de receberem doações. O medo da fome os levou a fazer exatamente o contrário do que pediam as autoridades, se juntarem no único ambiente, no Setor Comercial Sul, onde sabiam que as ofertas corriqueiras poderiam aparecer. Aos poucos foi chegando ajuda e com a interferência dos movimentos sociais, da Câmara Distrital Legislativa, da Defensoria Pública e do Ministério Público, o Governo do DF terminou por tomar medidas de proteção social em favor dessa população, instituindo os alojamentos temporários e aumentando as vagas nos abrigos já existentes no Distrito Federal.

Dividida entre alojamentos e a rua, a população em situação de rua em Brasília não foi muito afetada na chamada primeira onda da pandemia. Nos alojamentos o adoecimento foi mínimo, fato repetido também nas demais áreas. Até o mês de setembro havia ocorrido a morte de apenas uma pessoa vivendo nas ruas. Até dezembro de 2020 os alojamentos e a entrega de alimentos, bem como os serviços de abordagem social e do consultório na rua estavam mantidos, apesar da proposta inicial de durar apenas três meses.

Essa pesquisa foi realizada com dois grupos distintos, um que foi abrigado no Alojamento do Autódromo Nelson Piquet e outro que permaneceu no Setor Comercial Sul, área de Brasília que pode ser comparada às regiões centrais nas outras cidades.

Figura 4 - Ilustração Homem com cachorro III

Fonte: Aiyon Chung, 2017

3 SE ESSA RUA FOSSE MINHA

Tinha uma pedra no meio do caminho
No meio do caminho tinha uma pedra
Tinha uma pedra
No meio do caminho tinha uma pedra
Nunca me esquecerei desse acontecimento
Na vida de minhas retinas tão fatigadas
Nunca me esquecerei que no meio do caminho
Tinha uma pedra
Tinha uma pedra no meio do caminho
No meio do caminho tinha uma pedra.

No meio do caminho - Carlos Drummond de Andrade

Havia uma pandemia no meio da pesquisa... Em 2017 e até a qualificação, em 2019, essa pesquisa tinha como objetivo cartografar as convergências e conflitos entre as diferentes perspectivas e sentidos de corpo e cuidado de si da população em situação de rua no contexto das políticas públicas de saúde, sem, contudo, ter um problema de saúde específico sobre o qual a análise seria feita. Com o acontecimento da pandemia do novo *Coronavírus* ao final de 2019 e a chegada oficial da mesma ao Brasil, em fevereiro de 2020, foi preciso olhar para o que havia sido elaborado até então e, a partir das mudanças na organização dos serviços e suas ofertas, converter um olhar mais específico para a pandemia, sem perder de vista os objetivos, os sujeitos de pesquisa e a metodologia já aprovada.

Em princípio a tarefa parecia impossível, mas diante das circunstâncias, os ajustes foram sendo realizados a partir da sua reverberação na política de saúde, nos serviços ofertados e no impacto nas percepções sobre corpo e cuidado de si para a população em situação de rua no Distrito Federal.

3.1 A CONJUNTURA DA PANDEMIA

O *Coronavírus* é um vírus da família *Coronaviridae.* Trata-se de uma família conhecida de vírus que são capazes de provocar doenças em animais e humanos. O sequenciamento genético do SARS-CoV-2, *Coronavírus,* responsável pela atual pandemia, já foi realizado no Brasil e em diversos outros países. Pesquisadores chineses identificaram que o novo vírus é originário de morcegos. Pesquisadores do

mundo inteiro estão desenvolvendo pesquisas em busca do “elo perdido” que possibilitou a recombinação entre vírus para explicar a origem do SARS-CoV-2, mas já está afastada a hipótese de todo esse processo ter sido causado pelo homem.

Os primeiros casos clínicos da Covid-19 (coronavírus isese 2019) apareceram na província de Wuhan, na China. No dia 25 de fevereiro de 2020, foi confirmado o primeiro caso de COVID-19 no Brasil, em um paciente de 51 anos, morador de São Paulo e procedente da Itália. Na mesma data o Ministério da Saúde decretou estado de emergência em saúde pública. No Distrito Federal, o primeiro caso foi confirmado no dia 05 de março, em uma mulher de 52 anos que havia chegado, recentemente, da Europa. Ela também foi o primeiro caso grave registrado no Brasil, ocasionado por algumas comorbidades. Após 46 dias internada no Hospital Regional da Asa Norte (HRAN), hospital público de referência para doenças infecciosas, a paciente se recuperou. A advogada é residente do Lago Sul, região administrativa do DF considerada o epicentro da riqueza no país, de acordo com levantamento feito pela Fundação Getúlio Vargas (FGV). A média salarial dos moradores da região é de R$ 23.019 por mês, e quando se consideram apenas os que declaram o Imposto de Renda (IR), a média sobe para R$ 38.460 por mês. O Lago Sul tem 29.346 habitantes[17].

Essa paciente foi atendida pelo Sistema Único de Saúde, apesar de ser beneficiária de plano de saúde, porque o hospital privado que procurou negou-se a atendê-la ao detectar os sintomas do *Coronavírus*. Esse foi o primeiro caso num número total de 215.135 casos confirmados no DF até 30 de dezembro de 2020, e 4.248 óbitos. Na mesma data o país registrou 7.619.200 casos e 193.875 mortes, sendo o terceiro em número de casos em todo mundo, superado pela Índia e pelos Estado Unidos, mas apenas pelos Estados Unidos quando a comparação é com o número de mortes.

São diferenças abissais (SANTOS, 2006) as que separam a população de rua que se concentra no Setor Comercial Sul (SCS) e a moradora do Lago Sul, primeira acometida pela Covid-19 na capital federal, mas as formas de transmissão da doença são as mesmas.

[17] Reportagem do Correio Brasiliense em 02/08/2020.

3.2 A PROPOSTA METODOLÓGICA INICIAL E A NECESSIDADE DE AJUSTES

O atendimento aos objetivos dessa pesquisa exigiu uma combinação de aportes metodológicos qualitativos que incluem análise documental, cartografia e análise socio-semiológica.

A pesquisa envolveria entrevistas com gestores públicos em nível federal, técnicos da área da saúde e representantes do Movimento Nacional da População em Situação de Rua (MNPR) que, na época da implantação da Política Nacional de Saúde da População em Situação de Rua, formavam comitês técnicos responsáveis pela construção dessa política. Também estavam previstos o registro visual da realidade vivida por pessoas em situação de rua em dois grupos distintos nas cidades de Brasília/DF e do Rio de Janeiro/RJ, e a análise dos documentos disponíveis sobre a implantação da política.

Após aprovação do Projeto de Pesquisa pelo Comitê de Ética da Escola de Saúde Pública, Joaquim Venâncio, em dezembro de 2019, iniciei as primeiras conversas com grupos de moradores de rua, que se localizavam no Setor Comercial Sul, em Brasília, em fevereiro de 2020, para depois iniciar o mesmo trabalho na cidade do Rio de Janeiro. As aproximações com os dois grupos já vinham ocorrendo desde 2017 quando do início do doutorado no PPGICS. Entre fevereiro e março a pandemia inicia no país, o estado de emergência em saúde pública é decretado e a conjuntura fica mais adversa. As orientações de isolamento domiciliar, afastamento social, uso de máscaras, álcool em gel para limpezas das mãos e até luvas, além das incertezas e medos que uma pandemia nesta proporção ocasiona, ameaçavam toda a pesquisa da forma que ela estava estruturada.

As informações sobre as condições das pessoas no SCS, a necessidade de materiais para higiene pessoal, comida, água e os pedidos de ajuda começaram a chegar através dos grupos de *WhatsApp* sobre o tema dos quais eu participava. Chegavam também informações sobre as medidas tomadas pelo MNPR e pelas instituições de fiscalização da aplicação de leis como Ministério Público e de defesa dos necessitados: a Defensoria Pública; medidas que obrigavam o Governo do Distrito Federal a realizar ações de proteção às pessoas em situação de rua. Observe-se que o Distrito Federal foi o primeiro da federação a estabelecer restrições de circulação de pessoas e a fechar escolas e comércio.

Uma pesquisa com os objetivos que nos propusemos não teria como ignorar a

maior crise sanitária dos últimos 100 anos, tampouco a forma como ela afetaria uma população tão vulnerabilizada como essa. A questão estava em ir para a rua, ignorando as restrições e correr os riscos hoje conhecidos, ou tentar fazer um levantamento posterior, além do acompanhamento nos grupos de conversa *on-line*. Após uma conversa com a orientadora, combinamos que era necessário considerar a conjuntura da pandemia na pesquisa em andamento, e assim fizemos. Para tanto, a cidade do Rio de Janeiro foi suprimida como lócus do trabalho de campo, porque não haveria condições para esse trabalho em uma cidade onde eram necessários constantes deslocamentos, colocando em risco pesquisadora e pesquisados. No momento em que a pandemia iniciou eu estava residindo em Brasília e seria muito arriscado viajar para o Rio de Janeiro.

Com essa decisão, foi necessário proceder as alterações metodológicas, mais especificamente, na composição dos sujeitos da pesquisa, na forma de aproximação dos técnicos, gestores e da PSR, e no acesso a documentos, passando a predominar a via mediada pela internet, exceto a aproximação com as pessoas em situação de rua.

3.3 ESTRUTURA METODOLÓGICA

Considerando todos os movimentos que foram necessários e possíveis, os procedimentos podem ser assim sintetizados e classificados: Análise Documental; Cartografia: conversações, registro visual da realidade vivida, mapeamento dos interlocutores; Análise socio-semiológica: Análise Discursiva – dos atores governamentais – e Tradução – da população em situação de rua. Esquematicamente:

1 - Análise documental
2 - Cartografia
    2.1 - Conversações
    2.2 - Registro visual da realidade vivida
    2.3 - Mapeamento dos interlocutores
3 - Análise socio-semiológica

3.1 - Análise de discursos – Documentos e entrevistas

3.1.1 - Condições de produção;

3.1.2 - Vozes;

3.1.3 - Palavras plenas.

3.2 - Tradução - População em situação de rua

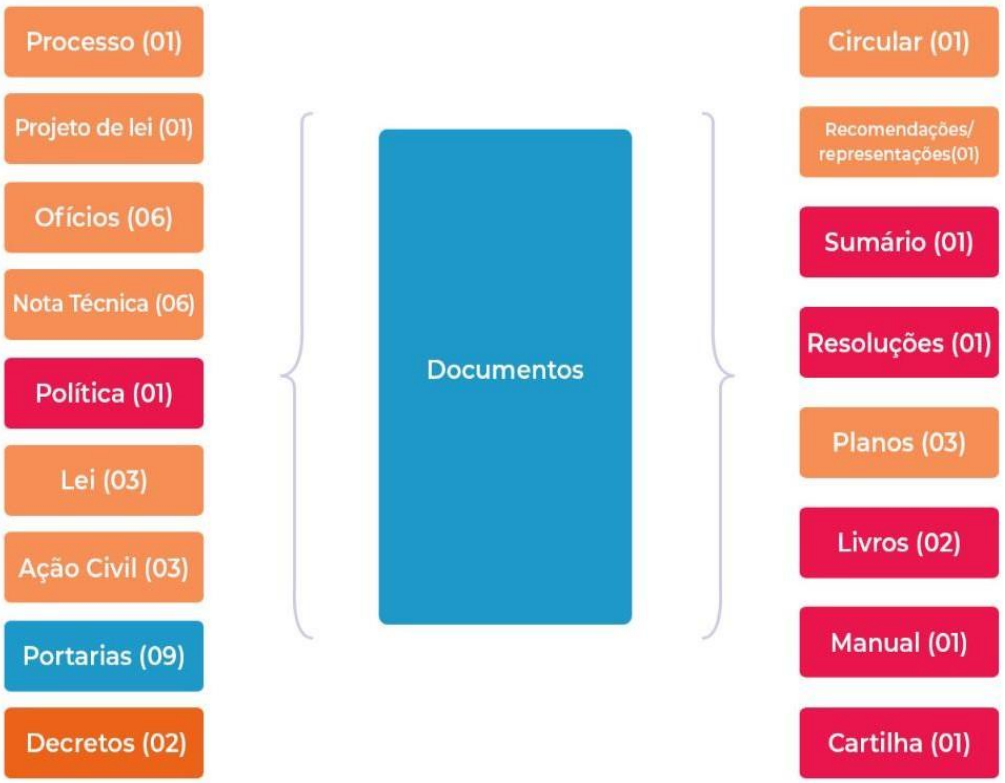
Os procedimentos não seguiram uma ordem temporal, mas foram aplicados em diferentes processos e materiais textuais, na medida de sua necessidade.

3.3.1 Análise documental

A análise documental consiste em uma série de operações no intuito de estudar documentos para compreender as circunstâncias e, no nosso caso, sua utilização está vinculada à necessidade de compreensão das políticas públicas para a PSR. Neste sentido, foi aplicada aos decretos, portarias, cartilhas, manuais e cartas que guardam a memória da construção das políticas públicas no âmbito federal. Este foi um caminho indispensável para, de forma associada com as conversações e a análise de discursos, elucidar como se deram as negociações, discussões e implementação do cuidado à população em situação de rua.

No Distrito Federal, uma variedade de documentos também se mostrou importante para revelar as medidas legais e administrativas que foram tomadas no sentido de proteger a PSR do adoecimento, já que as condições estabelecidas não lhes davam possibilidade de isolamento, distanciamento social e higiene necessárias. Tanto o Governo do Distrito Federal (GDF), os Ministérios Públicos, a Câmara Distrital Legislativa como o Movimento Organizado e outras instituições não governamentais editaram uma série de documentos entre leis, decretos, notas técnicas, resoluções, dentre outros, no sentido de garantir uma assistência condizente com a pandemia para o povo da rua. O resultado do levantamento pode ser visto na figura abaixo.

Figura 5 - Tipos de Documentos Localizados



Fonte: Elaboração própria

Foram selecionados 50 documentos para serem analisados. Os que estão em um tom vermelho foram os encontrados na primeira fase da implantação da Política Nacional para a População em Situação de Rua (PNPR) e vão de 2008 até 2019. Basicamente, é um corpus formado pela pesquisa realizada pelo Ministério do Desenvolvimento Social (MDS) e as publicações frutos dos seus desdobramentos, além das portarias e decretos editados para garantia de direitos. Em laranja estão os documentos da segunda fase, produzidos durante a pandemia, que se mostrou uma produção bem maior, fato explicado pelas renovações diárias das necessidades e as consequentes renegociações. Em azul estão os documentos que fazem parte das duas fases. Há decretos, portarias e planos nas duas fases de levantamento documental.

Os documentos foram buscados nos sites oficiais do governo federal, e o campo foi se ampliando a cada referência encontrada nos próprios documentos. Na fase da pandemia, as minhas discussões com a militância dos movimentos sociais e com gestores que elaboraram o Plano Intersetorial para atendimento a PSR deram-me acesso imediato e diário à grande produção de documentos para garantia de direitos na conjuntura da calamidade pública.

Separados em blocos, os documentos foram analisados em dois movimentos consecutivos. Num primeiro, a análise documental propriamente dita, passaram por processos identificatórios e classificatórios, sendo considerados a época, origem institucional, autoria, gênero documental, vinculações com outros documentos. Num segundo movimento, passaram por uma análise discursiva, pela qual se buscou perceber os sentidos de corpo, saúde e cuidado que emergiram nesses documentos, consideradas as suas condições de produção, as vozes e as palavras plenas ali presentes e estruturantes do ponto de vista discursivo.

No primeiro bloco, os documentos foram analisados separadamente, um a um, entretanto respeitando o cruzamento e a relação entre dois ou mais documentos, alguns deles foram incluídos nas análises nominadas dos documentos com mais envergadura. Esse é o caso da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), por exemplo, que foi analisada juntamente com a Portaria nº 122 que cria os consultórios na rua por causa da sua correlação. Neste caso específico, a PNAB apenas interessa no que diz respeito a estratégia voltada para a PSR. Essa união, também, ocorre com o Sumário Executivo da Pesquisa Nacional e o Livro Rua Aprendendo a Contar. A Resolução nº 02 e a cartilha Saúde da População em Situação de Rua – um direito humano foram analisadas, mas não traziam nenhuma informação que já não tivesse incorporada em outros documentos, como suas análises já estavam contempladas, esses dois documentos foram, assim, diluídos nos demais.

Ainda neste sentido, alguns documentos foram analisados mais a fundo porque trazem discursos fundadores para toda a política desenvolvida nesse campo, e, também, porque são definidores das mudanças de direitos e da orientação do atendimento a PSR, como é o caso do Decreto 7.053, do livro Rua Aprendendo a Contar e do Manual sobre o Cuidado à Saúde junto a População em Situação de Rua.

Já o segundo bloco, pelo volume de documentos encontrados, a análise foi feita conjuntamente e explicitada num grande quadro que evidencia as palavras plenas e as vozes encontradas em cada texto, separadas por tipo de documento. A partir desse apontamento foram realizadas as análises.

3.3.2 Cartografia

Por cartografia designamos[18] um conjunto de procedimentos que visaram mapear a percepção dos sujeitos da pesquisa sobre o tema em pauta – o corpo e seus cuidados considerando a população em situação de rua. A ideia de cartografia aqui não necessariamente se remete e se complementa com mapas visuais, mas diz respeito ao fato de ir associando esse processo perceptivo a territórios específicos, materiais, institucionais ou simbólicos que afetam os processos e as materialidades textuais que deles resultam.

Os procedimentos que foram incluídos na cartografia foram:

3.3.2.1 Conversações

As conversações, por sua vez englobam um conjunto de aproximações com as pessoas para além de perguntas e respostas, estruturadas ou não, em diferentes momentos, podendo ser únicas ou seriadas, que na nossa pesquisa, dentro das limitações impostas, foram formadas por entrevistas individuais (coletivas foram planejadas, mas não realizadas), conversas informais, as negociações necessárias para a consecução do registro visual em celulares e uma oficina. As definições iniciais sofreram alterações tanto no formato quanto no número de interlocutores. Anteriormente, seriam realizadas apenas com os gestores, técnicos e representantes da população em situação de rua que participaram, em nível nacional, da formulação da política de saúde/consultórios na rua.

Assim, a proposta primeira seria:

1. A partir da análise dos documentos, listar os integrantes do Comitê Técnico de Saúde quando da implantação da Política;
2. Estabelecer uma conversa individual com cada uma das pessoas, sendo um representante de cada seguimento que compõe o Comitê Técnico de Saúde para população em situação de rua no âmbito do Ministério da Saúde;
3. Realizar, com essas pessoas, uma sessão coletiva para assistir e debater o registro da gravação feita pelas pessoas da rua com foco no corpo e na saúde.

[18] Essa concepção e proposta metodológica, que reúne Cartografia e Conversações, está no relatório de pós-doutoramento de Inesita Soares de Araujo, orientadora desta tese, “Por uma semiologia das ausências e emergências”, que ainda não foi publicado.

Desta forma, parte dos interlocutores foi selecionada a partir do que apontava os documentos, ou seja, pessoas com legitimidade para falar tanto do processo quanto dos discursos que estiveram presentes naquele momento. A outra parte, inserida pós-advento da pandemia, foi selecionada entre os técnicos e pessoas da militância do MNPR que estavam e ainda estão, no Distrito Federal, participando ativamente das discussões, da construção de novos direitos para assegurar o cuidado e a proteção das pessoas em situação de rua na realidade da calamidade pública. Coincidentemente, algumas das pessoas estavam presentes nos dois momentos, tanto alguns técnicos e gestores, como pessoas em situação de rua.

Ao mesmo tempo, a sessão coletiva que visava possibilitar uma mobilização de ideias através dos sentidos acionados pelo vídeo não foi possível de ser realizada por causa da necessidade de distanciamento social imposta pela pandemia. Das sete conversas realizadas, apenas uma foi feita, presencialmente, porque ocorreu no mês de janeiro de 2020, antes dos primeiros casos no Brasil; todas as demais foram realizadas virtualmente, através das ferramentas Zoom, WhatsApp e Skype.

Essas conversações, no nível dos gestores, técnicos e representantes do MNPR permitiram compreender como se deram os processos participativos de construção da política pública, o lugar ocupado por cada um dos participantes na hora de definir estratégias e linhas de cuidado, numa dimensão que a análise documental não poderia suprir. O quadro abaixo apresenta os sete interlocutores dessas conversações:

Quadro 2 - Interlocutores das conversações

GESTORES	Kátia Souto	DEGEP/SEGEP
	Eduardo Melo	DAB/SAS
TÉCNICOS	Marcelo Pedra	DAB/SAS
	Alexandre Trino	DAB/SAS
MOVIMENTO ORGANIZADO	Vanilson Torres	MNPR
	Kleidson Bezerra	MNPR

Fonte: Elaboração própria

Os gestores e técnicos faziam parte de dois departamentos em duas secretarias distintas dentro do Ministério da Saúde: o Departamento de Gestão Estratégica e Participativa (DAGEP) da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SEGEP), hoje extintos; e o Departamento de Atenção Básica (DAB) da Secretaria de Assistência à Saúde (SAS). Um dos técnicos participantes, Alexandre Trino, é hoje o coordenador da estratégia consultório na rua no município de Niterói, no Rio de Janeiro. Um dos membros no movimento nacional, Vanilson Torres, substituiu Maria Lúcia Pereira, líder do MNPR, que participou de todo processo de discussão com o Governo Federal desde 2007 e faleceu em 2018. Algumas falas dela gravadas em vídeo foram recuperadas e utilizadas pontualmente na análise.

3.3.2.2 Registro visual da realidade vivida - descolonizando a ciência

Desde a primeira concepção da pesquisa, surgiu como fundamental a inclusão dos olhares da própria população em situação de rua sobre o tema, a cena e o cenário, particularmente sobre sua realidade vivida. Havia uma preocupação de escolher um procedimento que evidenciasse o olhar dos moradores de rua sem a interferência do meu olhar de pesquisadora. Nosso desejo foi tentarmos evitar, o máximo possível, fazer uma pesquisa extrativista que, também o máximo possível, respeitasse os saberes dos atores envolvidos e lhes permitisse elaborar suas próprias questões de pesquisa. Fizemos, então, a opção de trabalhar com registro em vídeo por celulares, feitos pelos participantes da pesquisa, moradores de rua das cidades de Brasília, com temas escolhidos em decisão conjunta com eles, desde que dentro do campo da saúde, do corpo e do seu cuidado. A produção videográfica seria então objeto de análise, utilizando-se recursos da análise de discursos, mas de forma complementar à perspectiva da tradução.

Mais uma vez, a pesquisa foi consideravelmente afetada pela pandemia do novo *Coronavírus*, que exigiu mudanças em sua condução. Os vídeos seriam, inicialmente gravados em dois grupos em duas cidades diferentes – Rio de Janeiro e Brasília. Quando para o projeto de qualificação levantamos que essas cidades têm diferenças culturais e arquitetônicas que afetam o comportamento da população de rua, bem como a formação dos grupos na rua. A cidade do Rio de Janeiro precisou ser eliminada do corpus da pesquisa pelos motivos já explicados. A opção foi por dividir os sujeitos de pesquisa em dois grupos dentro da cidade de Brasília.

As aproximações referentes aos participantes em situação de rua foram realizadas em dois espaços: o Autódromo Nelson Piquet, onde um grupo de 200 homens estava abrigado e o Setor Comercial Sul[19], local onde sempre teve grupos de pessoas vivendo nas ruas, entretanto mais que duplicou durante os primeiros meses da pandemia. Essas aproximações foram efetivadas através de conversas, entrevistas e uma oficina, realizada com alguns dos que estavam abrigados no Autódromo.

No mês de abril, me voluntariei no Alojamento do Autódromo para a realização de uma oficina de comunicação comunitária. Além do meu objetivo como pesquisadora, considerei interessante propor uma atividade de ocupação para pessoas que foram confinadas num espaço onde pouco havia o que fazer. Neste primeiro mês de funcionamento não havia oferta de qualquer atividade laboral, além de alguns livros, um aparelho de televisão, uma mesa de *pebolim* e dominó, de modo que a minha oferta foi bem aceita pelo Instituto Tocar – instituição responsável por esse acampamento. A oficina era realizada as terças e quintas-feiras entre as nove e as 11 horas. Algumas vezes esses horários foram alterados, porque havia pouca organização da coordenação e dos monitores, fazendo com que os horários se chocassem. No decorrer do mês de maio, outras atividades foram agregadas como aulas de frevo, meditação e até horários de oração. A proposta da oficina também levou em conta a possibilidade de que eles pudessem desenvolver materiais de comunicação sobre o *Coronavírus* mais condizentes com a realidade das ruas, usando uma linguagem e orientações mais apropriadas.

Utilizando técnicas da comunicação comunitária e sindical, as aulas consistiam em estimulá-los a produzirem suas próprias peças de comunicação sobre a pandemia e os seus cuidados, com o material que poderiam ter mais facilmente disponível, com a linguagem que conheciam e com orientações exequíveis na realidade em que vivem. Disponibilizei material de papelaria (cartolinas, pincéis, tesoura, cola) e eles tiveram a liberdade de abordarem o que quisessem e da forma que quisessem. Sempre começávamos o dia com uma música, um deles dizia que música queria ouvir e a gente escutava, quase sempre a escolha era por música evangélica. A última etapa da oficina foi sobre vídeo-ativismo e, como trabalho de conclusão, foi solicitado que cada um deles gravasse um vídeo sobre o tema que quisessem. Então, expliquei sobre esta pesquisa e sobre o meu interesse no vídeo produzido. A participação na

[19] Esses espaços estão descritos em detalhes no capítulo IV.

oficina não era constante, alguns dias tinham 20 pessoas, noutros, quatro pessoas. Eles tinham dificuldade em acompanhar os dias da semana e, assim, confundiam os dias das aulas, além disso, o gerenciamento não colaborava com a fixação de um calendário ou a organização do espaço. Todas as vezes era preciso organizar a área e fazer uma abordagem na sala de televisão ou nas mesas de jogos. Mesmo assim, alguns alunos eram constantes e participaram de toda a oficina.

Dentre os quase 20 alunos que participaram de forma efetiva ou eventual, foi selecionado o grupo que se propôs a produzir as gravações. Em condições técnicas e organizativa que possibilitasse a análise. Os critérios de seleção para participação foram: a) disponibilidade; b) condições cognitivas e psíquicas; c) facilidade de manuseio dos aparelhos celulares. No quadro abaixo temos os nomes dos participantes que atenderam aos critérios e dos quais as produções foram consideradas nas análises.

Os participantes das gravações no alojamento do autódromo foram: Hélio Magalhães, Luan Paz, Joilson Nunes, Ronaldo Mendes, Márcio, Ailton Bezerra.

As fotos a seguir permitem uma visão de como o alojamento estava organizado, bem como da participação na oficina.

Figura 6 - Área central do alojamento

Fonte: Acervo próprio

Figura 7 - Dormitório em containers

Foto: Acervo próprio

Figura 8 - Oficina de Comunicação Comunitária

Foto: Acervo próprio

Figura 9 - Oficina de Comunicação Comunitária

Foto: Acervo próprio

Figura 10 - Atividades no Autódromo

Foto: Acervo próprio

Figura 11 - Atendimento médico no Autódromo

Foto: Acervo próprio

Figura 12 - Cartaz produzido na oficina

Foto: Acervo próprio

Figura 13 - Cartaz produzido na oficina

Foto: Acervo próprio

Figura 14 - Cartaz produzido na oficina

Foto: Acervo próprio

Com o grupo que permaneceu na rua não foi possível realizar uma oficina, porque a rua não oferecia a segurança sanitária necessária, e naquele momento, com as ruas vazias, também não oferecia a proteção necessária. Entretanto, Jerusa Campos, de quem havia me aproximado em 2019 no Centro POP da Asa Sul, também no Plano Piloto, integra um grupo de pessoas em situação de rua que vivem no SCS, aceitou minha proposta de gravar vídeos com esse grupo. No autódromo estavam alojados apenas homens, e o grupo dela, de maioria mulheres, possibilitaria uma diversidade de posicionamentos e discursos. O fato de terem permanecido nas ruas, também traria outros questionamentos e outra visão da pandemia fora da proteção dada pelos alojamentos. Os registros no SCS tiveram as participantes do quadro abaixo:

Quadro 3 - Participantes do SCS

Liderança/entrevistadora	Jerusa Campos
Entrevistada	Jocasta Martinati
Entrevistada	Leonor Pereira
Entrevistada	Elione Alves
Entrevistada	Edelzuita

Fonte: Elaboração própria

Jerusa assumiu então o papel de entrevistadora do grupo e – por iniciativa própria – se apropriou do título da tese para interpelar as pessoas: Se essa rua fosse minha, se esse corpo fosse meu. Os vídeos desse grupo são conversas muito interessantes protagonizadas por ela e por suas companheiras de rua. As fotos abaixo registram um pouco do ambiente dessa parte da pesquisa.

Figura 15 - População de rua no SCS

Foto: Acervo próprio

Figura 16 - Jerusa com os pertences do seu grupo

Foto: Acervo próprio

A estimativa é que em todo o DF haja pouco mais de três mil pessoas vivendo em situação de rua[20]. O último levantamento do IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, que usa como base o CadÚnico - Cadastro Único para programas Sociais do Governo Federal e o Censo Suas – Sistema Único de Assistência Social, realizado em março de 2020 dá conta de um número de 221.869 pessoas vivendo nas ruas no país. O maior número dessa população no DF se concentra no Setor Comercial Sul (SCS) no Plano Piloto. O encontro com essas pessoas, dos dois grupos e muitas outras que não participaram do corpus da pesquisa não pode ser traduzido em palavras, a inteligência, a arte, a sensibilidade, a loucura, o sofrimento, a agressividade, a beleza deveria falar a todos mais do que esse relatório de tese.

3.3.2.3 Mapeamento dos interlocutores

Como parte do procedimento cartográfico, trabalhamos com a noção de mapa dos interlocutores ou rede de interlocução, numa perspectiva teórica de mercado simbólico, pela qual esse mapa ou rede pode ajudar a visualizar os participantes de um determinado campo discursivo e suas posições comparativas em relação à sua centralidade discursiva, que advém do seu poder simbólico. Este conceito, o de poder simbólico, está relacionado *"à legitimidade das palavras e daquele que a pronuncia".* (BOURDIEU, 1989, p. 15), é invisível e poucas vezes reconhecido, seja por quem está sujeito a ele, seja por quem o exerce. O reconhecimento, nesse caso, tem sua base na legitimidade, que passa a ser, então, um atributo central na prática comunicativa, sendo sua ausência ou presença uma das principais condições de produção discursiva. O estudo dos discursos midiáticos, ou dos discursos da saúde ou de qualquer outro campo, não pode prescindir desse entendimento: a possibilidade do exercício do poder simbólico está na razão direta da legitimidade de quem fala, seja um indivíduo, seja uma instituição.

O poder simbólico fica potencializado em seu valor analítico quando a ele associamos o conceito de discursos concorrentes (VERÓN, 1980; ARAUJO, 2000 e 2002), cujo entendimento fica facilitado se considerarmos que a comunicação opera como um mercado, ocorrendo um processo contínuo e negociado de produção,

[20] Sarmento em sua dissertação de mestrado considera uma população de 6000 pessoas em situação de rua no DF a partir de informações obtidas em uma das instituição que oferecem abrigamento.

circulação e consumo discursivo; que nesse mercado o que está sendo negociado são visões de mundo, percepções sobre as coisas da vida e do mundo; que cada interlocutor está em busca, nesse mercado, de uma parcela do poder simbólico (ARAUJO, 2002).

A ideia da comunicação como um mercado simbólico, desenvolvida amplamente por Araujo (2002), em sua tese de doutorado, a partir de contribuições de Bourdieu (mercado e poder simbólicos), de Bakhtin (linguagem como arena dos embates sociais) e Fairclough (discurso como prática que possibilita a mudança social), entre outros autores, tem como um dos elementos centrais da proposta a ideia de que este mercado simbólico não é um mercado de iguais. Antes, opera numa sociedade desigual, na qual os poderes, inclusive o simbólico, são desigualmente repartidos. Assim, o processo de negociação que caracteriza qualquer mercado, neste reveste-se da característica de luta por mais igualdade nas condições de produção, circulação e apropriação dos bens simbólicos.

Quando a ideia de mercado simbólico é aplicada a um tema, ou a um grupo específico que se articula em torno de um tema, permite perceber as relações e o ordenamento desse grupo tendo como base o parâmetro do poder simbólico. Essas relações e ordenamento podem ser visualizados no que seria um mapa de interlocutores, que podem ser representados por indivíduos ou comunidades discursivas. Posicionados em seus lugares de interlocução, o mapa permite ter uma ideia clara de qual ou quais os discursos participam ou participaram dessa determinada situação e quem teve mais legitimidade, mais poder de constituir uma determinada realidade. Ele tanto pode ser usado como elemento de visualização, como é uma técnica de pesquisa eficaz quando se pretende que os próprios participantes cheguem às conclusões junto com o pesquisador. Foi esse princípio e essa prática que concretizamos com os gestores, técnicos e representantes do MNPR.

Nas conversações, o mapa foi explicado aos interlocutores e cada um deles posicionou os participantes da elaboração das políticas públicas para a PSR num determinado lugar de interlocução, resultando num mapa dos interlocutores da construção da PNPR. O ideal é que esse mapa seja feito pessoalmente, mas o uso do vídeo e a visualização de outros mapas, tornou possível a elaboração do mesmo.

3.3.2.4 Análise socio-semiológica

Este terceiro eixo da estrutura analítica desdobra-se em dois movimentos. Um, pautado pela análise de discursos, outro pela tradução, ambos tratados como procedimento teórico-metodológicos, mas também com valor epistemológico. Se a semiologia dos discursos sociais é a disciplina que organiza as ideias e contribui com as práticas, o faz por uma perspectiva social, que a distingue das de base puramente linguística.

3.3.2.5 Análise social de discursos

Sob a denominação de análise social dos discursos há várias tendências, linhas analíticas e modelos distintos. Trata-se de um campo complexo e interdisciplinar com raízes na sociologia, psicologia, comunicação e semiótica. Ancoramos a análise realizada aqui nos campos da comunicação, semiótica e sociologia através dos recursos analíticos propiciados pelos conceitos de condições de produção, de vozes no texto e de palavras plenas, todos fundamentais na produção dos sentidos que resultam da circulação dos textos.

Compreendemos melhor a ideia de mercado simbólico, discutida anteriormente, se levarmos em conta o entendimento de Michel Foucault (1986, p. 56) de que discurso é uma prática e não uma simples articulação de ideias numa estrutura qualquer de linguagem. Discursos são *"práticas que formam sistematicamente os objetos de que falam"*. Como prática, ele não pode ser concebido como algo fechado, mas sim como algo que se constitui de forma diferente em cada situação a depender dos vários contextos. De acordo com Araujo (2009),

> Percebemos a realidade como produto de vários contextos, cuja articulação promove um efeito de unidade. Em constante movimento e interdependentes, estes contextos são campos de luta simbólica e, como tal, espaços onde os agentes desenvolvem estratégias de manutenção ou transformação da ordem dominante, seja econômica, política ou discursiva. Nos domínios simbólicos, a interdependência é uma decorrência lógica da interdiscursividade (ARAUJO, 2009, p. 45)

Os contextos que Araujo privilegia em sua análise foram relevantes para a compreensão das redes de sentido que se formaram entre os documentos, mas também para compreender as condições de possibilidade de cada interlocutor. Mais especificamente, o contexto textual - a "palavra-chave" deste contexto é textualidade,

fala da dependência de um texto a outros textos que lhe estão próximos; o intertextual - segundo a autora, a “palavra-chave” é historicidade, está relacionado ao conhecimento acumulado que cada pessoa tem na vida e que aciona ao atribuir sentidos; o existencial - fala do lugar que cada interlocutor ocupa no mundo: os grupos aos quais pertencem, suas histórias particulares, suas experiências pessoais. A partir dele toda a rede intertextual é definida. Prática social é a palavra-chave; e o situacional – as posições que as pessoas ocupam na sociedade são definidoras da legitimidade de suas falas, afetando sua possibilidade de exercício de poder simbólico. Desse lugar é que o interlocutor desenha suas estratégias enunciativas. Uma única pessoa ocupa várias posições em cada situação. A essas posições a autora chama de lugar de interlocução que é a “palavra-chave” deste contexto (2002).

A ideia de contexto está vinculada diretamente à de “condições de produção” dos sentidos sociais (PINTO, 1999). O contexto é “um conjunto de variáveis que possibilitam a existência de uma enunciação, um texto, um discurso, mantendo com eles uma relação dialética de mútua construtividade” (ARAUJO, 2009, p. 45). Em outros termos, que formam as condições de emergência de um texto. Assim, entramos em um dos três conceitos operacionais da análise discursiva.

3.3.2.5.1 Condições de Produção

Assim, a identificação dos traços deixados na superfície dos textos, que Verón (2004, p. 61) define como “uma expressão equivalente ao conjunto significante: designa-se um pacote de matérias significantes (linguísticas e outras), independente do modo de abordar sua análise”, permite que sejam reconstruídas as operações discursivas e identificadas as condições de produção e as condições de reconhecimento.

Na pesquisa, analisei os vários discursos, comparando uns aos outros no que têm em comum e no que têm de diferente nas suas gramáticas de produção, no seu fenômeno interdiscursivo.

Sob a perspectiva das condições de produção, analisei nos documentos as condições históricas, discursivas, materiais e institucionais de produção desses textos, buscando um aprofundamento da compreensão dos contextos que permitiram e emergência desses sentidos. As entrevistas, analisei da mesma forma os contextos procurando compreendê-los, especificamente o intertextual e o existencial, a condição

de cada interlocutor a partir do lugar que se colocava na época e se coloca no momento, entendendo que seus discursos tem uma relação direta com esse lugar. Considerei também que a mediação da internet para a realização das entrevistas e a conjuntura da pandemia eram fortes condições de produção e que poderiam afetar o resultado. Imprimi relevância a forma como os campos de saber vão surgindo e constituindo os discursos e definindo as formas de nomear, incluindo aí os conflitos entre a formas de cuidar e de olhar para o corpo. Nos vídeos, fui buscar além da compreensão dos contextos (quem estava no autódromo, quem estava nas ruas, as histórias de vida), a forma de se comunicar com o celular/câmera, a utilização de técnicas jornalísticas, as relações com a rua e o sofrimento. Nos vídeos as condições de produção falam ainda da relação com as políticas públicas – os consultórios na rua, a oferta de abrigo, a segurança pública; essa relação é afetada também pela violência institucional. Por fim, o formato de entrevista escolhido por Jerusa e a interferência dessa escolha nos discursos produzidos no grupo do Setor Comercial Sul.

3.3.2.5.2 As vozes

Na análise textual trabalhei com o método desenvolvido por Barthes (1992) em seu livro S/Z, no qual ele faz uma análise da novela Sarrasine de Honoré de Balzac. Para ele, devemos reconhecer o texto em sua ação, não em sua individualidade, avaliação/análise só pode ser feita sobre o que pode ser *escrevível*, escrito, reescrito.

Quando fala em interpretação dos textos ele lembra Nietzsche e o sentido que ele dá a essa palavra. “Interpretar um texto não é dar-lhe um sentido (mais ou menos embasado, mais ou menos livre), é, ao contrário, estimar de que plural é feito” (BARTHES, 1992, p.39). As redes são múltiplas e se entrelaçam no texto, numa “galáxia de significantes”, há diversas entradas não hierarquizadas e o sentido não é submetido numa determinada decisão, mas “sua medida é o infinito da linguagem” (ibid., p. 40).

Para estarmos atentos ao plural dos textos ele propõe que “não há construção do texto: tudo significa sem cessar e várias vezes, mas, sem a delegação a um grande conjunto final, a uma estrutura derradeira” (ibid, p. 04). Para sua análise, ele aplicou uma série de procedimentos, dentre eles o que chamou de estrelar e quebrar um texto. Estrelar é separar em blocos de significação que ora podem ser algumas palavras,

ora algumas frases, as quais chama de *lexias* – unidades de leitura.

> O texto, em sua totalidade, é comparável a um céu, plano e profundo ao mesmo tempo, liso, sem bordas e sem referências; tal como o áugure, recortando com a ponta do bastão um ângulo fictício no céu para aí interrogar, segundo certos princípios, o vôo dos pássaros, o comentador traça ao longo do texto zonas de leitura para nelas observar a migração dos sentidos, o afloramento dos códigos, a passagem das citações (BARTHES, 1992, p. 47).

As *lexias* indicam cinco grandes códigos que reúnem todos os significados do texto e traduzem as vozes presentes, dentre outras marcas.

> Um paradigma que, a todo custo, é necessário reconstruir. O código é uma perspectiva de citações, uma miragem de estruturas; deles só conhecemos os pontos de partida e os retornos; as unidades que dele provêm (aquelas que inventariamos) são elas próprias, sempre, saídas de texto, a marca, a etapa de uma digressão virtual em direção ao restante de um catálogo (o *Rapto* remete a todos os raptos já escritos); são estilhaços desse algo que sempre foi *já* lido, visto, feito, vivido: o código é o sulco desse *já.* (BARTHES, 1992, p.54)

Os códigos são considerados vozes em *off* a entrelaçar-se, que “desoriginam a enunciação”, que também são considerados vozes (ibid, p. 54).

Os códigos e as vozes correspondentes são os seguintes:

- Código hermenêutico – Voz da Verdade: não aparece em ordem constante, mas enfatiza o tema, o posiciona, apresenta, formula;
- Código semas – Voz da Pessoa: os sentidos construídos por esse código, apesar de dispersos dão pistas sobre as pessoas que estão falando;
- Código simbólico – Voz do Símbolo: se chega a esse campo por várias entradas iguais, é um campo da “multivalência e reversibilidade [...] (p. 53), essas entradas podem ser através de um anúncio, um resumo, uma contiguidade;
- Código proairético – Voz da Empiria: “uma textura de arabescos”, na qual os comportamentos se organizam em sequências que devem ser percorridas – seriam os efeitos, os manejos de leitura. Um nome (acesso, proteção) faz a sequência ao ser lido por causa das informações que quem leu já tem sobre esse nome.

- Código cultural – Voz da Ciência: como o próprio nome sugere, são as referências de uma sabedoria ou cultura. O analista deve procurar apenas listá-las sem buscar construir ou reconstruir a cultura citada.

No espaço textual se cruzam os códigos-vozes, produzindo sua pluralidade, que buscamos “capturar” em situação de análise.

3.3.2.5.3 A plenitude das palavras

O linguista francês Dominique Maingueneau diz que a análise de discurso (AD) pode ser qualquer coisa, já que toda produção textual pode ser compreendida como discurso. Para ele a AD está relacionada aos sentidos que a linguagem faz para os “sujeitos inscritos em estratégias de interlocução, em posições sociais ou em conjunturas históricas” (MAINGUENEAU, 1997, p. 11-12). Ainda para ele, a AD está relacionada aos textos produzidos “no quadro de instituições que restringem fortemente a enunciação; nos quais cristalizam conflitos históricos, sociais, etc.; que delimitam um espaço próprio no exterior de um interdiscurso limitado” (ibid., p.13- 14).

As definições do francês se articulam e se encontram com as demais definições de Eliseo Véron (condições de produção), e Inesita Araujo (contextos). Para as análises a que procedemos o conceito de palavra plena, que “possuem um significado suscetível de valores discursivos específicos, de acordo com os contextos”. (MAINGUENEAU, 1997, p. 130). Mas as palavras plenas são, principalmente, palavras prenhes de sentidos que se formaram historicamente, já trazem, em si mesmas, sentidos consolidados, que em alguns contextos textuais terão seu efeito muito potencializado.

Araujo (2000) explica que as palavra plenas, as que utilizamos em nossa análise, têm seus sentidos dependentes das formações discursivas e que já está construído no pensamento das pessoas. Ela considera importante reafirmar “[...] que as palavras consolidam ou não seu sentido no contexto pragmático da comunicação, ou seja, em situação de interlocução, quando em pleno funcionamento do mercado simbólico” (ARAUJO, 2000, p. 157). São essas palavras que, em conjunto com outros elementos discursivos, estruturam as principais ideias que o texto propõe e faz circular, sendo que em alguns elas são decisivas para essa estruturação.

3.3.2.6 A difícil tradução

Foucault (2005) diz que os intelectuais demoraram, mas descobriram que as massas não precisam deles para saber, que elas claramente sabem e dizem muito melhor do que eles, mas são barradas pelo sistema de poder. Analisar o que as pessoas em situação de rua disseram em suas gravações foi como barrá-las.

Não obstante, os participantes das gravações em nenhum momento fizeram o que desejávamos ou esperávamos, as orientações dadas foram as de que nosso interesse era em assuntos relacionados a saúde, mas deixando-os livres para fazer suas próprias escolhas. Eles pegavam os celulares e saíam a fazer o que tinham vontade, dizer o que tinham vontade, na ordem do seu discurso. Falavam de economia, chamavam para voltar ao trabalho, reclamavam da polícia etc..

Boaventura de Sousa Santos, em suas Epistemologias do Sul, entendidas como um conjunto de procedimentos que visa reconhecer e validar o conhecimento produzido por aqueles que sofreram a dominação e a exclusão causada pelo colonialismo, pelo patriarcado e pelo capitalismo, nos mostra que não existe apenas uma forma rigorosa de conhecimento. Ao gravar ou fotografar uma cena, a mão por trás da câmara faz a opção por um enquadramento, enquadramento esse que está relacionado aos contextos de quem está manipulando o equipamento. Dentre os muitos vídeos produzidos no Brasil sobre essa população, alguns enquadraram essas pessoas exatamente como o estereótipo que enfrentam todos os dias: bêbados, drogados, maltrapilhos e com dificuldade de raciocínio. Não é isso que vimos quando nos permitimos adentrar nos espaços ocupados por eles nas ruas, quando nos permitimos conhecê-los, o que vimos é a expressão máxima da heterogeneidade da qual é formado todo e qualquer grupo social mais ampliado. Para Martins (2017, p.18), “a atribuição de limitações à atividade e à participação social ao corpo dito deficiente, tende a naturalizar poderosamente o vínculo à inferioridade e à experiência da exclusão social”, entendemos que a condição de viver na rua é vista como uma deficiência. Todos aqueles corpos que estão na rua são deficientes sociais, enxergados como doentes e incapazes. Neste sentido, ao entregar a câmara a eles, reconhecemos suas competências e o poder do enquadramento passa a ser deles.

Como vimos em Butler e agora com Martins, a norma é um simbolismo, fora do quadro da norma as vidas são elimináveis. Na tentativa de reconhecer que existem corpos nessa reinvenção da vida que as pessoas que estão na rua foram obrigadas a

exercitar, de reconhecer essas novas formas de fazer as relações com seus corpos e com os demais corpos, optamos por deixar que eles falassem de si, nessa última entrada metodológica na vida das ruas. Em sua epistemologia, entre tantos outros ensinamentos, Santos nos diz que “conhecimento é acima de tudo conhecermos a nós próprios”, e que fazer ciência não é diferente ou dissociável da prática social, mais que isso, de que a ciência é orientada pela prática social e pela busca da verdade (SANTOS, 2014, aula Magistral 1.)[21]. As gravações, então, são um modo de reconhecer que há diferentes formas de conhecimento, formas de reconhecer a diversidade epistemológica do mundo.

Mas é preciso traduzir, é preciso enquadrar nas normas da cientificidade, é o que uma tese de doutorado exige. Com a oficina adentramos nessa nova vida em alojamentos durante a pandemia, com a preocupação de não realizar observação participante, porque era uma metodologia não prevista no projeto enviado ao Comitê de Ética, também porque alguns teóricos, como Santos, consideram essa metodologia extrativista e o meu pouco conhecimento do método poderia me fazer incorrer em erros que prejudicassem a tradução. Ainda assim, tenho claro que ao vivenciar o acampamento, o meu contexto situacional e intertextual já seria alterado e que essa alteração influenciaria a tradução.

Retomando Santos (2006), entendemos que os saberes precisam ser usados e as práticas precisam ser exercidas para que existam. Ao me colocar no lugar daquele capaz de traduzir, entendendo a tradução como um trabalho argumentativo, assumo o desconfortável lugar do sábio, do intelectual. Neste momento da pesquisa, a metodologia usada foi uma tentativa de “permitir” que população de rua fizesse sua própria tradução, como “intelectuais cosmopolitas”.

“O trabalho de tradução é, basicamente, um trabalho argumentativo, assente na emoção cosmopolita de partilhar o mundo com quem não partilha o nosso saber ou a nossa experiência” (SANTOS, 2006, p. 133). Neste relatório de pesquisa, a busca foi para que ele pudesse registrar o compartilhamento da população de rua de sua experiência e sua noção sobre saúde e cuidado durante a pandemia, apesar da minha intervenção nesse processo que nunca deixou de estar presente ou ser sentida. A experiência com Jerusa é um bom exemplo, ela assumiu todo o processo

[21] Aula Magistral 11, Porquê as Epistemologias do Sul, proferida por Boaventura de Souza Santos no dia 14 de março de 2014, na Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra, acesso disponível em https://www.youtube.com/watch?v=svprXT8AjPw.

dentro do seu grupo: leu os termos de consentimento livre e esclarecido, de uso de imagem, gravou com todas em formato de entrevista (sem que recebesse orientação para fazê-lo), escolheu o horário mais apropriado, muitas vezes durante a gravação fez perguntas que só poderiam ter uma resposta, a exemplo de: você se sente violada em seus direitos ao dormir na rua?; ou você gostaria de estar em sua casa?, além disso iniciou todas as “entrevistas” a partir do título da tese: se essa rua fosse sua e se esse corpo fosse seu, o que você faria?. Ao receber as gravações e ver como ela tinha conduzido fiquei emocionada, num primeiro momento, mas no instante seguinte compreendi como a intervenção do pesquisador é forte e interfere no que é estudado, mesmo na sua ausência.

Assim a tradução como trabalho argumentativo é, como toda argumentação, firmada em regras, em generalizações de observações aceitas. Ainda seguindo o pensamento de Santos, “à medida que o trabalho de tradução avança, vai construindo os topoi que são adequados à zona de contato e à situação de tradução” (ibid., p.133). Há também, dentre outras, a dificuldade em traduzir os silêncios:

> Não se trata do impronunciável, mas dos diferentes ritmos com que os diferentes saberes e práticas sociais articulam as palavras com os silêncios e da diferente eloquência (ou significado) que é atribuída ao silêncio por parte das diferentes culturas. A gestão do silêncio e a tradução do silêncio são das tarefas mais exigentes do trabalho de tradução (SANTOS, 2006, p.134).

Procurando ainda exemplificar o sentido da tradução do silêncio, lembramos que Ronaldo, participante do grupo do alojamento do Autódromo, ao fazer seu filme, apenas mostrou o alojamento, os quartos (containers), banheiros, área de recreação, alimentação, sem dizer qualquer palavra sobre o assunto. Também durante a entrevista de Jerusa com Jocasta, quando uma pergunta a outra sobre seu gênero, indicando algumas definições (gay, transgênero, travesti), a outra para um pouco e responde: “eu sou única”, sem mais definições e explicações.

A necessidade da tradução está assentada no que Santos chama de “justiça cognitiva global” o objetivo último da sua epistemologia do sul.

> O trabalho de tradução é o procedimento que nos resta para dar sentido ao mundo depois de ele ter perdido o sentido e a direção automáticos que a modernidade ocidental pretendeu conferir-lhes ao planificar a história, a sociedade e a natureza (ibid., p. 134).

As sociologias das ausências e das emergências seriam a base do trabalho de tradução. Na proposta do sociólogo português, esse trabalho criaria saberes e práticas alternativas à globalização neoliberal.

Essa metodologia aplicada a um grupo populacional que vivencia um completo sofrimento corpóreo é um modo de buscar afetar e ser afetado por esses sujeitos de pesquisa. Um modo, também e principalmente, de reconhecer a humanidade e os direitos dessas pessoas alargando o âmbito do saber. Enfim, não prescindir da relação direta com as pessoas, respeitando o que não se sabe e questionando as “verdades” instituídas sobre elas.

Com este aporte metodológico, se buscou ouvir as vozes dos segregados, reconhecendo suas capacidades como sujeitos políticos, conduzindo, mas evitando induzir, e sem levar respostas prontas para esse contato, evitando acima de tudo não fazer uma pesquisa extrativista. Neste sentido, na análise dos vídeos e das conversas/entrevistas com as pessoas em situação de rua, buscou-se basicamente as vozes acionadas, as manobras para se posicionarem melhor no mercado e as percepções sobre corpo, cuidado de si, no contexto da pandemia do Coronavírus.

Por fim, os interlocutores desta pesquisa são pessoas com necessidade prementes como habitação e emprego e renda, dessa forma usam todas as oportunidades de visibilidade e voz para expressarem suas preocupações neste sentido.

Figura 17 - Ilustração Homem da Rua

Fonte: Aiyon Chung, 2017

4 SE ESSE CORPO FOSSE MEU – TEXTOS EM ANÁLISE

Vi ontem um bicho
Na imundície do pátio
Catando comida entre os detritos.

Quando achava alguma coisa,
Não examinava nem cheirava:
Engolia com voracidade.

O bicho não era um cão,
Não era um gato,
Não era um rato.
O bicho, meu Deus, era um homem.

O Bicho – Manuel Bandeira

O documento, pois, não é mais, para a história, essa matéria inerte através da qual ela tenta reconstruir o que os homens fizeram ou disseram, o que é passado e o que deixa apenas rastros: ela procura definir, no próprio tecido documental, unidades, conjuntos, séries, relações.

Michel Foucault

Em agosto de 2019, em meio às manifestações pela passagem do dia da população em situação de rua em Brasília (22/08/2019), Rafael Machado, do MNPR de Alagoas, durante a sessão de implantação da Frente Parlamentar em defesa da população em situação de rua no Congresso Nacional, fez uma apresentação artística que culminou em uma pergunta contundente à plateia e aos membros da mesa: - o que te sufoca?

A pergunta calou a boca de muitos, mas ao mesmo tempo suscitou respostas de parte da plateia, composta por pessoas que vivem nas ruas: habitação, gritava um; saúde, falou outro; respeito, dignidade etc.

Na ocasião, a Frente também levantou que havia tramitando no Congresso Nacional 12 projetos de autoria de diversos deputados e senadores em resposta a algumas das necessidades do grupo populacional. Desde 2009, quando foi editado o Decreto 7.053 que institui a política pública e os comitês intersetoriais, os direitos da população em situação de rua são assegurados, através de um arcabouço legal composto por decretos, portarias e resoluções. Ainda assim, vários representantes do MNPR, na solenidade de lançamento da Frente, reclamaram o fato da política ser garantida por um decreto e não por uma Lei. No entendimento deles o direito deve ser objeto de política pública expressado em Leis.

Essa preocupação com as formalidades legais e o conhecimento sobre uma hierarquia da normatização política é também uma forma de se apropriarem dos discursos oficiais e os manejarem a seu favor, na busca por uma maior centralidade discursiva (ARAUJO, 2002).

4.1 AS POLÍTICAS

Os documentos formais dialogam entre si e fazem do referenciamento de outros documentos suas afirmações enquanto instrumentos de garantia de direitos. Os decretos citam leis que dão à Presidência da República, por exemplo, o poder de sancionar uma lei, ou uma resolução que reforça aquele decreto. É um processo de alimentação e retroalimentação do poder que uma lei, decreto ou autoridade tem para fazer, modificar e suspender leis, decretos, resoluções etc.

O decreto 7.053 é a primeira das ferramentas formais que, para além de balizar todos os desdobramentos em outros documentos legais em diversas pastas ministeriais, busca definir quem são essas pessoas em situação de rua e as diretrizes e princípios da política. Para compor o corpus documental da pesquisa, foram considerados treze documentos, dos anos 2008 a 2019, tais como decretos, resoluções, planos operativos e portarias editados pelos Ministérios do Desenvolvimento Social – hoje da Cidadania – e da Saúde. Além disso, nessa primeira fase também foram encontrados: dois livros, um sumário executivo, uma cartilha, um manual. Esses treze documentos foram ainda divididos em dois blocos como mostra o quadro abaixo no qual estão organizados cronologicamente:

Quadro 4 - Documentos de implantação da PNPR

TÍTULO	***ANO***	***OBJETIVO***	***AUTOR***	***PÁGINAS***
Sumário Executivo da Pesquisa Nacional	2008	Quantifica caracteriza e define conceitos	Ministério do desenvolvimento social e combate a fome	15
Política Nacional para inclusão da PSR	2008	Apresenta a política	Governo Federal	24

(continua)

Quadro 4 - Documentos de implantação da PNPR

TÍTULO	**ANO**	**OBJETIVO**	**AUTOR**	**PÁGINAS**
Decreto 7.053	2009	Institui a PNPSR e seu CIAMP	Presidência da República	04
Portaria 3305	2009	Institui o Comitê Técnico de Saúde	Ministério da Saúde	02
Livro Rua Aprendendo a Contar	2009	Teorização em cima dos dados encontrados na pesquisa	Ministério do desenvolvimento Social	233
Portaria 2488	2011	Revisa e Aprova a Política Nacional de Atenção Básica	Ministério da Saúde	24
Portaria 122	2012	Define diretrizes e organização do CnaR	Ministério da Saúde	04
Manual sobre o cuidado à saúde junto a PSR	2012	Apresenta a política para profissionais	Ministério da Saúde	97
Plano Operativo para ações de saúde	2012	Apresenta ações e estratégias para o SUS	Ministério da Saúde	07
Resolução nº 02	2013	Define diretrizes para enfrentamento das iniquidades	Ministério da Saúde	05
Cartilha saúde da PSR – um direito humano	2014	Expor diretrizes e estratégias	Ministério da Saúde	37
Livro População em Situação de Rua – Caravana da Cidadania	2015	Educação em diretos humanos para PSR	Secretaria de direitos humanos	30
Decreto 9894	2019	Dispõe sobre o CIAMP	Presidência da República	03

Fonte: Elaboração própria

O quadro acima está organizado na ordem cronológica de publicação dos documentos. Em negrito estão os documentos legais e as publicações relacionadas à Política geral consolidada pelo Decreto 7.053, as demais são os documentos legais e publicações relacionadas, especificamente, à política de saúde da população em situação de rua.

4.1.1 O Decreto 7.053 - Inclusão No Direito

No Decreto 7.053 de 2009, como em vários documentos públicos, a voz legitimada da maior autoridade pública do país institui a política e os Comitês Intersetoriais e define o que é a PSR, conceituando como um grupo **heterogêneo** – e aí emerge na análise a primeira palavra que identificamos como plena (MAINGUENEAU, 1997). A partir desse momento, todas as vezes que se fala nesse extrato social, a demarcação da heterogeneidade está presente, sendo essa, então, a principal palavra que vai perpassar todo esse arcabouço legal. Considerando que todo e qualquer extrato da sociedade é heterogêneo, que as diferenças entre as pessoas sejam físicas, ideológicas, sociais, de raça e cor são intrínsecas aos seres humanos, essa necessidade de demarcar esse grupo com essa característica, sempre que é citado, busca dar uma definição oficial para evitar as muitas definições estereotipadas que os acompanham no decorrer dos tempos, como: vândalos, mendigos, pedintes, maltrapilhos etc.

Endossando essa percepção, olhando a comunicação como um mercado simbólico onde os sentidos são, o tempo inteiro, disputados numa correlação assimétrica de forças (ARAUJO, 2002) a insistência e a ênfase na expressão “grupo heterogêneo” demarca, numa abordagem discursiva, uma estratégia de investimento político simbólico na PSR, buscando favorecer sua posição nesse mercado, evitando sua periferização pelas habituais denominações desqualificantes. Se observarmos esse evento discursivo pela perspectiva do código proairético, que permite perceber a voz da empiria nos textos pela diversidade das sequências em que se apresenta (BARTHES, 1970), pode-se ver com mais nitidez ainda essa “artimanha discursiva” da utilização constante desse termo, pelos documentos oficiais, trazendo consigo seu espectro de qualificação que busca neutralizar antecipadamente qualquer identificação estigmatizadora.

Assim, a seguinte definição:

> Considera-se população em situação de rua o grupo populacional heterogêneo que possui em comum a pobreza extrema, os vínculos familiares interrompidos e a inexistência de moradia convencional regular, e que utiliza os logradouros públicos e as áreas degradadas como espaço de moradia e de sustento, de forma temporária e permanente, bem como as unidades de acolhimento para pernoite temporário ou como moradia provisória. (BRASIL, 2009, p. 1)

tornou-se oficial para toda discussão sobre direito dessa população. Já foi dito aqui

que há diversas formas de definir a população em situação de rua no mundo e poucas vezes elas coincidem. Nomear é um ato político discursivo, atribui identidades e lugares de interlocução, qualifica positiva ou negativamente, constrói sentidos, reconverte olhares (ARAUJO,2000), portanto, definir quem é e quem não é população de rua e, ao mesmo tempo, ampliar as possibilidades de classificação a partir da característica da heterogeneidade é uma prerrogativa da qual o Estado brasileiro, representado naquele decreto, não abriu mão.

O decreto fundador também cria uma instituição de participação social que são os Comitês Intersetoriais de Acompanhamento e Monitoramento - CIAMP e define sua composição. Além disso, deixa claro que estados e municípios devem aderir à Política por meios de instrumentos próprios.

O Decreto nº 7.053, os demais textos que auxiliaram na definição do seu objeto e os outros que o explicam são fundadores e definidores de todas as demais produções textuais públicas, acadêmicas e até dos discursos do Movimento Nacional. Os princípios e as diretrizes das políticas justificam todos os atos e ações voltados a eles. Esta é uma política de equidade, ou seja, tem o objetivo diminuir as iniquidades sociais através de promoção de equidade diminuindo as desigualdades (BRASIL, 2013).

Dentre os princípios constantes na Política estão:

> I – Respeito à dignidade da pessoa humana;
> II – Direito à convivência familiar e comunitária;
> III – Valorização e respeito à vida e à cidadania;
> IV – Atendimento humanizado e universalizado; e
> V – Respeito às condições sociais e diferenças de origem, raça, idade, nacionalidade, gênero, orientação sexual e religiosa, com a atenção especial às pessoas com deficiência. (BRASIL, 2009, p.1))

A soma desses discursos observada à luz do código simbólico, pelo qual se considera a multivalência e a reversibilidade (BARTHES, 1970), conforma com clareza um cenário discursivo em que termos como **dignidade da pessoa humana**, **valorização e respeito à vida e a cidadania, respeito às diferenças como origem, raça, idade** etc, que são recorrentes no mundo contemporâneo, são consideradas palavras ou expressões plenas e surgem na produção dos meios de comunicação, nos textos intelectuais, na fala dos capitalistas e políticos, mas também e, principalmente, pelos movimentos organizados, neste caso como tema principal de suas lutas (COVRE, 1991), aqui são integrados num gênero textual com força

instituinte, para favorecer pessoas talvez de uma das camadas mais desprivilegiadas da sociedade.

Sabemos que um texto é um conjunto de enunciados e que significa sem cessar (BARTHES, 1970). Partindo dessa ótica, nesse primeiro documento, há um exercício de assumir, para dentro do poder público, os discursos daqueles que estão em posições pouco dignas na sociedade, com as suas vidas e os seus corpos sendo pouco respeitados, até mesmo com suas vidas não passíveis de luto (BUTLER, 2006, SANTOS, 2010). Neste sentido, a defesa dessas diretrizes para esse grupo social, vivendo no extremo máximo da pobreza, com seus corpos “assujeitados” (FOUCAULT, 1998), tem um alcance imensurável, porque pode definir entre a vida e a morte.

A apropriação pelo poder público dos discursos dos movimentos sociais, dos defensores de uma sociedade menos desigual pode ser vista a partir de dois aspectos. O primeiro é de manejo discursivo a fim de uma falsa aproximação porque não vai se reverter em práticas de mudança social, de inclusão dos excluídos e de preenchimentos dos abismos na intenção que eles desapareçam. O segundo é de que os poderes constituídos queiram mesmo uma mudança social e que trabalhem para atender os princípios, diretrizes e objetivos presentes no Decreto.

O Decreto 7.053 é considerado uma política de equidade e, como já dissemos, essas políticas reafirmam princípios da Constituição Federal de 1988, que já no seu preâmbulo defende a **igualdade** e a **justiça** como valores supremos:

> **PREÂMBULO**
> Nós, representantes do povo brasileiro, reunidos em Assembleia Nacional Constituinte para instituir um Estado Democrático, destinado a assegurar o exercício dos direitos sociais e individuais, a liberdade, a segurança, o bem-estar, o desenvolvimento, a igualdade e a justiça como valores supremos de uma sociedade fraterna, pluralista e sem preconceitos, fundada na harmonia social e comprometida, na ordem interna e internacional, com a solução pacífica das controvérsias, promulgamos, sob a proteção de Deus, a seguinte CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL.
> **TÍTULO I**
> **DOS PRINCÍPIOS FUNDAMENTAIS**
> Art. 1º A República Federativa do Brasil, formada pela união indissolúvel dos Estados e Municípios e do Distrito Federal, constitui-se em Estado Democrático de Direito e tem como fundamentos:
> I - a soberania;
> II - a cidadania;
> III - a dignidade da pessoa humana;
> IV - os valores sociais do trabalho e da livre iniciativa;

> V - o pluralismo político.
> Parágrafo único. Todo o poder emana do povo, que o exerce por meio de representantes eleitos ou diretamente, nos termos desta Constituição.
> Art. 2º São Poderes da União, independentes e harmônicos entre si, o Legislativo, o Executivo e o Judiciário.
> Art. 3º Constituem objetivos fundamentais da República Federativa do Brasil:
> I - construir uma sociedade livre, justa e solidária;
> II - garantir o desenvolvimento nacional;
> III - erradicar a pobreza e a marginalização e reduzir as desigualdades sociais e regionais;
> IV - promover o bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação. (BRASIL, 1988)

Como vemos, tanto o preâmbulo como os três primeiros artigos da CF estabelecem os princípios e diretrizes que foram necessários reassegurar na política para a população em situação de rua. No Brasil, os decretos regulamentam leis dando-lhe efetividade, ou seja, são necessários para que direitos sejam especificados e garantidos. Podemos nos perguntar por que é necessária uma política para reassegurar o que já está assegurado na Carta Magna do país? Por que para algumas vidas ou corpos é preciso reafirmar suas condições como vidas ou corpos? Seus direitos deveriam estar assegurados desde que a Constituição declarou que o Brasil tem como objetivo erradicar as desigualdades sociais e promover o bem-estar sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor etc. Podemos crer, assim, como nos lembra Boaventura de Souza Santos (2018), que os conceitos universais de cidadania se aplicam a poucas pessoas no mundo. Por isso, decretos, portarias e leis se fazem necessárias para que alguns extratos sociais sejam incluídos no que já deveria ser direito de todos.

Dentre os quinze objetivos contidos na política – e são neles que estão detalhados aspectos práticos da sua implantação – está o acesso amplo às políticas de algumas áreas mais diretamente ligadas ao atendimento e garantia dos direitos à PSR: saúde, educação, previdência, assistência social, moradia, segurança, cultura, esporte e lazer, trabalho e renda. São áreas que, se trabalharem articuladas entre si, são capazes de diminuir as linhas de separação entre aqueles que têm e aqueles que não têm direitos assegurados, entre a humanidade e a sub-humanidade. Normalmente essas áreas do poder público agem ou devem agir nas “zonas de sacrifício onde a exclusão é abissal” (SANTOS, 2018). Também constam nos objetivos implementar ações de segurança alimentar, a qualificação profissional, a

produção de dados e conhecimento sobre a PSR, dentre eles a contagem oficial através do Censo Demográfico do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE no ano de 2020[22].

4.1.2 Política Nacional Para Inclusão Social Da População Em Situação De Rua - Ações, Princípios E Diretrizes

Anterior ao Decreto 7.053, há um documento de consumo interno de maio de 2008 que apresenta a Política. Nele consta toda a base conceitual para formulação do Decreto "como forma de orientar a construção de políticas públicas voltadas a este segmento da sociedade, historicamente à margem das prioridades dos poderes" (BRASIL, 2008, p. 2). A política é apresentada nele como fruto do trabalho do grupo interministerial que, além de vários ministérios, teve a "fundamental participação de representantes do Movimento Nacional da População em Situação de rua, da Pastoral do Povo da Rua [...]" (ibid., p. 2). Ao acionar a voz do movimento, ressaltando a centralidade dessa participação, lança mão de um manejo discursivo que legitima a política e lhe dá uma voz de verdade. Ao mesmo tempo, lembra que as ideias foram consolidadas num processo de discussão em fóruns de debates de políticas públicas e sociais com ampla participação social.

Neste documento, base de toda a política, também a população de rua é definida como um grupo heterogêneo e multifacetado que se relaciona de acordo com parâmetros temporais e identitários diferenciados e que tem a rua como lugar de suas relações privadas. É o primeiro documento oficial, mesmo que de uso interno de gestores, em que se utiliza essa palavra plena/definição extraída do Sumário Executivo da Pesquisa Nacional sobre a PSR.

As relações estabelecidas na rua produzem outros arranjos familiares, com famílias não-convencionais, que devem ser contemplados na aplicação das políticas.

> Neste sentido, vem-se imprimindo grande flexibilidade ao conceito de instituição familiar, não se tratando mais de conceber um modelo ideal de família, mas sim de ultrapassar a ênfase na estrutura familiar para enfocar a capacidade de a família, em uma diversidade de arranjos

[22] A inclusão da população em situação de rua no Censo Demográfico que seria realizado em 2020 foi bastante polemizada entre os anos de 2017 e 2020. Por diversas vezes o IBGE alegou não ter condições de fazer a inclusão, também por diversas vezes, a justiça tomou decisões pela inclusão baseadas no Decreto nº 7031/2009. A pandemia do Coronavírus impediu que o Censo fosse realizado em 2020, até o momento.

> (tais como família nuclear, família extensa, etc.), ser a célula base de políticas públicas, lugar de realizações individuais plenas. (BRASIL, 2008, p. 5).

Assim as políticas, especificamente esta, se colocam como reguladoras e estimuladoras das funções familiares, buscando reestabelecer laços tanto familiares quanto sociais, mas ao mesmo tempo, buscando controlar as violências simbólicas, psíquicas e físicas intrafamiliares, ao menos discursivamente.

O documento explica que a Política para a PSR está incluída na perspectiva de outras que "concretizam direitos conquistados historicamente pelo protagonismo da população-alvo"[23] (BRASIL, 2008, s/p). Esse protagonismo combateu e combate, como veremos adiante, injustiças sociais praticadas contra eles.

Como dito anteriormente, os documentos oficiais legais (leis, decretos, portarias, resoluções), ao mesmo tempo em que garantem o amparo a um determinado extrato populacional, se correlacionam e referenciam outros documentos legais anteriores e até posteriores. Os documentos legais fazem intersecções entre si. Pensando do ponto de vista de uma perspectiva teórica da produção social dos sentidos, vemos aqui claramente uma relação intertextual, que tem um efeito mutuamente legitimador e potencializador. O documento que explicita a política aciona os demais documentos que obrigam a formulação de programas de amparo à população em situação de rua como a Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) que regulamenta, por sua vez, os Artigos 203 e 204 da Constituição Federal. Além dela, o Estatuto do Idoso, o Estatuto da Criança e do Adolescente, a Política Nacional de Igualdade Racial, O Plano Nacional de Promoção Proteção e Defesa do Direito de Crianças e Adolescentes à Convivência Familiar e Comunitária e o Plano Nacional de Políticas para as Mulheres se entrecruzam na realidade dessa população, dada a multiplicidade e heterogeneidade das pessoas que a compõe. Esse conjunto de documentos legais progressistas, podemos dizer assim, são baseados no reconhecimento das condições precárias desse grupo de corpos (BUTLER, 2019). Claramente, esse conjunto legal amplia as opções da PSR e, como nos lembra Santos (2010, p. 61), essa ampliação "transforma-se automaticamente num direito à ampliação das opções".

[23] Não usamos o termo população-alvo ou público-alvo porque entendemos que o discurso bélico é produtor de violências e resulta de um modelo desenvolvimentista da comunicação, que reconhece na população apenas objetos passivos de uma ação das instituições.

Quanto à caracterização da população de rua neste documento que explicita a política, há uma preocupação em analisar as significações e ressignificações dos termos pelos quais eram até então nomeados, por exemplo, como “povo da rua”. O lugar do movimento organizado da população em situação de rua na mudança nas formas de nomear é considerado valioso, porque classifica aspectos da realidade. A luta da população em situação de rua, a partir de 2005, foi pelo direito de falar sobre si mesma, de tomar as rédeas da própria vida. Butler (2006) nos diz que é preciso se anunciar para se constituir como uma vida, para ser enquadrado enquanto vida.

Mais detalhado que o Decreto, o documento define as ações estratégicas que devem dar concretude aos princípios e diretrizes da política para cada um dos segmentos/ministérios envolvidos e também para a sociedade civil. A partir daí, cada uma das pastas deveria buscar meios de implementar as suas ações. Entretanto, no levantamento documental, não foram encontrados documentos legais de inclusão desse segmento populacional em nenhuma outra área com exceção da assistência social e saúde. De acordo com Sarmento (2020, p. 55) “apesar do avanço constitucional, o histórico higienista e a cultura do afastamento daquilo que desagrada, ainda se encontravam enraizados nas tratativas das políticas públicas brasileira”. Na área de desenvolvimento urbano/habitação há a previsão da “criação de alternativas de moradia para a população em situação de rua nos projetos habitacionais financiados pelo Governo Federal”, além de “disponibilização de imóveis vazios nos centros urbanos, por meio da articulação entre as esferas de governo para viabilização de projetos de moradia [...]” (BRASIL, 2008, s/p). As ações nesse sentido ficaram restritas ao Ministério do Desenvolvimento Social, hoje da Cidadania, especificamente no que tange à Locação Social.

4.1.3 Sumário Executivo e Rua Aprendendo a Contar – Qualificando a PSR

Em 2005, durante a realização do I Encontro Nacional da População em Situação de Rua, se chegou à conclusão que para se efetivar a elaboração da política pública para a PSR, se faziam necessários estudos que quantificassem essa população. Assim, entre agosto de 2007 e março de 2008 foi realizada a Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua em 71 cidades brasileiras, dentre elas 23 capitais. As quatro capitais que ficaram de fora haviam realizado suas próprias pesquisas. Até o momento em que escrevo, essa pesquisa foi a única que fez uma

caracterização socioeconômica dessa população, além de sua quantificação. Os resultados encontrados estão disponíveis num Sumário Executivo e no livro Rua Aprendendo a Contar, que tece reflexões sobre os dados encontrados na Pesquisa. Essas duas publicações são os aportes para a construção da Política geral e os desdobramentos, dentro do Ministério da Saúde e foram analisados conjuntamente por que são complementares.

O livro é apresentado por uma autoridade representante do poder político da ocasião, o então ministro do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, Patrus Ananias. Voz legitimada para falar sobre o tema por ocupar um lugar de fala deveras privilegiado, ele lembra que a rua é o lugar de construção do coletivo, mas que no caso da PSR ela "torna-se significado de falta de opção, da perda da dignidade, da perda da esperança e expressão doída da exclusão: lugar de invisibilidades" (BRASIL, 2009, s/p). Outra vez a palavra plena **dignidade** surge para definir o que falta a essa população. Mais à frente ele anuncia que o que o Governo pretende com a política é quebrar "algumas barreiras que se interpõem contra a universalização do humano" (ibid.s/p).

Na introdução, o autor (Governo Federal) também estabelece limites através da sua voz, que o Censo/Pesquisa é de "envergadura inédita" e "expressa o arrojo do Governo Federal na área das políticas públicas", ou seja, o empreendimento só foi possível porque um governo comprometido com as causas sociais o fez e pode falar sobre isso com autoridade – essas são, não apenas as condições de fazer a pesquisa, mas as condições de produzir discurso sobre o assunto. As análises temáticas do livro assumem o papel de traduzir a realidade das ruas através de outras vozes autorizadas, vozes da ciência, cuja autoridade é acrescida pela legitimidade conferida pelo Governo Federal, que efetivamente e discursivamente criou as condições de produção da pesquisa e circulação dos seus resultados.

4.1.3.1 As condições de saúde

A médica sanitarista Sarah Escorel, outra voz legitimada pela medicina e pela ciência, é a encarregada de fazer as análises dos dados sobre saúde encontrados na pesquisa, e procura deixar claro quais as lentes que está usando para analisar: o conceito ampliado de saúde da 8ª Conferência Nacional de Saúde, da OMS e da Constituição Federal, vozes também legitimadas. O que acontece nesse tópico e nos

outros é o acionamento de uma voz autorizada da ciência, neste caso o saber médico sanitário. Escorel é uma pesquisadora da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) e escreveu entre outras obras, o livro *Vidas ao Léu: trajetórias de exclusão social*, sobre as condições de saúde da população de rua e as possibilidades de inclusão dos excluídos. Escorel e os outros saberes acadêmicos e científicos convocados por seu intermédio presentificam no texto a Voz da Ciência, que Barthes identificou como um código cultural.

Alimentação, saúde e higiene formam um único bloco no qual os dados resultantes da pesquisa são apresentados, como o fato de 79,6% dos pesquisados declararem fazer ao menos uma refeição por dia, mas que, no grupo que não exerce nenhuma atividade na rua, 31,3% não se alimentam todos os dias. Condições de higiene, doenças mais frequentes e horas de sono foram outras informações levadas em consideração. Ao unir essas informações num único bloco eles fazem a opção por trabalharem com o sentido ampliado de saúde, o mesmo cunhado pela 8ª Conferência Nacional de Saúde e pela Organização Mundial de Saúde.

Para Escorel, se há diferenças na esperança de vida de pessoa para pessoa, os aspectos que se relacionam diretamente à saúde, são mais importantes para quem vive a experiência da exclusão.

> Entre o pólo positivo de uma vida saudável e longeva e o pólo negativo da morte, encontramos diversos episódios de morbidade, mortalidade, diferenças de esperança de vida, gravidade de patologias, incidência 'preferencial' de causas de doenças e mortes em determinados grupos sociais, além de iniquidades existentes em relação ao acesso e a utilização dos serviços de saúde de qualidade. Todos esses fenômenos revelam tanto a distinção que há entre viver e sobreviver quanto o grau de dificuldades encontrado por uns e por outros para permanecerem vivos. (ESCOREL, 2009, p. 111)

Na análise, os problemas de saúde são apontados como causas e consequências da vida nas ruas, como, por exemplo, o uso de álcool e outras drogas, intensificado num "processo de anestesia" para o sofrimento. Essa é mais uma das evidências que acompanham todo o pensamento sobre as condições de saúde e doença dessa população. Os dados numéricos da pesquisa apontam que os principais problemas de saúde desse grupo social são: problemas respiratórios como pneumonia e tuberculose[24], lesões externas, presença de HIV/AIDS e problemas

[24] Neste sentido é preciso dizer que em diversos debates sobre a população em situação de rua, dos quais participei nesses últimos quatro anos, muitos representantes da população questionam esses e

dermatológicos, além da sobreposição de outras doenças comuns à população brasileira, como diabetes e hipertensão arterial. De fato, a pesquisa mostra que a distribuição dos problemas de saúde é similar ao resto da população. A autoavaliação sobre a própria saúde também é similar, é o que aponta a autora. 78,6% da população, em geral, consideram seu estado de saúde bom e muito bom e 62,3% da população em situação de rua diz não ter problemas de saúde, entretanto esse fato não é aprofundado a ponto de explicar porque a percepção da maioria é de ter um corpo saudável. A analista aponta um paradoxo: as pessoas que dormem em albergues e/ou outras instituições de pernoite, ou seja, em melhores condições dos que pernoitam nas ruas, declaram ter problemas de saúde em maior proporção que aqueles que dormem nas ruas. Os albergues costumam ser procurados por pessoas mais idosas, o que pode justificar o resultado. Essa percepção de saúde das pessoas que moram nas ruas não foi problematizada em discussões mais sociológicas ou filosóficas. No campo da Comunicação e Saúde, esse é um dos problemas encontrados, a ausência de outras vozes na busca pela compreensão de diferentes perspectivas sobre saúde e doença, ocorrendo uma centralidade do discurso biomédico que olha para o corpo individual, e do discurso da saúde coletiva que olha para questões sanitárias e epidemiológicas.

A autora correlaciona todas as informações obtidas sobre as ações que impactam diretamente no corpo da PSR e o cuidado de si apontados na pesquisa, como as horas de sono, o acesso a banho e instalações sanitárias, a quantidade de alimentação, bem como o acesso a atendimento de saúde e medicamentos como uma combinação de aspectos que interferem nas condições de saúde. A determinação social do processo saúde/doença e o conceito ampliado de saúde são, se podemos chamar assim, termos plenos em toda leitura sobre os dados encontrados na pesquisa nacional nesse campo, mas também em outros. Essa é a forma de olhar para a saúde, as pessoas e o território do campo da saúde coletiva. É o código cultural acionado para analisar os dados e procurar explicar o que acontece com a saúde dessa população. O acesso aos serviços de saúde como unidades básicas, farmácia popular e hospitais e as dificuldades encontradas para acessá-los são também considerados agravantes para os problemas de saúde apresentados.

Acesso é mais uma das palavras plenas de todos os discursos sobre políticas

---

dados e alegam que a tuberculose não é um problema de saúde relevante para eles.

públicas para a PSR e, nesse capítulo do livro que se refere à saúde, ela aparece de forma centralizada. A autora afirma que a relação com os serviços de saúde é um dos agravantes para as condições de saúde da PSR. O estudo aponta que 18% dos entrevistados disseram terem sido impedidos de receber atendimento em estabelecimentos de saúde por serem "considerados portadores de patologia social" (ESCOREL, 2009, p. 125). Assim, a busca por mais condições de acesso a essa população quebrando as barreiras institucionais, muitas vezes violentas é objetivo central para o qual convergem ações e discursos.

Por fim, Escorel (2009, p.130) fala da necessidade de fazer outras análises sobre as condições de saúde e que fez o cruzamento das variáveis apresentadas na pesquisa, mas que outros cruzamentos seriam necessários para ter "um retrato mais fiel da heterogênea realidade das pessoas que moram nas ruas".

4.1.3.2 "Não no meu quintal"

As análises realizadas no livro, todas elas, apelam para a necessidade de uma solução universal para o fenômeno das pessoas vivendo nas ruas, as quais constroem suas moradias a partir do lixo das cidades. *"A população em situação de rua enfrenta a experiência de mergulhar vertiginosamente nas sobras do consumo excessivo de nossa sociedade e com elas construir abrigos frágeis, movidos pela necessidade de sustentar a própria vida"* (ESCOREL, 2009, p. 139). Mais uma vez, é a voz autorizada do Estado brasileiro a assumir um discurso quase panfletário, no sentido de que é um discurso dos movimentos que lutam pela inclusão dos excluídos, e defender, ele mesmo, a criação de políticas públicas para a proteção dessa população problematizando sobre a sua forma de utilizar os espaços públicos. As estratégias de adaptação à vida nas ruas fazem com que essa população maneje os recursos disponíveis no meio urbano, já que têm conhecimento sobre a distribuição espacial dos mesmos. Ao mesmo tempo, a distribuição dos recursos interfere no comportamento das pessoas em situação de rua e no modo através dos quais a sociedade os vê - é uma das afirmações do livro. Partindo do princípio que o objetivo de todos é sobreviver com dignidade, em coletividade apesar das diferenças, a PSR deveria ser incluída na sociedade e não separada em um grupo distinto dessa. Nesse exercício de estrelar o texto, buscando os demais textos que o compõem, podemos ver, nesse caso, que apesar da apropriação do discurso em defesa dessas vidas, o

discurso da normatividade no qual as pessoas são enquadradas, no sentido dado por Butler (2006), ou no sentido das linhas abissais que colocam as pessoas em lados distintos de humanidade e sub-humanidade (SANTOS, 2010), está ali presente, falando por eles.

Há ainda as reações contrárias à permanência da população em situação de rua em alguns espaços, gerando hostilidades e expulsões. De acordo com o livro, os americanos chamam esse fenômeno de NIMBY (*Not In My Backyard*), em português corresponde a “Não no Meu Quintal”.

> O conceito de NIMBY designa as práticas de estigmatização contra a população em situação de rua em sua dimensão espacial. Ou seja, a discriminação contra o **corpo** (grifo meu), a aparência física, a forma de se vestir e os comportamentos dessa população também se estenderam aos espaços onde ela se localiza, inclusive os espaços onde estão implantados os serviços de atenção a essa população” (BRASIL, 2009, p.140)

Propondo reflexões sobre projetos de transformação urbana que procuram construir imagens positivas sobre as cidades, principalmente em épocas de realizações de grandes eventos, e que acabam resultando em cidades repressivas e punitivas e com práticas higienistas emergentes para os pobres, o texto aciona várias ciências relacionadas a urbanização e ao território.

O grifo na palavra corpo na citação acima foi feito por mim, porque essa é uma das poucas vezes em que ela aparece em todo o conjunto de documentos analisados até agora. Mesmo em toda discussão sobre as doenças e seus determinantes para a população em situação de rua a palavra não surgiu nem foi problematizada em seu sentido sociológico, sendo citado apenas e nas entrelinhas, como espaço onde as morbidades se apresentam.

O livro também abre espaço para que o movimento faça sua própria avaliação da pesquisa e proponha de forma genérica uma política pública que lhes garanta direitos. Como narrativa, o MNPR procura situar no tempo e no espaço o surgimento das pessoas vivendo nas ruas e relatar as suas lutas no decorrer na história, além da sua própria organização. É a fala de um movimento, mas é construída em forma de testemunho, no qual as violências e o sofrimento são denunciados, além da visibilidade advinda de uma tragédia, no caso a chacina da Praça da Sé. Assim, eles se afirmam e se colocam no ponto exato de onde falam e expõem suas condições de produção do discurso – como a voz da verdade de todo o discurso sobre a população

em situação de rua. Nos demais capítulos, tentarei mostrar que o Governo representado pelo Ministério do Desenvolvimento Social toma para si a defesa de um Estado mais equânime e inclusivo, mas o MNPR demarca seu lugar de interlocução e sua verdade ao dizer que *"o modelo de Estado adotado e implantado no país visa somente o crescimento econômico, sem pensar no desenvolvimento social e na qualidade de vida para todos*" (p.182), mas também conclui dizendo acreditar que aqueles gestores de então iriam garantir os direitos das pessoas em situação de rua.

4.1.4 Livro População em Situação de Rua – Direitos Humanos

O livro é de 2015, da Coleção Caravana de Educação em Direitos Humanos. Já na apresentação, as condições de produção são delimitadas, com a declaração de que a Coleção *"nasceu do compromisso da Presidência da República, [...] de tornar acessíveis informações essenciais para o exercício mais amplo e consciente da cidadania"* (BRASIL, 2015, p. 8). O texto reforça o lugar da Presidência da República de duas formas, afirmando o compromisso, ao mesmo tempo em que reforça a importância da Presidência. Ainda na apresentação são utilizadas várias palavras e termos carregados de sentidos construídos na história mais recente do país, como empoderamento da sociedade civil, consolidação da democracia, restauração da cidadania. Mais uma vez, é o poder público tomando para si os discursos dos movimentos sociais e demarcando sua posição como um governo democrático, principalmente quando ressalta o protagonismo *"de movimentos sociais e da reorganização política, que exerceu forte impacto na corrosão do Estado antidemocrático"* (BRASIL, 2015, p. 8).

Ainda na apresentação, o enunciador – Presidência da República, diz que o seu papel é "orientar e estimular as práticas e lutas pelos direitos humanos em todos os âmbitos da existência humana" (BRASIL, 2015, p. 8). Outra vez se autoproclama como um governo democrático que é capaz de mudar as práticas de desrespeito aos direitos humanos, e também se coloca numa posição de mestre capaz de ensinar a população a lutar pelos direitos humanos. O livro todo tem um tom professoral no qual os assuntos são enunciados como uma espécie de cartilha, ensinando, mas deixando claro que é o governo que o está fazendo.

Nesse livro é explicado como se deu o processo para chegar à definição da população em situação de rua como vimos analisando aqui. As questões da

heterogeneidade e dos vínculos familiares interrompidos são fruto de um esforço de estudiosos e pesquisadores que aproximaram informações e reflexões sobre o fenômeno.

> A heterogeneidade identificada na População em Situação de Rua evoca o reconhecimento da diversidade dos grupos existentes nas ruas e suas distintas localizações na cidade. São diversos os grupos de pessoas que estão nas ruas: imigrantes, desempregados, egressos dos sistemas penitenciário e psiquiátrico, entre outros, que constituem uma enorme gama de pessoas vivendo o cotidiano das ruas. Ressalte-se ainda a presença dos chamados “trecheiros”: pessoas que transitam de uma cidade a outra (na maioria das vezes, caminhando a pé pelas estradas, pedindo carona ou se deslocando com passes de viagem concedidos por entidades assistenciais). (BRASIL, 2015, p. 14 apud BRASIL, 2008, p.8)

O livro segue analisando as demais características, como a multiplicidade de realidades, a situação de extrema pobreza, os vínculos familiares interrompidos e a inexistência de moradia convencional regular.

O enunciador, em todo o livro, usa de palavras e expressões comuns aos movimentos sociais e lança mão de um tom panfletário no papel assumido de orientador. No quarto e quinto capítulos – “Enxergar pelo avesso: uma sociedade que discrimina” e “Compreender a realidade ajuda a criar possibilidades”, é feita uma crítica ao sistema capitalista que “leva a confundir objetos e pessoas” e que “a introdução da propriedade privada e a forma de urbanização; ambos privilegiam os ricos” (BRASIL, 2015, p.17).

Quando o assunto é defender a vida, o corpo, enquanto objeto sobre o qual age o biopoder, assim, como define Foucault, aparece nas entrelinhas:

> Defender o meio ambiente urbano e garantir a sustentabilidade humana passa, necessariamente, pela estruturação e manutenção de condições favoráveis à promoção e a manutenção da saúde humana, ou seja, à normalidade das funções orgânicas, físicas ou mentais, necessárias à sobrevivência e à reprodução dos indivíduos. Isso implica em garantir um limite mínimo de salubridade. (FOUCAULT, 2005, p. 21)

A manutenção da saúde humana e a normalidade das funções orgânicas agem no corpo, para regulamentar os corpos coletivamente através das instituições que gerem a biopolítica, fazem parte do processo de enquadramento das vidas para que possam ser lamentadas (BUTLER, 2006, FOUCAULT, 2005). Mesmo ao assumir o discurso dos movimentos sociais, de defender a participação e a importância dos

atores que vivem nas ruas, o enunciador reforça o discurso da promoção da saúde e prevenção de doenças que, de acordo com Foucault e Butler é uma política de regulamentação dos corpos, ou uma política pública de estado de controle de corpos (CRUZ, 2019).

4.1.5 Decreto 9.894 – Acompanhamento E Monitoramento

Assinado pelo vice-presidente da república, Hamilton Mourão, em junho de 2019, o decreto dispõe sobre o Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento da Política Nacional (CIAMP) – "órgão consultivo do Ministério da Mulher, da Família e dos Diretos Humanos". No Decreto 7.053, a coordenação era da Secretaria Especial dos Direitos Humanos da Presidência da República, alteração justificada pelas mudanças na composição dos órgãos e entidades ligadas ao Governo Federal; porém as mudanças vão além, principalmente no que diz respeito à composição dos representantes. Em 2009 eram "nove representantes da sociedade civil, titulares e suplentes, sendo cinco de organizações de âmbito nacional da população em situação de rua e quatro de entidades que tenham como finalidade o trabalho com a população em situação de rua"; no decreto de 2019 houve mudanças tanto no número quanto nas entidades representadas, assim a sociedade civil passou de nove para cinco representantes "indicados por entidades que trabalhem auxiliando a população em situação de rua". A participação dos movimentos sociais, especificamente o Movimento Nacional da População em Situação de Rua desapareceu e deu lugar a cinco representantes de entidades que assistem à população de rua. Se analisarmos que nos últimos anos a aplicação de recursos em comunidades terapêuticas pra tratamento de uso abusivo de álcool e outras drogas, geridas por entidades religiosas, foi maior que nos Centros de Atenção Psicossocial[25], e que as gestões das políticas de atendimento a essa população são em sua maioria para cuidar desse agravo, podemos concluir que há um movimento de silenciamento e invisibilidade da PSR e uma centralidade das entidades ligadas a movimentos religiosos.

[25] Discutimos este assunto ao analisarmos o documento: "10 motivos contrários a atuação das comunidades terapêuticas junto a PSR, no próximo bloco de documentos sobre a conjuntura da pandemia

De acordo com o decreto, o CIAMP se destina a elaborar planos de ações, acompanhar e monitorar a Política, desenvolver indicadores dentre outras funções, além de ser responsável por “propor formas de estimular a criação e o fortalecimento dos comitês estaduais, distrital e municipais de acompanhamento e monitoramento da Política Nacional para a População em Situação de Rua” (BRASIL, 2019, p. 1). As mudanças na composição, nas funções e na participação mais ampla de outros Ministérios não relacionados à assistência direta da PSR são sutis, mas bastante significativas: além de tirar a representação no MNPR, silencia sobre os princípios e diretrizes constantes no Decreto 7.053, exclui os Ministérios da Cultura e dos Esportes (hoje, ambos, Secretarias Especiais) e inclui uma representação das instituições de ensino superior que desenvolvam pesquisas sobre a população em situação de rua. As cinco entidades da sociedade civil que terão representações no Comitê serão selecionadas “por meio de processo seletivo público, cujo regulamento será elaborado pelo Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos” (BRASIL, 2019, p. 2).

São silenciamentos bastante significativos, como o desaparecimento do grupo de trabalho interministerial, dos grupos de trabalhos temáticos, além de eximir o CIAMP de deliberar sobre a condução dos trabalhos. Todas as medidas tendem a invisibilizar importantes atores na história da população de rua e sua proteção e calam alguns discursos de ideologia progressistas presentes no texto anterior. Podemos ver melhor no quadro abaixo:

Quadro 5 - Comparativo entre os dois decretos

	Decreto 7053/2009	**Decreto 9894/2019**
Composição	I - Secretaria Especial dos Direitos Humanos da Presidência da República, que o coordenará; II - Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome; III - Ministério da Justiça; IV - Ministério da Saúde; V - Ministério da Educação; VI - Ministério das Cidades; VII - Ministério do Trabalho e Emprego; VIII **- Ministério dos Esportes; e** **IX - Ministério da Cultura**. § 1o A sociedade civil terá **nove representantes**, titulares e suplentes, sendo **cinco de organizações de âmbito nacional da população em situação de rua e quatro de entidades que tenham como finalidade o trabalho com a população em situação de rua.**	I - seis representantes do Governo federal, indicados pelos titulares dos seguintes órgãos: a) Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos, que o coordenará; b) Ministério da Justiça e Segurança Pública; c) Ministério da Educação; d) Ministério da Cidadania; e) Ministério da Saúde; e f) Ministério do Desenvolvimento Regional; II - **cinco representantes da sociedade civil indicados por entidades que trabalhem auxiliando a população em situação de rua;** e III - um representante das instituições de ensino superior, públicas, privadas e comunitárias que desenvolvam estudos ou pesquisas sobre a população em situação de rua.
Atribuiçõ	**I** - elaborar planos de ação periódicos com o detalhamento das estratégias de implementação da Política Nacional para a População em Situação de Rua, **especialmente quanto às metas, objetivos e responsabilidades, considerando as propostas elaboradas pelo Grupo de Trabalho Interministerial instituído pelo Decreto de 25 de outubro de 2006;** II - acompanhar e monitorar o desenvolvimento da Política Nacional para a População em Situação de Rua; III - desenvolver, em conjunto com os órgãos federais competentes, indicadores para o monitoramento e avaliação das ações da Política Nacional para a População em Situação de Rua; IV - propor medidas que assegurem a articulação intersetorial das políticas públicas federais para o atendimento da população em situação de rua; V - propor formas e mecanismos para a divulgação da Política Nacional para a População em Situação de Rua; **VI - instituir grupos de trabalho temáticos, em especial para discutir as desvantagens sociais a que a população em situação de rua foi submetida historicamente no Brasil e analisar formas para sua inclusão e compensação social;** VII - **acompanhar os Estados, o Distrito Federal e os Municípios** na implementação da Política Nacional da População em Situação de Rua, em âmbito local; VIII - organizar, periodicamente, encontros nacionais para avaliar e formular ações para a consolidação da Política Nacional para a População em Situação de Rua; e **IX - deliberar sobre a forma de condução dos seus trabalhos.**	I - elaborar planos de ação periódicos com o detalhamento das estratégias de implementação da Política Nacional para a População em Situação de Rua; II - acompanhar e monitorar o desenvolvimento da Política Nacional para a População em Situação de Rua; III - desenvolver, em conjunto com os órgãos federais competentes, indicadores para o monitoramento e avaliação das ações da Política Nacional para a População em Situação de Rua; IV - propor medidas que assegurem a articulação intersetorial das políticas públicas federais para o atendimento da população em situação de rua; V - propor formas e mecanismos para a divulgação da Política Nacional para a População em Situação de Rua; VI - catalogar informações sobre a implementação da Política Nacional da População em Situação de Rua nos Estados, no Distrito Federal e nos Municípios; VII - **propor formas de estimular a criação e o fortalecimento dos comitês estaduais, distrital e municipais** de acompanhamento e monitoramento da Política Nacional para a População em Situação de Rua; e VIII - organizar, periodicamente, encontros nacionais para avaliar e formular ações para a consolidação da Política Nacional para a População em Situação de Rua.

Fonte: Elaboração própria

A exclusão do item VI, que fala das desvantagens históricas a que a população em situação de rua foi submetida e da busca por formas de inclusão, é o silenciamento de um discurso que grita a sua ausência. Ao não falar em desvantagens históricas, se apaga da história que as desvantagens existiram e se exime da sua reparação.

4.1.6 Os Consultórios Na Rua como Política De Saúde

Ainda em 2009 o Ministério da Saúde, através da Portaria nº 3.305 de 24 de dezembro, instituiu o Comitê Técnico de Saúde para a População em Situação de Rua. De acordo com a portaria, o comitê foi instituído levando em consideração a participação desse Ministério no CIAMP e da "responsabilidade institucional de dar sequência a essa Política no componente saúde [...]" (BRASIL, 2009, p. 1). A portaria também fala da necessidade de incluir a população em situação de rua no SUS e que essa inclusão foi aprovada através da Moção nº 101 da 13ª Conferência Nacional de Saúde realizada em 2007, visando a equidade da atenção. O Comitê técnico no âmbito do Ministério da Saúde foi composto por 18 membros, além de representantes de áreas técnicas do próprio órgão, havia três membros no MNPR, dois representantes da organização Médicos Sem Fronteiras e dois representantes da Pastoral Nacional da População de Rua. De acordo com um dos representantes do Ministério, com o qual conversamos, essas últimas representações foram incluídas partir de suas experiências na atenção à saúde dessa população.

Também nos documentos relacionados à política de saúde a palavra plena **acesso** está presente. As ações de saúde visam "garantir acesso à atenção à saúde, pela população em situação de rua, aos serviços do SUS" (BRASIL, 2009, p. 1).

A estratégia "Equipes de Consultórios na Rua", desenhada pelo MS para atendimento dessa população, está inserida na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), revisada e aprovada através da Portaria nº 2.488 de outubro de 2011. Essa portaria leva em consideração a Lei nº 8080/1990 "que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde [...]" (BRASIL, 2009, p. 1). Esse documento caracteriza a atenção básica como um conjunto de ações que impacte na situação de saúde das pessoas e nos condicionantes de saúde das coletividades, considerando a dinamicidade do território, observando critérios de risco e acolhendo as necessidades de saúde ou sofrimento. Os princípios apresentados na Portaria são

também as suas palavras plenas: universalidade, acessibilidade, vínculo, continuidade do cuidado, integralidade da atenção, humanização, equidade e participação. A universalidade, a integralidade e a equidade são princípios do SUS, nos quais toda política ou programa devem se fundamentar. Além disso, também é dito que a PNAB deve considerar a singularidade dos sujeitos, de todos os sujeitos. Quando o decreto trata das equipes de atenção básica para populações específicas e no tópico Equipes do Consultório na Rua, deixa claro que:

> A responsabilidade pela atenção à saúde da população de rua, como de qualquer outro cidadão, é de todo e qualquer profissional do Sistema Único de Saúde com destaque especial para a atenção básica. Em situações específicas, com o objetivo de ampliar o acesso destes usuários à rede de atenção e ofertar de maneira mais oportuna a atenção integral à saúde, pode-se lançar mão das equipes dos consultórios na rua que são equipes de atenção básica, composta por profissionais de saúde com responsabilidade exclusiva de articular e prestar atenção integral à saúde das pessoas em situação de rua. (BRASIL, 2011, p. 14)

Assim, as equipes de Consultório na Rua (ECR) devem realizar suas atividades de forma itinerante na rua, nas unidades móveis ou em espaços específicos e em articulação com as demais equipes, mas toda e qualquer equipe e profissional deveria atender a essa população como a qualquer outro brasileiro. De acordo com as análises de alguns técnicos que conversamos e dos relatos das pessoas que vivem nas ruas, esse atendimento não acontece e por isso se fazem necessários os consultórios na rua.

Apenas em 2012 foi editada a portaria ministerial nº 122, que define a organização e o funcionamento das ECR e que considera, além de várias leis, decretos e portarias, “a demanda do Movimento Nacional da População em Situação de Rua, de instituição de equipes de Atenção Básica atendendo as especificidades dessa população” (BRASIL, 2012, p. 1). Naquele momento político do país, as vozes dos movimentos sociais não foram silenciadas.

As ECR são multiprofissionais e devem fazer buscas ativas para oferecer cuidado aos usuários de crack e outras drogas, suas ações também devem ser articuladas e integradas aos Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e aos serviços de Urgência e Emergência quando necessário. Divididas em três modalidades, apenas uma delas prevê o médico e o agente social, sendo este segundo não previsto em outras equipes de atenção básica. *“Entende-se por agente social o profissional*

que desempenha atividades que visam garantir a atenção, a defesa e a proteção às pessoas em situação de risco pessoal e social, assim como aproximar as equipes dos valores, modos de vida e cultura das pessoas em situação de rua" (BRASIL, 2012) e, dentre suas atividades, está a realização de atividades culturais e educativas não muito comuns na Atenção Básica, mas bastante recorrente na Atenção Psicossocial. Essa característica é resultado do hibridismo da atuação das ECR nessas duas redes de atenção.

Após a definição das diretrizes para funcionamento das ECR, o Ministério da Saúde editou dois documentos para orientação de gestores e profissionais de saúde: o plano operativo para implantação das ações em saúde da população em situação de rua e o Manual sobre o cuidado à saúde junto à população de rua, ambos em 2012. O Plano fala de ações e estratégias de **intervenção** do Sistema Único de Saúde no enfrentamento das iniquidades e desigualdades em saúde da PSR, no manual o termo usado é **ampliação do acesso.** Como vimos até aqui, acesso tem sido a principal palavra plena quando se trata das políticas públicas para esse grupo populacional. No campo da saúde o acesso tem a ver com a disponibilidade dos serviços, a informação sobre os mesmos, o poder de pagamento e a aceitabilidade desses serviços. No entanto, para nós, a implantação de todas as políticas de equidade para atendimento desse e de outros segmentos sociais que vivem em situação de exclusão dos direitos já conquistados na Constituição Federal encontram sua melhor justificativa na constatação de que *"as desigualdades no acesso a saúde estão profundamente ligadas aos cenários políticos nacionais e internacionais, às políticas sociais e econômicas e a fenômenos como a globalização e crescimento econômico"* (SANCHEZ ; CICONELLI, 2012, p. 260).

No plano reaparecem os mesmos princípios e diretrizes presentes no Decreto nº 7.053, mas aplicados às ações de saúde eles ganham outros sentidos ou sentidos ampliados. São princípios das ações em saúde:

- Recusa e repúdio a qualquer forma de exclusão e institucionalização compulsória.
- Protagonismo da população, com autonomia, e participação qualificada.
- Acesso integral e humanizado ao SUS, incluindo dispositivos de promoção, prevenção, cuidados interdisciplinares e multiprofissionais e reabilitação.

> - Intersetorialidade, interdisciplinaridade e transversalidade das políticas e ações.
> - Responsabilização dos diversos segmentos sociais em relação à população de rua.
> - **Direito a hospitalidade e ao usufruto da cidade.** (BRASIL, 2012, p. 2)

Esses princípios foram definidos na I Oficina de Promoção da Equidade em Saúde da PSR realizada em 2007, e é possível enxergar aí os discursos da saúde coletiva e do movimento organizado da PSR, neste último caso, especialmente no que diz respeito ao direito à hospitalidade e usufruto da cidade e do protagonismo dos mesmos.

As diretrizes que foram definidas na mesma Oficina:

> - Promoção do acesso à atenção integral à saúde das populações em situação de rua.
> - Educação permanente aos gestores e trabalhadores de saúde.
> - Incentivo a estudos e pesquisas voltadas para as necessidades da PSR.
> - Informação, educação e comunicação.
> - Organização das ações de saúde no desenho das redes de linha de cuidado do SUS.
> - Incentivo à participação social e a gestão participativa.
> - Intervenção na cultura que provoque a mudança quanto aos determinantes sociais. (ibid., p. 2)

Temos aí, mais uma vez, a presença da palavra plena acesso e surge uma diretriz que ainda não havia aparecido nos outros documentos analisados: a intervenção na cultura a ponto de alterar os determinantes sociais através de uma política de atenção à saúde para desiguais. Mais adiante, o texto dá sugestões de como essa intervenção seria possível, através da melhoria do nível de saúde da população, reduzindo riscos decorrentes dos processos e trabalho nas ruas e das condições de vida, por exemplo, higiene adequada, alimentação, regularidade no sono, não exposição a baixas temperaturas. A resolução de algumas dessas condições foge ao controle de qualquer sistema de saúde, assim vimos aqui o acionamento do discurso recorrente da análise qualitativa dos dados na Pesquisa realizada em 2007 e dos discursos do movimento organizado.

O Manual, voltado para os profissionais de saúde e editado pelo Ministério da Saúde, é a única publicação em formato de livro ou cartilha em que não há assinatura na apresentação, nem do gestor, nem setor responsável pela sua produção, nesse caso a Secretaria de Atenção à Saúde do MS. Contudo, já na primeira linha da

apresentação, nos permite perceber suas vinculações, que são parte das suas condições de produção, quando se apresenta como “um novo marco na atenção à saúde” da PSR no SUS. Em seguida cita os objetivos de ampliar o **acesso** e criar **vínculos.** Vínculo é uma palavra plena quando o assunto é política de atenção à saúde coletiva. Importante para a atenção primária, o vínculo tem a ver com a relação usuário/profissional de saúde e está relacionado à responsabilização e à longitudinalidade do cuidado (BARBOSA; BOSI, 2017). Na Política Nacional de Atenção Básica, o desenvolvimento de relações de vínculos entre as equipes e a população é uma das diretrizes, e é definido como: *“construção de relações de afetividade e confiança entre o usuário e o trabalhador de saúde, permitindo o aprofundamento do processo de corresponsabilização pela saúde, construído ao longo do tempo, além de carregar, em si, um potencial terapêutico”* (BRASIL, 2011, p. 3). Padre Júlio Lancellotti, escreveu um dos textos do Manual, no qual diz que o vínculo humaniza e facilita o encontro entre o cuidador e população de rua e oferece as melhores conquistas (BRASIL, 2011, p. 27).

Ainda na apresentação, o Ministério da Saúde “assume legitimamente a responsabilidade da promoção da equidade, garantindo o acesso dessa população a outras possibilidades de atendimento no SUS [...]” (BRASIL, 2012, p. 11). Inequivocadamente, o enunciador se arroga legitimidade e se impõe como autoridade capaz de fazê-lo.

A grande palavra plena heterogeneidade surge, mais uma vez, para definir a população em situação de rua, mas na política de saúde vem acompanhada de outra – **equidade**, cujo um dos sentidos já discutimos anteriormente**.**

Nesse manual, vários códigos culturais são acionados ao convidar pessoas que já trabalhavam na assistência a PSR anteriormente à Política, como é o caso da Pastoral do Povo na Rua e profissionais de Belo Horizonte, município que historicamente oferta serviços a essa população. Este manual chama a atenção para alguns paradigmas semânticos: visita domiciliar que passa a ser “visita de rua”, domicílio que passa a ser “lugar onde se costuma ficar na rua” e família que passa a ser aquela “constituída por indivíduos declarados no momento do cadastro” (BRASIL, 2012, p. 18). Não é apenas um paradigma semântico, a nosso ver, são formulações de novos termos semânticos, mas também de novas formas de olhar para as pessoas individual e coletivamente; principalmente, são novas formas de cuidar. As palavras constroem sentidos e, nesse caso, constroem sentidos novos e

novos direitos, sendo assim capazes de operar transformações sociais (FAIRCLOUGH, 2001).

Quando os dados sobre a percepção de saúde e doença são analisados, o foco é no número de pessoas em situação de rua que afirmaram ter algum problema de saúde – 27%, e não na maioria absoluta que diz não ter qualquer doença. Essa forma enviesada de olhar para um dado nos fala mais sobre o sujeito da enunciação do que sobre os pesquisados e seus discursos. Quem analisa os dados são os profissionais/gestores de saúde coletiva, acostumados a análises epidemiológicas relacionadas às pessoas em seus territórios e a exposição aos riscos que esses territórios e os comportamentos acarretam. Neste sentido, a falada autonomia sobre a vida e cuidado encontra um paradoxo: o cidadão deve ter autonomia sobre sua vida e cuidado, mas os serviços de saúde devem guiar e decidir sobre a saúde de cada um, fora disso é individual a responsabilidade do risco a que se expõe. Sabemos que todo texto aciona diversos discursos, diversas ideologias e saberes e são atravessados por contextos (Verón, 1980, Araujo, 2009). Ao analisar os dados um profissional da saúde coletiva não pode evitar trazer para essa análise o contexto ao qual está inserido e os saberes que usa como lentes para fazer essa análise, entretanto, o Manual faz uma alerta aos profissionais de que “a equipe do Consultório na Rua deve se esforçar buscar outros diagnósticos acadêmicos e institucionais para melhorar seu olhar técnico e humano sobre essa população” (BRASIL, 2012, p. 25).

4.1.6.1 Novos recursos de mediação

A capacidade de resiliência ou as estratégias adotadas pela PSR para viver e sobreviver à vida nas ruas em seus contextos relacionais é uma das características que os profissionais de saúde devem levar em consideração ao cuidar desse grupo, de acordo com o Manual. São os recursos de mediação implementados na psicodinâmica das vidas nas ruas como regras de convivência, novas redes de relação e vínculos, formas de sobrevivência, mudança de valores e incorporação de novos discursos, dentre outros, que devem ser levados em conta na abordagem para que o acesso ao cuidado seja tomado como um direito. Esse discurso assumido por gestores públicos chega acionando os discursos dos movimentos sociais, do povo da rua e das organizações chamadas para construírem a estratégia de saúde, como o Médico sem

Fronteiras. Esse acionamento só é possível por causa do contexto situacional daquele período em que foi lançado, em 2012, durante o governo Dilma Rousseff.

Outra palavra plena que surge nos discursos do cuidado em saúde dessa população é **responsabilização**, no sentido de que as ECR devem se responsabilizar pelo usuário em toda a sua trajetória dentro das redes de atenção à saúde. Na defesa dessa responsabilização, aposta no reconhecimento por meio de mecanismos de identificação das pessoas em situação de rua através de censos e pesquisas e de "estudos antropológicos, sociológicos e etnográficos" (BRASIL, 2012, p. 33).

> Os problemas de saúde demandados pela PSR têm origem em situações complexas, cuja resposta necessita de intervenções articuladas entre os gestores, profissionais de saúde e com diversos outros setores. Nesse contexto, todas as variáveis envolvidas no uso e tráfico de drogas, a dificuldade de prevenção de certos agravos transmissíveis (como DST, dengue, leptospirose, tuberculose, dermatoses) e agravos e saúde mental e a ruptura de vínculos na relação familiar são exemplos de que a equipe deve buscar envolver outros setores para conseguir realizar atenção integral à saúde dessa população. (Ibid., p. 33)

Na busca pelas respostas aos problemas de saúde, mesmo com o discurso assumidamente democrático e inclusivo dos editores do Manual, algumas articulações foram invisibilizadas. Gestores, profissionais de saúde e diversos outros setores são citados, mas a escuta e a participação das próprias pessoas que serão cuidadas não aparecem. A ruptura de vínculos familiares é citada, mas não explicita como a equipe vai atuar para essa resolução, porque essa é uma das causas para uma pessoa chegar à vida nas ruas e não um setor ao qual se deva envolver para melhorar o atendimento em saúde.

O corpo em um dos seus variados conceitos surge sem estar claramente explicitado, o Manual fala em não levar em consideração apenas os fatores biológicos, mas incorporar os determinantes sociais e a subjetividade dos sujeitos, entretanto ressalta que as pessoas que vivem nas ruas não reconhecem seu corpo doente até que sua vida diária seja afetada por algum sintoma ou atinja a condição de emergência. O capítulo que trata do assunto, explicita uma série de fatores que levaram a conclusão que as pessoas que estão na rua não reconhecem o seu corpo: a falta de espelho para se verem, o uso de roupas maiores ou menores que seu tamanho real, a incorporação de sintomas que passaram a ser considerados situação de normalidade. Ora, a singularidade e a subjetividade dos sujeitos nos dizem que

esse é um dos aspectos a serem levados em consideração em meio a vários grupos e pessoas diferentes vivendo nas ruas. Adiante vamos ver que as pessoas que durante a pandemia foram viver em alojamento, voltaram imediatamente aos hábitos de higiene; além disso, as pessoas que têm acesso a banheiros e outras fontes de água limpa, tomam banho frequentemente, exceto as pessoas com transtornos mentais mais severos ou com uso abusivo de álcool e outras drogas. Consideramos que aqui encontramos o discurso da saúde coletiva se sobrepondo a outras formas de olhar o sujeito, se sobrepondo ao olhar biomédico, ao olhar sociológico e desconhecendo os sujeitos como seres únicos com formas únicas de olharem e se colocarem na vida e no mundo.

O Manual alerta para o fato de que a procura pelo atendimento pela PSR já é um sinal de vínculo deste com o cuidado ofertado pelo CnaR. Neste sentido, lista pontos para o atendimento integral:

> - Concepção de saúde não centrada somente na assistência aos doentes, mas, sobretudo, na **promoção de saúde** e no resgate da qualidade de vida, com intervenções nos fatores que a colocam em risco;
> - Incorporação das ações programáticas, incluindo acesso às redes sociais;
> - Desenvolvimento de ações intersetoriais;
> - Consciência dos **aspectos que condicionam e determinam um dado estado de saúde** e dos recursos existes para sua prevenção, promoção e recuperação;
> - Para a organização desse modelo, é fundamental que sejam pensadas as “linhas do cuidado” (da criança, do adolescente, do adulto, do idoso etc.);
> - O trabalho em equipe é um dos seus fundamentos mais importantes (BRASIL, 2012, p. 34).

Ao falar sobre o tripé em que o diagnóstico de saúde da PSR deve focar – território, grupo social e singularidade do sujeito, todas as observações estão centradas no olhar do profissional e equipe de saúde responsável, não se levando em consideração a percepção de saúde e doença da pessoa ou grupo tratado. Apenas quando trata do aspecto singularidade do sujeito considera as principais queixas e demandas de saúde, mas não considera, por sua vez, o fato dos sujeitos se considerem saudáveis.

Acolhimento é outra palavra plena quando o assunto é o cuidado em saúde, no sentido de compreender a demanda e perceber o cidadão em seu contexto social e da inserção da rede de atenção, ou seja, além da sua queixa. Chama a atenção no

discurso do Manual a centralidade do saber sanitário em relação à queixa principal do usuário em questão, apesar de dar orientação para a qualificação da escuta e o respeito aos diversos saberes e modos de vida.

A leitura das estrelinhas de um relato de experiência usado para exemplificar a abordagem e o acolhimento pode ajudar a compreender nossa análise:

> Certo dia, uma equipe da assistência social em abordagem à população de rua ligou para a equipe de saúde da atenção básica pedindo avaliação de um paciente, desconhecido, deitado na rua há alguns dias. Lá chegando, o médico e a enfermeira encontraram-no confuso, com higiene precária e com sinais de pneumonia. Eles o levaram até o serviço de urgência de referência, mas a equipe de acolhimento recusava-se a atendê-lo, pois não tinha documentos. A equipe se responsabilizou pelo usuário, conseguindo que ele fosse admitido. No acolhimento, o médico recusou-se a avaliá-lo pelo estado de higiene precária. A equipe deu banho no paciente em banheiro indicado pela assistente social. Finalmente avaliado e medicado, foi internado. Diariamente, o ACS visitava o paciente, que teve seu estado físico e mental melhorado, o que permitiu sua identificação. Após a alta, começou a ser acompanhado regularmente pela equipe da atenção básica (BRASIL, 2012, p.39).

Esse relato expõe duas realidades do serviço de saúde ofertado: 1) que a ECR encaminha, possibilita o acesso, mas não faz ela mesma o atendimento; 2) que os serviços não são universais como estabelece os princípios do SUS, porque os serviços/profissionais utilizam de argumentos apoiados em estigmas e estereótipos para excluírem. Do ponto de vista do que é comunicado, a universalidade, a escuta, a busca pelo conhecimento das necessidades de saúde e a diminuição das distâncias entre os serviços e os sujeitos são discursos acionados, no sentido de legitimar a voz do Estado brasileiro perante a população assistida, mas deveriam também capacitar os profissionais no sentido de diminuir a exclusão histórica da PSR nos serviços de saúde por causa das suas particularidades.

4.1.7 A Proteção Social Na Conjuntura Da Pandemia

O arcabouço legal sofreu e ainda vem sofrendo, até a preparação desse relatório de tese, alterações no sentido de reorganizar as redes de atendimento e a forma como os serviços são ofertados durante a pandemia. Nesse momento, após março de 2020, quando os primeiros casos de pessoas infectadas foram detectados no Brasil e em Brasília (05/03/2020), os princípios e as diretrizes das políticas públicas

existentes já são considerados como direitos adquiridos e discursos legitimados, no sentido de que são utilizados de forma corrente por interlocutores diferentes em diferentes contextos, tais como academia, poder público, judiciário e sociedade civil. Desta forma, as manifestações da sociedade civil e os demais integrantes que constroem o "cabo de força" da garantia de direitos focaram seus discursos não mais na defesa de princípios, mas nas alterações na forma de cuidar diante da conjuntura, mantendo ao máximo a estrutura legal já existente.

Levantamos, nestes oito meses que vão de março até setembro de 2020, uma série de documentos públicos do poder legislativo, executivo, judiciário e órgãos de controle, bem como da sociedade civil, que apresentamos no quadro abaixo. Incluímos 3 colunas referentes aos nossos objetivos de pesquisa, que localizam, para cada documento: a autoria; as vozes que se manifestam discursivamente de forma predominante; as palavras plenas dos textos, que constroem as redes de sentido.

Quadro 6 - Documentos públicos produzidos no período da pandemia (2020)

DOCUMENTO	***MÊS***	***AUTORIA***	***VOZES***	***PALAVRAS PLENAS***
Portaria nº 432	Março	Ministério da Saúde (MS)	Voz do Autor Voz da Ciência	Transmissão comunitária Isolamento Distanciamento Social
Portaria nº 58	Abril	Ministério da Cidadania (MC)	Voz do Autor Voz do Símbolo	Benefícios Calamidade pública Vulnerabilidade Intersetorialidade
Portaria nº 368	Abril	Ministério da Cidadania (MC)	Voz do Autor Voz da ciência	Emergência em saúde Calamidade Pública
Portaria nº 369	Abril	Ministério da Cidadania	Voz do Autor Voz da Ciência Voz do Símbolo	Vulnerabilidade Risco Social Acolhimento/alojamento Auxílio financeiro Emergência em saúde Calamidade
Portaria nº 63	Abril	Ministério da Cidadania	Voz do Autor Aqui não teria a Voz da Empiria	Recursos financeiros
Portaria nº 69	Maio	Ministério da Cidadania	Voz do Autor Voz da Ciência	Emergência em saúde Vulnerabilidade Risco Proteção social Acolhimento Comunidades terapêuticas Responsabilização
Portaria nº 2.405	Setembro	Ministério da Saúde (MS)	Voz do Autor Voz da Ciência	Atenção básica Populações específicas Grupos vulnerabilizados Abrigo

(continua)

Quadro 6 - Documentos públicos produzidos no período da pandemia (2020)
(continuação)

DOCUMENTO	MÊS	AUTORIA	VOZES	PALAVRAS PLENAS
Lei nº 13.982	Abril	Congresso Nacional/ Presidência da República	Voz do Autor Voz da Verdade	Incapaz **Proteção social** **Vulnerabilidade social** Acessibilidade
Lei nº 6.616	Junho	Câmara Distrital Legislativa (CDL/DF) /Governo do DF	Voz do Autor Voz da Verdade	**Direitos humanos** Informação Direito à saúde Abrigo/moradia Renda mínima **Internação compulsória**
Lei nº 6.643	Julho	CDL/DF – Fábio Félix/ Governo do DF	Voz do Autor Voz da empiria Voz do Símbolo	Redução de danos Biopsicossocial Corpo Acesso à informação
Ação Civil Pública 0702422-80.2020.8.07.0018	Abril	Tribunal de Justiça do Distrito Federal (TJDFT)/ Defensoria Pública	Voz do Autor Voz da Ciência Voz da Verdade	**Risco** Distanciamento social Contágio Isolamento Higiene Vetor de transmissão **Grupo de risco** Recolher compulsoriamente **Comunidade terapêutica** Direitos sociais
Resposta a Ação Civil Pública – Plano de contingência	Maio	Secretaria de Estado do Desenvolvimen t o Social/DF	Voz do Autor Voz da Ciência Voz do Símbolo	**Proteção social** **Vulnerabilidade** Territorialização **Alojamento/acolhimento** **Abrigamento** Vigilância sociassistencial Atender Intervir
Ação civil pública 2020/026-01530 003-00890 029-01146	Maio	Defensoria Pública da União (|DPU)	Voz do Autor Voz da Verdade Voz do Símbolo	Urgência **Pessoas vulneráveis** Tecnologias da informação **Proteção social** Barreiras impeditivas Hipossuficiência Limitações **Direitos humanos** Consumidores falhos Subclasse Negação ética Alteridade e Empatia
Circular nº 01	Março	Sedes/DF	Voz do Autor Voz do Símbolo	Segurança **Acolhimento** Morte Violação de direitos Comunicação

(continua)

Quadro 6 - Documentos públicos produzidos no período da pandemia (2020)
(continuação)

DOCUMENTO	MÊS	AUTORIA	VOZES	PALAVRAS PLENAS
Ofício nº 22	Março	MPDF para Sedes	Voz do Autor Voz do Símbolo Voz da Ciência	**Vulneráveis** Risco Morte **Acolhimento**
Ofício nº 106	Abril	MPDFT para Sedes	Voz do Autor Voz da Empiria	Denúncia
Ofício nº 1714	Junho	Conselho Nacional de Direitos Humanos para Procuradoria Geral do MPDFT	Voz do Autor Voz do Símbolo Voz da Empiria	Direitos humanos **Ação protetiva** Desocupação
Ofício nº 1715	Junho	CNDH para Defensoria Pública do DFT	Voz do Autor Voz da Ciência Voz da Empiria	**Direitos humanos** Desocupação forçada **Proteção especial** Pandemia
Ofício nº 470	Junho	CLDF para Sedes	Voz do Autor Voz da Ciência	**Direitos humanos** Aluguel Compensação
Ofício nº 142	Julho	MPDFT para Sedes	Voz do Autor Voz do Símbolo	**Acolhimento**
Nota Técnica nº 6	Março	Secretaria de Estado da Saúde (SES/DF)	Voz do Autor Voz da Ciência Voz da Empiria	Transmissão Prevenção Orientações Distanciamento
Nota Técnica nº 8	Março	SEDES/DF	Voz do Autor Voz do Símbolo	**Proteção** Heterogêneo **Acampamento** Higiene Respeito Disseminador Dignidade Participação
Nota Técnica nº 11	Março	SEDES/DF	Voz do Autor Voz da Ciência	Calamidade pública **Vulnerabilidade** Higiene Disseminador **Acolhimento** **Proteção social** Acesso Isolamento
Nota Técnica – Prestadores de Serviço a PSR	Abril	SES/DF	Voz da Ciência	Pandemia **Proteção** Intersetorialidade Barreiras de comunicação **Grupos vulneráveis** Linguagem Higiene
Relatório Técnico nº 0654/2020	Junho	MPDFT	Voz do Autor Voz da Empiria Voz do Símbolo	**Acolhimento** Comunicação Obediência Acessibilidade Isolamento

(continua)

Quadro 6 - Documentos públicos produzidos no período da pandemia (2020)

(continuação)

DOCUMENTO	MÊS	AUTORIA	VOZES	PALAVRAS PLENAS
Recomendação conjunta nº 02	Março	Rede nacional de Conselhos de Direitos Humanos	Voz do Autor Voz do Símbolo	Vida Desigualdade habitacional Respeito ético e bioético **Vulnerabilidade** Direitos humanos **Proteção**
Recomendação nº 01	Março	DPU	Voz do Autor Voz do Símbolo	Higienização Quarentena Direito **Acolhimento** Precariedade **Risco** Informação e internação compulsória
Recomendações sobre o COVID-19 para populações vulneráveis e Instituições coletivas do DF	Sem data	SES/DF	Voz do Símbolo Voz da Ciência	Higiene **Acolhimento/acampamento** Tecnologias de comunicação Barreiras comunicacionais Redução de danos Isolamento
Recomendações – medidas de prevenção e controle do COVID -19 à casa abrigo de BSB	Sem data	SES/DF	Voz da Ciência Voz do Símbolo	**Vulnerável** Quarentena Isolamento Orientar/ensinar **Acolhimento**
Estratégia Intersetorial de atendimento a PSR no contexto da COVID-19	Sem data	Fiocruz Brasília	Voz do Autor Voz da Ciência Voz do Símbolo	Intersetorialidade Prevenção Comunicação **Acolhimento/abrigamento** Articulação
Plano Intersetorial – PSR	Maio	SES/SEDES/ SEJUS/UNB/ SSP/MPDFT/ FIOCRUZ/ DPDF/MNPR/ VOZ e RUA/ IPES/INCLUSAO /CLDF	Voz do Autor Voz da Ciência Voz do Símbolo	CIAMP Violência Institucional Prevenção Orientação **Alojamento** Dados
Plano de Trabalho do Termo de colaboração	Sem data	SEDES – Serviço de proteção em situações de calamidade públicas e emergências	Voz do Autor Voz do Símbolo Voz da Ciência	**Proteção** **Acolhimento** **Vulnerabilidade** Mitigar presença Articulação Violências
Linhas Gerais para um plano de ação para a proteção da PSR	Março	DPU/DPDFT	Voz do Autor Voz do símbolo	Internação compulsória Privação de propriedade **Proteção**
Representação coletiva	Março	Coletivo Voz e Rua	Voz do Autor	Prevenção

(continua)

Quadro 6 - Documentos públicos produzidos no período da pandemia (2020)
(continuação)

DOCUMENTO	MÊS	AUTORIA	VOZES	PALAVRAS PLENAS
Organização de evento no autódromo 10 motivos contrários a atuação das comunidades terapêuticas junto a PSR (portaria nº 69/2020)	Abril Maio	SES/DF MNPR/CREPEIA-UFJF/UNB/UFR N	Voz do Autor Voz da Ciência Voz da Ciência Voz do Símbolo	Promoção Isolamento Prevenção Manejo da ansiedade Saúde mental **Comunidades terapêuticas** Mercantilização do cuidado Manicomialização Laborterapia Cidadania Higienização social Evidências científicas Violações
Proposta da sociedade civil para garantia de direitos humanos, proteção e atendimento a PSR na prevenção e combate ao coronavírus	Março	Criança não é de rua Movimento Nacional de Meninos e Meninas de rua MNPR Pastoral do Povo da rua	Voz do Símbolo	**Grupo vulnerável** Heterogêneo Narrativa humanitária **Proteção**

Fonte: Elaboração própria.

Os documentos foram organizados, neste quadro, a partir dos modelos administrativos e jurídicos em que se enquadram (decretos, leis, ofícios, etc). Como vemos, são documentos assinados por diversos interlocutores na teia discursiva dos direitos da população em situação de rua, cada um deles com seu lugar específico de interlocução e utilizando também diferentes estratégias, como esperado na dinâmica do Mercado Simbólico (ARAUJO, 2002). Esses lugares são marcados por desigualdades tanto sociais quanto discursivas, estas últimas evidenciadas pelas condições de produção e, por via de consequência, também de circulação de cada documento. O Estado brasileiro, personificado pelos Ministérios da Saúde e da Cidadania, pela vice-presidência da República, pelas Secretárias Estaduais de Saúde e Assistência Social do Distrito Federal e pela Defensoria Públicas e Ministério Público, a partir de local institucionalizado, legalmente constituído, consequentemente legitimado, tem assim as condições de produção garantidas pelo direito de regramento e também pelo dever de regramento, além da certeza da impossibilidade de descumprimento. Mesmo nesse grupo de poder constituído, há uma assimetria de forças, porque a gestão prática da política pública fica a cargo do poder executivo, sempre com uma possível margem de manobra interpretativa do que seria o

cumprimento de um ou outro item do regramento. Essa possibilidade de manobra, por vezes, acarreta numa nova interpelação, seja da sociedade civil diretamente ou através dos órgãos de controle do próprio Estado brasileiro, gerando muitas vezes novos regramentos e novos direitos.

A participação popular é uma das conquistas garantidas na Constituição Federal de 1988 e está consolidada através dos Conselhos, especialmente na seguridade social composta pela assistência e previdência social e saúde. Vemos essa participação como uma forma de incluir outros olhares e saberes que não aqueles relacionados à ciência de cada campo específico e do direito constitucional apenas, mas os saberes e as vivências das pessoas para as quais as políticas são feitas. Pensando com Boaventura de Souza Santos (2010) e sua ecologia dos saberes, é um pequeno privilégio epistemológico[26] da população em situação de rua nas discussões políticas sobre sua saúde e seu cuidado dentro dos Comitês de Acompanhamento e dos Conselhos. É um reconhecimento da existência de diversas culturas, outras explicações da realidade que não apenas a científica (SANTOS, 2010). Sabemos, ainda, que mesmo dentro dos mecanismos de participação, a correlação de forças persiste e as lutas pelas posições discursivas também, mas a paridade das representações procura equilibrar essas forças.

As condições de produção, assim, estão postas pelas posições dos enunciadores no poder público brasileiro e na sociedade civil. Uns ditando as regras, e outros pressionando para mudança ou manutenção das regras. Quando um representante público aprova, sanciona e implanta uma portaria, um decreto, uma lei é porque tem a condição de fazê-lo, condição essa garantida por outra lei, sendo a sua condição de produção do texto inquestionável porque é uma condição de fazer obedecer. Quando um dos órgãos de garantia de direitos recomenda ações ou instala uma ação civil, também tem a sua condição de produção daquele texto garantida por lei, garantida pela sua posição no tabuleiro do poder público. Quando, por sua vez, a sociedade civil produz seus textos cobrando mudanças, sugerindo alterações, mesmo com a participação social e as intervenções nos processos garantidos constitucionalmente, o uso dos verbos sinaliza as suas condições de produção: ela

[26] Usamos o termo assim como usado por Santos, quando fala do privilégio epistemológico do pensamento do Norte global. A participação na política não é um privilégio, mas um direito garantido por Lei.

solicita, cobra, em oposição a ação dos órgãos, que definem, determinam. Mesmo com as diferenças nas condições é possível notar a importância dos discursos produzidos pela sociedade civil na mudança do direito à proteção durante os primeiros meses da pandemia, sobre os quais me debrucei. De acordo com os entrevistados que participaram da construção da Política Nacional entre 2007 e 2012, essa participação só foi possível por causa da luta dos movimentos sociais para exigir que fossem ouvidos e incluídos em políticas públicas específicas para seu grupo social.

4.1.8 Sentidos em disputa

No primeiro bloco de documentos, analisados anteriormente, apontamos alguns códigos ou vozes presentes nos textos. Naquele momento, o código proairético ou voz da empiria reuniu os significados dos textos, especialmente no documento principal (Decreto 7.053). A soma dos discursos nas políticas anteriores conformou um cenário discursivo capaz de possibilitar uma observação a luz do código simbólico, especialmente a voz legitimada do Governo Federal. Também nas políticas alguns manejos discursivos na distinção de termos formais de ajustamento e formulações que se repetiram deram uma voz de verdade aos textos oficiais. Nos documentos que explicitam e/ou analisam as questões relacionadas à saúde, as citações científicas indicando um tipo de saber é apontada como a voz da ciência ou código cultural.

As vozes/códigos no primeiro bloco de documentos aparecem no decorrer da análise. Neste segundo momento, elas foram identificadas no quadro onde constam outras informações de cada decreto, portaria, resoluções e etc. A opção por este formado foi devido ao grande volume de material para análise encontrado, numa tentativa de permitir uma melhor visualização.

Se considerarmos apenas os documentos do período da pandemia, podemos dizer que eles estão fundamentados seguindo a perspectiva analítica de Barthes (1970), pela qual a presença de códigos nos textos, que indicam as vozes que ali se manifestam, permite entender as redes de sentidos que se estabelecem, visualizamos no conjunto de textos analisados até aqui – os documentos – as seguintes principais vozes: a do Autor, a da Ciência e a do Símbolo (outras também se manifestaram, mas de forma menos presente). Como grande parte eram documentos oficiais e/ou legais que apresentam suas decisões e determinações a partir do acionamento de outros documentos, utilizando distintos termos formais, ajustando e enunciando uma

determinação, identificamos nesse bloco de leis, decretos e portarias a força da Voz da Verdade, código hermenêutico. Aquela que fala e determina/institui, porque tem o poder de assim fazer, de fazer ver e assim tentar fazer crer (BOURDIEU,1989). A voz da Verdade é legitimada, neste caso, legalmente.

Na grande maioria dos documentos, foi identificada a Voz do Autor, código semas: emanam do poder executivo federal e distrital, do poder legislativo distrital, dos órgãos de controle e dos movimentos sociais, algumas vezes representadas coletivamente. A estratégia de representação coletiva potencializa a voz da sociedade civil, principalmente quando se trata dos Conselhos, que une vários movimentos em defesa da população em situação de rua. Essas vozes dispersas, de acordo com Barthes (1970, p. 53) se "transforma[m] em partículas de uma nuvem, em cintilação do sentido". A voz do Autor está também nos documentos legais, mas nesse caso são anunciados imediatamente: "O presidente da república no uso de suas atribuições legais sanciona", por exemplo, mas nos demais documentos, como nas ações civis públicas as vozes são convocadas e anunciadas no decorrer do texto, servindo para justificá-lo.

Esse conjunto de documentos produzido na conjuntura da pandemia está fundamentado num conhecimento, mesmo que pequeno, sobre um determinado vírus, sua forma de disseminação e contágio e a doença que provoca; portanto, objeto de uma determinada ciência, ou de determinadas ciências – biologia, medicina, epidemiologia. Além dessas, outras ciências se articulam na produção dos textos, como a sociologia, a psicologia, o urbanismo e o direito, para citar algumas. A voz da Ciência (código cultural) é a principal voz que articula todos os textos, porque ela justifica as medidas que estão sendo tomadas, mas justifica também a luta por mais direitos. Em grande parte dos documentos e textos analisados, há informações sobre o distanciamento entre as pessoas, as camas nos alojamentos, a forma de lavar as mãos, ao uso de álcool em 70%, ao uso de máscaras – é o código cultural, em plena ação permitindo ouvir limpidamente a voz da ciência.

Lembremos que do código só conhecemos o ponto de partida. Uma lei remete a todas as leis já publicadas, uma pandemia remete a todas as outras pandemias, "cada código é uma das forças que se podem apoderar do texto (cuja rede é o texto), uma das Vozes que compõem a malha do texto" (BARTHES, 1970, p. 54). E nesse segundo conjunto de textos, podemos dizer que a voz da Ciência é o mais importante componente da malha, porque é no conhecimento científico que se apoia e justifica

todos os demais textos que vão determinar o isolamento social através do abrigamento da população em situação de rua em acampamentos, casa abrigo, hotéis etc., que justifica os testes para detecção da COVID-19, mas justifica também as cobranças por alojamento e alimentação, por água e máscaras e até a internação em comunidades terapêuticas.

Em Brasília, talvez como consequência da forma de alojamento implantada pelo governo distrital, as entidades religiosas e demais instituições que defendem as comunidades terapêuticas como forma de tratamento para o uso de álcool e outras drogas, aproveitaram da conjuntura causada pela pandemia para pressionarem a alocação de recursos nas comunidades terapêuticas, justificando que ao mesmo tempo em que isolassem para a prevenção ao coronavírus, tratassem o uso e abuso de álcool e outras drogas. A portaria ministerial nº 69 de maio de 2020, da Secretaria Especial de Assistência Social do Ministério da Cidadania, estimula esse comportamento quando, no ponto 3.10 do seu anexo (Nota Técnica nº 13/2020), no qual se refere à articulação com as Comunidades Terapêuticas, orienta aos

> órgãos gestores da Assistência Social identificar as Comunidades Terapêuticas atuantes no município, credenciadas junto à SNAPRED, e articular para que ofereçam atendimento às pessoas em situação de rua que apresentem uso abusivo ou dependência de álcool e outras drogas, que tenham indicação técnica para tal e aceitem voluntariamente o atendimento, encaminhadas pelos serviços socioassistenciais de acordo com os fluxos preestabelecidos. (BRASIL, 2020, p. 380)

Tanto a portaria, como o comportamento das entidades religiosas na busca direta por essas pessoas no Setor Comercial Sul (SCS), por exemplo, provocaram reações imediatas da sociedade civil, como é possível constatar nos 10 Motivos Contrários à Atuação das Comunidades Terapêuticas junto à População em Situação de Rua, assinado pelo MNPR, pelo Centro de Referência, Pesquisa e Intervenção em Álcool e outra Drogas da Universidade Federal de Juiz de Fora (CREPEIA/UFJF) e outros centros de pesquisa ligados as Universidades de Brasília (UNB) e Universidade Federal do Rio Grande do Norte, que consideram

> mais um retrocesso no âmbito das políticas sobre drogas, em interface com as da assistência social, coadunando com a intensificação de um projeto de mercantilização do cuidado na área; mais especificamente, no que se refere à população em situação de rua, trata-se da continuidade – também recrudescida – de higienização social que assola nossa sociedade historicamente. (MNPR, ANPEPP, 2020, s/p)

Houve reação também de pessoas que já estiveram em situação de rua e que trabalham na abordagem social das pessoas que usam drogas para aplicação de métodos de redução de danos. Kleidson Oliveira Bezerra é um deles, e numa das conversas de aproximação que tivemos antes da conversação propriamente dita, disse que as igrejas que possuem comunidades terapêuticas lotearam o Setor Comercial Sul, “se especializando em assistir morador de rua para abrir suas casas de recuperação”. Existe, no momento no Brasil, um movimento de negação dos resultados de anos de pesquisas científicas, especialmente no campo da saúde, como também de retrocesso nas conquistas de alguns direitos já assegurados na CF e na Lei que cria o Sistema Único de Saúde, dentre elas toda a política de saúde mental. Há uma disputa no campo das políticas, da consolidação das políticas e também uma disputa discursiva, no campo das narrativas, do sentido do que é considerado verdade.

Nessa desigualdade discursiva entre um Estado que resolve, aprova, institui e determina e um movimento social/sociedade civil que argumenta, solicita, ou até mesmo um órgão de defesa de direitos que recomenda, as pessoas em situação de rua não têm que enfrentar uma pandemia apenas, mas também garantir o seu direito à cidade e a não ser asilado compulsoriamente. É uma sobreposição de sofrimento inflingido a pessoas que estão do lado da linha da sub-humanidade, da invisibilidade e do silenciamento. Martins diz que na narrativa da modernidade “temos formas de poder que foram constituídas criando uma reinvenção da opressão dos nossos corpos” (Sessão Representação e vivência: corpo, deficiência e sexualidade no Colóquio Internacional Deficiência e Sexualidade em maio de 2015, vídeo). Em meio à pandemia, as novas formas de opressão vieram na forma de internação em comunidades terapêuticas e nas retiradas violentas de pessoas e seus pertences de áreas públicas.

4.1.8.1 As palavras plenas

No contexto da pandemia, a assistência da população em situação de rua, garantida por uma série de documentos legais e documentos reivindicatórios deixa de ser centrada no acesso aos serviços, para ser focada na **proteção social,** no sentido de proteger aqueles corpos que vivem na rua do contágio pelo vírus. Proteção social é uma garantia de direitos pelo Estado frente a uma situação de insegurança social

dos cidadãos ou de alguns cidadãos. Dentro da organização do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), há níveis de proteção, sendo um deles para situações de emergência ou calamidade pública. Faz-se importante frisar que, nesse contexto, a maior parte das novas regulamentações está associada à assistência social e não à saúde, são ações como o auxílio emergencial, a distribuição de alimentos e a implantação de alojamento para os desabrigados. Isso justifica que a proteção tenha aparecido como a principal palavra plena encontrada nesse bloco de análise, porque as medidas tomadas se justificam na proteção do grupo vulnerável.

"Vulnerabilidade" e suas variações (grupos vulneráveis, pessoas vulneráveis) são encontradas em quase todos os documentos editados pelo Estado brasileiro, seja o poder executivo, legislativo ou dos órgãos de controle. Em apenas um documento é usado o termo "grupo vulnerabilizado", expressão que entendemos mais justa, porque tira a responsabilidade do sujeito individualmente e a coloca numa perspectiva coletiva. A introdução desse termo no campo da seguridade social, especialmente nas políticas de assistência social e saúde produziu uma série de estudos científicos sobre o assunto, mas não sobre os diferentes conceitos da palavra (CARMO E GUIZARDI, 2018). Para essas autoras:

> Ainda que o termo vulnerabilidade carregue imprecisões frutificadas pelo processo de construção conceitual em que se encontra, há avanços na discussão da realidade dinâmica e multideterminada. A acepção da vulnerabilidade como parâmetro de reflexão e atuação implica o reconhecimento da concomitância de fatores éticos, políticos e técnicos contornando a incidência de riscos nos territórios e a capacidade humana para o seu enfrentamento. (ibid., p. 10)

Para nossos fins analíticos, interessa muito essa concomitância de fatores, a exclusão radical representada por uma violência que no entendimento de Santos tem três caras: a violência física, a violência estrutural e a violência cultural, sendo esse um dos pressupostos da linha abissal, que seja, a dimensão da insegurança que resulta na exclusão (aula magistral 4 – As cidades na encruzilhada entre paz democrática e a exclusão abissal – junho 2018). Neste sentido, analisamos a palavra plena "vulnerabilidade" mais no sentido de exclusão social, que apresenta maior correspondência com o termo "grupo vulnerabilizado". Nos documentos, determinações, resoluções e implantações são para dar resposta e diminuir a vulnerabilidade da população de rua frente a pandemia, já que a maioria dos protocolos e recomendações do campo da saúde não podem ser seguidos por eles,

porque não há casa, não há água, não há nada.

Optei por juntar outras três palavras plenas encontradas num único bloco, porque elas aparecem com o mesmo sentido: acolhimento[27], alojamento e abrigo (ou abrigamento). Em todos os documentos, sem importar a autoria, surge a necessidade de criar alojamentos para o acolhimento de pessoas em situação de rua durante a pandemia. No primeiro momento, essas unidades de acolhimento tinham uma duração de três meses e, a cada proximidade do prazo, eram negociadas as extensões através da mobilização do movimento social, da Defensoria e do Ministério Público, bem como da Câmara Distrital. Os pontos de conflito nessa área estavam nas discussões sobre a qualidade do serviço ofertado e de denúncias sobre violência institucional. Esse conjunto de palavras plenas representa a convergência do que se quer dar com o que se quer receber em um determinado momento, quando o Estado fez a opção por tirar das ruas quem sempre quis sair das ruas. Em alguns documentos, as pessoas em situação de rua foram descritas como "potencial disseminador" do vírus e por isso precisavam ser alojadas/isoladas para que não transmitissem para outros, ou seja, a preocupação não era a contaminação desse grupo, mas o seu poder de disseminação para outros grupos sociais. A PSR não está enquadrada na normatividade social para que seja passível de preocupação ou enlutamento (BUTLER, 2009), mas é motivo de preocupação quando pode se transformar num vetor de transmissão do vírus, pondo em risco de enlutamento outras vidas.

Assim chegamos a última palavra plena encontrada – **risco ou grupo de risco**. A noção de risco em saúde é muito debatida e está intrinsecamente ligada à promoção da saúde e prevenção de doença e relacionada ao estilo de vida. Castiel, Guilam e Ferreira creem que *"esse ambiente 'riscofóbico' pode configurar uma estratégia limitante e produtora de ansiedades e inseguranças ao propor formatos restritivos de condução do comportamento das pessoas"* (CASTIEL; GUILAM; FERREIRA, 2010, p. 9). Esse ambiente é o biopoder em plena ação, exercido através de um dos seus mecanismos que é a política de saúde pública, controladora de vida e corpos e tendo como um dos seus instrumentos a promoção da saúde. A PSR, em tempos normais, distante da situação de calamidade, é escorregadia frente as estratégias de regulação dos seus corpos, pois está preocupada com questões mais urgentes de sobrevivência, como alimentação e enfrentamento de diversas violências e não com acrescentar

[27] Acolhimento surge não como um conceito de escuta e cuidado como no campo da saúde coletiva, mas como local de abrigamento, alojamento.

anos às suas vidas.

Neste material, o risco aparece como algo mais palpável de contaminação pelo coronavírus e tudo que ele acarreta, e das pessoas em situação de rua serem possíveis vetores de transmissão, justificando assim o isolamento/abrigamento em unidade de acolhimento, a distribuição de alimentos, uma maior interação/atendimento com os consultórios na rua com agendas semanais de visita aos acampados, além de testagem e espaços para isolamento dentro dos acampamentos, que foi a solução encontrada pelo Governo do Distrito Federal.

Outras palavras e expressões, como direitos humanos e calamidade pública também apareceram nesse conjunto de documentos analisados, mas consideramos que eles mais corroboram às palavras plenas já apontadas, do que constroem sentidos novos. Os embates que se deram em pleno território, onde vivem ou foram alocados a PSR, entre o poder público – com ações contraditórias que ora protegiam, ora violentavam as pessoas em seus direitos mais básicos como dormir ou manter uma bolsa com roupas e documentos –, as instituições religiosas que se aproveitam de uma situação calamitosa para arrebanhar ovelhas e recursos públicos e as pessoas em situação de rua em Brasília se refletiram nos inúmeros documentos publicados, permitindo assim que seja possível ter uma visão multidimensional do problema e de como está sendo enfrentado. São disputas de narrativas, de modos de ver, de modos de cuidar e se cuidar, são disputas discursivas, pela centralidade discursiva e pela legitimidade de falar sobre si (ARAUJO, 2002, Bakhtin,1986).

4.2 INTERLOCUTORES

> *Na ordem do saber, para que as coisas se tornem o que são, o que foram, é necessário esse ingrediente, o sal das palavras.*
>
> ***Roland Barthes***

As políticas são feitas por pessoas e para pessoas. Aqui vão ser considerados esses dois grandes grupos, os que fizeram as políticas analisadas no tópico anterior e seus destinatários, a população em situação de rua. O que eles disseram sobre tudo isto?

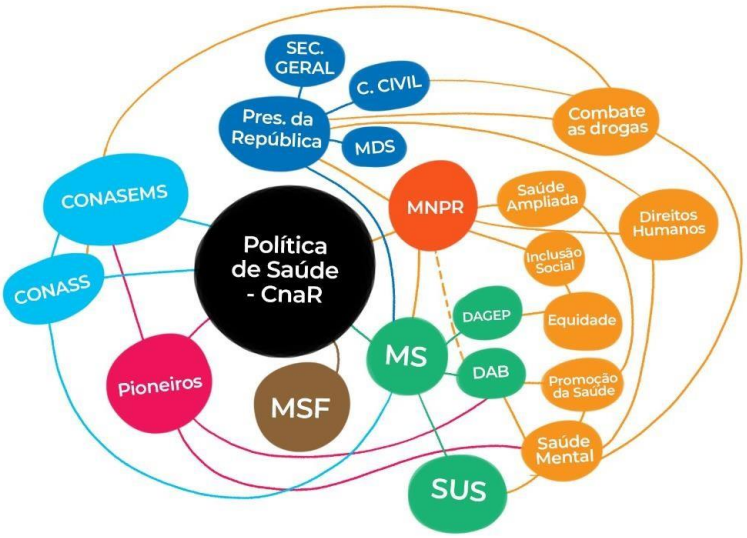
4.2.1 Os que fizeram as políticas – Conversando a gente não se entende

As conversações, antes pensadas para serem realizadas em dois momentos, um individual com cada um dos participantes e uma coletiva, foi realizada apenas individualmente e de forma virtual, sendo essa mais uma adaptação imposta pelas condições dadas pela pandemia.

Houve adaptação também a respeito dos participantes, pois a proposta inicial era conversar com cinco pessoas, sendo esse número aumentado para seis pessoas. A alteração do número de gestores de um para dois se deu pela duplicidade da agenda dentro da divisão estrutural do Ministério da Saúde, naquele momento. Como adiantado no capítulo 3, foram ouvidos um gestor do DAGEP (Kátia Souto), um gestor do DAB (Eduardo Melo), dois profissionais/técnicos do DAB (Alexandre Trino e Marcelo Pedra), dois representantes do Movimento Nacional da População em Situação de Rua (Vanilson Torres e Kleidson Oliveira), sendo um que participou da construção da política/estratégia e outro que está participando do enfrentamento da pandemia no DF. Foram também resgatados arquivos em vídeo sobre o tema, com posicionamentos expressos por Maria Lúcia Pereira (já falecida), liderança do MNPR que participou de toda a discussão para implantação da política entre 2009 e 2012, quando foi lançada política dos CnaR.

As conversas com esses gestores nos permitiram traçar um mapa das comunidades discursivas que compuseram e disputaram sentidos no contexto das políticas públicas para as PSR, mais especificamente os Consultórios na Rua.

Figura 18 - Mapa dos Interlocutores



Fonte: Elaboração própria

O mapa nos mostra que o MNPR teve uma posição centralizada na construção dos consultórios na rua como principal oferta de acesso a saúde. Mesmo que essa centralidade não tenha se mantido durante todo o processo, é unanime entre eles que, na decisão de construir uma política que fosse além do serviço de saúde mental pautado no tratamento do uso e abuso de álcool e outras drogas e que olhasse integralmente para as pessoas, a voz do movimento ecoou mais alto, como pode ser constatado nestes trechos de entrevistas:

> *O papel do movimento foi muito importante, pois naquele momento, como hoje ainda acontece, a população em situação de rua não tinha o acesso garantido à saúde, ou seja, as unidades e aos serviços de saúde. O papel do movimento foi fundamental com a sua fala com as suas propostas e para trazer todo esse arcabouço de dificuldades que era o acesso. Foi fundamental a ação do movimento naquele momento histórico para que o programa consultório na rua fosse implementado no Brasil. (Vanilson Torres)*
>
> *A política vem em camadas. Tem um certo lugar da presidência da república, lugar de questões gerais da política nacional, na época do censo – âmbito mais geral, eu acho que o MNPR tem um lugar importante e alguns atores da presidência e MDS. (Eduardo Melo)*
>
> *[...] foi graças aos movimentos sociais, que era difícil escutar os movimentos sociais com a presidenta que escutou muito pouco os movimentos sociais e deu no que deu, mas ainda assim naquele momento ela escutou e foi uma das prioridades [...]. (Alexandre Trino)*
>
> *No comitê nacional a voz deles era absolutamente ouvida, eu tenho orgulho de dizer isso, não tinham papas na língua não. Quando queriam falar falavam, criticavam. Nos comitês locais diferencia muito e a gente não podia controlar. Nossa relação sempre foi de respeito e cidadania. (Kátia Souto)*

O posicionamento do Movimento fica claro nessa fala da Maria Lúcia Pereira, resgatada no vídeo “Consultório na Rua: A rua não é um mundo fora do nosso mundo”, produzido pelo DAB do Ministério da Saúde:

> *Quando você vê um morador de rua é um ser humano, ele tem diabetes, tem problemas de HIV, tem problemas de tuberculose, tem diversos outros problemas porque só linkar ele com a dependência química [...] (Maria Lúcia).*

Ela assume o discurso do movimento social, de que os serviços de saúde ofertados a eles deixassem de ser focados exclusivamente no cuidado com usuários de drogas, de que como seres humanos eles tinham outras necessidades de saúde. É um discurso que mudou uma realidade, permitiu estabelecer uma conexão entre a

organização social, a produção dos textos e a força dos enunciados para que se tornasse possível a garantia de um novo direito (FAIRCLOUGH, 2001). Esses corpos considerados como sub-humanos foram reconhecidos como sujeitos de direitos (MARTINS, 2015, Sessão 3, Representação e vivências: corpo, deficiência e sexualidade, Centro de Estudos Sociais da Universidade de Coimbra)[28].

Também percebemos nesse movimento de participação, de centralidade discursiva e reconhecimento da verdade na voz do movimento social, das pessoas que dormem nas ruas, a ecologia dos saberes em ação, o respeito ao conhecimento deles sobre eles mesmos, como projeta Santos, a abertura de "uma janela da diversidade cognitiva do mundo" (SANTOS, 2014, aula Magistral 1, Porquê as epistemologias do Sul? Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra)[29], mesmo que uma pequena janela.

A centralidade na hora de decidir criar os consultórios na rua não se repetiu nos demais momentos. Na gestão pública há instâncias para implantação de políticas, programas ou estratégias, essas instâncias operam em lógica e momentos diferentes. Assim, passado o momento da defesa de uma oferta de serviços mais ampliados e que respondessem melhor às suas necessidades e de sua conquista, na instância e momento de discussão da operacionalização dos serviços, houve um deslocamento do ~~lugar~~ de interlocução, passando a centralidade para o Departamento de Atenção Básica, consequentemente para os técnicos e consultores da área da saúde coletiva, e um movimento de deslocamento do MNPR num sentido mais periférico desse mercado. Os trechos seguintes falam sobre isto:

> *A população em situação de rua, nesse momento de criar os consultórios, eu acho que menos [...]. (Eduardo Melo)*
>
> *A população em situação de rua estava sempre presente, sempre esteve. Ela conseguia participar da agenda? Numa certa parte, mas hegemonicamente o saber, o campo simbólico que estava ali hegemonicamente era o da saúde coletiva. (Marcelo Pedra)*

A Presidência da República representada pela Secretaria Geral e pela Casa

[28] Deficiência e Sexualidade: a cidadania íntima como tabu. Sessão 3: representações e vivências: corpo, deficiência e sexualidade, proferida por Bruno Sena Martins no dia 13 de abril em 2015, Centro de Estudos Sociais da Universidade de Coimbra, acesso disponível em https://saladeimprensa.ces.uc.pt/index.php?col=canalces&id=11838#.YBrVgehKjIU.

[29] Aula Magistral 1, Porquê as Epistemologias do Sul, proferida por Boaventura de Souza Santos no dia 14 de março de 2014, na Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra, acesso disponível em https://www.youtube.com/watch?v=svprXT8AjPw.

Civil também teve uma posição discursiva centralizada nesse processo de construção dos consultórios na rua, como é possível ver nas falas de participantes das conversações que enfatizaram o lugar central da Presidência, quando incluiu as eCnaR no Plano “Crack é Possível Vencer”, política prioritária do governo.

> *Uma coisa que é importante lembrar, a discussão mais geral do Plano Crack era uma prioridade para Dilma, de campanha, o Ministério pegou essa prioridade na tripartite, não só de oferecer uma política para o Crack, mas de ampliar a RAPS de maneira geral, incluindo o Crack. Essa discussão, por conta desse cenário de prioridades, por conta do Crack ser uma das políticas de governo, mas também contribui para tornar possível essa pauta do consultório na rua com esse lugar (Eduardo Melo).*

> *...naquele momento ela (a Presidenta Dilma) escutou e foi uma das prioridades, casou também com uma série de outros acontecimentos dentro do governo que priorizavam, por exemplo, ao Plano Crack que foi concomitante. Como o “Crack é Possível Vencer” era uma estratégia prioritária, era considerado um programa prioridade, abriu uma indução para que dentro dos componentes da rede de atenção psicossocial. E aí o CnaR, além de ser da atenção primária ele também tem um componente da rede de atenção psicossocial abriu a muita indução para que a partir dos municípios que aderissem ao Plano Crack a gente pudesse viabilizar. (Alexandre Trino)*

As posições das secretarias, departamento e outras instâncias do Ministério da Saúde são flutuantes, a depender do interlocutor da conversa. As secretarias de gestão estratégica e participativa e de Assistência à Saúde tomam posições mais ou menos centralizadas a depender da perspectiva do interlocutor, ainda assim o Departamento de Atenção Básica (DAB) foi considerado como a voz mais autorizada na definição da estruturação dos consultórios na rua, o número de equipes e a forma de trabalhar. No entendimento de um dos participantes, que preferiu falar em campo no sentido dado por Bourdieu (2004), qual seja um espaço simbólico, a voz centralizada que teve mais legitimidade na hora de construir a política foi a da Saúde Coletiva:

> *Você tinha médicos ali, mas médicos que não são reconhecidos pelo campo médico, são médicos ligados ao campo sanitário, saúde coletiva todo aquele grupo que estava ali, entre os médicos, eles são párias, eles não são reconhecidos como médicos, os médicos – o gastro, o cirurgião – vão olhar para eles e falar: você é o que não quis estudar, o que não evoluiu na carreira. Para a medicina, a saúde pública, foi o que a gente viu agora com a entrada do grupo que veio do Rio Grande do Sul e saiu no meio da pandemia, eles diziam: vocês não bebem a informação sistematizada da ficha médica, vocês escutam a antropologia, a sociologia, vocês querem discutir Foucault,*

> *ele é um psicólogo, filósofo, tem uma determinada leitura no campo das ciências sociais, mas vocês não estão falando em medicina. Diria para você que o campo hegemônico que construiu ali foi o campo da saúde coletiva. (Marcelo Pedra)*

É um posicionamento interessante, falar de “campo”, quando todos os demais participantes optaram por falarem em setores ou comunidades discursivas dentro do Estado ou da sociedade civil. Além de falar dessa centralidade, ele produz uma clara evidência sobre ela, ao usar a terminologia da saúde coletiva, mostrando o quanto o discurso foi incorporado. Ao se utilizar o conceito de campo abre-se a cortina que possibilita ver os discursos convocados, alguns identificados na fala acima (antropologia, filosofia, sociologia). Mas a fala também escancara a disputa que já foi velada, mas não é mais, de dois campos – o biomédico e o da saúde coletiva, na qual um campo se coloca na posição legitimada de dizer quem é e quem não é médico. A citação acima vai ao encontro de Foucault quando este fala sobre a inserção da medicina no funcionamento geral do discurso e do saber científico. Para o pensador francês, essa inserção “se faz através da socialização da medicina, devido ao estabelecimento de uma medicina coletiva, social, urbana” (FOUCAULT,1979, p. 92). Há ainda um componente problematizador nessa relação entre a medicina privada, para usar um termo do próprio Foucault, e a medicina coletiva – o atendimento do usuário na sua necessidade que é individual, entre o usuário e o médico, realizado de forma privada. Nesse sentido, Pedra lembra que no Brasil existem 41 mil equipes de saúde na família e apenas 5 mil médicos especializados em saúde da família e comunidade, que é o que está pronto para trabalhar nesse posto de trabalho.

Os demais atores/comunidades discursivas identificados no mapeamento foram os pioneiros no atendimento à população de rua em diversos municípios brasileiros, como Minas Gerais e São Paulo, o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) e o Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS), todos ligados ao poder público brasileiro, além da Pastoral do Povo da Rua de São Paulo, da organização Médicos Sem Fronteiras e do Ministério Público Federal.

4.2.1.1 Política, estratégia, ação – formas de nomear e classificar os consultórios na rua

Não houve consenso entre os entrevistados sobre o que são os consultórios na rua. Iniciei a conversa na certeza de que era uma política, entretanto, no portal do Ministério da Saúde consta que é uma estratégia dentro da Política Nacional de Atenção Básica. Na saúde, há uma diferença entre políticas, programas e estratégias, sendo que o entendimento mais comum é que a política é o conjunto de ações, programas e estratégias para assegurar direitos. Para alguns se trata de uma política porque há um regramento e um financiamento próprio para os CnaR, para outros a política é a instituída pelo Decreto 7.053 e tudo mais são ações implementadas pelas áreas específicas que fazem a política funcionar.

> *O consultório na rua foi uma política de saúde instituída em 2011/2012 por indução dos movimentos sociais de população em situação de rua, que naquele momento, chegaram para a presidenta Dilma e falaram o seguinte: "nós não queremos uma política de saúde para PSR, ou ações de saúde – que naquele momento não era política, eram ações focadas exclusivamente na saúde mental – porque a PSR não é só usuária de drogas e não tem só sofrimento psíquicos. A PSR precisa ter sua atenção integral à saúde acompanhada com acesso, com produção de acesso no SUS". (Trino)*

> *Eu vou fazer uma distinção que não é preciosismo, mas uma demarcação de lugar político, eu vou chamar sempre de equipes de consultório na rua e não de uma política. Ela se estrutura a partir da política nacional de 2009 e em 2011, efetivamente, em 2012 sai a portaria que, objetivamente, possibilita criar as equipes. Em 2012 são criadas equipes de atenção básica específicas para a população de rua, por isso eu acho que é importante delimitar, porque é diferente você criar uma política do que criar uma equipe. A política não tem forma concreta de operar, todas as políticas de equidade não conseguem ofertar equidade porque não opera o cuidado, então quando se cria uma equipe de consultório na rua isso dá materialidade a toda uma intencionalidade. ( ) Política não pode ser intenção tem que materializar coisas, então a equipe de consultório na rua é uma equipe de saúde da família. (....) Essa é uma delimitação importante para não parecer que é alguma coisa, um programa que pode acontecer num momento e não acontecer em outro, por isso que eu acho que essas distinções são importantes. (Pedra)*

> *Primeira coisa é que não tem uma política de saúde da população sem situação de rua. É uma política para a população em situação de rua, por isso ela envolvia vários ministérios e estava sobre a coordenação na época da Secretaria Geral da Presidência da República, o Gilberto Carvalho, exatamente porque nós entendemos que a população em situação de rua é uma população que a princípio está transitoriamente na rua, que ela está ali por uma ausência do estado em diferentes políticas públicas, não só da saúde, mas da educação, da moradia, do*

> *emprego em especial, por ela estava articulada via SGPR. (Kátia Souto)*
>
> *Não é uma política, até porque está institucionalizado como programa, inclusive mesmo durante a pandemia está sendo desmontado [...] ele não é uma política porque não está estruturado enquanto política, está definido na portaria nº 121/2012 como programa e como programa poderá ser extinto. (Vanilson Torres)*

Mais do que uma disputa, esses diferentes modos de definir a atenção à saúde da PSR estão relacionados às áreas onde cada um desses interlocutores atuam, ou seja, medicina, psicologia, odontologia, jornalismo, às áreas de atuação dentro do Ministério da Saúde, além do nível hierárquico na gestão. São as formas de ver a partir de certos compartimentos dentro de uma macroestrutura. Esse tipo de discussão é bastante recorrente e apesar de haver uma definição no campo da administração, o trânsito entre as várias formas de nomear é comum. Nos chama a atenção o posicionamento do representante do movimento que utiliza de argumentos jurídicos administrativos para se posicionar. Torres não considera que exista política para garantia dos direitos da população de rua em nenhuma área da administração pública.

4.2.1.2 O corpo como lugar onde age a política

Ao contrário dos documentos, o corpo, entendido na sua subjetividade, no sentido de ser o local de ação das políticas em busca do seu controle, silenciado nos documentos, surge em toda a sua força. Seja nas reivindicações da PSR:

> *Como eu vou ter saúde se eu estou em situação de rua? Como eu vou ter saúde se eu não tenho moradia para a noite ter onde descansar minha cabeça? Se eu não tenho água potável para tomar meu remédio para tuberculose? Como eu vou ter saúde sem a garantia da segurança alimentar nutricional por eu estar em situação de rua? A saúde é guarda-chuva de outras políticas. A saúde não é só a ausência de doença não, tem outros condicionantes também. (Vanilson Torres)*

Seja na fala dos gestores e técnicos:

> *[...] vai desenrolar no processo que o Kenneth (Camargo), do IMS da UERJ, vai chamar de farmacologização, a partir disso eu posso ter desdobramentos de tornar o medicamento algo muito usual na vida das pessoas e isso desdobra outra coisa que é o que ele chama de imperialismo sanitário, que ele vai chamar de conceito positivo de saúde que é, nessa leitura de promoção de saúde, de ter um corpo no qual ter saúde passa a ser ter performance, ter um bom corpo, é essa a ideia do suprimento, essa é a mesma coisa para a população em*

> *situação de rua, um bom corpo é aquele que está pronto para trabalhar, a mesma coisa. (Marcelo Pedra)*
>
> *De que corpo estamos falando? Ele não é igual para todo mundo. Tem uma história onde esse meu corpo social recebe informações culturais diferenciadas. Esse corpo não pode ser visto nem nas condições sociais, imagine quando você põe raça/cor, cultura, a diferença entre mulher indígena, as faixas etárias da adolescência, da juventude. A gente está falando de corpos excluídos de cidadania. (Kátia Souto)*

O depoimento de Pedra nos lembra do que diz Foucault sobre a medicina que surge no século XIX, que ela "é essencialmente um controle da saúde e do corpo das classes mais pobres para torná-las mais aptas ao trabalho e menos perigosas as classes mais ricas" (FOUCAULT, 1979, p.97). Esse controle realizado através de regramentos de uma política de Estado que define não só quem é saudável, mas que quem não é tem inteira responsabilidade sobre o fato de não ser, não é exercido tão plenamente nessa população, porque as condições de exclusão são tão extremas que os exclui também desse controle (SANTOS, 2010). Vanilson Torres, que teve um papel importante durante a pandemia em 2020 e conquistou um lugar privilegiado como o interlocutor dessa população, utilizando dos discursos dos determinantes sociais caros à saúde coletiva, demarca sinais de que a preocupação com as outras questões da vida, como o acesso a água, por exemplo, é mais emergente que a preocupação com a saúde, com as ações da vida sobre o corpo. Ao mesmo tempo, Souto coloca outros condicionantes importantes na hora de cuidar desse corpo na rua como raça/cor.

Sobre esse assunto, Laura Feuewerker, professora da Faculdade de Saúde Pública da USP, em conversa virtual com o Oberva Pop Rua em abril de 2020, disse que nem sempre a população de rua se encaixa nas caixinhas habituais dos profissionais de saúde e que se deve deixar que os arranjos de vida, que a vida das pessoas defina o conceito amplo de saúde para elas. São tipos de vida diferentes, de produção muito ativa, mas segundo ela, esse interlocutor que está nas ruas tem um corpo aberto para o encontro, apesar de não se deixar enquadrar e disputar o tempo todo o seu modo de vida. Ainda para ela, "a singularidade da produção das existências, o cotidiano das práticas é violento e preconceituoso" e que, no caso da pandemia, deu respostas apenas a quem adoeceu, questionando se apenas o distanciamento nos protege a todos. A proposta de um devir sanitarista conectado com a vida, que não seja usada para enquadrar, mas que produza arranjos mais flexíveis a partir de uma escuta mais ampla, num "encontro com a vida que a saúde

não vê” nos remete, mais uma vez, à ecologia dos saberes, do reconhecimento de outros saberes que não o do pensamento hegemônico da medicina e da saúde coletiva, no qual as pessoas em situação de rua definam a amplitude do conceito de saúde e doença e não apenas se encaixem na “amplitude” dado por esses dois campos do saber. (FEUEWERKER, 2020, SANTOS, 2010, Estratégias de cuidado e solidariedade em tempos de pandemia, em Live Observa Pop Rua)[30].

4.2.1.3 Coronavírus – a grande prova dos Consultórios na Rua

Desde 2011/2012, quando iniciou o processo de implantação dos consultórios na rua, a pandemia do novo coronavírus, que chegou ao Brasil no final de fevereiro de 2020, foi o maior teste da sua capacidade de acesso e de cuidado. Como vimos nos documentos desse período, a maior preocupação era com a proteção dessa população, mais relacionada às ações do SUAS que o cuidado em saúde.

Mostramos nos capítulos anteriores que a pandemia atravessou nossa pesquisa, provocando uma ruptura e a dividindo em dois momentos: o primeiro de construção da política nacional e seu desdobramento no Sistema Único de Saúde, e o segundo durante a pandemia e suas consequências como a quarentena e o isolamento na vida e nos corpos da população em situação de rua. Dessa forma, dos seis entrevistados, quatro podem ser considerados para esse momento da análise: Kleidson Oliveira, Marcelo Pedra, Vanilson Torres e Alexandre Trino.

No Distrito Federal, a estratégia adotada pela área da assistência social do Governo foi o acolhimento de pessoas em situação de rua em alojamentos provisórios montados em containers em grandes espaços esportivos como o Autódromo Nelson Piquet e o Estádio do Abadião em Ceilândia. Em todo Brasil, vários municípios com grandes contingentes de população em situação criaram abrigamentos em locais provisórios ou em hotéis. Nestes espaços, onde todos ficavam juntos, havia locais para isolamento dos casos suspeitos, bem como encaminhamento para unidades de tratamento ou hospitais. Essas medidas em Brasília só foram tomadas após pressão do movimento organizado, da academia, da Câmara Legislativa e dos órgãos de controle, mais precisamente o Ministério Público e Defensoria Pública.

---

[30] Live Observa Pop Rua, estratégias de cuidado e solidariedade em tempos de pandemia, proferida por Laura Feuerwerker em de 2020, no canal do Youtube do Observa Pop Rua, acesso disponível em https://www.youtube.com/watch?v=u9vm7KcWBLE.

Vanilson lembra que: "*O SUS é universal, tem que ser integral, garantidor de direitos para todos: para quem mora no papelão ou na mansão"*. Do seu lugar de fala, ele reforça um dos princípios do Sistema e encaixa a população que representa no direito ao cuidado em saúde, com e sem pandemia. Marcelo Pedra, que faz parte hoje de um núcleo na Fiocruz Brasília dedicado a pesquisa sobre saúde da população em situação de rua, avalia que os CnaR conseguiram dar alguma resposta nessa pandemia:

> *É uma resposta parcial, mas não foi diferente das demais equipes. Todo mundo foi testado, não tive notícia de lugar onde não tinha teste, e outra coisa impressionante, a galera não adoeceu. Não adoeceu aqui, tivemos duas mortes. (Marcelo Pedra)*

Em Brasília, quem estava em acampamentos era atendido pela equipe de consultório na rua, que fazia um atendimento periódico nos alojamentos e no Setor Comercial Sul, onde se localiza um número grande de pessoas em situação de rua. Além disso, a equipe de abordagem social ligada à Sedes encaminhava para atendimento as pessoas que encontravam doentes durante o trabalho.

O fato é que em Brasília, até final de setembro, o número de pessoas em situação de rua contaminadas pelo *Coronavírus* havia sido pequeno e também o número de mortes, situação que se repetiu em outras cidades brasileiras, inclusive nas maiores.

> *Em Niterói, o Trino disse que tinha 60 dias que não tinha um caso positivo, Juiz de Fora não teve um caso, São Paulo até agora teve 29 mortes. Não fiz uma pesquisa sobre isso, mas lidando com as outras cidades com as quais a gente tem contato, o número tem sido baixo e eu não sei explicar isso. Precisamos ter acesso a mais informação, agora tem uma coisa concreta, aqui em Brasília mais do que dobrou a oferta e não aparecia doente, Niterói está longe de ser uma cidade pequena e não teve óbito. No Rio morreu pouca gente. Eu tento evitar esse discurso para não estimular, a gente está numa pandemia e é preciso manter todas as estratégias sanitárias necessárias, não podemos estimular esse sentimento de imunidade, agora é um fato - adoeceu pouco. (Marcelo Pedra)*

Alexandre Trino falando da realidade de Niterói reforça essa observação:

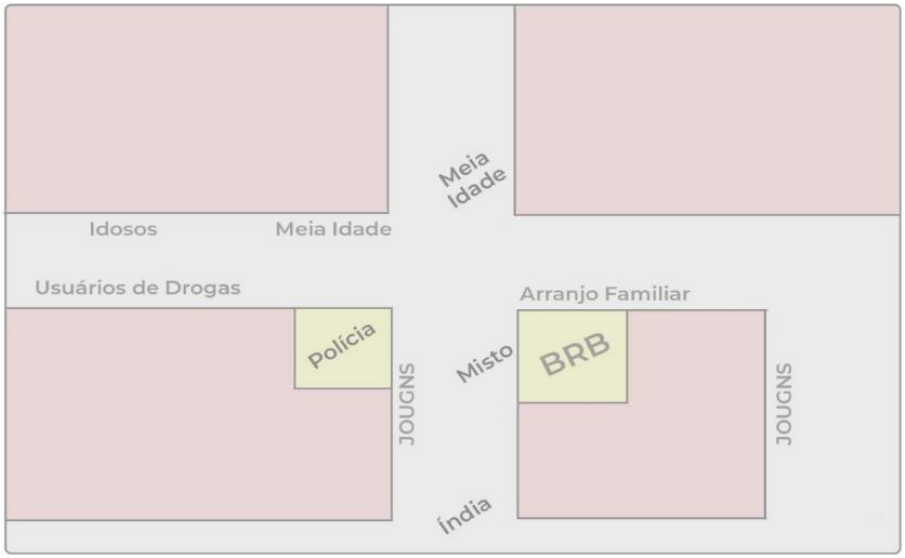
> *Merece um estudo isso, estava falando isso com a coordenadora de vigilância epidemiológica do município de Niterói. Há um mês eu não testo nenhum usuário positivo (agosto) para Covid nos meus usuários, não tive nenhuma morte e de todos os positivos só teve um que foi entubado, ficou grave na UTI e voltou, está bem. Isso é uma coisa que a gente não sabe. Ela falou que a gente precisa estudar para entender*

> *porque nos mais vulneráveis isso não está batendo como bate na classe média, nas classes mais favorecidas que deveriam ser menos vulneráveis ao processo e a gente vê ao contrário. (Alexandre Trino)*

O olhar convertido de profissional, baseado nos saberes acadêmicos fortemente legitimados, procura explicação para aquilo que lhe é estranho. Um poder político que esquadrinha a população e que “lançou mão de um modelo de intervenção muito bem estabelecido, mas raramente utilizado. Trata-se do modelo médico e político da quarentena” (FOUCAULT, 1979, p. 87) não consegue explicar o que escapa ao seu conhecimento. Não há discurso capaz de explicar o fenômeno sem uma pesquisa mais detalhada, veremos no próximo tópico que a PSR também não explica, mas coloca a pandemia, sua saúde ou sua doença em mãos divinas. O fato é que, em Brasília, o “divino” se materializou nos locais onde se encontrava a população de rua, atravessou a pandemia e ofertou serviços de saúde mental para resolver problemas epidemiológicos. Se pegarmos o discurso inicial do Movimento, que entre 2007 e 2011 reivindicava um olhar mais integral e não apenas focado na saúde mental, veremos que houve um retrocesso naquilo que consideravam conquistas.

A planta baixa a seguir mostra como se distribuíram quase 400 pessoas no SCS assim que a quarenta foi decretada. As pessoas se dividiam em grupos de afinidades e se mantiveram sempre numa mesma área. Uma senhora indígena, apesar de ter um grupo de mais proximidade se manteve sempre numa área afastada e por isso aparece isolada. A estratégia foi ocupar o espaço que tinha mais ofertas de comida e cuidado através de pessoas, entidades filantrópicas e igrejas das mais diversas. Como tudo estava fechado, inclusive o comércio naquele local, era natural que as ações de mitigação de sofrimento acontecessem ali.

Figura 19 - Planta baixa da área ocupada no Setor Comercial Sul



Fonte: Elaboração própria

Nesta planta baixa poderiam ser sobrepostos nomes de Igrejas que dividiram o espaço para assistência, ao mesmo tempo em que negociavam com o governo a oferta de atendimento em comunidades terapêuticas.

> *Têm religiosos que se especializaram em lidar com morador de rua para abrir suas casas de recuperação, seus pontos de apoio, uma hipocrisia e várias outras coisas que eu venho acompanhando, mas nada para cuidar de fato do indivíduo em situação de rua, ou seja, política pública, saúde e reinserção social. Não estão preocupados com isso aí, estão preocupados em crescer em cima dessa população. (Kleidson Oliveira)*

> *Não tem escuta. As pessoas que vão na rua já vão com a cartilha pronta: toma uma marmita aqui, ouça um pouco da palavra de Jesus e vamos para minha comunidade que lá é bom e você vai ser bem cuidado, você vai se transformar num vaso novo, mas falar mesmo de saúde não tem assunto. Ouvir o morador de rua, e eu sou um morador de rua, eu moro numa ocupação, eu invadi um terreno que eu consegui uma mulher e para ela não morar na rua comigo, resolvi fazer um barraco num lugar ai e estou lá até hoje, eu vejo muito as pessoas que vão lá na rua com o intuito de ajudar, querem obrigar a gente a virar evangélico de todo jeito. Todo tipo de ajuda que oferecem é dando com uma mão e tirando com a outra. Está aqui, mas você vai para minha igreja ou para minha comunidade. (Kleidson Oliveira)*

Kleidson trabalha com abordagem para redução de danos no local, é um ex-usuário de álcool e outras drogas e fala desse lugar, totalmente implicado com os serviços de saúde mental, especialmente do CAPS existente no SCS e que, a todo tempo, é ameaçado de ser retirado dali porque os comerciantes consideram que o equipamento é o responsável pela PSR permanecer no local. Entre outubro e dezembro essa ameaça era constante. Para além da gravidade das suas denúncias,

podemos notar que ele faz um discurso convergente com o da Política Nacional de Atenção Psicossocial (PNAP), que defende o cuidado de saúde mental em liberdade focada na reinserção social. É um discurso de uma pessoa que vive nas ruas, apesar de estar em um barraco, ele se reconhece como população de rua, mas é um discurso de quem trabalha com saúde mental e conhece suas diretrizes.

4.2.1.4 Os destinatários das políticas – “A vista do ponto”

Do ponto de vista da terra quem gira é o sol
Do ponto de vista da mãe todo filho é bonito
Do ponto de vista do ponto o círculo é infinito
Do ponto de vista do cego sirene é farol

Ponto de Vista – Casuarina

Durante a sessão de qualificação da pesquisa de tese, a professora Kathleen Tereza da Cruz da UFRJ, componente da comissão avaliadora, a propósito da metodologia que estávamos propondo, contribuiu com a ideia de “a vista do ponto”, que traduziria uma certa antropologia simétrica[31], partindo do pressuposto de que quem conhece aqueles territórios, aquelas vidas e aqueles corpos dos quais eu estava me aproximando era a população de rua e, ao estudá-los, eu estaria também sendo estudada. O conceito “a vista do ponto”, simetriza com “o ponto da vista” e põe em cena e confere relevo ao modo como aquele que é objeto de análise percebe a situação. Dessa forma, considerando a PSR, a vista do ponto tem a ver com o que eles pensam sobre a vida deles e sobre a visão dos outros sobre a vida deles. Qual seria a vista do ponto sobre as políticas, sobre a vida nas ruas, sobre o cuidado de si, sobre nós?

A metodologia fílmica adotada foi o recurso metodológico que consolidou essa abordagem epistemológica, que está em absoluta sintonia com as premissas das Epistemologias do Sul. Os participantes em situação de rua registraram, eles mesmos, em vídeos suas “vista do ponto”, em aparelhos celulares cedidos e/ou próprios, a depender das condições individuais. Recuperando o que já foi exposto, foram dois grupos participantes e não houve roteiro prévio para nenhum dos dois grupos. O grupo de homens que participou da Oficina de Comunicação Comunitária gravou vídeos

[31] Kathleen Tereza Cruz atribuiu esse conceito a Eduardo Viveiro de Castro em conversa com Bruno Latour, quando se refere a tomar a antropologia como uma prática de sentidos em continuidade epistêmica.

como um dos resultados da oficina; o outro grupo, composto apenas de mulheres, gravou da forma que achou apropriada, a partir da orientação dada sobre o contexto da atividade e da pesquisa e das informações obtidas com a leitura do termo de consentimento livre e esclarecido. A divisão por gênero dos grupos não foi proposital, mas ocasionada pelo fato de só haver homens no acampamento do autódromo; no outro grupo, apesar de misto, só as mulheres gravaram, sem que se evidenciasse qualquer explicação para o fato.

Um ponto importante para nossos fins é que os vídeos gravados por eles mesmo expõem seus pensamentos sem muitas mediações, não se podendo descartar a tecnológica e as produzidas pelo contexto explícito da pesquisa e da pandemia. Assim, mesmo com essas limitações, buscamos diminuir um pouco a assimetria da pesquisa, os reconhecendo como produtores do conhecimento de si, criadores de narrativas de suas experimentações de vida. Acreditamos estar assim no âmbito de uma prática de pesquisa que considera a ecologia dos saberes, no sentido de que os vídeos permitem que eles próprios designem o que é sofrimento, corpo e cuidado de si, apresentando dessa forma seu próprio modo de ver. Estamos falando do que Santos (2010) ensina sobre o princípio do reconhecimento, reconhecimento da humanidade e do direito, reconhecimento de suas capacidades enquanto sujeitos. Neste sentido, o ideal seria um formato de tese em que essas gravações pudessem falar por elas mesmas. Mas, os ritos acadêmicos têm suas exigências, sendo assim passaremos a analisar suas falas gravadas em vídeos gravados por eles mesmos, observando os princípios da tradução e buscando sempre que a afetação seja mútua.

Como já dito no capítulo metodológico, as gravações ocorreram em dois grupos separados: um grupo no Alojamento do Autódromo Nelson Piquet; e outro grupo de pessoas que permaneceram no Setor Comercial Sul mesmo durante a pandemia. O quadro abaixo consolida as filmagens que foram analisadas:

Quadro 7 - Gravações da Realidade Vivida

LOCAL	PARTICIPANTE	TEMPO	FORMATO
Alojamento	Luan Paz	7’30”	Imagens e depoimento
Alojamento	Hélio Magalhães	12’	Imagens e depoimento
Alojamento	Joilson Nunes	8’	Depoimento

(continua)

Quadro 7 - Gravações da Realidade Vivida

(continuação)

Alojamento	Márcio ?	6’45”	Depoimento
Alojamento	Ailton Bezerra	50”	Depoimento
Alojamento	Ronaldo Mendes	45”	Depoimento
SCS	Jerusa Campos	“”’	Entrevistadora
SCS	Jocasta Martinati	4’41”	Entrevistada
SCS	Edelzuita (Deusa)	9’08”	Entrevistada
SCS	Elione Alves	3’40	Entrevistada
SCS	Leonor Pereira	3’16”	Entrevistada

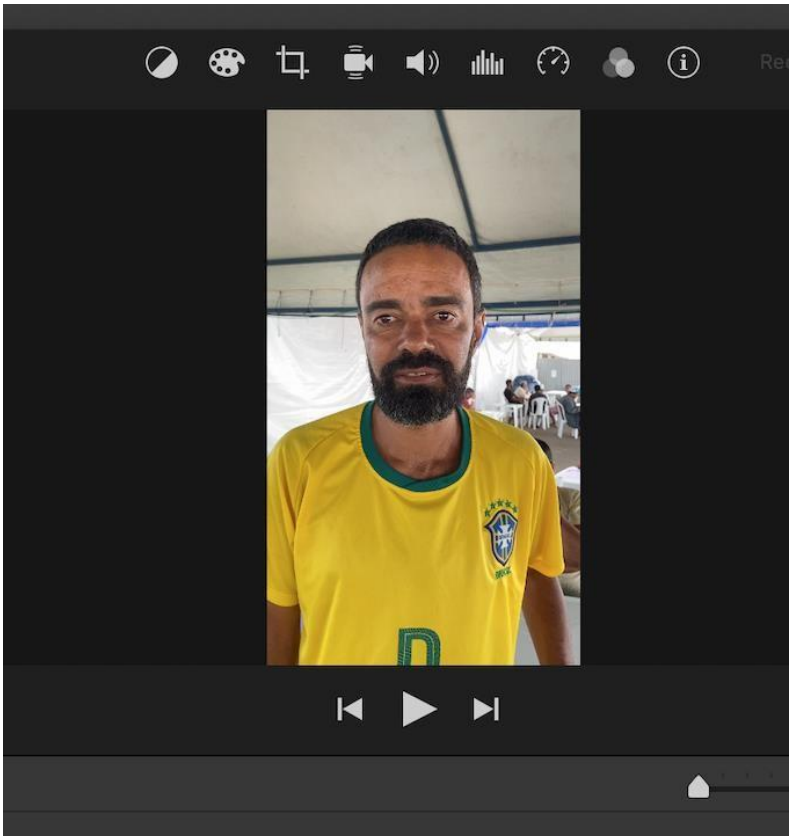
Fonte: Elaboração própria

Como mostra o quadro, no primeiro grupo, as pessoas optaram por gravarem os vídeos em forma de depoimentos com eles mesmos gravando ou um colega; outros optaram por gravarem o alojamento, mostrando os locais onde dormiam, faziam refeições e até os banheiros. No alojamento disponibilizei dois aparelhos celulares que eles revezavam. Ao final do turno eu recolhia os aparelhos para voltar a distribuir em outro dia. O material era salvo a cada um dos três dias de gravação. Não fizeram parte das análises os vídeos gravados que não falavam de saúde ou não tinha condições de serem entendidos.

No segundo grupo, liderado por Jerusa Campos, as gravações foram feitas de seu aparelho. Ela não quis utilizar o aparelho que disponibilizei. As gravações foram realizadas em forma de entrevista, sendo Jerusa a entrevistadora. A opção por esse modelo foi dela junto com seu grupo. Joana D’Arc, a indígena do grupo, não quis gravar, entretanto Jerusa enviou um depoimento por mensagem de texto, via *WhatsApp*.

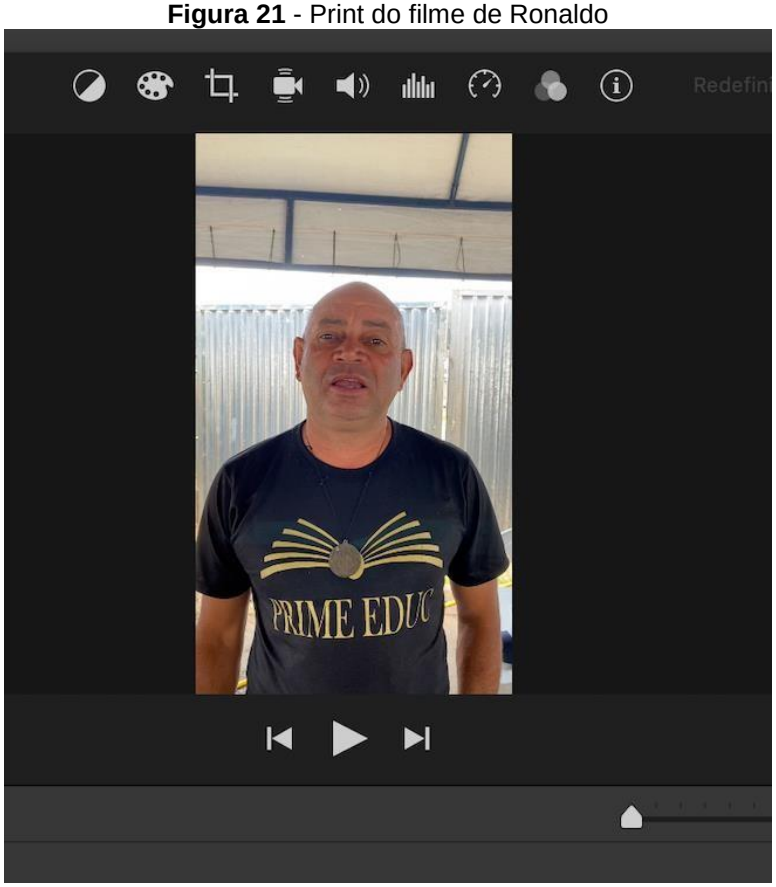
Os filmes gravados foram todos curtos, com alguns deles não chegando a um minuto, o que resultou em pouco tempo de material a ser analisado. Esta condição afetou o corpus de análise se compararmos com o volume dos documentos encontrados e com o tempo das conversações, entretanto não interferiu na riqueza dos seus discursos.

Figura 20 - Print do filme de Márcio



Fonte: Acervo próprio

Figura 21 - Print do filme de Ronaldo

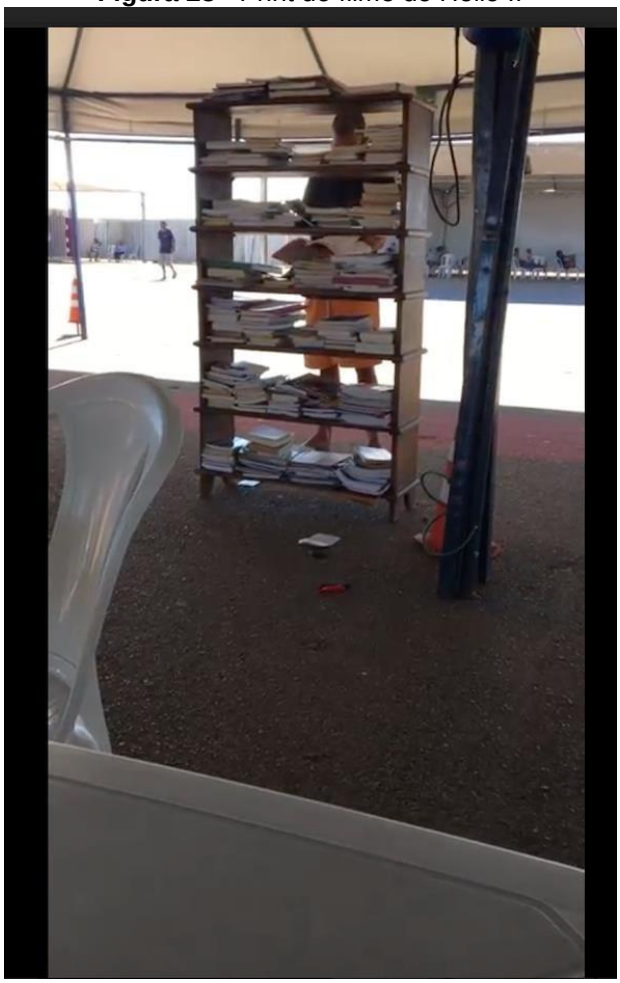


Fonte: Acervo próprio

Figura 22 - Print do filme do Hélio I

Fonte: Acervo próprio

Figura 23 - Print do filme do Hélio II



Fonte: Acervo próprio

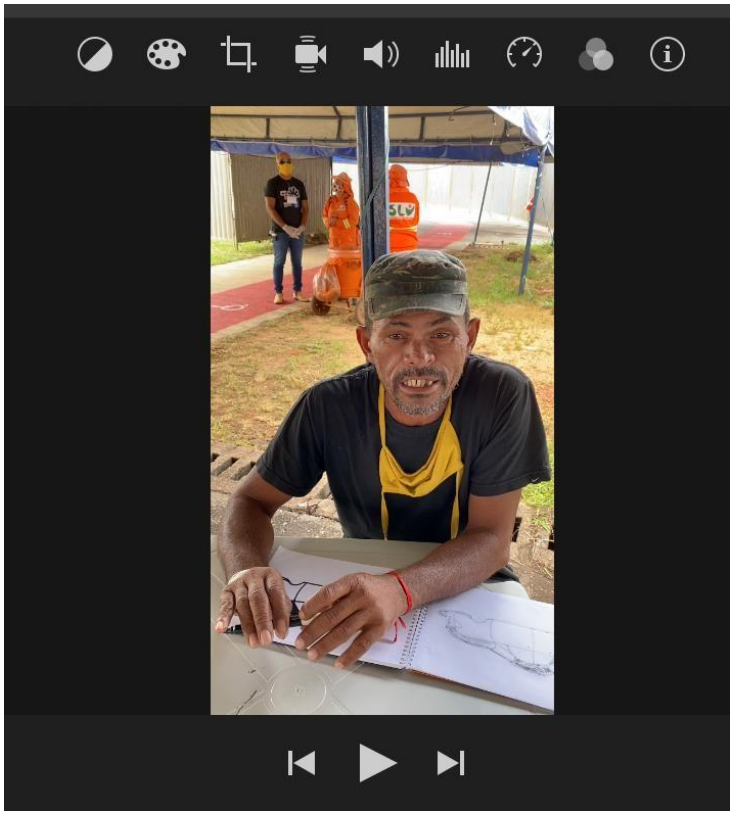
Figura 24 - Print do filme do Luan

Fonte: Acervo próprio

Figura 25 - Print do filme do Joilson

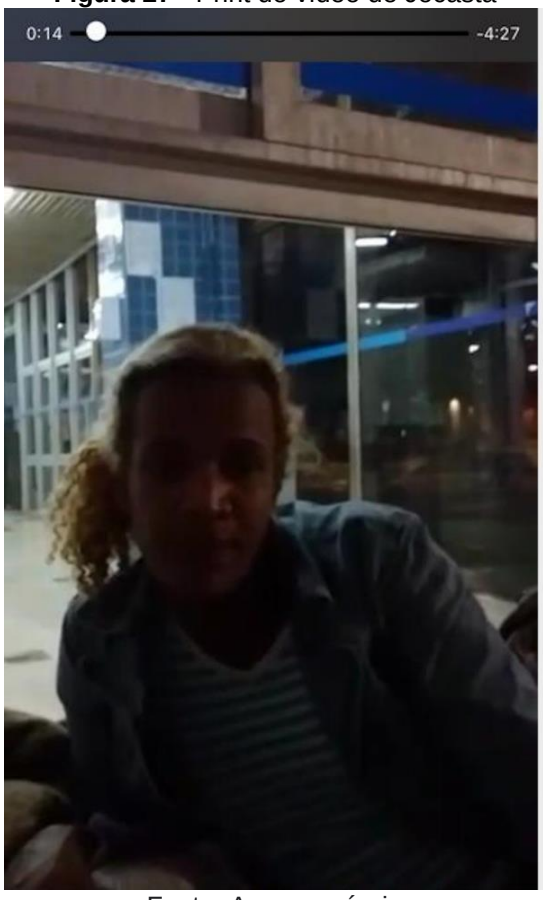
Fonte: Acervo próprio

Figura 26 - Print do filme de Ailton



Fonte: Acervo próprio

Figura 27 - Print do vídeo de Jocasta



Fonte: Acervo próprio

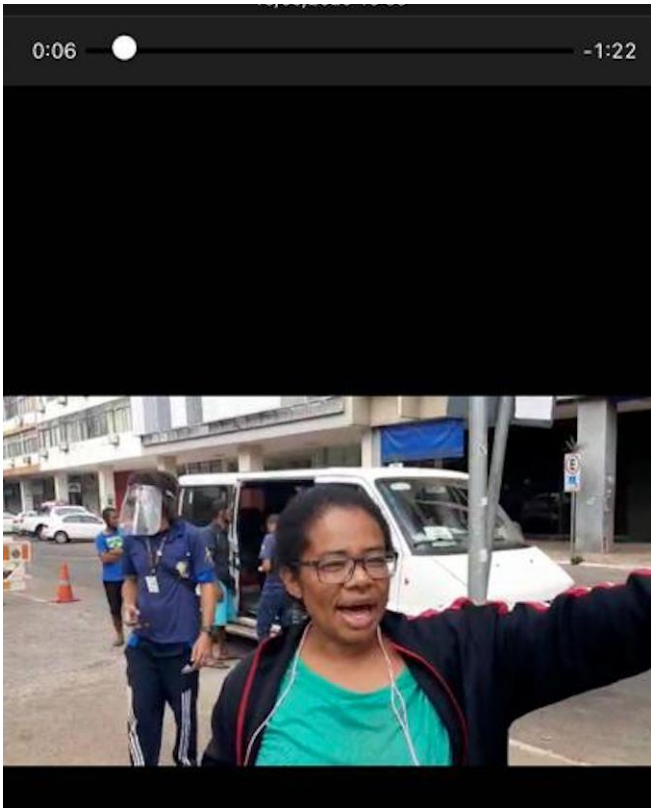
Figura 28 - Print do Vídeo de Leonor

Fonte: Acervo próprio

Figura 29 - Joana (legenda e foto de Jerusa Campos)

Fonte: fotografia retirada por Jerusa Campos

Figura 30 - Print de um vídeo gravado no dia que o GDF levou os pertences de Jerusa Campos



Fonte: Acervo próprio

Figura 31 - Print do vídeo de Elione

Fonte: Acervo próprio

Figura 32 - Print do vídeo de Deusa

Fonte: Acervo próprio

As fotos acima são quadros dos vídeos gravados pelos dois grupos, os quais passo a analisar agora.

4.2.1.5 Estamos sempre no corre

“Estar no corre”, na gíria das ruas quer dizer procurar uma ocupação que lhes renda algum dinheiro e, em alguns casos, pedir ajuda a outras pessoas - manguear, que é também uma definição das ruas para a mendicância. Estar no corre é mais que uma fala repetida, é uma forma de sobreviver completa e corporeamente.

Luan Paz é um jovem que estava no Acampamento do autódromo entre os meses de abril e maio, um dos poucos jovens no local, era um participante eventual da Oficina de Comunicação Comunitária e disse que queria gravar um vídeo ensinando três técnicas infalíveis que usava no cotidiano. Ele inicia dizendo seu nome e dialoga com o interlocutor do outro lado do celular como se estivesse apresentando um programa, evidenciando uma estratégia de se aproximar do gênero de programas jornalísticos:

> *Olá, eu sou Luan e estou em situação de rua e há um tempo atrás eu vivia cheio de preocupação pelo fato de estar morando na rua □...□. (Luan Paz)*

> *Essas são as três técnicas que eu utilizo. Eu esqueço o meu passado, não me preocupo com o dia de amanhã, porém projeto o meu amanhã vivendo o hoje. (Luan Paz)*

Na sua fala, para justificar as três estratégias, ele alega que ficar pensando no que fez de errado no passado para chegar a viver nas ruas não vai ajudar a obter o resultado que quer. Como vários outros que conversamos, ele se considera, num primeiro momento da conversa, responsável por estar naquela situação, contudo, entendemos que, menos do que desresponsabilizar governo e economia, o desejo é defender sua autonomia. Em conversas durante a oficina ele se mostrou bastante consciente das condições estruturantes que o levaram até as ruas e fala disso ao explicar a primeira técnica:

> *Há um tempo eu vivia sofrendo por ter feito algo que me levou a morar na rua. As vezes problema familiar, a falta de emprego, problemas que passamos no cotidiano, que se a gente trouxer para o dia de hoje acaba que a gente vive preocupado, ansioso e não temos resultado daquilo que queremos buscar (Luan Paz).*

Outras pessoas que gravaram vídeo também puxam para si a responsabilidade de viverem nas ruas:

> *Vou ser sincero, estava em situação de rua, saí do emprego há muito tempo e fiquei em situação de rua, mas sempre procurando umas melhoras. Eu ficava no SCS, no HRAN, ficava onde tinha as oportunidades de alimento pra gente. (Joilson Nunes)*
>
> *Estou em situação de rua há dois anos devido ao suicídio do meu filho de 18 anos, perdi o caminho da vida. (Márcio)*
>
> *Eu estou na rua porque eu perdi a minha mãe e a minha filha, aí eu estabaquei. A saúde mais prejudicada é a mental (Elione Ferreira)*

Podemos ver que as justificativas para estar na rua são encaradas como problemas individuais, colocadas na primeira pessoa, na perspectiva do que fez, do que perdeu ou de como se perdeu, seguidas de frases que resumem catástrofes pessoais: “perdi o caminho da vida”, “eu estabaquei”. Algumas das pessoas com as quais tivemos contato relacionam suas condições a contextos pessoais, apesar das reflexões do Movimento, que primam por ressaltar aspectos coletivos da desigualdade que provocam a vulnerabilização de grupos e de indivíduos.

Quando fala no futuro, Luan também elenca as possibilidades de estudar e trabalhar, dificultadas por estarem em situação de rua e o anseio por algo melhor,

como forma de não criar expectativas difíceis de alcançar. Na última técnica ele não dá grandes explicações, além da ideia de viver o presente planejando o futuro. Esse foco no momento atual, no que fazer hoje, no que comer hoje, onde dormir hoje está presente em muitas das falas e atravessa as relações com a saúde e o cuidado. Os profissionais e gestores que participaram das conversações apontam no mesmo sentido, de que o sofrimento precisa estar agudo para a saúde passar a ser uma preocupação, porque há necessidades mais emergenciais como se alimentar, dormir e ter acesso a documentos para acessar alguns direitos. A secretaria de Segurança Pública enviava uma unidade móvel para a emissão de documentos de identidade aos acampamentos e este era um dos serviços que tinha uma grande aceitação, porque muitos não tinham documentos há muito tempo e outros perdem os documentos com frequência. No acampamento do autódromo, havia algumas pessoas recém-chegada as ruas de Brasília, vinda de outros estados e até países que ainda não haviam passado pela abordagem social da Sedes para ter acesso a documentos.

O sentimento deles pela rua tem duas vias, as vezes é um lugar romântico, de encontros, amizades e, principalmente, liberdade, em outras é lugar de sofrimento, privações e violências.

> *Achei melhor vir para cá, era cachorro latindo, eu não tinha privacidade de nada. Aqui eu tenho mais liberdade. (Deusa)*
>
> *Morar na rua é um local frio, horrível, ameaçador. Todo dia a gente escuta uma coisa, cada dia uma ameaça diferente da outra e a gente é obrigado a suportar [...] Se eu pudesse estaria dentro da minha casa. (Jocasta Martinati)*
>
> *Quero ir embora, já estou há quatro anos na rua. (Leonor Pereira)*
>
> *Vou falar a verdade para você, eu não tenho do que reclamar da rua porque lá sempre tem as pessoas, vou citar uns aí, o banho do bem, o banho de alma lavada, a tia Patrícia, a dona Gioconda, são um monte de pessoas abençoadas por Deus, né? Que vão, saem dos seus lares, algumas de madrugada, outras de manhã, outras domingo, para fazer essa boa ação aí. Levam o alimento, vestuário, kit, sempre ajudou, não tenho do que reclamar disso daí. Triste da rua mesmo só é você dormir, que se acaba né, não tem aquela dormida boa. (Joilson Nunes)*
>
> *Ah, a violência é constante, em todo lugar, para você dormir na rua é só na proteção de Deus mesmo, sempre, não tem essa, porque a rua é triste, não é para os fracos não, para você dormir tem que estar com um olho fechado e outro aberto, é perigoso mesmo. Já houve casos de pessoas de carro, falo os playboys, as pessoas riquinhas passar e jogar garrafa, jogar garrafa com álcool, jogar pedra, dar tiro nas*

> *paredes. Também tem a polícia, tem uns policiais que abusa mesmo, quando a pessoa está na rua chega batendo, chutando, não respeitando, xingando e o cara não pode falar nada senão eles jogam no lago, solta choque, spray na cara dos outros. Estamos aí sobrevivendo com a fé de Deus. (Joilson Nunes)*

Podemos observar que há o sentimento da rua como lugar para viver em liberdade e, até mesmo, onde as necessidades são garantidas pela caridade alheia. Essa liberdade é expressa por Deusa, mas também está na fala de Joilson, quando diz que ali na rua ele tem acesso a tudo, que não tem do que reclamar porque é assistido por pessoas e instituições. Em períodos normais, antes da pandemia, várias instituições e pessoas ofereciam banho, roupas e alimentação as pessoas em situação de rua, após o surgimento da pandemia algumas dessas ofertas foram suspensas. A alimentação passou a ser entregue pelo GDF três vezes ao dia, além de algumas doações que permaneceram.

Deusa, quando reclama dos latidos dos cachorros e de que não tinha privacidade, falava de uma casa onde estava morando na Região Administrativa de Samambaia, ou seja, ela considera que a sua privacidade é garantida nas ruas e não dentro de uma casa. Essa subjetividade do sentimento de privacidade e liberdade está associada à forma de lidar com corpo, com o cuidado dele. Apesar da habitação ser a primeira necessidade apontada, as relações estabelecidas com as ruas, a forma como se adaptam a ela, fazendo com que se sintam protegidos e cuidados constroem sentidos que não são compreendidos por quem não passa pela experiência e, por isso mesmo, pouco considerados nas políticas e no cuidado ofertado pela Saúde. Bourdieu (2014) diz que o corpo é uma linguagem da identidade social legitimada, que em sua aparência, ele é um produto social, assim, as doenças, mutilações e/ou deformações causadas pelo trabalho e seus condicionantes e os hábitos de consumo se perpetuam também em nossos corpos. O viver nas ruas, o dormir sem paredes, tendo apenas o chão e o teto como estruturas limitadoras também se perpetua nos corpos. Jerusa, que foi a protagonista das gravações no SCS, assumindo o papel de cinegrafista e repórter dentro do grupo de afinidades que construiu, me contou, certa vez, que quando teve a oportunidade de receber o aluguel social e foi morar numa casa, experiência que durou seis meses, teve dificuldade de adaptação porque se sentia sufocada pelas paredes e não conseguia dormir. Os hábitos da rua haviam condicionado seu corpo a dormir a céu aberto.

Outro aspecto relevante dessas falas é a narrativa de Joilson sobre a violência

que costumam sofrer nas ruas. Apesar de relatar que não tinha do que reclamar, por causa das pessoas e instituições que prestam assistência na rua, ele reclama da dificuldade de dormir na rua e fala da proteção divina. Esse sentimento de contradição sobre a rua ser boa e ruim é constante.

> *Tem um PM aqui no Setor Comercial Sul, quadra 5 que vinha me perseguindo porque eu não aceito comida feita por terceiros. Prefiro fazer minha comida de maneira tradicional indígena para não perder meus costumes. Isso é infringir meus direitos de mulher, meus direitos civis. É preconceito dele que xinga a minha mãe, isso me violenta. (Joana D'arc)*
>
> *Já fui espancada pelos PM [grita duas vezes em direção a cabine de polícia], jogaram spray de pimenta em meu olho e eu não tinha nada de errado. (Deusa)*
>
> *Se esse corpo fosse meu eu não estaria sendo estuprada, abusada, eu estaria na minha casa, eu não estaria morando na rua. Eu acho que as leis do Brasil não prestam, não servem para nada. (Jocasta Martinati)*

A violência é uma realidade e uma preocupação constante da PSR, são agressões mais ou menos severas infligidas sobre os corpos de quem está na rua, afetando a saúde física e mental dessas pessoas. O mesmo poder que oferta acesso e cuidado bate, retira bens, joga água, "some" com algumas pessoas – relatos de desaparecidos sem motivo são constantes. Quando Joilson fala "joga no lago", está falando do lago Paranoá e de denúncias de que a polícia joga pessoas das pontes. Alguns desses atos de violência deixam sequelas que precisam ser tratadas pela saúde, acompanhadas pela assistência social, criando uma espécie de jogo perverso entre a ofensa e o cuidado. Bater, violentar, agredir idosos, seja por pessoas da sociedade, como os "playboys" que se divertem agredindo pessoas em situação de rua na madrugada, ou por agentes públicos quando jogam spray de pimenta em mulheres idosas, batem, tomam pertences ou "jogam no lago" nos fala do direito à vida e a proteção social, negados a essas pessoas que se encontram no abismo, do outro lado da linha e por isso são vítimas do grau extremo da exclusão que é o extermínio (SANTOS, 2010).

Esses corpos que estão nas ruas, nos lembraria Butler, não são considerados vidas, porque a vida existe dentro das relações de poder e é constituída por meios seletivos; assim, quem consideraria uma vida um corpo que vive na rua, muitas vezes se alimenta precariamente, que recolhe as sobras do mundo produtivo? Estar do outro

lado da linha e estar sujeito a uma política de morte mantém essas pessoas fora do quadro no qual se encontra o que é considerado vida, gente, corpo (BUTLER, 2019; MBEMBE, 2018; SANTOS, 2010,).

Existem relatos de dificuldade no acesso à saúde por esse grupo populacional: negativa de atendimento por falta de documento, por não estar limpo, por não pertencer a área adstrita. As equipes de consultório na rua foram criadas para responder a essa demanda, garantindo o acesso a rede de atenção básica, mas também a urgência e emergência e a saúde mental através de encaminhamento, entretanto as pessoas continuam encontrando dificuldade quando procuram sozinhas essas outras redes. Em nossa conversa com Pedra, ele entende como valioso esse papel das ECR de encaminhamento, mas considera que elas deveriam garantir o cuidado ali mesmo onde atendem porque em muitos casos elas apenas encaminham. As pessoas que vivem nas ruas no Plano Piloto em Brasília, no entanto, se mostram satisfeitas com a oferta de saúde que têm.

> *A saúde para mim está sendo boa porque estou me tratando no Hospital Dia – eu sou soropositivo. A única coisa que lá é diferente para mim é que lá não tem posto de vacinação, mas a gente tira de letra [...] pelo menos eu sei que se passar mal, tiver alguma emergência eu posso ir lá das 6 horas da manhã até meio dia para conseguir médico, meus remédios estão vindo em dia. (Jocasta Martinati)*
>
> *Sempre fui bem tratada na saúde. Vou voltar no Postinho. (Leonor Pereira)*
>
> *Eu tenho HIV, só o vírus do HIV que eu estou me cuidando. Eu já peguei mais remédio no Hospital Dia. Eu estou viva porque me operei no Base (Hospital) e no HRT (Hospital Regional de Taguatinga). Nunca fui discriminada no CnaR, Dr. Jorge, eu até choro, ele me trata muito bem. (Deusa)*
>
> *Não uso protetor (solar), não tomo os remédios porque não tenho como controlar. Fiz o negócio que mulher tem que fazer (Papanicolau). Eu cuido do meu corpo. (Elione Alves)*
>
> *O atendimento de saúde, vou falar para você, não é para puxar saco não, aqui tem sempre a ambulância, tem o consultório na rua que é do Dr. Jorge que era do Pop, conheço ele, meu amigão ele, sempre me ajudou em situação de médico que eu estou precisando, tenho meu dedo amputado, aí ele está sempre aí, já fez até curativo no meu dedo. (Joilson Nunes)*
>
> *Eu cumpri pena na Colmeia (presídio feminino), fiz todos os exames lá e se eu precisar ir ao médico eles têm que me atender. Eu faço uso de ervas para cuidar da minha saúde. (Joana D'Arc).*

Em nenhum dos discursos acima o atendimento médico é colocado como uma responsabilidade do Estado ou como um direito, os elogios e agradecimento são voltados ao profissional, no caso o Dr. Jorge, médico da ECR do Plano Piloto que hoje está ligada a Unidade Básica de Saúde da quadra 612 Sul. Outro aspecto é que o atendimento é visto através do contexto pessoal, de como ele trata bem, de como é amigo. Deusa se emociona e chora porque ele a trata bem, Joilson se admira por ele fazer curativo, os demais elogiam o atendimento. Em todos esses casos há o discurso da sub-humanidade, do não ser passível de luto, de cuidado. A emoção, a admiração, a vontade de ser próximo de alguém que os trata bem, os trata como humanos ao ponto de fazer um curativo no pé, mesmo que seja um profissional de saúde e fazer parte do exercício da profissão traz os sentidos do não cuidado, da vulnerabilidade, da iniquidade. O sentido do não direito está na admiração por ser bem tratado.

Outro aspecto importante nesses discursos que qualificam a assistência que têm na área da saúde é uma satisfação com os serviços, como o acesso a consultas, a medicação e aos hospitais. Neste sentido não podemos ampliar essa avaliação nem para todas as regiões dentro do Distrito Federal, muito menos ao país. A diversidade de realidades dos serviços de saúde, a subjetividade que cada profissional na equipe emprega no desempenho da mesma não permite que essa avaliação possa ser ampliada. Tanto Eduardo Melo, como Marcelo Pedra que colaboraram nas conversações dessa pesquisa fizeram avaliações em dois sentidos: o primeiro de que a criação dos consultórios na rua não produziu o arejamento da rigidez do território na Atenção Básica, nas mudanças nas condutas, ou como disse Melo na conversa, “quebrar uma certa caretice”; o segundo é a falta de resolutividades das ECR que mais encaminham que resolvem as necessidades de saúde dos usuários, Pedra relata que “a maior parte das equipes ainda se enxerga como um equipe de busca ativa que vai até a população para encaminhar ela algum lugar, para levar para uma consulta [...]”. Assim, a satisfação pode estar relacionada ao fato de todos os participantes da gravação serem atendidos pela mesma equipe de consultório na rua.

4.2.1.6 Na perspectiva da pandemia

Em Brasília, a pandemia propiciou, a parte da população de rua, um lugar para dormir, banheiros e alimentação, além da oportunidade de participar de algumas atividades raras de acontecerem na rua. Os alojamentos se tornaram a casa de, pelo menos, 600 pessoas e foi a resposta mais consistente na atenção a esse grupo populacional, permitindo que eles cumprissem a ordem de ficar em casa, uma grande casa de 200 pessoas cada um deles, mais ou menos. Para além da proteção social, a concentração em espaços com um grande número de pessoas facilitou o atendimento e acompanhamento das equipes de consultório na rua.

Nos dois grupos com os quais os vídeos foram gravados, o sentido produzido pela pandemia foi de atenção, mas sem pânico. No alojamento do autódromo, em poucos dias, o sentimento era de estarem em casa, dessa forma relaxados com o uso de máscaras apesar de terem recebido um par quando chegaram, e de doações eventuais. Quando questionados, muitos colocavam nas mãos de Deus a proteção ou o adoecimento pelo *Coronavírus*.

> *Em primeiro lugar eu sou um cara que tem muita fé em Deus, não é por falar aqui não, mas Deus sabe o meu coração, primeiramente é ele e a gente pede proteção de tudo, e sim, sempre na proteção dele, mas fazendo o [...] tipo assim eu estou aqui porque no momento eu esqueci minha luva e o negócio lá dentro, saí rapidão para ir lá no banheiro, mas é como a gente também acompanha a televisão aí a situação é feia mesmo, morte é todo dia, toda hora e eu mesmo, passo ali, lavo a mão, tem a luva, mas é bom se prevenir mesmo, fazer o que estão falando ai: a luva, o negócio da boca – máscara. O "corola" tá matando, né brincadeira não. As pessoas pensam que é brincadeira. (Joilson Nunes)*

A fé é um discurso recorrente, assim entregar a saúde nas mãos de Deus porque confia nele mais do que uma prática é o acionamento dos discursos das instituições que prestam assistência, com os mais diversos interesses dentro e fora dos alojamentos. Ao mesmo tempo ele recorre as informações que obtém através da televisão, com os profissionais de saúde e outras pessoas que atendem no alojamento e se justifica por estar sem luvas e máscara. As luvas não eram orientadas nem de uso comum no alojamento, salvo algumas pessoas que a atividade exigia, mas eu usei luvas o tempo todo durante a Oficina fazendo com que ele incorporasse no seu discurso.

> *Sou um vivente de rua porque morador de rua não tem condição, mas*

> *estou sendo um homem aterrorizado com esse sistema de Coronavírus que está ruindo em nosso país e essas coisas estão deixando a gente muito preocupado, com muita sofrência. Eu não sei se isso foi uma coisa criada ou foi uma coisa natural que teria que vir, não sei informar, mas a situação que eu sei é que deixou o país muito dramático e sofrido, um monte de desespero, muita fome e muita tristeza, muita dor e nós brasileiros não estamos preparados para viver isso, que o país é um país tropical, é abençoado, que Deus abençoe a todos. (Hélio Magalhães)*

No discurso de Hélio, ele primeiro se posiciona enquanto um vivente de rua, para diferenciar de morador de rua, essa distinção é a mesma feita pelo movimento quando exige serem chamados de pessoas em situação de rua e não morador de rua; no caso dele, usou outra palavra para se definir. As gravações foram realizadas em abril, ainda no início da pandemia, quando as discussões eram em torno do vírus ter sido criado em laboratório, que seria uma arma que a China estava usando para se tornar a maior potência mundial, Hélio aciona esse discurso quando diz que não sabe se "era coisa criada ou natural" e busca palavras que conhece para fazer uma gradação da situação brasileira, aumentando a intensidade do seu discurso. Como os outros que participaram da oficina, ele assume que está falando para um interlocutor, que seria um apresentador de programa, e justifica que o Brasil não está preparado para esse sofrimento através de versos de uma música popular brasileira que fala do clima e da beleza como forma de encarar a vida com alegria.

> *Estava em situação de rua agora, justamente nessa crise do coronavírus e o pessoal do Centro POP me ajudou, me trouxeram para o alojamento aqui provisório. Tenho que agradecer o pessoal aqui, o alojamento aqui, não só eu, mas todos os moradores de rua. Fica com Deus! (Márcio)*
>
> *Para a gente que vive na rua, no sereno, ter um lugar para dormir é ótimo. Para mim, aqui é uma colônia de férias (Hélio Magalhães)*
>
> *Estou aqui no acampamento provisório gostando da dedicação dos funcionários que trabalham aqui, pelas pessoas que vem se doar aqui, a cada pessoa, a cada interno e pedir as pessoas, às autoridades que venham olhar para os que mais necessitam nesse momento que estamos passando, nessa crise, que venha ter consciência a vir ajudar aqueles que estão passando por dificuldades, tanto família como aqueles que não têm família. (Ronaldo Mendes)*
>
> *O que eu peço mais é o lado do governo é a "respondência" sobre a consciência não só internacional como dentro do nosso país, tanto ao morador de rua que tiver passando necessidade como também aos abrigos de idosos, como também sobre a cura dessa vacina, acelerar o ministro da saúde a trabalhar no laboratório. É uma*

> *doença que ela vem mantendo sobre pesquisa, sobre ciência e investigação, dentro dessa área aí. O conhecimento que eu peço, tanto a parlamentar ou oposição é a união sobre essa quarentena e ver também não só os gastos públicos como ganância sobre a política. O Coronavírus é um dado que vem para matar e para quebrar a falência de países, isso não tem que se juntar e que solte logo esse "merozol" o mais rápido possível. (Ailton Bezerra)*

A proposta a eles, durante a oficina, foi que falassem sobre a pandemia e os cuidados que estavam recebendo e tomando individualmente, mas que estavam livres para falar do assunto que quisessem. Todos com condições de fazer optaram por falar da pandemia e do acampamento, gravando os containers onde dormiam e tudo que envolvesse o alojamento, mas as falas eram mais de elogio e agradecimento, mesmo quando cobrando melhorias. Confinar as pessoas em um determinado lugar é uma prática higienista que foi usada para proteger as pessoas em situação de rua porque, ao mesmo tempo em que permite o controle, dá proteção porque diminui a circulação, oferta testes e atendimento de uma forma mais ordenada na lógica territorial da atenção básica. As condições no alojamento são muito melhores que as condições da rua e para quem é negado todo e quaisquer direitos, a proteção oferecida é um cuidado ao qual não estão acostumados, dessa forma de torna mais importante demonstrar gratidão até para garantir continuidade.

Ailton aciona os discursos legitimados da política, da economia e da ciência que tem acompanhado, talvez, pela televisão permanentemente ligada e, apesar de à primeira vista parecer pouco lógico, com alguns neologismos, é possível ter uma compreensão do que ele diz. No seu vídeo ele fala da emergência de avançar nas pesquisas para termos acesso a uma vacina e que o poder público invista para desenvolver o que ele chama de 'merozol' rapidamente. No seu contexto existencial e social ele desenvolve um discurso que, do ponto de vista da correção da linguagem aparenta não ter sentido, mas que engloba muitas das discussões científicas e de gestão pública relacionada a pandemia.

> *Eu cuido do meu corpo. Na pandemia estou me cuidando (aponta a máscara). (Elione Alves)*

> *Nesse momento de pandemia eu queria estar em casa para ter mais dignidade e respeito. (Jocasta Martinati)*

4.2.1.7 A interlocutora Jerusa Campos

No grupo das mulheres que permaneceram no SCS, as gravações foram todas conduzidas por Jerusa Campos, conforme informado anteriormente. Os resultados obtidos nas gravações do SCS têm ligação direta com o lugar de interlocução de Jerusa não apenas no seu grupo, como em todo a área. A sua legitimidade para falar sobre e pelas pessoas que ali vivem foi primordial para que pessoas, como Joana D'Arc e Jocasta, participassem das gravações.

Como que seguindo um roteiro, ela fez as mesmas perguntas a todas as pessoas que entrevistou, flexibilizando a partir das respostas que ia encontrando. Algumas de suas perguntas conduziam a respostas das entrevistadas para as reivindicações de dignidade e respeito pautadas na necessidade de moradia.

> *Você gostaria de estar em casa?*
> *Você se sente violentada em seus direitos civis por estar na rua?*
> *Você queria na pandemia estar em casa para ter mais dignidade humana? (Jerusa Campos)*

Esse grupo não participou de oficina, mas Jerusa fez as perguntas a partir de algumas conversas comigo, pessoalmente e por telefone, além de seguir rigorosamente os objetivos que constavam do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

> *Quando chega no consultório na rua, como é o tratamento?*
> *Algum agente de saúde já foi preconceituoso?*
> *Você acha que o Governo Federal precisa melhorar o atendimento? (Jerusa Campos)*

Como entrevistadora ela tomou a liberdade de brincar com o título da pesquisa, fazendo dele a primeira grande pergunta de todas as entrevistas e o alterando para obter a resposta relacionada ao seu contexto e ao seu discurso. É de grande importância frisar que Jerusa se negou a ir para qualquer tipo de alojamento como estratégia para conseguir uma casa através do programa de aluguel social porque defende que a moradia e o emprego são os caminhos para a saída das ruas.

> *Mudando o título se essa rua fosse da senhora, o que seria diferente?*
> *Se essa rua fosse sua, se esse corpo fosse seu como estaria a sua condição de saúde? (Jerusa Campos)*

Ao fazer essa pergunta a Deusa, recebeu a seguinte resposta: "*Eu mandava ladrilhar, colocava Jerusa e Jocasta na frente e eu ia atrás*". O jogo de palavras usado

por ela acionou na sua interlocutora o mesmo discurso que me permitiu chegar ao título desta pesquisa: a memória da infância, das brincadeiras de rua.

Figura 33 - Ilustração Homem com Cachorro IV

Fonte: Aiyon Chung, 2017

5 O QUE TE SUFOCA?

Bem sei que, muitas vezes,
o único remédio
é adiar tudo. É adiar a sede, a fome, a viagem,
a dívida, o divertimento,
o pedido de emprego, ou a própria alegria.
A esperança é também uma forma
de contínuo adiamento.
Sei que é preciso prestigiar a esperança,
numa sala de espera.
Mas sei também que espera significa luta e não, apenas,
esperança sentada.
Não abdicação diante da vida.

A esperança
nunca é a forma burguesa, sentada e tranquila da espera.
Nunca é a figura de mulher
do quadro antigo.
Sentada, dando milho aos pombos.

A rua - Cassiano Ricardo

A nossa alma é apenas isso: um estado de saúde.

Mia Couto

O título deste capítulo repete a pergunta feita pelo Rafael Machado em 2019, não só porque esse é o local das respostas, mas principalmente porque o sufocamento dos sonhos, das possibilidades, das esperanças é uma prática diária de uma política de morte e de um povo que segue esperançando na luta em vez de dar milho aos pombos.

Parece pouco provável que após quatro anos de aproximação e contato cotidiano com a população em situação de rua, ouvindo suas considerações sobre a vida e sobre o mundo, apoiando suas lutas e me permitindo ser afetada por suas vidas tão complexas, sofridas e livres eu não possa concluir sobre quem são eles e seus sentidos sobre corpo, saúde e cuidado de si. Mas, neste momento final, a despedida de um ciclo que pode e deve continuar num outro formato e numa outra hora, fazer conclusões não me parece correto. Não acredito ter condições, capacidade e, principalmente, direito de concluir ou repassar qualquer ensinamento sobre eles. Assim, neste capítulo preciso deixar claro que as conclusões aqui presentes estão mais relacionadas ao sujeito que eu sou, são percepções a partir do meu corpo, no

meu modo de ser na vida. São percepções que partem das conexões e do estranhamento do que encontrei no campo, nos documentos e nas conversas com as pessoas. Como Santos (2006, p. 219), compreendi neste processo que “a mistura de desejo no fazer e a dinâmica da vida real exercendo sobre o investigador- investigado retiram do olhar acadêmico a sua fixação focal, mas agrega a riqueza da complexidade real dos objetos”.

Não diria, com certeza, se foi possível cartografar as convergências e os conflitos entre os sentidos do corpo, saúde e cuidado de si e confesso que várias vezes deixei minhas questões de lado para ver o que apareceria, para ver o que eles pensam de si e do outro. Os sentidos dados a essas palavras são diversos e, como já esperávamos, em constante e assimétrica disputa, mas o extenso material encontrado, principalmente no que diz respeito aos documentos, indicam uma visão hegemônica, um discurso legitimado e com mais poder de definir as políticas públicas no campo da saúde. Esse poder só encontra um campo tão ou mais fortalecido na hora do atendimento propriamente dito, na hora da conversa íntima e pessoal entre médico e paciente – é a hora do enfrentamento com o campo da biomedicina. Enfim, consolidei os achados em dez asserções/proposições que têm uma implicação relevante para o futuro da construção de políticas públicas no que diz respeito à participação social, principalmente no que tange ao reconhecimento da experiência do usuário; para a oferta do cuidado propriamente dito e as resistências às novas formas de olhar dos profissionais de saúde; e para o entendimento das manipulações discursivas da população em situação de rua no momento de pensar uma estratégia de comunicação e saúde. As dez asserções são ao mesmo tempo reflexões, conclusões e, de forma implícita são também proposições.

- ACESSO E HETEROGENEIDADE COMO SENTIDOS ESTRUTURANTES

As políticas públicas de saúde, originárias e até então únicas existentes, estão pautadas no acesso e baseadas na heterogeneidade da população em situação de rua.

A heterogeneidade, marca indissociável de qualquer grupo populacional, é a principal palavra dos discursos das políticas públicas, especialmente no primeiro momento que foram recortadas entre 2008 e 2019, sendo que o grande volume de

documentos foi encontrado entre 2008 e 2012. A palavra foi usada inicialmente no sumário executivo da pesquisa nacional realizada entre 2007 e 2008. Entendemos que o uso da palavra foi para sintetizar todas as características dessa população apontadas pela pesquisa nacional que vão na contramão do entendimento comum naquela época, e que permanece bastante presente – de que as pessoas que vivem nas ruas são drogados, ladrões, vadios, mendigos, noias[32], vagabundos, foras do lugar - esse entendimento precariza e criminaliza a situação de rua. Essa representação domina vários espaços, está presente nos debates públicos, nas opiniões de políticos, no discurso jornalístico, e dessa forma acabam por conduzir as definições de políticas públicas (RUI; MARTINEZ; FELTRAN, 2016). A pesquisa teve o efeito de atribuir visibilidade e o reconhecimento dessa população e suas demandas, em suas relações com os órgãos públicos. Aqui abro um parêntese para lembrar que suas relações com o governo iniciaram quando começaram a se articular e movimentar após a chacina da Praça da Sé em agosto de 2004, mas a pesquisa lhes dá materialidade, lhes caracterizam e os colocam longe do estigma e do estereótipo. “Pessoas antes invisíveis tornam-se visíveis, ganham novo estatuto, uma nova vida” (DE LUCCA, 2016, p. 35).

Essa visibilidade dá, aos olhos do governo, um novo sentido às suas vidas e aos problemas vivenciados, que ganham significação para além das nomeações individuais, ganham um sentido coletivo. A heterogeneidade fala dos diversos motivos que os levaram as ruas, muitos deles por questões relacionadas à crise econômica, crises políticas, até mesmo guerras, ou relacionadas a problemas de saúde, de violência vivida no ambiente familiar, por exemplo. Fala também da forma como se posicionam nas ruas, suas experiências, conhecimento e relações numa rua tão diversa de possibilidades quanto de violações. No trabalho de campo, encontramos famílias como conhecemos, marido e esposa, mãe, filhos e até netos, encontramos arranjos familiares tão diversos quanto é possível, grupos de usuários de drogas, grupos de alcoolistas, artistas, catadores de material reciclável, guardadores de carros, esses grupos muitas vezes se entrecruzam e se reconfiguram, se fragmentam e se diluem.

O sentido da heterogeneidade está no discurso do segmento populacional a partir do momento que ele se torna sujeito dos discursos sobre si mesmo. Quando se

[32] Noias tem origem na palavra paranoia. É uma gíria utilizada para nomear usuários de drogas.

organizam em movimento, eles lutam para saírem das ruas, mas manifestam o direito que tem de estarem nas ruas, o direito a cidade.

> Ao mesmo tempo que lutam pelo reconhecimento da indignidade a que estão submetidos, e buscando reverter tal situação, afirmam possuírem respeito e dignidade. Uma ambivalência que atinge, talvez, seu ponto máximo ao defenderem as vidas de rua e terem como meta última seu fim. Em outras palavras, lutando simultaneamente pela valorização das. Vidas de rua e por sua abolição, sendo assim, paradoxalmente, “a favor” e “contra” a existência das vidas de rua (DE LUCCA, 2016, p. 36-37).

Nos discursos que produzem sobre si, se negam a serem vistos pela ótica reducionista de usuários de drogas e o consequente enquadramento na política de saúde mental. Por anos a assistência prestada a eles estava unicamente relacionada e localizada institucionalmente na saúde mental. Os discursos de Maria Lúcia, representante do Movimento da População em Situação de Rua que ocupou um lugar central nas discussões para construção da política, pediam uma política de saúde que os olhassem como um todo, “um ser humano que tem diabetes, tem problemas de HIV, tem problemas de tuberculose, tem diversos outros problemas, por que limitar ele com a dependência química? ˜. Quando, ao fazer a política nacional para a população em situação de rua, o governo assume como sentido central dos discursos a heterogeneidade, está assumindo esse discurso da diversidade do povo da rua.

As políticas construídas, assim, têm como base os sentidos da heterogeneidade.

Acesso é a palavra mais plena de sentido nos documentos que implantam a estratégia dos consultórios na rua como oferta de serviços de saúde para a PSR. Esse acesso tem o objetivo de romper com as barreiras e violências institucionais enfrentadas pelas pessoas quando necessitam de atendimento em saúde. Narrativas de negativa de atendimento, de atos de preconceito, de constrangimento e até de violências físicas infligidas por servidores públicos das mais diversas áreas e também na saúde sempre foram comuns. Marcelo Pedra considera que “a existência dos consultórios na rua já revela um desastre de que o SUS não cumpre com seus princípios”; as análises nos levam à mesma conclusão – se os princípios de equidade, universalidade e integralidade fossem cumpridos, as pessoas que vivem nas ruas teriam acesso aos serviços de atenção básica, de emergência e hospitalar, o que não aconteceu até que os consultórios fossem implantados entre 2011 e 2012, salvo em

algumas experiências isoladas em algumas cidades brasileiras. A equidade, que é o princípio garantidor de mais direitos para quem mais precisa, é um conceito muitas vezes de difícil entendimento, não opera o cuidado na prática – está mais no campo da intenção.

A noção e o discurso do acesso são parte da luta para abrir as portas das unidades básicas que se encontravam fechadas, para que o SAMU atenda e transporte uma pessoa na rua, que o hospital cuide, mas o acesso não é o cuidado. Dessa forma, quando uma política pública está pautada no acesso, não significa que ela vá cuidar, mas que ela será uma facilitadora para as portas de entrada no sistema, nas redes de atenção. Mais uma vez Marcelo Pedra diz que as ECR se enxergam como busca ativa de pacientes a serem encaminhados para outra equipe cuidar, mas que deveriam elas mesmo cuidarem. Meu lugar é de analista discursiva, de entender o que os documentos comunicam e quais sentidos constroem, sentidos estes que serão reconhecidos e compartilhados por gestores, profissionais e pela população em situação de rua, não de avaliar o serviço prestado, o atendimento dado; entretanto, consideramos que não é possível dissociar o discurso do acesso da prática do atendimento, mesmo porque quem faz a política não opera o serviço na ponta, não está presente na relação entre a equipe e o usuário.

- CORPO COMO ESPAÇO DE AÇÃO

As pessoas que vivem na rua não são consideradas humanas, são corpos considerados aquém das capacidades funcionais, dessa forma são naturalmente excluídos e silenciados (MARTINS, 2017). O corpo em seu vasto entendimento, como máquina, como espaço aberto para o encontro, como primeira casa, como o que menos se modifica com facilidade, como fonte de identidade, como espaço de cuidado, como lugar do exercício de poder é o foco de ação das políticas públicas (BUTLER, 2019; CANGUILHEM, 2009; FOUCAULT, 2005; MAUSS, 1974). Para Butler o corpo é o foco, ao mesmo tempo sujeito e equipamento para o agir do outro. Todas as políticas públicas para a população de rua agem sobre seus corpos, quando se dá proteção social com os abrigos e outros meios de alojamento, se protege o corpo, os programas de moradia são feitos para garantir teto a esses corpos, a segurança pública (ou a violência) agem sobre os corpos, a saúde cuida e controla os

corpos.

O corpo que surge dos discursos das políticas públicas é o corpo como espaço da ação da política pública, lugar onde o biopoder é exercido. Reafirmando o analisado anteriormente, no pensamento biomédico, a saúde é entendida como a ausência de doença, mas, desde o início do século XX tomou corpo a ideia de uma saúde socialmente produzida, resultante da conjunção de vários elementos, que se identifica com qualidade de vida e bem-estar: a abordagem da Promoção da Saúde, que a partir das décadas de 1970 e 1980 passa a ser uma das tarefas básicas da medicina e da saúde pública, em todos os sistemas de saúde do mundo.

Embora os valores associados ao conceito de promoção da saúde sejam solidariedade, democracia, vida, cidadania, participação (ARAUJO, 2011), no Brasil e no mundo são muitas as críticas a essa abordagem, considerada comportamentalista, (CASTIEL; FERREIRA; GUILAM, 2010). A Promoção da Saúde é vista, por essa via, como uma política pública de controle de corpos, responsabilizando os indivíduos pelo cuidado com o seu corpo e por criarem – pela adoção de hábitos tidos como saudáveis – as condições que lhes possibilitem uma saúde melhor.

O corpo que emerge nas políticas públicas é esse corpo que é responsável pela sua saúde e pelo seu adoecimento, e é sobre essa concepção que age o biopoder, controlando os corpos para que não adoeçam, não parem de produzir e trabalhar, não deem prejuízo financeiro. A Promoção da Saúde trabalha no sentido de normatizar os corpos e possibilitar o controle da população e é esta ideia de promoção que está presente nos documentos relativos à PSR.

O romantismo atribuído à promoção da saúde, como um campo que possibilita um olhar ampliado sobre o corpo, que observa o indivíduo, o território, as condições sociais, na prática, por mais paradoxal que possa parecer, se sobrepõe a subjetividade dos sujeitos, às condições territoriais e sociais porque procura enquadrar as pessoas quando deveria aproximar, quando deveria, como defende Fauerwerker, se abrir para o encontro com a vida que a saúde não vê.

- PRÁTICAS HIGIENISTAS COMO CONVERGÊNCIA DE VÁRIOS INTERESSES

Na hora em que o perigo é exacerbado, quando a calamidade pública é instalada, o higienismo volta à cena e é defendido como forma de proteção, no

entanto, é manejado por interesses nem sempre convergentes.

As práticas higienista de limpeza social das cidades com o afastamento dos mais pobres, dos fora dos padrões de normalidade que explicam e justificam o aprisionamento dos loucos no Brasil e no mundo, as internações compulsórias e perpétuas em colônias dos pacientes de hanseníase (leprosos), por exemplo, hoje bastante condenadas – apesar de ainda presentes –, assim como a discussão de internar compulsoriamente usuários de drogas em comunidades terapêuticas de cunho religioso foram retomadas, pela ótica dos que cuidam da PSR, como uma alternativa para a proteção da população em situação de rua durante a pandemia do novo coronavírus.

O renascimento de ações higienistas como o isolamento e abrigo em alojamentos foram e estão sendo condutas aceitas, até mesmo defendidas por quem sempre lutou contra a prática. Em vários pontos do país, as pessoas foram tiradas das ruas e alojadas em hotéis, acampamentos e abrigos, mas tinham a opção de permanecerem nas ruas se assim desejassem. Neste sentido, houve uma aliança, nos termos trazidos por Butler (2019), como algo necessário para uma coabitação, essa aliança foi assinada, digamos dessa forma, pelo governo, pelos profissionais na área da assistência social e, especialmente, pelas pessoas em situação de rua. A aliança não é uma escolha, mas uma necessidade para preservar a existência de uma determinada população.

No entanto, os documentos nos mostram que os sentidos construídos pelos documentos produzidos pela comunidade discursiva Sedes/DF era de que os alojamentos eram necessários para proteger a população, já que a PSR era considerada um importante vetor de disseminação do vírus. Dessa forma, era preciso isolar para proteger os cidadãos de Brasília desse perigo. Mais à frente, os parâmetros da contaminação e o pouco adoecimento dessa população mostrou que as projeções estavam erradas.

Os técnicos e trabalhadores do campo da saúde defendiam, e ainda defendem, que era necessário tirar as pessoas da rua e abrigar especialmente os mais vulneráveis, como idosos, gestantes e crianças. Em seus discursos, eles mantêm a crítica ao higienismo, mas alegam que aquele momento, abril de 2020, era necessário eleger ações prioritárias e abrigar as pessoas, porque na rua a dificuldade de manejo seria bem maior – “nesse momento o higienismo nos serve” (Pedra, 2020). A ideia principal dos profissionais de saúde era de garantir as condições de higiene, de

garantir as condições para a proteção e cuidado aproveitando a oportunidade para produzir outro tipo de cidadania, uma cidadania possível naquele momento. Essa cidadania seria garantida: I – pela política de abrigamento; II - pela satisfação das necessidades básicas (higiene, alimentação, sono); III – estrutura adequada com envolvimento das equipes de saúde e assistência; IV – transporte; V – busca ativa em aglomerados de pessoas e isolados. Assim, aglomerar foi a saída encontrada e o resultado, até o momento, mostra que permitiu uma ação efetiva do atendimento da saúde e da assistência.

Para a população de rua, os recolhimentos em alojamentos ou hotéis foram, acima de tudo, uma espécie de resposta a uma de suas maiores reivindicações – um teto para morar, mesmo em coletividade. No início da pandemia, antes dos primeiros movimentos para a proteção desse grupo social, as perguntas do MNPR eram: como ficar em casa se não temos casa? Como seguir as recomendações se não temos água potável? Onde nos isolamos? Como é ficar em casa? Para dar resposta a esses questionamentos o próprio movimento junto com demais órgãos de defesa dos direitos pressionaram gestores públicos para encontrarem uma solução. A solução, de viés higienista, deu uma tranquilidade mínima às pessoas que nas ruas se sentiam mais vulneráveis, como idosos. Para além desse aspecto, a presença das pessoas nos hotéis ou em alojamentos transforma o espaço, ele vira uma localidade, com outra função, altera o sentido do equipamento pela presença dos corpos que ali estão (BUTLER, 2019), como aconteceu com o autódromo Nelson Piquet.

Num sentido oposto, entidades e parte do poder público que defendem ações higienistas de apartamento social dos diferentes viram na pandemia uma oportunidade para rever a política de saúde mental e retomar as práticas de internação de pessoas com problemas mentais. No Distrito Federal houve um chamamento público para a administração e manutenção dos alojamentos, as instituições vencedoras dos três que foram instalados são ligadas a igrejas evangélicas e católicas. Na esteira da aceitação do higienismo nesta situação específica, o discurso das comunidades terapêuticas e da internação compulsória foi colocado na teia comunicativa de uma forma tão poderosa que o Setor Comercial Sul foi nomeado “Cracolândia” – jamais havia sido chamado assim porque não condiz com a realidade.

Por várias entradas distintas, a partir de vários interlocutores e com diferentes interesses subjacentes, o discurso higienista da internação, da exclusão do convívio social, do isolamento ganha centralidade durante a pandemia no que diz respeito a

assistência da população de rua.

- A PREVALÊNCIA DAS PRÁTICAS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Em 2021, a estratégia dos Consultórios na Rua completa 10 anos de implantada. A partir da reivindicação da população de rua de ser olhada como pessoas completas, a expectativa dos técnicos e gestores da área da saúde, quando da decisão em colocar a estratégia dentro da Política Nacional de Atenção Primária era de que a realidade das ruas, os sentimentos que as ruas geram, que as multiplicidades dos sujeitos no campo do cuidado nas ruas produzisse uma reflexão capaz de mudar o jeito de fazer atenção primária, ou seja, rever a tecnificação e burocratização do cuidado, nos termos do Merhy (2020).

A população em situação de rua tem muita produção ativa de vida, fabricam uma vida nômade e nunca se deixam enquadrar, porque disputam todo o tempo o sentido que constroem sobre vida e sobre local de vivência/sobrevivência. Seus corpos estão abertos para o encontro, mas, muitas vezes, fechados para as normas, os controles. Neste sentido, Fauerwerker defende que é preciso deixar que a vida das pessoas defina o conceito amplo de saúde, que sejam interlocutores legitimados. Ela diz que “na rua até o jaleco fica deslocado”, que a Ciência precisa sair das caixinhas que ela mesma criou (FAUERWERKER, 2020, Estratégias de cuidado e solidariedade em tempos de pandemia, em Live Observa Pop Rua)[33].

Na banca de qualificação do projeto desta pesquisa, Kathleen Tereza Cruz corroborou esse pensamento, ao dizer que os viventes da rua colocam em xeque tudo que se propõe, que nada se encaixa no que os profissionais querem fazer. Como sujeitos, eles disputam o tempo inteiro seu modo mais compartilhado de produzir vida com esse modo de fazer da atenção primária, por enquadramentos estritos. O cotidiano das práticas da saúde é preconceituoso, por vezes violento e não leva em consideração as particularidades na produção das existências.

A avaliação dos técnicos e gestores que participaram da pesquisa é de que as mudanças esperadas nas práticas da atenção básica não aconteceram, as equipes de consultório na rua em vez de cuidado estão pautadas na ideia do acesso; a

[33] Live Observa Pop Rua, estratégias de cuidado e solidariedade em tempos de pandemia, proferida por Laura Fauerwerker em 16 de abril de 2020, no canal do Youtube do Observa Pop Rua, acesso disponível em https://www.youtube.com/watch?v=u9vm7KcWBLE.

idealização do trabalho profissional em um "quadradinho careta" centrado na colonização da vida do outro não foi capaz de usar o critério da baixa exigência para produzir cuidado, em outros termos, uma certa "caretice" da atenção básica não permitiu uma abertura para lidar com outros desafios[34].

Em suma: a PNPR não foi capaz de mudar as práticas existentes no trabalho da saúde com a implantação dos consultórios na rua.

- A CENTRALIDADE DISCURSIVA DA SAÚDE COLETIVA

Os participantes da pesquisa foram unânimes ao colocar a População em Situação de Rua através no MNPR numa posição de centralidade discursiva na construção da política pública voltada para eles. Gestores, técnicos e a própria população reconhecem que o papel do Movimento ao exigir direito à proteção, cuidado, cultura, moradia, principalmente de ser visto como um ser humano completo e não apenas um problema da saúde mental, foi mais que fundamental para que o Governo Federal decidisse criar uma política específica. Não houve uma voz dissonante neste sentido.

No entanto, quando a conversa vai se aprofundando e as questões passam a girar em torno de qual sentido de corpo e de saúde a população de rua defendeu para o desenho das ações de cuidado, e como esses sentidos foram traduzidos em ações concretas e estratégias, o lugar ocupado pela PSR vai se dissipando, como se houvesse uma barreira delimitando a participação.

No modelo administrativo vigente naquele momento (2011) no Ministério da Saúde, as discussões sobre as políticas de equidade e qualquer outra participação da sociedade civil e do movimento organizado se davam na SEGEP, dentro da Diretoria de Gestão Estratégica e Participativa e nos grupos e comissões dentro do Conselho Nacional de Saúde. Esses eram os espaços de controle e participação social. Como já vimos, a estratégia do consultório da rua foi o resultado de algumas convergências: a luta do MNPR para ter uma saúde integral, a vontade do governo em fazer programas e ações para combater o uso e abuso de crack; a determinação também do governo em dar continuidade a implantação da PNPR iniciada em 2009. Após essa

[34] Marcelo Pedra, Eduardo Melo e Alexandre Trino durante as conversações realizadas em datas e lugares distintos chegaram a mesma conclusão, sendo que dois deles usaram a palavra careta ou caretice para definir a prática de atenção primária.

tomada de decisão, as discussões migravam de instância, passando a ocorrer no DAB/Secretaria de Assistência à Saúde, onde as discussões assumiam praticidade, sendo o local de decisão do número e composição de equipes, do financiamento e de como iria se organizar o cuidado. Depois era iniciado o treinamento das equipes em todo o país. É exatamente ali que a centralidade discursiva se locomove.

A partir do momento em que a estratégia passa a ser operacionalizada, a centralidade discursiva passa a ser a do campo da saúde coletiva. Esse campo é pautado no território e seus riscos, no sentido ampliado de saúde, numa composição de equipes de saúde e articulado em redes de assistência. Uma das expectativas que pautaram as perguntas de pesquisa era a de que o sentido do cuidado seria o do saber biomédico, no sentido de saúde como ausência de doença. Mas, os documentos, as conversações e mesmo as gravações da população em situação de rua apontaram para um discurso da saúde coletiva enquanto política de Estado.

O campo simbólico hegemônico na construção das políticas foi o campo da saúde coletiva – sanitarista, epidemiológico, sociológico.

- A CONQUISTA DOS DIREITOS SE DÁ PELA LUTA

Butler (2019) fala dos corpos que performam uma imagem de si em movimento, que são afetados quando os direitos são ameaçados. Vimos que existia uma movimentação de organização do movimento da população em situação de rua antes de 2004, mas o acontecimento da madrugada de 19 de agosto daquele ano, o ataque a dez pessoas que dormiam nos arredores da Praça da Sé, tirando a vida de seis dessas pessoas produziu consequências. Todos os grandes jornais do país, e as emissoras de televisão noticiaram, as reações vieram de entidades de defesa dos direitos humanos e de instituições religiosas que trabalhavam há anos com essa população na capital paulista, que exigiam investigação e divulgação sobre quem tinha executado o crime. Ainda enquanto as vítimas eram choradas e as reações iniciadas, um novo ataque aconteceu em 22 de agosto, longe do centro da cidade, mas com o mesmo *modus operandi*. O trágico acontecimento deu visibilidade a esse grupo populacional para o Brasil e para o mundo, repercutindo na imprensa internacional (New York Times), francesa (Le Monde), espanhola (El País) e argentina (Clarín).

O luto das pessoas em situação de rua virou luta, aqueles corpos fora do enquadramento e não passíveis de enlutamento (BUTLER, 2019; SANTOS, 2010) ganharam visibilidade e foram chorados. O lamento tem uma importante função simbólica, para o morador de rua os ritos de passagem da vida à morte: velório, sepultamento, missa tem uma grande importância, é a última esperança de ser tratado com dignidade. Entre os anos de 2004 e 2005, a data dos primeiros ataques era lembrada todos os dias 19 de cada mês, nos chamados “atos pela vida”. Ao se juntarem para rezar os mortos, falar da violência que sofrem nas ruas – como estratégia de visibilidade – os rituais ganharam dimensão política e se tornaram o embrião do movimento que hoje existe. Para De Lucca,

> esse grupo de pessoas, ainda que um tanto diluído e fragmentado, suscitado pelos assassinatos de rua, foi capaz de abrir um espaço discursivo e comunicativo, onde parte de certas demandas poderia ser canalizada para autoridades públicas, instituições e órgãos estatais responsáveis. (DE LUCCA, 2016, p. 36)

O MNPR, lançado oficialmente em 2005 no 4º Festival Lixo e Cidadania, surge no contexto de uma Presidência da República aberta ao diálogo, das conquistas personificadas no Decreto 7053 e nos seus desdobramentos, como as equipes de consultórios na rua. Para Melo (2016, p.61), o decreto dá concretude e legibilidade institucional que confere um “*status* de dignidade ao tema, algo que durante muito tempo pareceu uma abstração inalcançável”.

A conquista dos direitos garantidos pelo arcabouço de documentos é fruto do luto e das lutas do Movimento Nacional da População em Situação de Rua.

- OS PROBLEMAS DA VIDA SÃO MUITO MAIORES QUE A PANDEMIA

A vida nas ruas tem outras temporalidades, outras conexões sociais, outros arranjos familiares, outras formas de lidar com a própria vida. Resumida na palavra heterogeneidade, definida por um decreto presidencial, essa diversidade e a complexidade da vida nas ruas provocam sentimentos e sentidos de necessidades concretas. Um vírus e uma doença que não experimentaram parecem menos importante e assustador que saciar a fome e a sede, que um lugar seguro para dormir longe da violência da polícia ou dos “*playboys*”.

A exclusão abissal imposta às pessoas que vivem nas cidades sem direito a

elas, as leva a enfrentar a “novíssima guerra” personificada nas violências física, estrutural e cultural. “As cidades são campos de batalha não reconhecidos com regras não conhecidas” (SANTOS, 2018, As cidades na encruzilhada entre a paz democrática e a exclusão abissal, Centro de Estudos Sociais da Universidade de Coimbra)[35], ganhar essas batalhas adquire mais concretude que a luta contra um vírus invisível. Enquanto estive no autódromo, muito dos “alunos” me procuravam para resolver problemas que os afligiam, nenhum tinha a ver com saúde ou com a pandemia, eram questões judiciais para resolver, um endereço fixo para ter acesso ao auxílio emergencial, aposentadoria e até mesmo contatos com as famílias.

A preocupação inicial dos gestores no Distrito Federal era de que a PSR fosse contagiante e não contagiada. Mas os grupos de trabalho para acompanhamento dessa população durante a pandemia em várias cidades, incluindo o da Fiocruz Brasília, concluíram que, pelo menos na chamada primeira onda da pandemia, a população em situação de rua pouco adoeceu e – em adoecendo – pouco evoluiu para casos graves. Nenhum desses grupos ou pessoas que participaram das conversações ousaram dar qualquer explicação para o fato que carece de uma averiguação epidemiológica.

O pouco adoecimento, entretanto, provocou no grupo do autódromo um relaxamento da preocupação com a doença, que já era baixo. Alguns colocavam a proteção na mão de Deus, outros na mão da equipe de saúde. Importante lembrar que o período da Oficina e das gravações foi entre abril e maio de 2020, ainda fora do pico da pandemia, que se deu em junho.

As conexões entre o baixo adoecimento, a pouca informação que circulava no alojamento naquele momento, o sentimento de proteção provocado pelo ambiente (cama, banheiro, alimentação) permitiu um repertório discursivo no sentido de amenizar os perigos da pandemia. A preocupação da PSR que apareceu nas entrevistas e nas gravações estava focada na manutenção da vida, na alimentação, no direito de viver nos lugares possíveis, no direito de ir e vir, no direito à moradia e de manterem seus poucos pertences, em se adequarem ao jeito de sobreviver à agressividade aos seus corpos. Brasília é o lugar onde mataram o índio Galdino “pensando que era um mendigo”, todos as pessoas que vivem na rua que tive contato

[35] Aula magistral 4, as cidades na encruzilhada entre a paz democrática e a exclusão abissal, proferida por Boaventura de Souza Santos em 18 de maio de 2018, no Centro de Estudos Sociais da Universidade de Coimbra, acesso disponível em https://www.youtube.com/watch?v=j6ydDzmXQJY.

na capital federal conhecem a história e a referenciam nas suas justificativas para as estratégias e performances de sobrevivência. A necropolítica é reproduzida de todas as formas nas ruas, e é justificada pela ideia do usuário de drogas, do inimigo que vai agredir a população de trabalhadores, do maloqueiro, do forasteiro, da guerra de facções, e a PSR inventa e reinventa diariamente formas de driblar essa política de morte. Existe um bailado incansável entre a vida e a morte que é dançado nas ruas, não perder o passo é a preocupação maior das pessoas. Ao mesmo tempo a rua tem seus encantos e encontros, o que torna os abrigos difíceis de suportar porque, por exemplo, afasta da liberdade das ruas.

Uma noite de sono tranquila sem o risco de morrer provoca uma ansiedade maior que adoecer, a luta é para deixar a rua menos mortífera. Neste sentido a população em situação de rua constróe relações utilitárias com quem garante alimento, água, com quem arruma um trocado, com o agente público que lhe garante comida, com quem presta atendimento de saúde ou de abordagem social. A aceitação e a pouca evasão nos alojamentos estão relacionadas ao atendimento a essas necessidades, estar ali elimina grande parte das preocupações diárias: onde dormir tranquilamente, onde comer, onde tomar banho, onde ter acesso a um cafezinho, até mesmo a resolução de problemas mais burocráticos. O alojamento também provocou uma impressão de proteção que afastou o medo do vírus. Entre abril e maio poucas pessoas saiam de lá para fazer qualquer coisa nas ruas, havia regras e horários para as entradas e saídas e quem perdesse a hora corria o risco de perder a vaga e ser obrigado a voltar para as ruas.

O grupo do Setor Comercial Sul forma um núcleo familiar, seus integrantes comem, se movimentam e dormem juntos. O lugar deles é a lateral de um banco. Todos os dias, antes do banco abrir, eles pegam os pertences e vão para uma área com lojas fechadas; assim que o horário de funcionamento do banco termina, eles retornam para o local, ao lado do posto da polícia. Ficar junto, próximos de quem pode lhes garantir o mínimo de segurança é estratégico para se manter vivo. Ao mesmo tempo, a proximidade com a polícia é perigosa. Deusa gritou alto ao dizer que a polícia jogou spray de pimenta em seus olhos.

Nos discursos da população em situação de rua em Brasília, o sentido construído foi de que os vírus da falta de sono e da violência são mais temíveis que o coronavírus.

Quanto ao MNPR, os representantes dessas pessoas em situação de rua falam

da necessidade dos serviços se organizarem para atender à população de rua, dos consultórios estarem providos de insumos, do dever do poder público em atender a população. Os discursos mapeados foram os do direito a ter direitos. A pandemia exacerbou as necessidades da PSR já existentes; manejando o discurso para garantir direitos ainda não adquiridos, durante a pandemia, Vanilson Torres disse que “a saúde é uma ponte necessária para as outras políticas. Se não houver garantia das outras políticas a saúde vai estar doente”.

- A NARRATIVA DA AUTORRESPONSABILIZAÇÃO COMO FORMA DE GERÊNCIA DA VIDA

O movimento organizado produz o discurso em torno das condições estruturais que propiciaram o aparecimento desse contingente populacional que faz da rua seu lugar de moradia e de subsistência, dessa forma responsabilizando o capitalismo e o poder público por não criar condições para que saiam das ruas e que outros nem cheguem às ruas. Neste sentido, defendem a manutenção dos serviços desmontados, a exemplo de alguns Caps, denunciam a entrega de serviços à sociedade civil afastando cada vez mais as pessoas do poder público, e cobram políticas mais eficientes para dar respostas aos problemas enfrentados pela população de rua com e sem pandemia.

Nos vídeos gravados, as pessoas que participaram colocam a responsabilidade por estarem vivendo nas ruas em si mesmos, como resultado das suas histórias de vida. A morte de um filho que fez um se perder na vida, o outro que se “estabacou”, o álcool e as drogas, o fim do casamento, ou seja causas ligadas à individualidade. A compreensão deles sobre sua própria situação não foi afetada pela percepção de que viver nas ruas é parte de um modelo mundial de gestão da vida focado na acumulação, na concorrência, na grande máquina que sai engolindo os mais fracos. Grande parte das pessoas com as quais tive contato se envergonham da situação e a assumem como uma deficiência pessoal. Certa vez, durante a aula, Joilson me deu o número de um telefone de outro estado e pediu que eu ligasse, estava com saudade da mãe e queria falar com ela, eu liguei e ninguém atendeu; me deu o da irmã e aconteceu a mesma coisa. Até a hora de ir embora, nenhum dos dois números havia retornado, ele me chamou num canto e me pediu que no caso de alguma delas retornasse a

ligação enquanto eu estivesse fora dali não dissesse que ele estava vivendo nas ruas. A irmã retornou a ligação no dia seguinte, eu disse que era professora dele, mas que não estava próximo naquele momento. Ela começou a chorar, que não sabia há quanto tempo não tinha notícias, marquei dia e hora para ligar de novo. Assim foi feito e eles conversaram por meia hora. Depois perguntei a ele por que não voltava para casa, já que sua família o amava e ele respondeu: vergonha, professora, não quero que saibam que eu falhei.

Assumir a responsabilidade por sua condição é uma forma de gerenciar a própria vida, a única forma de gerência sobre a própria vida. Tudo o mais é incerteza e violação. Eles assumem o papel de criadores de narrativas das suas experimentações de vida.

- ENTREGA A DEUS E ABSORVE O DISCURSO DO CUIDADO

Nos dois grupos de gravação, no autódromo e no Setor Comercial Sul, as pessoas, apesar de pouco usarem as máscaras e de pouco lavarem as mãos diziam que se cuidavam. Como todas as outras pessoas, elas fazem adaptações pessoais das instruções de cuidado, segundo o que lhes convém e o que é possível.

No autódromo, o fato de estar ali já é considerado como uma forma de cuidar de si, de se proteger desse vírus que está matando, mas as máscaras são como aquele livro na estante que nunca foi aberto para ser lido. No SCS, apenas duas pessoas nas gravações aparecem usando máscaras; nas visitas que fiz lá, as máscaras eram raras, em compensação todos pediam e aceitavam as doações de material de limpeza. Ao grupo de mulheres do setor comercial sul ofereci ajuda e elas pediram toalhas, calcinhas, absorvente e sabonete, itens extremamente necessários, mas aos quais o acesso é quase nenhum. Quem doa, doa o que quer ou o que sobra, não para atender as necessidades de quem precisa. Juma, uma militante que já foi moradora de rua e hoje realiza trabalho de redução de danos com as mulheres em situação de rua através da ONG Tulipas do Cerrado, disse, certa vez, num evento da UNB: “quem me dá sopa não me enxerga”. A maioria absoluta das pessoas que fazem doações tira suas próprias conclusões de que a necessidade é de comida, não há uma escuta para saber do que realmente necessitam.

Mais presente nos discursos dos homens do autódromo do que no das

mulheres do SCS, o destino, a sorte, o adoecer ou o não adoecer é entregue nas mãos de Deus, porque Ele, além de conhecer cada um deles e saber merecedores, é capaz de protegê-los. É a absorção do discurso das igrejas que lotearam o SCS e a administração dos alojamentos. São igrejas das mais diversas, desde a igreja católica até as igrejas neopentecostais e místico filosóficas. O trabalho dessas igrejas é o recrutamento para as comunidades terapêuticas que mantêm e arrebanhar novas ovelhas. Nas práticas diárias na oficina, eles podiam escolher uma música para começar o dia; todos, com exceção de um, escolheram músicas religiosas. Seus destinos, se livrarem das doenças, saírem das ruas, tudo está nas mãos e na vontade divina. É um discurso fatalista de que nada podem fazer para mudar as coisas. É também assim com o coronavírus – Deus proverá.

O grupo que gravou no Setor Comercial Sul é mais realista, as forças divinas aparecem no discurso de duas delas, mas as demais colocaram que suas condições estão ligadas a um Estado pouco ou nada provedor. Assim, reclamam da falta de casa e da repressão policial, por exemplo, e cobram do Estado a resolução dos problemas.

Apesar desse discurso religioso e, apesar de não cumprirem com os cuidados orientados para o uso de máscaras e limpeza das mãos, todos, nos dois grupos, consideram que tomam os devidos cuidados e sabem exatamente o que deve ser feito para proteção. Os dois grupos têm acesso a água e a máscaras. No SCS, no início da pandemia, era mais difícil, dependiam de doações de água e sabão, mas rapidamente um grupo de pessoas que realiza eventos na área, chamado No Setor, arrecadou doações e reformou um banheiro público abandonado na região, facilitando a higiene e o acesso a banho e água.

Dessa forma, eles absorvem o discurso do cuidado mesmo que estejam pouco dispostos a praticá-los.

- POSSIBILIDADES DE NOVOS ENCONTROS

A participação e o controle social, o reconhecimento de outros saberes permitiu, depois de séculos de exclusão, que o mínimo de direito fosse garantido a essa população. Mínimo, mas imprescindível para que durante a crise sanitária que ainda enfrentamos a população em situação de rua fosse protegida e assistida de alguma forma. Tudo o que foi possível garantir durante a pandemia está baseado na Política

Nacional para a População em Situação de Rua, que, como vimos, foi instituída considerando as necessidades dos sujeitos a que se destina.

Quando uma pessoa da rua grita que é mais que um usuário de drogas, e um governo escuta, dialoga e se compromete em ampliar seus direitos, não apenas enfrenta as desigualdades superando as estruturas que sustentam as formas de produção da inexistência, mas, também, coloca em prática um dos procedimentos do que Santos (2014) chama de Epistemologia do Sul. Essa escuta e esse acolhimento quebram elos nas correntes hegemônicas que domina os poderes e os saberes, posicionam melhor as pessoas em situação de rua.

Esta décima e última percepção de que a constelação de saberes e práticas que estão articulados nas políticas para a população de rua, apesar da centralidade de algumas, nos permite conhecer outros saberes, outras formas de vida e temporalidade, diminuindo as exclusões – preenchendo abismos.

Considerando essas 10 reflexões e à luz do objetivo da nossa pesquisa, podemos chegar à conclusão de que há uma convergência dos sentidos de corpo, saúde e cuidado de si, quando se trata do que está no arcabouço legal, do que pensam os técnicos e até do movimento organizado da população em situação de rua. Esse sentido é o defendido pelo campo da saúde coletiva de que saúde é mais que ausência de doenças. Saúde em seu sentido coletivo, o que chamam de sentido ampliado de saúde, entendido como um bem-estar geral, que engloba as questões territoriais, econômicas, de segurança pessoal, nutricional etc. Uma saúde pautada na sua promoção, no enfrentamento do adoecimento, uma busca por viver mais e melhor. A promoção da saúde como uma política de estado de controle dos corpos (ARAUJO, 2011; CRUZ, 2019; FOUCAULT, 2002).

Na rua, os sentidos mudam, a preocupação é a alimentação, o acesso a poucos direitos que têm, o local onde poderão dormir com segurança. A saúde é uma preocupação quando o sintoma aparece, ou quando a doença necessita de um acompanhamento permanente como o caso dos soropositivos. Mesmo durante a pandemia, quando eles brigaram para serem alojados em locais seguros, na prática o cuidado de si não mudou, o sentimento de que Deus os protegeriam, ou de que outras preocupações são mais urgentes permaneceram. A satisfação com a oferta de saúde que têm, seja com a ECR, seja no ambulatório dedicado ao tratamento das IST e AIDS, a insistência em tomar as rédeas das próprias vidas se auto responsabilizando por suas condições, principalmente a noção de corpo como a estrutura que os

sustenta nessa vivência das ruas, como a armadura que os protegem de tudo, aquela que não fraqueja, que não adoece, que resiste às inúmeras adversidades, pode estar refletindo nessa baixa preocupação com a saúde.

É preciso entender que as conclusões a que cheguei são as conclusões de uma analista olhando para uma realidade, a partir de um olhar específico e de contextos específicos. Um outro analista pode olhar para a mesma realidade e gerar novos sentidos. Há ainda a possibilidade de estar afetada por essas vidas, creio e espero que tenha sido assim.

❖ FLOREIO – CANDELÁRIA, GALDINO E SÉ

A palavra floreio pode ser usada em vários sentidos, como o movimento de uma espada, passando pelo ato de colocar flores num determinado lugar, ou no uso de figuras retóricas, como na literatura, ou como recurso final de encerramento de uma história. Uso aqui o floreio para falar sobre a necropolítica a que estão sujeitos esses corpos que vivem nas ruas.

Em Brasília, durante toda a pandemia, a despeito das ações no sentido de proteger a população em situação de rua, numa articulação entre assistência social e saúde pública, o mesmo governo realizou uma série de ações violentas contra a população de rua.

Em áreas onde a população, a maioria composta por catadores de material reciclável, ergue barracos, as ações da polícia militar e da Agência de Fiscalização do DF (AGEFIS) foram violentas e não cessaram durante toda a pandemia. Sem chances para negociação, os agentes chegavam e além de derrubarem os barracos, onde viviam mulheres e crianças, levavam tudo que encontravam pela frente num caminhão e sem a possibilidade de que os moradores dali reouvessem seus poucos objetos. As intervenções feitas por representantes do Conselho de Direitos Humanos, inclusive promotores de justiça, não obtiveram sucesso. Os agentes da ordem pública enviados nesses momentos eram pessoas que não se permitiam negociar. Estavam ali cumprindo ordens, assim como Eichmann, responsável pela Solução Final, argumentou quando foi julgado pelos seus crimes durante o nazismo, são funcionários públicos fazendo o seu trabalho honesto e obediente (ARENDT, 2013).

No Setor Comercial Sul ocorreu o mesmo tipo de ação. Uma delas em 19 de setembro de 2020, por volta das oito horas da manhã de um domingo, quando a

maioria ainda dormia. A AGEFIS acompanhada da Polícia Militar chegou com aproximadamente 60 homens e três caminhões e tomou todos os pertences, até dos deficientes físicos. Jerusa brigou pra não levarem suas coisas (ela mantém tudo num carrinho de supermercado), apanhou e a levaram presa. Horas mais tarde já estava de volta ao SCS. Os gritos de algumas pessoas era dizendo “isso é genocídio, necropolítica”.

A mão que dá atendimento de saúde, alojamentos, é a mesma mão que tira tudo, os deixam sem colchão, sem lençóis, até o pouco dinheiro que tinham escondido nos pertences foi levado embora.

Pouco tempo depois, as pessoas que trabalham com a PSR da área começaram a chegar, eram ONGs, representantes da UNB, Ministério Público. Eles cobraram uma resposta do GDF porque já havia determinações do Ministério Público e da Defensoria Pública que ações de despejo deveriam ser suspensas durante a pandemia. No outro dia as pessoas puderam reaver seus pertences num depósito da AGEFIS, numa área longe de onde viviam.

As duas ações que cito aqui – e houve outras –, são exemplos da soberania do Estado agindo sobre a vida das pessoas, entendendo a soberania como “a capacidade de definir quem importa e quem não importa, quem é ‘descartável’ e quem não é” (MBEMBE, 2018, p. 41). Como Mbembe, entendemos que o Estado encontra formas de “civilizar” os modos de matar. Expulsar e tirar os poucos pertences das pessoas em plena pandemia é uma forma de matar as pessoas através da dinâmica da fragmentação territorial, definindo as zonas de acesso proibido (ibid.).

Seguindo o pensamento de Butler, essa população, fora do quadro da normalidade, sem os meios materiais para o enquadramento, esses sobrantes da sociedade perdem o valor e a utilidade e é, assim, destituída (MBEMBE, 2018). Ainda para Mbembe:

> Se o poder ainda depende de um controle estreito sobre os corpos (ou de sua concentração em campos), as novas tecnologias de destruição estão menos preocupadas com a inscrição de corpos em aparatos disciplinares do que em inscrevê-los, no momento oportuno, na ordem da economia máxima, agora representada pelo “massacre” (ibid., p. 59).

Ao tirar-lhes os barracos, os pertences, ao ameaçar fechar um equipamento de atendimento à saúde para que saiam de uma área onde não são bem-vindos porque atrapalham o comércio e o funcionamento dos bancos, o governo do Distrito Federal

realiza uma espécie de massacre porque a rua não é uma escolha da qual podem abrir mão.

As chacinas da Candelária no Rio de Janeiro, da Praça da Sé em São Paulo e o assassinato do índio Galdino em uma parada de ônibus em Brasília são exemplos da necropolítica em exercício. Nas duas chacinas foi comprovada a participação de policiais militares, portanto membros do aparato do Estado. O índio Galdino, morto por rapazes da classe média alta de Brasília, dentre eles o filho de um membro do judiciário, representa a capacidade que a sociedade tem de absorver esse poder soberano de matar. Entre o final de 2020 e o início de 2021 três pessoas foram queimadas enquanto dormiam no Distrito Federal. São corpos não passíveis de luto porque não são corpos dóceis ou assujeitados às normas, ao ordenamento da biopolítica, portanto são corpos matáveis.

Candelária, Galdino e Sé são realidades diárias das pessoas que vivem nas ruas, são enfrentamentos diários a todo tipo de violência, principalmente a estatal. Os manejos, as ressignificações e os sentidos que a PSR constrói são estratégias de sobrevivência. A saúde em seu sentido ampliado levaria em consideração essas violências diárias, pequenas e grandes que tiram dessas pessoas o direito de serem diferentes, mas iguais em dignidade. O direito de estarem ali, na rua, mas o dever de lutar para sair.

REFERÊNCIAS

ADORNO, R. C. F.; VARANDA, W. Descartavéis urbanos: discutindo a complexidade da população de rua e o desafio para políticas de saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo. v. 13, n. 1, p. 23-25, 2004.

AMADO, J. **Capitães de Areia**. São Paulo: Companhia das Letras, 2008.

ANDRADE, O. Manifesto Pau Brasil. **Passei Web**, 2015. Disponível em https://www.passeiweb.com/estudos/livros/manifesto_pau_brasi/. Acesso em: 2 de jan. 2021.

_____. **Poesias Completas**. São Paulo: Edusp, 1987.

ARAÚJO, I. S. **A Reconversão do Olhar:** Prática Discursiva e Produção dos Sentidos na Intervenção Social. São Leopoldo: Unisinos, 2000.

_____. **Mediações e Poder.** Niterói, 2000. Disponível em arquivo eletrônico.

_____. **Mercado simbólico:** interlocução, luta, poder - Um modelo de comunicação para políticas públicas. Tese. (Doutorado em Comunicação e Cultura) – Escola de Comunicação, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2002.

_____. Mercado Simbólico: Um Modelo De Comunicação Para Políticas Públicas. **Interface – comunicação saúde e educação**, Botucatu, v. 8, n. 14, set./fev. 2004.

_____. Contextos, mediações e produção de sentidos: uma abordagem conceitual e metodológica e comunicação e saúde. **RECIIS**, Rio de Janeiro, v.3, n.3, p.42-50, set. 2009.

ARAÜJO, N. M.S. **Viver Mais e melhor: os sentidos da saúde e o programa Globo Repórter**. Dissertação. (Mestrado em Informação e Comunicação em Saúde) - Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2011.

BAKTHIN, M. **Marxismo e Filosofia da Linguagem**: Problemas Fundamentais do étodo Sociológico na Ciência da Linguagem. São Paulo: Editor Hucitec, 1986.

BANDEIRA, M. O bicho. **Escritas.org**. Disponível em https://www.escritas.org/pt/t/4828/o-bicho. Acesso em: 15 de jan. 2021.

BARBOSA, M. I. S., BOSI, M. L. M. Vínculo: um conceito problemático no campo da Saúde Coletiva. **Physis: Revista de Saúde Coletiva,** Rio de Janeiro, 2017, v. 27, n.4, p.1003-1022.

BARTHES, R. **S/Z**. Rio de janeiro: Nova Fronteira, 1992.

_____. **Aula**. São Paulo: Cultrix, 2010.

BASTOS, C.M. *et. al*. **Pastoral do Povo na Rua**: vida e missão. São Paulo: Loyola, 2003.

BOURDIEU, P. **O Poder Simbólico.** 7. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2004.

_____. Notas Provisórias sobre a percepção social do corpo. **Pro-posições**, Campinas, v. 25, n.1, p. 247-256. Jan./abr. 2014.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Pesquisa nacional sobre a população em situação de rua.** Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, 2008. Disponível em: http://www/mds.gov.br/backup/arquivos/sumario_executivo_pop_rua.pdf. Acesso em: 20 de dez. 2018.

_____. Ministério da Saúde. **Manual sobre o cuidado à saúde junto a população em situação de rua**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

_____. Secretaria de Direitos Humanos. **População em Situação de Rua**. Brasília: Presidência da República, 2015.

_____. IBGE. Resolução n° 02\2018, de 28 de agosto de 2018. **Diário Oficial da União**. Disponível em: http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=515&pagina=55&data=29/08/2018. Acesso em: 01 out. 2019.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Plano de Ação de Atendimento à População em Situação de Rua**. Brasília: MDS, 2005.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Relatório Simplificado do Primeiro Encontro Nacional sobre População em Situação de Rua Realizado Pelo Governo Federal**. Brasília: MDS, 2005b.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Relatório Final do Primeiro Encontro Nacional sobre População em Situação de Rua Realizado Pelo Governo Federal**. Brasília: MDS, 2006.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **População de Rua no Brasil**: um levantamento bibliográfico**.** Brasília: MDS, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Saúde da população em situação de rua**: um direito humano. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 38p.

_____. Decreto Federal n° 7.053 de 23 de dezembro de 2009. Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências. Portal da Legislação. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2009/Decreto/D7053.htm. Acesso em: nov. 2018.

BURSZTYN, M. (org.). **No meio da rua**: nômades, excluídos e viradores. Brasília: Garamond, 2000.

_____. Vira-mundos e 'rola-bostas'. *In*: BURSZTYN, M. (org.) **No meio da rua**: nômades, excluídos e viradores. Brasília: Garamond, 2000. p. 230-261.

BUSCH-GEERTSEMA, V.; CULHANE, D.; FITZPATRICK, S. Developing a global framework for conceptualising and measuring homelessness. **Habitat International**, v. 55, p. 124-132, july 2016. Disponível em: https://doi.org/10.1016/j.habitatint.2016.03.004. Acesso em: 30 jan. 2019.

BUTLER, J. **Quadros de Guerra: quando a vida é passível de luto?** Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2019.

_____. **Corpos em Aliança e a Política das ruas** – notas para uma teoria performativa de assembleia. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2019.

CASTEL, R. As dinâmicas do processo de marginalização: da vulnerabilidade e desfiliação. **Cadernos CRH***,* Salvador, n. 26/27, p. 19 - 40, jan./dez. 1997.

_____. A**s metamorfoses da questão social**: uma crônica do salário. Tradução: Iraci D. Poleti. Petrópolis: Vozes, 1998.

CASTIEL, L. D., GUILAM, M. C. R., FERREIRA, M. S. **Correndo o Risco** – uma introdução aos riscos em saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2010.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. Rio de Janeiro: Forense, 2009.

CARDOSO, L. **O Direito à moradia e o princípio da dignidade da pessoa humana**. 2012. Artigo (Especialização) – Escola da Magistratura do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2012.

CARMO, M. E., GUIZARDI, F. L. O conceito de vulnerabilidade e seus sentidos para as políticas públicas de saúde e assistência social. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 3, 2018.

CERTEAU, M. Caminhadas pela cidade. *In*:_____. **A invenção do Cotidiano**. Petrópolis: Vozes, 1996.

DE LUCCA, D. Morte e Vida nas ruas de São Paulo: A biopolítica vista do centro. *In*: RUI, T., MARTINEZ, M., FELTRAN, G. (orgs.). **Novas Faces da Vida nas Ruas.** São Carlos: EDUFSCar, 2016.

DICKENS, C. **Oliver Twist**. São Paulo: Hedra, 2002.

DRUMMOND, C. A. **Antologia poética**. Rio de Janeiro: Record, 2008. p. 267.

ENGSTROM, E. M.; TEIXEIRA, M. B**.** Equipe “Consultório na Rua” de Manguinhos, Rio de Janeiro, Brasil: práticas de cuidado e promoção da saúde em um território vulnerável. **Ciênc. Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 6, jun. 2016. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015216.0782016 . Acesso em: 26 de fev. 2019.

ESCOREL, S. A Saúde das pessoas em situação de rua. *In*: CUNHA, J.V.Q.; RODRIGUES, M. (org.). **Rua Aprendendo a Contar**: Pesquisa Nacional sobre a população em Situação de Rua. Brasília: MDS - Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação, 2009. p. 111-133.

FAIRCLOUGH, N. **Discurso e mudança social.** Brasília: Editora UNB, 2001.

FREITAS, E. Urbanização no mundo. **Brasil Escola**. Disponível em https://brasilescola.uol.com.br/geografia/urbanizacao-no-mundo.htm. Acesso em: 21 de fev. 2019

FOUCAULT, M. **A arqueologia do saber**. 2. ed. Rio de Janeiro: Forense, 1986.

_____. **As palavras e as coisas**. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

_____. **Estratégia, poder-saber**. Rio de Janeiro: Forense, 2006.

_____. **História da Sexualidade I: A vontade de saber**. São Paulo: Graal, 2007.

_____. **História da Sexualidade II: O uso dos prazeres**. São Paulo: Graal, 2007.

_____. **História da Sexualidade III: O cuidado de si**. São Paulo: Graal, 2007.

_____. **Em Defesa da Sociedade**. São Paulo: Martins Fontes, 2002.

_____. **Microfísica e Poder**. São Paulo: Graal, 2005.

_____. **A ordem do discurso.** São Paulo: Loyola, 1996.

HALLAIS, J.; BARROS, N. Consultório de rua: visibilidades, invisibilidade e hipervisibilidade. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 7, jul. 2015.

HUGO, V. **Os Miseráveis**. São Paulo: Círculo do Livro, [1985?].

LEITE, H. Número de Pessoas e Situação de Rua no DF cresce 20% em um ano. **Correio Braziliense**. 25 de maio 2018. Disponível em: https://www.correiobraziliense.com.br/app/noticia/cidades/2018/05/25/interna _cidadesdf,680561/numero-de-pessoas-em-situacao-de-rua-no-df-cresce-20- em-um-ano.shtml. Acesso em: 17 de fev. 2019.

LOACH. K. O Estado cria a ilusão de que, se você é pobre, a culpa é sua**. El país Brasil**. Disponível em: https://brasil.elpais.com/brasil/2016/10/22/cultura/1477145409_049665.html. Acesso em: 13 set. 2018.

MAINGUENEAU, D. **Novas Tendências em Análises de Discurso***.* Campinas: Pontes/UNICAMP, 1993.

MANZINI-COVRE, M. L. **O que é Cidadania**. São Paulo: Brasiliense, 2002.

MARTINS, B. S. A deficiência e as políticas sociais em Portugal: retrato de uma democracia em curso. **Revista Periferia**. Rio de Janeiro, v. 9, n, 1, jan./jun. 2017. Disponível em https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/periferia/issue/view/1534. Acesso em: 21 de dez. 2020.

MARX, K. O Capital. *In*:_____. **O Capital.** 12. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil S. A., 1988. Livro 1. v. 2. p. 583- 932.

MBEMBE, A. **Necropolítica**. São Paulo: N-1 Edições, 2018.

MEDEIROS, C. C. Habitus e Corpo Social: reflexões sobre o corpo na teoria sociológica de Pierre Bourdieu. **Movimento**, Porto Alegre, v. 17, n. 1, p. 281–300. Jan./Mar. de 2011.

MERHY, E. *et al*. Redes vivas: multiplicidades girando as existências, sinais da rua. Implicações para a produção do cuidado e a produção do conhecimento em saúde. *In*:_____. (org.). **Avaliação compartilhada do cuidado em saúde**: surpreendendo o instituído nas redes. 1. ed. Rio de Janeiro: Hexis, 2016.

MOVIMENTO NACIONAL DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA. **Lutar e Resistir**: Material de divulgação. São Paulo: Instituto Polis. 2010.

NATALINO, M. A. **Estimativa da População em Situação de Rua**. Texto para Discussão, n. 2246. Brasília: IPEA, 2016.

NEIVA-SILVA, L.; KOLLER, S. H. A rua como contexto de desenvolvimento. *In:* LORDELO, E. R.; CARVALHO, A. M.; KOLLER, S. H. (Org.). **Infância brasileira e contextos de desenvolvimento**. Salvador: Ed. UFBA, 2002. p. 205-230.

NETTO, J. P. Cinco Notas a propósito da questão social. **Temporalis**, Brasília, ano. 2, n. 3, p. 41- 50, jan./jul. 2001.

ONU. **Relatório da relatora Especial sobre moradia adequada como componente do direito a um padrão de vida adequado e sobre o direito a não discriminação neste contexto**. Genebra, 2015.

PAIVA, I. G. S. *et al*. Direito à saúde da população em situação de rua: reflexões sobre a problemática. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 21, n. 8, p. 2595-2606, ago. 2016. Disponível em:

PASTORE, J; HALLER, A. O. O que Está Acontecendo com a Mobilidade Social no Brasil? *In:* VELLOSO, J.; ALBUQUERQUE, R. J. (org.), **Pobreza e Mobilidade Social**. São Paulo: Nobel, 1993.

PEREIRA, C. P. **Rua sem Saída**: um estudo sobre a relação entre o Estado e a população de rua de Brasília. 2008 Dissertação (Mestrado em Política Social) – Universidade de Brasília, Instituto de Ciências Humanas, 2008. Disponível em: http://repositorio.unb.br/handle/10482/1542

PEREIRA, M.P.B.; BARCELLOS, C. O território no Programa de Saúde da Família. **Hygeia- Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde***,* v. 2, n. 2, p. 47-59, jun. 2006.

PINTO, M. J. **As marcas Linguísticas da enunciação**. Rio de Janeiro: Numen, 1994.

POCHMANN, M.; AMORIM, R (org.). Atlas da exclusão social no Brasil. São Paulo: Cortez, 2003. Volume 1.

_____. **Atlas da exclusão social no Brasil**. São Paulo: Cortez, 2003. Volume 2.

POPULAÇÃO de rua deve ficar fora do Censo 2020. **Folha de Pernambuco,** 2018. Disponível em: https://www.folhape.com.br/noticias/noticias/brasil/2018/09/22/NWS,82163,70,450,NOTICIAS,2190-POPULACAO-RUA-DEVE-FICAR-FORA-CENSO- 2020.aspx. Acesso em: 25 de set. 2018.

RAMOS, N.; SERAFIM, J. F. Comunicação em Saúde e Antropologia Fílmica. *In*: **GT Comunicação e Saúde do ALAIC**. Lima, Peru, 2014.

RESENDE, V. M. Direitos Humanos Para Quem? Políticas Públicas E Representação Da Gestão Espacial Da Pobreza Urbana Em O Globo. **Trabalhos em Linguística Aplicada**, Campinas, v. 57, n. 2, maio./ago. 2018. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/01031813865186436400l. Acesso em: 03 mar. 2019.

RIBEIRO, C. A.; SCALON, C. Class mobility in Brazil from a comparative perspective. *In*: KINZO, M.D.; DUNKERLEY, J. (Org.). **Brazil since 1985 economy, polity and society**. London: ILAS, 2003.

RICARDO, C. **Poesias Completas**. Rio de Janeiro: José Olympio, 1957. p. 26.

RIZOTTO, M. L.; BORTOLOTO, C. O conceito de equidade no desenho de políticas sociais: pressupostos políticos e ideológicos da proposta de desenvolvimento da CEPAL. **Interface, comunicação, saúde e educação**, Botucatu, v. 15, n. 38, jul./set. 2011. Disponível em http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832011000300014. Acesso em:

ROCHA, S. **Pobreza no Brasil**: afinal, de que se trata? Rio de Janeiro: FGV, 2003.

ROSA, M. A arquitetura do poder e o poder da arquitetura e Brasília. **GPS Lifetime**. ano 07, n. 21, Brasília, 2018. p. 16-21.

RUI, T., MARTINEZ, M., FELTRAN, G. (Orgs.). **Novas Faces da Vida nas Ruas**. São Carlos: EDUFSCar. 2016.

SABOYA, R. **Segregação Espacial Urbana.** Disponível em: http://urbanidades.arq.br/2009/05/segregacao-espacial-urbana/. Acesso em: 30 ago. 2010.

SANCHES, R. M., CICONELLI, R. M. Conceitos de acesso à saúde. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 31, n. 3, p. 260-268, 2012.

SANTOS, B. S. **A crítica da razão indolente. Contra o desperdício da experiência.** São Paulo**:** Cortez, 2000.

_____. **A cruel pedagogia do vírus**. Lisboa/PT: eBook Kindle, 2020.

_____. **Gramática do Tempo**: Para uma nova cultura política. São Paulo: Cortez, 2007.

_____, Para além do pensamento abissal: das linhas globais a uma ecologia de saberes. *In*: SANTOS, B.S.; MENESES, M.P. (org.). **Epistemologias do Sul**. São Paulo: Cortez, 2010. p. 31-83.

SANTOS, M. **Espaço e Sociedade.** Petrópolis: Ed. Vozes, 1979.

_____. **A Urbanização Brasileira**. São Paulo: Hucitec, 1993.

_____. O retorno do territorio. **OSAL - Observatório Social de América Latina**, Buenos Aires, año 6, n.16, jun. 2005.

_____. **Manual de Geografia Urbana**. 3.ed. São Paulo: Edusp, 2008.

SARMENTO, I. V. M. **A ineficácia das políticas púbicas destinadas à população em Situação de Rua**. Brasília: Lumen Juris, 2020.

SCALON, C. Desigualdade, pobreza e políticas públicas: notas para um debate. **Contemporânea**, São Carlos, n. 1, p. 49-68, 2011.

SICARI, A. A.; ZANELLA, A. V**.** Pessoas em Situação de rua no Brasil: Revisão Sistemática. **Psicol. cienc.prof**, v. 38, n. 4, Brasília, Oct./Dec. 2018. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/1982- 3703003292017. Acesso em: 02 de mar. 2019.

SILVA, M. L. **Mudanças Recentes no Mundo do Trabalho e o Fenômeno da População em Situação de Rua no Brasil 1995 - 2005**. 2006. Dissertação (Mestrado em Política Social) – Universidade de Brasília, Brasília, 2006.

SILVA JR, A. **Produção Social Dos Sentidos em Processos Interculturais de Comunicação e Saúde**: A Apropriação das Políticas Públicas de Saúde para Ciganos No Brasil e em Portugal. Tese (Pós-Graduação em Informação e Comunicação e Saúde) – Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde, Rio de Janeiro, 2018. Disponível em: https://www.icict.fiocruz.br/sites/www.icict.fiocruz.br/files/Tese%20PPGICS%20Aluizio%20de%20Azevedo%20Silva%20Junior_2018.pdf. Acesso em: 06 de mar. 2019.

SILVA, T. O. Urbanização brasileira. **Brasil Escola**. Disponível em: https://brasilescola.uol.com.br/brasil/urbanizacao-no-brasil.htm. Acesso em 06 de

março de 2019.

SOARES, S. **Metodologias para estabelecer a linha da pobreza**: objetivas, subjetivas, relativas, multidimensionais. Texto para discussão n. 1381, Rio de janeiro: IPEA, 2009.

SOUZA, J. A doença do Brasil é o ódio de classe. **Istoé on line,** São Paulo, 2018. Entrevista. Disponível em: https://istoe.com.br/a- doenca-do-brasil-e-o-odio-de-classe/#.W4fKGS3i6vi.facebook. Acesso em: 13 set. 2018.

SOUZA, D. O. Como se morre de frio? **Folha de São Paulo**. www1.folha.uol.com.br/opiniao/2016/06/1782586-como-se-morre-de- frio.html. Acesso em: 15 de jul. 2017.

VALLADARES, L. Cem anos Pensando a Pobreza (Urbana) no Brasil. *In*:_____. **A invenção da Favela**: do mito de origem a favela.com. 1. ed. Rio de Janeiro: FGV, 2005.

VERÓN, E. **A produção do sentido**. São Paulo: Cultrix,1980.

_____. **Fragmentos de um tecido.** São Leopoldo: Editora Unisinos, 2005.

_____. Teoria da midiatização: uma perspectiva semioantropológica e algumas de suas consequências. **Revista Matrizes**. São Paulo: USP, v. 8, n. 1, jun./jul. 2014. Disponível em: http://www.matrizes.usp.br/index.php/matrizes/article/view/561. Acesso em: 21 Mar. 2018.

VIEIRA, M. A. C.; BEZZERA, E. M. R.; ROSA, C. M. M. **População de rua:** quem é, como vive, como é vista. São Paulo: Hucitec, 1992.

WANDERLEY, L. E. Comentário dos assessores sobre as formas de atuação com a população de rua *In*: ROSA, C. M. M. (org.). **População de Rua Brasil e Canadá**. São Paulo: Hucitec, 1995. p. 131-135.

_____. População de Rua e a conjuntura atual. *In:*_____. **População de Rua Brasil e Canadá**. São Paulo: Hucitec, 1995. p.180-181.

APÊNDICES

APÊNDICE A – DECRAVAÇÕES DAS CONVERSAÇÕES

Conversação com Marcelo Pedra – Doutor em Saúde Coletiva, pesquisador do NuPop da Fiocruz Brasília

Nadja – qual a sua percepção enquanto profissional da política lá em 2011 e 2012, como foi estruturada a participação das pessoas na construção da ação programática?
Marcelo – eu vou fazer uma distinção que não é preciosismo, mas uma demarcação de lugar político, eu vou chamar sempre de equipes de consultório na rua e não de uma política. Ela se estruturar a partir da política nacional de 2009 e em 2011 e efetivamente em 2012, em 2011 sai a política na política nacional as equipes e no início de 2012 sai a portaria que objetivamente possibilita criar as equipes. Em 2012 são criadas equipes de atenção básica específicas para a população de rua, por isso eu acho que é importante delimitar porque é diferente você criar uma política do que criar uma equipe. A política não tem forma concreta de operar, todas as políticas de equidade não conseguem ofertar equidade porque não opera o cuidado, então quando se cria uma equipe de consultório na rua isso dá materialidade atoda uma intencionalidade e aí eu não tenho como não como não me valer de uma autora que para mim tem sido muito importante que é a Hannah Arendth que é tirar da ideia da intenção. Políitica não pode ser intenção tem que materializar coisas, então a equipe de consultório na rua é uma equipe de saúde da família e porque é importante delimitar isso politicamente, é uma equipe como a que vai me atender, que tem que fazer cartão nacional de saúde, que tem que vacinar, que tem que fazer preventivo, que tem que fazer pré-natal , que tem que fazer tudo. Essa é um delimitação importante para não parecer que é alguma coisa, um programa que pode acontecer num momento e não acontecer em outro, por isso que eu acho que essas distinções são importantes.
Olhando para aquele momento você tem razão, ela bebe em duas experiências até aquele momento constituídas, a experiência de Salvador objetivamente não era uma experiência para a população de rua, os consultórios de rua nunca foram equipes para atender a população de rua, eram equipes para atender a população do CAPS que estava em maior vulnerabilidade, ela nunca teve uma agenda para a população em situação de rua, inclusive pelo instrumento legal que lhes cria em 2010, são uma extensão do CAPS, então eles tentavam acolher a população atendida pelo CAPS que não chegava no CAPS, como parte dele estava na rua eles atendiam na rua, mas não era uma agenda política para atendimento a população de rua, era uma agenda de saúde mental, isso o movimento aquela época e ainda hoje implica, tem implicado. Qual era a luta do movimento naquele momento: a psr é muito maior que isso, a droga é algo muito prevalente na vida das pessoas que estão na rua, é um recurso que está sempre muito presente? É um recurso que está sempre muito presente, mas não é a única coisa. As pessoas ficam grávidas nas ruas, as pessoas tem diabetes na rua, tem hipertensão, tem tudo. Acho que essa evolução foi muito interessante, já que está perguntando minha opinião. Eu vou chamar de evolução porque acho que evolui quando sai da saúde mental, porém esse traço é uma pecha que a gente tem que trazer até hoje porque ainda hoje para boa parte do Brasil, inclusive essa experiência que você citou porque quando a gente pensa que tivemos em Salvador no CEDADE com o Neri e o consultório de rua que, insisto, não era para a população de rua, e as experiências de São Paulo, Rio e Minas Gerais com o que a gente chamava de população sem domicilio, diria que nessas experiências, as que ainda tem um efetividade porque se constituíram na atenção básica foram SP, RJ. Minas Gerais insistiu e ainda insiste hoje numa experiência não baseada na atenção primária, mas baseada na

saúde mental o que é sempre muito ruim porque é muito limitante. Era um momento político muito mais aberto a participação da população, a aprticipação dos movimentos sociais, é uma participação sempre difícil por muitos motivos. Havia uma expectativa muito grande dos movimentos sociais e é algo, hoje mesmo estava discutindo numa reunião com o município de São Paulo, com o Suplicy e há uma necessidade de delimitar o que é da saúde, o que é da assistência e o que é da educação, quando é com a população de rua torna essas zonas limítrofes muito difíceis de distinguir. Até onde eu vou com uma equipe de saúde? Até onde eu vou com o Centro POP? Até onde vou com educação, com trabalho e renda, com habitação? São limites importantes e fundamentais de serem feitos e é muito difícil. Na época isso também já acontecia, a população organizada, de forma legítima e justa tinham muitos pleitos e nem todos eram para a saúde.
Nadja – E fez diferença de como se estruturou o sistema...o que já era previsto na constituição...?
Marcelo – Ter uma equipe na rua já é um desastre do SUS, já revela que o SUS é preconceituoso, que a equipe de saúde da família não atende, se eu crio uma equipe específica já estou revelando, institucionalmente, que o SUS não cumpre seus princípios básicos, o da equidade, por exemplo. Se eu preciso criar uma equipe específica é porque estou atestando que as equipes do SUS não garantem acesso a essa população.
Nadja – O decreto se justifica o tempo inteiro?
Marcelo – A ideia do trabalho multiprofissional, seria ótimo que a equipe de saúde da família fizesse um trabalho multiprofissional a partir do médico, do enfermeiro e tal, como não foi possível vamos criar o NASF,você vai tentando de alguma maneira qualificar, algumas coisas qualificam, outras acabam não qualificando tanto assim, mas eu penso que no caso do CnaR era uma necessidade porque o preconceito junto a população é enorme da população em geral e também dos profissionais de saúde, então agregou, trouxe a garantia de algo que deveria ter sido garantido.
Nadja – O Davi escreveu para a Folha de São Paulo escreveu o que acontece fisicamente com o corpo para se chegar a morrer de frio e aí ele diz que as pessoas em situação de rua não conhecem o seu corpo, muitas vezes estão doentes e não sabem que estão. Do outro lado eu sempre olhei para eles e achei que eram todos doentes, a gente olha e quando vê alguns na sujeira que não é determinante nem de todos, e eles não se acham doentes, a grande maioria diz que não adoece, de quem eu conversei. Teve esse tipo de discussão na hora de formar, de fazer as equipes, de que é você cuidar de alguém que não se considera doente? De como respeitar esse outro lado?
Marcelo – A resposta é não, no sentido do modo de acompanhar, do tipo de escuta, de relação que precisa constituir para que as equipes trabalhem não foi pauta para pensar a constituição dessas equipes. O que pautou objetivamente essas equipes foi a ideia do acesso, porque a palavra que mais aparece quando você olha para a política é o acesso. A pauta era a pauta do acesso, não era por exemplo a pauta da resolutividade que é uma desgraça até hoje. A maior parte das equipes de consultório na rua ainda se enxerga como uma equipe de busca ativa que vai até a população para encaminhar ela a algum lugar, para levar ela para uma consulta, e aí você tem médico, enfermeiros, psicólogos, hoje estamos falando de 2000 profissionais no Brasil inteiro, nós temos 177 equipes, que via de regra como diz uma amigo, são equipes de SAMU e não equipe de cuidador. Então vc tem médico que vai ficar no discurso da redução de danos e não faz nada. Eu quero médico que faz consulta, que clinique, que bote a mão no povo, que faça escuta, que passe remédio quando for necessário. Quero enfermeira que faça curativo, não enfermeira que pega na rua para levar para outra enfermeira fazer curativo. Essa é a realidade até hoje e eu não tenho a menor dúvida que isso é fruto de ter começado na saúde mental, estou convencido disso pela experiência, eu trabalhei com uma equipe de consultório na rua no rio de janeiro, trabalhei no centro pop e depois fui trabalhar na primeira equipe de consultório. Trabalhei dois anos nela e de 2012 até hoje eu formo equipe no Brasil inteiro e soou completamente convencido que a agenda da saúde

mental que detona com a saúde mental e no caso do CnaR, por ter ainda uma marca muito forte disso é uma agenda que só consegue falar de acesso. Você vai conversar com o trabalhador e ele chora a mesma coisa que a população chora, então, concretamente, a única preocupação na hora da montagem dessa política era acesso, não tinha a forma de trabalhar, de clinicar. Isso que você está dizendo já está La no SUS como um todo, de que se eu vou trabalhar eu tenho que conhecer o meu território, sua cultura, o que a Bárbara... vai chamar de competência cultural. Isso está ai desde que se tem a atenção primária, desde os anos 40/50. Então sempre se soube disso, que as pessoas deveriam ser acolhidas na maneira que elas chegam. Qualquer profissional de saúde tem que respeitar isso.

Nadja – O Dudu disse que acreditou na época que colocar os profissionais do consultório na rua junto com a atenção básica ia fazer com que os profissionais saíssem da caixinha deles?

Marcelo – Não fez, mas se não foi isso fica muito pior. Se for para a saúde mental vai ser o que é a saúde mental – um lixo. Bote lixo três vezes. A agenda da saúde mental dentro da política de saúde não tem nenhuma efetividade. Você não tem um número, não tem transparência de nada, você tem um campo discursivo. Quantas pessoas são atendidas pelo CAPS, quantas tem o diagnóstico A, B ou C, recebem que tratamento, quantas melhoraram? Nada disso está lá na saúde mental. Na atenção básica você tem o PNAB que tinha até ano passado, tem prontuário eletrônico aberto. Se não tem transparência, se não tem agenda pública e está baseado em casuística pessoal é apropriação individual de sistema público, é patrimonialismo, é o que a gente tem na nossa história brasileira. Se não fosse para a atenção básica a gente estava fudido. Agora, Eduardo está correto, ter colocado ali, nesses dez anos resolveu esse problema? Não, não resolveu não. Agora, vamos combinar uma outra coisa. O médico que está na atenção primária, na equipe de saúde da família, ele trabalha como deveria trabalhar na atenção primária? Não. Vamos aos números completos, sem nenhum tipo de devaneio: nós temos 46 mil equipes de saúde da família, quantos médicos de família que é o médico que está pronto para trabalhar nesse posto de trabalho nós temos no Brasil? 5 mil. Então tem 41 mil postos de trabalho na equipe de saúde da família que tem o gastro, que tem um oftalmo, um ginecologista e um oftalmo que está trabalhando na clínica de saúde da família vai fazer trabalho de medicina de família e comunidade? Não, são condições estruturais simples. Temos que insistir, temos que fazer mais residência, tenho que obrigar como era no Mais Médicos e acabou caindo. Por que no Mais Médicos a primeira coisa que caiu foi a formação? Porque isso que muda, provimento pode prover até certo ponto e depois não prover mais, mas mudar a formação, obrigar as instituições a trabalhar a atenção primária, imagina isso pensando a produção primária para a população de rua, mais difícil ainda.

O que eu estou tentando reproduzir para você? Uma coisa que aprendi com um autor chamado Antônio Lancetti, eu tive o privilégio de trabalhar com ele por três anos, e ele dizia que resposta simples para problema complexo é obviamente a resposta errada. Foi importante e ainda é muito importante a equipe de consultório na rua está na UBS? É fundamental até hoje que a gente ainda enfrenta o problema. Ter colocado ali melhorou a forma desse trabalhador no sentido dele saber que está fazendo uma ação de atenção primária? Não.

Nadja – O que acha que seria o ideal para desenhar o cuidado dessa população tão heterogênea? Qual seria o modelo ideal para esse tipo de cuidado?

Marcelo – Eu estou falando agora, é com esse Marcelo de agora que você está conversando, então tem algo que o SUS precisa enfrentar que é a questão da formação. Eu estou na Fiocruz, estou na UNB e estou numa Universidade daqui chamada UDF, na UNB, no curso de saúde coletiva onde estou ligado, no Departamento de Saúde coletiva você tem o SUS, em nenhuma outra disciplina dos outros cursos da saúde você mais de um semestre que vai falar do SUS, no máximo dois. Esse é um ponto central, eu preciso entregar para esse trabalho alguém formado para isso, a primeira coisa é formação e isso inclui a ideia da residência, formação do formato de residência é um tanto melhor porque forma em serviço, um outro elemento importante e a dissertação de mestrado do Eduardo tenta um pouco responder essa pergunta de como é que Aracaju foi tão firme durante tanto tempo de uma hora para outra cai

tudo? A pergunta do Eduardo não se respondeu porque não tem resposta, não tem uma resposta simples que possa ser dada por um mestrado ou por um doutorado. Todo um desenho federativo, uma forma de fazer gestão, quando você fala em qualquer outro lugar do planeta que quando muda o prefeito muda todo o conjunto de secretários, as pessoas não conseguem entender porque há uma ideia que um trabalho público consegue de alguma maneira prover umas necessidades de sustentação, aqui não. Essa ideia da ação política que vai se dar pela formação e, penso eu, que pelos movimentos sociais como uma estratégia de conquista e reconquista de direitos, agora a gente vai estar num momento de reconquista, estamos perdendo tudo, só a população de rua? Não, todos nós, estamos perdendo vários direitos. Eu hoje tenho apostado cada vez mais nessas duas vias, na formação, de você ter um trabalhador porque a gente forma de maneira muito precária tanto clinicamente quanto politicamente. As pessoas vão para o atendimento e, ainda, você vai encontrar, as pessoas, médicos, enfermeiros que vão chegar para D. Maria na estrutural e vão dizer: D. Maria a senhora está diabética, tem que parar de comer açúcar, tem que diminuir o bolo, então são prescrições que são absolutamente inúteis, a gente sabe, o médico que faz essa prescrição, ou enfermeiro, ou psicólogo ou educador físico que faz esse tipo de prescrição ele sabe que a orientação clínica dele é inoqua, ninguém vai parar de comer açúcar, parar de fumar, parar de comer sal ou gordura se for hipertenso por uma ação prescritiva e a gente segue fazendo isso, é a mesma lógica que a gente tem que enfrentar com a política de redução de danos que é a ideia de não fazer dessa maneira prescritiva e construir com as pessoas, só que isso quando a gente fala em redução de danos ainda estamos falando no campo da saúde mental, infelizmente. A gente não fala em redução de danos, por exemplo, para hipertensão ou qualquer condição crônica, que parece uma coisa só de drogas. Partindo da ideia de que tem pessoas que vai dizer, eu não quero parar. Isso passa pela formação, tem uma formação um pouco mais responsável e um pouco mais efetiva, não é responsável com o SUS não, é porque não é efetiva em nenhum. Os cursos de saúde não formam para trabalhar no SUS, talvez os enfermeiros.

Mabel Terezinha Luz faz essa discussão dos modelos de vida saudáveis. Promover saúde é na mesma proporção que bebe álcool tentar ingerir água, tentar se manter hidratado, tentar de alguma maneira reconhecer quais são os disparadores que fazem o uso de drogas ficar mais intenso ou ficar muito intenso como em alguns casos, e isso não é adaptar a promoção da saúde, mas não é possível o cara estar na rua e não ser saudável, claro que é. O professor Kenneth do IMS na UERJ ela vai usar um termo que ele chama de “imperialismo sanitário”. Tem um texto pequenininho que chama “Medicalização, farmacolização e imperialismo sanitário” , ele faz uma discussão de como o processo de medicalizar, e o que ele chama de medicalizar, ele usa um autor chamado Conrad, apesar de ter usado muito na carreira ele vai dizer que o Foucault moraizou porque o Foucault vai chamar de medicalização a ideia do uso de medicamento e ele vai tratar isso como ruim, usar medicamento para tamponar sintomas da vida, é isso que Foucault vai chamar de medicalização e trata isso como ruim, o Conrad vai dizer que medicalizar é transformar alguma coisa que é da vida passível de tratamento não só pelo médico, qualquer coisa, desde uma questão psíquica ou a homossexualidade por exemplo, que até alguns aninhos atrás estava no CID como uma doença e a AIDS, que não era uma questão médica, que era só uma questão de homossexuais passa a ser uma questão médica e no que passa a ser uma questão médica eu investigo vírus, eu vou ter algum tipo de medicamento, um tratamento, então o Conrad vai tratar a medicalização como um processo humano, social, ele não quer saber se é bom ou ruim. Em alguns casos é bom medicalizar, transformar alguma coisa que não era passível das doenças da saúde, passar a ser e ser terapêutico, isso vai desenrolar no processo que o Kenneth vai chamar de farmacolização, a partir disso eu posso ter desdobramentos de tornar o medicamento algo muito usual na vida das pessoas e isso desdobra uma outra coisa que é o que ele chama de imperialismo sanitário, que ele vai chamar de conceito positivo de saúde que é nessa leitura de promoção de saúde, que é de ter um corpo no qual ter saúde passa a ser ter performance,

ter um bom corpo, é essa a ideia do suprimento, essa é a mesma coisa para a população em situação de rua, um bom corpo é aquele que está pronta para trabalhar, a mesma coisa.
Nadja - Inesita defende um modelo de comunicação que opera como um Mercado Simbólico, aí usa discurso, vai usar a legitimidade do Bourdieu, a polifonia do Baktin e vai juntar isso no que ela chama de mercado simbólico, que em vez da comunicação ser uma coisa linear de um emissor para um receptor, de um sabido para um vazio de conhecimento. Ela fala que é um mercado que vive em disputa e que algumas pessoas tem mais legitimidade, falam mais, tem mais centralidade discursiva e outras pessoas estão na periferia discursiva, e que elas vivem sempre com estratégias para mudar de posição nesse mercado e ficar melhor posicionado. Naquele momento de discutir como organizava as equipes e como organizava o cuidado, qual foi o conhecimento mais ouvido, que estava mais centralizado discursivamente? O fazer médico, a saúde mental, a população de rua teve que sair de cena na hora de discutir o cuidado na atenção básica eles saíram de cena? Ecologia dos saberes.
Marcelo – eu diria para você que o que estava mais em voga era o saber da saúde coletiva mais que o médico. Você tinha médicos ali, mas médicos que não são reconhecidos pelo campo médico, são médicos ligados ao campo sanitário, saúde coletiva. Nomeando: Heider, Eduardo, todo aquele grupo que estava ali, entre os médicos eles são pária, eles não são reconhecidos como médicos, os médicos – o gastro, o cirurgião – vai olhar para eles e falar: você é o que não quis estudar, o que não evoluiu na carreira. Para a medicina, a saúde pública, foi o que a gente viu agora com a entrada do grupo que veio do Rio Grande do Sul e saiu no meio da pandemia, eles diziam vcs não bebem a informação sistematizada da ficha médica, vcs escutam a antropologia, a sociologia, vocês querem discutir Foucault, ele é um psicólogo, filósofo, tem uma determinada leitura no campo das ciências sociais, mas vocês não estão falando em medicina. Diria para você que o campo hegemônico que construiu ali foi o campo da saúde coletiva, que é o mesmo grupo do Merhy. Merhy, Luis Cecílio, todo esse grupo que foi hegemônico naquele momento, Gastão Wagner, quando ele vai para a medicina, ele não é reconhecido por esses pares, só é reconhecido pelo grupo da saúde coletiva.
A população em situação de rua estava sempre presente, sempre esteve. Ela conseguia participar da agenda? Numa certa parte, mas hegemonicamente o saber, o campo simbólico que estava ali hegemonicamente era o da saúde coletiva, não era nem o da medicina, eu acho um equívoco, por exemplo, teve uma tese de doutorado, da USP agora, de um rapaz jovem Brosman ou Brasman, ano passado talvez, ele entrevistou toda essa galera, ele também é médico e a conclusão dele é: o saber médico constituiu as políticas para a PSR. De jeito nenhum, para essa galera médico de família e comunidade porque Eduardo nem é , esse campo da medicina que a gente vai chamar de sanitário é pária. A medicina não estava ali, eram saberes do campo da sociologia, da antropologia, da psicanálise, das ciências sociais de uma maneira geral. O que esse grupo faz tem muito mais a ver com psicologia, com os saberes de si do que com medicina. É onde esse povo todo vai beber, apesar da presença muito forte dos movimentos sociais, o movimento com Lúcia, com Anderson, Samuel, o Vanilson chega depois, mas a Bahia. Rio de Janeiro nunca teve representante.
Nadja – Brasilia tem uma rede forte e nesse momento da pandemia essa rede acabou aparecendo, apesar o governo esquizofrênico tira tudo, bate, queima barraco. A saúde não é só o Dr. Jorge, ali do lado tem uma galera que não consegue entrar do Hospital de Base.
Marcelo – mas é o que eu vinha falando, não dá para ter uma resposta simples para um fenômeno complexo, a equipe consegue atender, consegue, mas isso significa que não tem um monte de contradições? Não, é cheio de contradições.
Nadja – do número hoje de consultórios porque segundo Dudu, a primeira ideia era de uns 300 consultórios e depois foi revista...?
Marcelo – 353
Nadja – Pois é vi uma fala sua num encontro que teve em Salvador, e vi você dizendo que tinha a previsão de implantação de 187, se não me engano. Se hoje a gente tem 177 implantados a gente está bem perto, falta pouco para a meta?

Marcelo – Eu chão que não tem muito mais para implantar, os números são muito objetivos. Uma equipe cobre até 1000 pessoas, a estimativa do IPEA de março desse ano, 221 mil, se eu tenho 177 equipes estou cobrindo 177 mil pessoas. Acho que não tem muito para crescer não, mas claro, pandemia, situação econômica, mais gente na rua. Isso tudo é um cenário muito fluído, a pandemia vai mudar isso também e vai mudar muitas outras coisas, o fato é que, as grandes cidades, todas as capitais já têm. Talvez aumentar onde tem, rio de janeiro tem 8 equipes é pouco, São Paulo tem 23, Brasília precisaria de mais. É aumentar um pouco mais nas grandes cidades, as pequenas não precisam.
Nadja – Você acha que as eCnaR deram resposta para essa pandemia, tinham condição de dar resposta para essa população, de dar o atendimento?
Marcelo – Aqui pelo núcleo de pesquisa a gente teve contato com algumas cidades, nas grandes cidades teve a mesma condição que as equipes do SUS teve. É uma resposta parcial, mas não foi diferente das demais equipes. Todo mundo foi testado, não tive notícia de lugar onde não tinha teste, e outra coisa impressionante, a galera não adoeceu. Não adoeceu aqui, tivemos duas mortes, em Niterói o Trino disse que tinha 60 dias que não tinha um caso positivo, Juiz de Fora não teve um caso, São Paulo até agora teve 29 mortes. Não fiz uma pesquisa sobre isso, mas lidando com as outras cidades com as quais a gente tem contato, o número tem sido baixo e eu não sei explicar isso. Precisamos ter acesso a mais informação, agora tem uma coisa concreta, aqui em Brasília mais do que dobrou a oferta e não aparecia doente, Niterói está longe de ser uma cidade pequena e não teve óbito. No Rio morreu pouca gente. Eu tento não estimular esse discurso para não estimular, a gente está numa pandemia e é preciso manter todas as estratégias sanitárias necessárias, não podemos estimular esse sentimento de imunidade, agora é um fato adoeceu pouco.
Nadja – O acampamento virou a casa deles e vc ficar com máscara dentro de casa. O cuidado era muito...
Marcelo – Para mim o grande legado da pandemia para a população de rua é essa relação saúde – assistência sem dúvida está num outro lugar. Para o Brasil inteiro, tem uma aproximação muito maior e num lugar mais generoso que é em geral da saúde ofertando uma maior proximidade com a assistência para cuidar dessas coisas, para as questões de saúde mental, para as questões de mediação de conflito. A saúde tem se aproximado mais e acho que isso fica porque efeitos são muito claro, aqui (BSB) a tava de evasão é baixíssima.
O núcleo existe desde 2015/2016, começou com a Fabiana Damásio, hoje temos 05 pessoas, começou a fazer um trabalho com a traços, depois começamos a desenvolver umas pesquisas ainda poucas, mas a gente tem uma relação muito orgânica com o GDF, então a gente tem operado ações que são mais do campo executivo que do campo da pesquisa, a gente é mais envolvido com formação e trabalho junto ao poder executivo que com pesquisa neste momento, fizemos pesquisa mais no início. Temos um grande projeto de pesquisa que é um portal que a gente chama de portal pop rua que a gente entrega agora. Ano que vem a gente deve consolidar essa residência, pensando em pesquisa mais *stricto sensu*.

Kátia Souto – Gestora do Ministério da Saúde – Dapep/segep
29.01.2020
Nadja – Como se deu a construção da política de saúde?
Katia – Primeira coisa é que não tem uma política de saúde da população sem situação de rua. É uma política para a população em situação de rua, por isso ela envolvia vários ministérios e estava sobre a coordenação na época da Secretaria Geral da Presidência da República, o Gilberto Carvalho, exatamente porque nós entendemos que a população em situação de rua é uma população que a princípio está transitoriamente na rua, que ela está ali por uma ausência do estado em diferentes políticas públicas, não só da saúde, mas da educação, da moradia, do emprego em especial, por ela estava articulada via SGPR.
O que acontece no nosso lugar da saúde? A gente tinha que fazer ações de saúde para a política e para isso nós organizamos um comitê. O comitê se apropria da política e ele vai

discutir. Quando eu assumi ele já estava lá, mas como todos os outros da política de equidade, estava digamos assim desmontados do ponto de vista do exercício porque já tinha terminado o trabalho. Eu disse não, o comitê não acaba porque elaborou a política, ele pode fazer agora o monitoramento e o plenajamento da implementação dessa política, e foi isso que a gente fez, a gente rearticulou e redesenhou o papel e a missão do comitê, não só desse, mas de outros: o LGBT, o do Campo, Floresta e Água. Houve toda uma revitalização. Ai sim, ele vai ter diferenças entre um comitê e outro, a gente fez o desenho...primeiro que ele vai ser um espaço de dialogo com a sociedade civil, então a sociedade civil precisa ter um peso e também ele precisa dialogar com quem conduz a política especificamente, então os dois principais atores governamentais eram: a secretaria geral da presidência da república, eu e o MDS que era praticamente quem coordenava a política maior porque você tem uma interação muito forte entre a saúde e a assistência social e ali a gente começava a discutir. O movimento tinha autonomia para indicar seus representantes, a Lúcia como coordenadora nacional naturalmente estava ali, mas tinha, por exemplo, a Nina de São Paulo que estava na gestão e trazia a experiência de São Paulo, porque lá por ser a grande metrópole do país a situação de rua era muito grande. As outras políticas de equidade a gente jogou um peso nos comitês estaduais, essa a gente pegou exatamente uma pesquisa do MDS, a única que tem que aponta o perfil dessa população, aquela pesquisa norteou, nós tivemos uma reunião do comitê para debater essa pesquisa e discutir o que íamos fazer. A grande crítica que o movimento fazia para a gente é que quando eles iam para uma unidade de saúde a unidade por discriminação e preconceito não os recebia (tá sujo, é marginal, etc), então a gente viu que tinha que achar outra saída que envolveu todo o Ministério, mesmo que o DAGEP estivesse mais a frente. A gente usou nosso querido poeta Castro Alves: “a praça é do povo e você tem que ir aonde o povo está”, e daí surge a discussão dos consultórios na rua e aí a secretaria de atenção a saúde dentro do MS, porque quando a gente discutia pensava em quais eram as articulações intra e intersetoriais que nós precisávamos, assim como num primeiro momento a SG e o MDS precisavam compor o comitê, mas internamente nosso grande interlocutor era a Atenção Básica que estava dentro da SAS. A gente também tinha que qualificar o profissional da atenção básica para esse atendimento e para ele ser multiprofissional também. Tinha também a articulação com a SVS, em especial com o Departamento de DST/AIDS para a gente oferecer as testagens de HIV e de sífilis para essa população dentro do CnaR. Tem uma articulação interna onde a gente desenha o que espera junto com o movimento.

O comitê tinha entre 3 e 4 reuniões anuais. Na primeira a gente fazia um planejamento considerando os recursos financeiros, parte deles iam exatamente para essa articulação intra e intersetorial porque a gente tinha junto com o MDS uma articulação dos CRAS porque eles que é mantêm, porque tem PSR que a gente tinha que articular porque alguns não queriam sair da rua mesmo numa perspectiva paternalista do estado. Então você tem uma referencia de um lugar que são as casas de acolhimento que o CRAS tem, são espaços de acolhimento. A política envolvia isso. Do ponto de vista da saúde e assistência social a gente tinha uma boa articulação, então o que a gente discutiu foi quais eram os grandes centros, estimular nas gestões estaduais e municipais as criações dos comitês. A gente focou em ser mais municipal com o apoio do estado, mas jogava peso no município porque era ele que tinha que dar uma resposta maior. Então você tem São Paulo, Belo Horizonte, Salvador, Rio de Janeiro, Goiania coo prioridades porque o estudo apontava esses lugares, e também por situações de discriminação e preconceito e até de mortes que aconteceram com pessoas em situação de rua. Na medida em que isso vai acontecendo vai aparecendo situações que o comitê trás para a gente via suas lideranças sociais.

A gente começou a apoiar os Congressos do movimento e a gente ia, a gente fazia questão de estar presente, o outro foram as oficinas voltadas para os profissionais de atenção básica, priorizando essas capitais. A gente tem os dados de quantos foram os profissionais capacitados e as cidades onde aconteceu. Nesse acompanhamento eles trazem questões

que surgem lá na ponta para a gente poder refletir e articular, então a gente começa a ter espaço no Congresso do Conasems, além dos congressos do movimento a gente começa a articular enquanto gestão esses outros lugares. No primeiro, segundo e terceiro ano esse foi o trabalho. Outro parceiro institucional que jogou um papel que teve diferença no país foi o Ministério Público para garantir o respeito a esses direitos. A gente chegou a ter uma reunião na sede do MP e não esqueço de uma fala maravilhosa da Lúcia, coordenadora do movimento nacional da Bahia, que ela trás " tem situações que a gente tem conseguido espaço de atendimento no SUS quando sofre algum acidente ou tem alguma doença, mas quando eles dizem agora você está de alta para nós a gente pensa: alta para onde? Para a rua?", então a participação do movimento nacional nesse comitê foi super importante para a gente pensar nisso. Podemos articular o CRAS, mas o CRAS nem sempre tem os Centros Pops, não é em todas as capitais que tem e mesmo que tivesse a gente sabe que pos um processo hospitalar você precisa de alguns cuidados e a gente dia que discutir porque entra o componente da urgência e emergência, da saúde mental, na perspectiva de reconhecer isso, do uso de álcool e ooutras drogras, porque aí diz que não tem o que fazer e por isso vai beber, mas não. Ai Tereza Campelo na época ministra inaugurou lá um. Curitiba é uma boa experiência pq a partir do CnaR articula alguns setores que nessa experiência tinha uma articulação além do governo com parcerias privadas para emprego.

Um lá me contou toda a historia dele, que desempregado começou a beber e acabou desmontando toda a vida dele, a casa, separando e ele foi ao fundo do poço e foi o movimento e foi o consultório na rua, ele falou bem claro que foi o consultório na rua. Então é muito legal você ouvir um depoimento em que o lugar de porta aberta do serviço de saúde gerou nele a possibilidade de reorganização da vida, naquele momento ele estava trabalhando num restaurante e ele disse assim para mim: "doutora, quando a senhora voltar aqui eu vou ser o dono do restaurante que eu trabalho. Eu acredito, estou tendo uma oportunidade, a saúde abriu a porta". Então, a gente pensar que a saúde constrói cidadania, permite esse reconhecimento é muito importante, extrapola o corpo biológico, só o cuidado, é todo mundo que faz isso? Não. A gente vai continuar tendo profissional que acha que chegar ali, fazer o teste e dar o resultado, acolheu. Mas havia uma gestão que vinha no federal, no estadual e no municipal, esse é um exemplo concreto, de articulação integrada e que permitiu fazer isso, tanto assistência social quanto parcerias privadas para geração de emprego. A gente fez seminário de cada política trazendo os comitês locais, como se fosse a reunião ampliada do comitê nacional com comitês locais. A gente trazia um profissional de saúde que participou de um daquelas oficinas de capacitação, os comitês e o comitê nacional. Isso permitiu que a gente pudesse compartilhar experiências diferentes e conhecer.

Uma das questões que surgiu com muita força, trazida pelo movimento foi continuar com as articulações que envolviam a parceria privada, a gestão estadual e a gestão municipal. Eles também trouxeram que além da assistência social e saúde a gente trouxesse para cena uma articulação com o mundo do trabalho e do emprego, e a gente começou a articular com, na época, o Ministério do Trabalho e Emprego que agora já nem tem mais. Ai precisamos discutir com a educação porque parte dessas pessoas não tiveram acesso durante a sua história de vida e precisavam também de educação. Trazer a possibilidade de trabalho e emprego exigia, no mínimo, uma capacitação profissional. Tudo isso foi interrompido.

Nadja – Essa participação, dos profissionais, qual foi o critério de escolha?

Kátia – No comitê não era o profissional, era a área técnica, é lógico que dentre eles tinham profissionais da saúde, mas não era critério e sim ser do Departamento. A atenção básica também definia duas pessoas, normalmente quem acompanhava era o Alan, coordenador, e vinha um técnico junto com ele porque na ausência dele esse técnico estava lá para substituir porque a gente não ia discutir atendimento, a gente tinha os protocolos. Quando ia discutir os protocolos, por exemplo, acesso e acolhimento, ai sim você procura uma equipe mais multidisciplinar. A seleção para as oficinas nos municípios era feita pela AB, a gente ia fazer uma oficina para 30 pessoas, a secretaria municipal selecionava por unidade básica de saúde

e essas unidades passariam a ser referencias para o acolhimento, quando já tinha o consultório na rua inevitavelmente, tinha capacitação para equipe do CnaR, mas a gente sempre alertava que ele era um espaço de acolhimento que vai até eles, mas a atenção básica precisa estar aberta para recebê-los, essa não pode ser a única porta de entrada, ele precisa poder chegar na AB independente de ter o consultório na rua.
Produzimos material de acesso e acolhimento, material para o ACS. Precisava treinar porque você dá um diagnóstico de DST e AIDS e o que vai fazer com essa pessoa? Você tem que conduzir o tratamento. É uma linha muito tênue você fazer assistência social na lógica da LOAS e saúde pública na lógica do SUS, de promoção, de prevenção, de respeito, de cidadania ou você ter uma atitude paternalista, até porque você tem que construir o empoderamento e a autonomia e isso só se dá articulando as diferentes políticas públicas.
Na saúde mental a gente discutia algumas vulnerabilidades com recorte de gênero e a gente tinhas escutas muito interessantes dos depoimentos dela, que as vezes não pensa, a gente que tem o privilégio de ter uma vida onde tomar banho. Em um dos encontros uma perguntou: vocês já pararam para pensar quando a gente menstrua? Obvio que elas não tem absorvente, lógico que não vão tomar um banho, como é que fica a menstruação dessa mulher? E o processo da gravidez e o pré-natal? Ai surgiu outra disputa que foi uma contradição enorme do MP que foi o de MG, argumentando tirar os filhos das mães que eram mulheres em situação de rua, e tiraram. A gente teve que mibilizar o movimento, a própria saúde e fazer uma articulação nacional para isso, porque é muito simples chegar a essa conclusão, ou dizer que ia trabaljar a laqueadura ou implante nas mulheres em situação. O estado controlar, nós já vivemos isso na década de 70 durante o regime militar. Então eu não estou preocupada com a mulher, esse discurso já está mais que vencido de que são os pobres que geram a pobreza, o que gera pobreza é concentração de renda na mão de poucos porque não é controlando os úteros das mulheres pobres. Ela tem que ter condições de gerir a sua maternidade com todos os direitos que uma mulher precisa ter, ou não se ela não quiser.
Quando eu lembro da luta de Lúcia, eu me pergunto quem está com essa pauta agora?
Nadja – Como se deu a participação do movimento?
Katia – A participação no Comitê Nacional e mesmo nos locais, a gente encaminhava para o MN e eles faziam a escolha entre eles. Os comitês não tinham o papel deliberativo, era consultivo e a gente procurava, ao máximo, fazer que o comitê construísse concensos, quando a gente apresentava o que tinha sido produzido no departamento a gente já tinha feito dois planejamento nosso, a gente convidou o Movimento nacional e o conselho nacional de saúde para estar conosco. O observatório foi assim, ele começou primeiro na política de saúde das populações do campo, da floresta e das águas, ai o lgbt falou eu quero e aí fizemos de todas, fizemos uma proposta de observatório para as políticas, que vou uma parceria com a UNB numa lógica de articulação. Toda parceria que a gente desenvolvia tinha que ter um representante da sociedade civil. O nada sobre nós sem nós era o mantra. A gente só discutia os critérios para um amigo não indicar outro, mas a Lúcia era extraordinária, ela tanto estimulava novas lideranças, Vanilson vai te dizer isso, se transformou um cidadão, uma referencia no movimento nacional e foi uma construção que ela estimulou. Tem um em Goiás fantástico.
Nadja – A Lúcia e o Vanilson participavam?
Kátia – A Lúcia estava no comitê e ficou um tempo no conselho, depois quando foi ter a nova eleição do conselho já da décima terceira para a décima quarta conferencia nacional de saúde, ela falou que ia indicar um representante e foi o Vanilson e ela ficou em Comissões, como saúde da mulher. Era uma boa liderança que formava novas lideranças.
Maranhão, Aracaju, Recife tem se organizado. O conselho fez capacitações e abriu vaga para os movimentos sociais.
Nadja – como você avalia a participação deles? O quanto a voz deles era autorizada de falar sobre eles, da saúde deles, do que achavam?
Kátia – no comitê nacional a voz deles era absolutamente ouvida, eu tenho orgulho de dizer

isso, não tinham papas na língua não. Quando queriam falar falavam, criticavam. Nos comitês locais diferencia muito e a gente não podia controlar. Nossa relação sempre foi de respeito e cidadania. Nossas abordagens sempre foram no sentido do respeito, nas oficinas era isso que era passado aos profissionais, mas tem diferenças. Nas visitas você vê que há diferenças entre os profissionais, tem aquele que extrapola e coloca a gente, tem aquele que está ali para cumprir horário. Curitiba mesmo só tinha elogio, hoje a gente não sabe com o atual prefeito de lá como está tratando a pessoa em situação de rua, quem é que sabe?
De que corpo estamos falando? Ele não é igual para todo mundo. Tem uma história onde esse meu corpo social recebe informações culturais diferenciadas. Esse corpo não pode ser visto nem nas condições sociais, imagine quando você põe raça/cor, cultura, a diferença entre mulher indígena, as faixas etárias da adolescência, da juventude. A gente está falando de corpos excluídos de cidadania. Eu tenho uma lembrança muito forte de um encontro de parteiras e de repente chega um técnico dizendo que uma parteira usou um banheiro e fez em cima do vaso. Ele puto, tem situação que se você não se coloca no lugar do outro, é preciso reconhecer o contexto social, histórico e cultural. Se eu fizer o recorte de uma mulher branca do sul e outra do nordeste vai ser diferente, e se eu fizer o recorte de que ela pode ser negra, indígena vai encontrar outras diferenças. Imagina todos esses corpos que estão nas ruas. O que é violência?
Se não se colocar no lugar no outro não sabe o que está falando de violência, conforto ou liberdade? De que corpo cultural e social está falando? Nem todas as marcas e cicatrizes estão no seu corpo biológico, mas estão no seu corpo cultural e social. São as cicatrizes da alma como o estupro que pode não te deixar uma marca física, mas para o resto da sua vida, principalmente se aconteceu na sua infância ou adolescência por alguém que deveria te proteger.
Nadja – Mapa do Mercado Simbólico
Kátia – Mais centralidade do movimento, segundo o dagep, um pouco mais distante a atenção básica, o MDS como presença importante, SG mais distante, ela ouvia mais do que trazia contribuição. Uma parceria importante foi o MP, o canasems foi importante. Tudo passa pela cit, precisa articular com o conasems, mais do que o CONASS, internamente a principal área Fo AB, a svs aparece mais distante (IST/HIV).
Nadja – Houve um equilíbrio de vozes?
Kátia – Teve um equilibro porque embora a AB vá fazer o atendimento, ela foi lá para ouvir. Os protocolos já existem, o que foi lá foi para olhar para outro protocolo.
Nadja – Você avalia que como foi desenhado foi o melhor jeito ou foi o jeito que deu para fazer a partir do poder do conhecimento que está instituído na saúde, por exemplo, é o melhor equilíbrio entre as necessidades deles e o poder instituído?
Kátia – Eu diria que é o que foi possível dentro de um contexto de construção que se tem porque muitos desses saberes que eles trazem para nós não são reconhecidos como saberes, então internamente você briga por esse reconhecimento junto aos gestores e junto a profissionais, mas significou um avanço. Por exemplo, no momento em que a gente discutia é mais um reconhecimento de acolhimento, mas tem que continuara capacitando e abrindo as portas em todas as unidades básicas de saúde, a gente sabe que tem lugar que é o contrário, quando chega na unidade manda para o consultório na rua. O consultório na rua está do outro lado da cidade e não é isso o CnaR não veio para substituir a atenção básica, ele veio se somar a AB, particularmente a definição dos CnaR passavam porque são moceis, por espaços onde tinham a maior concentração. A articulação de rede não era fácil, Samu e Hospitalar muitas vezes manda para o consultório na rua quando o assunto é com ela. A articulação da rede foi e continua sendo um grande desafio para o SUS, para ele de fato virar um sistema. O SUS avança para uma pesquisa de integralidade e universalidade, mas a formação acadêmica não. Chega para você, profissionais sem essa formação e o próprio sistema tem que bancar essa formação mais humana, mais no sentido da integralidade, a nossa academia, das 14 profissões que formam a saúde continua tratando o corpo biológico

e não reconhecendo o corpo social. Nas universidades você só vai encontrar na saúde coletiva essa abordagem.

“nenhuma portaria rompe com preconceito, nenhuma lei, mas são mecanismos, instrumentos, normas que pelo menos dão a legitimidade para que essa população tenha o minimamente recursos jurídicos para entrar com ações para terem reconhecidos o seu direito e a sua cidadania”

Kleidson Oliveira Bezerra – membro do MNPR/DF (18.08.2020)

Nadja – Como é o atendimento da PSR nesse período da pandemia deste março e como tem sido as discussões?
Kleidson – Tem um monte de gente usando morador de rua como degrau para conseguir coisas lá na frente, o principal mesmo que é cuidar da saúde deles e das razões que levaram para a rua não tem ninguém preocupado com isso, ou seja, dar comida para o morador de rua é bom, mas a saúde mental do morador de rua. Eu falo por mim porque o que me levou para a rua foi um problema de saúde mental, para eu chegar na rua eu comecei a usar álcool e droga para tentar amenizar uma situação que eu estava vivendo e não sabia como lidar, e hoje eu me vejo do problema de vários moradores de rua, toda vez que eu vou conversar com um eu já vivi, aí vem esses grupos especializados em formar rede de apoio, da marmitinha, pegar roupa e agora focaram em um sujeito só, formar a rede para que um sujeito vá lá e distribua, faz a foto manda em nome de fulano e de sicrano, eles escolheram os lugares mais movimentados da rua para poder sair na mídia. Se você for embaixo na ponte de Samambaia ali tem morador de rua que nunca viu uma marmita na vida. Quando para uma alma boa e vai lá e doam alguma coisa, você vai lá no iate clube tem um pessoal isolado que também não recebe recurso nenhum, vive do papelão, tem famílias aí que o pai perdeu o emprego e voltou para a rua e aí tem gente que descobriu que se ficar com a barraquinha na beira de uma pista passa gente e doa as coisas, tem religiosos se especializaram em lidar com morador de rua para abrir suas casas de recuperação, seus pontos de apoio, uma hipocrisia e várias outras coisas que eu venho acompanhando, mas nada para cuidar de fato do indivíduo em situação de rua, ou seja, política pública, saúde e reinserção social . Não estão preocupados com isso aí, estão preocupados em crescer em cima dessa população.
Nadja – E as discussões como GDF, tem espaço? Na saúde para discutir atendimento, ou na secretaria de desenvolvimento (Sedes), tem espaço para discussão, para escuta?
Kleidson – Eu participei de uma reunião com a Sedestmdh e é uma vergonha, aquela secretaria ali, eu fui falar de saúde mental e ela olhou para mim com uma cara tão feia. “não estamos aqui para falar de saúde, a questão nossa aqui é assistência social”. Cuidar da saúde do cara é uma assistência, eu fui falar que em vez de fazer a abordagem e entregar alimento na rua a abordagem levasse o cara onde tivesse alimento, onde tem alimento? No centro POP, lá no Centro POP tem um consultório na rua, ele ia ter acesso a assistência social e a saúde porque é onde tem o Dr. Jorge. Ai o CnaR foi para a 612, estão fechando o CAPS no SCS, estão querendo levar para o HRAN, ou seja, só vai a família que quer obrigar o cara a largar o vício, e do HRAN para ir para a rua é um passo porque a família quer uma coisa e o indivíduo quer outra. Não tem discussão com esse pessoal, eles simplesmente estão impondo. O governo foi visitar uma comunidade terapêutica, quando ele foi visitar eu já sabia que ia vir coisa ruim. O que ele quer fechando os CAPS, transformando as unidades em CAPS II vira tudo ambulatório, a apessoa só vai lá para regular medicação, passar pelo psiquiatra ou pegar encaminhamento para comunidade terapêutica, não tem mais cuidado, tratamento, inserção social, terapia singular, terapia de grupo, essas coisas acabam e volta a ser aquela lógica manicomial. O individuo fica encarcerado por um tempo, ai depois vai lá só para trocar receita.
Nadja - Antes disso você já Fez parte de alguma discussão discussão d epolítica pública

antes do COVID?
Kleidson – Só de saúde mental, a gente vem discutindo muito sobre melhoramento de CAPS, antes da pandemia. Estávamos lutando muito para que os CAPS virassem CAPS III, mas agora botaram para derreter em cima da gente, a gente está sendo desrespeitado praticamente. A partir de agora tem 35 dias para o CAPS sair de lá, s ó que aí eu como militante já tomei uma decisão minha ideia é Ocupa CAPS, cair pra dentro, eu e mais uma galera aí que mora na rua, fazer resistência até...
Nadja – E nesse processo de agora a escuta de vocês tem sido muito pouca?
Kleidson - Não tem escuta. As pessoas que vão na rua já vão com a cartilha pronta: toma uma marmita aqui, ouça um pouco da palavra de Jesus e vamos para minha comunidade que lá é bom e você vai ser bem cuidado, você vai se transformar num vaso novo, mas falar mesmo de saúde não tem assunto. Ouvir o morador de rua, e eu sou um morador de rua, eu moro numa ocupação, eu invadi um terreno que eu consegui uma mulher e para ela não morar na rua comigo, resolvi fazer um barraco num lugar ai e estou lá até hoje, eu vejo muito as pessoas que vão lá na rua com o intuito de ajudar, querem obrigar a gente a virar evangélico de todo jeito. Todo tipo de ajuda que oferecem é dando com uma mão e tirando com a outra. Está aqui mas vc vai para minha igreja ou para minha comunidade.
Há relatos, eu não posso provar, que o grupo mais forte que está atuando nas ruas está recebendo por cabeça enviada para as comunidades. Essa informação vem de cima e estou em campo, a hora que eu puder provar, eu vou jogar no ventilador e deixar a merda voar. Por enquanto eu comecei a falar, fui ameaçado de tomar processo, como fazem com quem não se impõe na lógica deles, mas eu estou atrás dessa denúncia aí, eu não sei como vou agir não, mas vou jogar no ventilador e vai ser merda para todo lado, que vai ficar feia a coisa vai porque eu preciso tirar essas pessoas que estão usando o morador de rua como degrau, não estão ajudando, na verdade estão criando morador de rua em vez de ajudar a sair da rua para que eles possam ter acesso a recurso do estado, a emendas parlamentares e outros tipos de benefícios que não vão ser repassados para o morador de rua, vai ficar num grupinho isolado que está ali no controle da situação.
Nadja - Você sabe quem está pagando as comunidades terapêuticas?
Kleidson – Acho que a SEJUS, não é a SEDES não, quem encaminha obrigatoriamente é a secretaria de justiça que escala, que fiscaliza é a secretaria de justiça.
Nadja – Não sei como é do DF, mas as comunidades terapêuticas acabaram entrando no financiamento da saúde, pelo MS. Desde do Crack é possível vencer que se conseguiu convencer o governo federal que comunidade tarapêutica era bom para tratamento de álcool e drogas e aí acabou que tem financiamento por dentro da saúde apesar do povo da luta antimanicomial brigar contra isso que a gente sabe que não tem resultado prático nenhum.
Keidson – Mas o governo entrou numa onda perversa aí de um público eleitoral, ou seja, as igrejas podem eleger muita gente, então o que é que ele visou: eu apoio as igrejas e as igrejas me apoiam. As igrejas estão voltadas para as comunidades. Do ano de 2000 para cá, como ficou provado que eles não fazem milagre nenhum e as profecias deles não davam em nada como a de que o mundo ia acabar em 2000 e o mundo não acabou em 2000, várias pessoas suicidaram, cometeram abuso sexual, mudaram de casamento, fizeram várias atividades achando que o mundo ia acabar e o mundo não acabou. As igrejas mudaram de nome, se dividiram em várias igrejas, as mulheres passaram a usar roupas curtas, maquiagem, batom, flexibilizaram muita coisa que era doutrina pesada das igrejas e esse público ficou muito voltado a cuidar de bêbado, tentar fazer o gay virar homem, essas coisas que é mais fácil de você usar o poder da mente para persuadir a pessoa, ou seja, é um tipo de milagre que é mais fácil convencer as pessoas. Só que o cara drogrado que largou o vício foi por que quis, não foi por causa de remédio, religião. Então está esse problema aí, mas é difícil dialogar porque começa uma perseguição – vou processar.
Nadja – como você avalia que está hoje as condições nos alojamentos, as condições sociais de alimentação, de repouso, como você avalia a criação de alojamentos em relação ao

COVID?
Kleidson – Acho que aquilo é desvio de dinheiro, o governo podia muito bem pegar esses hotéis desativado ou até mesmo usado essa comunidades terapêuticas para acolher essas pessoas, mas não enxertando dinheiro para os caras, eles fornecer profissionais porque é um lugar mais acolhedor que aqueles containers. Paga milhões para os caras dos containers, não oferece uma saúde de qualidade, os caras ficam lá dentro vigiados, é uma burocracia para entrar, o cara é revistado na entrada e na saída, parece que ele está saindo da cadeia. Criou-se muitos constrangimentos, naquele grupo que a gente está mesmo, o próprio Barba enviar vídeos dos caras pedindo pelo amor de Deus para ir lá porque o pastor estava obrigando eles a orar, virar crente, ir para a igreja, todos esses grupos são religiosos, quer dizer não tem para onde o cara correr. Tem um cara aqui que está no autódromo, ele vive me ligando implorando para levar ele para algum lugar, para buscar remédio para ele porque é muito difícil de sair de lá porque se ele sair eles perdem o acesso, o autódromo não vai aceitar ele.
Eu mesmo fui no autódromo semana passada com a Paula, eles não revistaram a Paula, mas eu...eles olharam simplesmente a minha feição e botaram eu para ser revistado, fizeram questão de me revistar. Eu me senti humilhado, por que só eu? Mas como estava com a Paula e não queriaa atrapalhar não disse nada, mas são muito seletista, já julgam pela aparência, mas como eu já sou um preto, tenho a cicatriz no rosto, tem aquela cara que toma umas, eles devem ter pensado que estava trazendo alguém para o acolhimento. Vi a forma como eles tratam as pessoas lá. Você está bêbado, não tem nem jeito para falar com as pessoas. É um tipo de exclusão suavizada, mas é exclusão social. Lá não trata do individuo, fica com umas oficininhas fracas. O cara passa 24 horas não tem um estudo, podia por um computador para o cara fazer alguma coisa, um colégio on line enquanto está esse período aí, dava para fazer um intensivão, atualizar nos estudos, mas não tem recurso. O negócio é ganhar dinheiro as custas do morador de rua, é o que está posto pelo governo e por essas ONGs que estão dando apoio, até o IPÊS que faz abordagem de rua o governo deu um jeito de não pagar eles ficaram uma semana de greve e agora retornaram após uma negociação depois que repercutiu negativamente para o governador, mas se não fosse isso não voltava. Isso para que esses que estão distribuindo alimento na cidade possam ocupar o espaço e dominar essa situação. O governo está procurando associações que cozinhem para fornecer comida para o morador de rua e em troca ele vai dar e em troca ele vai dar os insumos, quanto que não vai por debaixo dos panos aí na compra de alimentos. A rua só esta sendo usada,
Nadja - Quando eu estava saindo do autódromo alguns me chamaram para dizer que na hora que não tinha mais ninguém o tratamento era muito duro.
Kleidson – O que tem lá de atendimento hoje é muito falho.
Eles tem um representante genuíno da rua, que tem a foto do antes e depois e essa pessoa de certa forma trocou o vício para o mangueio de recursos de governo e isso ficou muito velado porque conseguiu articulações, contato com pessoas de influência que hoje vê a possibilidade de tocar a situação por ali, quem queria cuidar da rua de maneira humanizada não tem essa chance, que nem o meu caso. Sou ofuscado em qualquer lugar que chego porque falo logo a real e não dou apoio de forma nenhuma para esse tipo de cuidado que é de comunidade terapêutica ou o hospital São Vicente de Paula ou de metodologia que o cara é obrigado a seguir religioso. Primeiro vamos tratar da saúde do individuo e depois que ele tiver curado escolhe a religião que quiser, mas antes não ainda envolver religião.
Numa reunião que tive com a mulher do Ibaneis o tempo todo ela ficava no individuo. Ele dizia não eu tenho projeto, não tem que criar projeto nenhum mais, tem que respeitar a Lei 10.216, se respeitar ela e seguir já vai dar certo. Fechar o HSVP já ia ajudar muito a rua porque ia pegar aquele monte de psiquiatra que não gosta de atender psr, e fica ali atendendo um pouquinho, eles iam passar para a rede, dividia eles em todas as cidades satélite e ia ter psiquiatra para todos os moradores de rua. Em Planaltina não tem psiquiatra, só tem um CAPS, lá tem morador com transtorno mental grave que tem que ser enviado para outras regiões porque lá não atende.

Não teve mais testagem, caso suspeito liga para o SAMU faz para o HRAN ou para UBS.

Eduardo Melo – Doutor em Saúde Coletiva - Gestor do MS/DAB (17.08.2020)

Dudu – Foi aprovada uma nova PNAB em 2011, não é a PNAB mais vigente, teve uma nova em 2017. Teve um movimento grande de mudança da PNAB e nesse cenário tinha toda uma discussão, tinha várias frentes, vários aspectos, a AB muito forte na atuação do MS naquele momento e uma das linhas de mudança na PNAB era a diversificação de modalidades de equipes, tanto das esf com 20 horas, ribeirinha, fluvial, também a população em situação de rua, então tinha toda uma discussão de diversificar os formatos de equipe para atender as diferentes modalidades de populações e necessidades de saúde que não se enquadram num formato mais tradicional das equipes de saúde da família como a gente conhece. Esse foi o plano de fundo que se apresentou para mim mais fortemente que incluiu aí os consultórios na rua. Quando eu entrei nessa discussão já tinha uma decisão de isso ia acontecer, já tinha essa direção, entrei achando interessante e a partir daí de envolvi mais diretamente com a elaboração, com a formação dessa discussão. Na própria PNAB de 2011 o que tem de consultório na rua é muito genérico ainda, isso vai PNAB como vai aparecer na portaria da RAPS, mas também sem muito detalhes, depois a gente pública uma portaria específica criando os consultórios na rua e aí sim ele ganha uma outra consistência. Estou contextualizando que a minha entrada ela é pautada pela discussão de diversificação dos tipos de equipe incluindo as equipes do consultório na rua, no entanto, essa discussão é mais longa depois que a gente foi interagindo com outros atores dessa agenda, particularmente com o pessoal da saúde mental do ministério, e pela possibilidade de fortalecer a atenção básica ainda mais. Eu era, particularmente, motivado pela ideia de que s eria um grande desafio para a atenção básica e uma grande oportunidade para qualificar a AB ao aprender com esse desafio de cuidar de pessoas vivendo na rua. Isso sempre foi uma questão que me mobilizava e sem falar que alguns públicos mais “anormais”, “marginais”, eu fico intrigado de atender um pouco melhor como a gente pode se aproximar de alguns **modos de vida fora do padrão.**

Nadja – Que critério houve para a participação nessas discussões, de como organizar essas equipes? Se era dentro da atenção básica, das equipes de saúde da família, como trabalhar no território com uma população desterritorializada? Quem participou dessa discussão? População de rua, outras experiências?

Dudu – Inicialmente, já vinha uma acumulação nos chamados consultórios de rua da saúde mental, dentro do DAB também já tinha algumas pessoas que já vinham fazendo essa discussão com base em algumas experiências municipais: a experiência do Rio, de BH, a experiência do consultório de rua vinha muito de Salvador, teve mais cidades, mas Salvador foi emblemática. Existia muito mediado pelo DAGEP espaços com o MNPR e não estava nesse momento, mas me foi passado. Os representantes, tinha uma muito aguerrida do movimento nacional, que infelizmente não está mais com a gente, a Lúcia que fazia uma crítica aos consultórios de rua pelo foco nas drogas, por um a focalização num certo tema, era uma crítica que faziam dizendo que a pauta deles era mais ampla e eles eram simpáticos a essa ideia da AB como um lugar mais amplo de atendimento das necessidades deles. Então, essa era uma coisa muito lembrada, nas interações que eu tive, inclusive com a Lúcia eu percebia um pouco essa questão, essa crítica da atenção ir além da saúde mental, embora a saúde mental e a questão das drogas seja muito central para a PSR. A gente veio um pouco trabalhando para atender todas as necessidades da PSR e não só a que o consultório de rua tendia a ter.

Agora no processo em si de elaboração, a gente pode entender a política de várias maneiras, uma das faces da política de saúde para a PSR, uma das faces delas se traduz em portaria que é a dos consultórios na rua, tem outras políticas dentro da saúde, fora da saúde, o fórum. Nessa face da política que gerou a portaria dos consultórios na rua, eu diria que a participação

do movimento social foi menor do que em algumas iniciativas que o próprio DAGEP conduziu, a ideia da política nacional de proteção integral para a PSR, tinha uma discussão mais geral que eles faziam no âmbito do governo, eles tinham uma entrada diretamente na presidência. Na portaria específica dos consultórios na rua, como é via de regra em grande parte das pactuações de portarias pela tripartipe, em geral os participantes são os gestores, nessa fase mais vanaçada da portaria eu destacaria mais os gestores: ministério, CONASS e CONASEMS e dentre esses mais o ministério e dentro MS tem o DAB e a coordenação geral de gestão onde ficou essa pauta, eu como coordenador estava envolvido e uns três técnicos que cuidavam muito dessa pauta mais diretamente (Trino, Pedra e Rosana balestrede), e tinha na saúde mental algumas pessoas. Entre mim e a saúde mental estava tranquilo a ideia de vir para o DAB e mudar o nome para consultório na rua. Não houve dificuldade, mas vez ou outra tinha uma questão porque eles começaram, do ponto de vista de uma iniciativa nacional começou por eles. A saúde mental havia lançado um edital, mas não era uma política, tinha um outro desenho, não tinha custeio, não tinha financiamento mais regular, era um outro arranjo mais frágil, enquanto política eu diria que bem mais frágil, mas que movimentava e ajudou a criar algumas experiências. A gente tinha que fazer mediação entre as equipes porque tinha quem começou a implantar e de repente muda para a ideia do CnaR com outra conformação, então a gente teve que construir uma transição para virar de rua, na rua. Passou a ter uma conformação porque antes não tinha uma definição muito clara dos formatos de equipe, era mais aberto. Era um financiamento que não era regular. O DAB já tinha essa lógica de financiamento por equipe, por mês. Resumindo, eu diria que nessa fase da portaria para a frente eu diria que o protagonismo maior foi dos gestores, mas já tinham acontecido conversas prévias com o movimento e embora tenham continuado. Teve um evento grande que eles participaram tinha um evento que o dagep fazia.

Nadja - Então a participação dos municípios e entidades que já prestavam assistência de saúde a essa população também foi importante?

Dudu – esses atores não chegaram a influenciar diretamente no desenho do CnaR, mas o que eles faziam de alguma maneira alimentava. Eu visitei várias experiências e isso alimentava a gente com elementos. Inclusive o Manual vem nesse sentido para apoiar as experiências locais de implementação. Uma coisa que é importante lembrar, a discussão mais geral do plano Crack era uma prioridade para Dilma, de campanha, o Ministério pegou essa prioridade na tripartite, não só de oferecer uma política para o Crack, mas de ampliar a RAPS de maneira geral, incluindo o Crack. Essa discussão, por conta desse cenário de prioridades por conta do Crack ser uma das políticas de governo, mas também contribui para tornar possível essa pauta do consultório na rua com esse lugar.

Nadja – Mapa do Mercado simbólico

Dudu – A política vem em camadas. Tem um certo lugar da presidência da república, lugar de questões gerais da política nacional, na época do censo – âmbito mais geral, eu acho que o MNPR tem um lugar importante e alguns atores da presidência e MDS. Quando a gente vem para a saúde, depende do momento para esse protagonismo que vc pergunta. Antes de criar os CnaR eu vejo um protagonismo maior da Coordenação de Saúde Mental. O ministério da saúde, você sabe disso, ele é muito fragmentado, me parece que o DAGEP teve um papel de mediação entre o movimento e as áreas internas do ministério, mas eu não diria de um grande protagonismo da formulação em si, mas sim na ideia. O debate do dagep com o movimento vai além da portaria dos consultórios na rua. Na portaria o principal protagonismo está no dab, claro que se alimentando de experiência, saúde mental foi fundamental mais que o DAGEP, até pq o DAGEP tem vários outros segmentos. A população em situação de rua nesse momento de criar os consultórios eu acho que menos, o discurso da população em situação de rua de o foco não ser apenas álcool e drogas foi importante para gente, de alguma maneira influenciou o trabalho e Tb legitimou o que a gente queria fazer, teve esse duplo papel, o que eles estão dizendo é isso e o que queremos fazer é o que estão pedindo. Era o que o povo da rua estava indicando.

Depois as coisas vão andando, a gente entra numa fase pesada de implementação, inclusive os CnaR, assim como várias outras marcas de governo, eram monitorados na casa civil, então a gente ficava fortemente num movimento de apoiar e incentivar os municípios que eram elegíveis para implantar as eCnaR, o financiamento era melhor, e tinha essa cobrança no espaço da casa civil.
Nadja – Na correlação de forças das caixinhas do ministério a briga é bem grande, do que sai de mim do que não sai de mim. É mais fácil se conversar internamente o DAB com a SM ou com o DAE do que entre secretarias diferentes, de abrir mão do espaço que acha que era seu. Na saúde essa correlação de forças se reproduz muito, entre os profissionais, mesmo numa equipe simples de saúde da família entre o médico, o enfermeiro, a assistente social. É um atendimento que trabalha muito junto com a abordagem social e com o serviço social de fora da saúde. Essa correlação de forças se deu na hora da formulação da política, vocês discutiam a forma de tratar ou o modelo de cuidado era o mesmo das equipes clássicas? Há uma diferença dessas pessoas, de como se sentem, da noção de risco?
Dudu – Tem uma diferença do que acontece na política nacional e nos espaços municipais, tem gap importante que o próprio MS não controla o que vai acontecer localmente. Do ponto de vista da política nacional a gente pode perceber algumas questões: primeiro, mesmo tendo antes alguns consultórios de rua e algumas equipes que faziam o cuidado das pessoas em situação de rua, enquanto política nacional eu acredito que estava sendo uma coisa relativamente nova, o que nos exigia uma certa capacidade de elaboração, de fundamentação, de construção de diretrizes, a gente precisava construir algo até para convencer os gestores e tal, tinha que ter não só o discurso, mas algumas ofertas que passavam desde um financiamento melhor do que a equipe comum, mais na frente tinha a possibilidade de carro, veículo para consultório na rua, formato de equipe foi revisto, custeio foi revisto mais a frente, criou um sistema de informação provisória, depois incorporou no e-sus, fizemos um manual técnico, teve muita oficina, muito encontro, produzimos um vídeo naquele momento, eu dei ideia para viralizar e o pessoal comprou a ideia e produziu indo em alguns lugares, esse vídeo até hoje todo mundo usa. Lançamos num seminário que fizemos Consultório na Rua e saúde mental na atenção básica, foi um seminário conjunto, foi um momento de coroação desse processo todo. O próprio movimento de fazer um manual técnico implicava em conversar com alguns profissionais e como era um manual técnico poucos consultórios na rua que a gente tinha e o que a gente ia implantar comparado com as equipes de saúde da família era muito pouco, a meta era implantar duzentos e poucos, 300, mas ao logo dos anos, perto das 30 mil equipes não era nada. O caráter novo, o desafio evidente fez com que a gente se aproximasse mais das experiências que já existiam, escutar diferentes tipos de experiência, inclusive para orientar a lógica, a perspectiva de cuidado que estava colocada ali e eu diria que a nossa lógica de elaboração que está muito expressa no manual técnico. A portaria dá algumas pistas, mas vaii trazer mais elementos de como implanta e organiza, a lógica de cuidado não está na portaria, tem algumas coisas. O manual ele é mais, ainda que ele tenha problemas e que se fosse fazer hoje faria diferente, mas naquele momento ele trás várias questões interessantes. Ele expressa um movimento nosso de partir de uma escuta e de demandas e necessidades dos usuários para organizar a política, e não da gente organizar e enquadrar as pessoas nas necessidades, então é um manual que se esforça muito em reconhecer os diversos tipos de necessidades que as pessoas têm, de demandas e de pensar ações baseados nisso, inclusive, a noção de território que a gente trabalha na saúde da família não serve para o consultório na rua. Esse manual vc vai perceber que, ainda que não esteja muito elaborado, mas era o conceito de território existencial do Guatari, é um conceito que a gente incorporou na discussão de território, ai dentro, o tema do vínculo aparece como uma questão central, a questão da não discriminação, do não preconceito, do reconhecimento do outro, da cidadania, da ideia de quem vive na rua é um cidadão que tem direito, tudo isso tá ali, eu diria que a gente se aproxima mais da trajetória da perspectiva do campo da saúde mental, da reforma psiquiátrica que se pauta mais na

questão dos direitos humanos do que da trajetória da saúde da família que é mais organizativa, programática, de vigilância à saúde, território, promoção, prevenção. Na saúde da família a epidemiologia faz essa mediação, a vigilância a saúde faz essa mediação para estruturar a distribuição das equipes, nos CnaR a gente é invadido por outro tipo de demanda, de perspectiva, eu diria que tem uma politização maior.
Nadja - Você diria que essas condições peculiares, dessa noção de adoecimento meio afastada da "realidade"...
Dudu – Tem uma diferença importante entre o adoecimento e o sofrimento. Foi uma discussão importante porque quanto você pensa na doença essa prevalência ela é comprovada, mas se pensar no sofrimento, seria o reconhecimento pelos usuários dessas condições e tem uma diferença entre o que eles sentem e o que percebem como significativo, muda né.
Nadja – E como estar doente porque antes eu olhava para todos eles e achava que tinham doenças, que estavam doentes.
Dudu – Tem uma coisa que é...a vida deles é tão diferente, é tanta coisa que está em questão em termos da produção da própria vida, todo dia, enquanto para nós da saúde a gente tende a olhar com o olhar de prioridade, para eles pode ser que outras coisas sejam mais relevantes: o que vai comer, onde vai dormi, como vai ser isso ou aquilo, a proteção para alguma coisa ou para outra. É um lugar que relativiza os vários tipos de problema, vai pesar mais para um de um jeito, para outro de outro. Nós estamos falando de um modo de viver que é muito radical, num certo sentido, que é isso, que vai relativizar e dar prioridade para algumas coisas. Mas eu acho que tem alguma coisa nisso que é, eu fui vendo isso que é o quanto é heterogênea, na época eu visitei a experiência de consultório na rua aqui do Rio, duas experiências diferentes, uma que estava começando e uma que já funcionava e era incrível, uma era em Manguinhos e adjacências e a outra no centro da cidade, os perfis de moradores era muito diferentes, muito morador de rua, gente que no final de semana voltava para sua cidade, mas não tinha o tema do crack, e ia para Maguinhos e o tema do crack ganhava outro lugar, com muito mais força, mesmo em Manguinhos tinha muita diferença .
Nadja – Há uma diferença grande entre o Rio e Brasília e como eles se organizam, em Brasília tem muita família, inclusive com criança, que fazem buracos na entrada de concreto e vão morar ali, inclusive dentro da UNB que são pessoas que tem casa muito longe e vivem de catar papel, e no setor comercial sul eles fazem outro arranjo.
Você ficou satisfeito com a política que foi desenhada, enquanto profissional, enquanto gestor daquela área? Não sei como dimensionaram o número de equipes em cima do Censo.
Dudu – A gente usou os dados do Censo, mas eu não tinha como usar só o do Censo, se fez uma estimativa de acordo com a população dos municípios para definir uma determinada meta de número de consultórios na rua que o país precisaria. Eu diria que foi um misto do censo com estimativa considerando porte populacional de alguns outros municípios que eram grandes e não estavam incluídos no Censo de grande porte. A primeira meta, na verdade, se não me engano, eram 308 consultórios na rua, considerando esses critérios e partindo do pressuposto que já existiam quase 100 consultórios de rua. Depois que a gente foi andando e vendo que os consultórios de rua eram muito menos do que parecia, a gente foi vendo que era muito variado, em alguns lugares eram campanhas, enfim, e tinha lugares que não tinha, ganharam dinheiro e não implantaram, fizeram e acabaram. O tempo de resposta dos municípios também não era o nosso tempo, não era preciso só a gente ter dinheiro, isso não era suficiente, tinha outras questões e a casa civil e a gente acabou redimensionando a meta e chegou nesse valor que você disse, quase 200 e ficou um número mais factível . Houve mudança na conformação de equipe, no valor de financiamento para tentar facilitar e ficar mais lucrativo para os municípios. Para a população entrar na agenda da saúde dos municípios tinha que enfrentar várias questões, desde a questão política como várias outras questões. No rio foi um problema para implantar os consultórios e toda a RAPS porque o Eduardo Paes tinha uma política de choque de ordem, ninguém nas ruas, tinha um secretário de assistência social que era o Rodrigo Bethlenn, depois foi denunciado, a política era de

recolhimento compulsório. A gente se debatia com essas questões dos lugares, não era só um bom financiamento que ia garantir que as cidades implantassem, passava por outras questões e tinha outro tempo que não era aquele tempo que agente achava que ia fazer. Eu tinha uma aposta que era, veja bem qual era a concepção: precisa ter as equipes de consultório na rua, são populações itinerantes que não operam na lógica da atenção básica, a noção de dia e de noite, o ciclo de problemas, a gravidade clinica, precisava ter equipes especificas e tal, a gente entendia que a AB tinha um papel no atendimento, inclusive para dar retaguarda para essas equipes porque se a equipe precisasse fazer um pré-natal de uma mulher que esta na rua, vai fazer onde? Na UBS . Tinha que dar retaguarda por um lado e por outro onde não CnaR, nas cidades menores onde não tinha nem critério para consultório na rua as UBS é que cuidam, e que os CnaR, no CNES deles fosse vinculado a alguma UBS para garantir um espaço físico onde possam levar os usuários. A aposta com tudo isso é que poderia ser muito bom para as equipes de AB e SF no sentido de arejar um pouco a rigidez do território, fazer com que as equipes enfrentassem melhor as questões de saúde mental, no sentido que as pessoas em situação de rua, elas exigem se você quer cuidar delas se você se conecte com elas por outras vias de atuação. A gente achava isso poderia muito bom de quebrar uma certa caretice. Bom para os coordenadores de atenção básica começar a pensar, lidar com outros desafios, isso para mim era uma grande expectativa. Em termos de números demorou muito mais tempo, da forma de pensar a meta e querer implantar, embora tenha sido um processo muito demorado; consultório da rua, consultório de rua, equipe, CNES, passa o dinheiro, organiza, cursos. Fico satisfeito de ver que tem um monte de profissionais, em várias cidades do Brasil trabalhando, ainda que com perspectivas diferentes fazendo uma certa...hoje mesmo recebi a divulgação de um seminário com gente trabalhando com esse tema, querendo ou não a gente ampliou uma rede de atores que pensa nessa população, que tenta trabalhar de um jeito diferente, dar um certo lugar. Não posso dizer que é um efeito único da política que a gente fez, mas posso dizer que influenciou muito. Fico muito feliz de ver o que existe hoje Brasil a fora e tenho a impressão que faz uma diferença grande na vida das pessoas.

Se parar para olhar a produção científica mudou, técnica e científica mudou, olhe o que tinha de publicação de saúde da população em situação de rua dez anos atrás e olhe o que teve nos últimos seis/sete anos, tem gente que fez mestrado, pesquisa. Ganhou outro lugar de visibilidade, na própria imprensa, embora tenha a imagem do crakudo, do zumbi, etc e tal, também a gente tem na imprensa nacional, alguns espaços que deram outra visibilidade para outro tipo de lógica do trabalho, do jeito de viver, nesse sentido foi legal. Tenho muita dúvida se mudou a atenção básica geral, acho que não, acho que as UBS não surfaram na onde, de uma maneira geral nas unidades é difícil, se é de uma maneira geral no CnaR eles batalham todos os dias nas UBS e nos outros serviços (hospital, SAMU), advogam pelos usuários, se eles não estão ali presentes os usuários não conseguem. Faz a mediação, escuta, cria vínculos, eles se sentem mais reconhecidos. Talvez a grande questão é esse lugar de reconhecimento das pessoas em situação de rua, mesmo que não cumpram o tratamento, mas tem uma coisa de um vínculo que se dá mediado pelo reconhecimento que eu acho que é fundamental. A impressão que tenho é que os outros serviços da rede não surfaram na onde.

O Yacan diz que a população de rua é um analisador da rede, é um revelador da rede em vários dilemas. Particularmente na atenção básica, onde eu apostava mais, que podia ganhar muito com isso, o que se vê foi menos do que aconteceu de fato. Acho que ficou em geral centrado nos consultórios e não em todas as UBSs, ainda que a pauta tenha ganhado um pouco mais de espaço. Isso coloca mais uma coisa em questão que é a existência de um dilema, se você não tem o consultório você nnão tem visibilidade, não tem a garantia, não tem quem advogue. Eu acho que é uma equipe necessária, pela especificidade, da dinâmica das pessoas na rua e tal, mas virar uma coisa que na saúde só o consultório na rua é deve ter ser olhar, também é limitante. Em muitos lugares eu sei que aconteceu isso. Eu não acho que

invalide, que é um ajuste do processo.
Tem uma outra questão que está muito além da saúde, o indicador de resultado é que as pessoas passem a viver em casa, com suas famílias e tal, acho que tem essa expectativa, isso seria o desfecho não da política de saúde. E não é isso, pode ser para alguns, mas não é possível se você for cuidar das pessoas na rua tendo isso como horizonte, o nível de frustração vai ser altíssimo. Estar na rua não se explica só pela falta de dinheiro, é uma mistura de coisas, de questões. Ao mesmo tempo, alguma coisa você precisa ter, igual o povo da saúde mental criou o conceito de reinserção social, mo caso da pop rua acho que é uma formulação que a gente precisa fazer. Não estou defendo que ao final todo mundo tenha uma casa, não estou defendendo, não passa por ai, tem uma complexidade da vida nas ruas que as políticas não alcançam e a gente não cosegue de fato...qual é a utopia nesse caso? É ter uma utopia? Uma imagem objetivo? Acho que não tem e se tem é fadado a fracassar, então quanto que a gente está enxugando gelo? Quanto a gente está fazendo a diferença? Acho que essa é uma questão importante para gente aprofundar, valeria a pena um seminário: Qual é o nosso objetivo quando cuida das pessoas em situação de rua?
Talvez o que a gente possa fazer é criar possibilidades e meio que sustentar o desafio de assumir que são, em grande parte, situações muito complexas que não d á para ter grandes expectativas e a nossa função vai ser fazer a vida ficar um pouco melhor, menos difícil. É um objetivo meio frouxo, mas é um desafio para as equipes, entre se sentir frustrado por não ter o desfecho idealizado concretizado e não ter nenhum parâmetro, ser tudo em aberto eu acho que para as equipes é difícil de lidar e acho que as políticas vão bater muita cabeça para pensar como é que elas podem fazer para a vida das pessoas seja melhores, ainda que para muitos vai ser uma vida completamente fora do padrão e ver como a saúde, em particular, vai se ver com isso, acho que essa é uma questão em aberto.

APÊNDICE B – TERMOS DE CONSENTIMENTOS LIVRES E ESCLARECIDOS

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
PARTIPANTES DAS CONVERSAÇÕES

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa de doutorado denominada “SE ESSA RUA FOSSE MINHA, SE ESSE CORPO FOSSE MEU O FOSSE MEU – A população em situação de rua, seus modos de visibilidade e as políticas públicas de saúde”, no Programa de Pós-Graduação em Informação e Comunicação em Saúde (PPIGCS), da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Rio de Janeiro.

O objetivo é cartografar, através da construção do Mapa do Mercado Simbólico e da análise de discurso, as convergências e conflitos entre as diferentes perspectivas e sentidos de corpo e cuidado de si dos sujeitos envolvidos no cenário urbano do país no contexto das políticas públicas de saúde para as minorias, e tendo como principal interesse contribuir para a melhoria das condições de vida e saúde da população em situação de rua. Também produzir um conhecimento territorializado e subjetivado sobre elementos da vida dos moradores de rua que precisam ser contemplados nas políticas públicas a eles dirigidas. Produzir um olhar sobre a população em situação de rua que leve em conta a dimensão simbólica da sua presença nas grandes cidades do país, através da percepção da própria população sobre si mesma e sua saúde. Além de evidenciar as estratégias comunicacionais da população de rua, buscando delinear o modo pelo qual seus integrantes buscam um melhor lugar de interlocução nos contextos das Políticas Públicas, principalmente de saúde.

Neste cenário, o (a) convido (a) para participar desta pesquisa, em dois momentos, um primeiro momento conversarei contigo a respeito da sua participação na construção da política pública de saúde para a população em situação de rua e pedirei que você desenhe, sob minha orientação um mapa com os lugares que cada um dos participantes ocupava quando da implantação. Esta conversa deve durar entre 40 minutos e uma hora. No segundo momento a conversa será coletiva com a participação de cinco outras pessoas que participaram do processo, você e mais quarto. Nesse momento avaliaremos conjuntamente o que cada um disse a partir do estímulo do mapa consolidado com o desenho de todos e dos registros do cotidiano nas ruas de dois grupos (um em Brasília e um no Rio de Janeiro). Os participantes das conversações foram selecionados a partir dos seguintes critérios: 1) ter participado das comissões implantadas para construção da política; 2) ter seu nome registrado em alguns dos documentos públicos existentes; 3) representar alguns desses segmentos (gestores públicos federais, médicos, assistentes sociais, consultores convidados, e representantes do movimento organizado da população em situação de rua).

A participação nesta pesquisa oferece riscos baixos, respeitando o que diz a Resolução Complementar CNS/Conep 510/2016, sobre a ética nas pesquisas das ciências humanas e sociais, a qual prevê que "é direito do participante da pesquisa de manter o controle sobre suas escolhas e informações pessoais e de resguardar sua intimidade, sua imagem e seus dados pessoais, sendo uma garantia de que essas escolhas de vida não sofrerão invasões indevidas pelo controle público, estatal ou não estatal, e pela reprovação social a partir das características ou dos resultados da

pesquisa". Assim, me responsabilizo a manter o sigilo das conversações e a preservação da identidade dos participantes, tais informações só serão usadas para análise qualitativa, através da metodologia de Análise Social dos Discursos. Vale, entretanto, lembrar que pelo fato de não ser um grupo muito grande sempre há a possibilidade de identificação. Caso isso seja um problema, você é livre para retirar o consentimento.

Você receberá cópia deste termo e poderá perguntar qualquer coisa durante todas etapas do processo de pesquisa e do acompanhamento na observação das atividades, inclusive após a publicação dela. Mais uma vez, reitero que ao aceitar participar, também está garantido que poderá desistir a qualquer momento. Para retirar o consentimento, basta informar sua decisão da maneira que achar mais conveniente, sendo que me comprometo a utilizar os dados e o material coletado somente para esta pesquisa ou as publicações que por ventura dela venham a ser desdobradas (slides, transparências, livros, capítulos de livros, resenhas, resumos, apresentações orais, artigos ou vídeos).

Esclareço que esta pesquisa está sendo acompanhada pela orientadora do projeto, a Professora Doutora Inesita Soares de Araujo e que, em caso de dúvidas, a qualquer momento pode entrar em contato com o pesquisador responsável ou o CEP da EPSJV/Fiocruz, cujos contatos estão abaixo indicados.

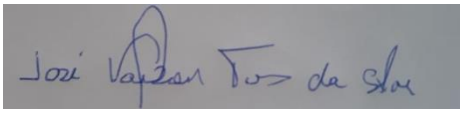
Pesquisadora: PPGICS – Secretaria Acadêmica – Prédio da Expansão: Av. Brasil 4036 – sala 210. Manguinhos – CEP. 21040-361 – Rio de Janeiro/RJ – Tel. 3883-9063/9037

Endereço: Av. Brasil 4365 – sala 316 da EPJV - Bairro: Manguinhos - CEP: 21040360 - Rio de Janeiro/RJ - Telefone: Fax: (21) 3865-9710 - e-mail: cep.epsjv@fiocruz.br

Depois de conhecer e entender os objetivos, procedimentos metodológicos, riscos e benefícios da pesquisa, para os devidos fins, afirmo que fui suficientemente esclarecido (a) a respeito das informações, objetivos e justificativas que li ou que foram explicadas sobre a pesquisa acima. Desta forma, concordo voluntariamente em participar da investigação, sendo que poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante a mesma, sem penalidades ou prejuízo.

Natal ,RN 15 de Dezembro de 2020
.

José Vanilson Torres da Silva

Assinatura do participante da pesquisa 

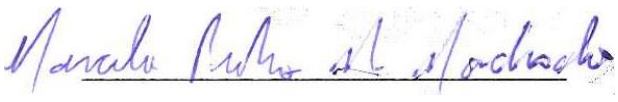
Nadja Maria Souza Araújo (Pesquisadora Responsável)
Email: nadja.piauitinga@gmail.com Telefone: (61) 3544 - 3598/ 99432-1112
Endereço: SCRN 716 – bloco G – entrada 14 – apto 301- Asa Norte
CEP: 70770-670, Brasília/DF.

lembrar que pelo fato de não ser um grupo muito grande sempre há a possibilidade de identificação. Caso isso seja um problema, você é livre para retirar o consentimento.
Você receberá cópia deste termo e poderá perguntar qualquer coisa durante todas etapas do processo de pesquisa e do acompanhamento na observação das atividades, inclusive após a publicação dela. Mais uma vez, reitero que ao aceitar participar, também está garantido que poderá desistir a qualquer momento. Para retirar o consentimento, basta informar sua decisão da maneira que achar mais conveniente, sendo que me comprometo a utilizar os dados e o material coletado somente para esta pesquisa ou as publicações que por ventura dela venham a ser desdobradas (slides, transparências, livros, capítulos de livros, resenhas, resumos, apresentações orais, artigos ou vídeos).
Esclareço que esta pesquisa está sendo acompanhada pela orientadora do projeto, a Professora Doutora Inesita Soares de Araujo e que, em caso de dúvidas, a qualquer momento pode entrar em contato com o pesquisador responsável ou o CEP da EPSJV/Fiocruz, cujos contatos estão abaixo indicados.
Pesquisadora: PPGICS – Secretaria Acadêmica – Prédio da Expansão: Av. Brasil 4036 – sala 210. Manguinhos – CEP. 21040-361 – Rio de Janeiro/RJ – Tel. 3883-9063/9037

Endereço: Av. Brasil 4365 – sala 316 da EPJV - Bairro: Manguinhos - CEP: 21040360 - Rio de Janeiro/RJ - Telefone: Fax: (21) 3865-9710 - e-mail: cep.epsjv@fiocruz.br

Depois de conhecer e entender os objetivos, procedimentos metodológicos, riscos e benefícios da pesquisa, para os devidos fins, afirmo que fui suficientemente esclarecido (a) a respeito das informações, objetivos e justificativas que li ou que foram explicadas sobre a pesquisa acima. Desta forma, concordo voluntariamente em participar da investigação, sendo que poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante a mesma, sem penalidades ou prejuízo.

Rio de Janeiro 08 de julho de 2021.



Assinatura do participante da pesquisa

Nadja Maria Souza Araújo (Pesquisadora Responsável)
Email: nadja.piauitinga@gmail.com Telefone: (61) 3544 - 3598/ 99432-1112

Endereço: SCRN 716 – bloco G – entrada 14 – apto 301- Asa Norte

CEP: 70770-670, Brasília/DF.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARTICIPANTES DAS GRAVAÇÕES

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa de doutorado denominada “SE ESSA RUA FOSSE MINHA, SE ESSE CORPO FOSSE MEU O FOSSE MEU – A população em situação de rua, seus modos de visibilidade e as políticas públicas de saúde”, no Programa de Pós-Graduação em Informação e Comunicação em Saúde (PPIGCS), da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Rio de Janeiro.

Antes de decidir se participará, é importante que você entenda porque o estudo está sendo feito e o que ele envolverá. Reserve um tempo para ler cuidadosamente as informações a seguir e faça perguntas se algo não estiver claro ou se quiser mais informações. Não tenha pressa de decidir se deseja ou não participar desta pesquisa.

O projeto consiste em cartografar (desenhar), através da construção do Mapa do Mercado Simbólico e da análise social dos discursos, as convergências e conflitos entre as diferentes perspectivas e sentidos de corpo e cuidado de si dos sujeitos envolvidos no cenário urbano do país no contexto das políticas públicas de saúde para as minorias, e tendo como principal interesse contribuir para a melhoria das condições de vida e saúde da população em situação de rua. Também pretende produzir um conhecimento territorializado e subjetivado sobre elementos da vida dos moradores de rua que precisam ser contemplados nas políticas públicas a eles dirigidas. Além de provocar um olhar sobre a população em situação de rua que leve em conta a dimensão simbólica da sua presença nas grandes cidades do país, através da percepção da própria população sobre si mesma e sua saúde. Evidenciar as estratégias comunicacionais da população de rua, buscando delinear o modo pelo qual seus integrantes buscam um melhor lugar de interlocução nos contextos das Políticas Públicas, principalmente de saúde.

Neste cenário, o (a) convido (a) para participar desta pesquisa, permitindo que um membro do seu grupo grave suas atividades cotidianas no que diz respeito a higiene, alimentação, descanso e cuidados com a saúde (consultas em consultórios na rua, medicação e ou demais cuidados que forem necessários no período), inclusive os atos violentos infligidos por outros, sendo que você definirá quais atividades e em que momentos poderá ser acompanhado (a). A indicação do grupo ao qual está inserido partiu da representação do Movimento Nacional da População em Situação de rua da sua cidade, mas sua participação é voluntária. Você é quem decide se gostaria de participar ou não deste estudo/pesquisa. Se decidir participar você receberá uma cópia assinada deste Registro para guardar e deverá assinar um termo de consentimento. Mesmo se você decidir participar, você ainda tem a liberdade de retirar o seu consentimento para participar das gravações a qualquer momento, sem qualquer justificativa. Isso não afetará em nada sua participação em demais atividades e não causará nenhum prejuízo.

Caso aceite, a pessoa do grupo responsável pela gravação usará o gravador, o Telefone Celular, a Câmara Fotográfica ou a Filmadora para registrar os diálogos. Informo que este conteúdo (fotos, áudios e vídeos) será divulgado na tese, de maneira que as conversas serão permeadas por todo o cuidado e respeito, mantendo o seu direito de determinar quais, dentre as informações forneceu e foram registradas, aquelas que poderão ser tratadas de forma pública. A única coisa que terá que fazer

é permitir a gravação das suas atividades diárias durante um período de uma semana a combinar com cada um dos participantes.

A participação nesta pesquisa oferece riscos baixos, respeitando o que diz a Resolução Complementar CNS/Conep 510/2016, sobre a ética nas pesquisas das ciências humanas e sociais, a qual prevê que "é direito do participante da pesquisa de manter o controle sobre suas escolhas e informações pessoais e de resguardar sua intimidade, sua imagem e seus dados pessoais, sendo uma garantia de que essas escolhas de vida não sofrerão invasões indevidas pelo controle público, estatal ou não estatal, e pela reprovação social a partir das características ou dos resultados da pesquisa". Assim, me responsabilizo a manter o sigilo das gravações e a preservar sua identidade, bem como suspender as gravações se causarem constrangimento ou desconforto, bem como risco para a sua integridade física e/ou moral, além de me responsabilizar por qualquer dano que venha a causar. As informações coletadas nas gravações só serão usadas para análise qualitativa, através da metodologia de Análise Social dos Discursos. Qualquer interesse ou necessidade futura do uso das imagens, será realizada uma nova negociação entre o pesquisador e o participante.

Ao participar dessa pesquisa você estará contribuindo para a análise das políticas públicas voltadas para as pessoas que vivem nas mesmas condições que você, para a forma de construí-las, e mostrando o caminho para avançarmos nos direitos da população em situação de rua. Além disso, estará contribuindo para a pesquisa em Ciências Sociais e Humanas do seu país.

Ao término do estudo você receberá uma cópia do material gravado, bem como me comprometo a apresentar o resultado da pesquisa para todo o grupo em local e momento oportuno. A tese final ficará disponível no portal do Programa de Pós-graduação em Informação e Comunicação em Saúde (ppgics.icict.fiocruz.br).

Você pode perguntar qualquer coisa durante toda a realização da pesquisa e do acompanhamento na observação das atividades, inclusive após a publicação dela. Ao aceitar participar, também está garantido que poderá desistir a qualquer momento, bastando para isso informar sua decisão em retirar o seu

Ministério da Saúde
FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz

ICICT
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde

consentimento da maneira que achar mais conveniente, sendo **que me com**prometo a utilizar os dados e o material coletado somente para esta pesquisa ou as publicações que por ventura dela venham a ser desdobradas (slides, transparências, livros, capítulos de livros, resenhas, resumos, apresentações orais, artigos ou vídeos).

Esclareço que esta pesquisa está sendo acompanhada pela orientadora do projeto, a Professora Doutora Inesita Soares de Araujo e que, em caso de dúvidas, a qualquer momento pode entrar em contato com o pesquisador responsável ou o Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, que tem o propósito de zelar pelo respeito e proteção a dignidade e autonomia dos participantes, em sua dimensão física, moral e social, e cujos contatos estão abaixo indicados.

Pesquisadora: PPGICS – Secretaria Acadêmica – Prédio da Expansão: Av. Brasil 4036 – sala 210. Manguinhos – CEP. 21040-361 – Rio de Janeiro/RJ – Tel. 3883-9063/9037

Comitê de ética/endereço: Av. Brasil 4365 – sala 7-contêiner da EPSJV - Bairro: Manguinhos - CEP: 21040360 - Rio de Janeiro/RJ - Telefone: (21) 3865-9809 - e-mail: cep.epsjv@fiocruz.br

Confirmo que li e entendi a folha de informações para o estudo acima e que tive a oportunidade de fazer perguntas. Entendo que minha participação é voluntária e que sou livre para retirar meu consentimento a qualquer momento, sem precisar dar explicações, e sem sofrer prejuízo ou ter meus direitos afetados. Concordo em participar da pesquisa acima.

Nome do participante: Jerusa Campos dos Santos

Assinatura do participante: Jerusa Campos dos Santos

Data: 04 / 06 / 2020

Brasília

Nadja Maria Souza Araújo (Pesquisadora Responsável) Email: nadja.piauitinga@gmail.com Telefone: (61) 3544 - 3598/ 99432-1112 Endereço: SCRN 716, blo G, entrada 14, apto 301 – Asa Norte – Brasília/DF CEP. 7070670.

consentimento da maneira que achar mais conveniente, sendo que me comprometo a utilizar os dados e o material coletado somente para esta pesquisa ou as publicações que por ventura dela venham a ser desdobradas (slides, transparências, livros, capítulos de livros, resenhas, resumos, apresentações orais, artigos ou vídeos).

Esclareço que esta pesquisa está sendo acompanhada pela orientadora do projeto, a Professora Doutora Inesita Soares de Araujo e que, em caso de dúvidas, a qualquer momento pode entrar em contato com o pesquisador responsável ou o Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, que tem o propósito de zelar pelo respeito e proteção a dignidade e autonomia dos participantes, em sua dimensão física, moral e social, e cujos contatos estão abaixo indicados.

Pesquisadora: PPGICS – Secretaria Acadêmica – Prédio da Expansão: Av. Brasil 4036 – sala 210. Manguinhos – CEP. 21040-361 – Rio de Janeiro/RJ – Tel. 3883-9063/9037

Comitê de ética/endereço: Av. Brasil 4365 – sala 7-contêiner da EPSJV - Bairro: Manguinhos - CEP: 21040360 - Rio de Janeiro/RJ - Telefone: (21) 3865-9809 - e-mail: cep.epsjv@fiocruz.br

Confirmo que li e entendi a folha de informações para o estudo acima e que tive a oportunidade de fazer perguntas. Entendo que minha participação é voluntária e que sou livre para retirar meu consentimento a qualquer momento, sem precisar dar explicações, e sem sofrer prejuízo ou ter meus direitos afetados. Concordo em participar da pesquisa acima.

Nome do participante: Edelzuita de JB

Assinatura do participante: Edelzuita de JB

Data: _____/_____/_____

_____

Nadja Maria Souza Araújo (Pesquisadora Responsável) Email: nadja.piauitinga@gmail.com Telefone: (61) 3544 - 3598/ 99432-1112 Endereço: SCRN 716, blo G, entrada 14, apto 301 – Asa Norte – Brasília/DF CEP. 7070670.

consentimento da maneira que achar mais conveniente, sendo que me comprometo a utilizar os dados e o material coletado somente para esta pesquisa ou as publicações que por ventura dela venham a ser desdobradas (slides, transparências, livros, capítulos de livros, resenhas, resumos, apresentações orais, artigos ou vídeos).

Esclareço que esta pesquisa está sendo acompanhada pela orientadora do projeto, a Professora Doutora Inesita Soares de Araujo e que, em caso de dúvidas, a qualquer momento pode entrar em contato com o pesquisador responsável ou o Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, que tem o propósito de zelar pelo respeito e proteção a dignidade e autonomia dos participantes, em sua dimensão física, moral e social, e cujos contatos estão abaixo indicados.

Pesquisadora: PPGICS – Secretaria Acadêmica – Prédio da Expansão: Av. Brasil 4036 – sala 210. Manguinhos – CEP. 21040-361 – Rio de Janeiro/RJ – Tel. 3883-9063/9037

Comitê de ética/endereço: Av. Brasil 4365 – sala 7-contêiner da EPSJV - Bairro: Manguinhos - CEP: 21040360 - Rio de Janeiro/RJ - Telefone: (21) 3865-9809 - e-mail: cep.epsjv@fiocruz.br

Confirmo que li e entendi a folha de informações para o estudo acima e que tive a oportunidade de fazer perguntas. Entendo que minha participação é voluntária e que sou livre para retirar meu consentimento a qualquer momento, sem precisar dar explicações, e sem sofrer prejuízo ou ter meus direitos afetados. Concordo em participar da pesquisa acima.

Nome do participante: Ilana Marinho Nunes

Assinatura do participante: _____

Data: 28 / 04 / 2020

_____

Nadja Maria Souza Araújo (Pesquisadora Responsável) Email: nadja.piauitinga@gmail.com Telefone: (61) 3544 - 3598/ 99432-1112 Endereço: SCRN 716, blo G, entrada 14, apto 301 – Asa Norte – Brasília/DF CEP. 7070670.

consentimento da maneira que achar mais conveniente, sendo que me comprometo a utilizar os dados e o material coletado somente para esta pesquisa ou as publicações que por ventura dela venham a ser desdobradas (slides, transparências, livros, capítulos de livros, resenhas, resumos, apresentações orais, artigos ou vídeos).

Esclareço que esta pesquisa está sendo acompanhada pela orientadora do projeto, a Professora Doutora Inesita Soares de Araujo e que, em caso de dúvidas, a qualquer momento pode entrar em contato com o pesquisador responsável ou o Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, que tem o propósito de zelar pelo respeito e proteção a dignidade e autonomia dos participantes, em sua dimensão física, moral e social, e cujos contatos estão abaixo indicados.

Pesquisadora: PPGICS – Secretaria Acadêmica – Prédio da Expansão: Av. Brasil 4036 – sala 210. Manguinhos – CEP. 21040-361 – Rio de Janeiro/RJ – Tel. 3883-9063/9037

Comitê de ética/endereço: Av. Brasil 4365 – sala 7-contêiner da EPSJV - Bairro: Manguinhos - CEP: 21040360 - Rio de Janeiro/RJ - Telefone: (21) 3865-9809 - e-mail: cep.epsjv@fiocruz.br

Confirmo que li e entendi a folha de informações para o estudo acima e que tive a oportunidade de fazer perguntas. Entendo que minha participação é voluntária e que sou livre para retirar meu consentimento a qualquer momento, sem precisar dar explicações, e sem sofrer prejuízo ou ter meus direitos afetados. Concordo em participar da pesquisa acima.

Nome do participante: JOILSON NUNES DA SILVA

Assinatura do participante: Joilson Nunes da Silva

Data: 07 / 05 / 20

Nadja Maria Souza Araújo (Pesquisadora Responsável) Email: nadja.piauitinga@gmail.com Telefone: (61) 3544 - 3598/ 99432-1112 Endereço: SCRN 716, blo G, entrada 14, apto 301 – Asa Norte – Brasília/DF CEP. 7070670.

consentimento da maneira que achar mais conveniente, sendo que me comprometo a utilizar os dados e o material coletado somente para esta pesquisa ou as publicações que por ventura dela venham a ser desdobradas (slides, transparências, livros, capítulos de livros, resenhas, resumos, apresentações orais, artigos ou vídeos).

Esclareço que esta pesquisa está sendo acompanhada pela orientadora do projeto, a Professora Doutora Inesita Soares de Araujo e que, em caso de dúvidas, a qualquer momento pode entrar em contato com o pesquisador responsável ou o Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, que tem o propósito de zelar pelo respeito e proteção a dignidade e autonomia dos participantes, em sua dimensão física, moral e social, e cujos contatos estão abaixo indicados.

Pesquisadora: PPGICS – Secretaria Acadêmica – Prédio da Expansão: Av. Brasil 4036 – sala 210. Manguinhos – CEP. 21040-361 – Rio de Janeiro/RJ – Tel. 3883-9063/9037

Comitê de ética/endereço: Av. Brasil 4365 – sala 7-contêiner da EPSJV - Bairro: Manguinhos - CEP: 21040360 - Rio de Janeiro/RJ - Telefone: (21) 3865-9809 - e-mail: cep.epsjv@fiocruz.br

Confirmo que li e entendi a folha de informações para o estudo acima e que tive a oportunidade de fazer perguntas. Entendo que minha participação é voluntária e que sou livre para retirar meu consentimento a qualquer momento, sem precisar dar explicações, e sem sofrer prejuízo ou ter meus direitos afetados. Concordo em participar da pesquisa acima.

Nome do participante: Ivan Paz de Souza

Assinatura do participante: _____

Data: 05 / 05 / 2020

_____

Nadja Maria Souza Araújo (Pesquisadora Responsável) Email: nadja.piauitinga@gmail.com Telefone: (61) 3544 - 3598/ 99432-1112 Endereço: SCRN 716, blo G, entrada 14, apto 301 – Asa Norte – Brasília/DF CEP. 7070670.

consentimento da maneira que achar mais conveniente, sendo que me comprometo a utilizar os dados e o material coletado somente para esta pesquisa ou as publicações que por ventura dela venham a ser desdobradas (slides, transparências, livros, capítulos de livros, resenhas, resumos, apresentações orais, artigos ou vídeos).

Esclareço que esta pesquisa está sendo acompanhada pela orientadora do projeto, a Professora Doutora Inesita Soares de Araujo e que, em caso de dúvidas, a qualquer momento pode entrar em contato com o pesquisador responsável ou o Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, que tem o propósito de zelar pelo respeito e proteção a dignidade e autonomia dos participantes, em sua dimensão física, moral e social, e cujos contatos estão abaixo indicados.

Pesquisadora: PPGICS – Secretaria Acadêmica – Prédio da Expansão: Av. Brasil 4036 – sala 210. Manguinhos – CEP. 21040-361 – Rio de Janeiro/RJ – Tel. 3883-9063/9037

Comitê de ética/endereço: Av. Brasil 4365 – sala 7-contêiner da EPSJV - Bairro: Manguinhos - CEP: 21040360 - Rio de Janeiro/RJ - Telefone: (21) 3865-9809 - e-mail: cep.epsjv@fiocruz.br

Confirmo que li e entendi a folha de informações para o estudo acima e que tive a oportunidade de fazer perguntas. Entendo que minha participação é voluntária e que sou livre para retirar meu consentimento a qualquer momento, sem precisar dar explicações, e sem sofrer prejuízo ou ter meus direitos afetados. Concordo em participar da pesquisa acima.

Nome do participante: THIAGO PEREIRA DA SILVA

Assinatura do participante: Thiago Pereira da Silva

Data: 28 / 04 / 2020

Nadja Maria Souza Araújo (Pesquisadora Responsável) Email: nadja.piauitinga@gmail.com Telefone: (61) 3544 - 3598/ 99432-1112 Endereço: SCRN 716, blo G, entrada 14, apto 301 – Asa Norte – Brasília/DF CEP. 7070670.

consentimento da maneira que achar mais conveniente, sendo que me comprometo a utilizar os dados e o material coletado somente para esta pesquisa ou as publicações que por ventura dela venham a ser desdobradas (slides, transparências, livros, capítulos de livros, resenhas, resumos, apresentações orais, artigos ou vídeos).

Esclareço que esta pesquisa está sendo acompanhada pela orientadora do projeto, a Professora Doutora Inesita Soares de Araujo e que, em caso de dúvidas, a qualquer momento pode entrar em contato com o pesquisador responsável ou o Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, que tem o propósito de zelar pelo respeito e proteção a dignidade e autonomia dos participantes, em sua dimensão física, moral e social, e cujos contatos estão abaixo indicados.

Pesquisadora: PPGICS – Secretaria Acadêmica – Prédio da Expansão: Av. Brasil 4036 – sala 210. Manguinhos – CEP. 21040-361 – Rio de Janeiro/RJ – Tel. 3883-9063/9037

Comitê de ética/endereço: Av. Brasil 4365 – sala 7-contêiner da EPSJV - Bairro: Manguinhos - CEP: 21040360 - Rio de Janeiro/RJ - Telefone: (21) 3865-9809 - e-mail: cep.epsjv@fiocruz.br

Confirmo que li e entendi a folha de informações para o estudo acima e que tive a oportunidade de fazer perguntas. Entendo que minha participação é voluntária e que sou livre para retirar meu consentimento a qualquer momento, sem precisar dar explicações, e sem sofrer prejuízo ou ter meus direitos afetados. Concordo em participar da pesquisa acima.

Nome do participante: Helio Pereira Magalhães

Assinatura do participante: _____

Data: 28/04/2020

Nadja Maria Souza Araújo (Pesquisadora Responsável) Email: nadja.piauitinga@gmail.com Telefone: (61) 3544 - 3598/ 99432-1112 Endereço: SCRN 716, blo G, entrada 14, apto 301 – Asa Norte – Brasília/DF CEP. 7070670.

Ministério da Saúde
FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz

ICICT
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde

consentimento da maneira que achar mais conveniente, sendo que me comprometo a utilizar os dados e o material coletado somente para esta pesquisa ou as publicações que por ventura dela venham a ser desdobradas (slides, transparências, livros, capítulos de livros, resenhas, resumos, apresentações orais, artigos ou vídeos).

Esclareço que esta pesquisa está sendo acompanhada pela orientadora do projeto, a Professora Doutora Inesita Soares de Araujo e que, em caso de dúvidas, a qualquer momento pode entrar em contato com o pesquisador responsável ou o Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, que tem o propósito de zelar pelo respeito e proteção a dignidade e autonomia dos participantes, em sua dimensão física, moral e social, e cujos contatos estão abaixo indicados.

Pesquisadora: PPGICS – Secretaria Acadêmica – Prédio da Expansão: Av. Brasil 4036 – sala 210. Manguinhos – CEP. 21040-361 – Rio de Janeiro/RJ – Tel. 3883-9063/9037

Comitê de ética/endereço: Av. Brasil 4365 – sala 7-contêiner da EPSJV - Bairro: Manguinhos - CEP: 21040360 - Rio de Janeiro/RJ - Telefone: (21) 3865-9809 - e-mail: cep.epsjv@fiocruz.br

Confirmo que li e entendi a folha de informações para o estudo acima e que tive a oportunidade de fazer perguntas. Entendo que minha participação é voluntária e que sou livre para retirar meu consentimento a qualquer momento, sem precisar dar explicações, e sem sofrer prejuízo ou ter meus direitos afetados. Concordo em participar da pesquisa acima.

Nome do participante: Ronaldo mendes de Araújo

Assinatura do participante: [signature]

Data: 05 / 05 / 2020.

Ronaldo.

Nadja Maria Souza Araújo (Pesquisadora Responsável) Email: nadja.piauitinga@gmail.com Telefone: (61) 3544 - 3598/ 99432-1112 Endereço: SCRN 716, blo G, entrada 14, apto 301 – Asa Norte – Brasília/DF CEP. 7070670.

consentimento da maneira que achar mais conveniente, sendo que me comprometo a utilizar os dados e o material coletado somente para esta pesquisa ou as publicações que por ventura dela venham a ser desdobradas (slides, transparências, livros, capítulos de livros, resenhas, resumos, apresentações orais, artigos ou vídeos).

Esclareço que esta pesquisa está sendo acompanhada pela orientadora do projeto, a Professora Doutora Inesita Soares de Araujo e que, em caso de dúvidas, a qualquer momento pode entrar em contato com o pesquisador responsável ou o Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, que tem o propósito de zelar pelo respeito e proteção a dignidade e autonomia dos participantes, em sua dimensão física, moral e social, e cujos contatos estão abaixo indicados.

Pesquisadora: PPGICS – Secretaria Acadêmica – Prédio da Expansão: Av. Brasil 4036 – sala 210. Manguinhos – CEP. 21040-361 – Rio de Janeiro/RJ – Tel. 3883-9063/9037

Comitê de ética/endereço: Av. Brasil 4365 – sala 7-contêiner da EPSJV - Bairro: Manguinhos - CEP: 21040360 - Rio de Janeiro/RJ - Telefone: (21) 3865-9809 - e-mail: cep.epsjv@fiocruz.br

Confirmo que li e entendi a folha de informações para o estudo acima e que tive a oportunidade de fazer perguntas. Entendo que minha participação é voluntária e que sou livre para retirar meu consentimento a qualquer momento, sem precisar dar explicações, e sem sofrer prejuízo ou ter meus direitos afetados. Concordo em participar da pesquisa acima.

Nome do participante: JACKASTRA BUCETRA

Assinatura do participante: _____

Data: 02/06/20

_____

Nadja Maria Souza Araújo (Pesquisadora Responsável) Email: nadja.piauitinga@gmail.com Telefone: (61) 3544 - 3598/ 99432-1112 Endereço: SCRN 716, blo G, entrada 14, apto 301 – Asa Norte – Brasília/DF CEP. 7070670.

Eu aceito !!!

consentimento da maneira que achar mais conveniente, sendo que me comprometo a utilizar os dados e o material coletado somente para esta pesquisa ou as publicações que por ventura dela venham a ser desdobradas (slides, transparências, livros, capítulos de livros, resenhas, resumos, apresentações orais, artigos ou vídeos).

Esclareço que esta pesquisa está sendo acompanhada pela orientadora do projeto, a Professora Doutora Inesita Soares de Araujo e que, em caso de dúvidas, a qualquer momento pode entrar em contato com o pesquisador responsável ou o Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, que tem o propósito de zelar pelo respeito e proteção a dignidade e autonomia dos participantes, em sua dimensão física, moral e social, e cujos contatos estão abaixo indicados.

Pesquisadora: PPGICS – Secretaria Acadêmica – Prédio da Expansão: Av. Brasil 4036 – sala 210. Manguinhos – CEP. 21040-361 – Rio de Janeiro/RJ – Tel. 3883-9063/9037

Comitê de ética/endereço: Av. Brasil 4365 – sala 7-contêiner da EPSJV - Bairro: Manguinhos - CEP: 21040360 - Rio de Janeiro/RJ - Telefone: (21) 3865-9809 - e-mail: cep.epsjv@fiocruz.br

Confirmo que li e entendi a folha de informações para o estudo acima e que tive a oportunidade de fazer perguntas. Entendo que minha participação é voluntária e que sou livre para retirar meu consentimento a qualquer momento, sem precisar dar explicações, e sem sofrer prejuízo ou ter meus direitos afetados. Concordo em participar da pesquisa acima.

Nome do participante: Eliane Alves Pereira

Assinatura do participante: _____

Data: 04 / 06 / 20

Brasília

Nadja Maria Souza Araújo (Pesquisadora Responsável) Email: nadja.piauitinga@gmail.com Telefone: (61) 3544 - 3598/ 99432-1112 Endereço: SCRN 716, blo G, entrada 14, apto 301 – Asa Norte – Brasília/DF CEP. 7070670.

APÊNDICE C – TERMO DE USO DE IMAGEM

Ministério da Saúde
FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz

ICICT
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE USO DE IMAGEM E DEPOIMENTOS

Eu Hélio Pereira Magalhães,
CPF 506.917.301-72, Documento de Identificação 1.708.972,
Endereço Autódromo - Acampamento Tocon.
depois de conhecer e entender os objetivos, riscos e benefícios da pesquisa intitulada **" SE ESSA RUA FOSSE MINHA, SE ESSE CORPO FOSSE MEU – A população em situação de rua, seus modos de visibilidade e as políticas públicas de saúde"**, sob orientação da professora doutora **Inesita Soares de Araujo;** bem como de estar ciente da necessidade do uso de minha imagem e/ou depoimento/registro audiovisual, especificados no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), AUTORIZO, através do presente termo de autorização de imagem, a pesquisadora doutoranda **Nadja Maria Souza Araújo,** a realizar fotos, gravações e filmagens audiovisuais e/ou a gravar nossas conversas e cotidianos, sem quaisquer ônus financeiros a nenhuma das partes. Estou ciente que esse material será utilizado para compor os resultados da tese de doutorado, sendo dividido entre texto e vídeo que será parte integrante da pesquisa, exibido por ocasião da defesa e entregue como um produto final da tese, sem qualquer alteração.

Considerando que a pesquisa segue rigorosamente o que determina a Lei dos direitos autorais e de uso de imagens (Lei nº 9.610, de 19/02/1998); e levando-se em consideração que a investigação resguarda o que determina a Resolução Complementar CNS/Conep 510/2016, sobre a ética nas pesquisas das ciências humanas e sociais, a qual prevê que "é direito do participante da pesquisa de manter o controle sobre suas escolhas e informações pessoais e de resguardar sua intimidade, sua imagem e seus dados pessoais, sendo uma garantia de que essas escolhas de vida não sofrerão invasões indevidas pelo controle público, estatal ou não estatal, e pela reprovação social a partir das características ou dos resultados da pesquisa"; autorizo a utilização deste conteúdo para compor a tese e outros materiais científicos que por ventura dela venham a se desdobrar, a exemplo de livros, capítulos de livros, artigos, vídeos etnodocumentais, slides e transparências, em favor dos pesquisadores da pesquisa, acima especificados. Ao assinar este termo continuo mantendo controle sobre as informações coletadas, podendo, caso deseje, rever, alterar ou manter a gravação de meu depoimento antes da publicação dos resultados.

Brasília, 07 de maio de 2020
(Cidade)

Nadja Maria Souza Araújo
Pesquisador responsável pelo projeto

Sujeito da Pesquisa

Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação Oswaldo Cruz
Av. Brasil, 4365 - Manguinhos - Rio de Janeiro-RJ | CEP: 21.040-360
Telefone: (21) 3865-9797 | E-mail: cep@fiocruz.br

Ministério da Saúde
FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz

ICICT
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE USO DE IMAGEM E DEPOIMENTOS

Eu Ronaldo Mendes de Araujo,
CPF 597 879. 961-04 ,Documento de Identificação 3599988,
Endereço Acampamento Tocon -
depois de conhecer e entender os objetivos, riscos e benefícios da pesquisa intitulada **" SE ESSA RUA FOSSE MINHA, SE ESSE CORPO FOSSE MEU – A população em situação de rua, seus modos de visibilidade e as políticas públicas de saúde"**, sob orientação da professora doutora **Inesita Soares de Araujo;** bem como de estar ciente da necessidade do uso de minha imagem e/ou depoimento/registro audiovisual, especificados no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), AUTORIZO, através do presente termo de autorização de imagem, a pesquisadora doutoranda **Nadja Maria Souza Araújo,** a realizar fotos, gravações e filmagens audiovisuais e/ou a gravar nossas conversas e cotidianos, sem quaisquer ônus financeiros a nenhuma das partes. Estou ciente que esse material será utilizado para compor os resultados da tese de doutorado, sendo dividido entre texto e vídeo que será parte integrante da pesquisa, exibido por ocasião da defesa e entregue como um produto final da tese, sem qualquer alteração.

Considerando que a pesquisa segue rigorosamente o que determina a Lei dos direitos autorais e de uso de imagens (Lei nº 9.610, de 19/02/1998); e levando-se em consideração que a investigação resguarda o que determina a Resolução Complementar CNS/Conep 510/2016, sobre a ética nas pesquisas das ciências humanas e sociais, a qual prevê que "é direito do participante da pesquisa de manter o controle sobre suas escolhas e informações pessoais e de resguardar sua intimidade, sua imagem e seus dados pessoais, sendo uma garantia de que essas escolhas de vida não sofrerão invasões indevidas pelo controle público, estatal ou não estatal, e pela reprovação social a partir das características ou dos resultados da pesquisa"; autorizo a utilização deste conteúdo para compor a tese e outros materiais científicos que por ventura dela venham a se desdobrar, a exemplo de livros, capítulos de livros, artigos, vídeos etnodocumentais, slides e transparências, em favor dos pesquisadores da pesquisa, acima especificados. Ao assinar este termo continuo mantendo controle sobre as informações coletadas, podendo, caso deseje, rever, alterar ou manter a gravação de meu depoimento antes da publicação dos resultados.

Brasília, 07 , de maio de 2020
(Cidade)

Nadja Maria Souza Araujo
Pesquisador responsável pelo projeto

Ronaldo Mendes de Araújo
Sujeito da Pesquisa

Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação Oswaldo Cruz
Av. Brasil, 4365 - Manguinhos - Rio de Janeiro-RJ | CEP: 21.040-360
Telefone: (21) 3865-9797 | E-mail: cep@fiocruz.br

Ministério da Saúde
FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz

ICICT
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE USO DE IMAGEM E DEPOIMENTOS

Eu Thiago Teixeira da Silva,
CPF 739.428.941-04, Documento de Identificação —,
Endereço ACAMPAMENTO TOCAR
depois de conhecer e entender os objetivos, riscos e benefícios da pesquisa intitulada **" SE ESSA RUA FOSSE MINHA, SE ESSE CORPO FOSSE MEU – A população em situação de rua, seus modos de visibilidade e as políticas públicas de saúde"**, sob orientação da professora doutora **Inesita Soares de Araujo;** bem como de estar ciente da necessidade do uso de minha imagem e/ou depoimento/registro audiovisual, especificados no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), AUTORIZO, através do presente termo de autorização de imagem, a pesquisadora doutoranda **Nadja Maria Souza Araújo,** a realizar fotos, gravações e filmagens audiovisuais e/ou a gravar nossas conversas e cotidianos, sem quaisquer ônus financeiros a nenhuma das partes. Estou ciente que esse material será utilizado para compor os resultados da tese de doutorado, sendo dividido entre texto e vídeo que será parte integrante da pesquisa, exibido por ocasião da defesa e entregue como um produto final da tese, sem qualquer alteração.

Considerando que a pesquisa segue rigorosamente o que determina a Lei dos direitos autorais e de uso de imagens (Lei nº 9.610, de 19/02/1998); e levando-se em consideração que a investigação resguarda o que determina a Resolução Complementar CNS/Conep 510/2016, sobre a ética nas pesquisas das ciências humanas e sociais, a qual prevê que "é direito do participante da pesquisa de manter o controle sobre suas escolhas e informações pessoais e de resguardar sua intimidade, sua imagem e seus dados pessoais, sendo uma garantia de que essas escolhas de vida não sofrerão invasões indevidas pelo controle público, estatal ou não estatal, e pela reprovação social a partir das características ou dos resultados da pesquisa"; autorizo a utilização deste conteúdo para compor a tese e outros materiais científicos que por ventura dela venham a se desdobrar, a exemplo de livros, capítulos de livros, artigos, vídeos etnodocumentais, slides e transparências, em favor dos pesquisadores da pesquisa, acima especificados. Ao assinar este termo continuo mantendo controle sobre as informações coletadas, podendo, caso deseje, rever, alterar ou manter a gravação de meu depoimento antes da publicação dos resultados.

Brasília, 07, de maio de 2020
(Cidade)

Nadja Maria Souza Araújo
Pesquisador responsável pelo projeto

Sujeito da Pesquisa

Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação Oswaldo Cruz
Av. Brasil, 4365 - Manguinhos - Rio de Janeiro-RJ | CEP: 21.040-360
Telefone: (21) 3865-9797 | E-mail: cep@fiocruz.br

ANEXOS

ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: "'Se essa rua fosse minha', se esse corpo fosse meu" - A população em situação de rua, seus modos de visibilidade e as políticas públicas de saúde.
Pesquisador: Nadja Araújo
Área Temática:
Versão: 3
CAAE: 20086419.7.0000.5241
Instituição Proponente: INST COMUNIC E INFORM CIENTIFICA E TECNOLOGICA EM SAUDE
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.787.869
Apresentação do Projeto:
A pesquisa objetiva apreender e compreender as concepções sobre os corpos, saúde e doença da população em situação de rua, para além das noções biomédicas ou epidemiológicas pre- estabelecidas.Procura também entender como se da a participação e a representatividade dessa população na construção de politicas publicas de saúde. Por essa perspectiva, a investigacao se desenha como uma producao de conhecimentos que emerge da conjugacao de saberes e praticas dos varios sujeitos envolvidos.
A pesquisa envolvera gestores, profissionais e representantes do Movimento organizado da população em situação de rua que participaram da construção e implantação da Politica Nacional de Saúde da População em Situação de Rua, no total de 5 informantes. Serão 15 os informantes convidados para representar a população de rua, selecionados nas cidades do Rio de Janeiro e Brasília, em dois grupos de moradores de rua que convivam regularmente num mesmo territorio. Em Brasilia o espaco privilegiado sera o do Setor Comercial Sul, local que no Plano Piloto concentra um grande numero de pessoas e onde, tradicionalmente, vários órgãos e entidades realizam acoes. Nesta cidade o recrutamento da pessoa responsável pelas filmagens e o grupo participante ficara por conta do Coletivo Barba na Rua, que tem como liderança o ex- morador de rua Rogerio Barba. No Rio de Janeiro o espaço privilegiado e a área que abrange parte da Lapa e o bairro da Gloria e que se reunem regularmente na Igreja da Catedral do Rio de Janeiro. Nesta cidade a representante do Movimento Nacional da Populacao em Situacao de Rua/RJ, Maralice Santos ser
responsavel pela escolha da pessoa e do grupo. Nos dois casos a pesquisa se dara com adultos em situacao de saude mental condizentes com a necessidade da pesquisa,respeitando a imagem e individualidade de quem nao quiser participar. Sao citadas as seguintes etapas metodologicas: 1. Análise documental; 2. Entrevista/conversa individual com gestores/representantes do Comitê Técnico que formulou a referida política; 3. Conversa coletiva com os cinco informantes, quando serão convidados a assistir e debater o registro da gravação feita pelos informantes/ pessoas da rua, com foco no corpo e na saúde. A analise social dos discursos e o método analítico a ser usado para compreender os sentidos de corpo,

saúde e cuidado construídos no coletivo.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo primario:

No contexto das politicas publicas de saude para as minorias e tendo como principal interesse contribuir para a melhoria das condicoes de vida e saude da populacao em situacao de rua, cartografar as convergencias e conflitos entre as diferentes perspectivas e sentidos de corpo e cuidado de si dos sujeitos envolvidos no cenario urbano do pais.

Objetivo Secundario:

1- Produzir um conhecimento territorializado e subjetivado sobre elementos da vida dos moradores de rua que precisam ser contemplados nas politicas publicas a eles dirigidas.

2- Produzir um olhar sobre a populacao em situacao de rua que leve em conta a dimensao simbolica da sua presenca nas grandes cidades do pais, atraves da percepcao da propria populacao sobre si mesma e sua saude.

3- Evidenciar as estrategias comunicacionais da população de rua, buscando delinear o modo pelo qual seus integrantes buscam um melhor lugar de interlocução nos contextos das Politicas Publicas, principalmente de saúde.

4- Contribuir para a ampliação da bibliografia existente no campo da comunicação e saude, em relacao a populacao em situacao de rua, bem como nas discussoes sobre enfrentamento das desigualdades sociais e garantia de direitos.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo a pesquisadora, a participação na pesquisa oferece risco baixo. Apesar de 2/3 dos participantes serem pessoas em situação de rua, ou seja, em situação de vulnerabilidade social, na seleção dos participantes levaremos em conta as suas condições psíquicas que vão permitir o discernimento sobre a participação ou não na pesquisa. Alem disso, sera orientado que pessoas que, por ventura, tenham relacoes conflituosas com as forcas policiais e/ou problemas relacionados diretamente a trafico de drogas e outras formas de violencia nao participem da pesquisa.

Como benefícios, para além do uso dos resultados para orientar políticas públicas, a pesquisadora aponta para a oportunidade que a populacao de rua terá para falar, por si mesma, do seu corpo e da sua saude, o que pode trazer novos subsídios para orientacão do cuidado em saúde.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto com temática oportuna e apropriada.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados todos os documentos obrigatórios.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Pela análise procedida, este Comitê (registrado junto à CONEP – Cf. Ofício n. 2254/Carta n. 0078 – CONEP/CNS/MS, de 12 de agosto de 2010) considera o presente protocolo APROVADO.

Considerações Finais a critério do CEP:

- Enviar relatório final ao término do estudo;
- Informar ao CEP, caso necessite fazer modificações relevantes nos objetivos ou metodologia previstos;
- Notificar o CEP caso ocorra alguma situação adversa;
- Manter sob sua guarda por pelo menos 5 anos as vias do TCLE ou do Registro de Consentimento, bem como os dados coletados na pesquisa;
- Informar o número CAAE do projeto nos produtos da pesquisa (relatórios, artigos, monografia, dissertação, tese).

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO 1426380.pdf	18/12/2019 00:41:14	Nadja Araújo	Aceito
TCLE/ Termos de Assentimento/ Justificativa de Ausência	TCLE_gravacoes_NMSAraujo.pdf	18/12/2019 00:39:44	Nadja Araújo	Aceito
TCLE/ Termos de Assentimento/ Justificativa de Ausência	TCLE_conversacoes_NMSAraujo.pdf	18/12/2019 00:30:54	Nadja Araújo	Aceito
Projeto Detalhado/ Brochura Investigador	NadjaMariaSouzaAraujoCEP2.pdf	28/10/2019 22:30:14	Nadja Araújo	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	NadjaAtaQualificacao.pdf	31/08/2019 21:17:29	Nadja Araújo	Aceito
TCLE/ Termos de Assentimento/ Justificativa de Ausência	termodeusoimagem.pdf	31/08/2019 21:15:57	Nadja Araújo	Aceito
Folha de Rosto	FRostoNadjaAraujo.pdf	31/08/2019 21:14:03	Nadja Araújo	Aceito
Outros	tcle_conversacoes.pdf	26/12/2019 10:31:48	Marcio Sacramento de Oliveira	Aceito
Outros	tcle_gravacoes.pdf	26/12/2019 10:32:03	Marcio Sacramento de Oliveira	Aceito

Situação do Parecer:
Aprovado
Necessita Apreciação da CONEP:
Não

RIO DE JANEIRO, 26 de Dezembro de 2019

Assinado por:
Marcio Sacramento de Oliveira (Coordenador(a))