Ed Pop Rua

Curso de Aperfeiçoamento em **Educação Popular em Saúde para o cuidado da população em situação de rua**



EdPopRua

Curso de Aperfeiçoamento em **Educação Popular em Saúde para o cuidado da população em situação de rua**

RECIFE-PE
2026

FIOCRUZ | Pernambuco

MINISTÉRIO DA SAÚDE

MINISTÉRIO DA SAÚDE

ALEXANDRE ROCHA SANTOS PADILHA
Ministro da Saúde

ANA LUIZA FERREIRA RODRIGUES CALDAS
Secretária de Atenção Primária à Saúde - Saps

JOSÉ EUDES BARROSO VIEIRA
Diretor do Departamento de Saúde da Família - Desf

LILIAN SILVA GONÇALVES
Coordenadora-Geral de Acesso e Equidade na Atenção Primária à Saúde - CGAEQ

FERNANDO PESSOA DE ALBUQUERQUE
Coordenador de Atenção às Populações em Situação de Vulnerabilidade - Coasv

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ – FIOCRUZ

MÁRIO SANTOS MOREIRA
Presidente

PEDRO MIGUEL DOS SANTOS NETO
Diretor
Instituto Aggeu Magalhães - IAM/ Fiocruz PE

SHEILA ANDRADE DE OLIVEIRA
Vice-diretora
Instituto Aggeu Magalhães - IAM/ Fiocruz PE

CAMILA PIMENTEL LOPES DE MELO
Chefe
Departamento de Saúde Coletiva
Instituto Aggeu Magalhães - IAM/ Fiocruz PE

PAULETTE CAVALCANTI DE ALBUQUERQUE
Coordenadora
Curso de Aperfeiçoamento em Educação Popular em Saúde para o cuidado da população em situação de rua
Instituto Aggeu Magalhães - IAM/ Fiocruz PE

Organização escrita e desenvolvimento

Paulette Cavalcanti de Albuquerque
Alda Roberta Lemos Campos Boulitreau
Adriana da Silva Baltar Maia Lins

Coordenação Político Pedagógica - CPP

Paulette Cavalcanti de Albuquerque
Instituto Aggeu Magalhães - IAM/ Fiocruz PE

Lilian Silva Gonçalves
Coordenadora-Geral de Acesso e Equidade na Atenção Primária à Saúde - CGAEQ

Fernando Pessoa de Albuquerque
Coordenadora de Atenção às Populações em Situação de Vulnerabilidade - Coasv

Marco Antonio da Silva Souza (Markinhus Souza)
Movimento Nacional de Meninos e Meninas de Rua - MNMMR

Eduardo de Matos
Movimento Nacional da População em Situação de Rua - MNPR

Edvaldo Gonçalves de Souza
Movimento Nacional de Luta e Defesa da População em Situação de Rua - MNLDPSR

Carmen Sandra Modesto Guedes
Rede Nacional de Consultórios na Rua e de Rua

Alda Roberta Lemos Campos Boulitreau
Instituto Aggeu Magalhães - IAM/ Fiocruz PE

Adriana da Silva Baltar Maia Lins
Instituto Aggeu Magalhães - IAM/ Fiocruz PE

Guilherme Souza Correia Lima
Instituto Aggeu Magalhães - IAM/ Fiocruz PE

Vera Joana Bornstein
Consultora técnica
Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular e Saúde-ANEPS

José Vanilson Torres da Silva
Consultor técnico
Movimento Nacional População de Rua-MNPR

Revisão

Pollyanna Fausta Pimentel de Medeiros
Instituto Aggeu Magalhães - IAM/ Fiocruz PE

Flavia Helena Maia Costa
Coasv/CGAEQ/Desf/Saps/MS

Karla Patrycia Moreira de Sousa
Coasv/CGAEQ/Desf/Saps/MS

Maicon de Avila Oliveira
Coasv/CGAEQ/Desf/Saps/MS

Sarah Oliveira Gonçalves Esteves
Coasv/CGAEQ/Desf/Saps/MS

Vera Joana Bornstein
Consultora técnica

Mayza Ahani da Silva Toledo
Instituto Aggeu Magalhães - IAM/ Fiocruz PE

Larissa Daiane Vieira Barros
Professora - UFBA

Curadoria

Renata Pekelman
Vera Joana Bornstein
Helena Maria Scherlowski Leal David
Carolina de Toledo Braga
Itamar Souza
Keila Cristina Costa dos Santos
José Vanilson Torres da Silva

Editoração, Projeto Gráfico e Diagramação

Tiago Lourenço Soares de Araújo (DeLourenco)
Arthur Campos Boulitreau



Catalogação na fonte: Biblioteca Luciana Borges Abrantes dos Santos
Instituto Aggeu Magalhães / Fundação Oswaldo Cruz

E24

EdPopRua: curso de aperfeiçoamento em educação popular em saúde para o cuidado da população em situação de rua / Paulette Cavalcanti de Albuquerque, Alda Roberta Lemos Campos Boulitreau, Adriana da Silva Baltar Maia Lins (Org.). 2. ed. rev. - Recife: Instituto Aggeu Magalhães, 2026.

1 recurso online (365 p.): PDF.

ISBN Nº978-65-88180-43-3 (Origem: CBL)

1. Educação em Saúde. 2. Atenção à Saúde. 3. População em Situação de Rua. I. Albuquerque, Paulette Cavalcanti de. II. Boulitreau, Alda Roberta Lemos Campos. III. Lins, Adriana da Silva Baltar Maia.

2ª Edição - Revisada

CDU 614

Esta publicação é um material pedagógico desenvolvido pela Coordenação Político Pedagógica do Curso de Aperfeiçoamento em Educação Popular em Saúde para o cuidado da população em situação de rua, da Secretaria de Atenção Primária do Ministério da Saúde em parceria com o Instituto Aggeu Magalhães, Fiocruz Pernambuco e com movimentos sociais relacionados ao tema.

O conteúdo aqui presente é de inteira responsabilidade das pessoas envolvidas em sua autoria, não refletindo, necessariamente, as opiniões da Fundação Oswaldo Cruz ou do Ministério da Saúde.

A reprodução deste material é permitida para fins não comerciais, desde que a fonte seja devidamente citada. As reproduções para fins comerciais são estritamente proibidas.

LISTA DE SIGLAS:

APS	Atenção Primária à Saúde
Caeq	Coordenação do Acesso e Equidade
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CGESCO	Coordenação-Geral de Saúde da Família e Comunidade
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
CREAS	Centro de Referência Especializado de Assistência Social
Desco	Departamento de Estratégias e Políticas de Saúde Comunitária
eCR	Equipe de Consultório na Rua
eMulti	Equipes Multiprofissionais na APS
eSB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Equipe de Saúde da Família
EPS	Educação Popular em Saúde
Fiocruz	Fundação Oswaldo Cruz
IAM	Instituto Aggeu Magalhães
MS	Ministério da Saúde
MNPR	Movimento Nacional da População em Situação de Rua
MNLDPR	Movimento Nacional de Luta em Defesa da População em Situação de Rua
MNMMR	Movimento Nacional de Meninos e Meninas de Rua
PNAIS Rua	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da População em Situação de Rua
PSR	População em Situação de Rua
PTS	Projeto Terapêutico Singular
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RD	Redução de Danos
RNCR	Rede Nacional dos Consultórios Na e De Rua
Saps	Secretaria de Atenção Primária à Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
UBS	Unidade Básica de Saúde
UPA 24h	Unidade de Pronto Atendimento



SUMÁRIO

PREFÁCIO 10

APRESENTAÇÃO 11

QUAL A PROPOSTA DO CURSO EdPopRua? 13

PLANO DE AÇÃO 16

MÍSTICA 16

O QUE É MÍSTICA? 17

SOBRE A SISTEMATIZAÇÃO 19

TRILHA DA HISTÓRIA E DA MEMÓRIA

ESTAÇÃO 1 - A Educação Popular, ponto de partida do curso 24

ESTAÇÃO 2 - História dos direitos da população em situação de rua 34

TRILHA DA DEMOCRACIA

ESTAÇÃO 3 - Democracia, concepções, formas e disputas 44

TRILHA DA CULTURA

ESTAÇÃO 4 - Cultura e Educação Popular 52

TRILHA DA VIGILÂNCIA POPULAR EM SAÚDE

ESTAÇÃO 5 - Território, comunicação, ambiente e vigilância popular 60

ESTAÇÃO 6 - Vigilância em Saúde, Protagonismo Popular e Vigilância Popular em Saúde 68

TRILHA DA ATENÇÃO E CUIDADO EM SAÚDE

ESTAÇÃO 7 - O SUS e as práticas populares de cuidados à PopRua 76

ESTAÇÃO 8 - Saúde mental, redução de danos, EdPopRua 89

ESTAÇÃO 9 - Cuidado e diversidade 100

ESTAÇÃO 10 - Nosso ponto de chegada! Conclusão do Plano de Ação EdPopRua 108

TEXTOS 115

PREFÁCIO

Pedro Miguel dos Santos Neto

A Fundação Oswaldo Cruz, em sua trajetória centenária, reafirma constantemente o compromisso com a saúde pública, a promoção da equidade e a defesa intransigente do Sistema Único de Saúde (SUS). Este Curso de Aperfeiçoamento em Educação Popular em Saúde para a População em Situação de Rua se integra a essa missão institucional, ao fortalecer práticas de cuidado orientadas pela justiça social, pelo respeito aos direitos humanos e pelo diálogo entre saberes.

Este caderno nasce do compromisso coletivo de fortalecer a educação popular em saúde como prática viva, construída no diálogo, na escuta e no reconhecimento da dignidade de todas as pessoas. No contexto da população em situação de rua, falar de saúde é falar também de direitos, cidadania, vínculos e esperança. É compreender que a vida pulsa nas ruas, com suas histórias, dores e potências, e que cabe a nós, trabalhadores e trabalhadoras, gestores/as, educadores/as e parceiros/as sociais, assumir a tarefa de construir caminhos de cuidado que sejam verdadeiramente inclusivos.

A educação popular em saúde nos convida a ir além da transmissão de informações, nos desafiando a criar espaços de troca e de partilha, onde o saber técnico e o saber da experiência se encontram para reinventar práticas de cuidado. Esse curso de aperfeiçoamento é, portanto, mais do que um processo formativo: é um convite à ação transformadora, que reconhece cada sujeito como protagonista de sua própria história e como parte essencial da construção de políticas públicas de saúde que valorizem e respeitem a diversidade e os direitos humanos.

Este material é resultado de uma construção coletiva entre a Fiocruz, o Ministério da Saúde e os movimentos sociais de pessoas em situação de rua, e foi elaborado como ferramenta de apoio, reflexão e inspiração. Não se trata de um manual fechado, mas de um caderno aberto à realidade, às contradições e às possibilidades que emergem no dia a dia do trabalho com a população em situação de rua. Que ele sirva como guia, mas também como provocação, para que possamos seguir tecendo redes de solidariedade, cuidado e resistência.

Que em cada estação possamos reafirmar que a saúde é um direito de todos e todas, sem exceções e que a rua seja percebida como um espaço de vida, cultura, democracia e transformação social.

APRESENTAÇÃO

Lilian Silva Gonçalves

O Brasil tem registrado, ao longo das últimas décadas, um expressivo aumento da população em situação de rua (PSR). Essa realidade foi vivenciada principalmente nos últimos dez anos, nos quais houve um aprofundamento da crise socioeconômica no país, intensificado especialmente após a pandemia de Covid-19. A inexistência de um censo demográfico que contabilize a PSR é um dos principais desafios a ser superado, visto que a inexistência do dado demográfico referente a PSR fragiliza a construção de políticas públicas voltadas às necessidades de superação da situação de rua.

No atual contexto, o Ministério da Saúde (MS) por meio da Coordenação de Atenção às Populações em Situação de Vulnerabilidade (Coasv), vinculada à Coordenação-Geral de Acesso e Equidade na Atenção Primária à Saúde (CGAEQ), bem como do Departamento de Saúde da Família (Desf) e da Secretaria de Atenção Primária à Saúde (Saps), retoma o papel de indutor das políticas públicas de saúde e o compromisso com o cuidado à saúde da população em situação de rua.

As equipes de Consultório na Rua (eCR) são umas das principais estratégias que visa o cuidado da PSR no âmbito da APS. Institucionalizada em 2011, por meio da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), as eCR surgem no intuito de promover o acesso à saúde no "território rua", ou seja, onde vive a PSR, buscando romper as barreiras de acesso à saúde. A composição multiprofissional ampliada das eCR visa promover a integralidade do cuidado e atuação multiprofissional de forma itinerante, direcionando as ações de cuidado em articulação intersetorial com o objetivo de impulsionar a superação da situação de rua.

Neste percurso institucional, de 2011 até o momento atual, as equipes de Saúde da Família (eSF), as equipes Multiprofissionais (eMulti) e as equipes de Saúde Bucal (eSB) têm atuado no intuito de ampliar o cuidado na Atenção Primária à Saúde, com foco no território e na promoção do acesso universal, equânime e integral, assegurando ampla participação social e popular na luta por dignidade e cuidado. Esse movimento atravessa os territórios urbanos e se concretiza em experiências potentes, conduzidas pelas equipes de Consultório na Rua (eCR) da APS, por movimentos sociais e por redes intersetoriais que resistem à exclusão e reafirmam a saúde como um direito humano fundamental.

É nesse contexto que nasce o Curso de Aperfeiçoamento em Educação Popular em Saúde para o Cuidado à População em Situação de Rua, fruto de uma parceria do Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de Atenção Primária (Saps) do Ministério da Saúde (MS), com a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), por meio do Instituto Aggeu Magalhães/Fiocruz Pernambuco. Fundamentado nos princípios da Educação Popular em Saúde e no legado do EdPopSUS, como uma ação estratégica da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (PNEPS-SUS). Este curso tem como horizonte a construção de práticas de cuidado ampliadas, emancipatórias e transformadoras, enraizadas nos territórios e nas histórias de vida da população em situação de rua.

Ao reunir educadores/as e educandos/as de diferentes categorias profissionais e regiões do Brasil, busca-se promover a qualificação do trabalho em saúde por meio da valorização dos saberes técnicos, científicos, populares e ancestrais. A proposta pedagógica aposta no diálogo, na escuta, no encontro humano e na construção de redes colaborativas que fortaleçam a interseccionalidade, intersetorialidade e a integralidade da atenção no Sistema Único de Saúde (SUS). O curso foi pensado como uma verdadeira viagem de aprendizagem. Ele se organiza em cinco trilhas principais — ***História e Memória, Democracia, Cultura, Vigilância Popular em Saúde e Atenção e Cuidado*** — que conduzem o percurso formativo.

O Curso foi pensado como um caminho de aprendizagem, tendo como referência o Curso do EdpopSUS e se organiza com cinco trilhas Ao longo desse caminho, os/as educandos/as encontrarão dezessete estações, cada uma delas cuidadosamente estruturada em momentos de vivência, reflexão e construção coletiva.

A proposta é que cada participante embarque nessa jornada não apenas como aprendiz, mas também como protagonista, experimentando diferentes olhares, saberes e práticas que se entrelaçam e se complementam.

O Caderno nasce, portanto, como material de apoio, registro e inspiração para todos os que participaram dessa caminhada formativa. Aqui estão reunidos conceitos, metodologias, reflexões e práticas que visam alimentar a ação cotidiana dos trabalhadores e trabalhadoras do SUS nos territórios, bem como incentivar a criação de vínculos solidários e transformadores.

Que esta experiência formativa seja mais um passo no fortalecimento do Sistema Único de Saúde e na luta por uma sociedade mais justa, inclusiva e humana.

QUAL A PROPOSTA DO CURSO EdPopRua?

Paulette Cavalcanti de Albuquerque

O Curso de Aperfeiçoamento em Educação Popular em Saúde para o cuidado à População em Situação de Rua - EdPopRUA é fruto de uma construção político-pedagógica que teve como referência o Curso EdPopSUS, da Escola Politécnica em Saúde Joaquim Venâncio, também da Fiocruz. Assim, faz parte da Política Nacional de Educação Popular em Saúde – PNEPS-SUS. O EdPopRua foi montado com as mesmas trilhas formativas, adaptadas de forma a dialogar com as especificidades da atenção e do cuidado à população em situação de rua, reafirmando a Educação Popular em Saúde como fundamento ético, político e metodológico. Textos do EdPopSUS também são utilizados como referências teóricas, reconhecendo-o como base estruturante desse processo educativo.

Tem por objetivo desenvolver atributos dos profissionais das equipes de Consultório na Rua e das equipes de Saúde da Família e Atenção Primária à Saúde para atuar com as pessoas em situação de rua em seus contextos e territórios de vida.

A proposta do curso surgiu no início de 2023 quando, no terceiro governo Lula, a partir da Coordenação do Acesso e Equidade (Caeq) da Secretaria de Atenção Primária (Saps) do Ministério da Saúde (MS), foi identificada a grande necessidade de formação dos profissionais das equipes de Consultório na Rua (eCR) e demais equipes da Atenção Primária à Saúde (APS) que os apoiam, respeitando a reivindicação dos movimentos da população em situação de rua.

Busca-se com o curso implementar ações educativas para trabalhadores e trabalhadoras no âmbito da Atenção Primária à Saúde que atuam com população em situação de rua, ampliando a participação social ativa e a defesa do sistema de saúde universal, com equidade e cuidado territorial e integral.

Este curso está baseado na Pedagogia da Problematização e da Alternância, e a organização do curso será compreendida no **Tempo Escola e Tempo Comunidade**, partindo do saber que os/as educandos/as já possuem, de suas experiências de vida, para refletir e construir novos conhecimentos.

Chamaremos de **Tempo Escola** as atividades realizadas de forma presencial e/ ou remota síncrona. Os Tempos Escola serão encontros **presenciais**, durante o dia, uma vez na semana. Serão desenvolvidos em escolas ou centros de formação, parceiros da iniciativa do curso. No **Tempo Escola**, a organização das atividades acontece em momentos: mística, acolhimento, levantamento do conhecimento prévio, tempo-leitura, debate e reflexão, sistematização, avaliação e mística de encerramento. As equipes vão participar, em revezamento, da organização do dia, das místicas, além da participação nas atividades. A organização do processo ensino-aprendizagem está proposta em trilhas e estações.

São cinco trilhas (Memória e História, Democracia, Cultura, Vigilância Popular em Saúde e Cuidado e Atenção em Saúde) e 10 estações, que correspondem ao Tempo Escola. Além disso, haverá o **Tempo Escola Remoto** com encontro síncrono (aula magna com temas específicos) e participação de convidados/as, educadores/as e educandos/as.

No final de cada Tempo Escola serão orientadas as atividades para o **Tempo Comunidade**. O Tempo Comunidade são as atividades desenvolvidas fora do Tempo Escola, ou seja, no intervalo de um encontro para outro. Nele, os/as educandos/as irão colocar em prática o que partilharam e aprenderam: levantando questões junto aos seus territórios. No **Tempo Comunidade** também será estimulado que os/as educandos/as realizem tempo-leitura e tempo-cuidado individualmente ou com o grupo de colegas, além disso, realizem reuniões nos seus locais de trabalho e coloquem em prática as ações previstas e/ou planejadas.

No **Tempo Comunidade**, pode ser necessário realizar: o levantamento de informações sobre o território; entrevistas com pessoas de referência; a elaboração de mapa falado; a identificação de pontos ou situações de risco para a saúde; discussão das histórias, a priorização de problemas em grupo; o planejamento de ações, entre outras. As equipes irão apresentar no Tempo Escola, os trabalhos realizados no Tempo Comunidade.

Apresentação do curso em cada modalidade

Carga horária Total do curso	Carga horária Tempo Escola	Carga horária Tempo Escola Remoto (aula Magna com temas específicos)	Carga horária Tempo Comunidade	Carga horária Mostra
181h	80h	27h	54h	20h

O processo formativo será realizado a partir de metodologias e abordagens que privilegiam o conhecimento e a vivência do território, de modo a articular este conhecimento com o processo de determinação social da saúde, que historicamente impactam a vida da população em situação de rua.

Os/as educadores/as atuarão em dupla nas turmas do Curso, sendo 2 educadores por turma, sendo pelo menos 1 deles com trajetória de rua. Cada turma terá 25 educandos/as.

Para desenvolver as atividades do curso, os/as educandos/as estarão divididos em equipes – formadas por pequenos grupos dentro das turmas, com cerca de 5 pessoas que se comprometem a atuar em conjunto, cuidar umas das outras, se cuidar e desenvolver um plano de ação coletivo para a melhoria das condições de vida e de saúde do seu território. Cada equipe precisa escolher, entre suas/seus componentes, um/a coordenador/a, um/a relator/a, um/a responsável pela saúde, outro/a pela educação e outra pessoa responsável pela cultura. Estas funções também podem acontecer em revezamento, para que todos/as experimentem os diversos fazeres. Propõe-se um pacto de cuidado dentro da equipe, para que ninguém esmoreça. As equipes devem constituir uma identidade própria com um nome e algum símbolo que identifique seus componentes.

FIQUEM ATENTOS/AS:

No decorrer do curso será proposto a elaboração de um **plano de ação**, abarcando a solução de problemas identificados e discutidos em seus territórios.

Sugerimos que cada educando/a tenha um caderno, que chamaremos de **Caderno de Memórias**, para registrar cada dia, de forma criativa (com desenhos, colagens, pinturas, poesias, origami, entre outras expressões). Essa ação tem como objetivo organizar as ideias, consolidar os aprendizados, registrar pensamentos, experimentar escritos pessoais e até produções artísticas, como poesias, paródias, versos de cordel, entre outras. O caderno será como um portfólio (colecionador) com os materiais produzidos, servindo para consulta e como uma boa recordação dos aprendizados compartilhados durante o curso. Na Estação 10 os cadernos poderão ser expostos e apresentados para a turma durante a **Feira do Soma.**

Segundo Freire (2006), a problematização deve partir da realidade concreta dos educandos, com o propósito de despertar sua consciência crítica sobre essa realidade e, a partir disso, promover sua transformação.
Fonte: FREIRE, Paulo. Extensão ou comunicação? São Paulo: Paz e Terra, 2006.

A Pedagogia da Alternância é uma metodologia de organização do ensino que articula diferentes experiências formativas em tempos e espaços distintos, com o objetivo de promover a formação profissional. Sua origem remonta a 1935, na França, a partir da insatisfação de um grupo de agricultores com o sistema educacional vigente, que, segundo eles, não contemplava as particularidades da educação voltada para o meio rural. No Brasil, a experiência com a Pedagogia da Alternância teve início em 1969, no estado do Espírito Santo, com a criação das três primeiras Escolas Famílias Agrícolas.
Fonte: Teixeira ES, Bernartt M de L, Trindade GA. Estudos sobre Pedagogia da Alternância no Brasil: revisão de literatura e perspectivas para a pesquisa. Educ Pesqui [Internet]. 2008May; 34(2):227–42. Available from: https://doi.org/10.1590/S1517-97022008000200002

PLANO DE AÇÃO

O plano de ação deve ser composto por um diagnóstico inicial, com a análise da situação, onde deverá ser indicada a priorização de problemas, realizada a escolha do problema a ser enfrentado, assim como a elaboração de ações com responsáveis e tempo previsto para cada ação. O plano de ação será o trabalho final do curso e precisa ser realmente colocado em prática por todos/as os/as envolvidos/as, além de outras pessoas das equipes de saúde do território.

Esperamos que vocês gostem desse formato de curso e que todos/as aproveitem bem o EdPopRua!

MÍSTICA

OBJETIVOS	RECURSOS
Sentir	Som / Silêncio
Sensibilizar	Autoescuta
Refletir	Percepção
Preparar para o tema do dia	Observação
Uma aposta nos sentidos	Cartazes, mensagens, objetos e imagens
Ampliar os pensamentos	Encenação

A mística não precisa ser explicada, é para ser sentida.

O QUE É MÍSTICA?

Dayane Stefany dos Santos

A mística, em movimentos sociais populares, agrupa os/as participantes em torno de valores compartilhados. Em geral, as místicas são cânticos, símbolos e gestos que unem todos/as os/as participantes em torno do objetivo comum. São elementos simbólicos utilizados na mística: elementos da natureza, como flores, plantas ou árvores, que representam crescimento, renovação ou a conexão do movimento; bandeiras; representações dramáticas ou encenações que recriam eventos históricos, narrativas de luta, entre outros.

A mística é uma atividade vivenciada por vários movimentos sociais populares, com base em experiências compostas de reflexões políticas e afetivas das lutas sociais, caracterizada pela implementação de atividades cênicas com a finalidade de representar a luta, a prática militante e a história conhecida e vivida (BARBOSA, 2019, p. 10-11). A simbologia da mística pode ser enunciada e sentida como força motivadora para as atividades do dia e dos dias; sendo assim, as encenações e representações simbólicas constituem uma das faces do que é a mística.

A mística desempenha papel fundamental nos espaços políticos, proporcionando uma dimensão simbólica e emocional que vai além da análise e discussão puramente intelectual. Integrada de forma efetiva às lutas dos movimentos, a mística é incorporada como ferramenta estratégica para fortalecer a coesão, a identidade e a motivação dos/as participantes através de espaços de mobilizações que acontecem antes das atividades.

Utiliza-se, dentro desses espaços, a criação coletiva de uma mandala, que é um elemento potente e místico – acrescentando uma dimensão visual e simbólica única. Ao incorporar diferentes núcleos, padrões ou elementos culturais na mandala, é possível representar a diversidade dentro da turma, dos movimentos sociais envolvidos, tornando símbolo de inclusão e destacando a riqueza que surge da variedade de perspectivas e experiências. Esses elementos, quando combinados, criam uma experiência rica e simbólica que fortalece a identidade, a coesão e a motivação dentro do espaço.

A mística vai muito além de uma encenação (BOGO, 2010, p. 1). Ela é a motivação. que nos faz viver a causa. É aquela energia que temos e que não nos deixa dizer não, quando nos solicitam ajuda. É a vontade de estar em todos os lugares ao mesmo tempo, de querer ajudar e realizar coisas que façam a luta ser vitoriosa. Ao início e ao final de uma atividade, a mística pode desempenhar papel fundamental na construção do sujeito coletivo, motivando ações, comunicando

mensagens de maneira impactante e contribuindo para a eficácia e a longevidade do movimento.

A mística é, também, o otimismo e a gana que nascem da indignação contra todas as formas de injustiças e da perspectiva real de construir uma nova sociedade. Diante disso, a mística não pode ser pensada como simples animação ou dinâmica de grupo, deve ser usufruída como injeção de ânimo que tem base concreta e que dá garra e ousadia para lutar (PELOSO, 1994, p. 5).

Diferentemente de outras formas de conhecimento, a mística potencializa em suas narrativas, muitas vezes poéticas, um sentido elucidativo da realidade histórica, evidenciando em suas apresentações as principais contradições do sistema capitalista. Portanto, a mística pode apresentar estruturas concretas de uma luta interessada em construir uma organização consciente do papel político místico.

Ao evidenciar a atual conjuntura social, é essencial ter a compreensão da intencionalidade da mística dentro dos espaços políticos e atividades coletivas como **expressão da luta** e estruturação de uma **ferramenta para transformação social.**

Referências bibliográficas

Barbosa L. C. As místicas do MST: aspectos formais, políticos e organizativos da construção estética do território/ Luciano Carvalho Barbosa. – São Paulo, 2019. 126 f. : il. ; 30cm. Disponível em: https://bdtd.ibict.br/vufind/Record/UNSP_c6d4bee78d31ac4d1124cdf3b560e0ea/Description. Acesso em: 18 jan. 2024.

Bogo. A. Mística, suas formas diversas, seus significados e sua relação com a organização social e a militância. 2010. Disponível em: https://base.d-p-h.info/pt/ fiches/dph/fiche-dph-8237.html. Acesso em: 17 jan. 2024.

PELOSO, Ranulfo. A força que anima os militantes. São Paulo: MST, 1994. Disponível em: https://mst.org.br/download/a-forca-que-anima-os-militantes-mistica/. Acesso em: 18 jan. 2024.

Esse texto foi cedido pelo/a autor/a para esta publicação.

SOBRE A SISTEMATIZAÇÃO

Iara Duarte Lins
Conselho de Educação Popular da América Latina e Caribe (CEAAL)

Você já ouviu falar em sistematização? Use as linhas a seguir para escrever o que é sistematizar para você:

DE QUAL SISTEMATIZAÇÃO ESTAMOS FALANDO?

Falamos de uma concepção de sistematização que se fundamenta em uma proposta teórica e pedagógica da Educação Popular e, portanto, está mediada pelo diálogo e construção coletiva do conhecimento. A sistematização possibilita ao sujeito a experiência de refletir sobre a prática, identificar limites e possibilidades, fortalecer as capacidades individuais e coletivas, aprender novos conhecimentos, documentar a experiência, propor mudanças, rupturas e reorientações, além de elaborar materiais e produtos comunicativos.

Sistematiza quem vivencia a experiência. Então, os/as educandos/as têm legitimidade para falar sobre o processo vivido. Um/a facilitador(a) externo/a pode ajudar no processo.

Vamos apresentar os conceitos do educador Oscar Jara e da educadora Elza Falkembach, mas não se esqueça: existem muitas outras formulações, porque esse é um conceito em construção.

> *"A sistematização é aquela interpretação crítica de uma ou várias experiências que, a partir de sua ordenação e reconstrução, descobre ou explicita a lógica e o sentido do processo nelas vividos: os diversos fatores que intervieram, como se relacionam entre si e por que o fizeram desse modo. A sistematização das experiências produz conhecimentos e aprendizagens significativas que possibilitam apropriar-se criticamente das experiências vividas (seus saberes e sentimentos), compreendê-las teoricamente e orientá-las para o futuro como uma perspectiva transformadora"*
>
> ***Oscar Jara***

"A sistematização é uma arte de ampliar cabeças e de autorizar corpos a expressar necessidades, expectativas e vontades – movimento que solidifica os nexos entre reflexão e ação, teoria e prática; que cria identificações e dá sentido às vidas humanas"

Elza Falkembach

PARA QUE SISTEMATIZAR?

A sistematização de experiências pela Educação Popular está na pauta dos movimentos sociais populares e sindicais no nosso continente latino-americano desde o século passado. É necessário sensibilizar e reforçar, a essas organizações, a importância de sistematizar suas práticas. Por meio da sistematização, é possível:

1. Formar sujeitos de pensamento e ação, que fazem de suas práticas oportunidades de estar no mundo de forma reflexiva e propositiva;

2. Favorecer o diálogo entre os sujeitos, apontando para a intencionalidade de gerar subsídios para mudanças nas práticas cotidianas;

3. Compreender profundamente as experiências para saber no que é possível melhorá-las;

4. Contribuir com a reflexão teórica surgida das experiências;

5. Produzir conhecimento coletivo;

6. Retroalimentar orientações e diretrizes de projetos ou instituições;

7. Fortalecer a identidade coletiva de uma instituição;

8. Trocar e compartilhar aprendizagens com outras experiências.

COMO SISTEMATIZAR?

Existem várias propostas metodológicas de como realizar uma sistematização de experiências, conforme diferentes autoras/es da América Latina. Apresentaremos a seguir a **proposta em cinco tempos**, elaborada pelo sociólogo e educador popular peruano-costa-riquenho Oscar Jara. Esta não é, contudo, uma proposta definitiva. A intenção é que cada coletivo crie sua proposta metodológica, levando em consideração suas realidades.

PROPOSTA METODOLÓGICA EM 5 TEMPOS:

1. O ponto de partida: a experiência
- Ter participado da experiência.
- Contar com o registro da experiência.

2. Formular um plano de sistematização
- Definir o objetivo – para que queremos sistematizar?
- Delimitar o objeto – que experiência queremos sistematizar?
- Eixo da Sistematização – que aspectos centrais interessam mais?
- Que fonte de informações temos e precisamos?
- Que procedimentos vamos adotar e em que momentos?

3. A recuperação do processo vivido
- Reconstruir a história da experiência.
- Ordenar e classificar a informação.

4. As reflexões de fundo
- Processos de análise e síntese.
- Interpretação crítica.

5. Os pontos de chegada
- Formular conclusões, recomendações e propostas.
- Definir estratégias para comunicar as aprendizagens e as projeções.
- Não ficar limitado a um produto final.

Esse texto foi cedido pelo/a autor/a para esta publicação.

COMEÇANDO NOSSA TRAJETÓRIA:

Como dito anteriormente, o curso está organizado em estações de aprendizagem. Cada estação é um momento específico de estudo e troca de experiências, mas você pode avançar no seu ritmo.

Vamos iniciar uma viagem coletiva passando por trilhas e por estações,. Traga em sua bagagem, suas expectativas, experiências, conhecimento, vivências e disposição para partilhar muito aprendizado.

A rua é um espaço vivo, com muito movimento. Participe!

Que tal escrever três palavras sobre suas expectativas em relação ao curso?

_____ _____ _____

As palavras não são só um instrumento de leitura da língua; são também instrumentos de releitura coletiva da realidade social onde a língua existe, e existem os homens que a falam e as relações entre os homens.
(Brandão,Carlos Rodrigues. O que é o método Paulo Freire. Rio de Janeiro: Brasiliense, 1981. Apêndice, p. 70).

TRILHA DA HISTÓRIA E DA MEMÓRIA

ESTAÇÃO 1 - A EDUCAÇÃO POPULAR, PONTO DE PARTIDA DO CURSO

Temas geradores

- Educação Popular em Saúde.
- O curso EdPopRua e seu propósito.

Objetivo geral

- Construir uma concepção coletiva sobre Educação Popular em Saúde e conversar sobre como o curso será organizado e quais são os seus objetivos.

Objetivos de aprendizagem

- Refletir sobre memórias pessoais e coletivas, a relação com o território, a ancestralidade e as identidades.
- Reconhecer a importância do trabalho das equipes de saúde nesse contexto.
- Apresentar a Política Nacional de Educação Popular em Saúde (PNEPS-SUS).

Segue, abaixo, o detalhamento das atividades com sugestão de tempo para realização:

TEMPO ESCOLA	TEMPO SUGERIDO
Mística inicial e boas-vindas: música - O homem falou - Gonzaguinha	5 minutos
1º momento: apresentação dos/as educadores/as, educandos/as e do curso	40 minutos
2º momento: expectativas e acordo de convivência	30 minutos
3º momento: levantamento dos conhecimentos prévios - Educação Popular em Saúde e População em situação de rua	30 minutos
4º momento: leitura coletiva	1 hora e 30 minutos
INTERVALO	1 hora
5º momento: aprofundando o conceito de Educação Popular em Saúde	1 hora e 20 minutos
6º momento: explicação do TEMPO COMUNIDADE	20 minutos
7º momento: sistematização dos conhecimentos - O que é sistematizar?	20 minutos
8º momento: avaliação do dia - perguntas	20 minutos
Mística final: leitura do poema - Dia 19 de agosto, dia de Luto e Luta - *Vanilson Torres*	5 minutos

Mística inicial:

Música:

O Homem falou - Gonzaguinha

Boas-vindas: abertura do curso - com falas breves dos/as convidados/as

- Representante da equipe de Coordenação do Curso.
- Gestores/as do SUS.
- Representante dos movimentos sociais - população em situação de rua.

Primeiro momento: quem somos nós? Conhecendo o grupo e conhecendo o curso

Bom, para começar, que tal fazermos um momento de boas-vindas, conhecendo e partilhando um pouco sobre a ***história dos nossos nomes?***

1. Podemos nos organizar sentados/as em círculo;
2. Convidamos cada pessoa a falar seu nome e a contar a "história do seu nome".

- A ideia é que todas as pessoas partilhem um pouco das informações que sabem sobre seu nome, o significado, quem escolheu e por quê?
- Podemos perguntar: onde a pessoa nasceu? E se conhece outras pessoas com o mesmo nome que o seu.
- A apresentação tem como finalidade integrar o grupo e conhecer um pouco da história de cada participante, promovendo a importância da reflexão sobre sua própria história.

Apresentando o curso:

Como funciona o Tempo Escola e o Tempo Comunidade;

- A importância da sistematização e da partilha do conhecimento que cada pessoa traz consigo.
- Na Educação Popular em Saúde, a atividade em grupo é muito utilizada, então, vamos nos organizar em subgrupos que serão chamados de EQUIPES, composta entre 4 e 6 educandos/as.
- Propomos que as equipes de educandos/as sejam mantidas durante todo o curso, mas caso haja necessidade, podem ser modificadas.
- Essas informações serão lembradas a cada encontro, sempre que necessário.

Segundo momento: com quais expectativas vocês chegam ao curso?

- Importante fazer a leitura da parte inicial do caderno.
- A partir das três palavras que você escreveu no início do deste caderno, vamos fazer um levantamento das expectativas de chegada ao curso.
- Propomos que cada pessoa escreva uma carta sobre suas expectativas e coloque numa caixa ou baú, para ser aberta no final do curso. A carta contribuirá para a avaliação do processo.
- Vamos construir coletivamente o nosso **Acordo de Convivência**. É preciso combinar os horários, frequência, tempos de intervalos e tolerância, além do uso do celular, respeito às falas e opiniões divergentes, tempo de fala, cuidado e organização do espaço e do material do curso.

Lembrete para o/a educador/a: o acordo pode ser escrito numa cartolina ou papel kraft e ficar exposto em todo o curso. O acordo de convivência pode ser retomado sempre que necessário.

Terceiro momento: levantamento dos conhecimentos prévios

O que a **Educação Popular em Saúde** tem a ver com a população em situação de rua?

- Para este momento, propomos que os/as educandos/as façam tarjetas com palavras que representam Educação Popular em Saúde.

- Estas palavras deverão ser colocadas num mural, em que estará escrito: "Educação Popular em Saúde". O/a educador/a pergunta se foi suficiente ou se querem acrescentar mais palavras para complementar a ideia.

- Refletir sobre a relação das palavras listadas com a realidade da população em situação de rua.

Quarto momento: leitura coletiva

O grupo deverá ser dividido em 05 equipes com 4 a 6 educandos que precisam se organizar definindo um coordenador, um relator, uma pessoa responsável pela saúde, outra pela educação e outra pela cultura do grupo.

Neste momento, cada grupo fará a leitura e discussão do texto abaixo, preparando uma parte para apresentar no grande grupo.

Texto: Da educação sanitária à educação popular em saúde. Grasiele Nespoli. In Curso de Aperfeiçoamento em Educação Popular em Saúde: textos de apoio / Organização de Vera Joana Bornstein... [et al.]. - Rio de Janeiro: EPSJV, 2016.

Quinto momento: aprofundando o conceito de Educação Popular em Saúde

A proposta para esta atividade é dividir o grupo em 6 subgrupos, onde serão disponibilizados 6 envelopes, um para cada subgrupo.

Em cada envelope terá uma cartela escrita com um princípio da Política Nacional de Educação Popular em Saúde - PNEPS-SUS.

Cada subgrupo deverá discutir sobre o princípio recebido no envelope. Para facilitar a discussão, segue, uma pergunta disparadora: **como este princípio pode ser aplicado à população em situação de rua?**

Princípios da PNEPS-SUS:

1. Diálogo - é o encontro de conhecimentos construídos histórica e culturalmente por sujeitos, ou seja, o encontro desses sujeitos na intersubjetividade, que acontece quando cada um, de forma respeitosa, coloca o que sabe à disposição para ampliar o conhecimento crítico de ambos acerca da realidade, contribuindo com os processos de transformação e de humanização.

2. Amorosidade - é a ampliação do diálogo nas relações de cuidado e na ação educativa, por meio da incorporação das trocas emocionais e da sensibilidade, propiciando ir além do diálogo baseado apenas em conhecimentos e argumentações logicamente organizados.Problematização - implica a existência de relações dialógicas e propõe a construção de práticas em saúde alicerçadas na leitura e na análise crítica da realidade.

3. Construção compartilhada do conhecimento - consiste em processos comunicacionais e pedagógicos entre pessoas e grupos de saberes, culturas e inserções sociais diferentes, na perspectiva de compreender e transformar, de modo coletivo, as ações de saúde desde suas dimensões teóricas, políticas e práticas.

4. Emancipação - é um processo coletivo e compartilhado no qual pessoas e grupos conquistam a superação e a libertação de todas as formas de opressão, exploração, discriminação e violência ainda vigentes na sociedade e que produzem a desumanização e a determinação social do adoecimento.

5. Compromisso com a Construção do Projeto Democrático e Popular - é a reafirmação do compromisso com a construção de uma sociedade justa, solidária, democrática, igualitária, soberana e culturalmente diversa que somente será construída por meio da contribuição das lutas sociais e da garantia do direito universal à saúde no Brasil, tendo como protagonistas os sujeitos populares, seus grupos e movimentos, que historicamente foram silenciados e marginalizados.

Em seguida, cada subgrupo deve apresentar de forma criativa (mímica, teatro, cordel/poesia, histórias, entre outros) ao grande grupo, as reflexões discutidas.

Disponibilizamos aqui os links da portaria e um vídeo da PNEPS-SUS.

Sexto momento: sobre a sistematização do curso

Lembrar que é preciso fazer a sistematização dos aprendizados tanto do Tempo Escola quanto do Tempo Comunidade. Orienta-se escrever um pouquinho todos os dias no Caderno de memórias, descrevendo as vivências, dificuldades, facilidades e o que fez em relação ao curso.

Sétimo momento: tempo comunidade

A proposta é a construção do **Mapa do Território**. Esta atividade será desenvolvida no período da ESTAÇÃO 1 até a ESTAÇÃO 3. Compartilhamos, abaixo, as orientações sobre a elaboração do **Mapa:**

1) **Mapa do Território:** para a construção do Mapa solicitamos que cada equipe faça um desenho ou traga um mapa do território onde possa localizar pontos importantes para a população em situação de rua: onde se concentram, onde dormem, onde se alimentam, se tem acesso aos serviços de saúde, pontos de atendimento do Consultório na Rua. Pode-se pesquisar como é esse lugar desde seu surgimento, ocupação, organização da comunidade, seus aspectos culturais e movimentos sociais e comunitários. Quais políticas públicas estão presentes? Quais são os cheiros, os sons, as paisagens que identificam o lugar?

A ideia é iniciar um diagnóstico participativo, um levantamento dos dados para elaboração do Mapa.

O **Mapa** é um desenho representativo do espaço ou território que está sendo objeto de reflexão. É uma ferramenta que permite discutir diversos aspectos da realidade de forma ampliada. O Mapa vai ser a primeira atividade a ser desenvolvida durante o **Tempo Comunidade**.

Esse mapa pode nos contar como a população em situação de rua está inserida em um certo território. Tem o objetivo de ser construído de forma participativa pelas equipes. Em resumo, o Mapa vai ser um instrumento para um conhecimento participativo do lugar em que se trabalha e/ou se vive de forma coletiva.

O Mapa deve ser elaborado para ser apresentado na ESTAÇÃO 3.

2) Imagem no Território: propomos que cada participante tire uma foto sua no território de algo que marcou, ou que chamou atenção e que considerou significativo no momento da atividade. Em seguida, deve-se dar um nome para essa foto que simbolize como se sentiu durante a atividade. A imagem será apresentada na ESTAÇÃO 2.

Oitavo momento: rodada de avaliação do encontro

Para este momento solicitamos que se faça uma roda para dialogar a partir das seguintes perguntas:

- Em relação a como você chegou, como você está saindo deste primeiro dia?
- O que você mudaria no dia de hoje?
- Tem alguma sugestão para as próximas ESTAÇÕES?
- O que você destaca de aprendizado nesta estação?
- Sente-se preparado/a para essa viagem?

Mística final: leitura do poema Dia 19 de agosto, dia de Luto e Luta

Dia 19 de agosto, dia de Luto e Luta.
Vanilson Torres (MNPR).

I
No dia 19 de agosto de 2004
Um triste fato ocorreu
7 pessoas em situação de rua
Na Praça da Sé morreu

II
Brutal e covardemente
Sem dá nenhuma defesa
Mataram 7 Brasileir@s
Que viviam na incerteza

III
Na incerteza de um dia
Que ainda ia raiar
Mas vieram os meliantes
Pra suas vidas ceifar

IV
Após aquela macabra noite
Algo começou a mudar
Surgiu um Movimento de Rua
Por seus direitos Lutar

V
Começou em 2 estados
São Paulo e Minas Gerais
Hoje estamos em 19 estados
Lutando por direitos sociais

VI
Mas não pensem que é fácil
O massacre continua
Quando é negado direitos
A população em situação de rua

VII
Alguns estados conquistaram
Direito à Saúde, Trabalho e Habitação
Porém em outros lugares
Inclusive em Natal é negado
Até dormir no chão

VIII
Por isso sigamos na luta
Pois nesse País nada é de graça
Se não temos moradia digna
vamos ocupando os espaços de
debates viadutos, marquises,
ruas e praças

IX
Dia 19 de Agosto no Brasil
É o dia de luto e luta do povo da rua
Nós não vamos nos calar jamais
Porque nossa luta e resistência
continua.

VAMOS AMPLIAR OS CAMINHOS E AS IDEIAS!

Convidamos você para ler:

1) Caderno do curso de aperfeiçoamento EdPopSUS.

(Guia completo) ***(Textos de apoio)***

2) Vídeo da Série SUS sobre Educação Popular em Saúde.

ESTAÇÃO 2 - HISTÓRIA DOS DIREITOS DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA

Temas geradores

- Território.
- Movimentos sociais da população em situação de rua.
- Legislações sobre população em situação de rua e Educação Popular em Saúde.

Objetivo geral

- Refletir sobre os direitos da população em situação de rua e sobre as lutas dos movimentos sociais para a conquista desses direitos.

Objetivos de aprendizagem

- Compreender o território como espaço vivo e dinâmico, onde se materializam as lutas e resistências dos movimentos sociais na defesa e conquista dos direitos da população em situação de rua.
- Resgatar histórias de resistência, participação social e luta dos movimentos sociais.
- Aproximar os/as educandos/as do conceito de Educação Popular em Saúde.
- Apresentar a Política Nacional da População em Situação de Rua.

Segue, abaixo, o detalhamento das atividades com sugestão de tempo para realização:

TEMPO ESCOLA	TEMPO SUGERIDO
Mística inicial: música - Rua da Passagem - Lenine	5 minutos
1º momento: retorno do tempo comunidade- apresentação das fotos	40 minutos
2º momento: levantamento dos conhecimentos prévios - História da população em situação de rua	50 minutos
3º momento: leitura coletiva - história dos movimentos sociais da pop rua	1 hora e 30 minutos
INTERVALO	1 hora
4º momento: território	40 minutos
5º momento: leitura coletiva	1 hora e 30 minutos
6º momento: preparando tempo comunidade - retomada da explicação sobre a elaboração do MAPA	30 minutos
7º momento: sistematização dos conhecimentos - revisão dos Conceitos	40 minutos
8º momento: avaliação - cochicho em dupla	10 minutos
Mística final: música - Gentileza - Marisa Monte	5 minutos

Mística inicial:

Música:

Rua da passagem - Lenine

Primeiro momento: retorno do tempo comunidade

Chegou a hora de compartilhar a vivência do Tempo Comunidade por meio da apresentação das fotos.

Cada educando/a poderá apresentar sua foto, explicando o nome e descrevendo sua vivência. Em seguida, vamos discutir sobre o conjunto das fotos, sempre fazendo a conexão com os objetivos da estação.

Segundo momento: levantamento do conhecimento prévio

Para esse momento vamos fazer uma roda de conversa sobre a **história da população em situação de rua** partindo das seguintes perguntas:

Quem é a população em situação de rua?

Como você define a população em situação de rua no seu território?

Quais os direitos da população em situação de rua?

Como foram conquistados esses direitos?

A proposta é construirmos um painel, anotando no quadro branco os principais pontos discutidos com base nas perguntas norteadoras, fazendo correlações entre os direitos e o contexto atual da população em situação de rua.

Terceiro momento: leitura coletiva

Propomos agora que o grupo seja dividido em equipes para um momento de leitura coletiva. Cada equipe fará a leitura de um dos textos sobre as histórias dos movimentos sociais da população em situação de rua. Cada participante escuta e acompanha a leitura, anotando no caderno de memórias o que considerar relevante. Ao final, compartilhar um resumo da discussão para o grande grupo.

A ideia é dividir os/as educandos/as para o momento de leitura e elaboração de uma síntese para ser apresentada ao grande grupo.

Para cada texto, será necessária a definição de um/uma relator/a para compartilhar o conteúdo construído coletivamente.

Texto 1: "Memória, luta e população em situação de rua: uma reflexão sobre o reconhecimento e a resistência" de Marco Antonio Silva Souza (Movimento Nacional de Meninos e Meninas de Rua - MNMMR).



Texto 2: A HISTÓRIA DO MNPR - Movimento Nacional da População em Situação de Rua - MNPR. Nome dos autores: José Vanilson Torres da Silva (Coordenação Nacional do MNPR) e Matheus Rios Silva Santos (Psicólogo e Militante Apoiador do MNPR)



Texto 3: História da Rede Nacional dos Consultórios de/na Rua. Daniel de Souza (ator e redutor de danos - Rede Nacional dos Consultórios Na e De Rua - RNCR).



Texto 4: Movimento Nacional de Meninos e Meninas de Rua: História, Conquistas e Desafios Atuais. Marco Antônio da Silva Souza - Markinhus Souza - (Movimento Nacional de Meninas e Meninos de Rua - MNMMR).



Texto 5: Histórico de Atuação do Movimento Nacional de Luta e Defesa da População em Situação de Rua - MNLDPSR



Quarto momento: território

Para este momento sugerimos organizar uma roda e no meio dela colocar 3 cartolinas com os seguintes títulos:

Território vivido: relações, afetos, lutas, saberes populares.

Território normatizado: organização dos serviços, divisão por áreas, protocolos.

Território como disputa: entre controle e liberdade, entre direitos e violências.

Cada educando/a poderá ir escrevendo nas cartolinas, suas impressões do conhecimento adquirido relativo ao tema. Ao final, propomos uma leitura coletiva do material produzido.

Quinto momento: leitura coletiva

A proposta agora é promover uma discussão conceitual sobre o território, com base na leitura dos textos abaixo. A turma poderá se dividir em equipes para fazer um resumo e apresentar no grande grupo.

Texto 6: Território - Lugar onde a vida acontece - Maurício Monken e Gracia Maria de Miranda Gondin.

Texto 7: Território rua: a heterogeneidade do viver - Keila Cristina Costa dos Santos.

Sexto momento: sistematização dos conhecimentos

Propomos que trê participantes possam pegar uma tarjeta dentro da caixa e falar um pouco sobre o que ficou de aprendizado e, em seguida, complementar com os demais colegas junto ao grande grupo.

Temas:

- Território.
- Direitos da População em situação de Rua.
- Movimentos Sociais.

Sétimo momento: preparando o tempo comunidade

Neste momento o/a educador/a faz uma reflexão sobre território e retoma a explicação sobre a elaboração do **mapa do território**, agregando os pontos abaixo:

1) Qual o tamanho do território? Quantas pessoas? Quantas famílias? Qual a área geográfica?

2) Quais são os equipamentos disponíveis no território? Exemplos: Unidade Básica de Saúde (UBS), conhecida também como o posto de saúde; hospital, UPA, CRAS, CREAS, terminal de ônibus, praça, academia da saúde, comércio, escolas, creches, associação de moradores, coletivos culturais, educação, pessoas, Organizações Não Governamentais (ONG), recursos naturais, praças, dentre outros.

3) Quais são os principais desafios do território? Os desafios são os mesmos para as pessoas em situação de rua?

4) Quais são as potencialidades do território?

5) Quais os sujeitos que atuam na região? Quem e quais grupos têm poder para transformar a realidade?

6) Quais as alianças e parcerias que podem ser construídas? Identificar se são instituições públicas ou privadas.

Para complementar a elaboração do **mapa do território**, o/a educador/a deve solicitar as equipes que sejam realizadas duas entrevistas:

1) A primeira, com uma pessoa em situação de rua: descrever a história da rua na perspectiva da pessoa entrevistada; (Critério: se possível, aquela com mais tempo de vivência de rua).

2) A segunda, com uma pessoa da área da saúde pública (SUS) que trabalha no cotidiano com a população em situação de rua, de preferência que não esteja no curso.

Oitavo momento: avaliação do encontro

Propomos que em roda, seja feito um cochicho em dupla avaliando o dia. Uma pessoa da dupla apresenta, em poucas palavras, o resultado da conversa.

O/A Educador/a pode solicitar alguma sugestão para as próximas estações.

CONVITE: quem tocar algum instrumento musical poderá trazê-lo para a próxima estação.

Mística final:

Música:

Gentileza - Marisa Monte

VAMOS AMPLIAR OS CAMINHOS E AS IDEIAS!

1. BRASIL. Lei nº 14.821, de 16 de janeiro de 2024. Institui a Política Nacional de Trabalho Digno e Cidadania para a População em Situação de Rua (PNTC PopRua).

2. BRASIL. Decreto nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009. Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências.

3. BRASIL. Lei nº 14.489, de 21 de dezembro de 2022. Altera a Lei nº 10.257, de 10 de julho de 2001 (Estatuto da Cidade), para vedar o emprego de técnicas construtivas hostis em espaços livres de uso público – Lei Padre Júlio Lancelotti.

4. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 22 out. 2011.

5. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 22 set. 2017.

6. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.255, de 18 de junho de 2021. Dispõe sobre as diretrizes de organização e funcionamento das equipes de Consultório na Rua e os critérios de cálculo do número máximo de equipes de Consultório na Rua, por município e Distrito Federal, por meio da alteração da Portaria de Consolidação GM/MS nº 2, de 28 de setembro de 2017. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 21 jun. 2021.

TRILHA DA DEMOCRACIA

ESTAÇÃO 3 - DEMOCRACIA, CONCEPÇÕES, FORMAS E DISPUTAS

"A democracia é, como o saber, uma conquista de todos. Toda a separação entre os que sabem e os que não sabem, do mesmo modo que a separação entre as elites e o povo, é apenas fruto de circunstâncias históricas que podem e devem ser transformadas".

*-**Paulo Freire.***

Temas geradores

- Democracia.
- Capitalismo.

Objetivo geral

- Compreender as diferentes concepções, formas e disputas em torno da democracia no Brasil.

Objetivos de aprendizagem

- Compreender as dificuldades e os caminhos na organização da classe trabalhadora e nas mobilizações da população em situação de rua.
- Discutir a contribuição da educação popular na construção de práticas que favoreçam a participação social, a equidade, os direitos e o fortalecimento da democracia na saúde.

Segue, abaixo, o detalhamento das atividades com sugestão de tempo para realização:

TEMPO ESCOLA	TEMPO SUGERIDO
Mística inicial: música - História para ninar gente grande - samba-enredo da Mangueira	5 minutos
1º momento: retorno do tempo comunidade - apresentação das entrevistas e mapa	50 minutos
2º momento: leitura coletiva - democracia e participação popular: algumas considerações. Helena Mª S. Leal David. Caderno EdPopSUS II.	1 hora
3º momento: júri popular - PAINEL DE DEBATE/JÚRI - O SIM e o NÃO sobre a DEMOCRACIA	2 horas
INTERVALO	1 hora
4º momento: história de vida - sobreviventes da chacina da candelária	1 hora e 30 minutos
5º momento: leitura coletiva	1 hora
6º momento: tempo comunidade - identificar os movimentos sociais que atuam com população em situação de rua, presentes em seu território. Buscar no território situações de luta, solidariedade, situações de opressão.	20 minutos
7º momento: avaliação- Que bom! Que pena! Que tal?	10 minutos
Mística final: música - Apesar de você - Chico Buarque	5 minutos

Mística Inicial:

Música:

História Para Ninar Gente Grande - Estação Primeira de Mangueira

Sugestão: Todas as pessoas escutam, cantam e dançam a música “História para Ninar Gente Grande”, samba-enredo da Mangueira no ano de 2019.

Alô Mangueira
Agora é a nossa vez
Vem, vem, vem comigo
Mangueira, tira a poeira dos porões

Mangueira, tira a poeira dos porões
Ô, abre alas pros teus heróis de barracões
Dos Brasis que se faz um país de Lecis, jamelões
São verde e rosa, as multidões

Mangueira, tira a poeira dos porões
Ô, abre alas pros teus heróis de barracões
Dos Brasis que se faz um país de Lecis, jamelões
São verde e rosa, as multidões

Brasil, meu nego
Deixa eu te contar
A história que a história não conta
O avesso do mesmo lugar
Na luta é que a gente se encontra

Brasil, meu dengo
A Mangueira chegou
Com versos que o livro apagou
Desde 1500 tem mais invasão do que descobrimento
Tem sangue retinto pisado
Atrás do herói emoldurado
Mulheres, tamoios, mulatos
Eu quero um país que não está no retrato
Brasil, o teu nome é Dandara
E a tua cara é de cariri
Não veio do céu
Nem das mãos de Isabel
A liberdade é um dragão no mar de Aracati

Salve os caboclos de julho
Quem foi de aço nos anos de chumbo
Brasil, chegou a vez
De ouvir as Marias, Mahins, Marielles, malês.

Composição: Luiz Carlos Maximo Dias / Silvio Moreira Filho / Danilo de Oliveira Firmino / Deivid Domenico Ferreira Lima / Marcio Antonio Salviano / Ronie de Oliveira Machado / Tomaz Disitzer Carvalho de Miranda / Manuela Trindade Oiticica

Primeiro momento: retorno do tempo comunidade

Propomos agora que cada uma das equipes apresente seu(s) mapa(s) e as entrevistas realizadas, contextualizando o território mapeado.

Sugerimos que dois educandos/as possam anotar os pontos que chamaram atenção durante as apresentações para comentar ao final, fazendo um resumo.

Ao final das apresentações, propõe-se a discussão sobre a importância do trabalho realizado, de conhecer o território e da contextualização deste para as atividades com a população em situação de rua.

Segundo momento: leitura coletiva

Agora vamos discutir o sobre DEMOCRACIA e CAPITALISMO, suas relações de poder no território, com base na leitura dos textos sugeridos. A leitura pode ser feita em 2 grupos, onde cada grupo lê um dos textos, visando responder a pergunta abaixo:

Como a Educação Popular pode contribuir para a construção de uma sociedade democrática participativa, onde os cidadãos possam influir no presente e no futuro da sociedade e contribuam nas decisões políticas?

Texto 1: Democracia e participação popular: algumas considerações. Helena Mª S. Leal David. Caderno EdPopSUS II.

Texto 2: CAPITALISMO, POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA E (DES)PROTEÇÃO SOCIAL de Patrícia Fraga e Hélder B. de Moraes Sarmento.

Terceiro momento: PAINEL DE DEBATE/JÚRI - O SIM e o NÃO sobre a DEMOCRACIA

ORIENTAÇÕES PARA ATIVIDADE EM GRUPO - PAINEL DE DEBATE/JÚRI - O SIM e o NÃO sobre a DEMOCRACIA.

A proposta é organizar a turma em 03 (três) grupos:

- Dois grupos são encarregados de defenderem posições divergentes ***(Grupo A - Sim: em defesa da Democracia***;
  Grupo B - Não: contra a Democracia).
- Cada grupo fará a discussão antes e já chegarão com os argumentos preparados no momento do julgamento.
- Um grupo de cinco jurados/as e um/a Juiz/a.

1ª Passo: apresentação dos argumentos

Apresentação de argumentos do Grupo A com cartaz (sem réplica ou perguntas de B) – até 10 minutos. Em seguida, será feita a apresentação de argumentos do Grupo B com cartaz (sem réplica ou perguntas de A) – até 10 minutos.

2º Passo: debate e perguntas entre os grupos:

1 pergunta do Grupo A para o Grupo B (com réplica) Tempo de 2 minutos para cada grupo.

1 pergunta do Grupo B para o Grupo A (com réplica) Tempo de 2 minutos para cada grupo.

1 pergunta do Grupo A para o Grupo B (com réplica) Tempo de 2 minutos para cada grupo.

1 pergunta do Grupo B para a equipe A (com réplica) Tempo de 2 minutos para cada grupo.

3º Passo: momento do grupo de jurados/as;

Os membros do Júri poderão fazer uma pergunta para cada grupo. Tempo de 3 minutos.

Ao final, o Júri irá definir seu voto com os argumentos, comunicando a decisão publicamente. Votos abertos e individuais – 3 minutos para cada.

O/a Juiz/a estará fazendo o controle de tempo de cada grupo e terá um tempo para fechamento.

Ao final, todos/as poderão compartilhar com o grande grupo sobre a experiência vivenciada.

Quarto momento: história de vida

A proposta agora é assistir ao vídeo sobre a chacina da Candelária e realizar uma discussão, em roda, sobre Direitos e a Democracia.

Quinto momento: leitura coletiva

Para este momento, propomos a divisão em 2 subgrupos e cada um fará a leitura de um texto diferente. Cada subgrupo fará uma síntese de seu texto para apresentar ao grande grupo, com foco na violação de direitos humanos.

Texto 3: As lutas da PopRua contra a desigualdade social, a criminalização e por direitos. A ser escrito pela Elaine (Assistente social da Defensoria de SP e Rede de Consultórios na Rua).

Texto 4: Racismo e População em situação de rua: uma discussão necessária, de Weber Lopes Góes.

Sexto momento: tempo comunidade

O/A educador/a irá solicitar que os/as educandos/as possam:

Identificar quais os movimentos sociais, presentes em seu território, que atuam com a população em situação de rua - principais atividades / as vivências /relatos de experiência. Do que eles sentem falta?

Buscar no território situações de luta, solidariedade, situações de opressão.

Sétimo momento: avaliação do dia

Para avaliar o dia, sugerimos que cada participante comente: **Que bom! Que pena! Que tal?** falando da sua vivência e dos sentimentos provocados nesta estação.

Mística final:

Música:

Apesar de você - Chico Buarque

VAMOS AMPLIAR OS CAMINHOS E AS IDEIAS!

1) Video Consultório na rua - IdeiaSUS Santo André - Documentários.

2) Vídeo População de rua da OPAS - Canal Saúde.

3) Gentileza gera gentileza: conheça a história do Profeta Gentileza - Conheça José Datrino, criador da frase “gentileza gera gentileza”.

4) 17 de jan. de 2024 — Garantir os direitos básicos das pessoas em situação de rua é o objetivo central da Lei 14.821, sancionada pelo presidente Lula e publicada.

5) Lei nº 15.187, que institui o Dia da Luta da População em Situação de Rua, a ser rememorado anualmente em 19 de agosto. A medida foi aprovada pelo Congresso Nacional e assinada pelo presidente da República, Luiz Inácio Lula da Silva.

6) Atendimento da população em situação de rua pelo SUS é garantido por lei desde 2018 através da Lei nº 13.714. Essa legislação proíbe expressamente a recusa de atendimento pelo SUS a pessoas em situação de vulnerabilidade social, mesmo sem comprovante de residência, e foi ampliada para garantir assistência integral à saúde.

TRILHA DA CULTURA

ESTAÇÃO 4 - CULTURA E EDUCAÇÃO POPULAR

Temas geradores

- Cultura.
- Cultura da rua.

Objetivo geral

- Compreender a cultura como dimensão fundante da Educação Popular em Saúde e constituinte da vida nos territórios.

Objetivos de aprendizagem

- Identificar saberes populares e as diversas expressões culturais.
- Refletir sobre processos, limites e perigos da cultura hegemônica e problematizar a relação ser humano, cultura e natureza.
- Discutir a diversidade dos modos como a cultura se constitui no território, considerando as interações com o trabalho em saúde e com a população em situação de rua.

Segue, abaixo, o detalhamento das atividades com sugestão de tempo para realização:

TEMPO ESCOLA	TEMPO SUGERIDO
Mística inicial: leitura da poesia - A Rua - Mário Quintana	5 minutos
1º momento: retorno do tempo comunidade	40 minutos
2º momento: a cultura da rua (mochila)	1 hora e 30 minutos
3º momento: levantamento de conhecimento prévio. Perguntas e respostas.	50 minutos
4º momento: leitura coletiva – textos	1 hora
INTERVALO	1 hora
5º momento: sistematizando os conhecimentos - trabalho em equipe	1 hora
6º momento: feira do soma	1 hora e 30 minutos
7º momento: tempo comunidade	10 minutos
8º momento: avaliação (desenho livre)	10 minutos
Mística final: dança da ciranda	5 minutos

Mística inicial:

Leitura de uma poesia. - A Rua - Mário Quintana.

A Rua

A rua é dos outros.
Passam todos por ela.
Todos passam apressados.
E eu fico parado, olhando...
A rua é dos que têm pressa,
dos que têm medo, dos que
vão pra algum lugar.
Eu não tenho pressa.
Eu não tenho medo.
Eu não vou pra nenhum lugar.
A rua é dos outros.

Primeiro momento: retorno do tempo comunidade

Hora de compartilhar as informações sobre os movimentos sociais, presentes em seu território, que atuam com a população em situação de rua - principais atividades que são desenvolvidas e os relatos de experiências colhidas no território.

Após as apresentações das equipes pode ser feita uma discussão sobre os pontos em comum, refletindo sobre as **perguntas disparadoras:**

- Quais as formas de organização que você conseguiu detectar no território?
- Por que é tão difícil a organização política e social de quem está na rua?
- O que isso tem a ver com a luta mais ampla da classe trabalhadora?

Segundo momento: a mochila e a cultura da rua

Para esta atividade, propomos que o grupo se organize em uma grande roda. Em seguida, o/a educador/a vai entrar na roda com uma mochila nas costas, e colocar no centro, objetos que representam o cotidiano ou o imaginário da rua. Cada educando/a poderá escolher um objeto para falar sobre seu significado e o que este objeto o remete.

Em seguida, vamos fazer uma reflexão sobre a cultura da rua, os estigmas, os preconceitos relacionados à cultura e às vivências na rua.

"Para muitos de nós, a mochila guarda livros, agendas, lembranças de viagens... Mas, para quem vive na rua, a mochila é armário, é casa, é sobrevivência. Dentro dela, se guarda o pouco que resta, Mas também aquilo que ninguém pode tirar: A dignidade, a resistência, a fé, a sabedoria do caminho."

-Francisco de Assis Nunes

Sugestão de objetos para serem colocados na mochila: vela, prato, colher, caneta, cachimbo, papelão, camisinha, vacina, carteira de trabalho, rodo / flanela, cola, absorvente, lençol, jarro, faca, garrafa pet, boneca, aguardente, copo, terço, livro, patuá, figa etc.

Terceiro momento: levantamento dos conhecimentos prévios

A cultura é uma dimensão fundante da educação popular em saúde

(Paulo Freire,1981).

Para aprofundar o tema sobre cultura, iremos fazer tempestade de ideias, buscando responder as indagações a seguir:

- Para você, o que é cultura? O que é multiculturalidade? O que é cultura popular? E o que é cultura da rua?

Cada educando/a poderá ir respondendo e as respostas poderão ser sintetizadas no quadro branco por algum outro educando/a. E a cada resposta pode-se já realizar a discussão com todos.

Quarto momento: leitura coletiva

Para este momento, sugerimos que o grupo seja dividido em três subgrupos, para que seja feita a leitura e sistematização de um dos textos, em seguida, apresentar uma síntese ao grande grupo.

Textos propostos:

Texto 1: ENTRE OS MUNDOS QUE NASCI, QUE VIDA ESCOLHEREI? A CULTURA NA PERSPECTIVA DECOLONIAL, de Larissa Gonçalves Medeiros, Vera Lúcia de Azevedo Dantas, Itana Suzart Scher, p. 117. (EdPopSUS III).

Texto 2: Cultura e Racismo - Weber Lopes Góes.

Texto 3: A espiritualidade e outras dimensões invisíveis: além do óbvio na educação popular em saúde - Júlio Alberto Wong Un (Livro de Textos do Ed.PopSUS II, p. 89).

Quinto momento: sistematização dos conhecimentos

Vamos sistematizar o que aprendemos até agora?

O grupo será dividido em equipes. Cada equipe receberá cartolinas ou folhas de papel Kraft, pincel, tinta, hidrocor, lápis de cera etc, para fazer um desenho retratando um resumo de tudo o que foi discutido acerca da cultura da rua, relacionando com a educação popular.

Em seguida, cada equipe compartilha seu produto com todos.

Sexto momento: Feira do Soma

A feira do Soma Sempre é uma metodologia da Educação Popular em Saúde para coletivização dos conhecimentos e partilha das produções dos educandos. Vamos fazer a Feira na metade do curso como uma forma de sistematizar e partilhar os conhecimentos produzidos pelas 3 primeiras trilhas - da História e Memória, da Democracia e da Cultura.

Inspirados nas feiras livres onde as pessoas circulam entre barracas e trocam experiências, produtos e informações, vamos construir a Feira do Soma, que tem como objetivo compartilhar os conhecimentos adquiridos durante as trilhas até o momento atual do curso.

Cada equipe irá se organizar numa mesa ou barraca para sistematizar “como feira livre” para fazer exposição e apresentação de uma das trilhas do curso. A proposta é que sejam 6 subgrupos, sendo 2 responsáveis por cada Trilha percorrida.

Serão disponibilizados alguns materiais como: cartolinas, papel Kraft, lápis piloto, tinta, pincel, tecidos coloridos, materiais das trilhas. As equipes poderão usar sua criatividade para apresentar os conteúdos.

Tempo de colheita:

Após visitar todas as barracas, os grupos conversam entre si sobre o que aprenderam com as outras barracas e, após isso, vamos propor uma grande roda onde, no momento inicial, é proposto que cada pessoa reflita sobre os aprendizados e sentimentos. Nesse momento chamaremos de colheita interna. Em seguida, socializa-se os aprendizados colhidos sobre cada uma das barracas visitadas, de modo que todas sejam contempladas.

Segue **Texto de apoio** sobre a Feira do Soma.

Sétimo momento: tempo comunidade

Orientamos que todos/as assistam ao filme Filme Estamira e tragam para o próximo encontro os pontos marcantes, destacando aspectos ligados à vida na rua, riscos e proteção.

Oitavo momento: avaliação do dia

Para a nossa avaliação do dia, solicitamos que cada educando/a possa fazer um desenho livre num papel A4 que expresse seu sentimento. Se quiser pode partilhar com o grupo, mas, pedimos que seja colado em seu caderno de memórias.

Mística final: dança da ciranda

Propomos fazer uma grande roda para dançar uma ciranda - Ciranda da rosa vermelha. Quem tiver com seus instrumentos poderá utilizá-los nesta roda.

VAMOS AMPLIAR OS CAMINHOS E AS IDEIAS!

Para assistir

Vídeo da Pesquisadora Drª. Grasiele Nespoli, que contextualiza o surgimento da Educação Popular como um movimento social formado por coletivos e redes que se incorporam progressivamente ao sistema de saúde. Um campo fundamentado na concepção de Paulo Freire a partir de uma pedagogia crítica.

Para ler

Capoeira é saúde

Prática que celebra herança ancestral africana ajuda a promover saúde mental e consciência coletiva.

Para ler

Experiências de Teatro e Arte com Pessoas em Situação de Rua - um Ensaio. Bruno Mariani de Souza Azevedo.

Para ouvir

Cultura É Viva

Instrumento de divulgação científica com dados intermediários de pesquisa.

TRILHA DA VIGILÂNCIA POPULAR EM SAÚDE

ESTAÇÃO 5 - TERRITÓRIO, COMUNICAÇÃO, AMBIENTE E VIGILÂNCIA POPULAR

Temas geradores

- Determinação Social.
- Vigilância Popular.

Objetivo geral

- Compreender a determinação social do processo saúde-doença e da organização da vida.

Objetivos de aprendizagem

- Discutir a determinação social do processo saúde-doença.
- Debater o conceito de risco e de proteção.

Segue, abaixo, o detalhamento das atividades com sugestão de tempo para realização:

TEMPO ESCOLA	TEMPO SUGERIDO
Mística inicial: música - Canto das Três Raças - Mauro Duarte e Paulo César Pinheiro	5 minutos
1º momento: retorno tempo comunidade - filme Estamira	30 minutos
2º momento: levantamento de conhecimentos prévios- riscos e proteção.	40 minutos
3º momento: leitura coletiva - saúde da população em situação de rua e determinação social da saúde	1 hora e 30 minutos
4º momento: histórias de vida	50 minutos
INTERVALO	1 hora
5º momento: Vigilância popular para quê? Para quem? Por quem?	1 hora
6º momento: websérie - Vigia, povo!	40 minutos
7º momento: sistematização - O que ficou?	30 minutos
8º momento: tempo comunidade - experiências de participação popular ligadas à vigilância	20 minutos
9º momento: avaliação do dia- O que eu dou e o que levo?	20 minutos
Mística final: leitura da poesia - Miró da Muribeca	5 minutos

Mística inicial:

Música:

Canto das Três Raças - Clara Nunes

Ninguém ouviu
Um soluçar de dor
No canto do Brasil
Um lamento triste
Sempre ecoou
Desde que o índio guerreiro
Foi pro cativeiro
E de lá cantou
Negro entoou
Um canto de revolta pelos ares
Do Quilombo dos Palmares
Onde se refugiou
Fora a luta dos inconfidentes
Pela quebra das correntes
Nada adiantou
E de guerra em paz
De paz em guerra
Todo o povo dessa terra
Quando pode cantar
Canta de dor

E ecoa noite e dia
É ensurdecedor
Ai, mas que agonia
O canto do trabalhador
Esse canto que devia
Ser um canto de alegria
Soa apenas como um soluçar de dor

Composição: Mauro Duarte e Paulo César Pinheiro

Primeiro momento: retorno do tempo comunidade

Propomos agora, uma partilha sobre o filme Estamira.

Em roda, os/as educandos/as poderão expor suas impressões e aspectos relevantes do filme. Quais os sentimentos gerados ao assistir o filme? Como o Consultório na Rua poderia abordar e agir no caso de Estamira? Como se diferenciam as formas como os/as filhos/as de Estamira lidam com ela?

Segundo momento: levantamento de conhecimentos prévios - risco e proteção

Vamos nos dividir em 2 grupos, onde cada um irá listar até 10 riscos vivenciados pela população em situação de rua do seu território.

Em seguida, a lista dos riscos deve ser trocada entre os grupos e o outro grupo irá propor formas de proteção para cada risco listado.

Após este momento, sugerimos a discussão sobre o que foi elaborado, bem como a partilha dos sentimentos despertados com a atividade.

Terceiro momento: leitura coletiva

Para este momento, sugerimos a leitura coletiva do texto:

Sugerimos dividir o grupo em subgrupos. Durante a leitura, os pontos principais poderão ser anotados e debatidos ao final com o grande grupo.

Texto1: Saúde da População em Situação de Rua e Determinação Social da Saúde.

Texto2: Vigilância Popular em Saúde e a População em Situação de Rua.

Texto3: Vigilância em saúde.

Quarto momento: histórias de vida

Para este momento, propomos dividir a turma em 5 equipes. Cada equipe fará a leitura e discussão da História, em seguida apresentará suas impressões ao grande grupo.

Para facilitar as discussões no grupo colocamos aqui algumas perguntas norteadoras:

- Quais direitos estão em jogo neste caso?
- Como equilibrar o cuidado e a proteção das crianças e adolescentes sem reforçar práticas punitivas sobre a mãe?
- De que forma a política pública pode (ou falha em) garantir o direito ao cuidado em saúde para mães, crianças e adolescentes em situação de rua?
- Como preservar os vínculos familiares em contextos de extrema vulnerabilidade?
- O que tem de oferta de cuidado na Saúde para as famílias com crianças e adolescentes que estão em situação de rua?
- Que estratégias intersetoriais poderiam ter sido adotadas precocemente para evitar a ruptura familiar?

Letícia tem 28 anos, está grávida de sete meses e vive em situação de rua com seus dois filhos: Pedro, 6 anos, e Ana Luíza, 4 anos, e com o companheiro, pai das crianças. Desde que perdeu o aluguel social, há quase um ano, ela se desloca entre praças e ocupações no centro da cidade. Letícia não possui rede familiar de apoio e o pai das crianças está desempregado.

Há três meses, ela foi diagnosticada com tuberculose pulmonar durante o acompanhamento pré-natal em uma Unidade Básica de Saúde. A enfermeira responsável percebeu que Letícia tem dificuldades para seguir o tratamento: falta à maioria das consultas, não toma a medicação com regularidade, e está com o quadro agravado. A equipe de Consultório na Rua tenta acompanhá-la, mas enfrenta barreiras como deslocamento constante, insegurança alimentar e falta de abrigo.

Em uma das consultas, a enfermeira providencia a atualização dos cartões de vacinas das crianças e as observa com sinais de desnutrição, roupas sujas e tosse persistente. Preocupada com o risco de contágio e com a vulnerabilidade das crianças, ela aciona o Conselho Tutelar, solicitando providências.

Letícia chora e implora que não tirem seus filhos. Diz que eles são “tudo o que ela tem”, e que não os maltrata, apenas está doente e sem casa. Os pais são encaminhados para consulta com médico da família e comunidade (MFC) na própria Unidade Básica de Saúde (UBS).

O Conselho Tutelar avalia que as crianças não estão em ambiente seguro e decide encaminhá-las para acolhimento institucional temporário. A mãe não aceita, argumentando que “não é justo separar uma mãe dos filhos só porque ela está na rua”. O bebê que ela espera poderá, inclusive, ser retirado logo após o nascimento, caso o contexto não mude.

A equipe de saúde se vê dividida entre proteger as crianças e respeitar os vínculos afetivos da família. A assistência social tenta articular a entrada de Letícia em um abrigo para gestantes, mas esbarra na falta de vagas e na burocracia. A gestante começa a evitar os serviços de saúde, temendo perder os filhos e o bebê.

Quinto momento: Vigilância popular para quê? Para quem? Por quem?

Propomos agora uma reflexão sobre a Vigilância Popular em Saúde.

“Quando falamos em vigilância popular em saúde, o que vem à sua mente?”
“E quando falamos em participação popular nesse processo, o que muda?”

Solicitamos que cada educando/a escreva em tarjetas o que consideram Força e Lacuna em relação a esta temática.

Para facilitar, vamos considerar:

FORÇAS (tarjeta verde) - O que fazemos para fortalecer a vigilância popular.
LACUNAS (tarjeta amarela) - Quais os desafios para tornar a vigilância mais popular e territorial.

Após a escrita, cada educando/a poderá apresentar suas tarjetas e no grande grupo, fazer uma discussão sobre o que foi apresentado.

Sexto momento: websérie - Vigia, povo!

Para este momento, que tal assistirmos a websérie Vigia, povo!

Podemos fazer uma partilha bem legal sobre o que foi visto e fazer o registro, no quadro branco, dos pontos relevantes.

Vigia, povo!

Sétimo momento: sistematização - O que ficou?

Propomos uma discussão em roda sobre os principais conceitos aprendidos:

- Risco e proteção.
- Determinação social do processo saúde-doença.
- Vigilância popular.

Oitavo momento: tempo comunidade

Então, a partir do que discutimos até o momento, que tal assistir o documentário: **Como acolher quem vive em situação de rua?** Registre quais os principais desafios da população em situação de rua e as suas impressões sobre o documentário.

Documentário

Também propomos que cada um pesquise sobre as principais características do modelo etapista e do modelo de moradia primeiro.

Convidamos,para nosso próximo encontro, alguma equipe para realizar nossa mística inicial.

No próximo encontro a gente conta com a sua partilha!

Nono momento: rodada de avaliação

Para este momento, solicitamos que o grupo se organize em círculo, todos de

mãos dadas, sendo a mão esquerda com a palma para cima e a direita com a palma para baixo, refletindo sobre o que eu recebo e o que ofereço no dia de hoje. Neste momento, quem quiser, poderá compartilhar sua avaliação do dia.

Mística final:

Poesia - Miró da Muribeca (livro aDeus, 2016).

Um céu azul que flagra meus
olhos é um colírio dizendo:
não desista mesmo que o
dia fique cinza.



Para ler
Guia Vigia, povo!

Para assistir
Vigilância popular em saúde - Sala de convidados.

Para ouvir
Indígena é Indígena onde ele estiver Com Eni Carajá Filho – Podcast #10.

ESTAÇÃO 6 - VIGILÂNCIA EM SAÚDE, PROTAGONISMO POPULAR E VIGILÂNCIA POPULAR EM SAÚDE

Temas geradores

- Principais doenças e agravos que acometem a população em situação de rua.
- Condições de vida, trabalho e ambiente. Abordagem integrada à saúde dos trabalhadores/as
- Elaboração de um plano de ação para a vigilância popular em saúde.

Objetivos gerais

- Dialogar, aprofundar e despertar a vigilância em saúde nos territórios.
- Identificar e analisar situações e experiências que ameaçam e que potencializam a vida das pessoas em situação de rua nos territórios.

Objetivos de aprendizagem

- Conhecer as principais doenças e agravos que acometem a população em situação de rua, os impactos ambientais envolvidos e as implicações para a saúde.
- Refletir sobre as condições de vida e trabalho dos trabalhadores e trabalhadoras das UBS e equipes de consultório na rua.
- Elaborar um plano de ação com base na vigilância popular em saúde pelas equipes de saúde (eCR e UBS).

Segue, abaixo, o detalhamento das atividades com sugestão de tempo para realização:

TEMPO ESCOLA	TEMPO SUGERIDO
Mística inicial: performance da equipe	5 minutos
1º momento: retorno tempo comunidade - fórum de discussão modelos etapista e moradia primeiro	40 minutos
2º momento: levantamento de conhecimentos prévios	50 minutos
3º Momento: principais agravos	40 minutos
4º momento: leitura coletiva	1 hora e 30 minutos
5º momento: início da construção do plano	1 hora
INTERVALO	1 hora
6º momento: continuação do plano	1 hora e 30 minutos
7º momento: tempo comunidade - levantamento da rede de saúde disponível	20 minutos
8º momento: avaliação do dia - recado para o grupo	20 minutos
Mística Final: Música Novo Tempo - Ivan Lins	5 minutos

Mística inicial: performance da equipe

Neste momento faremos a vivência da equipe, conforme combinado na Estação anterior, junto ao grupo.

Primeiro momento: retorno do tempo comunidade

Propomos neste momento uma discussão sobre o documentário, fazendo a interface com a vigilância popular em Saúde, levantando aspectos sobre a **aporofobia.**

Em seguida, vamos organizar um fórum, dividindo a turma em dois grupos:

Grupo 1- Modelo etapista.
Grupo 2- Modelo de Moradia Primeiro.

Cada grupo irá pesquisar e discutir sobre as principais características (pontos fortes e frágeis) do modelo.

Em seguida, faremos uma breve partilha dos modelos em roda.

Segundo momento: levantamento dos conhecimentos prévios

Do que foi compartilhado no Tempo Comunidade, quanto às práticas de vigilância, solicitamos que cada educando/a possa destacar em tarjetas: o que é prática de participação popular? Onde estão inseridas as pessoas em situação de rua? Quais as práticas dos profissionais de saúde? Existem outras práticas?

As tarjetas devem ser distribuídas de acordo com a relação do painel que estará afixado na parede.

PRÁTICAS DE PARTICIPAÇÃO POPULAR	PRÁTICAS DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE	PRÁTICAS DE VIGILÂNCIA POPULAR	PRÁTICAS DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA
EX: Participação em conselho, comitês, fóruns.	Ex: notificação, organização de campanhas, educação em saúde.	Ex: identificação de riscos, participação em campanhas.	Ex: identificação de casos.

Terceiro momento: principais agravos

Para este momento, vamos precisar retomar o mapa (construído no Tempo Comunidade das primeiras estações), a fim de identificar os principais agravos que acometem a população em situação de rua e as ofertas de cuidado existentes. Para ajudar, poderemos utilizar as perguntas abaixo:

Qual é o perfil de morbidade na população em situação de rua do seu território de abrangência?

Como isto vai se refletir nas suas ações individuais e coletivas?

Que conhecimento você deve ter ou buscar para o cuidado responsável com estas situações?

O que você identifica que contribui para o processo saúde-doença da população em situação de rua?

Cada educando/a poderá se expressar e coletivamente fazermos uma discussão em roda.

Quarto momento: leitura coletiva

Neste momento, propomos dividir a turma em oito grupos, para realizar leitura do capítulo 7 do Manual Sobre o Cuidado à Saúde junto à População em Situação de rua (Pág 57 à 78).

Após a leitura, cada equipe irá partilhar os principais pontos do texto, com o grande grupo.

Quinto momento: início de construção do plano de ação de vigilância em saúde

Para este momento, iremos dividir o grupo em equipes.

Cada equipe receberá uma proposta de roteiro para iniciar um plano de ação de vigilância em saúde para a população em situação de rua.

Roteiro:

1) Diagnóstico da realidade - análise da situação atual. Construção de um painel com os principais agravos identificados.
2) Objetivos do plano.
3) Metas.
4) Metodologia / Ações previstas (articulação / formação / ações no território / rede).

Cada equipe irá receber folhas de cartolina, para ir descrevendo seu Plano.

Sexto momento: continuação do plano de ação

Neste momento, daremos continuidade ao plano de ação, seguindo o roteiro proposto.

5) Cronograma (detalhamento das ações previstas e prazos).
6) Pessoas envolvidas.
7) Recursos necessários.
8) Avaliação.
9) Resultados esperados.

Sétimo momento: tempo comunidade

Sugerimos que cada educando/a possa revisar o material produzido em sala até o momento e ir complementando com a proposta abaixo, a fim de apresentar ao grupo na próxima estação.

Propomos fazer um levantamento da rede de saúde disponível em seu território para População em Situação de Rua, considerando: atenção à saúde mental, saúde da mulher, saúde da pessoa com deficiência, saúde da população negra, saúde LGBT, saúde da criança e adolescente, saúde da pessoa idosa, considerando os princípios do SUS e atributos da APS.

Oitavo momento: avaliação do dia - recados

Cada educando/a poderá escrever num pedaço de papel um recado para o grupo sobre o dia de hoje e em seguida colocar numa caixa.

Em seguida, cada educando/a irá pegar aleatoriamente na caixa, um recado e ler para o grupo.

Mística final:

Música:
Novo Tempo -
Ivan Lins

VAMOS AMPLIAR OS CAMINHOS E AS IDEIAS!

Para ler
Glossário de termos do pensamento contra colonial brasileiro

Para ler
Aporofobia

TRILHA DA ATENÇÃO E CUIDADO EM SAÚDE

ESTAÇÃO 7 - O SUS E AS PRÁTICAS POPULARES DE CUIDADOS À POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA

Temas geradores

- SUS.
- Redes de Saúde.
- O cuidado em saúde à População em situação de Rua.
- Equidade e o cuidado intersetorial compartilhado em rede e longitudinal.

Objetivo geral

- Reconhecer o SUS e as práticas de cuidado como fundamentais na atenção à saúde da população em situação de rua.

Objetivos de aprendizagem

- Apresentar as ferramentas de cuidado: matriciamento e Projeto Terapêutico Singular (PTS).
- Identificar e compreender as diferentes práticas de cuidado presentes no território
- Refletir sobre os avanços, desafios e limitações na consolidação do modelo de atenção à saúde orientado para o território
- Entender o cuidado de forma integral, tendo a Educação Popular em Saúde como princípio orientador.
- Refletir as possibilidades de articulação entre os saberes populares de cuidado e científicos, na construção do cuidado integral.

Segue, abaixo, o detalhamento das atividades com sugestão de tempo para realização:

TEMPO ESCOLA	TEMPO SUGERIDO
Mística inicial: Hino da população em situação de rua	5 minutos
1º momento: retorno tempo comunidade - partilha e desenho da rede	40 minutos
2º momento: levantamento de conhecimentos prévios - portarias sobre a estratégia consultório na rua	40 minutos
3º momento: leitura coletiva - três textos	1 hora e 30 minutos
INTERVALO	1 hora
4º momento: discutindo a humanização do atendimento (Exposição oral e trabalho em equipe)	1 hora e 30 minutos
5º momento: rede de atenção	40 minutos
6º momento: O que é saúde?	50 minutos
7º momento: sistematização dos conhecimentos	30 minutos
8º momento: tempo comunidade - visita a UBS	15 minutos
9º momento: avaliação do dia - um gesto	15 minutos
Mística Final: dança da ciranda	5 minutos

Mística inicial:

Música:

Hino da População em Situação de Rua

Primeiro momento: retomada do tempo comunidade

Propomos neste momento, uma partilha coletiva sobre as informações colhidas no território.

Em seguida, realizar um desenho da rede de saúde.

Segundo momento: levantamento de conhecimentos prévios

Consultório na Rua

A estratégia Consultório na Rua foi instituída em 2011 pela Política Nacional de Atenção Básica. As equipes de Consultório na Rua (eCR) são multiprofissionais e têm o objetivo de melhorar a capacidade de resposta às necessidades de saúde da população em situação de rua, articular e ampliar o acesso à Rede de Atenção Saúde (RAS) e ofertar de maneira mais oportuna a atenção integral à saúde. As e-CR desempenham suas atividades de forma itinerante e compartilhada com a RAS e a rede intersetorial, como o Sistema Único de Assistência Social (SUAS).

Referências:

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria de consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União: 2017b. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html#ANEXOXVI>. Acesso em: 10 set. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS nº 1.255, de 18 de junho de 2021. Dispõe sobre as diretrizes de organização e funcionamento das equipes de Consultório na Rua e os critérios de cálculo do número máximo de equipes de Consultório na Rua, por município e Distrito Federal, por meio da alteração da Portaria de Consolidação GM/MS nº 2, de 28 de setembro de 2017. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 21 jun. 2021. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2021/prt1255_21_06_2021.html>. Acesso em: 10 set. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS nº 7.799, de 20 de agosto de 2025. Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, de 28 de setembro de 2017, e a Portaria GM/MS nº 3.493, de 10 de abril de 2024, e revoga a Portaria GM/MS nº 5.668, de 1º de novembro de 2024, para dispor sobre o financiamento federal da Atenção Primária à Saúde no âmbito do SUS. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 21 ago. 2025. Disponível em: <https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-7.799-de-20-de-agosto-de-2025-649872356>. Acesso em: 10 set. 2025.

Neste momento, vamos aprofundar nossos conhecimentos referentes ao trabalho das equipes de Consultório na Rua, fazendo uma partilha em roda.

Vocês conhecem as Portarias que regulamentam o trabalho das equipes de Consultório na Rua? Que outros documentos você conhece? Como e quando você teve conhecimento sobre esta legislação? De acordo com sua prática, de que forma a legislação atende as necessidades da população em situação de rua?

Quais os desafios e necessidades das equipes de Consultório na Rua (eCR) e outros profissionais da saúde diante desta legislação e de sua prática de trabalho? Sugerimos também que os profissionais das equipes de Consultório na Rua que estão participando, possam partilhar suas vivências e organização.

Terceiro momento: leitura coletiva

Propomos para este momento, a divisão em 5 equipes.

1 equipe fará a leitura do texto 1. 2 equipes irão fazer a leitura do texto 2 e 2 equipes irão fazer a leitura do texto 3.

Texto 1 : Do nasf à emulti, ampliando e compartilhando a gestão do cuidado em saúde na aps.

Texto 2 : O cuidado integral em rede às pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas: um olhar para o território vivo.

Texto 3 : As intervenções clínicas psicossociais e suas tecnologias de cuidado.

Apoio matricial na atenção básica
O que é?

Matriciamento ou apoio matricial é um novo modo de produzir saúde em que duas ou mais equipes, num processo de construção compartilhada criam uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica. Esta proposta visa integrar os profissionais da equipe de saúde da família com profissionais especialistas de forma que os primeiros tenham um suporte para a discussão de casos e intervenções terapêuticas. O matriciamento visa transformar a lógica tradicional dos sistemas de saúde: encaminhamentos, referências e contrarreferências, protocolos e centros de regulação, por meio de ações mais horizontais que integram

os componentes e seus saberes nos diferentes níveis de assistência (CHIAVERINI, 2011). Hoje, a principal estratégia desenvolvida para apoio matricial é a equipe do Nasf (núcleo de apoio à saúde da família). Entre os instrumentos do processo de matriciamento estão: elaboração de PTS, interconsulta, consulta conjunta, visita domiciliar conjunta, grupos, educação permanente, abordagem familiar, entre outros.

Leia mais em:

Fonte: GONÇALVES, DA et al. Guia prático de matriciamento em saúde mental. Brasília: Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011.

Agora que já fizemos a leitura, que tal trazermos os nossos destaques? Bora partilhar?

Quais as mudanças identificadas, na atuação das equipes, para o cuidado com a População em situação de rua?

Quarto momento: discutindo a humanização do atendimento: o cuidado na perspectiva integral e o eixo da Educação Popular em Saúde

O/A educador/a fará uma breve fala (com slides, exposição dialogada) sobre:

- O que é humanização do atendimento no SUS.
- A perspectiva da integralidade.
- O papel da Educação Popular em Saúde: diálogo, vínculo, escuta e valorização dos saberes locais.

Utilizando como **referências norteadoras:**

- Política Nacional de Humanização (PNH)
- Política Nacional de Educação Popular em Saúde (PNEPS-SUS)

Após a breve exposição, o/a educador/a irá dividir o grupo em equipes e cada equipe receberá uma situação em relação ao atendimento, por parte de uma equipe de saúde, à pessoa em situação de rua.

HISTÓRIA DE VIDA 1:

Seu Zé, 63 anos, vive nas ruas do centro há 7 anos. Conhecido como "Zé das Ervas", é respeitado entre outras pessoas em situação de rua por preparar chás. Tem uma úlcera na perna que trata com compressas de folhas de mamona e casca de angico, o que aprendeu com a avó benzedeira. Vai à UBS apenas quando sente dor intensa. Ao chegar na Unidade de saúde, têm muita dificuldade em aderir às orientações dadas pela equipe de saúde sobre o curativo da sua úlcera. Não quer abrir mão do uso de suas ervas, porém, a enfermeira informou para ele, que precisa passar a medicação dada pela unidade de saúde, e parar de usar essas ervas. Disse também que ele procurasse a Unidade para realizar o curativo apenas no turno da tarde, e que, como está em situação de rua, não tem cadastro na unidade, dificultando o acompanhamento de sua saúde.

A equipe que ficar com esta história deverá discutir as seguintes questões:

1)Como poderia se ter um atendimento humanizado para seu Zé?

2) O que essa situação revela sobre a escuta dos saberes populares pela equipe?

3) Como promover um cuidado que una os saberes de Seu Zé com o conhecimento biomédico?

4) Quais atitudes da equipe seriam coerentes com a Educação Popular em Saúde?

HISTÓRIA DE VIDA 2:

Michele, 28 anos, vive entre uma ocupação e a rua. Tem crises de ansiedade e insônia, e relata ter vivido violência doméstica e institucional. Conta à enfermeira que evita ir ao CAPS porque "acham que a gente é doida e suja por morar na rua". Diz que toma chá de mulungu com capim-cidreira feito por uma companheira da rua, e que isso a ajuda a dormir melhor.

Durante o acolhimento, a profissional anota o uso do chá e responde: "isso não resolve, você precisa de remédio". Michele se afasta do serviço.

A equipe que ficar com esta história deverá discutir as seguintes questões:

1) De que forma o acolhimento poderia ter sido mais humanizado?

2)O que a equipe poderia ter perguntado para abrir o diálogo?

3)Como reconhecer o chá como prática de cuidado sem desprezar o tratamento técnico?

4) Como a Educação Popular em Saúde pode construir vínculo com Michele?

HISTÓRIA DE VIDA 3:

Carlos, 45 anos, vive na rua há mais de 15 anos. Se define como "benzedor urbano" e oferece rezas e garrafadas no Largo da Matriz, para ganhar algum dinheiro. Quando sente febre ou dor de barriga, usa chá de boldo, arruda e água com limão. Uma agente comunitária o encontra com sintomas gripais e o leva até a UBS, onde ele relata seu uso de plantas. O médico da triagem comenta em voz alta: "Esse aí só precisa de banho e psiquiatra". "Não tenho que atender ele, não é da área de cobertura da unidade - mora na rua", Seu Carlos escuta o que o médico falou para a ACS, se levanta e vai embora.

A equipe que ficar com esta história deverá discutir as seguintes questões:

1) Quais violências institucionais estão presentes nesse atendimento?

2)Como seria uma abordagem respeitosa e dialógica?

3) Como o reconhecimento dos saberes de Carlos poderia ser um ponto de partida para o cuidado integral?

4) Como envolver Carlos em ações de educação popular como protagonista?

HISTÓRIA DE VIDA 4:

Sandra, 38 anos, está grávida de aproximadamente 5 meses. Vive em situação de rua há quase dois anos, desde que perdeu sua casa em decorrência de um despejo. Atualmente, circula entre a região central da cidade e áreas próximas à rodoviária, onde

encontra apoio eventual de movimentos sociais.

Ela tem uma filha de 2 anos que permanece com ela na rua, sem acesso a creche, alimentação regular ou local seguro para dormir. A gravidez atual não foi planejada e Sandra afirma não saber quem é o pai da criança, devido aos múltiplos parceiros, alguns sob coação e violência.

Nos últimos dias, Sandra começou a sentir prurido vaginal intenso, acompanhado de secreção esbranquiçada e desconforto ao urinar. Preocupada com sua saúde e a do bebê, decidiu procurar uma unidade básica de saúde (UBS) do território. Ao chegar, foi informada que precisava de um documento de identificação e de um comprovante de residência para realizar o atendimento, o que ela não possui. Desanimada, foi embora sem ser acolhida, e retornou à rua.

Certa tarde, ao relatar os sintomas a um colega de rua mais velho, chamado Zé, ele contou que também já passou por algo semelhante e conseguiu uma pomada caseira em uma feira popular, feita à base de ervas, que aliviou bastante sua coceira. Ele ofereceu parte da pomada a Sandra, explicando como aplicar. Ela começou a usar, e percebeu uma leve melhora, mas os sintomas continuam. Apesar do alívio momentâneo, Sandra ainda está preocupada com possíveis complicações para a gravidez.

Sandra relata que sente vergonha e medo de ser julgada por profissionais da saúde, e evita procurar ajuda quando percebe olhares de reprovação ou frases que a desmotivam.

Propostas de Discussão:

1) Quais barreiras de acesso ao cuidado estão presentes nesta história?

2) Que atitudes e estratégias poderiam ter sido adotadas pelos serviços do SUS para garantir o atendimento de Sandra e da criança?
O que a saúde dispõe para o cuidado com Sandra e a filha?

3) Como os princípios da equidade, da integralidade e do acolhimento podem ser aplicados nesse contexto?

4) Qual o papel da equipe de Consultório na Rua (eCR) diante desta situação?

5) De que forma a rede intersetorial pode ser acionada para apoiar Sandra e sua filha?

HISTÓRIA DE VIDA 5:

Juliana tem 30 anos e vive em situação de rua há cerca de um ano. Para conseguir algum dinheiro, realiza programas nas ruas do centro da cidade. Relata que essa foi uma das poucas alternativas que encontrou após sair de casa por conflitos familiares e dificuldades econômicas.

Ela é mãe de uma menina de 4 anos, que vive atualmente com sua avó materna, em um bairro distante. Juliana evita contato com a mãe, pois se sente julgada por causa do trabalho que realiza à noite. Apesar disso, diz sentir muita saudade da filha e culpa por estar afastada.

Nos últimos meses, Juliana tem percebido perda de peso significativa, formigamento e dormência nas mãos, além de aumento na frequência urinária. Preocupada, procurou conversar com uma colega, que sugeriu que isso poderia ser "nervoso" ou mesmo "diabetes", já que a mãe dela tem a doença.

Juliana decidiu procurar uma unidade básica de saúde (UBS), mas foi informada que, para conseguir uma ficha, precisaria chegar de madrugada, pois a demanda é alta. Como trabalha à noite, relatou que é praticamente impossível estar na fila tão cedo. A equipe disse que não poderia fazer nada sem ficha de atendimento. Sentindo-se frustrada e insegura, Juliana voltou à rua.

Uma colega que também vive em situação de rua indicou a ela o uso de chá de hibisco como forma de "limpar o sangue" e controlar os sintomas urinários. Juliana seguiu a orientação popular, mas os sintomas continuam, e a preocupação com uma possível diabetes se intensifica.

Ela afirma que, embora já tenha sofrido discriminação em outras unidades de saúde, ainda tem esperança de ser atendida e conseguir entender o que está acontecendo com seu corpo.

Para ajudar nas discussões da história, adotaremos as seguintes perguntas norteadoras:

1) Quais barreiras de acesso ao cuidado estão presentes nesta história?

2) Como a equipe de saúde poderia acolher Juliana respeitando sua realidade de vida e trabalho?

3) Que papel os saberes populares, como o uso do chá de hibisco, podem ter no cuidado e como dialogar com eles de forma ética e não excludente?

4) Como o Consultório na Rua ou a Estratégia Saúde da Família podem intervir para garantir cuidado contínuo e digno?

5) Como as questões de gênero, moralidade e estigma influenciam no cuidado à saúde de mulheres em situação de rua?

6) Que articulações intersetoriais seriam importantes para apoiar Juliana e possibilitar um plano de cuidado integral?

7) Como envolver a rede familiar e comunitária respeitando os vínculos e limites colocados por Juliana?

8) Você considera a necessidade de matriciamento para a história de Juliana? Com quem e como?

Então, agora que cada equipe discutiu sua história, seria muito bom que pudéssemos partilhar com as demais equipes o que foi discutido.

Quinto momento: rede de atenção

Propomos que o grupo se divida em equipes, cada equipe irá escrever uma história (criada ou vivenciada) para ser trabalhada e apresentada no grande grupo. Cumprindo o seguinte roteiro:

- Desenhar no papel madeira um personagem principal - propomos que uma das pessoas se deite no papel para ser um molde;
- Dar um nome ao personagem e caracterizá-lo (idade, sexo, situação vivenciada, etc);
- Em tarjetas escrever os equipamentos disponíveis e fazer o caminho da Rede de Atenção à Saúde (RAS) e rede intersetorial existente;
- As equipes irão indicar os potenciais desafios e estratégias em cada ponto da rede;
- Em seguida, irão construir possíveis encaminhamentos para o personagem.

Cada equipe irá apresentar brevemente ao grupo, a sua rede e o itinerário percorrido. Após as apresentações, poderemos fazer uma pequena discussão com o grupo destacando:

- A potência da intersetorialidade.
- As ausências ou dificuldades reais de articulação.
- Como a formação em saúde pode (ou não) preparar para esse trabalho.

Sexto momento: O que é saúde?

Para este momento sugerimos um debate sobre o que é saúde? E o que é saúde para população em situação de rua?"

Em roda, faremos uma tempestade de ideias. Sugerimos que um ou dois educandos/as possam registrar as palavras chaves da discussão em uma cartolina.

Em seguida, vamos assistir ao vídeo sobre saúde.

Vídeo: O que é saúde?

Sétimo momento: sistematização dos conhecimentos

Propomos neste momento uma revisão dos conhecimentos partilhados neste dia. Para tanto, trazemos algumas perguntas-chave, a fim de nortear nossa conversa.

Quais foram os principais aprendizados do dia? O que mais chamou a atenção no que discutimos?
Como esses conhecimentos dialogam com minha prática profissional?

Podemos registrar os principais pontos trazidos em um papel Kraft, a fim de visitá-lo em outras estações, caso se faça necessário.

Algum de vocês pode nos ajudar neste registro.

Oitavo momento: tempo comunidade

Propomos que cada educando/a realize uma visita a um serviço de saúde mental do seu território de trabalho e entreviste um/a trabalhador/a.

A visita tem como objetivo conhecer ou aproximar as equipes aos serviços de saúde mental, para promover espaços de reflexão sobre acessibilidade e acompanhamento das pessoas em situação de rua.

Caso seu território não tenha um serviço de saúde mental, sugerimos que a entrevista possa ser feita no serviço de referência para o território, por telefone ou vídeo chamada.

Seguem algumas perguntas para ajudar nesta atividade.

1) Vocês atendem pessoas em situação de rua?

2) Quantas pessoas em situação de rua estão sendo atendidas atualmente?

3) Como é feito o acolhimento?

4) Como é, geralmente, a adesão ao tratamento?

5) Cite uma história que vocês acompanharam recentemente?

6) Quais os principais motivos da busca por tratamento pelas pessoas em situação de rua?

7) É feito o PTS dessa pessoa?

8) Quais outros serviços da rede intra e intersetorial são acessados? (Redes)

As perguntas da entrevista podem ser complementadas coletivamente pelo grupo.

Nono momento: avaliação do dia

Para nossa avaliação de hoje, propomos que cada participante responda a pergunta: “Qual gesto representa como você sai hoje desta experiência?” Cada pessoa deve fazer um gesto simples para avaliar o dia de hoje.

Mística final:

Dança da ciranda ao som de Lia de Itamaracá.



Para Assistir
Sobre a saúde como direito de todos e direitos do estado.

Para ler
RESOLUÇÃO No 425, DE 8 DE OUTUBRO 2021. Institui, no âmbito do Poder Judiciário, a Política Nacional Judicial de Atenção a Pessoas em Situação de Rua e suas interseccionalidades.

Para ler
NOTA TÉCNICA: N.º 01/2016/MDS/MS. Assunto: Nota Técnica conjunta sobre Diretrizes, Fluxo e Fluxograma para a atenção integral às mulheres e adolescentes em situação de rua e/ou usuárias de álcool e/ou crack/outras drogas e seus filhos recém-nascido.

Para ler
Matriciamento - Guia prático de matriciamento em Saúde mental.

ESTAÇÃO 8 - SAÚDE MENTAL, REDUÇÃO DE DANOS, EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE E POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA

Temas geradores

- Saúde mental, álcool e outras drogas.
- Redução de danos e educação popular em saúde.

Objetivo geral

- Compreender o cuidado integral à saúde mental da população em situação de rua, com base na perspectiva da redução de danos e da educação popular em saúde, fortalecendo vínculos, a escuta qualificada e o protagonismo dos sujeitos no território.

Objetivos de aprendizagem

- Mapear as diferentes práticas de cuidado voltadas à saúde mental existentes no território.
- Refletir sobre o conceito de drogas na perspectiva biopsicossocial.
- Apresentar a história do proibicionismo das drogas no Brasil.
- Conceituar redução de danos (RD).

Segue, abaixo, o detalhamento das atividades com sugestão de tempo para realização:

TEMPO ESCOLA	TEMPO SUGERIDO
Mística inicial: música - O mal é o que sai da boca - Novos Baianos	5 minutos
1º momento: retorno tempo comunidade - partilha das entrevistas e visitas	40 minutos
2º momento: levantamento de conhecimentos prévios - música: Tem alguém aí? - Gabriel Pensador	30 minutos
3º momento: construindo a interseccionalidade	1 hora e 10 minutos
4º momento: leitura coletiva	1 hora e 20 minutos
INTERVALO	1 hora
5º momento: histórias de vida	2 horas
6º momento: sistematização dos conhecimentos - vídeo de Denis Petuco - debate	40 minutos
7º momento: tempo comunidade - itinerário de cuidado	15 minutos
8º momento: avaliação do dia - desenho das mãos	15 minutos
Mística final: relaxamento e respiração	5 minutos

Mística inicial:

Música:

O mal é o que sai da boca - Novos Baianos

Primeiro momento: retorno do tempo comunidade

Chegou a hora de compartilhar as entrevistas feitas nos serviços de saúde mental, relatando como foram as experiências. Quais as maiores dificuldades encontradas, destacando as coisas que mais chamaram atenção.

A partir desta partilha vamos, juntos, identificar quais as estratégias de comunicação e de articulação com a saúde mental que estão sendo acessadas.

Segundo momento: levantamento de conhecimentos prévios

Música: Tem alguém aí? Gabriel Pensador.

Zero, um, dois, três, quatro

Antes era só alegria
O mundo não mordia
A vida era doce, nem ardia
Mas aí um dia
Ou quem sabe dois ou três
Eu só queria superar a timidez

Eu queria fazer parte
De alguma coisa
Se crescer já é difícil
Crescer sozinho é mais

A gente tem que dar um jeito
De gostar de alguma coisa
A gente tem que dar um jeito
De ficar satisfeito

Mas o tempo passa
E se a vida é sem graça
A gente disfarça na mesa do jantar
Pra depois tentar desabafar
Numa conversa
Mas ninguém se interessa na mesa do bar

Ninguém tá escutando o que eu quero dizer
Ninguém tá me dizendo o que eu quero escutar
Ninguém tá explicando o que eu quero entender
Ninguém tá entendendo o que eu quero explicar

Conversa vazia
Cabeça vazia de prazer
Cheia de dúvida
E de vontade de fazer
Qualquer loucura que pareça aventura
Qualquer experiência que altere o estado
De consciência

E que te dê a sensação
De que você não tá perdido
Que alguém te dá ouvidos
Que a vida faz sentido

Chega, não, eu quero mais!
Bebe, fuma, cheira, tanto faz!
Droga é aquela substância responsável
Por tornar a sua vida
Aparentemente mais suportável
Confortável ilusão
Parece liberdade e, na verdade, é uma prisão

Ninguém tá escutando o que eu quero dizer
Ninguém tá me dizendo o que eu quero escutar
Ninguém tá explicando o que eu quero entender
Ninguém tá entendendo o que eu quero explicar

Ninguém prepara o jovem
Nem os pais, nem a TV
Pra botar o pé na estrada e não se perder
Ninguém prepara o jovem pra saber o que fazer
Quando bater na porta e ninguém atender

Ninguém me dá a chave
Pra abrir a porta certa
Mas a porta errada
Eu encontro sempre aberta
Entrar numa roubada é mais fácil que sair
Tem alguém aí?

Tem alguém aí ou saiu pra viajar?
Tem alguém aí ou saiu pra passear?
Você tá viajando?
Quando é que você volta?
Onde você quer chegar?

Ninguém tá escutando o que eu quero dizer
Ninguém tá me dizendo o que eu quero escutar
Ninguém tá explicando o que eu quero entender
Ninguém tá entendendo o que eu quero explicar

Eu sei que depende
Mas se você depende da droga
Ela é a falsa rebeldia que te ajuda a se enganar
A mentira que vicia
Porque parece bem melhor
Do que a verdade do outro dia

Falsa fantasia é a droga
Que parece mais real
Do que esse mundo de hipocrisia que te afoga
A droga é só mais uma ferramenta do sistema
Que te envenena e te condena

Overdose de veneno só te deixa pequeno
Muito álcool, muito crack, muita coca
A vida te sufoca
E vai batendo a onda
A onda bate, a onda soca

A onda bate forte
Apressando a morte feito um trem
Você sabe que ele vem
Mas se amarra bem no trilho, suicida
A doença tem cura pra quem procura
Pra quem sabe olhar pra trás
Nenhuma rua é sem saída

Ninguém tá escutando o que eu quero dizer
Ninguém tá me dizendo o que eu quero escutar
Ninguém tá explicando o que eu quero entender
Ninguém tá entendendo o que eu quero explicar

A proposta é dividir o grupo em subgrupos, com o objetivo de cada um refletir sobre uma estrofe da música Tem alguém aí? Em seguida, cada equipe vai apresentar em forma de jogral para a turma.

Após as apresentações, vamos fazer uma discussão sobre o conceito de drogas e os impactos do uso de drogas para a população em situação de rua.

Sugestão de reflexão: O que nos move? O que nos paralisa?

Terceiro momento: construindo a interseccionalidade

Continuando em equipes, propomos que listem aspectos importantes e necessários para o acolhimento e o cuidado com a população em situação de rua como introdução para a discussão das histórias de vida (quinto momento).

Destacar a história da pessoa considerando os seguintes aspectos:

- sociais.
- psicológicos.
- raça/cor/etnia.
- gênero e sexualidade.
- entre outros.

Cada equipe irá apresentar brevemente ao grupo, a sua rede e o itinerário percorrido. Após as apresentações, poderemos fazer uma pequena discussão com o grupo, destacando:

- A potência da intersetorialidade.
- As ausências ou dificuldades reais de articulação.
- Como a formação em saúde pode (ou não) preparar para esse trabalho?

Quarto momento: leitura coletiva



Para este momento, antes da nossa leitura, iremos assistir ao vídeo: Pedras no Caminho.

Solicitamos que no decorrer do vídeo, cada educando/a faça seus registros dos pontos relevantes que o vídeo retrata, a fim de discutir no final com todos/as.

Após a discussão sobre o vídeo, vamos nos organizar em roda e realizar a leitura coletiva do texto:

Texto: Interseccionalizando o olhar: gênero, raça/etnia e classe social nos contextos de usos de drogas.

Em seguida, vamos abrir uma discussão associando os pontos destacados sobre o vídeo com o texto lido.

Quinto momento: histórias de vida

A experiência prática colabora com o aprendizado, então vamos refletir sobre 05 histórias fictícias, mas que retratam um pouco da realidade brasileira.

Retomando os trabalhos em equipe, cada equipe ficará responsável por uma história de vida, a proposta é ler e discutir sobre a pessoa, refletindo sobre possíveis acolhimentos e encaminhamentos considerando os aspectos listados no terceiro momento, a serem desenvolvidos pelo Consultório na Rua ou UBS, fundamentando-se nos direitos humanos, na redução de danos, no autocuidado e no cuidado compartilhado.

História 1: mulher trans, 24 anos, pessoa em situação de rua.

História 2: adolescente, sexo masculino, catador de reciclados.

História 3: homem gay, 29 anos.

História 4: mulher grávida, 21 anos - 4ª gestação.

História 5: homem idoso, 72 anos, foi policial militar, alcoolista.

HISTÓRIA 1 – MULHER TRANS, 24 ANOS, PESSOA EM SITUAÇÃO DE RUA

Identificação:

Nome social: Hanna
Idade: 21 anos
Identidade de gênero: Mulher trans
Situação de moradia: Em situação de rua há 3 anos
Acesso a saúde: Irregular
Queixa principal: "Tenho sentido muita dor no corpo e estou muito cansada."

Histórico:

Hanna relata uso frequente de crack e álcool. Diz que iniciou terapia hormonal por conta própria, com medicamentos adquiridos em farmácias clandestinas. Nunca teve acompanhamento regular com endocrinologista. Refere episódios frequentes de violência, tanto nas ruas quanto em atendimentos de saúde. Está sem documentos e sem acesso a programas sociais. Apresenta sinais de infecção genital e emagrecimento acentuado. Não possui vínculo com a equipe de saúde da família. Busca acolhimento, escuta e possibilidade de construção de um vínculo confiável.

HISTÓRIA 2 – ADOLESCENTE, SEXO MASCULINO, CATADOR DE RECICLADOS

Identificação:

dentificação:
Nome: Paulo
Idade: 15 anos
Sexo: Masculino
Ocupação: Catador de recicláveis com o pai.
Queixa principal: Dor constante nas costas e ferimentos nas mãos.

Histórico:

Vive com a família em ocupação urbana precária. Está matriculado na escola, mas não consegue frequentar com regularidade e, algumas vezes, durante a aula fica inquieto ou sonolento. Trabalha diariamente com o pai e irmãos mais novos, puxando carrinho pelas ruas. Relata cansaço, dores, sono irregular e falta de apetite. Alimenta-se mal. Ficando explicitado o Trabalho Infantil. Não realiza consultas médicas há mais de 2 anos. Não tomou todas as vacinas indicadas para a idade. Demonstra timidez e evitação ao falar sobre a escola ou amigos. Está em sofrimento psíquico e tem desejo de voltar a estudar.

HISTÓRIA 3 - HOMEM GAY, 29 ANOS

Identificação:

Nome: Rafael
Idade: 29 anos
Orientação sexual: Homossexual
Profissão: Atendente de telemarketing, atualmente desempregado.
Moradia: Mora sozinho na rua (há 6 meses)
Queixa principal: Ansiedade intensa, insônia e pensamentos de morte.

Histórico:

Rafael relata sintomas de ansiedade, insônia e crises de pânico. Refere episódios de discriminação no trabalho e afastamento da família por conta da orientação sexual. Já buscou atendimento psicológico, mas interrompeu após sentir-se julgado. Faz uso recreativo de maconha e álcool nos fins de semana. Relata dificuldade para manter relações afetivas e sofre com sentimentos de rejeição. Perdeu os documentos. Já esteve no sistema prisional por tráfico de drogas por 1 ano. Busca por um espaço de escuta e pertencimento.

HISTÓRIA 4 - MULHER GRÁVIDA, 21 ANOS - 4ª GESTAÇÃO

Identificação:

Nome: Juliana
Idade: 21 anos
Estado gestacional: 22 semanas
Moradia: vive com o companheiro e três filhos pequenos de outros relacionamentos em uma casa cedida, no quintal da sogra.
Queixa principal: Cansaço extremo e dores nas pernas.

Histórico:

Juliana teve três partos, mora com o companheiro e com os 3 filhos, fruto de relacionamentos passados, com as seguintes idades: 1, 3 e 5 anos. Não realizou pré-natal nas gestações anteriores. Mora em comunidade com saneamento precário. Relata dificuldades financeiras e alimentares. Seu companheiro trabalha informalmente como ajudante de pedreiro e faz uso abusivo de álcool. Refere episódios de agressão verbal e física e

nestassituações vai dormir na rua. Nunca recebeu orientação sobre planejamento ou direitos sexuais e reprodutivos. Não queria engravidar mais e teve receio de buscar ajuda por medo do julgamento.

HISTÓRIA 5 – HOMEM IDOSO, 72 ANOS, EX-POLICIAL MILITAR, ALCOOLISTA

Identificação:

Nome: Antônio
Idade: 72 anos
Histórico ocupacional: Policial militar aposentado.
Vive sozinho, em situação de rua.

Histórico:

Antônio é viúvo, aposentado, vive sozinho em situação de rua. Tem 5 filhos, adultos, casados. As duas filhas moram na casa dele, mas não permitem que ele fique em casa quando bebe por várias situações de apagamentos e violências, algumas vezes quebrou tudo em casa, não lembra o que aconteceu, refere que as filhas implicam com ele e tiram sua liberdade. Poderia viver com elas, mas a condição imposta é parar de beber e ele não quer. Consome álcool diariamente há mais de 30 anos. Tem histórico de hipertensão e gastrite, mas não faz uso regular dos medicamentos. Refere episódios de quedas recentes. Não tem acompanhamento regular com equipe de saúde. Diz que "não gosta de médico". Demonstra postura defensiva e desconfiança durante os atendimentos. Apresenta sinais de desnutrição e tremores. Sente solidão e se acha inútil após a aposentadoria. Possui muitos empréstimos consignados para uso dos filhos, o que dificulta o aluguel de um lugar para ele.

Sexto momento: sistematizando os conhecimentos

Assistir ao vídeo de Denis Petuco:

Atenção integral às pessoas que usam álcool e outras drogas

Refletir em grande grupo os principais aspectos abordados discutindo caminhos e consequências do proibicionismo das drogas na saúde da população.

Sétimo momento: tempo comunidade

O objetivo deste momento é escolher uma pessoa que vive em situação de rua e entender a sua trajetória na busca de cuidados de saúde, desde a percepção de seu problema e o gerenciamento dele.

Itinerário terapêutico - em seu local de trabalho ou em seu território, escolha uma pessoa que vive em situação de rua para elaboração do itinerário.

Cada equipe pode combinar para escolher pessoas com situações diferentes, a fim de contemplar a diversidade de gênero.

Matriz para elaboração do Itinerário terapêutico:

Apresentação da pessoa escolhida para realizar o itinerário terapêutico:
(pedimos que coloque nomes fictícios).

• Dados básicos: orientação sexual, identidade de gênero, idade, raça, escolaridade, profissão etc.
• Situação social (onde e com quem mora, se tem renda, se tem documentação, se tem benefícios).

Sobre o percurso:

- Como foi a descoberta da doença ou agravo?
- Em que momento ela aconteceu na vida?
- Quais os sentimentos vividos nessa situação?
- Com quem contou para ajudar?
- Onde buscou ajuda? (Igreja, família, trabalho...)
- Onde buscou tratamento? Qual serviço? Como foi a percepção do cuidado recebido?

Obs: outras perguntas podem ser incluídas pelo grupo.

Oitavo momento: avaliação do dia - desenho das mãos - o que dou e o que levo

Em uma folha de papel A4 cada participante irá desenhar suas duas mãos e escrever na mão esquerda “O que dou?” e na direita “O que levo?” Em seguida, as produções são apresentadas no grande grupo.

Mística final

Relaxamento / atividade de respiração. Música instrumental e respiração.



Para ler
O cuidado de pessoas que usam drogas: contribuições de uma Redução de Danos fecundada pela Educação Popular Dênis Roberto da Silva.

Para ler
Por que os humanos usam drogas? Antonio Nery Filho.

ESTAÇÃO 9 - CUIDADO E DIVERSIDADE

Temas geradores

- Gênero e diversidade.
- A interseccionalidade na saúde.
- Trabalho em rede.

Objetivo geral

- Debater sobre as redes SUS e SUAS e a intersetorialidade, considerando a diversidade e a singularidade no cuidado com as pessoas em situação de rua.

Objetivos de aprendizagem

- Discutir como gênero, raça, orientação sexual, território e classe — impactam o acesso ao cuidado em saúde.
- Discutir a interseccionalidade e o cuidado considerando a singularidade e os saberes das pessoas em situação de vulnerabilidade.
- Refletir como a articulação entre as redes intersetoriais pode ampliar o acesso e qualificar o cuidado.

Segue, abaixo, o detalhamento das atividades com sugestão de tempo para realização:

TEMPO ESCOLA	TEMPO SUGERIDO
Mística inicial: música - Homem com H - Ney Matogrosso	5 minutos
1º momento: teia do cuidado	40 minutos
2º momento: retorno do tempo comunidade - itinerário terapêutico	50 minutos
3º momento: levantamento de conhecimentos prévios - interseccionalidade	40 minutos
4º momento: histórias de vida - a história de Luan	1 hora
INTERVALO	1 hora
5º momento: tempo leitura	1 hora e 30 minutos
6º momento: varal temático	1 hora
7º momento: história de vida	40 minutos
8º momento: tempo comunidade	20 minutos
9º momento: avaliação do dia - desenho de emoji	10 minutos
Mística final: dança circular	5 minutos

Mística inicial

Música:

Homem com H - Ney Matogrosso

Primeiro momento: teia do cuidado

Para este momento teremos tarjetas espalhadas no chão da sala com palavras como: escuta, acolhimento, respeito, território, saberes, vivência, vulnerabilidade, força, ancestralidade, cuidado, diferença, dignidade e no centro o trecho:

"O cuidado nasce do diálogo e entendimento. Cada pessoa carrega sua história, suas dores, sua força, seus saberes. Vamos tecer juntos um espaço de escuta e reconhecimento da diversidade. Não há cuidado verdadeiro sem acolher o outro como ele é."

A ideia é tecer uma rede de cuidado, iniciando com o primeiro/a educando/a, que pega o barbante, escolhe uma palavra do centro que represente para ela o que é cuidar na diversidade, compartilha brevemente por que escolheu a palavra e depois segura uma ponta do fio e joga o barbante para outro/a educando/a.

Repete-se o processo até todos falarem. No final, terá se formado uma "teia" simbólica do cuidado.

Segundo momento: retorno do tempo comunidade

Hora de partilhar o que foi vivenciado no território.

Tendo como guia as perguntas abaixo listadas, vamos apresentar os itinerários terapêuticos das pessoas em busca de cuidado no seu território:

1) Como foi para você realizar a investigação do itinerário terapêutico?
2) O que foi possível perceber?
3) Existem diferenças no cuidado relacionados à diversidade de gênero?
4) Foi possível identificar alguma diferença no cuidado em saúde para a população em situação de rua? O quê?
5) Como os serviços se comunicam entre si?

Cada educando/a poderá apresentar sua vivência.

Sugerimos anotar as pontuações mais relevantes no quadro branco e registrar no caderno de memórias.

Terceiro momento: levantamento de conhecimentos prévios

Para este momento, vamos discutir um pouco mais sobre a interseccionalidade, com a base na escolha de um dos itinerários relacionados à gênero e sexualidade.

Propomos que sejam entregues folhas em branco para cada educando/a.

Solicitamos que cada um possa escrever o que entende por interseccionalidade?

A ideia é discutirmos um pouco mais sobre como diferentes opressões (racismo, sexismo, lgbtfobia, capacitismo, pobreza) se combinam e impactam o cuidado.

Quarto momento: histórias de vida

Para aprimorar um pouco mais o que foi discutido no momento anterior, vamos debater a história de Luan:

Luan, 24 anos, homem trans, em situação de rua há 2 anos. Foi expulso de casa após revelar sua identidade de gênero, após ser agredido pelo pai e tio. Relata uso frequente de crack e álcool. Sofreu agressão física recente, mas não quis registrar boletim de ocorrência por medo de represália, pois teve envolvimento com policiais. Relata episódios de prostituição para sobrevivência. Relata sofrimento intenso, mas mantém postura desconfiada e defensiva. Diz: "não quero mudar de vida agora, mas queria ser tratado como gente."

Mantém fortes laços afetivos com outros homens trans da região. Já teve contato com movimentos sociais LGBTQIA+, mas não manteve vínculo. Tem uma personalidade de liderança e de articulação.

Sente dificuldade no acesso ao SUS por sentir-se desrespeitado em relação à sua identidade de gênero. Relata que a última vez que foi ao posto foi chamado pelo nome morto e se sentiu humilhado, reagiu à situação e foi expulso do serviço.

Não tem vontade de parar de usar drogas, por isso não gostou de ir para o CAPSad, mas sente que precisa de ajuda para mudar de vida.

Após a leitura da história propomos a divisão do grupo em equipes.

Cada equipe irá elaborar um Projeto Terapêutico Singular (PTS) para Luan.

Ao final, as equipes fazem a apresentação ao grande grupo e abre-se para uma breve discussão.

Quinto momento: leitura coletiva

Para este momento, solicitamos a divisão do grupo em equipes.

Cada equipe fará a leitura de um texto, com discussão e síntese para posterior apresentação ao grande grupo.

Texto 1 : Vulnerabilidades de mulheres em situação de rua: marcadores sociais de gênero e raça/cor.

Texto 2 : Mulheres transgêneras em situação de rua e os desafios para uma atenção integral.

Texto 3 : Saúde das mulheres e maternagem da população em situação de rua- Keila Cristina Costa dos Santos.

Texto 4 : “O massacre não acabou”, alerta Vanilson Torres 21 anos após Chacina da Sé.

Sexto momento: varal temático

Chegou a hora de promover uma discussão utilizando o varal temático, com um barbante com folhas penduradas com pegador e em cada folha alguns temas a serem discutidos. Cada educando/a poderá passear pelo varal e fazer a leitura, em seguida o grupo discute em roda.

Propostas de temas:
Desigualdades sociais.
Exploração sexual.
Abuso sexual.
Trabalho sexual / prostituição.
Violências de gênero.
Violências físicas e psicológicas.

“As desigualdades sociais traduzem as formas sistemáticas de exclusão que impedem vastos setores da população de acessar direitos fundamentais como educação, saúde e trabalho digno. São resultado de um processo histórico de concentração de riqueza e poder.” (MINAYO, 1995, p. 42).

“A exploração sexual de crianças e adolescentes envolve a utilização do corpo ou da imagem de uma pessoa para fins sexuais em troca de remuneração ou benefício, configurando uma grave violação dos direitos fundamentais.” (BRASIL, 2018, p. 12).

“Abuso sexual é definido como qualquer ação em que uma pessoa, valendo-se de sua posição de poder, força ou manipulação, utiliza o corpo de outra, sem seu consentimento, para fins de estimulação ou gratificação sexual.” (BRASIL, 2002, p. 10).

“O trabalho sexual é compreendido como uma atividade laboral voluntária, realizada por pessoas adultas, cuja principal característica é a prestação de serviços sexuais mediante pagamento. A abordagem que o reconhece como trabalho busca assegurar direitos e condições dignas às/os profissionais do sexo.” (PISCITELLI, 2010, p. 488).

“Violência de gênero refere-se a todo ato de violência baseado no gênero, que cause ou possa causar dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico, incluindo ameaças, coerção ou privação arbitrária da liberdade.” (BRASIL, 2011, p. 15).

“Violência psicológica consiste em um tipo de abuso em que o agressor manipula o emocional de suas vítimas. Quando essa manipulação está presente em relacionamentos, ela também pode ser conhecida como gaslighting. Esse tipo de violência, além de causar instabilidade nas vítimas, pode desencadear uma série de outros problemas psicológicos e emocionais, como a ansiedade, a baixa autoestima e uma constante sensação de dependência do abusador.

Sétimo momento: história de vida

Para este momento, solicitamos que o grupo se divida em equipes e cada equipe irá discutir a história de Mário.

Mário, homem negro, cisgênero, 42 anos de idade, bissexual, em situação de rua, com mobilidade reduzida — usa muletas em decorrência de sequelas de um atropelamento há 5 anos. Sobre seu histórico de saúde, destacamos que é um alcoolista, desde os 20 anos, relata uso diário de bebida alcoólica, necessita beber pela manhã para diminuir os tremores e a ansiedade. Tem episódios de queda frequentes e queixa-se de dores nas pernas e dificuldades para acessar banheiro e abrigo adequado. Apresenta sinais de tristeza, baixa autoestima e verbaliza "não ter mais esperança". Nega ideação suicida no momento, mas demonstra desesperança e não tem projetos para o futuro. Estabelece vínculos com outras pessoas em situação de rua, no local onde costuma ficar, porém, já precisou se retirar por duas vezes do local onde vivia devido às obras da prefeitura. Rompeu os vínculos familiares há mais de 10 anos. Já foi para o CAPS Álcool e outras Drogas, mas teve dificuldade para seguir o tratamento. Relata que o posto de saúde do bairro não o atende por "não ter endereço fixo". Sente que não é bem vindo nos serviços de saúde. Sempre que precisou ir, foi abordado de forma grosseira pelo vigilante e percebeu que a técnica de enfermagem tem medo dele: "acha que ele é perigoso porque mora na rua" . Não tem renda, perdeu os documentos, vive de doações de alimentos e roupas da comunidade próxima. Nesta semana, sentiu muita dor de dente e foi levado por pessoas em situação de rua, para esta mesma unidade de saúde. Porém, o atendimento foi negado pois, segundo a dentista, não tinha condições de atender ele tão sujo e alcoolizado do jeito que estava.

Após apresentação da história sugerimos que as equipes discutam uma proposta (simulada) de Projeto Terapêutico Singular (PTS) para Mário.

1) Que tipo de violências são identificadas?
2) O que as equipes de saúde da UBS e do Consultório na Rua poderiam propor? Para que locais encaminhar? Quais estratégias de cuidado são indicadas?
3) Cada equipe poderá apresentar uma simulação do PTS construído para o grande grupo.

Oitavo momento: tempo comunidade

Na próxima Estação faremos a Feira do Soma. Então cada equipe ficará responsável por uma Trilha (definir conjuntamente).

A tarefa é sistematizar conteúdos e materiais para exposição na feira. Sugerimos que cada educando/a revisite seu caderno de memórias e organize para ser exposto na próxima estação.

Retomaremos o plano de ação, agregando um caminho de cuidado da população em situação de rua para o município de atuação, com destaque para as ações concretas que possam ser incorporadas à rotina das equipes, de forma contínua, junto à população em situação de rua.

Vamos definir uma equipe para preparar a mística da próxima estação e outra equipe para preparar a solenidade de encerramento.

Nono momento: avaliação do dia

Para avaliar o dia de hoje solicitamos que cada educando/a faça um desenho de um emoji que represente como foi seu dia, justificando o porquê do desenho.

Mística final: dança circular

Em grande roda com música todos dançam e se confraternizam.



Para assistir

BOLETIM CIÊNCIA - População LGBTQIA+ e a dificuldade de acesso à saúde após 50 anos.

ESTAÇÃO 10 - NOSSO PONTO DE CHEGADA! CONCLUSÃO DO PLANO DE AÇÃO - EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE E POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA

Temas geradores

- Cuidado integral à população em situação de rua.
- Consultório na rua.

Objetivo geral

- Concluir o plano de ação de educação popular em saúde para a população em situação de rua.

Objetivos de aprendizagem

- Implementar ou implantar ações de atenção à saúde para a população em situação de rua.
- Fortalecer a integração entre as equipes de Consultório na Rua (eCR) e UBS.
- Potencializar as ações de Educação Popular no cuidado em Saúde.

Segue, abaixo, o detalhamento das atividades com sugestão de tempo para realização:

TEMPO ESCOLA	TEMPO SUGERIDO
Mística inicial: performance dos/as educandos/as	5 minutos
1º momento: ponto de parada!	20 minutos
2º momento: leitura das cartas	1 hora
3º momento: plano de ação - planilha de ações	1 hora
4º momento: avaliação do curso e formulário	50 minutos
5º momento: retorno do tempo comunidade (Preparar a Feira do Soma)	40 minutos
INTERVALO	1 hora
6º momento: Feira do Soma	2 horas
7º momento: solenidade de encerramento.	40 minutos
Encerramento: lanche coletivo com música	25 minutos

Mística inicial

Propomos convidar um dos participantes ou equipe para realizar uma performance.

Primeiro momento: ponto de parada!

Sugerimos uma discussão em roda, com base nas perguntas abaixo:

1) Que tal começar o dia refletindo sobre como foi o início do seu trabalho com população em situação de rua?

2) Como você enxergava e o que sentia por estas pessoas?

3) Quais os principais estigmas identificou em você, em relação às pessoas em situação de rua?

4) Como você poderá ajudar outras pessoas a rever os rótulos atribuídos à estas pessoas?

5) O que mudou em sua percepção?

Segundo momento: leitura das cartas com as expectativa

Chegou a hora de abrir a caixa das cartas escritas no início do curso.

Propomos a leitura da carta e uma reflexão sobre o caminho percorrido até agora.

Terceiro momento: plano de ação

Com base na última versão dos planos de ação, cada equipe irá preencher a planilha a seguir, promovendo um debate junto com o grande grupo:

Ações	Subações	Recursos	Responsáveis (equipe + atores sociais)	Prazo de realização

Em seguida, cada equipe irá apresentar o plano de ação. Durante cada apresentação as outras equipes terão como tarefa observar, contribuir e complementar o que for avaliado como necessário.

Tempo comunidade:

- Vamos colocar os planos em prática!
- Apresente seu plano para sua equipe de trabalho.
- Converse com seu gestor/a.
- Articule com os movimentos sociais e conselho de saúde do seu território.

Quarto momento: avaliação do curso

Preenchimento de um formulário de avaliação individual contendo: autoavaliação, avaliação do/a educador/a, da turma e do curso.

Roda de conversa para partilha de sentimentos vivenciados no grupo, escritos ou desenhados de forma criativa em um papel A4. A proposta é construir uma mandala no centro da roda.

Fazer uma grande roda para dançar uma ciranda com a Mandala no centro.

Quinto momento: retorno do tempo comunidade

Para este momento, sugerimos que seja organizada a Feira do Soma.

Cada equipe ficará responsável por uma Trilha, apresentando os conhecimentos trabalhados, por meio de desenhos e outras produções. Em uma banquinha ou barraca, irá organizar e expor seu material.

A equipe irá organizar o revezamento dos seus participantes para apresentar suas produções. Os demais membros irão circular entre as outras bancas para conhecer o material produzido.

Os/as participantes vão se organizar para criar um circuito a ser percorrido na Feira, para que todas as pessoas apresentem e visitem as outras equipes.

No próximo momento, a Feira do Soma receberá os/as convidados/as para conhecer mais sobre o Curso e interagir com as equipes nas bancas sobre as Trilhas.

A avaliação e os cadernos de memórias podem ficar expostos para que os/as visitantes da Feira possam vê-los.

Sexto momento: Feira do Soma

Exposição .

Sétimo momento: solenidade de encerramento do curso

Mesa solene:

Educador/a
Representante de cada equipe
Coordenação do curso

Convidados/as - autoridades locais (Representantes da Gestão do SUS / SUAS, movimentos sociais da pop rua, lideranças da comunidade).

- Entrega do Certificado simbólico.
- Juramento.
- Fala do/a paraninfo/a e patrono/a da turma.
- Apresentação Cultural.
  (Esta atividade poderá ser feita juntando as turmas por estado)

Encerramento:

Lanche coletivo com música.



TEXTOS

TEXTO 1

DA EDUCAÇÃO SANITÁRIA À EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE

Grasiele Nespoli

O campo da saúde envolve um conjunto de práticas educativas. Em diversos espaços desenvolvemos ações de educação em saúde: nos grupos, consultórios, nas portas de entrada dos serviços, domicílios, praças e, mesmo, na rua. As ações de educação em saúde também se expressam nos cartazes, nas campanhas, nos panfletos e demais materiais que circulam nos serviços de saúde, na televisão, na internet e em outros espaços sociais que procuram desenvolver atividades educativas. Mas o que significa, de fato, educar?

Educar não tem um significado único, pois existem diferentes formas de ver e entender as práticas educativas, e, principalmente, diverge também o que se espera delas, isto é, o que os variados grupos e atores querem com a educação. Nosso interesse neste texto é contrapor duas concepções de educação – a educação sanitária e a educação popular em saúde – para refletirmos sobre suas diferenças e pensarmos com qual delas concordamos. Essas concepções não são as únicas que existem, nem são excludentes, mas nos servirão para exemplificar as visões, contradições e possibilidades de organiza- ção do trabalho no campo saúde.

O que chamamos de educação sanitária é uma forma de organização das práticas educativas que, embora tenha se intensificado ao longo do século XX, tem suas raízes plantadas no final do século XIX, em um contexto social marcado por profundas mudanças: fim da escravidão, emergência de novas formas de organização econômica e do trabalho, crescimento do comércio, surgimento das primeiras indústrias, expansão desordenada das cidades, aumento da desigualdade social, da pobreza e das doenças, como a febre amarela, a varíola e a peste bubônica – doenças transmissíveis que causavam muitas mortes e danos econômicos.

Nessa época, com o desenvolvimento da microbiologia (estudo dos micro-organismos possibilitado pelo avanço tecnológico do microscópio e de outras técnicas de laboratório), os médicos sanitaristas consideravam a saúde como a "ausência de doença". Por sua vez, como a doença era entendida como um fenômeno exclusivamente biológico que ocorre na interação do ser humano com a natureza, as políticas de saúde orientavam intervenções no meio ambiente, como matar mosquitos, eliminar ratos e sanear a cidade, e no corpo, principalmente por meio das vacinas e dos hábitos de higiene.

Acabar com as doenças significava limpar as cidades e higienizar as pessoas: acabar com as situações em que os micro-organismos nocivos ao corpo humano podiam se desenvolver. Nesse sentido, as ações educativas eram fundamentais, pois com elas era possível convencer as pessoas a aceitarem e participarem do controle das doenças, por meio de medidas preventivas, de profilaxia e de autocuidado, e da mudança dos hábitos e comportamentos. Foi assim que a educação sanitária se constituiu como uma forma de controle e ordenamento social, ancorada no pressuposto de que a ignorância era a principal causa das doenças.

Essa concepção nega tanto uma percepção quanto uma análise mais aprofundada da dimensão social do processo saúde-doença, quer dizer, não aborda os problemas de saúde em relação às condições de vida das pessoas, condições definidas pela realidade social, cultural, econômica e política do país, de suas diversas regiões e territórios. Apesar de aceitar que a população mais pobre estivesse mais sujeita às doenças, a pobreza não era entendida como resultado da forma como organizamos o sistema econômico e distribuímos os recursos necessários à vida. Entendia-se que era preciso acabar com a pobreza e limpar a cidade, para assim eliminar as doenças. Foi com esse objetivo que, no começo do século XX, a cidade do Rio de Janeiro passou por reformas urbanas, deslocando a população pobre para os morros e periferias. Porém “acabar com a pobreza” não significou distribuir a riqueza e sim deixar os pobres à margem da sociedade, afatados das áreas nobres da cidade, tornando-os invisíveis, mantendo-os sob controle.

A educação sanitária, mesmo não tendo em si um posicionamento aberto, estava a serviço da elite brasileira, e se difundia cada vez mais por meio do rádio, cinema, jornais e outros meios informativos, que ajudavam o Estado a limpar e reorganizar as cidades. No âmbito dos serviços de saúde, os trabalhadores faziam o que aprendiam: difundiam normas, padrões e procedimentos que objetivavam o controle dos hábitos de vida dos indivíduos e, assim, instruíam a população a cuidar do lixo, lavar as mãos, usar talheres, tomar banho, tomar remédios, entre outros.

O trabalho educativo na perspectiva higienista e sanitária se organizava em um modelo campanhista, era informativo e acontecia, quase sempre, de forma autoritária. Costumamos dizer que a educação sanitária atua de forma vertical, de cima para baixo. Quem está acima – o trabalhador da saúde, entendido como um técnico especializado – tem a legitimidade de dizer a verdade para quem está abaixo – a população ignorante. Com isso, a educação sanitária responsabiliza os indivíduos por seus problemas de saúde, muitas vezes culpabilizando-os.

Somente no começo dos anos 1950, com o desenvolvimento da medida social e comunitária, surgiram experiências de práticas educativas que apostavam na autonomia e na participação da população. Ainda assim, as críticas às práticas de educação sanitária ganharam maior visibilidade quando, durante a ditadura militar, foram criadas, contraditoriamente, condições para a emergência de experiências de educação em saúde que significaram uma ruptura com o padrão anterior (Vasconcelos; Vasconcelos; Silva, 2015). Em outras palavras, no contexto da ditadura, os movimentos sociais criaram novas estratégias de resistência. Assim, esse período foi caracterizado tanto pelo movimento de práticas autoritárias quanto, na contramão, por propostas emancipatórias, entre elas, as ideias sistematizadas por Paulo Freire, que tiveram forte influência no movimento de educação popular e na luta pela democracia.

O trabalho de Paulo Freire foi muito importante para reforçar que os problemas sociais são resultado da divisão da sociedade em classes, divisão própria do capitalismo que permite que aqueles que detêm os meios de produção (e a riqueza) exerçam o poder político sobre a classe trabalhadora. Para Paulo Freire, a educação não deve estar a serviço da elite, ao contrário, deve ser uma forma de politizar a classe trabalhadora (ou as classes populares) para lutar por seus direitos e para buscar caminhos para a superação da desigualdade social e exploração humana.

Na perspectiva de Paulo Freire, a educação sanitária é uma forma do que ele chamou de educação bancária, uma educação que acontece de modo unilateral, por meio da transferência de conhecimento ou conteúdo; uma concepção que pressupõe o educando como um recipiente vazio que precisa ser preenchido. “A educação se torna um ato de depositar, em que os educandos são os depositários e o educador, o depositante”(Freire, 2005, p. 66).

Educação bancária

Para Paulo Freire (2005, p. 68), a educação bancária pressupõe que:

a) O educador é que educa; os educandos, os que são educados;

b) O educador é o que sabe; os educandos, os que não sabem;

c) O educador é o que pensa; os educandos, os pensados;

d) O educador é o que diz a palavra; os educandos, os que a escutam docilmente;

e) O educador é o que disciplina; os educandos, os disciplinados;

f) O educador é o que opta e prescreve sua opção; os educandos os que seguem a prescrição;

g) O educador é o que atua; os educandos, os que têm a ilusão de atuar, na atuação do educador;

h) O educador escolhe o conteúdo programático; os educandos, jamais ouvidos nesta escolha, se acomodam a ele;

i) O educador identifica a autoridade do saber com sua autoridade funcional, que se opõe antagonicamente à liberdade dos educandos; estes devem adaptar-se às determinações daquele;

j) O educador, finalmente, é o sujeito do processo; os educandos, meros objetos.

Na contramão da educação bancária ou da "pedagogia do opressor", Paulo Freire sistematizou, ao longo dos anos, ideias, princípios e metodologias que fundamentaram o que hoje conhecemos como educação popular. A educação popular pressupõe que todos detêm algum tipo de saber, que ninguém vive só na ignorância e, também, que "ninguém educa ninguém, ninguém educa a si mesmo, os homens se educam entre si, mediatizados pelo mundo" (Freire, 2005, p 78).

As ideias de Paulo Freire foram muito férteis no campo da saúde pública, porque fortaleceram a crítica feita às práticas de educação sanitária e abririam caminhos para a construção de práticas "que diferenciam o sistema público brasileiro de outros sistemas nacionais de saúde" (Vasconcelos; Vasconcelos; Silva, 2015, p94).

Experiências pioneiras

"Cabe ressaltar que muitas das práticas mais inovadoras da APS [atenção primária à saúde] brasileira foram criadas nessas experiências, muito antes da criação do SUS. Um exemplo importante são os agentes comunitários de saúde, no formato hoje existente no Brasil. Em meados da dé- cada de 1970, já existiam redes de agentes de saúde, em várias cidades brasileiras, formadas por trabalhos pastorais das igrejas cristãs, com práticas que inspiraram, bem mais tarde, em 1991, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde e, posteriormente, o Programa Saúde da Família. O controle social por conselhos de saúde não foi uma invenção do SUS, pois já fora conquistado anteriormente, em muitos serviços e muitas cidades, pela luta dos movimentos populares de saúde. A tradição de enfrentamento de problemas específicos de saúde, através da discussão conjunta com a comunidade e suas organizações, foi introduzida

e difundida por essas experiências pioneiras. A participação de todos os membros da equipe do serviço em rodas de conversa, na avaliação e no planejamento das atividades surgiu e difundiu-se nessas experiências de saúde comunitária. Os trabalhos educativos coletivos em saúde, através de grupos participativos, se aprimoraram e tornaram-se conhecidos nesta época. Estas práticas participativas, que se tornaram princípios e diretrizes da APS brasileira, são hoje internacionalmente reconhecidas e valorizadas. Representam uma herança da forte presença da EP [educação popular] nas experiências pioneiras de saúde comunitária" (Vasconcelos; Vasconcelos; Silva, 2015, p. 94).

Os princípios da educação popular entendem o outro como sujeito que detém saber sobre si, sobre seu corpo, seu modo de vida e cuidado, sua família, seu trabalho, sua comunidade, suas necessidades, entre outros. A educação popular parte também do princípio de que o homem é um ser inacabado, que está em permanente construção e que se constitui nas relações sociais. Segundo Paulo Freire (2005) uma característica central do ser humano é sua histórica vocação de ser mais.

Como todos nós estamos na condição de sujeitos, a educação popular se organiza em práticas horizontais e participativas, que nos conectam e nos colocam em diálogo para refletirmos sobre nossos problemas, necessidades, desejos. A educação popular em saúde se preocupa com a formação de sujeitos políticos, envolvidos na luta pela saúde, o que implica a luta por melhores condições de vida para todos e o questionamento profundo das iniquidades, injustiças sociais, econômicas e simbólicas.

Assim, a educação popular assume um lugar de questionamento e de proposição de práticas educativas capazes de fortalecer a população para se organizar e lutar pelo direito à saúde, o que significa lutar pelo direito à educação, à moradia, ao lazer, à alimentação, ao transporte, à cultura, ao saneamento e a tantas outras coisas fundamentais para se construir territórios e sujeitos saudáveis. Para isso, precisamos impedir que nosso trabalho seja reduzido a uma rotina orientada para o cumprimento de metas, estabelecimento de procedimentos e comportamentos, monitoramento de indicadores de saúde e registro do que é feito. Precisamos refletir cotidianamente sobre nosso trabalho e em quais princípios e concepções nossas práticas educativas estão ancoradas.

Cabe a nós refletir também sobre a potencialidade da educação popular no processo de reorientação dos modelos de atenção à saúde, no sentido de se fortalecer a participação social e os espaços democráticos nos territórios, promover um trabalho coletivo e práticas de cuidado integrativas que articulem saberes populares e científicos, combater as iniquidades sociais e respeitar a diversidade de culturas existentes.

Ainda vivemos em um mundo no qual os pobres – negros, índios, camponeses, ciganos, homossexuais, entre outros – são deixados de lado, removidos de suas casas para dar lugar a grandes empreendimentos econômicos, culpabilizados por sua pobreza e pelas doenças, discriminados e estigmatizados por serem diferentes. Para superar isso, é preciso reconhecer que:

"Os saberes da população são elaborados sobre a experiência concreta, a partir de suas vivências, que são vividas de uma forma distinta daquela vivida pelo profissional. Nós oferecemos o nosso saber porque pensamos que o da população é insuficiente, e por esta razão, inferior, quando, na realidade, é apenas diferente." (Valla, 2000, p. 15)

Por tudo isso, precisamos refletir: que educação estamos promovendo? Como organizamos nosso trabalho? Construímos espaços para participação popular na gestão dos serviços e ações de saúde? Ouvimos a população de fato? Quando ouvimos, o que fazemos com suas necessidades e desejos? Incentivamos a luta pelo direito à saúde? Respeitamos a diversidade de pessoas, suas escolhas e crenças? O que alcançamos com nossas práticas? Estamos empenhados em reconstruir o modelo de atenção do SUS? O que podemos fazer para nos organizar melhor?

São muitas as perguntas e também muitos os desafios que devemos enfrentar. O momento de problematização e de reflexão é fundamental para uma ação transformadora. Precisamos permanentemente refletir sobre nossas práticas. Afinal, em que sentido e por qual caminho seguiremos?

Referências bibliográficas

FREIRE, Paulo. Pedagogia do oprimido. 44. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2005.

VALLA, Victor Vincent. Educação e saúde do ponto de vista popular. In:___(org.). Saúde e educação. Rio de Janeiro: DP&A, 2000. p. 7-10.

VASCONCELOS, Eymard Mourão; VASCONCELOS, Marcos Oliveira Dias; Silva, Marísia

Oliveira da. A contribuição da educação popular para a reorientação das práticas e da política de saúde no Brasil. Faeeba - Educação e Contemporaneidade, Salvador,v.24,n.43,p.89-106,jan./jun/2015. Disponível em: http://www.revistas.uneb.br/index/php/faeeba/article/viewFile/1311/886.
Acesso em: 19 nov. 2015.

Texto originalmente publicado na Revista Serviço Social em Perspectiva - 2022

TEXTO 1

MEMÓRIA, LUTA E POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA:UMA REFLEXÃO SOBRE O RECONHECIMENTO E A RESISTÊNCIA

Marco Antônio Silva Souza

A memória, tanto individual quanto coletiva, é a chave para entender a história de qualquer grupo social. Quando falamos da população em situação de rua (PSR), pensamos não apenas em suas histórias de sobrevivência, mas também em suas narrativas de resistência, pertencimento e luta por dignidade. Como podemos entender o que significa "memória coletiva" para esse grupo marginalizado? E como essa memória, construída e compartilhada, pode transformar a forma como a sociedade vê essas pessoas? É possível recuperar e valorizar as histórias das ruas sem cair na tentação de reduzir a complexidade dessas vivências a estereótipos?

Memória individual e coletiva: a construção de saberes partilhados

Maurice Halbwachs, teórico fundamental da memória coletiva, argumenta que mesmo as lembranças mais íntimas e pessoais estão, em sua essência, imersas em contextos sociais. Nossa memória, portanto, não é um processo solitário, mas coletivo. A partir do momento em que compartilhamos nossas memórias, elas se tornam mais vivas, mais confiáveis. No caso da população em situação de rua, essas memórias são, na maioria das vezes, carregadas de dor, exclusão e sofrimento, mas também de resistência, solidariedade e uma luta constante por visibilidade. Como essas experiências, normalmente invisíveis, se entrelaçam e formam uma narrativa coletiva?

O que significa para alguém, em situação de rua, saber que sua história não será contada nos livros de história, nas rodas de conversa acadêmica ou nas mídias tradicionais? E mais, como podemos resgatar essas histórias e dar-lhes o devido valor? O que essas memórias têm a nos ensinar sobre a luta por direitos e a busca por dignidade?

Território e memória: o espaço das lutas e ressignificação da existência

A questão do território é fundamental para entender a memória coletiva da PSR. A rua, o viaduto, a praça, a calçada — esses espaços urbanos se tornam, para quem os ocupa, locais de resistência. Mas como transformar esses espaços, muitas vezes vistos como "não-lugares", em territórios de resistência e pertencimento? Como é possível, no contexto de exclusão, ressignificar esses espaços e torná-los simbólicos, carregados de memórias de luta?

O território, em sua dimensão simbólica e prática, é um local onde se desenrolam as histórias não contadas, as narrativas que não cabem nos registros históricos convencionais. Para a população em situação de rua, ocupar um espaço é uma forma de se afirmar, de dizer "eu existo". Esse processo de ocupação não se resume à mera presença física, mas envolve uma luta constante por reconhecimento e pela ressignificação do próprio ser, diante de uma sociedade que insiste em marginalizar e invisibilizar esses indivíduos.

A história dos territórios ocupados pela PSR está repleta de desafios, de resistência e, sobretudo, de resistência popular. Quais são as implicações de um território que é ocupado, mas não reconhecido como "legítimo"? Como esses espaços urbanos, normalmente tidos como "marginais", se tornam pontos de resistência e reconstrução da identidade? E como podemos, enquanto sociedade, entender e valorizar esses territórios como espaços de vivência e luta?

A invisibilização e o resgate da memória coletiva

A população em situação de rua sofre não apenas com a precariedade material, mas com um apagamento simbólico, que é uma das formas mais cruéis de exclusão. Suas histórias não são contadas; suas vidas, muitas vezes, são reduzidas a um problema social, um número, um dado estatístico. O que acontece quando a história de um povo é deliberadamente apagada? Como reconstruir o que foi silenciado e dar visibilidade a essas vidas?

Resgatar a memória coletiva da PSR não é apenas um exercício de recuperação histórica. Trata-se de uma ação política, de um movimento contra a aporofobia - aversão às pessoas pobres - e os estigmas que ainda persistem. Cada história resgatada é uma forma de combater a marginalização e, simultaneamente, de afirmar a humanidade daqueles que foram reduzidos a "invisíveis". O que podemos aprender com as histórias de resistência, superação e luta da população em situação de rua? E o que essas histórias têm a nos ensinar sobre as lutas sociais que vivemos em uma sociedade marcada pela desigualdade?

Memória e saúde: a escuta como prática de cuidado

A escuta das narrativas da PSR tem um papel vital na promoção da saúde e do cuidado. Como a escuta pode ser uma ferramenta terapêutica e humanizadora para aqueles que estão marginalizados? Para a população em situação de rua, ser ouvido é, muitas vezes, um gesto revolucionário. Em um contexto de desumanização, ouvir e validar essas histórias é uma forma de reconhecimento A escuta das narrativas da PSR tem um papel vital na promoção da saúde e do cuidado. Como a escuta pode ser uma ferramenta terapêutica e humanizadora para aqueles que estão marginalizados? Para a população em situação de rua, ser ouvido é, muitas vezes, um gesto revolucionário. Em um contexto de desumanização, ouvir e validar essas histórias é uma forma de reconhecimento e cuidado. De que maneira os profissionais de saúde podem contribuir para a construção de uma escuta que não apenas atenda às necessidades físicas, mas também se conecte às dimensões emocionais e sociais dessas pessoas?

A "rualogia", o saber da rua, é um exemplo claro de como as vivências cotidianas de quem vive nas ruas contêm um profundo conhecimento acumulado sobre sobrevivência, solidariedade e resistência. Como podemos, enquanto sociedade, incorporar tais saberes nas práticas de cuidado e na formulação de políticas públicas? Como podemos transformar essa troca de saberes em uma ferramenta de inclusão, reconhecimento e dignidade?

A Luta por direitos e a construção do futuro: memória como ato político

A memória da população em situação de rua é, antes de tudo, uma memória de luta. Luta por visibilidade, por direitos, por dignidade. Cada ação, cada movimento, cada ato de resistência é parte de uma história que não deve ser esquecida. Ao resgatar essas histórias, temos a oportunidade de reescrever a história do Brasil, do mundo, não mais com os olhos da exclusão, mas com os olhos da inclusão e da solidariedade.

Resgatar e preservar a memória coletiva da PSR é também uma forma de garantir que essas lutas não sejam esquecidas. O que precisamos fazer, enquanto sociedade, para garantir que as futuras gerações não esqueçam essas histórias e que as lutas pela dignidade, pela moradia, pelo trabalho e pela saúde sejam continuadas? Como podemos transformar o passado de resistência da PSR em um futuro de igualdade e justiça?

A memória da rua é, portanto, a memória de um povo em movimento. Movimentando-se nas ruas, nas praças, nas calçadas, mas também nos corações e nas mentes de todos nós. Resistir, persistir e recontar a história: este é o grande desafio de nossa sociedade. A PSR, com suas histórias e saberes, não é um problema a ser resolvido, mas um povo que nos ensina sobre a luta, a resistência e a construção de um futuro mais justo.

E você, como se posiciona diante dessas histórias? Como podemos, juntos, dar visibilidade a essas memórias e construir uma sociedade mais humana e solidária?

Texto cedido pelo/a autor/a para esta publicação.

TEXTO 2

A HISTÓRIA DO MNPR

José Vanilson Torres da Silva
Coordenação Nacional do MNPR, e Coordenação no RN e Região Nordeste
Matheus Rios Silva Santos
Psicólogo e Militante Apoiador do MNPR

Nos anos 90, a sociedade civil, por meio do trabalho da Pastoral de Rua das cidades de São Paulo e Belo Horizonte, iniciaram trabalhos de atenção e vivências com pessoas e famílias que viviam em situação de rua. O incipiente trabalho consistia na oferta de café e estabelecimento de diálogos com estas pessoas.

De acordo com Melo (2016, p.50), também no início da década de 90, durante o governo de Luiza Erundina na prefeitura de São Paulo, o poder público passou a se mobilizar para construir políticas socioassistenciais para a população em situação de rua. Mas foi somente em 2004, que um evento conhecido como "Massacre da Sé" se tornou o estopim para que houvesse uma maior articulação das pessoas em situação de rua, aglutinadas em um movimento social que lutasse por direitos. Em 2005 os catadores e catadoras de materiais recicláveis se organizaram enquanto movimento social e formaram suas primeiras cooperativas e associações. Durante o 4° Festival Lixo e Cidadania em Belo Horizonte/MG, evento organizado pela Asmare - Associação de Catadores e Catadoras de Materiais Recicláveis - foi lançado, a nível nacional, o Movimento Nacional População de Rua (MNPR).

Assim, aquele segmento social que era tido como "improvável" (Melo, 2017) de se aglutinar em um movimento social, se organizou e atualmente está presente em 19 estados e no Distrito Federal (Acre, Alagoas, Bahia, Ceará, Espírito Santo, Goiás, Maranhão, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, Amapá, Minas Gerais, Paraná, Pernambuco, Rio de Janeiro, Rio Grande do Norte, Rio Grande do Sul, Santa Catarina, Sergipe e São Paulo) e vem somando importantes conquistas para a população de rua. O objetivo desta escrita é apresentar o histórico de constituição do MNPR, bem como sistematizar suas principais conquistas, bandeiras de luta, potencialidades e desafios ao longo dos 20 anos de enfrentamento em território nacional.

O surgimento do MNPR

O Massacre da Sé aconteceu entre os dias 19 a 22 de agosto de 2004 na cidade de São Paulo. Nele, 7 pessoas em situação de rua, que dormiam na Praça da Sé foram

brutalmente assassinadas a pauladas com barras de ferro e, oito pessoas ficaram gravemente feridas. Este episódio foi o estopim para desencadear uma reação em cadeia de comoção e mobilização pelas próprias pessoas em situação de rua e demais entidades que desenvolviam trabalhos para com esta população. A partir deste massacre, foi urgente a necessidade de um movimento que incorporasse a linguagem dos direitos humanos e lutasse por mais segurança, dignidade e políticas públicas para e com a população em situação de rua.

Assim, durante o 4 º Festival Lixo e Cidadania que aconteceu em 2005 em Belo Horizonte, pessoas em situação de rua de Belo Horizonte, Rio de Janeiro, São Paulo, Bahia e Cuiabá, lançaram oficialmente o MNPR.

Após este evento em Belo Horizonte, o MNPR começou a se reunir em favor de adentrarem na arena política do país, dialogando com governos, entidades do terceiro setor e universidades, a fim de construírem medidas efetivas de garantia de direitos às pessoas em situação de rua no Brasil.

Com base nas articulações realizadas, enquanto movimento socialmente organizado, o agrupamento de pessoas compôs o Grupo de Trabalho Interministerial (GTI) instituído pelo então presidente Luiz Inácio Lula da Silva. Em 2007, o MNPR concorre e ganha as eleições no Conselho Nacional de Assistência Social - CNAS e, nos anos seguintes, passa a compor também o Conselho Nacional de Saúde. As conquistas não param por aí: em 2009, o MNPR conquistou, em nível nacional, o decreto 7.053/2009, que institui a Política Nacional da População de Rua e, em 2010, foi incluído entre os públicos de atenção para o recebimento de denúncias advindas do serviço Disque 100, do Ministério dos Direitos Humanos. Após essas iniciativas, foram implementadas, tanto em nível nacional como em alguns estados da federação, os Comitês Intersetoriais de Acompanhamento e Monitoramento das políticas para a população de rua - CIAMP-Rua. Também foram criados equipamentos para atendimento exclusivo das pessoas em situação de rua no campo da assistência social, a saber: Centros de Referência Especializado para População em Situação de Rua (Centro Pop), albergues e unidades de acolhimento para adultos e famílias, em conformidade com a Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais." No campo da saúde, foram instituídas as equipes de Consultório na Rua, com equipes itinerantes que realizam a busca ativa e o acompanhamento *in loco* da condição de saúde das pessoas assistidas. Em termos de normativas legais, o Conselho Nacional de Direitos Humanos (CNDH) lançou em 2020, a resolução 40 que avançou em diversos âmbitos com relação ao direito das mulheres em situação de rua, pessoas LGBTQIA+, direito à cidade e acesso ao sistema de justiça.

Inclusive a resolução 40 do CNDH, foi a que serviu de subsídio para o Conselho Nacional de Justiça lançar a Política Nacional Judicial de Atenção a Pessoas em Situação de Rua e suas interseccionalidades, por meio da resolução 425/2021.

O principal objetivo desta resolução é desburocratizar o acesso das pessoas em situação de rua à justiça. Vale salientar que o Movimento Nacional População de Rua-MNPR participou ativamente das discussões e construções destas duas resoluções acima citadas.

O MNPR ocupa várias instâncias de Controle Social e Participação Social em níveis municipais, estaduais e nacional, em busca das garantias fundamentais e constitucionais à população em situação de rua.

Dentre as várias conquistas do MNPR, é importante mencionar a participação das lideranças e pessoas em situação de rua na audiência pública realizada no Supremo Tribunal Federal, nos dias 21 e 22 de novembro de 2022, que discutiu a Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF 976). Na ocasião, cujo Ministro Alexandre de Morais foi o relator, o MNPR solicitou que o STF considerasse a existência de um "estado de coisas inconstitucionais" referente às condições desumanas de vida da população em situação de rua no Brasil.

O resultado dessa audiência pública foi a determinação do STF que Estados, Municípios e União criassem planos de ação intersetoriais para e com a População em Situação de Rua.

No dia 11 de dezembro de 2023, no Palácio do Planalto, foi lançado o plano Ruas Visíveis, mas que ainda está muito aquém das necessidades reais da população em situação de rua no Brasil.

É importante mencionar que, devido as articulações realizadas pelo MNPR e outras organizações da PopRua, está em andamento o curso de Aperfeiçoamento em Educação Popular em Saúde para o Cuidado da População em Situação de Rua, voltado à Atenção Primária, capacitando cerca de cinco mil profissionais no atendimento à população em situação de rua. Também por meio do diálogo junto ao CiampRua Nacional, foi publicada a portaria da faixa 1, estabelecendo os critérios de acesso ao programa de moradia Minha Casa, Minha Vida, por parte das pessoas em situação e/ou trajetória de rua.

É necessário dizer que mesmo tendo a portaria do Minha Casa, Minha Vida, sabemos que ainda teremos que realizar diversas articulações para que o acesso

seja realmente garantido.

Diante da ausência e implantação de serviços e políticas voltadas à população em situação de rua, o MNPR tem levantado as bandeiras do acesso integral à saúde, emprego, trabalho e renda, e moradia digna. Para o movimento, os benefícios dos programas Minha Casa, Minha Vida e Moradia Primeiro devem vir acompanhados de políticas intersetoriais que garantam emprego e renda para que as pessoas em situação de rua, beneficiadas, possam reestruturar suas vidas e manter sua habitação. A falta de qualificação profissional dos servidores e gestores públicos para compreender as especificidades e particularidades das pessoas em situação de rua é um grande gargalo para uma compreensão mais ampla de como se estruturam as desigualdades no Brasil. Essa limitação contribui para uma visão discriminatória em relação às pessoas em situação de rua, deixando de reconhecê-las enquanto sujeitos políticos, possuidores de direitos.

Uma medida viável para superar o cenário em que os próprios agentes públicos são os violadores dos direitos das pessoas em situação de rua, é a construção de cursos de formação nos quais as próprias lideranças do MNPR, bem como demais pessoas em situação de rua, atuem também na condição de formadores/as. Tal estratégia tende a reconhecer o saber popular e o acúmulo político dessas pessoas, bem como faz valer o principal lema do MNPR: “Nada sobre nós, sem nós”.

Referências bibliográficas

Melo, Tomas. (2016). “Da Rua pra Rua” novas configurações políticas a partir do Movimento Nacional da População de Rua (MNPR). In: Rui, T., Martinez, M. & Feltran, G. (Orgs.), Novas Faces da Vida nas Ruas (pp. 45-65). São Carlos: EdUFSCar.

Melo, Tomas. (2017). Política dos “improváveis”: Percursos de engajamento militante no Movimento Nacional da População de Rua (MNPR). (Tese). Universidade Federal Fluminense, Niterói, Rio de Janeiro.

Texto cedido pelo/a autor/a para esta publicação.

TEXTO 3

HISTÓRIA DA REDE NACIONAL DOS CONSULTÓRIOS DE/NA RUA (CDER/CNAR)

Daniel de Souza

A Rede Nacional dos Consultórios de Rua (CdeR/CnaR) do Brasil é composta por pessoas que trabalham em equipes de CdeR/CnaR das cinco regiões do país, totalizando hoje em torno de 320 equipes com cerca de 2.900 trabalhadoras/es. O grupo também engloba profissionais dos demais serviços da rede de saúde e da rede intersetorial, que atuam no cuidado de pessoas em situação de rua, bem como usuários de álcool e outras drogas em cenas públicas de uso. Além destes, integram a rede: gestores, pesquisadores, representantes de movimentos sociais e o público em geral ligados a este tema.

Essas equipes fazem parte de uma estratégia adotada pelo Ministério da Saúde, decorrente de processos intensos e históricos de articulação e construção com diversos setores da sociedade. Elas têm como um dos pilares de organização do trabalho, o reconhecimento da cidadania das pessoas que vivem ou estão em situação de rua, bem como das pessoas usuárias de álcool e outras drogas. O trabalho é orientado e organizado pela lógica, ética e prática da Redução de Danos enquanto uma possibilidade real de cuidado no âmbito da rua e do SUS.

Essa Rede de Trabalhadoras/es já conecta mais de 1.000 pessoas em cerca de 140 municípios do país. Tal conexão teve início no final de 2015, por meio de um articulador local da Aborda - Associação Brasileira de Redutoras/es de Danos, Daniel de Souza, trabalhador de uma das equipes de Consultório na Rua do Rio de Janeiro, que por meio desta conseguiu aglutinar trabalhadoras/es desses serviços ao redor do país.

Nosso primeiro objetivo foi criar condições para que essas trabalhadoras/es pudessem se encontrar e trocar experiências sobre as realidades locais. Desse modo, rapidamente mobilizamos várias equipes de CdeR/CnaR em torno de tal objetivo. Em 19 de abril de 2016, a primeira ação realizada foi a criação, por região, de grupos de WhatsApp que agregaram a maior parte das/os trabalhadoras/es de diversas equipes do Brasil.

O grande grupo também se tornou um importante dispositivo para trocas de informações, discussões sobre processos de trabalho e outras questões relevantes. Com o passar do tempo, foi se ampliando para profissionais de outros serviços da rede SUS/SUAS, assim como para demais atores importantes na intersetorialidade.

O primeiro Encontro Nacional da Rede se deu no Rio de Janeiro, em 19 de abril de 2016, apoiado pela Aborda (Associação Brasileira de Redução de Danos) e pela Fiocruz. Naquela época, estavam cadastradas 127 equipes de Consultórios na Rua em todo o Brasil, e o desafio estava dado: unir os trabalhadores e ampliar a participação dos Movimentos Sociais das Pessoas atendidas pelas equipes, ou seja, pessoas em Situação de Rua e/ou com trajetória de rua.

Nos anos seguintes, tivemos:

2 º Encontro Nacional (2017)

- Realizado na Fiocruz do Distrito Federal
- Contou com 232 pessoas de 115 cidades do Brasil
- Objetivo: fortalecer a rede de apoio e discutir soluções para os desafios enfrentados pela população em situação de rua
- Temas abordados: saúde mental, gestantes e recém-nascidos na rua, tuberculose, participação social, manejo das UBS e clínicas da família

3 º Encontro Nacional (2018)

- Realizado em Salvador, Bahia
- Contou com a participação de especialistas e pessoas com experiência em situação de rua
- Temas abordados: saúde mental, redução de danos, arte-terapia, identidade LGBTQIAP+, maternidade na rua
- Homenagem póstuma à Maria Lúcia

4 º Encontro Nacional (2019)

- Realizado em Porto Alegre, Rio Grande do Sul
- Contou com o apoio da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e do Conselho Estadual de Serviço Social
- Temas abordados: saúde mental e redução de danos, acesso a serviços de saúde e direitos humanos, trabalho em equipe e intersetorialidade, experiências inovadoras em consultórios na rua, desafios e perspectivas para o trabalho com a população em situação de rua

5º Encontro Nacional (2022)

- Realizado em São Paulo
- Contou com a participação de especialistas e pessoas com experiência em situação de rua e com trajetória de rua
- Temas abordados: saúde LGBTQIA+, intersetorialidade, cultura de paz, saúde mental, indicadores do cuidado em saúde da população em situação de rua
- Participação de Padre Júlio Lancellotti, em uma mesa de debate sobre a qualidade dos absorventes para mulheres em situação de rua

6º Encontro Nacional (2023)

- Realizado em Vitória, Espírito Santo
- Objetivos:
- Dar visibilidade aos movimentos sociais de pessoas em situação de rua
- Contribuir para a construção coletiva de redes entre os serviços
- Fortalecer a participação direta da sociedade civil
- Desencadear atitudes que fortaleçam a integralidade das ações em saúde
- Fortalecer as equipes existentes com trocas de experiências em âmbito nacional

7º Encontro Nacional (2024)

- Realizado em Brasília, Distrito Federal
- Foi aprovada a indicação da cidade de Recife para sediar o 8º Encontro da Rede Nacional de Equipes de Consultório na Rua e de Rua

A articulação dos trabalhadores da Rede Nacional dos Consultórios de/na Rua (RNCR) sempre buscou reconhecimento, apontando a rede como potência de luta e representante das/os trabalhadoras/es. Diante disso, o Ministério da Saúde passou a apoiar ainda mais fortemente as ações da RNCR. Nesse contexto, os encontros nacionais foram fundamentais para o fortalecimento da rede de apoio, discutindo soluções para os desafios enfrentados tanto pela população em situação de rua quanto pelos profissionais que cuidam dessa população.

Texto cedido pelo/a autor/a para esta publicação.

TEXTO 4

MOVIMENTO NACIONAL DE MENINOS E MENINAS DE RUA: HISTÓRIA, CONQUISTAS E DESAFIOS ATUAIS

Marco Antônio Silva Souza

O Movimento Nacional de Meninos e Meninas de Rua (MNMMR) constitui uma das experiências mais significativas da sociedade civil brasileira na luta pelos direitos da infância e adolescência. Criado em 16 de junho de 1985, em meio ao processo de redemocratização do Brasil, o MNMMR surgiu como resposta à violação sistemática dos direitos de crianças e adolescentes pobres e, em especial, as que vivem em situação de rua. Seu surgimento foi marcado por um encontro nacional de comissões e grupos locais que já atuavam com esses sujeitos em todo país, reunindo educadores sociais, militantes de direitos humanos, coletivos populares e os próprios meninos e meninas de rua.

A fundação do movimento se deu em um cenário de profundas desigualdades sociais, agravadas pelo legado da ditadura civil-militar (1964–1985), que reprimiu a oposição política, os movimentos sociais, extinguiu canais de participação e acentuou a marginalização da infância pobre. A década de 1980 foi, portanto, um período de reorganização da sociedade civil, com forte efervescência política, social e cultural. Nesse contexto, o MNMMR emerge como uma voz coletiva que denuncia a violência estatal, a omissão do poder público e a criminalização das infâncias empobrecidas.

A trajetória do MNMMR é marcada por uma estrutura organizativa descentralizada, democrática e participativa. Desde sua origem, o movimento assumiu o protagonismo infantojuvenil como princípio ético e político, permitindo que crianças e adolescentes participassem ativamente das assembleias, das comissões nacionais e estaduais, dos núcleos de base e dos processos de construção de agenda. A Comissão Nacional de Animação, composta por meninos e meninas das cinco regiões do país, tem o papel de animar seus pares nos estados e organizar os encontros nacionais. É um exemplo da valorização da escuta e da ação direta das infâncias na luta por seus próprios direitos.

O 1º Encontro Nacional de Meninos e Meninas de Rua, realizado em Brasília, entre os dias 26 e 28 de maio de 1986, simbolizou a força do movimento nascente. Desde então, diversos encontros nacionais foram organizados, sempre com temas centrais que refletiam as demandas políticas e sociais do momento, como: Vamos garantir nossos direitos – Criança, prioridade nacional (1989); O Estatuto taí, só falta cumprir! (1992); Quero educação para ser cidadão (1995); Queremos viver e não sobreviver (1998); e Adolescente cidadão não merece prisão e sim educação (2002). Os temas abordaram desde a luta pela vida e dignidade, o cumprimento do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), o acesso à educação, até a crítica às medidas socioeducativas de internação e à violência institucional. Em cada evento, centenas de crianças, adolescentes, educadores e militantes construíram denúncias, propostas, reivindicações e mobilizações em torno de políticas públicas.

O MNMMR teve participação decisiva na formulação da Constituição Federal de 1988, especialmente nos artigos que tratam da proteção integral de crianças e adolescentes. Posteriormente, foi protagonista na construção do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), aprovado em 1990, trazendo uma nova concepção de infância e adolescência pautada em direitos, e não em tutela ou caridade. O movimento também foi articulador da criação do Fórum Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (FNDCA), em 1988, consolidando um espaço plural de incidência política da Sociedade Civil. No Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA), o MNMMR ocupou cadeiras representativas, levando a voz das infâncias populares e dos educadores sociais para os espaços institucionais.

Além das ações legislativas e institucionais, o MNMMR atuou de forma incisiva em temas como: o extermínio de meninos e meninas no Brasil, as violências institucionais das policias, sobretudo nas internações dos socioeducativos, no enfrentamento ao trabalho infantil, à exploração sexual, e às violações sucedidas nos acolhimentos institucionais. Destacou-se também por levantar a pauta das crianças e adolescentes com familiares encarcerados (CAFE's), e por defender o fim das internações socioeducativas como resposta prioritária às vulnerabilidades sociais. Outro destaque histórico foi a criação do Bloco Carnavalesco Eureca (Eu Reconheço o Estatuto da Criança e do Adolescente). O EURECA surgiu em São Bernardo do Campo (SP) em 1992, idealizado pelo Projeto Meninos e Meninas de Rua, como uma ação cultural e política em defesa dos direitos de crianças e adolescentes. Utilizando o carnaval como forma de protesto, o bloco denuncia violações de direitos e promove o protagonismo juvenil. A iniciativa vem sendo adotada em outros municípios como espaço de formação cidadã e participação política de crianças e adolescentes, fortalecendo a luta por direitos por meio da arte e da ocupação dos espaços públicos.

Ao longo de sua história, o movimento acumulou reconhecimento nacional e internacional. Recebeu importantes prêmios, como o Prêmio Fundação Abrinq (1992), Diploma CUT – 10 anos (1993), o Prêmio Direitos Humanos da Presidência da República (1998), Prêmio Prevenção DST/AIDS entre Adolescentes – Ministério da Saúde (1998), Prêmio Santos Dias de Direitos Humanos – ALESP (1999), Prêmio Monsenhor Leonildas Proaño – ALDHU, Equador (1991), Prêmio Internacional de Direitos Humanos da Associação Pró-Direitos Humanos da Espanha (1991), o Prêmio Henry Kempe (EUA, 1994), Príncipe de Astúrias de la Concordia – Espanha (1994), Prêmio Criança e Paz do UNICEF (1995), entre outros. Esses reconhecimentos atestam a relevância do MNMMR como referência na luta pelo direito à infância, tanto no Brasil quanto no exterior.

Apesar das conquistas históricas acumuladas ao longo de décadas, o Movimento Nacional de Meninos e Meninas de Rua (MNMMR) tem enfrentado reveses profundos, especialmente a partir de 2016, com o Golpe que destitui a presidenta Dilma Rousseff e com avanço de uma agenda de desmonte das políticas públicas, cortes orçamentários severos nas políticas sociais e o agravamento do autoritarismo. A criminalização dos movimentos sociais e a negligência sistemática do Estado diante das infâncias marginalizadas, impuseram novos desafios, exigindo do MNMMR reinvenção, resistência e reorganização de suas estratégias de luta.

A conjuntura atual é marcada por indicadores alarmantes. Segundo dados do Unicef e do Fórum Brasileiro de Segurança Pública, mais de 15 mil crianças, adolescentes e jovens até 19 anos foram assassinados no Brasil entre 2020 e 2023, o que sinaliza que a violência letal tornou-se mais intensa. O IBGE registrou 1,8 milhão de crianças e adolescentes em situação de trabalho infantil, e a Polícia Rodoviária Federal identificou quase 10 mil pontos vulneráveis à exploração sexual infantil nas rodovias. Esses números não apenas evidenciam a brutalidade da realidade vivida por milhões de crianças e adolescentes, como também reforçam a urgência de uma resposta, articulada e estruturante, por parte do Estado.

Diante desse cenário, a Assembleia Nacional do MNMMR, realizada em agosto de 2024, com a participação de 164 militantes de 14 estados de todas regiões do Brasil, reafirmou como prioridade a defesa da Democracia e o enfrentamento à violência letal contra crianças e adolescentes. Articulou uma crítica contundente à repressão institucional e à ausência de políticas públicas universais de qualidade, intersetoriais e com financiamento adequado. O movimento também atualiza sua análise sobre as novas caracterizações e os perfis das crianças e adolescentes em situação de rua, apontando mudanças importantes, como a interiorização da pobreza, as crianças e adolescentes em situação de rua sobrevivendo nas periferias, a racialidade da exclusão e o impacto da violência urbana e institucional.

No contexto sociopolítico marcado pelo pré-golpe e golpe institucional e pela apatia de amplo setores historicamente responsáveis pela defesa dos direitos humanos infantojuvenis, o Movimento Nacional de Meninos e Meninas de Rua (MNMMR), em articulação com entidades da sociedade civil e movimentos sociais, assumiu um papel estratégico na construção de frentes de resistência. Entre essas iniciativas, destacam-se a criação da Frente Ampla pelos Direitos de Crianças e Adolescentes e a Frente Nacional contra a Redução da Idade Penal, expressões de mobilização popular diante do avanço de pautas regressivas.

Essas ações contribuíram significativamente para a ressignificação do Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA) como espaço democrático e plural, chamados por alguns de "conselho movimentista". O MNMMR atuou para garantir a participação efetiva de grupos historicamente excluídos, defendendo um projeto político-popular alinhado às lutas sociais e à radicalização da democracia.

No campo das agendas estratégicas de mobilização nacional, foi incluída nos mecanismos de resistência a Reforma Trabalhista e a Proposta de Emenda Constitucional do Teto de Gastos (PEC 55/2016). Essas pautas foram tratadas não de forma isolada ou setorial, mas integradas ao debate amplo sobre os direitos de crianças e adolescentes, rompendo com a abordagem funcionalista e reducionista muitas vezes atribuídas às políticas públicas para esse público.

Entre 2015 e 2016, o CONANDA promoveu uma ampliação histórica da participação de segmentos tradicionalmente marginalizados: populações LGBTQIA+, ciganas, quilombolas, indígenas, negras, com deficiência, residentes em territórios periféricos e em situação de vulnerabilidade. Nesse processo, o Grupo de Adolescentes G27, formado por representantes das unidades federativas, foi ampliado para o G38, incorporando 11 adolescentes de segmentos diversos, como: adolescentes em conflito com a lei, acolhimento institucional, situação de rua, movimento estudantil, deficiência, LGBTQIA+, rural/campo, indígenas, quilombolas, negros/afrodescendentes e ciganos. Essa ampliação reforçou a pluralidade e legitimidade das representações juvenis no Conselho.

Outro marco importante desse período foi a realização da X Conferência Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente, promovida pelo CONANDA. Essa edição foi a que contou com a maior participação direta de crianças (21) e adolescentes (314), somando 1.019 participantes no total. A programação incluiu, pela primeira vez, uma mesa exclusiva com crianças, sinalizando um avanço concreto na valorização de suas vozes e no reconhecimento de sua cidadania plena. Eessa trajetória reafirma nosso compromisso com as infâncias invisibilizadas, com os princípios democráticos e com a soberania popular.

A Resolução Conjunta no 01/2016 (CONANDA/CNAS), introduziu um conceito ampliado e interseccional das infâncias e adolescências em situação de rua, bem como as Diretrizes Nacionais para o Atendimento a Crianças e Adolescentes em Situação de Rua (2017), e a Resolução 40 do Conselho Nacional de Direitos Humanos (2020). Ela dispõe sobre as diretrizes para a promoção, proteção e defesa dos direitos humanos das pessoas em situação de rua - crianças, adolescentes, adultos e idosos. Tais documentos seguem sendo desconsiderados pelos poderes executivos, legislativos, judiciários; pelos espaços de participação social, controle e elaboração de políticas públicas. Tal omissão revela o descompromisso político com a proteção integral. Destaca-se, ainda, a falta de inclusão de metodologias próprias para crianças e adolescentes em situação de rua nas políticas públicas existentes, além da ausência de políticas específicas para esse grupo. Isso ocorre porque saímos da agenda política, mas não saímos das ruas.

Além disso, o MNMMR denuncia a persistência de políticas higienistas, repressivas e assistencialistas que privilegiam a remoção forçada e o controle em detrimento da proteção e do cuidado. Crianças e adolescentes negros, indígenas, periféricos e em situação de rua seguem sendo vítimas de abordagens violentas pelos agentes do estado, inclusive por conselhos tutelares despreparados e/ou capturados por interesses religiosos, políticos e corporativos. Distantes das diretrizes democráticas e participativas da política de infância e juventude, somente uma pequena parcela desses órgãos estão ligados aos espaços de fortalecimento do ECA e são do Movimento Social de luta pela Infância.

Como resposta, o MNMMR propõe a retomada de políticas públicas de base territorial, com a participação direta das crianças e adolescentes e seus grupos de convivência, além da valorização dos educadores sociais (precisamos regulamentar essa profissão com ensino médio) como sujeitos estratégicos na defesa dos direitos humanos. Reivindica orçamento publico para a infância e adolescência que garanta atenção universal e qualidade das politicas públicas, o fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS) e do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), Participação e Controle Social, e garantia de políticas específicas para adolescentes grávidas e mães em situação de rua. Outro ponto central é a inclusão de pessoas com trajetória de rua nas equipes de atendimento, como forma de garantir escuta qualificada, empatia e reparação social.

Por fim, o MNMMR reafirma sua defesa da Democracia, da Soberania Nacional e dos Direitos Humanos, compreendendo que sem moradia, saúde, educação, assistência e trabalho digno, não há desenvolvimento pleno possível para as infâncias brasileiras. Em tempos de ofensiva contra os direitos sociais, o movimento insiste e resiste: é preciso garantir a vida e a voz de crianças e adolescentes, reconhecendo-os não como objetos de proteção tutelar, mas como sujeitos políticos e protagonistas da transformação social do Brasil.

Marco Antônio da Silva Souza (Markinhus Souza)

Conselheiro Nacional do Ciamp Rua, membro da coordenação nacional do MNMMR, coordenador do Projeto Meninos e Meninas de Rua e Educador Social e Popular.

Texto cedido pelo/a autor/a para esta publicação.

TEXTO 5

HISTÓRICO DE ATUAÇÃO DO MNLDPSR (EXERCITANDO A SINTAXE)

O Movimento Nacional de Luta em Defesa da População em Situação de Rua (MNLDPSR) emerge como uma força vital na paisagem social e política brasileira, atuando incansavelmente na defesa dos direitos e na promoção da dignidade de um dos segmentos mais marginalizados da sociedade. Este resumo detalhado visa explorar as principais frentes de atuação do MNLDPSR, com foco particular em sua influência nas políticas públicas, sua participação em conselhos deliberativos, na abrangência de sua organização territorial e na relevância da política EdPopRua, que se alinha intrinsecamente aos objetivos do movimento. A trajetória do MNLDPSR é um testemunho da capacidade de organização popular em transformar realidades e garantir o reconhecimento de direitos fundamentais para a população em situação de rua.

Políticas Públicas e o Marco do Decreto nº 7.053/2009

A atuação do MNLDPSR no campo das políticas públicas é um dos pilares de sua relevância. A conquista mais emblemática e de profundo impacto foi a criação da Política Nacional para a População em Situação de Rua, formalizada pelo Decreto nº 7.053/2009. Este decreto não é meramente um documento legal; ele representa o ápice de anos de mobilização, pressão e articulação incansável por parte do MNLDPSR, demais movimentos e de seus aliados. Antes de sua promulgação, a abordagem governamental em relação à população em situação de rua era fragmentada, assistencialista e, muitas vezes, marcada pela invisibilidade e pela negação de direitos. A condição de rua era frequentemente tratada como um problema de segurança pública ou de saúde individual, e não como uma complexa questão social que exige respostas estruturais e intersetoriais.

O Decreto nº 7.053/2009 alterou radicalmente essa perspectiva. Ao reconhecer formalmente a população de rua como um "grupo populacional heterogêneo que possui em comum ser majoritariamente formado por homens, mulheres, idosos, adolescents e crianças pretas, a pobreza extrema, os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados e a inexistência de moradia convencional regular", o Estado brasileiro foi compelido a assumir sua responsabilidade. Este reconhecimento foi crucial para tirar a população em situação de rua

da invisibilidade política, elevando-a à condição de sujeito de direitos e, consequentemente, obrigando a criação de políticas específicas e integradas. A Política Nacional estabeleceu a necessidade de ações coordenadas entre diferentes setores – como saúde, assistência social, educação, trabalho e moradia – para abordar as múltiplas dimensões da vulnerabilidade enfrentada por essa população. A vitória do MNLDPSR na promulgação deste decreto sublinha a força da organização popular em influenciar e moldar o arcabouço legislativo e social do país, transformando a questão da população em situação de rua de um problema marginalizado para uma política de Estado prioritária.

Participação em conselhos e fóruns: a voz do movimento

A estratégia do MNLDPSR vai além da incidência direta na formulação de leis. Ela se manifesta ativamente na participação em conselhos e fóruns consultivos e deliberativos nas diversas esferas governamentais. Essa presença é fundamental para garantir que a voz e as demandas da população em situação de rua sejam ouvidas e consideradas nos espaços em que as decisões são tomadas. O movimento atua de forma proativa em conselhos, tais quais o Conselho Nacional, Estadual e Municipal das áreas de Assistência Social e Saúde. Essa participação não é meramente protocolar; trata-se de um exercício contínuo de advogar e incidir, no qual o MNLDPSR insiste na importância de atender as demandas sociais específicas dessa população, muitas vezes negligenciadas ou mal compreendidas.

Além dos conselhos de assistência social e saúde, o MNLDPSR também contribui ativamente no Ciamp-Rua Nacional (Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento da Política Nacional para a População em Situação de Rua). A presença nesses espaços permite ao movimento monitorar a implementação das políticas existentes, identificar lacunas, propor melhorias e garantir que os recursos sejam alocados, de forma eficaz, para atender as necessidades reais da população em situação de rua. A participação em conselhos e fóruns é uma manifestação concreta do princípio “Nada sobre nós, sem nós”, que permeia toda a filosofia do MNLDPSR, assegurando que as políticas públicas sejam construídas com o protagonismo e a experiência daqueles a quem se destinam.

Abrangência territorial: a capilaridade do MNLDPSR

A força do MNLDPSR reside também em sua notável capilaridade e organização em todo o território brasileiro. O movimento não se restringe a uma única região ou cidade; ele possui uma rede robusta de atuação que se estende por

dezenas de municípios, em diversos estados. Atualmente, o MNLDPSR está organizado e ativo em estados como São Paulo, Santa Catarina, Rio Grande do Sul, Bahia, Ceará, Distrito Federal e Minas Gerais. Essa presença em diferentes regiões permite que o movimento adapte suas estratégias e reivindicações às especificidades de cada contexto local, reconhecendo que as realidades da população em situação de rua podem variar, significativamente, de um lugar para outro.

Mais do que uma simples presença em estados específicos, o MNLDPSR orgulha-se de estar presente em todas as cinco regiões do Brasil. Essa abrangência nacional é crucial para a construção de uma agenda unificada de luta pelos direitos da população em situação de rua. A atuação em rede entre as coordenações estaduais e nacional é um mecanismo vital para a troca de experiências, o fortalecimento mútuo e a disseminação de boas práticas. Essa capilaridade permite ao MNLDPSR exercer uma incidência política mais ampla e eficaz, garantindo que as questões da população em situação de rua sejam pautadas e debatidas em diferentes níveis de governo e em diversas realidades sociais. A capacidade de mobilização e articulação em escala nacional é um diferencial que amplifica o impacto das ações do movimento e reforça sua legitimidade como representante dessa população.

A Política EdPopRua: educação popular e protagonismo

A articulação do MNLDPSR com programas e políticas públicas específicas é um indicativo de sua visão estratégica e de seu compromisso com soluções concretas. Um exemplo notável é a participação na construção do programa Educação Popular em Saúde para o Cuidado da População em Situação de Rua (EdPopRUA). Este programa é parte integrante da Política Nacional para a População em Situação de Rua, especificamente do Plano Ruas Visíveis, e representa um avanço significativo na qualificação do cuidado oferecido a essa população.

O EdPopRUA tem como objetivo principal qualificar o povo da rua e profissionais de saúde para o atendimento humanizado e integral à população em situação de rua. O programa valoriza as práticas de cuidado territorial, a comunicação efetiva e, fundamentalmente, os princípios da educação popular em saúde com vistas à defesa intransigente dos direitos humanos na sua essencia. Em parceria com o Ministério da Saúde e a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), o EdPopRUA oferece cursos de aperfeiçoamento para educadores populares em saúde. A meta é formar profissionais aptos a atuar na Atenção Primária à Saúde, que é a principal porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS), garantindo que o cuidado seja sensível às especificidades e necessidades da população em situação de rua.

A integração do MNLDPSR com iniciativas como o EdPopRUA é um reflexo direto do princípio “Nada sobre nós, sem nós”. A participação e o protagonismo das pessoas em situação de rua e/ou com trajetória de rua na construção do conhecimento e na formação de profissionais de saúde, são elementos cruciais para garantir que as políticas e práticas de cuidado sejam verdadeiramente eficazes e respeitem a dignidade e a autonomia dessa população. O Plano Ruas Visíveis, do qual o EdPopRUA faz parte, é um investimento substancial do governo federal, estruturado em sete eixos de atuação, incluindo saúde, assistência social, habitação e cidadania. Essa abordagem intersetorial demonstra o reconhecimento da complexidade acerca da questão da população em situação de rua e a necessidade de soluções abrangentes e coordenadas, alinhadas com a perspectiva, do MNLDPSR, de um cuidado integral e respeitoso.

No resumo das ideias

O Movimento Nacional de Luta em Defesa da População em Situação de Rua (MNLDPSR) transcende a mera assistência, consolidando-se como um movimento de resistência política fundamental no cenário brasileiro. Nascido da revolta contra a violência e a invisibilidade, o MNLDPSR tornou-se a principal voz na luta pelo reconhecimento da dignidade humana e pelos direitos civis e sociais de uma das parcelas mais oprimidas da sociedade. Sua história é um testemunho eloquente do poder da organização popular para conquistar direitos e, consequentemente, transformar a realidade social. A contínua atuação do movimento em diversos estados, sua adaptação aos desafios contemporâneos e sua articulação com programas como o EdPopRUA, que valoriza a educação popular e o protagonismo da população em situação de rua, reforçam seu papel crucial na busca por dignidade, direitos e reconhecimento. O MNLDPSR não apenas defende a população em situação de rua; ele a empodera, garantindo que suas vozes sejam ouvidas e que suas necessidades sejam atendidas em todas as esferas da sociedade.

Texto cedido pelo MNLDPSR para esta publicação.

TEXTO 6

TERRITÓRIO: LUGAR ONDE A VIDA ACONTECE

Maurício Monken
Grácia Maria de Miranda Gondim

O ser humano ocupa uma posição especial no planeta e atua sobre a natureza para sobreviver, satisfazer suas necessidades, produzir coisas e se reproduzir como espécie. Com isso modifica constantemente seu modo de vida, costumes, maneira de se vestir, moradia, alimentação e, sobretudo, a visão de mundo necessária para se situar entre seus semelhantes e se organizar politicamente.

É no processo de posse e uso da natureza que as sociedades humanas realizam sua existência, constroem sua história, produzem e criam territórios como base material para sua manutenção sobre a terra, assegurando a perpetuação da espécie humana nas gerações futuras.

Nessa perspectiva, território é um conceito da geografia que nos ajuda a descrever e entender as formas de viver no planeta Terra, conhecer seus habitantes e as relações que estabelecem entre si para poder viver e se reproduzir.

O território é o espaço de vida do ser humano. Desde o final da Idade Média (500-1500 d.C.) é usado para fins de organização de ações e cuidados de saúde. Nessa época foram criados os primeiros códigos sanitários para normatizar e organizar estabelecimentos nos quais se criavam animais, matadouros, lugares para desaguadouros, coleta de lixo e canalização de esgotos. Foram criados também os primeiros hospitais, com a finalidade de abrigar os pobres e os desvalidos, e isolar os doentes.

No Brasil, desde o início do século XX, o território foi reconhecido como uma forma de organizar as ações de saúde pública voltadas para os indivíduos (vacinação e profilaxia de algumas doenças) e as coletividades (saneamento e embelezamento das cidades).

Desde então, os sistemas e a rede de serviços de saúde se organizaram, progressivamente, em base territorial, tendo lógicas e ordenamentos espaciais-

bastante diferentes. É somente com a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) nos anos 1990, que se consolida a reflexão sobre o funcionamento e a organização dos serviços de saúde e de sua base territorial de atuação junto à população, levando a um maior interesse sobre os critérios de delimitação territorial para a saúde (Gondim et al., 2008).

O foco gerencial na organização dos serviços predomina até hoje, com a repartição do território por meio da definição de áreas político-administrativas para uso e controle da saúde pública, e não como possibilidade de compreender sua dinâmica interna: como a vida acontece e como os processos sociais do dia a dia se desenvolvem.

Conhecer o território vivo (o território concreto no qual a vida transcorre) contribui para entender como as pessoas adoecem e como podem ter saúde (processo saúde-doença) e para identificar formas de organizar ações e serviços no enfrentamento aos problemas e às necessidades da população.

O olhar sobre o território permite identificar os atores sociais e os saberes que possuem para manter-se vivos. Possibilita que os profissionais de saúde atuantes em seus limites compreendam como as pessoas adoecem, contribuindo para a implementação de práticas de cuidado e de atenção à saúde efetivas para os diferentes grupos populacionais.

O território concreto no qual a vida transcorre possui uma série de coisas materiais que fazem as pessoas darem sentido e significado à sua existência, tais como as ruas, casas, rios, montanhas, árvores, praias, planícies, edifícios, comércios, fábricas, estradas, cultivos, hidrelétricas, cidades e outros.

Diariamente, por meio de suas relações, as pessoas se identificam e estabelecem sentimentos e laços com os seus territórios de vida. Ao mesmo tempo, estes mesmos processos podem gerar contradições e conflitos, pela diversidade de interesses em disputa. Cada pessoa ou cada instituição tem seu interesse no território, para morar, comercializar, produzir coisas, realizar serviços de educação ou saúde, fazer festas, manter tradições e até mesmo para exercer atividades ilegais.

O território possui diferentes dimensões ou formas de uso. Ao analisarmos esses espaços para compreender a saúde e a doença, é fundamental observar o que ocorre nas esferas jurídico-política, ambiental, social, cultural, econômica e até mesmo na esfera subjetiva ou dos sentimentos que se desen-

volvem no território. É a dimensão jurídico-política que dá suporte à lógica do Estado-nação, efetuando sua ligação com a sociedade e com o território, por meio de relações de poder.

Poder é o conceito-chave para entender o território e significa a possibilidade de exercer mando, jugo ou imposição de vontade ou projeto particular a outras pessoas, grupos ou instituições. A população, as empresas nacionais e multinacionais, o poder público, os grupos sociais, as diversas organizações sociais, culturais, religiosas, de lazer, e outras, possuem poder de ação e o exercem de acordo com seus planos e projetos e com suas capacidades de fazer com que eles aconteçam e se materializem nos territórios (Gondim et al., 2008).

As relações sociais comunitárias também exercem grande poder sobre o território. Elas acontecem no cotidiano, fortalecendo as relações de vizinhança e de coexistência entre as diferentes pessoas e grupos sociais. Essas relações constroem muitas vezes processos de apoio social por meio de pessoas que realizam práticas populares (ervateiros, parteiras, benzedeiros, curandeiros, cuidadores informais de idosos e de crianças, entre outros). Os saberes populares fortalecem laços e vínculos entre as pessoas do território que buscam enfrentar os problemas e suprir as necessidades locais.

Isso acontece fortemente em nível local, em territórios de comunidades com população de baixa renda nos quais a exclusão social pela pobreza se faz presente de forma acentuada e a busca por redes de apoio se constitui como estratégia de sobrevivência.

As pessoas do território criam regras sociais de convívio que se desenvolvem ao longo do tempo. Essas regras sociais ou leis específicas podem ser formuladas pelo Estado (formais) ou pela sociedade (informais). As regras formais são escritas e se organizam juridicamente, nem todos as conhecem, mas devem se submeter a elas. As informais não estão escritas, mas todos as reconhecem, porque as pessoas do território as entendem e também se submetem a elas.

As regras, leis e os estilos de vida são formas de se viver no dia a dia e fazem parte da vida da população. São códigos e valores compartilhados que afetam a conduta das pessoas criando inclusive, culturas de comportamento que vão dizer o que se pode ou não fazer, o que se deve vestir e em que hora do dia, em quais espaços públicos as crianças podem brin-

car, em que lugar do territóriose pode ir sem correr riscos de qualquer tipo, e outras diversas formas de condutas do cotidiano (Monken, 2008).

Atualmente a convivência de diversos tipos de pessoas e grupos em um mesmo território vem se intensificando. Isso significa que existe sobreposição ou junção de várias formas de viver e de produzir no território. Muitos interesses em disputa em um mesmo território geram conflitos que devem ser identificados, compreendidos e solucionados.

As diversas formas de viver e produzir apresentam objetivos diferentes em relação ao uso do território. São moradores que vivem no lugar, empresas que se utilizam do território para produzir e comercializar mercadorias, associações de todo tipo que atuam localmente como as de lazer, de produção artística e manifestações culturais tradicionais e religiosas. Há ainda grupos sociais que atuam clandestinamente por meio da violência, como as gangs e quadrilhas, que impõem suas regras no território, gerando conflitos que podem aumentar as vulnerabilidades sociais e de saúde.

O poder público nos âmbitos municipal, estadual e federal também atua de forma específica no território. Por exemplo, os serviços de saúde e as escolas, cada um com seus processos de trabalho particulares, um com foco no cuidado em saúde e o outro, na formação integral das pessoas.

Para entender a multiplicidade de ações e usos do território, podemos comparar esses processos ao que acontece em uma quadra polivalente para uso esportivo (que equivale ao território). Existem demarcações na quadra que definem regras distintas para as diferentes modalidades e tipos de esportes a serem praticados (futebol, basquete, vôlei, handebol, entre outros). De forma semelhante, no território, diariamente, acontecem diferentes formas de vida e de uso, que, ao contrário da quadra polivalente, ocorrem simultaneamente, envolvendo diferentes pessoas e grupos.

De outro modo, há populações que vivem seu cotidiano em constante luta coletiva para permanecer nos territórios. Sofrem ou são submetidas a processos de perda ou expulsão do território, no sentido mais básico e material da existência. São os atingidos por barragens, os sem-terra, os sem-teto, os quilombolas, os pescadores artesanais, os indígenas, os que são expulsos pelos empreendimentos imobiliários, enfim, os excluídos socialmente dos benefícios do progresso material da sociedade.

Hoje vivemos um processo intenso de precarização das condições de vida da população e de produção de várias formas de vulnerabilidade social e riscos à saúde. Nesses territórios vulneráveis, a oferta de esgotamento sanitário, abastecimento de água, coleta de lixo e demais serviços essenciais são deficientes. Há ainda problemas de mobilidade e deslocamento, e faltam condições dignas de alimentação. Muitas vezes, para agravar ainda mais esta situação, são lugares com escassa coesão/ união social e ausência de força comunitária.

São muitos os territórios de exclusão e exceção. Nas cidades, por exemplo, esses territórios possuem alta densidade demográfica (muita população vivendo em um mesmo espaço), com fortes impactos de vizinhança (violência, tráfico, poluição, entre outros) e geografia peculiar em função da proximidade/aglomeração das moradias e estabelecimentos produtivos (pequenas indústrias e comércios), em associação com a precariedade dos acessos para as pessoas e mercadorias, por meio de estreitos logradouros, becos e vielas com fluxos e contatos intensos entre as pessoas e a inter-relação com o entorno.

Um aspecto importante em relação ao território é compreender as diferentes escalas nas quais ele se apresenta. No setor saúde é comum mencionarmos “nível local” como escala territorial de atuação de equipes de saúde que têm proximidade e vínculo com a população. A proximidade local que ressaltamos é a escala das relações entre as pessoas em uma mesma extensão, vivendo a intensidade de suas inter-relações no seu dia a dia (Monken, 2008).

No entanto, os territórios são construídos nas mais diversas escalas. Desde a escala do cotidiano, tendo o corpo humano e suas práticas sociais que acontecem no dia a dia (trabalho, escola, lazer), até as escalas oficiais de governo, que têm como objetivo as relações político-administrativas e de jurisdição.

Estes recortes territoriais se estendem espacialmente dos bairros e municípios para as escalas estaduais, regionais até as nacionais. As escalas são utilizadas pelos diversos setores de atividades do governo como forma de organizar suas ações e delimitar sua abrangência de atuação. Alguns exemplos são os territórios das equipes de saúde da família, as regiões de saúde e os distritos sanitários, todos eles territórios do Sistema Único de Saúde (SUS).

Os territórios nunca são semelhantes. Muitas vezes formam-se a partir de interesses particulares de pessoas, grupos e instituições que neles vivem ou produzem para atender a objetivos e finalidades específicas. Existem territórios com perfis próprios, como as comunidades de pescadores, de agricultura familiar, de operários, e também aqueles nos quais predominam abundância e riqueza.

Portanto, para o cuidado em saúde, os profissionais devem conhecer as características políticas, econômicas, ambientais, sanitárias e culturais das populações dos territórios, entre outras, dado que influenciam diretamente a história de vida das pessoas e determinam formas de perceber, experimentar e vivenciar a saúde, a doença e o cuidado.

O reconhecimento do território se realiza, assim, com a identificação dos recursos locais e das regras sociais de convivência, das potencialidades da população e de suas lideranças comunitárias, das ameaças à saúde, dos equipamentos e das ações do poder público, do resgate da história de ocupação e de lutas no território, além de suas tradições e manifestações culturais (Monken, 2008).

Isto permitirá que os grupos populacionais e os trabalhadores de saúde conjuntamente elaborem práticas populares de cuidado para a construção de uma vida mais saudável, aumentando a capacidade de promover melhorias nas condições de vida e na situação de saúde dos territórios.

Referências bibliográficas

GONDIM, Grácia Maria de Miranda et al. O território da saúde: a organização do sistema de saúde e a territorialização. In: MIRANDA, Ary Carvalho de et al. (org.). Território, ambiente e saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008. p. 237-255.

MONKEN, Maurício. Contexto, território e processo de territorialização de informações: desenvolvendo estratégias pedagógicas para a educação profissional em saúde. In: BARCELLOS, Christovam (org.). A geografia e o contexto dos problemas de saúde. Rio de Janeiro: Abrasco/Icict/Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2008. p. 141-164. (Saúde e Movimento, 6).

Texto originalmente publicado no livro EdPopSus - 2016

TEXTO 7

TERRITÓRIO RUA: A HETEROGENEIDADE DO VIVER

Keila Cristina Costa dos Santos

O território, tal como compreendido na perspectiva da Educação Popular em Saúde, é mais que uma delimitação geográfica ou técnica: é o lugar onde a vida acontece, onde se constroem sentidos, vínculos, práticas de cuidado, afetos e resistências. O território rua, por sua vez, emerge como um espaço específico e complexo dentro dessa concepção, um território marcado por fluxos, precariedades, disputas de poder, exclusão social, mas também por redes de solidariedade e formas próprias de produzir existência (Costa, 2013).

A rua não é apenas passagem: ela é morada para milhares de pessoas que vivem em situação de rua e que, cotidianamente, ressignificam seus modos de ser e estar no mundo a partir de vivências forjadas na ausência de políticas públicas efetivas, no estigma, e na luta diária por sobrevivência. É um território em constante movimento e reinvenção, onde a vida pulsa entre a invisibilidade e a resistência.

No território rua, a heterogeneidade do viver se revela de forma intensa. São homens, mulheres, idosos, jovens, crianças, pessoas LGBTQIAP+, gestantes, pessoas com deficiência, mães com seus filhos, migrantes, usuários de substâncias psicoativas, pessoas com transtornos mentais, todos partilhando a mesma condição de vulnerabilidade, mas com trajetórias, necessidades e subjetividades muito distintas. Essa diversidade desafia qualquer olhar homogêneo ou simplificador. Viver na rua é experimentar uma multiplicidade de tempos e ritmos, de laços afetivos frágeis ou potentes, de enfrentamentos com o Estado, com os serviços de saúde e com a própria sociedade (Costa, 2013).

A rua também é atravessada por múltiplos usos do território, conforme destacam Monken e Gondim (2016): o comércio formal e informal, o policiamento, os usos religiosos e culturais, as intervenções urbanísticas, as disputas entre grupos, facções ou forças institucionais. Nesse cenário, a população em situação de rua convive com normas oficiais (regras do Estado, dos ser-

viços públicos, das políticas assistenciais) e informais (regras das ruas, dos grupos, das relações de sobrevivência), que muitas vezes se sobrepõem ou entram em conflito. Essas regras determinam onde se pode dormir, comer, se proteger, circular, como também, em muitos casos, onde não se pode simplesmente existir.

Importante destacar que o território rua é também território de produção de saberes e práticas de cuidado. Mesmo na precariedade, florescem formas populares de autocuidado, redes de apoio entre pares, práticas espirituais e culturais, e estratégias coletivas de proteção. Parteiras, rezadeiras, lideranças comunitárias, mães cuidadoras e agentes sociais informais reinventam, no cotidiano, formas de bem viver e resistir às iniquidades sociais (Brasil, 2013).

A presença do Estado nesse território, muitas vezes, é marcada pela violência institucional e pela fragmentação dos serviços. Enquanto as Unidades Básicas de Saúde (UBS) são estruturadas por uma lógica territorial vinculada à residência fixa, os sujeitos que vivem em situação de rua são tratados como "sem território", o que dificulta o acesso ao cuidado contínuo, à vigilância em saúde e ao reconhecimento como sujeitos de direito, sendo apenas garantidos, muitas vezes, através dos Consultórios na Rua

(CnaR). É preciso resgatar o princípio da equidade, repensando práticas e políticas a partir de um olhar situado sobre o território rua, não como um "não lugar", mas como um espaço legítimo de vida.

Nesse sentido, a Educação Popular em Saúde convida a uma leitura crítica e afetiva da rua como território vivo, propondo o diálogo com os saberes da experiência, com os vínculos comunitários, com as demandas emergentes e com as lutas por dignidade. Isso implica ampliar o conceito de território para além dos limites administrativos, reconhecendo a rua como espaço de pertencimento, subjetividade e produção de cidadania (Freire, 1987; 1992).

Por fim, compreender o território rua em sua heterogeneidade é um chamado à escuta, à solidariedade e à radicalidade do cuidado. É reconhecer que a vida que ali acontece, apesar de violentada, continua inventando caminhos, traçando mapas afetivos, poéticos e políticos de resistência. Cabe aos trabalhadores e trabalhadoras da saúde, aos gestores públicos e à sociedade como um todo, construir pontes — não muros — com e para quem vive na rua.

Referências bibliográficas

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria no 2.761, de 19 de novembro de 2013. Institui a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do SUS (PNEPS-SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013.

COSTA, Leonardo Pessanha. O território da rua e o cuidado em saúde: redes, saberes e práticas na atenção à população em situação de rua. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2013.

FREIRE, Paulo. Pedagogia do oprimido. 17. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

FREIRE, Paulo. Pedagogia da esperança: um reencontro com a pedagogia do oprimido. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1992.

MONKEN, Maurício; GONDIM, Grácia Maria de Miranda. Território: lugar onde a vida acontece. In: BORNSTEIN, Vera Joana et al. (Org.). Curso de Aperfeiçoamento em Educação Popular em Saúde: textos de apoio. Rio de Janeiro: EPSJV, 2016. p. 109- 112.

Texto cedido pelo/a autor/a para esta publicação.

TEXTO 1

DEMOCRACIA E PARTICIPAÇÃO POPULAR: ALGUMAS CONSIDERAÇÕES

Helena Maria Scherlowski Leal David

Costumamos pensar em democracia como uma ideia dada, a respeito da qual não cabe discussão. Quando alguém indaga sobre “qual tipo de democracia existe” ou considera que “democracia é algo relativo”, surge logo certo mal-estar e confusão, porque para a maioria das pessoas, até mesmo para aquelas cujas ações são antidemocráticas, democracia deve existir e ponto final.

Aqui, vamos aprofundar um pouquinho o debate: será que a democracia é um valor universal, isto é, igual para todos? Ou seria um valor histórico, aquele que assume diferentes significados conforme a época? Ou os dois?

Do ponto de vista filosófico, é bem mais evidente. A democracia é uma ideia, um valor das sociedades humanas, buscado desde a Antiguidade. Aprendemos que esse valor nasceu - ou se tornou mais visível, historicamente na Antiguidade grega - o que permitia que os cidadãos tomassem decisões coletivas, baseadas no debate, argumentação e voto, em torno das questões importantes para a pólis, para a cidade. Por outro lado, sabemos também que nem todos podiam fazer parte da Ágora grega (reunião geral de pessoas) – mulheres e pessoas escravizadas não tinham voz, não podiam expressar suas ideias e apresentá-las como um projeto para a cidade.

Ainda assim, o valor essencial da democracia existia como ideia – mas colocá-la em prática não era automático.

Há várias maneiras de se conceber a democracia. Uma delas é a que a caracteriza de acordo com o tipo de participação das pessoas: democracia direta, indireta e participativa.

Na democracia direta, os cidadãos participam diretamente das decisões políticas e da formulação das leis. Eles têm o poder de votar e decidir sobre questões específicas. Era assim na Grécia Antiga, especialmente em Atenas, onde os cidadãos se reuniam em assembleias para discutir e votar em assuntos importantes para a cidade; mas como vimos, isso não era para todos, pois nem todos as pessoas eram consideradas cidadãs

Já a democracia representativa, também conhecida como democracia indireta, é adotada na maioria dos países atualmente. Os cidadãos elegem representantes por meio de eleições, que irão tomar decisões em seu nome e em benefício do povo. Os representantes eleitos ocupam cargos no governo, como parlamentares, senadores e presidentes. Essa forma de democracia permite que um grande número de pessoas participe das decisões políticas, mesmo que indiretamente.

Há também a ideia de democracia participativa, que busca aumentar a participação dos cidadãos no processo político. Além de eleger representantes, os cidadãos têm a oportunidade de se envolver ativamente na formulação de políticas e na tomada de decisões. Isso pode ser feito a partir de consultas populares, plebiscitos, audiências públicas e outras formas de participação direta. A democracia participativa visa fortalecer a relação entre o governo e os cidadãos, permitindo que estes tenham uma voz ativa na governança do país. Mas também pode ser uma forma de os cidadãos se organizarem para resistir ou se posicionar contra um governo.

O cientista político, filósofo e historiador italiano Norberto Bobbio desenvolveu uma série de reflexões problematizando a ideia de democracia. Para ele, não se trata de um único valor, mas de um conjunto de valores situados em um dado projeto coletivo de sociedade. Ou seja, são as pessoas vivendo o cotidiano e fazendo a história acontecer que irão conferir a "cara" que uma sociedade democrática terá, em cada conjuntura, impactadas pelos dispositivos de organização e convivência desta mesma sociedade (economia, política, instituições etc.).

Para Bobbio, existem alguns meios de categorizar o que é democracia. Vamos mostrar aqui como ele pensou este valor sob duas perspectivas antagônicas de vida política, econômica e social: a democracia liberal e a democracia socialista.

Segundo Norberto Bobbio (Bobbio; Matteucci; Pasquino, 2004), a democracia socialista é caracterizada pela busca por igualdade social, mediante a distribuição da riqueza, dentro de um sistema democrático. Ela visa conciliar os princípios democráticos com a implementação de políticas sociais e econômicas que busquem, cada vez mais, distribuir o poder econômico, a riqueza de um país e o poder político, reduzindo as desigualdades e promovendo

aparticipação popular nas decisões político-econômicas, por meio da escuta das vozes de cada vez mais pessoas. Trata-se de um projeto de sociedade a perseguir, o qual alguns países buscaram implantar, uns avançando mais que outros. A democracia socialista enfatiza a importância da propriedade coletiva dos meios de produção (fábricas, empresas, bancos) e a participação ativa dos cidadãos na tomada de decisões políticas (Córdoba Gómez, 2008).

Por outro lado, a democracia liberal é caracterizada pela ênfase na proteção dos direitos individuais, na limitação do poder estatal e na proteção das liberdades civis. Na visão liberal, o Estado (e seus subsequentes governos, eleitos ou não) deve ter o papel principal de garantir direitos individuais e influenciar o mínimo possível a distribuição das riquezas que, por sua vez, seria autorregulada pelas leis do mercado. A democracia liberal busca garantir a igualdade perante a lei, a liberdade de expressão, a liberdade de imprensa, a separação de poderes e o respeito aos direitos humanos. Segundo Rochamonte (2022), sob o ponto de vista dos liberais, a democracia liberal valoriza a competição política, a pluralidade de ideias e a participação dos cidadãos por meio do voto, em eleições livres e justas.

Ou seja, são interpretações da realidade, embates de ideias que resultam em ações individuais e coletivas diferentes.

Na concepção liberal, a disputa do poder político e o fato de que muitos não têm acesso às riquezas, principalmente os que as produzem, têm a ver com aspectos individuais e morais. Se houvesse vontade e oportunidade, todos poderiam usufruir do bem-estar e da riqueza. Sabemos bem que isso é pura retórica, já que no plano das relações históricas e políticas do nosso país, nunca houve chance igual para todos.

O que ocorre é que esses projetos de sociedade estão em confrontação, e o tempo todo precisamos responder para nós mesmos, como sociedade: o que queremos? Um país onde todos possam ter acesso a políticas sociais e ao bem-estar como direitos civis e humanos básicos – tal como nossa Constituição de 1988 afirma (apesar dos retalhos que vem sofrendo)? Ou vamos seguir “cada um por si” e cada um “que se vire”?

O que a participação popular tem a ver com isso?

Segundo Bobbio (Bobbio; Matteucci; Pasquino, 2004, p. 889), há um ideal democrático que [...] supõe cidadãos atentos à evolução da coisa pública,

infor-mados dos acontecimentos políticos, a par dos principais problemas, capazes de escolher entre as diversas alternativas apresentadas pelas forças políticas e fortemente interessados nas formas diretas ou indiretas de participação.

Em seguida, o autor lembra que isso é só um ideal, pois a realidade nos mostra que essa capacidade de obter informações e tomar decisões é apenas para um grupo reduzido de pessoas. Mesmo com toda a informação de massa que temos, sua qualidade ainda é baixa. E isso sem mencionar informações intencionalmente distorcidas, as mentiras que atualmente são contadas e veiculadas pelos variados tipos de mídia, e que não ajudam as pessoas a ficarem de fato informadas. Bobbio (Bobbio; Matteucci; Pasquino, 2004) distingue três formas de participação: a primeira se dá pela presença, o que significa que as pessoas estão presentes em uma dada arena de discussão ou decisão, porém de modo passivo ou marginal. Este é o exemplo mais pobre de participação.

As pessoas vão, ouvem e ficam quietas. Não fazem nada. Pode ser uma multidão. Mas isso é participar?

Na segunda forma, o autor propõe o termo ativação: as pessoas, além da presença, passam a desenvolver atividades que lhes foram delegadas (por um partido político, por um líder, numa situação de protesto, entre outras). Se a pessoa ou grupo passar a influir em algum resultado presente ou futuro, aí sim existirá participação de fato. E a terceira forma é quando podemos contribuir direta ou indiretamente para uma decisão política pelo voto, pela voz, pela organização coletiva, dentre outras possibilidades.

Vimos, então, que participação e democracia precisam ser pensadas de forma articulada e juntas, com base em um projeto de sociedade. Saúde é democracia e democracia é saúde, nos avisou o sanitarista Sérgio Arouca, como mencionado anteriormente, na abertura da 8ª Conferência Nacional de Saúde, que disparou a construção do SUS.

No setor da saúde, cabe, portanto, pensar sobre quais formas de participação queremos e podemos desenvolver; e lembrar que nosso SUS foi pensado e desenvolvido como parte de um projeto igualitário de sociedade, com justa distribuição de bens e riquezas, para que possamos seguir na construção de um país que seja inclusivo e onde se possa viver bem.

Referências bibliográficas

BOBBIO, Noberto; MATTEUCCI, Nicola; PASQUINO, Gianfranco. Dicionário de Política, verbete: participação política. 12. ed. Brasília, DF: Edit. UnB, 2004. p. 888-890.

CÓRDOBA GÓMEZ, Luis Antonio. Liberalismo y democracia en la perspectiva de Norberto Bobbio. Convergencia, Toluca, v. 15, n. 48, p. 29-48, dic. 2008. Disponível em: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-14352008000300002&lng=es&nrm=iso. Acesso em: 8 jun. 2024.

ROCHAMONTE, Catarina. “Liberalismo e democracia” de Norberto Bobbio. [Site]
Instituto Liberal. Publicado em: 6 out. 2022. Disponível em: https://www.institutoliberal. org.br/blog/liberalismo-democracia-de-norberto-bobbio/. Acesso em: 8 jun. 2024.

Texto originalmente publicado no livro EdPopSUS.

TEXTO 2

CAPITALISMO, POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA E (DES)PROTEÇÃO SOCIAL

***Patrícia Fraga*[1]**
***Hélder B. de Moraes Sarmento*[2]**

Resumo: Este artigo é parte integrante da dissertação intitulada "População em Situação de Rua e Acesso à Saúde" e objetiva incitar os debates a respeito da correlação entre o fenômeno social população adulta em situação de rua e o capitalismo. A discussão tem como eixo central de análise a categoria trabalho e busca situar a inserção do segmento populacional estudado no âmbito do chamado exército industrial de reserva. Bem como, os impactos da ideologia do capital voltada a responsabilização individual e criminalização da pobreza sobre este segmento populacional. O que historicamente e, ainda nos dias atuais conduz o Estado à implementação de medidas de caráter coercitivo, punitivo, higienista e fiscalizatório sobre a classe trabalhadora, especialmente aos segmentos populacionais de maior vulnerabilidade social como é o caso da população em situação de rua. E, com isso, ao mesmo tempo moraliza a sociedade pelas vias do trabalho, dificulta o acesso a proteção, direitos e políticas sociais.

Palavras-chave: População em situação de rua. Capitalismo. Trabalho.

Abstract: This article is an integral part of the dissertation entitled "Homeless People and Access to Health" and aims to encourage debates about the correlation between the adult social phenomenon living on the streets and capitalism. The discussion has as its central axis of analysis for the category of work and seeks to situate the insertion of the studied population segment in the scope of the so-called industrial reserve army. As well as the impacts of the ideology of capital aimed at individual accountability and criminalization of poverty on this population segment. What historically, and still today, leads the State to implement coercive, punitive, hygienist and inspection measures on the working class, especially on population segments with greater social vulnerability, such as the homeless population. And, with this, at the same time it moralizes society through work, difficulty in accessing protection, rights and social policies.

Keywords: homeless population. Capitalism. Job.

[1] Assistente Social. Graduação e mestrado em Serviço Social pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Doutoranda do Curso de Pós Graduação em Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Assistente Social do Hospital Universitário de Florianópolis. Membra do grupo de estudos e pesquisa em Serviço Social GEPSS.
Link do Currículo Lattes: http://lattes.cnpq.br/9032422268662875 E-mail: patriciafraga2@gmail.com

[2] Assistente Social. Graduação pela Faculdade de Ciências Humanas e Sociais de Curitiba. Mestrado e Doutorado em Serviço Social pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Professor da Universidade Federal de Santa Catarina. Coordenador do grupo de estudos e pesquisa em Serviço Social GEPSS.
Link do Currículo Lattes: http://lattes.cnpq.br/8755602376949137 E-mail: hboska@yahoo.com.br

Introdução

Este artigo traz parte das discussões e resultados da dissertação intitulada "População em Situação de Rua e Acesso à Saúde" desenvolvida junto ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina. Neste são trazidas discussões a respeito da temática população adulta em situação de rua especificamente direcionadas a contextualização histórica do surgimento e agravamento deste fenômeno social urbano no mundo ocidental.

Conforme Silva (2009, p.91) a população em situação de rua (PSR) corresponde a um grupo bastante heterogêneo mas que, possui algumas características comuns entre seus membros. Conforme aponta a Política Nacional para Inclusão Social da População em Situação de Rua esta população pode ser conceituada enquanto um:

> Grupo populacional heterogêneo, caracterizado por sua condição de pobreza extrema, pela interrupção ou fragilidade dos vínculos familiares e pela falta de moradia convencional regular. São pessoas compelidas a habitar logradouros públicos (ruas, praças, cemitérios, etc.), áreas degradadas (galpões e prédios abandonados, ruínas, etc.) e, ocasionalmente, utilizar abrigos e albergues para pernoitar (BRASIL, 2008, p. 08).

A partir dos dados levantados pela Pesquisa Nacional da População em Situação de Rua realizada em 2008 a PSR é predominantemente composta por pessoas do sexo masculino (82%) negros e pardos em idade laboral (entre 25 e 44 anos). Com relação a situação sócio econômica desta população, segundo a pesquisa a maioria (52,6%) recebe entre R$ 20,00 e R$ 80,00 semanais, sendo que 70,9% dos entrevistados exercem alguma atividade remunerada como catador de materiais recicláveis (27,5%); flanelinha (14,1%); construção civil (6,3%); limpeza (4,2%) e carregador/estivador (3,1%). Já com relação aos níveis de escolaridade tem-se que apenas 3,2% concluíram o ensino médio (BRASIL, 2008, p. 10).

Dentre os principais motivos apresentados pelos entrevistados para a ida para a rua estão os problemas de alcoolismo e/ou drogas (35,5); desemprego (29,8%) e desavenças familiares (29,1%) (BRASIL, 2008, p. 10). A Pesquisa Nacional da População em Situação de Rua proporciona, portanto, uma dimensão em termos quantitativos das desigualdades de gênero, etnia, cor e classe social no âmbito do sistema capitalista. E, conforme Silva (2009) sua análise é imprescindível ao Serviço Social, visto que representa uma das mais cruéis expressões da questão social.

Para fundamentação desta discussão tomou-se como método o materialismo histórico e dialético, com vistas a compreender o fenômeno criticamente, percebendo as mediações e os movimentos contraditórios que a permeiam. Portanto, a reflexão se dá sob a perspectiva da totalidade, de acordo com Lukács (1979, p. 28) "[...] a totalidade não é um fato formal do pensamento, mas constitui a reprodução mental do realmente existente [...]", podendo ser captada a partir da unidade entre singular, universal e particular. Partindo-se, portanto, da realidade concreta, ou seja, da estrutura e dinâmica do objeto de estudo no movimento da realidade sócio histórica. Conforme Lukács:

> A ciência autêntica extrai da própria realidade as condições estruturais e suas transformações históricas e, se formula leis, estas abraçam a universalidade do processo, mas de modo tal que deste conjunto de leis pode-se retornar – ainda que frequentemente através de muitas mediações – aos fatos singulares da vida. É precisamente esta dialética concretamente realizada de universal, particular e singular (LUKÁCS, 1978, p. 88).

Nestas condições, o objetivo deste artigo é realizar algumas mediações e reflexões a respeito da temática da PSR e sua conformação enquanto fenômeno social urbano de grandes proporções no âmbito do sistema capitalista.

A gênese do fenomeno social população em situação de rua

Parte-se do pressuposto que a população em situação de rua (PSR) é um fenômeno social inerente a forma de estruturação da sociedade capitalista, cuja história conforme Silva (2009, p. 25):

> [...] remonta ao surgimento das sociedades pré-industriais da Europa, no contexto da chamada acumulação primitiva, em que os camponeses foram desapropriados e expulsos de suas terras, sem que a indústria nascente, nas cidades os absorvesse com a mesma celeridade com que se tornaram disponíveis [...]. É nesse contexto que se origina o fenômeno população em situação de rua. No seio do pauperismo, que se generalizou por toda a Europa Ocidental, ao final do século XVIII, compondo as condições necessárias à produção capitalista.

O que significa, nestas condições, que o fenômeno população em situação de rua encontra-se diretamente correlacionado às condições de pauperização da classe trabalhadora e desemprego em massa que são as condições essenciais ao desenvolvimento capitalista. Ou seja, a PSR é "[...] uma expressão incontestante das desigualdades sociais resultantes das relações sociais capitalistas, que se desenvolvem a partir do eixo capital/trabalho. E, como tal, é expressão da chamada questão social" (SILVA, 2009, p. 27). A compreensão a respeito de como a população em situação de rua se torna um fenômeno

social de grandes proporções presente em todo o mundo contemporâneo, exige portanto, o estudo e o olhar crítico, dialético e histórico sobre a gênese e o desenvolvimento do sistema capitalista de produção.

Em A Origem do Capital: a Acumulação Primitiva, Marx (1979) traça o caminho da cooperação simples de produção artesanal, que passa pela manufatura e evolui tecnologicamente até a maquinaria. Marx (1979) demonstra de que forma tais mudanças nos modos de produção se desdobram em formas de controle e manipulação do capital sobre a classe trabalhadora. Nesta direção, a evolução dos processos de produção levou a homogeneização do trabalho simples, ou seja, do trabalho desprovido de conteúdo, com a alienação do homem com relação ao produto e ao próprio trabalho que executa. Na mesma obra (Tomo II, 1985) o autor toma como foco da análise a Inglaterra para expor as condições pré e pós instauração do sistema capitalista. Nesta direção, aponta que a escravidão desaparece no século XIV, e, por volta do século XV, a maior parte da população era composta por "camponeses livres, economicamente autônomos" (MARX, 1984, p. 263) que cultivavam suas próprias terras, ou seja, o antigo servo havia dado lugar ao rendeiro independente. Desta forma, a terra era partilhada de forma comunal, conforme aponta o autor:

> O traço mais característico da produção feudal em todos os países da Europa Ocidental, é a partilha do solo entre o maior número possível de semi-servos. O senhor feudal era como qualquer outro soberano; seu poder dependia mais do número de seus súditos que do conteúdo de sua bolsa, isto é, dependia do número de camponeses estabelecidos em seus domínios (MARX, 1979, p. 20).

Entretanto, a prosperidade e abundancia do povo caminhavam na contramão do sistema capitalista que se gestava naquele momento histórico uma vez que, "[...] esta riqueza do povo excluía a riqueza capitalista" (MARX, 1979 p. 21). Isso desencadeou em fins do século XV e início do XVI uma grande Revolução que que lançou nas cidades industriais que se formavam "uma massa de proletários sem lar e sem pão" (MARX, 1979, p. 21). Neste processo os bens comunais dos camponeses foram usurpados, estas pessoas foram expulsas e suas terras transformadas em pastos, casas e aldeias inteiras foram destruídas. Assim, enormes massas populacionais ficam impossibilitadas de prover sua própria subsistência e a de suas famílias.

E é segundo Marx (1979, p.26) exatamente isto, que "o sistema de produção capitalista precisava, a condição servil das massas, sua transformação em mercadoria e a conversão de seus meios de trabalho em capital".

A partir do século XVII, as terras já haviam sido completamente expropriadas dos pequenos proprietários e apropriadas por grandes arrendatários, forçando o povo a trabalhar para outrem para conseguir dinheiro a ser trocado no mercado por seus meios de subsistência. Conforme destaca Marx: [...] a situação das classes inferiores do povo piorou sob todos os aspectos; os pequenos arrendatários e proprietários foram reduzidos à situação de jornaleiros e mercenários, e ao mesmo tempo, nestas condições, lhes é mais difícil ganhar o sustento (MARX, 1979, p. 39). Ao passo de que uma grande massa de trabalhadores não é absorvida pelo mercado de trabalho em ascensão que desempregada e, sem ter como manter sua subsistência acaba indo parar nas ruas das cidades. Sendo assim "[...] estes homens, bruscamente arrancados de suas ocupações habituais, não se podiam adaptar prontamente à disciplina do novo sistema social, surgindo, por conseguinte, deles, uma porção de mendigos, ladrões e vagabundos" (MARX, 1979, p. 57).

Em decorrência desta situação que "ameaça" a classe burguesa cria-se a legislação contra a vadiagem na lógica da culpabilização e criminalização do próprio indivíduo por sua incapacidade de prover sua subsistência. Marx, afirma que tal legislação passa a vigorar no reinado de Henrique VIII em 1530 e proclama que:

> Os mendigos velhos e incapacitados para o trabalho obtinham permissão para implorar a caridade. Os vagabundos robustos eram condenados ao látego e encarcerados. Atados a parte traseira de um carro deviam ser fustigados até que o sangue jorrasse de seu corpo, depois deviam comprometer-se mediante juramento, a voltar para o lugar de seu nascimento ou para o sítio onde tinham vivido durante os últimos três anos e pôr-se novamente a trabalhar. [...] No caso da primeira reincidência o vagabundo deve ser açoitado novamente, devendo-se cortar-lhe meia orelha; à segunda reincidência é tratado como traidor e executado como inimigo do Estado (MARX, 1979, p. 58).

A entrada no século XVIII, inicia uma nova fase do capitalismo e consequentemente uma nova fase de expropriação das condições de vida dos trabalhadores com a indústria moderna através do emprego da maquinaria. O emprego da maquinaria de acordo com Marx: [...] como qualquer outro desenvolvimento da força produtiva de trabalho, tem por fim baratear as mercadorias, encurtar a parte do dia de trabalho da qual precisa o trabalhador para si mesmo, para ampliar a outra parte que ele dá gratuitamente ao capitalista" (MARX, 2002, p. 427). Com a maquinaria o capitalista investe em trabalho morto e descarta trabalho-vivo conduzindo uma vasta gama de trabalhadores ao desemprego. Assim, ocorre a formação do chamado "exército industrial de reserva" a partir da condenação de uma parte da classe trabalhadora à ociosidade força

da,em virtude do trabalho excessivo da outra parte em prol do enriquecimento individual dos capitalistas (MARX, 2001, p. 740).

Isso ocorre porque o lucro do capitalista advém da quantidade de trabalho não-pago, ou seja, do trabalho excedente. Este é possível através da aquisição pelo capitalista de um conjunto de horas superior ao tempo socialmente necessário para reprodução da mercadoria força de trabalho. Contudo, para ampliar ainda mais este excedente, e com isso obter mais lucro, o capitalista prorroga a jornada de trabalho e extrai assim, a mais-valia absoluta. Com a maquinaria ambos os processos tornam-se possíveis ao capitalista conduzindo o capitalismo às condições ideais de expansão. Conforme Marx (2001, p. 748) "a força de trabalho disponível é ampliada pelas mesmas causas que aumentam a força expansiva do capital. Esta é a lei geral, absoluta, da acumulação capitalista".

Este chamado "exército industrial de reserva" possui pelo menos três funções muito claras na ordem capitalista, a primeira refere-se a disposição de força de trabalho abundante ao capital:

> [...] se uma população trabalhadora excedente é produto necessário da acumulação ou do desenvolvimento da riqueza no sistema capitalista, ela se torna, por sua vez, a alavanca da acumulação capitalista e, ao mesmo tempo, condição de existência do modo de produção capitalista. Ela constitui um exército industrial de reserva disponível, que pertence ao capital de maneira tão absoluta como se fosse criado e mantido por ele. Ela proporciona o material humano a serviço das necessidades variáveis de expansão do capital e sempre pronto para ser explorado, independentemente dos limites do verdadeiro incremento da população (MARX, 2001, p. 735).

Em segundo lugar, quanto mais os trabalhadores desempregados necessitarem da oferta de trabalho, ou seja, quão maior for sua demanda, mais facilmente o capitalista poderá manipular os salários a favor da acumulação de capital. Em terceiro lugar, o "exército industrial de reserva" tem por função despertar o medo e a insegurança naqueles que estão empregados. Isso porque o capital, além de ter a sua disposição a mão de obra excedente, precisa que não haja resistência com relação aos 37 baixos salários pagos e as péssimas condições de trabalho oferecidas. Conforme elucida Marx:

> O trabalho excessivo da parte empregada da classe trabalhadora engrossa as fileiras de seu exército de reserva, enquanto, inversamente, a forte pressão que este exerce sobre aquela, através da concorrência, compele-a ao trabalho excessivo e a sujeitar-se às exigências do capital. A condenação de uma parte da classe trabalhadora à ociosidade forçada, em virtude do trabalho excessivo da outra parte, torna-se fonte de enriquecimento individual dos capitalistas (MARX, 2001, p. 740).

A PSR é parte integrante da “superpopulação relativa”, ou “exército industrial de reserva”, classificada por Marx em três formas: flutuante, latente e estagnada. A flutuante é, em síntese, constituída pelos trabalhadores que oscilam entre a condição de empregados e desempregados conforme a demanda da produção. A superpopulação latente é composta em geral, por trabalhadores do campo, que perderam seus empregos na agricultura. Essa população tende a se aglutinar nos grandes centros urbanos, submetendo-se a baixos salários e péssimas condições trabalho e de vida. E por fim, a superpopulação estagnada é composta pela parte da classe trabalhadora incluída em ocupações irregulares, com baixos salários, ausência de proteção social e longas jornadas de trabalho.

Essa oscilação entre emprego e desemprego, inserção informal e instável em ocupações laborais irregulares e a migração para os centros urbanos em busca de trabalho e melhores condições, de vida, características da “superpopulação relativa”, acaba por levar muitos indivíduos à situação de rua. Com o passar do tempo e a rápida expansão do sistema capitalista por todo o mundo o aumento do pauperismo, miséria e a criação de grandes lacunas econômicas entre classes, a PSR se tornou um fenômeno social urbano de grandes proporções. Esse aumento considerável no número de pessoas em situação de rua despertou na sociedade uma série de sentimentos negativos, tais como, nojo, asco, pena, indiferença que resultaram em medidas punitivas e persecutórias radicais. E, no lugar de medidas voltadas a proteção social e de redistribuição das riquezas socialmente produzidas com consequente (re) inclusão dos indivíduos na sociedade e acesso aos direitos sociais, pelo contrário, foram instauradas medidas higienistas e punitivas.

Uma das primeiras ações higienistas na Europa voltadas a limpeza urbana foi a chamada Lei dos Pobres na Inglaterra. E, objetivava acolher aqueles considerados mendigos, vagabundos e loucos nas paróquias e reinseri-los no mercado de trabalho. Essa política pública era baseada, portanto, na higiene urbana e, justificava por motivo de saúde pública, a intervenção estatal na casa das pessoas pobres. Estas pessoas eram periodicamente inspecionadas, bem como, suas moradias que deveriam atender as regras de higiene, e, àqueles que não tivessem moradia seriam recolhidos das ruas, pois, significavam ameaça à saúde pública.

Aos médicos urbanistas cabia, portanto, a missão de criar as teorias normativas dos ideais de saúde coletiva, urbana e individuais e aos urbanistas foi entregue a missão de coloca-las em prática atendendo as exigências da or

-dem pública. Esse intervencionismo no espaço urbano e, na esfera privada da vida dos pobres possuía a premissa da recuperação da salubridade perdida com o rápido processo de industrialização na Europa que tornara os espaços doentios. As cidades ideais seriam, segundo esta lógica, limpas física e moralmente, isentas de elementos humanos ou materiais que corrompessem sua integridade, para construção deste modelo, foram utilizadas uma série de medidas de controle e ordenação de condutas, ações e atitudes humanas.

Acreditava-se que com a Revolução Industrial e, lotação desordenada das cidades estas se tornaram lugares doentios e insalubres que incitavam comportamentos humanos da pior espécie, crimes, violência, perversão, entre outros. Além disso, com os grandes aglomerados de gente em precárias condições de higiene e salubridade as epidemias se alastravam causando mortes, sequelas e, consequentemente pânico. Estas condições fortalecem o pensamento médico-higienista que influencia filósofos, urbanistas, e administradores políticos que elaboraram leis dentro destes princípios. O ideal de ajustamento urbano e social preconizava assim, uma ética moralizante pelo trabalho e vida digna dentro dos padrões ideológicos do capital.

E, nesta direção, em 1730 na Inglaterra são criadas as workhouses que nada mais eram que prisões, ou melhor, depósitos de gente "[...] onde os menos capazes para o trabalho eram utilizados para fazer vários tipos de produtos (principalmente, fiar) " (FALEIROS, 1991, p. 11). A "solução" para o crescente número de pessoas morando nas ruas da Europa passa a ser, portanto, a prisão daqueles que fossem considerados "vagabundos". Na prisão estes permaneceriam sob regime de trabalho obrigatório sob a ótica do poder disciplinar. A este respeito Castel (2008, p. 124) afirma que:

> Trata-se se uma estrutura administrativo-policial autônoma, com o objetivo especial de submeter os indigentes válidos ao trabalho forçado. Os vagabundos e mendigos presos não dependem mais nem das autoridades hospitalares nem do aparelho da justiça ordinária. São diretamente levados para os depósitos pelas autoridades encarregadas da manutenção da ordem.

A insalubridade e total falta de recursos necessários a vida fazia com que estes depósitos se tornassem verdadeiros morredouros. Com objetivo de arrancar utilidade de pessoas transformadas em corpos descartáveis pela ordem vigente. Para Chalhoub (1986, p. 29) o conceito de trabalho no sistema capitalista assume "[...] uma roupagem dignificadora e civilizadora". E, se torna um valor absoluto na sociedade cujo fim consiste na obtenção de lucros a partir da expropriação de trabalhador que "[...] assim destituído, deveria prazerosamente mercantilizar sua força de trabalho" (CHALHOUB, 1986, p. 29).

As workhouses tinham, portanto, a missão moralizadora pelas vias do trabalho, com vistas ao extermínio da vagabundagem e da mendicância através do enclausuramento forçado.

Não só aqueles que viviam nas ruas, mas também, os pobres em geral eram constantemente vigiados no intuito da manutenção da ordem. Bresciani (1986, p. 23) destaca o papel do chamado visitador do pobre, que "[...] seja na versão leiga ou na religiosa, chegou até o século XIX como uma personagem estratégica para manter sob vigilância aqueles que dependiam do auxílio da caridade" (BRESCIANI, 1986, p. 23).

Desta maneira, percebe-se que as primeiras respostas ao aumento gradativo da miséria na Europa após a instauração do sistema capitalista foram o ajustamento dos então chamados "mendigos", "desajustados" e "miseráveis". Através das casas correcionais buscava-se incutir a lógica servil em toda população carente que necessitava de abrigo, desde crianças até idosos. E, com isso, principalmente a Inglaterra, centro mundial da Revolução Industrial, objetivava controlar a população pobre através da lei e da punição.

A noção de situação de rua como sinônimo de "vadiagem", "preguiça", "promiscuidade", "classe perigosa" e "imoralidade" foram construções ideológicas capitalistas voltadas ao controle da classe trabalhadora. Versam, portanto, a incitação de um processo de passividade social, fazendo-se crer que o desemprego e o pauperismo, que podem levar o indivíduo à situação de rua, são falhas morais de caráter. Assim, a correção à disfunção de caráter se daria apenas através do trabalho, castigo e disciplinarização. Essa incitação ideológica à lógica laboral muito interessa ao capital que tem na exploração do trabalho sua fonte inesgotável de lucro.

Ao fim da primeira guerra mundial (1914-1918) a situação econômica e política desfavorece ainda mais a atenção social na Europa. Neste período, a Inglaterra buscava se reerguer através da modernização de sua produção e a da adesão a medidas protecionistas, com vistas a reduzir as importações norte-americanas. Ademais, o grande estoque de produtos gerados pelo sistema fordista-taylorista não encontrava saída no mercado devido as condições econômicas e sociais dos países no pós-guerra. Junto a outros elementos esta situação acaba desencadeando a crise de 1929, marcada pela "quebra" da Bolsa de Valores de Nova Iorque. Desta crise, resultaram quatorze milhões de desempregados, bancos falidos e milhares de empresas fechadas. Tal situação não afetou unicamente os Estados Unidos, mas também os diversos

países que exportavam para o mercado norte-americano.

Para superar a crise o então presidente norte-americano Franklin Roosevelt, implantou um conjunto de medidas que ficou conhecido como "New Deal", baseadas nas propostas de John Keynes, que primavam pelo pleno emprego dos trabalhadores. O Estado passou, desta forma, a intervir diretamente na economia através de concessões de empréstimos, controle dos preços, fixação de salários-mínimos e criação de salários-desemprego, conseguindo controlar relativamente a crise, ampliando a atenção a massa de trabalhadores desempregada, o que acabou extensivamente levando atendimento à PSR, reduzindo a lógica punitiva do Estado.

Já no Brasil dos séculos XVIII e XIX a assistência social ainda estava associada a "ajuda" aos chamados "moradores de rua", que provinham de iniciativas voluntárias e das igrejas principalmente das Santas Casas de Misericórdia. Halmer (1986, p. 283) aponta que no século XIX a pobreza ainda fora tratada como "fonte de desordens, doenças perigosas e força muscular". E, nestas condições o Brasil neste período buscava ainda inspiração para elaboração de projetos de lei e medidas governamentais voltadas a PSR naquelas adotadas pelos países europeus e norte-americanos nos séculos XVI e XVII.

O Welfare State (Estado de Bem Estar Social) nem chega ao Brasil e acaba perdendo sua força potencial, ao responder as emergências da crise instaurada o pós-guerra (1939-1045), derrubado pela supremacia do capital. Sua derrocada é agravada pela adoção do modelo toyotista de produção flexível a partir dos anos 1980 demarcando um período de revolução tecnológica na esfera produtiva com base na microeletrônica. No toyotismo o trabalhador pode ser facilmente substituído e, se diminui a necessidade de mão de obra humana. Nestas condições, pode-se afirmar que a produção capitalista altera seus meios para obtenção de lucro mas, sua lógica e finalidades permanecem inalteradas. Na atualidade, além das altas taxas de desemprego ocorre um gradativo aumento nos índices de inserção informal no mercado de trabalho com a expansão de empregos no setor de serviços de forma terceirizada.

O que se percebe é que o trabalho sempre ocupou e ainda ocupa um lugar central em todo o mundo, entretanto com a instauração do capitalismo, o trabalho deixa de ser uma "[...] ação transformadora da natureza, realizada pelos seres humanos de forma consciente" (SILVA, 2009, p. 257) com a finalidade de atender às suas necessidades. E passa a ser uma atividade alienada e fetichizada orientada para a finalidade única de criação de novas mercadorias e lucros para os detentores de capital e meios de produção. O trabalho, se torna, portanto, "uma mercadoria especial" (SILVA, 2009, p. 257), que serve-

como base de sustentação do capitalismo não apenas na manutenção de seus pilares peremptórios, mas também como alavanca de sua ascendência.

Na contemporaneidade, desenvolve-se de acordo com Ianni (2004) um novo ciclo de expansão do capitalismo que conta com o globalismo como novo palco da história e com o neoliberalismo como teoria, prática e ideologia de dominação. O autor alerta para a formação de um novo e aterrador palco da história onde se desenvolvem concomitantemente "o progresso e a decadência, a prosperidade e a miséria, a pauperização absoluta e a pauperização relativa, a civilização e a barbárie" (IANNI, 2004, p. 29). O capitalismo permeado pela ideologia neoliberal no contexto da globalização adquire uma nova dinâmica que se alastra e adensa em escala mundial. Conforme Ianni (2004, p. 27) "enquanto modo de produção e processo civilizatório, o capitalismo invade mais uma vez, os territórios e as fronteiras, os povos e as nações, as culturas e as civilizações". Dissemina a ideologia que transforma as relações sociais em relações de mercado, onde cidadania se torna sinônimo de possibilidade de consumo aos bens do mercado.

Ao tratar do movimento de múltiplas transformações nas diferentes sociedades nas últimas décadas do século XX a partir do novo cenário político, econômico e social que se instaura com o processo de globalização e avanço tecnológico, Bulla et al. (2004, p. 33) destacam os impactos destas transformações para a classe trabalhadora e, alertam que:

> [...] como corolário dessas transformações, cada vez mais, em diferentes espaços geográficos e com graus de intensidade variados, tem-se observado um maior índice de desemprego estrutural, um desmonte do sistema de proteção social e um alheamento a direitos sociais e trabalhistas.

Este novo ciclo de "racionalização do mundo" (IANNI, 2004, p. 95) incide, portanto, diretamente sobre a vida dos trabalhadores, em especial sobre os desempregados e empregados sob condições precárias. Incide ainda mais violentamente sobre àqueles que sob estas condições vivenciam a experiência de pauperização absoluta fazendo das ruas seu local de moradia. As ruas dos grandes centros urbanos aparecem portanto, enquanto grandes refletoras da dicotomia cruel do sistema capitalista. Visto que abrigam tanto as grandes empresas multinacionais, quanto aqueles "seres humanos transformados em sucata, graças a lógica de destruição criativa" (IANNI, 2004, p. 156). Seres humanos estes, chamados à responsabilidade de culpados do destino a qual se encerram e capazes de transformá-los apenas com a força de vontade. Conforme Bulla et al. (2004, p. 34) estes indivíduos são de modo fetichizado "levados a se considerarem os únicos responsáveis pela situação da qual, na

Sob o prisma da organização capitalista contemporânea, a problemática das pessoas em situação de rua apenas se agrava devido ao aumento do desemprego estrutural, estímulo a competitividade e crescente individualização das relações sociais: O pressuposto do neoliberalismo, hegemônico nos dias atuais, é o de que o progresso e o desenvolvimento só são possíveis através da competitividade. E o confronto, o choque entre interesses diferentes ou contrários, que vai fazer com que as pessoas lutem, trabalhem, se esforcem para conseguir seu bem estar, sua qualidade de vida, sua ascensão econômica. Desta forma, o capitalismo representado pela ideologia neoliberal, culpabiliza o sujeito por seus "fracassos" e responsabiliza cada um por seu "sucesso".

Desenvolve-se, portanto, uma supervalorização do indivíduo, em detrimento das lutas de classe e uma competitividade exacerbada entre os próprios homens sem levar em conta as condições sociais, econômicas e culturais que os põe em desigualdade. Guareschi (2001, p. 147) classifica o contexto atual através do termo "metafísica da competitividade":

> Mas atenção não se trata aqui da competitividade que se estabelece no mercado apenas, [...] trata-se da competitividade que se estabelece entre os seres humanos o que se instala é um novo tipo de guerra. O ser humano, como ser isolado e egoísta (dogmas do liberalismo), tem de competir para sobreviver, de um lado, e de outro, para trazer progresso (GUARESCHI, 2002, p. 147).

Esta lógica se reflete na minimização do Estado no atendimento às necessidades sociais, nas palavras de Ianni:

> O poder estatal é liberado de todo e qualquer empreendimento econômico ou social que possa interessar ao capital privado nacional e transnacional. Trata-se de criar o "Estado mínimo", que apenas estabelece e fiscaliza as regras do jogo econômico, mas não joga. [...] O que está em causa é a busca de maior e crescente produtividade, competitividade, e lucratividade, tendo em conta mercados nacionais, regionais e mundiais (IANNI, 2004, p. 314).

Guareschi (2002, p. 150) demonstra que este distanciamento das funções estatais com relação a proteção social e consequente responsabilização dos sujeitos por sua condição social, correspondem a estratégias que servem para sacralizar, legitimar e reproduzir as relações de exclusão. Nesta direção, aponta que "as pessoas são individualmente responsabilizadas por uma situação econômica adversa e injusta". E conclui que o resultado desta ideologia "é a exclusão não apenas de alguns, mas de milhões, ou bilhões de seres humanos" (GUARESCHI, 2001, p. 150).

O que se conclui, portanto, é que todo o conjunto de fatores necessários

aapropriação e acumulação capitalista, são em contrapartida estopins de processos de pauperização. Pauperização esta, que desencadeia o fenômeno social população em situação de rua, que apesar de multideterminado possui causas estruturais vinculadas ao processo de acumulação capitalista, principalmente no que se refere a necessidade da geração de uma superpopulação relativa. No contexto atual a população em situação de rua se apresenta enquanto uma das expressões mais radicais da questão social, na medida em que, explicita as contradições e as formas violentas sob as quais o capitalismo incide sobre a classe trabalhadora.

Enfim, diante deste quadro de incertezas que condicionam o contexto social contemporâneo e da gravidade da situação de responsabilização individual e violação de direitos que caracteriza a população em situação de rua faz-se urgente a implementação de políticas públicas capazes de ampliar a abrangência protetiva do Estado para com esse grupo populacional. Entretanto, é preciso também esclarecer que, apesar de fundamentais, os avanços em termos de proteção social não significam a superação deste fenômeno social, uma vez que esta é possível apenas, através da superação do sistema capitalista.

Considerações finais

Este estudo buscou estabelecer as correlações entre o surgimento e agravamento do fenômeno população em situação de rua e o capitalismo com enfoque na categoria trabalho. Isso porque o lucro do capitalista detentor dos meios de produção, advém da quantidade de trabalho não-pago, ou seja, trabalho excedente realizado pelo proletariado. Este lucro é obtido através da exploração de um conjunto de horas de trabalho superior ao tempo necessário para reprodução de dada mercadoria. Com objetivo de maximizar os lucros o capitalista prorroga a jornada de trabalho e extrai assim, a mais-valia absoluta. Em outras palavras, o sistema capitalista pressupõe o livre trabalho, ou seja, advoga que o trabalhador é livre para vender no mercado a única coisa que tem: sua força de trabalho. Ao trocar sua mercadoria (força de trabalho) por um salário, no entanto, tem-se um benefício desproporcional entre os ganhos de trabalhadores e capitalistas já que a força de trabalho produz muito mais que o necessário, gerando assim, um lucro excedente ao capitalista. A essa relação e seus resultados Marx aplica a lei do valor, para explicar “como, sem nenhuma trapaça violenta, o produto do trabalho assalariado se converte por si mesmo num miserável meio de vida para o trabalhador e em riqueza ociosa para o capitalista” (LUXEMBURGO, 2017, p. 21).

O sistema capitalista de produção inaugura uma nova relação do homem com o trabalho, ser humano empregado como proletário deve abandonar suas capacidades teleológicas e, tornar-se subordinado a máquina. As máquinas passam a ditar o ritmo do trabalho e o detentor dos meios de produção é quem ditará o que, e quando será produzido. Neste sistema de produção o trabalhador não significa nada além de força de trabalho ao seu empregador, ou seja, o trabalhador aos olhos do capitalista não passa de uma mercadoria altamente lucrativa, porém facilmente descartada e substituída. Conforme Engels (2008, p. 61) "[...] a classe industrial que se enriquece diretamente com a miséria dos operários, nada quer saber dessa miséria".

Tal cenário se agrava a partir do final do século XX quando o capitalismo inaugura uma nova fase, o chamado capitalismo financeiro onde bancos e grandes empresas capitalistas se unem em prol da maximização de lucros. Fazendo surgir as empresas multinacionais e transnacionais, e o fortalecimento de práticas monopolistas. O mundo se torna globalizado com o neoliberalismo como doutrina predominante.

Os impactos sociais para a classe trabalhadora a partir da instauração do modo capitalista de produção são imensos. Além das consequências físicas e mentais que essa mecanização da atividade laboral ocasiona, é inaugurada também uma nova racionalização da vida em sociedade. Afinal, para máxima absorção de lucros pelo capitalista é essencial o máximo desempenho da força de trabalho, portanto, é fundamental que o trabalhador não esgote suas energias em outras atividades para além do trabalho. Com isso, são exigidas dos trabalhadores transformações sociais, morais e comportamentais, ou seja, o capitalismo necessita que sua mão de obra seja dócil e moralmente domesticada. O trabalho passa a ser, mais do que nunca, o eixo moral que determina o bom e o mau individuo, o cidadão de bem ou o vagabundo desocupado que onera o sistema.

O mercado de trabalho, portanto, cada vez mais se afunila exigindo que o trabalhador se especialize e qualifique, sem que lhe sejam oferecidas condições objetivas para isso. O acesso ao trabalho formal se torna mais elitizado e menos acessível a boa parte da população que não tem condições de se adequar a série de exigências das empresas, é descartada. Uma parte desta população passa a integrar o mercado informal de trabalho para manter sua subsistência, em condições precárias trabalham em funções que exigem um nível, de especialização menor como é o caso dos ajudantes de obras da construção civil, dos catadores de material reciclável, vigias de carros em estacionamentos, descarregadores de carga, etc. E, esta parcela da população que, sem acesso a direitos sociais e trabalhistas e, sem garantias de emprego e renda

acaba tendo maior propensão à situação de rua.

A lógica perversa de manipulação da força de trabalho implementada pelo Toyotismo, associada a mecanização de base microeletrônica com a substituição do trabalho vivo e, o não investimento em políticas sociais transformaram o desemprego em um fenômeno de ordem estrutural. O desemprego, por sua vez, amplia-se e torna-se estrutural, e, mesmo no Brasil, onde passou a ser referenciado pela Política Nacional para Inclusão Social da População em Situação de Rua (2008, p. 11), ainda é um dos principais motivos pelos quais as pessoas passam a viver e morar nas ruas. Sendo assim, é possível afirmar que a população em situação de rua é um fenômeno social que se agrava a partir da degradação do trabalho no sistema capitalista.

Referências bibliográficas

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome. Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura. Política Nacional para Inclusão Social da População em Situação de Rua. Brasília, 2008.

BRESCIANI, Maria Stella M. Londres e Paris no século XIX: O espetáculo da Pobreza. 8.ed. São Paulo: Brasiliense, 1986.

BULLA, Leonia Capaverde; MEDEIROS, Maria Bernardete de Moraes; MENDES, Jussara Maria Rosa; PRATES, Jane Cruz. A Exclusão Social como uma das manifestações da Questão Social no Contexto Brasileiro. In: As múltiplas formas de exclusão social. EDIPUCRS, 2004.

CASTEL, Robert. As metamorfoses da questão social: uma crônica do salário. Petrópolis: Vozes, 1998.

CHALHOUB, Sidney. Trabalho, bar e botequim. São Paulo: Brasiliense,1986.

ENGELS, Friedrich. A Situação da Classe Trabalhadora na Inglaterra. São Paulo. Editora Boitempo, 2008.

FALEIROS, Vicente de Paula. A Política Social do Estado Capitalista: As Funções da Previdência e da Assistência Sociais. Editora Cortez/SP, 6ª ed. 1991.

GUARESCHI, Pedrinho. Pressupostos psicossociais da exclusão: competitividade e culpabilização. In: SAWAIA, Bader. (Org.) As armadilhas da exclusão.

Análise psicossocial e ética da desigualdade social. Petrópolis. Vozes 2002.

HALMER, Edith June. Pobreza e Política: Os Pobres Urbanos no Brasil – 1870/1920. Edunb: Editora da Universidade de Brasília, 1986.

IANNI, Octavio. Capitalismo, Violência e Terrorismo. Rio de Janeiro: Editora Civiização Brasileira, 2004.

LUKÁCS, Georg. História e Consciência de Classe: Estudos de Dialética Marxista. Lisboa: Escorpião, 1979.

LUXEMBURGO, Rosa in MARX. Karl. O Capital: o processo global da produção capitalista. São Paulo: Boitempo, 2017.

MARX, Karl. O Capital. Rio de Janeiro: Editora Civilização Brasileira, 1984.
_____. O Capital. 20ª ed. Rio de Janeiro: Editora Civilização Brasileira, 2002. (Livro I, v. I.).
_____. O Capital: crítica da economia política. São Paulo: Civilização Brasileira, 2001. Livro I. (18ª ed.).
_____. A Origem do Capital – A Acumulação Primitiva. 3ª ed. São Paulo: Global Editora e Distribuidora LTDA, 1979.
Serviço Social em Perspectiva, Montes Claros (MG), volume 6, número 1, jan./jun. 2022. I ISSN 2527-1849

SILVA, Maria Lucia Lopes da. Trabalho e População em Situação de Rua no Brasil. São Paulo: Cortez, 2009.

Texto cedido pelo/a autor/a para esta publicação.

TEXTO 3

AS LUTAS DA POP RUA CONTRA A DESIGUALDADE SOCIAL, A CRIMINALIZAÇÃO E POR DIREITOS

Elaine Teixeira Alves dos Santos

Assistente Social da Defensoria Pública de São Paulo. Atuou por 9 anos no Consultório na Rua. Mestra em Ensino em Ciência da Saúde pela UNIFESP. Doutoranda em Serviço Social pela UNESP. Membra dos grupos de estudos QUAVISSS e Relações Raciais e Marxismo. Membra do Coletivo Antirracista da Defensoria Pública. Gestão ABEPSS SULII (2022/2024). Vice-coordenadora Núcleo Técnico de Atenção Psicossocial (NTAPS) do Serviço Social da UNESP Franca. Publicou os artigos "População em Situação de Rua na Pandemia: desdobramentos da crise do capital", "A Cor das Ruas: o racismo e a população em situação de rua no Brasil", entre outras publicações. Apoiadora do MNPR.

A luta pela democracia no Brasil perpassa a história dos movimentos sociais. A construção do fenômeno da população em situação de rua (PSR) está atrelada à formação social e histórica do nosso país que, por quase 400 anos, teve na força de trabalho escravizada a base de sua economia. Compreendendo que a PSR é forjada dentro deste processo, é fundamental darmos visibilidade à luta do povo negro pelo direito mais fundamental: a liberdade. A sociedade brasileira, por meio do sistema escravocrata, sequestrou comunidades inteiras de seus territórios, tentou apagar a história, a cultura e a ancestralidade desses povos, desumanizou-lhes e em seguida os abandonou à própria sorte, empurrando-os para as periferias e para as ruas.

Considerando que o projeto eugenista do Estado pós abolição previa a extinção da população negra, a rua pode ser compreendida enquanto a própria materialização da resistência dos povos de origem africana. Em todos os espaços nos quais se expressam as manifestações da "questão social", a população, ao vivenciar as desigualdades e injustiças, resiste e se reconstrói em suas lutas. É nessa tensão, entre o inconformismo e as resistências, que se destaca a centralidade dos movimentos sociais pela participação popular, como é possível observar por meio da inserção e das conquistas dos movimentos da PSR.

A sociedade brasileira, enquanto fundamentalmente racista, criou métodos cruéis e desumanos de exclusão e execução do povo preto, mas, ao contrário do que nos é contado nos livros didáticos de história, a população negra resistiu a todo o sistema de opressão e está viva hoje para desmentir a falácia da democracia racial brasileira. Portanto, conhecer a atuação dos movimentos organizados da PSR, suas identidades, lutas e resistências, exige conhecer também a história da formação sócio-histórica do Brasil, pois expressa a real defesa do Estado Democrático de Direito.

O fenômeno de rualização não pode ser tratado com base em uma perspectiva individualista e culpabilizante, pois se trata de uma construção histórica e de um projeto de extermínio. Porém, todo esse projeto colonialista não podia prever as estratégias de aquilombamento e enfrentamento que o povo negro criaria para resistir, como já nos lembrara Conceição Evaristo, “Combinaram de nos matar, mas a gente combinamos de não morrer!”

A PSR é múltipla, diversa, plural e precisa ser compreendida em toda a sua complexidade. A criação de políticas públicas para a PSR é fruto das tensões e demandas que emergem da realidade experienciada nos territórios. A luta dos movimentos sociais da PSR é, acima de tudo, pelo direito de existir e de serem vistos pela sociedade. São protagonistas de um projeto em disputa no que se refere ao direito às cidades e que compreende serem ouvidos e compor os espaços de decisão.

A PSR apresenta grandes desafios às políticas públicas de habitação, saúde, assistência social, trabalho e emprego, entre outras; mas a questão ainda é tratada como problema de segurança pública, o que perpetua ações coercitivas, violentas, de cunho higienista e discriminatório. Desse modo, a organização política dos viventes de rua é também um movimento pela humanização destes corpos, que têm o direito de ter as suas demandas pautadas, e a sua existência visibilizada.

É preciso refletir que quem está à margem - a população marginalizada - é quem dá contorno aos territórios, comunidades e coletivos, moldando a forma e o tom da nossa sociedade. A experiência marginal é a expressão da resistência contra um projeto de apagamento, silenciamento e morte. A rua existe como evidência de que a sociedade baseada na lógica do capital falha cotidianamente, mas que ainda assim, não nos leva a cair no fatalismo que paralisa. Compreendemos que a rua também demonstra a força da classe trabalhadora, que se expressa em sua multiplicidade, reinventa novas formas de permanecer viva e cria as tensões necessárias às mudanças que almejamos; pois não podemos perder de vista que a luta visa a uma nova sociabili-

dade, na qual os sujeitos possam viver uma experiência ontológica sob novos marcos, livres de todas as formas de opressão e exploração.

A história de luta da população em situação de rua, expressa a luta e resistência dos movimentos sociais que a representa e evidencia a defesa pela democracia, que forceja por uma sociabilidade livre de desigualdades. Vivenciamos nos últimos anos uma grave crise política, que ameaçou as organizações democráticas do país como um todo. É preciso partir da compreensão de que a experiência de democracia no Brasil é recente e, por este mesmo motivo, encontra-se em processo de construção e consolidação. Nos manter atentas e atentos aos movimentos que ameaçam a democracia, é fundamental para a garantia do direito à participação de todas as pessoas de forma livre e consciente nos espaços de decisão e construção coletiva.

Neste sentido, os movimentos sociais que atuam em favor das pautas da PSR, têm desempenhado uma função extremamente importante no que diz respeito à garantia do direito à participação popular. As conquistas e avanços que observamos nas políticas públicas para esta população, são fruto de uma articulação que se constrói com base da narrativa e das vozes das ruas. São estes movimentos que dão visibilidade aos saberes populares que fortalecem o processo democrático, pois garantem a real construção coletiva das políticas públicas.

Ora, se a necessidade de fortalecer e consolidar a nossa democracia perpassa pela necessidade de atuação dos movimentos sociais, é fundamental que cada um de nós, sujeitos históricos, façamos o exercício de identificar, estimular e promover os espaços de construção coletiva. Cabe compreender que a participação popular não pode ser um conceito abstrato; ela precisa estar ancorada e materializada nas demandas reais dos territórios, com base nos saberes invisibilizados por uma epistemologia classista e eurocentrada. Este movimento pressupõe troca, escuta, ação, intervenção coletiva que fortalece a comunidade, o território e a participação popular na construção de um Estado Democrático de Direito forte e colorido de povo.

Referências bibliográficas

BRASIL. Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do SUS. Brasília, DF, 20013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2761_19_11_2013.html

BRASIL. Política Nacional para inclusão da População em Situação de Rua. Brasília, DF, 2008. Disponível em: https://www.justica.pr.gov.br/sites/default/arquivos_restritos/files/documento/2019-08/pol.nacional-morad.rua_.pdf

BRASIL. Decreto nº 7053 de 23 de dezembro de 2009. Institui a Política Nacional para o População em Situação de Rua e seu Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências: Diário Oficial da União, 24 dez. 2009. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d7053.htm.

DAVID, Emiliano de Camargo. Aquilombamento da Saúde Mental: cuidado antirracista na atenção psicossocial infantojuvenil. São Paulo: Hucitec, 2023.

MNPR. Movimento Nacional da População de Rua: conhecer para lutar. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social, 2010.

MOURA, Clovis. O Negro: de bom escravo a mau cidadão? Rio de Janeiro: Tavares e Tristão, 1977.

SANTOS, Elaine Teixeira Alves dos; SARRETA, Fernanda de Oliveira; GUILHERME , Bruno César Oliveira. A cor das ruas: o racismo e a população em situação de rua no Brasil. PerCursos, Florianópolis, v. 24, p. e0304, 2023. DOI: 10.5965/19847246242023e0304. Disponível em: https://revistas.udesc.br/index.php/percursos/article/view/23485

SANTOS, Elaine T. A. ; SARRETA, Fernanda O. População em situação de rua na pandemia: desdobramentos da crise do capital . SER Social, Brasília, v. 24, n. 51, p. 364–383, 2022. DOI: 10.26512/sersocial.v24i51.42539. Disponível em: https://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/42539

TIENGO, V. M. Rualização e Informalidade: frutos do capitalismo. Appris. Curitiba. 2020

Texto cedido pelo/a autor/a para esta publicação.

TEXTO 4

RACISMO E POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA: UMA DISCUSSÃO NECESSÁRIA

Weber Lopes Góes1

Nos últimos cinco anos, mais ou menos, o tema do racismo tem ganhado bastante repercussão no interior da nossa sociedade, principalmente logo após a morte de George Floyd nos Estados Unidos da América. Este evento suscitou uma gama de protestos no norte da América e no restante do mundo. Aqui no Brasil explodiram mobilizações semelhantes, mas motivados pelas práticas de violências contra a população negra no Brasil. A este respeito, em 2020, destaca-se a trágica morte de Miguel de 5 anos de idade que, quando estava sob os cuidados de Sari Corte Real, primeira-dama de Tamandaré e ex-patroa da mãe da criança, caiu do 9º andar, de um prédio de luxo, no Centro do Recife.

No mesmo ano, João Alberto, de 40 anos, foi covardemente agredido até a morte por seguranças do hipermercado, na Zona Norte de Porto Alegre. Esse fato ocorreu um dia antes da data em que se celebra o 20 de novembro, Dia da Consciência Negra, no Brasil. O assassinato de Alberto provocou o descontentamento dos movimentos sociais negros e, além do mais, foi o elemento disparador de manifestações contra o racismo em Porto Alegre e em diversas cidades brasileiras.

A morte de Miguel e o assassinato de João Alberto contribuíram para demonstrar que, no Brasil, o racismo se concretiza de forma particular e que tem como finalidade não somente aprofundar as desigualdades étnico-raciais, mas ainda, explicitar o quanto a desumanização e a invisibilidade dos segmentos não-brancos se manifestam de maneira escancarada. Isto é, um menino negro, filho de empregada "doméstica" não é concebido enquanto um ser que possui status de humanidade; isso pode se afirmar quando verificamos a maneira brutal com a qual Alberto foi submetido ao espancamento pelos seguranças do hipermercado Carrefour.

Poderíamos elencar outros eventos que explicita o racismo à brasileira, mas como não dispomos de espaços para tal empreitada, é preciso destacar que os acontecimentos acima demonstram que o racismo é uma forma de dominação

político e ideológica, que tem como finalidade garantir as desigualdades étnico-raciais. É preciso afirmar ainda que o racismo é também uma forma de expressão do anti- humanismo e que, ao considerar um determinado segmento social como não pertencente à comunidade humana, tal segmento passa a ser compreendido de maneira desumana. Esta compreensão se mostra por meio da segregação espacial, pela violência do Estado, pelo encarceramento da população e outras práticas que revelam as facetas do racismo.. Em resumo, o racismo é um mecanismo de poder e que assegura privilégios de determinadas classes sociais, isto é, das elites políticas que historicamente se validaram do racismo para manter a sua forma hegemônica de dominação.

Considerando os estudos sobre as relações raciais no Brasil, é possível entender como o racismo se manifesta no seio da sociedade brasileira, sobretudo, quando se ancora nas contribuições de Clóvis Moura (1994), um importante intelectual que se dedicou aos estudos sobre as particularidades do racismo à brasileira. Uma das suas primordiais contribuições foi identificar a natureza da objetivação do modo de produção capitalista no Brasil, concatenado à particularidade do racismo.

Em suas análises, Moura (1994), examina a expressão do racismo nos EUA e na África do Sul; constata que houve particularidades em relação a esses países e ao Brasil. Nos EUA, verifica-se a prática do racismo com a consolidação da Lei Jim Crow, que cria a segregação racial nos bairros norte-americanos, aprofundando as desigualdades étnico-raciais e favorecendo as populações brancas no que diz respeito às oportunidades substanciais naquele país. Em relação à África do Sul, o racismo é confirmado com a efetivação do projeto de lei do apartheid, que resulta na criação dos bantustões – locais de segregação dos negros sul-africanos e racionalização da exploração dos trabalhadores africanos.

Diferente dos referidos países, no Brasil há uma tradição que omite a existência do racismo, e essa prática de "racismo à brasileira" acompanha o País desde seu nascedouro. Essa assertiva do nosso autor fica patente no momento em que se consolida a Constituição do Império. Nela, demonstra-se que Teixeira de Freitas negou o reconhecimento da existência da escravidão como fator dinamizador da economia e como ação contrária às liberdades humanas, e a favor das violência às populações subsumidas ao trabalho forçado – por exemplo, os povos originários e africanos. Essa forma de conceber as relações sociais no País demonstra que a objetivação da ideologia do racismo, enquanto arma de dominação de classe, não foi "codificado e institucionalizado", embora tenha atuado dinamicamente durante quase quinhentos anos (MOURA, 1994, p. 158).

A sofisticação das elites brasileiras nesse aspecto é evidenciada por Moura (1994, p. 158-159). O autor argumenta que, no Brasil, “as classes dominantes, suas estruturas de poder e elites deliberantes aplicavam essa estratégia discriminatória, através de uma série de táticas funcionando em diversos níveis e graus da estrutura”. Isso configurou a ideologia do branqueamento, que fez transparecer uma prática autonomizada e, como incremento, propagou- nos como “laboratório piloto da confraternização racial, cujo exemplo deveria ser seguido por demais países poliétnicos.

Estão implícitos, no projeto das elites brasileiras, os meios consolidados para explorar e destruir os grupos sociais que compunham a classe trabalhadora no Brasil - nativos e africanos. No que tange aos povos originários da América, o processo genocida ocorre de duas maneiras: com a destruição violenta dessas populações, prática que contabilizou mais de um milhão de extermínios; e com a cristianização/catequização e outras práticas de aniquilamento deliberado. Essas ações foram travestidas pela instituição católica como evangelização, seguidas da destruição de suas religiões e cerceamento àquelas que não aceitavam submeter-se à religião do dominador.

Clóvis Moura (1994, p. 159) afirma que, após invadirem as terras americanas, os europeus colonizadores destruíram os grupos nativos. Nesse contexto, consolida-se o Estatuto do Índio, documento em que os direitos foram propostos pelos brancos, desconsiderando a capacidade de elaboração e organização dos nativos e impedindo-os de atuar de forma decisiva nas dinâmicas culturais e sociais do Brasil, embora mantivessem sua resistência e identidade, mesmo enfrentando o controle e a apropriação das elites brasileiras.

Por essa razão, não é possível, no Brasil, dissociar raça e classe como expressão das contradições de classe, da divisão social, racial e hierárquica do trabalho. A omissão da existência das diferenças étnico-raciais no Brasil, e de sua particularidade, faz com que a efetivação do racismo “à brasileira” seja ambígua, melosa e pegajosa, mas altamente eficiente em seus objetivos (MOURA, 1994, p. 160).

As raízes da criminalização e do racismo às populações em situação de rua

A origem histórica da população de rua no Brasil está vinculada aos diversos fatores que se desenvolveram ao longo do tempo. Após a abolição da escravatura em 1888, muitos ex-escravizados foram impedidos de acessar, por exemplo, moradia, que redundou num processo de marginalização.

No século XX, a rápida urbanização e industrialização atraíram muitos migrantes do campo para as cidades, mas a falta de infraestrutura adequada resultou em moradias precárias e no aumento da população de rua. Nas décadas de 1960 e 1970, durante a ditadura militar, políticas de remoção forçada de comunidades pobres em nome da "modernização" urbana deixaram muitas pessoas sem alternativas habitacionais. As crises econômicas das décadas de 1980 e 1990, com alta inflação e desemprego, agravaram a situação, levando mais pessoas a perderem suas casas. A falta de políticas públicas eficazes e uma rede de proteção social insuficiente perpetuaram a exclusão, contribuindo para o crescimento da população de rua até os dias atuais.

Entretanto, as atrocidades apontadas acima não se tratam de práticas perpetradas pelo Estado apenas na atualidade, mas deitam raízes na própria formação social brasileira. Ou seja, é com base nos estudos de Moura sobre a luta entre escravizados e senhores, em especial no contexto do escravismo, que se pode entender como se deram as diversas formas de criminalização das classes subalternas por aqui, como no caso das populações de rua. De um lado, essa realidade decorre das diversas organizações, rebeliões, saques e guerrilhas protagonizadas pelos africanos escravizados. Por outro lado, a natureza da burguesia brasileira, constituída de forma subordinada à nobreza, impõe a necessidade de superexploração das classes subalternas para garantir a sua taxa de mais-valia e o capital externo. Logo, a violência e as formas de proteção e criminalização dos grupos isentos de riqueza social estão atreladas à qualidade apontada acima.

Ao examinar as relações entre negros e brancos na sociedade colonial, Moura pôde apreender os mecanismos da classe dos senhores para imobilizar os africanos escravizados e frear suas insurreições. Essa atuação baseou-se especialmente nas Ordenações do Reino, em especial no Código Filipino de 1607, que permaneceu em vigor no Brasil por meio da Assembleia Constituinte de 1823. O objetivo era impedir que os africanos escravizados contemplassem espaços que pudessem garantir as condições materiais para obterem "sucesso" na sociedade escravista.

Soma-se a isto a influência dos "códigos criminais" europeus importados para o Brasil. Aqueles que elaboraram o Código Penal no período do Império foram estudantes que estiveram na Europa e trouxeram para o país as ideias de pensadores europeus. Não é por acaso que a legislação, posterior à independência de 1822, preconiza preceitos que tinham como finalidade a garantia de direitos individuais, a liberdade de manifestação do pensamento, bem como a liberdade religiosa e a inviolabilidade de domicílio. Contudo, é nessa mesma constituição que se mantém uma legislação penal que preserva "toda a preo-

cupação de disciplina e controle antirrebelião sobre os escravos, em atenção às necessidades dos proprietários rurais." (CAVALCANTI, 2017, p. 26).

Ainda nesse contexto, o Código Criminal do Império preconizava, em especial no artigo 402, parágrafo único, a prática da capoeira. "Andar em correrias" portando armas ou instrumentos previstos capazes de produzir lesão corporal, tumulto ou desordem — em última instância, provocar qualquer mal — estaria enquadrado no referido código enquanto crime" (FAUSTO, 1984).

Após a abolição da escravatura, em 13 de maio de 1888, foi aprovado o novo Código Penal, que tinha como perspectiva a consolidação de um regime penitenciário expressivo dos anseios da Primeira República. Esse código trazia leis de natureza mais benignas, abolindo a prisão perpétua, o desterro e o degredo. No entanto, o Código de 1890 estipulava a criação de subgrupos de infrações, tais como prostituição, jogo, comércio ambulante sem licença e vadiagem; "considerados por muitos como prejudiciais à sociedade, mas cujas definições, sempre vagas, conferiam um poder extraordinário para aqueles encarregados de fazer valer a lei no cotidiano." (CHAZKEL, 2009, p. 07).

Tais mecanismos tiveram como preocupação primordial conceber as contradições sociais enquanto 'caso de polícia'. Como se pode observar, no pós-abolição houve uma investida no que diz respeito à criminalização daqueles que não estavam inseridos no processo produtivo, em especial as populações negras, que por sua vez, muitas delas se encontravam em situação de rua.

Os contornos referentes às determinações que viabilizam a criminalização das populações em situação de rua nos autorizam a afirmar que tal intento tem íntima ligação com a própria forma de constituição do capitalismo no Brasil e com a maneira como o racismo se manifesta no seio da nossa sociedade. Ou seja, as práticas punitivistas refletem os anseios das classes dominantes, cujo fito é manter seus privilégios, seu caráter violento e racista a fim de enfrentar as contradições de classe. Aqueles que não somente atrapalham a produção e reprodução do capital, mas a ordem pública — delinquentes, ociosos, prostitutas, vadios, etc. — são vistos enquanto assunto de polícia; logo, do ponto de vista do capital, devem ser excluídos da humanidade por meio da punição e criminalização.

Portanto, entender a situação pelas quais se encontram as populações em situação de rua não podem apenas ser concebidas pelo prismas das leis ecódigos criados para estancar e obstaculizar o êxito do segmento em questão, mas se faz necessário identificar o racismo enquanto um dos principais elementos

que permitem que uma gama de pessoas sobrevivam em uma condição deplorável, isto é, as causas das criminalizações, o punitivismo e o racismo são mecanismos de dominação e que assegura a permanência das populações em situação de rua que, longe de ser um acontecimento natural, tem a ver com uma política eficiente de Estado que perduram em nosso atual contexto.

Referências bibliográficas

Cavalcanti, G. R. Direito, punição e industrialização no capitalismo de via colonial. Monografia apresentada à Faculdade de Direito da Universidade Federal de Juiz de Fora, 2017.
Fausto, Boris. Crime e cotidiano: A criminalidade em São Paulo (1880-1924). São Paulo: Editora Brasiliense, 1984.
Moura, C. Dialética radical do Brasil negro. São Paulo: Editora Anita Ltda. 1994.
_____. Brasil: As raízes do protesto negro. São Paulo: Global Editora, 1983.

Texto cedido pelo/a autor/a para esta publicação.

TEXTO 1

ENTRE OS MUNDOS QUE NASCI, QUE VIDA ESCOLHEREI? A CULTURA NA PERSPECTIVA DECOLONIAL

Larissa Gonçalves Medeiros
Vera Lúcia de Azevedo Dantas
Itana Suzart Scher

Somos feitos de muitas culturas, sofremos influências de muitos povos. Mas é preciso observar que algumas culturas se sobressaíram e outras foram propositalmente apagadas e silenciadas.

Milhares de habitantes viviam no Brasil antes da chegada dos colonizadores, homens brancos europeus que aqui vieram com a intenção de explorar, povoar, conquistar e dominar a partir de seus valores, crenças, hábitos e ideias de civilização, partindo do pressuposto de serem a única forma de vida civilizada e de progresso conhecida.

Para os habitantes que aqui residiam, que pertenciam a povos diversos, cada qual com suas crenças, valores e modos de viver, no entanto, foi violentamente imposta a visão homogeneizadora e racista dos colonizadores, que convencionaram rotulá-los todos de "índios", de uma maneira única e com conotação inferior. Essas afirmações dialogam com Frantz Fanon, intelectual negro, psiquiatra e revolucionário martiniquense, que ao analisar racismo e cultura, pontuou que: Este racismo que se pretende racional, individual, determinado, genotípico e fenotípico, transforma-se em racismo cultural. O objeto do racismo já não é o homem particular, mas uma certa forma de existir (Fanon, 2018, p. 79).

Numa mistura de imposição à força, com o uso da pólvora, e imposição dissimulada em forma de "ajuda amiga", como alerta Paulo Freire em Pedagogia do oprimido (Freire, 2005), o processo civilizatório e colonialista constituiu no Brasil uma forma de viver hegemônica, legitimada como a "mais certa", "mais relacionada com o crescimento, o progresso e a saúde" das populações, deixando de lado a sabedoria e a experiência dos povos originários que já viviam nesse território, e também a bagagem cultural dos povos africanos escravizados,

trazidos pelos europeus nos navios negreiros.

Podemos dizer então que colonizaram nossa maneira de ver o mundo e viver nele, de interagir com todos os seres, humanos e não humanos, visíveis e invisíveis. Essa colonização não se deu só aqui no Brasil e ainda segue acontecendo, mesmo depois de séculos. Ainda vivemos processos de perpetuação da visão colonial, operados por nações imperialistas que agora não chegam mais de navio, e sim nas ondas da internet, em barcos que velejam no info-mar, como nos diz o grande músico brasileiro e ex-ministro da cultura, Gilberto Gil, na canção Pela internet.1

Um dos meios mais eficazes de dominação cultural foi a supressão ou substituição das línguas nativas dos povos originários, por meio de políticas educacionais e religiosas empreendidas pelos jesuítas que chegaram ao "Novo Mundo" para expandir o cristianismo e converter os nativos.

A colonização da linguagem ocorre até hoje no Brasil, com a adoção de termos estrangeiros, com destaque para o uso excessivo de palavras em inglês que são empregadas para nomear objetos, práticas, estabelecimentos e até pessoas. Isso pode levar à perda da diversidade linguística e cultural, bem como à marginalização ou extinção das línguas minoritárias. E quando uma língua é apagada também se perdem narrativas, mitos, tradições e formas únicas de ver o mundo.

Segundo Thaline Karajá: "Hoje nós temos 275 línguas vivas faladas no Brasil, de vários troncos linguísticos, como [o] tronco Jê, o Macro-Jê, o Tupi, o Tupi-Guarani, entre outros" (Moribe, 2024, 2min:50s). Essa fala se deu em março de 2024 durante a abertura da exposição realizada pela Unesco em Paris, Nhe'? Porã: memória e transformação, que retratou a realidade de apagamento cultural e dominação por meio da linguagem e que foi considerada um marco da resistência dos povos e culturas indígenas no Brasil.

Ao tratar da invasão cultural, assim Freire (2005) sintetiza a relação entre os invasores e os povos do local invadido – os primeiros reduziram os segundos a objetos. Em contraponto, afirma que valorizar a multiculturalidade é fundamental, pois representa uma maneira de traduzir a resistência à invasão cultural imposta, promovendo diálogos entre as culturas, sem que uma apague a outra.

Por isso também podemos identificar que exposições como essa, sobre

adiversidade linguística que o Brasil apresenta, são formas de resistência. Línguas que foram declaradas extintas ou invisibilizadas ainda no século 18 seguem existindo. Assim acontece com as manifestações culturais, os modos de ser e viver, os ecossistemas, as diversidades ecológicas e culturais das gentes, com as suas estratégias medicinais populares de cura, comunicação popular, economia, alimentação, e com seus vastos saberes e poder criativo.
É comum que a ideia de cultura seja relacionada a um conjunto de práticas, expressões e manifestações que a sociedade supervaloriza em detrimento de outras, o que gera o estabelecimento de padrões culturais.

A esse respeito, Fanon afirma que muitos negros, ao serem expostos a práticas racistas de discriminação e violência sistemática, criam um sentimento de inferioridade e uma postura de sujeição. Assim, acabam adotando uma "máscara branca", isto é, assumindo padrões culturais, linguísticos e comportamentais associados à cultura dominante, na busca de aceitação e reconhecimento. Isso faz da civilização europeia a responsável pelo racismo colonial que não se difere de outros racismos, segundo o autor. Ele destaca a importância da valorização da identidade cultural e da luta pela autodeterminação como meio de resistir à opressão colonial (Fanon, 2020).

Na perspectiva de Paulo Freire, a valorização dos saberes populares e o reconhecimento da riqueza e da diversidade de conhecimentos, realidades e culturas presentes na sociedade são essenciais para uma educação libertadora, que promova o pensamento crítico e contribua para nos tornarmos conscientes de nossa condição de opressão, a fim de que possamos questionar as estruturas de poder existentes e nos tornemos agentes de transformação social. Para ele, a linguagem tem um papel fundamental na educação como uma ferramenta de libertação, na medida em que ela é uma forma de expressão e ação no mundo. Ao desenvolver uma linguagem crítica e emancipatória, os oprimidos podem nomear sua realidade e se engajar em ações transformadoras (Freire, 2005).

A obra de Paulo Freire, que revolucionou a pedagogia com sua proposta crítica e libertadora, não se situa no conjunto heterogêneo de contribuições teóricas e investigativas sobre a colonialidade que revisitam e problematizam, a partir do final da década de 1990, a estrutura de dominação ou o padrão de poder que permanece enraizado em nossa sociedade, mesmo após o fim do período histórico colonial.

Freire, que viveu até 1997 e teve como última obra publicada em vida o livro Pedagogia da autonomia, de 1996, se ocupou dos interesses humanos, da crítica às transgressões éticas geradoras de relações de opressão entre grupos e classes sociais, e de pensar uma educação emancipadora sem colocar em debate a dominação racista que configurou o continente Europeu como referência mundial de Estado Moderno, civilização e desenvolvimento.

Ao discutir a formação docente na perspectiva de uma prática educativo- progressista em favor da autonomia do ser dos educandos, Paulo Freire afirma que ensinar exige risco e aceitação do novo, e que faz parte do pensar certo a rejeição a qualquer forma de discriminação operada pela prática preconceituosa em relação à raça, classe e gênero:

A mim me dá pena e não raiva, quando vejo a arrogância com que a branquitude de sociedades em que se faz isso, em que se queimam igrejas de negros, se apresenta ao mundo como pedagoga da democracia. Pensar e fazer errado, pelo visto, não tem mesmo nada que ver com a humildade que o pensar certo exige. Não têm nada que ver com o bom senso que regula nossos exageros e evita as nossas caminhadas até o ridículo e a insensatez (Freire, 2016, p. 37).

Na perspectiva dos estudos críticos à colonialidade, que buscam romper com a persistência da lógica colonial de apagamento cultural como forma de enfrentamento dos desafios relacionados à desigualdade e à violência, o fortalecimento da memória e das tradições culturais dos povos originários é fundamental para o processo de emancipação.

Isso envolve a recuperação de narrativas históricas marginalizadas, a salvaguarda de tradições culturais, o reconhecimento da dignidade, da autonomia e dos direitos das comunidades tradicionais. Sob tal perspectiva, é importante problematizar que a dominação pós-invasão dos homens brancos europeus com seus padrões culturais trouxe consigo a separação entre “natureza” e “cultura”, “humanos” e “não-humanos”, fronteiras que não eram estabelecidas pelos povos originários.

Essa separação serviu para produzir hierarquias nas quais todas as atividades consideradas próprias do âmbito da “cultura”, da “sociedade”, da “civilização” são destacadas e compreendidas como desenvolvimento/ progresso/modernidade diante de tudo o que se considere “natural”, “primitivo” e “selvagem”.

Os povos originários com suas culturas ancestrais, constituídas por formas

devida integradas, ou como nos diz Ailton Krenak (2019), “agarradas com a terra”, não produzem a separação/hierarquização entre natureza e cultura como as sociedades modernas. Esses povos vivem em conexão com as águas, as florestas, as montanhas, os campos, e todos os outros seres materiais e imateriais que habitam esse grande organismo vivo.

A hierarquização entre natureza e cultura e o distanciamento que ela cria entre a humanidade e a Terra faz com que os seres humanos acreditem que podem consumir o planeta para o seu bem-estar, gerando uma relação de exploração dos elementos naturais vistos como recursos, bens, mercadorias e não como seres diversos, com força de conexão, e tão filhos da mãe Terra como qualquer outro ser.

Separar o aspecto material e o espiritual da vida é uma perspectiva típica do pensamento ocidental (ou colonizador) – pensamento que está na base dessa forma de vida que vem se espraiando por todo o globo, tentando homogeneizar os povos e suas maneiras de viver e pensar. Essa homogeneização se dá no campo simbólico (idiomas, cosmovisões, vestimentas, hábitos, valores, relações), biológico (espécies, modo de reproduzi-las e de interagir com a Terra) e político (por meio da imposição de fronteiras, de um Estado, de um modo de governo e suas leis). Tudo em nome de uma ideia de progresso que valoriza o ter em detrimento do ser e o consumo em vez da conexão.

Na lógica capitalista que expropria e corrompe a força vital de todos os elementos que compõem a biosfera, explorando e degradando a natureza e produzindo desigualdades, como nos aponta Suely Rolnik em seu livro Esferas da Insurreição (2018), é comum que elementos culturais sejam apropriados por forças dominantes e transformados em bens e em produtos para o consumo, de modo desrespeitoso ao contexto e às tradições culturais nos quais eles se originaram.

A cultura pode ser uma arma letal de autodestruição ou um desarme, uma praça de encontro e reflexão, de entendimento humano; um rio que acolhe, sacia a sede, irriga a terra, coopera e cuida dos ecossistemas, e que alimenta uma comunidade, uma região. Por isso, não só é preciso conhecer as culturas locais, mas nos inserirmos nelas sem desprezar os fatores que as influenciam na saúde, na educação, na vida das gentes, dos territórios, dos mundos.

Entre os mundos em que nasci
E aqueles que criei Tanto
eles me fizeram Como tam-
bém eu os fiz Trituro o que
me impuseram E faço a vida
que escolhi
(Ray Lima).2

Cabe sempre lembrar que, pelo nosso devir histórico, carregamos, em nós, muitas culturas. Apesar da invasão, do massacre, da homogeneização em nome do progresso, e das novas formas de colonização que se engendram, somos um contínuo de histórias antigas de povos ancestrais.

Krenak defende que: “Se as pessoas não tiverem vínculos profundos com sua memória ancestral, com as referências que dão sustentação a uma identidade, vão ficar loucas neste mundo maluco que compartilhamos” (Krenak, 2019, p. 14).
A cultura do Bem Viver, originada nas tradições indígenas e ancestrais das Américas, representa uma visão alternativa ao paradigma dominante de desenvolvimento ocidental e uma grande força decolonial, na medida em que se pauta na lógica do vínculo, da conexão, da fraternidade, da amorosidade e solidariedade entre essa constelação de seres e formas de existência que compartilham a Terra conosco, respeitando e sustentando as diferenças, em vez de querer apagá-las.

Libertar-se das opressões e da posição subalterna que estabelecemos historicamente em relação à cultura dos colonizadores requer uma educação que se ocupe da formação humana para habitar a Terra como esse organismo vivo, e não uma formação de profissionais e/ou técnicos que visam atender as demandas do mercado, do consumo, das grandes corporações, a partir de relações de exploração. Nesse sentido, a Educação Popular com sua prática pedagógica que põe em diálogo uma diversidade de saberes, valorizando os saberes populares, a ancestralidade, a problematização e reflexão crítica, a construção coletiva amorosa e solidária de conhecimentos nos ajuda a esperançar, ou seja, a lutar para a transformação do mundo em que vivemos. Poesia inédita feita especialmente para este livro (2024).

Referências bibliográficas

FANON, Frantz. Pele negra, máscaras brancas. São Paulo: Ubu, 2020.

FANON, Frantz. Racismo e cultura. Revista Convergência Crítica, Dossiê: Questãoambiental na atualidade, n. 13, p. 78-90, 2018. Disponível em: https://periodicos.uff.br/convergenciacritica/article/view/38512/22083. Acesso em: 4 jun. 2024.

FREIRE, Paulo. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa. 53. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2016.

FREIRE, Paulo. Pedagogia do oprimido. 17. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2005.

GIL, Gilberto; ALLEN, Harley. Pela internet. [S. l.: s. n.], 1997. 1 música (4min:5s), álbum Quanta (1h:30min), Mesa; Bluemoon Recordings.

KRENAK, Ailton. Ideias para adiar o fim do mundo. São Paulo: Companhia das Letras, 2019.

MORIBE, Patrícia. Unesco exibe em Paris mostra com imersão nas famílias linguísticas dos povos originários do Brasil. [Site] RFI. Publicado em: 15 mar. 2024. Disponível em: https://www.rfi.fr/br/podcasts/rendez-vous-cultural/20240315-unesco-exibe-em-paris-mostra-com-imers%C3%A3o-nas-fam%-C3%ADlias-lingu%C3%ADsticas-dos-povos-origin%C3%A1rios-do-brasil. Acesso em: 4 jun. 2024.

ROLNIK, Suely. Esferas da insurreição: notas para uma vida não cafetinada. São Paulo: n-1 edições, 2018.

Texto originalmente publicado no livro EdPopSUS - 2016

TEXTO 2

CULTURA E RACISMO: O QUE AS POPULAÇÕES EM SITUAÇÃO DE RUA TEM A VER COM ISSO?

***Weber Lopes Góes*[1]**

Como ponto de partida é preciso advertir o leitor que o nosso objetivo não é discutir de maneira aprofundada o significado de cultura, pois exigiria de nós um espaço que o presente texto não dispõe. Ainda, se faz necessário sublinhar que o tema da cultura tem o seu espaço de discussão, por sinal bastante ricas, principalmente no âmbito das Ciências Sociais. Sendo assim, o nosso propósito neste breve texto é apenas apresentar qual o significado de cultura e ao mesmo tempo demonstrar a sua relação com as manifestações do racismo. Para esta empreitada procuramos nos ancorar no importante pensador da Martinica, Frantz Fanon (19251961), que proferiu uma intervenção no 1o Congresso dos Escritores e Artistas Negros, em Paris, em setembro de 1956. Na mesma direção, procurar-se-á se ancorar em Clóvis Moura (1925-2003) e em Almicar Cabral (1924-1973), para pensar formas e meios de como a cultura pode também combater a cultura do racismo.

Conforme indica o estudo de Childe (1978), o ser humano é praticamente o mesmo desde o seu aparecimento na Terra. Ao analisar a sua estrutura corporal, verifica-se que ele é inferior à maioria dos animais. Sabe-se que o homem nunca teve couro peludo, em comparação ao urso polar, mas pôde resistir ao ambiente frio; seu corpo não é propício para fugir, mas consolidou formas e meios para se defender e caçar. Ainda assim, em comparação com o avestruz, a sua velocidade é infinitamente menor do que a desse animal. Não possui asas e tampouco a estrutura de uma tartaruga, além de a sua visão não possuir a capacidade de assemelhar a de um gavião e por fim, a falta de dentes e unhas inferiores também nos autoriza a afirmar a sua fragilidade humana em comparação com um tigre.

Entretanto, são as suas criações, com base nas condições concretas e materiais que propiciaram que os seres humanos construíssem uma quantidade de alternativas para que pudessem se adaptar ao meio e garantir a sua sobrevivência no planeta terra. A evolução da humanidade não se deu no âmbito da sua estrutura óssea, mas sobretudo, por meio das suas invenções

baseadas no controle do fogo e pela sua habilidade de fazer roupas e casas para viver. A criação de trens, carros, aviões, armas e tantas outras invenções humanas nos permite intensificar a nossa velocidade, enxergar mais distante do que um gavião - graças ao invento do telescópio, além de construir armas para abater um tigre ou quem ousar atacar. Poderíamos elencar outras produções fundamentais para garantir a permanência da humanidade, porém, as criações apontadas acima já nos autorizam afirmar que os seres humanos são os únicos capazes de construir respostas aos seus problemas materiais.

Tais inventos não foram herdados pelo viés biológico, mas sobretudo, se mantém por meio do conhecimento herdado socialmente, com base na fala e na escrita, acumulado e transmitido por gerações, e não de forma consanguínea. Podemos afirmar que as criações humanas - insistimos - ferramentas, casas e etc., são o que devemos nomear como cultura. Portanto, a cultura supõe a "consciência grupal operosa e operante que desentranha da vida presente os planos para o futuro" (BOSI, 1995, p. 16). E mais, a cultura é uma força produtiva que se materializa enquanto um "produto de uma atividade anterior"; pois ela é o "resultado da energia prática dos homens, mas esta própria energia está determinada pelas condições em que se encontram os homens, pelas forças produtivas já adquiridas, pela forma social pré-existente, que eles não criaram, mas que é produto de gerações anteriores" (MARX, 1977, p. 15).

A cultura está imbricada com a história da humanidade, entranhada às suas criações e seus nexos sociais, que nos permitem entender como se dá o desenvolvimento individual, fruto das condições materiais. A cada patamar da humanidade, pode-se identificar, com base nas condições materiais, como os seres humanos produzem a sua vida material e espiritual, ou, em outras palavras, cultural. Assim, a cultura é o "reconhecimento da separação prática de certas atividades morais e intelectuais do ímpeto condizente a um novo tipo de sociedade." (EAGLETON, 2005,p. 50).

A cultura, de acordo com as palavras arroladas acima, não pode ser concebida enquanto algo "maniqueísta", isto é, que seria algo "bom" ou "ruim", mas sim como uma forma de expressão da humanidade, seja no âmbito moral ou material. Ela expressa, também, a própria realidade social, as relações humanas, inclusive as diversas ideologias que perpassam a nossa sociedade.

Em uma sociedade de classes, desigual e baseada na propriedade privada, cujas relações sociais são mediadas pela exploração do trabalho e na qual os seres humanos são mediados pela mercadoria, faz-se necessário, para que esta forma

de sociedade se mantenha, o uso de ideias — isto é, ideologias — que ratifiquem e naturalizem tais contradições. São ideias referentes às condições desiguais que passam a ser replicadas no seio da sociedade, inclusive pelo prisma da cultura.

Neste caso, se concordarmos com as assertivas de Frantz Fanon, podemos afirmar que o racismo também é uma forma de expressão cultural. Em 1956, o pensador martinicano apresentou uma comunicação intitulada "Racismo e Cultura", no I Congresso de Escritores e Artistas Negros. Foi neste evento que, ao discutir o tema, nosso pensador afirmou que o racismo nada mais seria do que uma forma de dominação política e econômica; ou seja, o racismo não seria um "choque" entre civilizações e tampouco uma "luta de raças". O racismo seria um mecanismo utilizado para estabelecer a hegemonia de uma classe sobre a outra, que tinha como finalidade desconsiderar os segmentos subjugados, considerando-os não pertencentes à humanidade, principalmente destruindo- lhes a cultura e a história.

Na perspectiva fanoniana, o racismo se expressa pelo prisma cultural para que seja validado. Entretanto, se o racismo é uma relação social e, portanto, cultural, a existência de culturas sem racismo indica que não somente existem povos racistas e não racistas, mas que a possibilidade de construir uma sociedade ausente dessa cultura do racismo estaria na ação daqueles comprometidos com uma nova sociabilidade. Fanon afirma que a cultura não é um elemento arbitrário ou autônomo em relação às ações humanas. Nesta perspectiva, ele defendeu a importância da resistência cultural, principalmente dos povos colonizados, que tinham como fito exaltar a sua própria cultura e a história acumulada pelos grupos sociais dominados pela burguesia monopolista. Todavia, "essa exaltação do que foi negado, quando imposta de forma unilateral – tal como feito anteriormente no ato da sua negação – guarda em si uma perigosa armadilha" (FAUSTINO, 2018, p. 89) [5]. Neste cenário, a resistência cultural só tem sentido quando é tomada como possibilidade de transformação, isto é, a busca de um "projeto maior" (FAUSTINO, 2018, p. 90).

Na mesma direção, pode-se afirmar que o combate à cultura do racismo só pode se efetivar por meio de uma cultura nova, isto é, com base em uma outra sociabilização. Ou seja, "criar uma cultura nova, baseada nas nossas tradições, mas também respeitando tudo quanto do mundo tem hoje e foi conquistado para servir ao homem" (CABRAL, 1975, p. 74).

Considerando os aspectos apresentados sobre o significado de cultura enquanto um construto humano e sua relação com a ideologia do racismo, é preciso apontar como a cultura da estereotipação também se revela no interior de nossa sociedade, principalmente quando se diz respeito às populações em situação de rua.

Sabemos que o estereótipo referente às populações em situação de rua tem raiz no período pós-abolição da escravatura, principalmente quando se começou a discutir qual seria o povo que expressaria os parâmetros das elites políticas brasileiras. Ou seja, a partir da Primeira República, as classes dominantes compreendiam que a construção do "povo" brasileiro era o principal obstáculo para o avanço do país. Na mesma direção, havia a crença de que a condição de pobreza e desigualdade em que se encontrava a população negra, seria de sua própria responsabilidade. Assim, na visão das elites, o negro não era capaz de se adequar ao "novo" patamar em que o Brasil se encontrava, não restando outro remédio a não ser forjar políticas para inviabilizar a sua sobrevivência. Este cenário contribuiu para a construção do estereótipo do negro "criminoso", "delinquente", "vagabundo" e outros atributos que reforçavam a crença de que os descendentes de africanos escravizados eram "inferiores".

De acordo com o julgamento pelo âmbito moral, segundo os ditames das elites brasileiras, o país só poderia se modernizar caso houvesse políticas que garantissem a consolidação de um povo. Logo, se iniciou uma gama de políticas que tiveram de responder aos anseios das classes dominantes para modernizar o país. Desta maneira consolidaram-se mecanismos de barreira, tais como a criminalização, o encarceramento seletivo e racial, e a miscigenação enquanto um caminho para branquear o Brasil.

Tais atributos ainda se mantêm, como se pode observar nos meios de comunicação sensacionalistas, além das políticas de Estado contra as populações concebidas de maneira discriminatória e preconceituosa, como no caso das cracolândias. Dito de outra maneira, para além de atrapalhar aqueles que circulam nos espaços comerciais e culturais, este segmento desperta o sentimento de falta de segurança e é culpabilizado pela violência e criminalidade. Essa cultura racista da discriminação só pode ser combatida se for difundida uma outra cultura, que nada mais seria do que a cultura da resistência, de combate ao racismo e a todas as formas de estranhamento que perduram no interior da nossa sociedade.

Assim, as populações em situação de rua para além de serem reconhecidas enquanto um segmento historicamente ceifado pelo Estado, devem ser também alvo de reconhecimento, sendo concebidas enquanto seres humanos. Tarefa esta que só poderá ser empreitada por aqueles que acreditam em uma nova cultura.

Referências bibliográficas

BOSI, A. Dialética da colonização. São Paulo. Companhia das Letras, 1992.

CABRAL, A. Análise de alguns tipos de resistência. Seara Nova, Lisboa, 1975.

CHILD, G. A evolução cultural do homem. Rio de Janeiro. Zahar Editores, 1978. EAGLETON, T. A ideia de cultura. Editora UNESP, 2005.

FANON, F. Racismo e Cultura. Disponível em: https://terrasemamos.wordpress.com/wp-content/uploads/2021/04/frantz-fanon-racismo-e-cultura.pdf . Acesso em 30 de mar. de 2025. FAUSTINO, D. Frantz Fanon: um revolucionário particularmente negro. São Paulo: Círculo Contínuo Editorial, 2018

Marx. Karl. Carta a Pável V. Annenkov. In: Cartas Filosóficas e outros escritos. São Paulo. Editorial, Gribaldo, 1977. Moura, C. Brasil: As raízes do protesto negro. São Paulo: Global Editora, 1983.

Texto cedido pelo/a autor/a para esta publicação.

TEXTO 3

A ESPIRITUALIDADE E OUTRAS DIMENSÕES INVISÍVEIS: ALÉM DO ÓBVIO NA EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE

Julio Alberto Wong Un

Vamos iniciar esta breve reflexão com um conjunto de imagens. Tente evocar, lembrar ou experimentar o que elas significam ou poderiam significar para você. Se preferir, pode experimentar em dupla ou em um pequeno grupo. Porque imagens valem mais do que mil palavras, sim, mas palavras podem desenhar imagens, muito além da superfície, e podem fazer a imaginação voar, como quando lemos um bom livro. Vamos tentar?

Espírito e espiritualidade. Religião e religiosidade. Fé e confiança. Esperança e espera. Amor, ternura e afago. Nada é mais humano do que o invisível. Fechar os olhos e beijar longamente. Sentir que o tempo para ou fica lento, como nos efeitos visuais dos filmes. Receber no colo a filha recém-nascida, embrulhada em panos suaves, se mexendo apenas, quietinha, quentinha. Emocionar-se. E, tão somente piscar e já vê-la fazendo 13 anos: sentir a bondade da vida nos agraciar. Ver o filho conduzir um coral e sentir que, impertinentes, os olhos começam a se molhar de orgulho, emoção e alegria. Ler no fim do dia, já de volta para casa, um poema do Thiago de Mello ou da Cora Coralina e sentir que as dores e desgastes da nossa longa jornada como profissionais e cidadãos vão se acalmando, aliviando. Ver nosso time jogar com alma e alegria, como faz tempo não víamos. Pegar a caneta para escrever para nós mesmos, depois de ter ninado e colocado para dormir as filhas adolescentes, com a certeza de que, a cada dia, elas e nós mudamos sem parar; mas que algo permanece, como o encantamento inicial, aquele do dia do primeiro encontro, poucas horas depois de terem chegado ao planeta, respirado, e já começado a transformar profundamente, como por alquimia ou magia, o entorno, o nosso mundo todo. Ou então, refletir de forma leve e alegre com os amigos e colegas sobre nosso cotidiano, seus desafios, as opressões e maldades, e as formas de contorná-las... Transformar o mundo do sonho na ação e o da ação no sonho. Ainda, conversa de bar, conversa de caminhada pelas montanhas ou pelos parques... Subir e descer ladeiras com quem se ama, jogar conversa fora e sonhar e sorrir juntos. Ou também, roda ou círculo de estudantes sentados na grama, acreditando, se encantando, mudando o mundo, sem sequer pensar em cargos, conchavos, negociações: instantes da juventude que irão gerar nostalgia eterna. Ou, no nosso trabalho, sentir a beleza de ter consolado, cuidado, apoiado; ou ter sofrido junto, e ter se solidarizado com as pessoas das comunidades e dos territórios que procuramos servir.

E, também, é claro, a inquietação pelo invisível, pelo sagrado que nos convoca ou, por vezes, que nos cala e nos deixa sem amparo. Essa inquietação que surge na fragilidade, na doença, no medo, na perda, ou quando testemunhamos o sagrado de um nascimento ou de um sonho realizado. O nosso espírito procurando renovar a união com o que intuímos ser algo grande, profundo, nossa verdadeira casa, nossa energia de luz, cura e transformação. O sopro leve e suave que nos arrepia e nos enche de energia boa, de vida e confiança no futuro. É a experiência do viver no Espírito. A dimensão sagrada da vivência espiritual. Pensada, dita e experimentada de muitas e muitas maneiras, quase infinitas. Pessoais, mas também comunitárias, sociais e planetárias. Mesmo aquele que é distante das religiões e celebrações religiosas alguma vez já sentiu essa dimensão mais sutil.

Imagens. Somente imagens. Algumas. Você deve ter muitas mais, e diferentes. São exemplos e possibilidades do invisível que também somos nós mesmos e, óbvio, que faz das pessoas que acom-

panhamos e cuidamos, seres complexos, feitos de muitas formas de viver, pensar, acreditar, sentir, querer e fazer. Nosso cotidiano no mundo da saúde é assim: no mínimo, um imenso desafio.

É essa a vida do Espírito Humano. Nossa vida. Espírito inquieto, sempre querendo ser mais – com *vontade de ser mais*, como gostava de dizer Paulo Freire (2002b). Ir além de nós mesmos, do que hoje somos, da nossa circunstância, dos nossos problemas, deficiências e desafios. Com essa fome e sede que nunca cessam. Não se conformando com as opressões, nem com as paralisias, nem com as formas congeladas e cruéis que destroem e matam. Mesmo reconhecendo que o sistema global de opressão e produção de sofrimento social é muito poderoso e implacável, produzindo consumidores cegos e sem crítica, criando e fortalecendo a maldade e a crueldade que significa lucrar e ter poder produzindo sofrimento, roubando e sendo corrupto, a educação popular em saúde opta pela humanidade criativa, justa, que se projeta em um mundo menos injusto e mais equitativo.

Assim, a espiritualidade não se limita à esfera do religioso, da fé em deuses ou entidades sobrenaturais ou à participação em religiões ou igrejas. Ela é muito mais ampla, incluindo a mística, o sonho compartilhado que os antigos socialistas chamavam a "fé dos revolucionários" por um mundo melhor. Essa energia que nos move e que permite a transformação do mundo. As lutas sociais coletivas – de movimentos e organizações – pela ampliação e garantia do direito à saúde, por exemplo, são movidas pelo espírito humano, individual e coletivo. E ainda todo caminho espiritual ou religioso faz parte do direito humano de termos nossas ideias respeitadas e valorizadas. Reafirmamos aqui claramente que todas as propostas têm o mesmo valor. Não se trata de "tolerância", de "deixar que existam", mas sim de reconhecer a cidadania de caminhos igualmente valiosos e que oferecem guia, consolo, compromisso e utopias a serem construídas em coletivo.

A educação popular freiriana acredita que o ser humano é inquieto, querendo sempre se projetar e ir além dos próprios limites, através de dinâmicas pessoais e sociais, que incluem tanto formas de dizer e pensar quanto formas de agir e se relacionar. Ao partir de um processo lento e longo de reconhecimento e crítica do mundo – que a educação popular fortalece – em direção à sua transformação, a pessoa humana resiste e cria. Para isso, elabora estratégias (maiores, de prazos longos) e táticas (menores, sutis, cotidianas) e o tempo todo vai formulando, *em diálogo e comunhão* (expressão freiriana), novas esperanças e "esperas impacientes".

A essa visão do humano como algo inacabado, que vai além de si próprio, alia-se a ideia da procura do novo, do surgimento do que antes era inviável, inédito. Essa confiança esperançosa pela construção coletiva – racional e política, mas intuitiva e estética também – daquilo que antes poderia se pensar impossível é uma das marcas da educação popular (Freire, 2002a).

Vemos assim que a dimensão do espírito é muito mais ampla e diversa do que a vivência religiosa. Não pode ser delimitada por dogmas, ideologias, crenças ou determinados líderes carismáticos. Não é moda, superstição, alienação – embora também reconheçamos que possa ser usada de forma superficial (moda), sujeita a danos (superstição) ou ao controle perverso dos desejos e formas de agir das pessoas (alienação).

A experiência do espiritual humano, tão ampla como sugerida aqui pelas imagens mencionadas no começo, é possibilidade e direito de todos e todas. É como o direito de sonhar e fazer acontecer. As pessoas podem compreender e experimentar a *espiritualidade* de tantas maneiras... Muitas das quais poucos compreenderão. Temos uma tendência a separar, afastar ou rejeitar aquilo que não entendemos, as formas de viver o invisível que não se encaixam perfeitamente naquilo em que acreditamos, nas nossas convicções. E como profissionais da saúde, e mais ainda trabalhando e convivendo com a população nos próprios territórios em que habitam, na atenção básica, é imperativo trabalhar para ampliar nossos sentidos, percepções e compreensões – tanto do cultural quanto do espiritual.

A educação popular aposta nisso, e, diariamente, vão se construindo aproximações e diálogos entre as diversas formas de ver e viver esse mundo de invisíveis tão presentes no nosso cotidiano e que, com certeza, influenciam nosso trabalho, suas lógicas, os resultados e mesmo situações tão controversas nas quais a "qualidade" é medida pela "produção".

Reforçamos a ideia de que aumentar nossa sensibilidade e compreensão sobre estas vivências que estão conosco o tempo todo – em casa, com a família, no casal, com os amigos, no trabalho, na equipe e na nossa interação com os usuários do SUS e suas famílias – é um trabalho cotidiano e paciente. É um trabalho de transformação e autotransformação, é fortalecer os sentidos para construir cidadania e direito de forma compartilhada.

Há uma tradição na educação popular que relaciona a espiritualidade não somente às formas culturais de vivência e expressão da dimensão religiosa - chamada *religiosidade popular* ou *fé popular*, mas também aos movimentos sociais, pastorais e religiosos considerados *populares* (no sentido de "opção pelos pobres" na concepção da cultura rebelde, como mencionado no texto **3.2 As dimensões culturais e a educação popular em saúde**, ou de manifestações de grupos subalternos/populares). A dimensão espiritual tem acompanhado a caminhada de mais de sessenta anos da educação crítica freiriana pelo mundo.

Há uma relação estreita entre as práticas espirituais ou religiosas, os movimentos sociais, as práticas populares de cuidado e a educação popular. Cada uma dessas especificidades da vida social afirma o espírito no cotidiano - seja como fonte de conforto, cuidado ou cura, seja como força ética que impulsiona lutas, propostas, projetos políticos coletivos ou processos profundos de transformação pessoal e social. Em um mundo no qual, de forma perversa, tem se valorizado pouco as vivências religiosas e espirituais, e no qual a ciência e a razão são consideradas aliadas do consumismo e do capitalismo, a valorização das espiritualidades que operam em nossos territórios de atuação, e das nossas próprias espiritualidades – sempre no sentido amplo apontado no começo deste texto – é uma inovação epistemológica, segundo Eymard Vasconcelos (2006), e segundo a própria Política Nacional de Educação Popular em Saúde no Sistema Único de Saúde (Pneps-SUS). Essa inovação pode trazer maior efetividade para o nosso trabalho.

Não tem sido nosso objetivo discutir as questões de organização, fé, crenças e convicções. Todas devem ser respeitadas e valorizadas como fontes potenciais de sabedoria e como formas coletivas e solidárias de agir em saúde. E, em todas essas questões, encontraremos exemplos vivos de honestidade, compromisso, cuidado, militância, ética, ternura e luta. Ou não, porque, além das propostas gerais, conceituais e doutrinárias, estão as pessoas singulares com suas escolhas e caminhos, nem sempre ideais, nem sempre isentos de erros e transgressões.

Ao falar de espiritualidade aqui estamos falando de uma experiência profundamente humana. É a vontade de transcender o "ser mais" freiriano, de vivenciar coisas além de nós mesmos. A noção de espiritualidade abrange aspectos do viver humano, seja na arte, no amor, na ternura, seja em outras dimensões invisíveis.

Acolher, sinceramente, as formas como as pessoas experimentam o que aqui amplamente chamamos espiritualidade humana é abrir um conjunto de portas para melhorar nossa atuação e nossa compreensão. E é abrir a possibilidade, sempre valiosa, de aprendermos com a população, com seus sentimentos e sabedorias, mas também com suas contradições e sofrimentos. Via de mão dupla: transformamos e somos transformados. O *quanto* e o *como* dessas transformações dependerá de como somos, vivemos e interagimos. Não há regras únicas nem padrões simples.

Viver a nossa espiritualidade no trabalho em saúde não significa tentar impor nossas ideias e crenças, ou convencer os outros que nossa visão das coisas é a melhor, ou é superior, ou é mais próxima da

verdade – seja ela religiosa ou não. É aprendermos a ser inclusivos, é aprendermos com os outros no simples cotidiano, no tempo sem brilho, com aquilo que normalmente passa despercebido.

É importante explicitar a diferença entre religião e espiritualidade, embora você provavelmente já tenha percebido, pelos exemplos iniciais. A religião, ligada à institucionalidade de uma igreja ou de um movimento religioso, caracteriza-se por dogmas (aquilo que é considerado a verdade sobre o divino), ritos (como as festas, cultos ou celebrações) e pela organização e administração da instituição ou da comunidade de fiéis. A espiritualidade é uma experiência mais "solta" e que vai além da vivência do divino, do sagrado e das religiões, como sugerimos ao longo deste texto. E é por isso que esta reflexão resulta útil para o diálogo inter-religioso, para ampliar nosso trabalho em saúde e para acolher e aproveitar de forma rica e criativa as formas de cuidar e curar dos muitos grupos que operam no território.

Podemos afirmar com tranquilidade relembrando as muitas imagens evocadas no começo desta reflexão que desde uma visão de educação crítica freiriana, viver a nossa espiritualidade é aceitar o desafio de abrir nossos sentidos e nossa sensibilidade para entender mais e mais o que acontece na vivência das pessoas: lógicas, sentimentos e emoções, sonhos e ilusões, expectativas e formas "de ir atrás" do que se quer. Abrirmo-nos para dialogar de verdade, e para entender, com visão crítica, que, mesmo em um mundo desigual e injusto, no qual há maldade, desonestidade, violência e morte persistem as experiências interiores e compartilhadas de humanidade profunda, esperança, caminhos de renovação e reinvenção pessoal e de grupo. Pequenos milagres cotidianos nos gestos, nos abraços, no silêncio dos que velam a morte de alguém amado. Na oração proferida no fim do caminho, perto do ponto final do corpo, no qual o ar para e não há mais pensamento. Somos porque somos com os outros; somos em comunhão, em diálogo, em dança. Somos com aqueles com quem lutamos, sonhamos e refazemos o mundo.

Referências bibliográficas

FREIRE, Paulo. *Pedagogia do oprimido*. São Paulo: Paz e Terra, 2002a.

_____. *Pedagogia da esperança*: um reencontro com a pedagogia do oprimido. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2002b.

VASCONCELOS, Eymard Mourão (org.). *A espiritualidade no trabalho em saúde*. São Paulo: Hucitec, 2006.

Texto originalmente publicado na Revista Saúde e Sociedade.

TEXTO DE APOIO

FEIRA DO SOMA SEMPRE: ENSINANDO E APRENDENDO

Para esse encontro, deixamos a sugestão da realização de uma Feira do Soma Sempre, como metodologia para aprofundar a apresentação da cartografia do território. A ideia é partir dos achados sobre cultura e saúde que vão compor os produtos da feira, para que sejam feitas exposições nas "barracas", tendo como inspiração as feiras livres. Os membros de cada barraca se alternam entre feirantes e visitantes, promovendo a troca sobre o que foi encontrado com a cartografia. Dantas afirma que:

> Nesse percurso, os sujeitos levantam questões problematizadoras com base no que escutaram/vivenciaram. As barracas buscam acolher os questionamentos para, ao final, incluí-los ou não, como aprendi- zados ou possibilidades de mudanças no seu padrão de organização e relações. Ao final, cada barraca apresenta uma síntese do que havia pensado original- mente e os aprendizados/mudanças a partir da interação com as demais (Dantas, 2019, p. 82).

Ao final da partilha, sugerimos que seja feita a reflexão em pequenos grupos sobre o que foi averiguado com a experiência da Feira, buscando relacionar com o trabalho em saúde, no sentido da Educação Popular em Saúde – em que todos podemos ensinar e aprender, a partir das nossas trocas com o outro e com o mundo. Sugerimos ainda que os mapas-diários sejam trabalhados, com a inserção de novos elementos a partir da carto- grafia e do apurado da Feira do Soma Sempre.

Feira do Soma Sempre

Alguns princípios
- Saber que na vida ninguém prospera sozinho (solidariedade);
- Ter disposição à transformação e ao aprofundamento de nossa humanidade;
- Produzir em relação por meio da força criativa do mundo.

1 - Organizando a Feira

A) Produção de barracas, por território, a partir de suas cartografias. Pode--se usar mesas, cadeiras, cestas, tecidos, cartolinas. Usem sua criatividade e potências locais!

B) Definição do número de rodadas e da duração de cada uma delas. As rodadas definem-se a partir da quantidade de grupos. Por exemplo, se estiverem presentes 6 grupos acontecerão 6 rodadas. Cada rodada pode durar entre 5 a 7 minutos;

C) Definição sobre a sequência da alternância entre quem visita e quem apresenta. A sequência deve ser combinada internamente no grupo dos integrantes das barracas. Desta forma, todas as barracas poderão ser visitadas por alguém de seu grupo e todos os integrantes terão a oportunidade de apresentar sua barraca;

D) Sugestão de criação de um roteiro para a apresentação da barraca.

2 - A Feira em ação

A) De olho no tempo: para a sequência de rodadas da feira, pode-se definir um "guardião do tempo" e um instrumento para sinalizar o início e o término das "rodadas", como berimbau, tambor, agogô, pandeiro ou um sino. Vocês sabem que, em feira, geralmente a gente perde a hora!

B) De olho no registro: visitantes devem registrar o que lhes chame a atenção. Lembrem-se, nossa feira é de saberes!

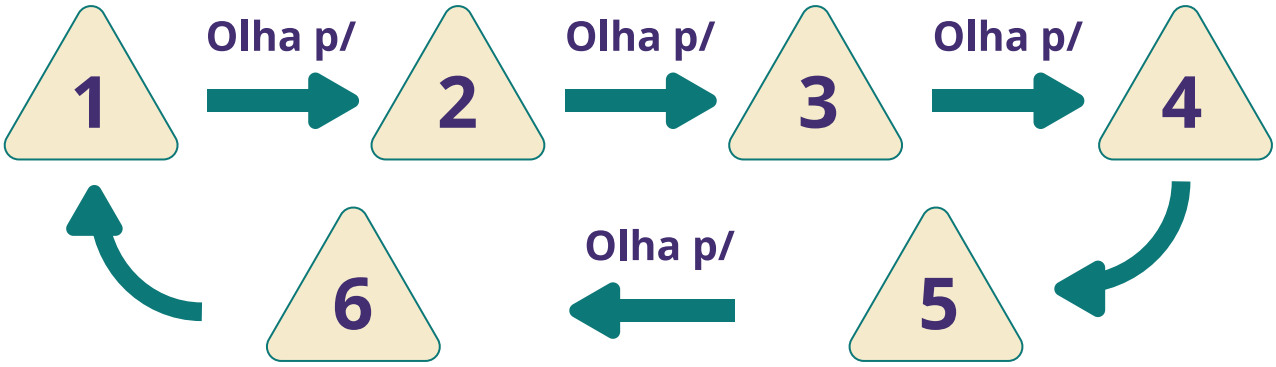
3 - Colheita interna

A) Com base no que vivenciaram, os grupos reúnem-se internamente para partilhar o que aprenderam com as outras barracas. Orientamos a problematizarem questões acerca de suas configurações de organização/participação e o que seria importante incluírem ou não em sua atuação nos territórios.

B) Com base na partilha realizada, constrói-se uma síntese do que havia sido pensado inicialmente e das aprendizagens que tiveram nessa interação.

4 - Colheita coletiva

a) Ao final da Colheita Interna, no grupão, cada barraca socializa os aprendizados sobre UMA das barracas visitadas. Essa barraca, por sua vez, indicará aprendizados sobre OUTRA e assim sucessivamente, de modo que todas apontem aprendizados e que sejam apontados aprendizados obtidos a partir de todas as barracas. Segue figura a seguir:



B) Ao final da socialização do aprendizado sobre cada barraca, outras barracas podem acrescentar algo que não tenha sido dito sobre alguma delas (Dantas; Silva; Castro Júnior, 2020; Lima, 2009).

Texto originalmente publicado no livro EdPopSUS - 2016

TEXTO 1

SAÚDE DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA: REFLEXÕES A PARTIR DA DETERMINAÇÃO SOCIAL DA SAÚDE

Joaquim Gabriel de Andrade Couto
Deidvid de Abreub
Carlos Botazzo
Marco Aurelio da Ros
Ana Lúcia Schaefer Ferreira de Mello
Daniela Lemos Carcereri

Resumo

Este artigo tem como objetivo apresentar reflexões sobre a saúde da população em situação de rua, utilizando o conceito da determinação social do processo saúde-doença como método de análise. O artigo está estruturado em formato ensaístico, sendo organizado em duas seções: a primeira, que apresenta a discussão sobre a saúde dessa população, discorrendo sobre a organização dos serviços de saúde para dar assistência a essas pessoas, seus avanços e entraves. A segunda seção realiza uma análise do processo saúde-doença da população em situação de rua, utilizando oreferencial teórico da Saúde Coletiva a partir do conceito da determinação social da saúde. O artigo argumenta que o modelo biomédico tem sido insuficiente para pensar na saúde da população em situação de rua, uma vez que desconsidera a complexidade dessa realidade social. A compreensão do processo saúde-doença como socialmente determinado localiza a saúde como resultando das condições materiais de existência dessa população, as quais são condicionadas pela forma de organização social no modo de produção capitalista. Assim, a determinação social opera como uma importante ferramenta de análise da saúde da população em situação de rua em uma perspectiva de totalidade. **Palavras-chave**: População em situação de rua; Saúde coletiva; Determinação social da saúde.

Introdução

Este artigo é resultado de discussões iniciadas em 2019 durante a arguição de um Trabalho de Conclusão de Residência Multiprofissional em Saúde da Família. O debate entre os autores se prolongou pelos anos seguintes e, emno

vembro de 2021, durante a conclusão das revisões do manuscrito, passamos pelo falecimento de nosso companheiro Marco Aurélio da Ros. Por esse motivo, gostaríamos de iniciar esse artigo com uma homenagem à memória do querido Marcão, médico sanitarista, professor e pesquisador de extrema importância para a Saúde Coletiva brasileira. Um grande militante do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira, Marco influenciou diferentes gerações de trabalhadores da saúde, construindo um coletivo de pensamento crítico no campo da saúde, deixando sua marca em nossas vidas. Nesse sentido, temos certeza de que esse artigo é mais um fruto de sua potente capacidade analítica, e de que suas ideias certamente seguirão reverberando em todos nós. Marcão, presente!

Entre crises estruturais e tentativas de reestruturação, o modo de produção capitalista vem impondo, ao longo da história, formas de organização dos diferentes setores produtivos. O desenvolvimento capitalista contemporâneo ganha sua forma mais perversa – o neoliberalismo –, em que sob a premissa da maior liberdade possível, o capital busca destruir quaisquer barreiras sociopolíticas. A retórica neoliberal brada pela redução da intervenção econômica do Estado, mas, em tempos de crise, o capital monopolista recorre também a ele. Na prática, trata-se de um Estado capitalista mínimo para os trabalhadores e máximo para o capital. O ataque do grande capital às instituições democráticas do Estado pode ser percebido na intensa desregulamentação das relações de trabalho, além da devastação dos sistemas de educação e seguridade social (Netto; Braz, 2006; Vita, 2000)

No Brasil, a especificidade do desenvolvimento capitalista tem colocado à margem do processo produtivo toda uma camada populacional. A formação social brasileira, marcada pela escravidão, concentração de terra e de renda, vem historicamente submetendo um segmento significante da população à uma imensa exclusão social. Enquanto um modo de produção estruturado na exploração da força de trabalho, a centralização da acumulação capitalista produz um excedente populacional que não consegue se incorporar ao processo produtivo, operando como alavanca da própria acumulação capitalista. É nesse contexto que a população em situação de rua (PSR) emerge como questão social, já que como fruto de uma organização desigual da produção e distribuição da riqueza, essas pessoas acabam por não encontrar possibilidade além da vida nas ruas dos centros urbanos (Escorel, 1999).

Nesse contexto, a PSR encontra barreiras para garantir a satisfação de suas necessidades materiais mais básicas, como alimentação, sono e higiene pessoal.

Essas dificuldades são frequentemente reforçadas pelo próprio Estado, cujas ações higienistas costumam carregar a marca do descarte, no qual o objetivo central é retirar essas pessoas dos espaços urbanos (Varanda e Adorno, 2004).

Por outro lado, a Constituição Federal garante a saúde como um direito social e o Sistema Único de Saúde (SUS) tem como um de seus princípios a universalidade do acesso. Todavia, o sistema de saúde é movido por profissionais cujo processo formativo, por vezes, se dá de forma isolada da realidade material dessa população, fato que reflete na falta de preparo para acolher as demandas trazidas pelos sujeitos que ocupam as ruas. A falta de sensibilização diante do contexto social vivenciado pela PSR tem acarretado situações de discriminação dentro dos próprios serviços de saúde (Barata et al., 2015; Wijk; Mângia, 2017). Dessa forma, ao buscar os serviços de saúde, somatório de discriminações promove uma internalização dos sofrimentos e, como apontam Varanda e Adorno (2004, p. 67):

> A internalização desse processo gera uma certa resignação, que interfere na forma de lidar com as questões de saúde e dificulta a relação com os profissionais dos serviços de saúde. Um grande número de pessoas que vive nas ruas, raramente procura o serviço de saúde, enquanto suporta a presença dos sintomas de doenças, recorrendo à rede ambulatorial em último caso, com a acumulação de vários problemas de saúde.

Esse descompasso evidencia a dificuldade do reconhecimento de que o processo saúde-doença não pode ser explicado por um raciocínio homogeneizante, tendo em vista que as diferentes realidades sociais implicam em formas de adoecimento diversas. No entanto, a matriz de pensamento hegemônica no campo da saúde, conhecida como o modelo biomédico, consolidou-se ao longo do século XX a partir de um modelo de ensino positivista, produzindo uma corrente de pensamento organizada em torno do paradigma da unicausalidade do processo saúde-doença, acarretando práticas de saúde tecnocráticas, em uma perspectiva individualizante e biologicista (Pagliosa; Da Ros, 2008; Da Ros, 2000).

Ainda que seja uma força hegemônica, essa forma de pensar a saúde não deixou de ser questionada ao longo dos anos. O estudo de Da Ros (2000) demonstrou que diferentes correntes de pensamento abordaram a saúde em outras perspectivas, propondo deslocamentos e conexões epistemológicas.

Neste artigo, partimos da Saúde Coletiva como caminho para pensar a saúde da PSR, mais especificamente a corrente de pensamento que utiliza o conceito da determinação social da saúde. Dessa forma, esse trabalho tem como objetivo discutir a saúde da PSR, fazendo uso da determinação social como método de análise. Para tanto, apresentamos o debate em formato de ensaio, dividido em duas seções: a primeira, que apresenta uma discussão sobre a PSR e sua relação com os serviços de saúde; e a segunda, que propõe uma análise sobre a saúde da PSR a partir do conceito da determinação social do processo saúde-doença.

A população em situação de rua e os serviços de saúde

O debate sobre as questões referentes à PSR tem avançado nos últimos anos, apesar de parecer um fenômeno social recente, a existência de pessoas que fazem das ruas seus locais de vida não é um processo contemporâneo. A compreensão desse movimento de ocupação dos espaços urbanos como um fenômeno histórico exige, antes de tudo, analisá-lo no contexto do modo de produção capitalista.

Em sua discussão sobre a ascensão e o desenvolvimento do capitalismo na Europa do século XV e XVI, Marx (2017) já apontava para uma camada populacional que, diante dos massivos processos de expropriação de terras, passara a viver na itinerância, sem meios de se incorporar à manufatura em ascensão. A velocidade com que eram expulsos de suas terras não acompanhava a possibilidade de incorporação pela manufatura ainda emergente, e como bem escreveu o autor: “Os pais da atual classe trabalhadora foram inicialmente castigados por sua metamorfose, que lhes fora imposta, em vagabundos e paupers” (Marx, 2017, p. 806). O termo “vagabundo” utilizado naquele contexto não se refere à noção pejorativa dos dias atuais, uma vez que, como explica Frangella (2004), o uso se vincula a tradução do francês e inglês de vagabond, cujo sentido é o ato de vagar, de pessoas que vivem na itinerância.

A formação social do Brasil também é marcada pela existência de pessoas que, diante de um modelo de produção assentado na dominação colonial e na escravidão, não encontravam meios de se incorporar ao processo produtivo. Naquele contexto histórico de pouca diversificação produtiva, resultante da produção no latifúndio escravista, uma massa de trabalhadores “livres” se constituiu entre senhores de terras e escravos. Essa camada populacional, acrescida dos milhões de escravos forros, vivia na pobreza e em constante mobilidade, em busca da possibilidade de produzir ao menos para sua própria sobrevivência (Franco, 1997).

Dessa forma, faz-se importante compreender que, apesar de em maior evidência na contemporaneidade, a PSR é um produto social do modo de produção capitalista, sendo uma população historicamente marginalizada. A exclusão social desse segmento populacional é evidenciada quando pensamos sobre sua inclusão no campo das políticas públicas no Brasil. O Estado brasileiro optou, ao longo dos anos, por tratar a PSR pela lógica de higiene social, operando por meio do aparato de segurança pública para expulsar essas pessoas de seus locais de permanência. É bastante recente um movimento de reconhecimento da necessidade de garantia dos direitos sociais dessa população, almejando superar as tradicionais ações assistencialistas de cunho higienista e medicalizador, responsáveis por reforçar a sua invisibilidade (Paiva et al., 2016; Varanda; Adorno, 2004).

A Política Nacional para a População em Situação de Rua (PNPSR) foi instituída em 2009, após a organização do Movimento Nacional da PSR, e foi proposta na perspectiva de reconhecer os direitos dessa população , com o objetivo de garantir o acesso às políticas públicas de saúde, assistência social, educação, previdência, moradia, segurança, cultura, lazer, esporte, trabalho e renda (Brasil, 2009). No que diz respeito à política de saúde, considerando as especificidades da PSR, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) de 2011 instituiu os Consultórios na Rua, equipamentos formados por equipes multiprofissionais responsáveis por atuar diretamente com a PSR (Brasil, 2011).

Ainda que tardia, a instituição de uma política voltada à PSR demonstra um importante avanço na discussão referente à vida dessa população. A criação de equipes de saúde voltadas à PSR marca o reconhecimento da necessidade de se pensar na saúde da PSR. A revisão de Andrade et al. (2022) apontou uma escassez de publicações científicas abordando o acesso da PSR aos serviços de saúde e, entre aqueles que trataram da temática, a predominância foi de trabalhos que se referiam à atenção básica e ao Consultório na Rua. Nesse sentido, a definição das equipes de Consultório na Rua (eCR) como parte integrante da PNAB sinalizou para a responsabilização desse nível de atenção na assistência à saúde da PSR. Dessa maneira, as eCR tem papel central na organização de rede de atenção à saúde dessa população, realizando a articulação entre a PSR e os diferentes serviços de saúde (Andrade et al., 2022).

Assim, a inclusão da PSR da PNAB representou o reconhecimento de uma necessidade de reorganização da rede de atenção à saúde para atender a essa população em suas especificidades. As eCR certamente têm um papel central na atuação junto da PSR, tendo como potencialidades o uso de tec

no-logias leves/relacionais, a criação de relações de acolhimento e vínculo, além da articulação intersetorial. Ainda que essas equipes não sejam as únicas responsáveis pala assistência à PSR, percebe-se uma falta de entendimento dos serviços de saúde em relação a atuação dessas equipes, sendo frequentes a criação de barreiras de acesso da PSR nos diferentes serviços sem o acompanhamento de profissionais das eCR (Ferreira; Rozendo; Melo, 2016).

Quando se trata das condições de saúde da PSR, sabe-se que há uma predominância de algumas condições clínicas, podendo-se citar: doenças infecto-contagiosas, problemas na pele e nos pés, problemas bucais, adoecimento mental, uso de álcool e outras drogas, entre outros (Aguiar; Iriart, 2012; Brasil, 2012). Apesar da importância de conhecer o perfil epidemiológico da PSR, a identificação das condições clínicas mais comuns não é suficiente para garantir a produção de cuidado nos serviços de saúde. Para isso, faz-se necessário conhecer o significado dado por esses sujeitos aos diferentes processos de adoecimento, uma vez que, como identificaram Aguiar e Iriart (2012), as significações do processo saúde-doença nas ruas é atravessado pela luta por garantia de condições materiais de existência. Nas palavras dos autores, a PSR apresenta:

> [...] uma concepção de saúde que está associada à capacidade de estar vivo e de resistir ao cotidiano de dificuldades nas ruas. Já a doença foi associada ao estado de debilidade a ponto de não poder trabalhar, a impossibilidade de batalhar e ganhar dinheiro, o impedimento de realizar tarefas simples, ou no caso extremo, o organismo não suportar o sofrimento, enfraquecer e sucumbir (Aguiar e Iriart, 2012, p. 120).

Percebe-se que o processo saúde-doença nas ruas se liga à reprodução das condições materiais de existência, escapando à dimensão puramente biológica. Como apontam Paiva et al. (2016), o modelo biomédico tem produzido uma forma de pensar e de agir insuficiente nos serviços de saúde para lidar com as questões inerentes ao processo saúde-doença da PSR. Ao limitar a compreensão dos processos de adoecimento às dimensões biológica/patológica, o pensamento hegemônico desconsidera as dimensões social e política que atravessam o processo saúde-doença nas ruas, acarretando soluções simplistas, que muitas vezes culpabilizam a PSR por suas condições (Paiva et al., 2016).

Sendo assim, o modelo biomédico que tenta explicar os processos de adoecimento levando em consideração o modelo unicausal e biologicista entra em choque com a multiplicidade de condições de vida e, ao ignorar o vetor das condições sociais dos diferentes grupos populacionais, deixa de considerar as lutas cotidianas da PSR. É de grande importância que os profissionais de saúde compreendam que a vida nas ruas pressupõe a exposição diária a condições materiais precárias, além de múltiplas violências (físicas, simbólicas e estatais), discriminações, privações (de sono e alimentação) e negações de direitos (moradia, trabalho e saúde) (Barata et al., 2015; Escorel, 1999).

Para ilustrar um exemplo, podemos pensar em uma condição frequente entre a PSR: os machucados ou as infecções nos pés pelo excesso de caminhada, pelo não uso de sapatos, ou pelo uso de sapatos molhados. Em uma análise simplificada, bastaria tratar a causa dessa condição: usar sapatos adequados, ou até mesmo não seguir no nomadismo. Todavia, é imprescindível conhecer as motivações desse deslocamento constante, as condições concretas de vida desses sujeitos.

O raciocínio linear proposto pelo modelo biomédico ignora as questões sociais que condicionam o processo saúde-doença. Ao deixar de lado os aspectos que dizem respeito às condições materiais e às possibilidades desses sujeitos, os profissionais de saúde deixam passar a chance de produzir um verdadeiro encontro e acabam, muitas vezes, reproduzindo violências, preconceitos e discriminações, situações que são percebidas pela própria PSR ao tentar acessar os serviços de saúde (Barata et al., 2015; Hallais; Barros, 2015). A atuação individualizante e protocolar orientada pelo modelo biomédico impede a percepção das especificidades inerentes à vida nas ruas, fazendo com que sejam priorizadas condutas desconectadas das possibilidades reais da PSR, apoiadas em intervenções que restringem a autonomia desses sujeitos (Brito; Silva, 2022). Nesse sentido, os autores enfatizam: “Esse processo contínuo pode levar à perda do atributo mais importante de todos os seres: sua condição humana. A pessoa que é constantemente colocada no lugar do indesejado perde o direito à cidadania e à vida” (Brito; Silva, 2022, p. 156).

Emerge, então, um questionamento: a existência da PNPSR e de um sistema de saúde orientado pelo princípio da universalidade são suficientes para garantir o direito à saúde desses sujeitos? Não há dúvidas de que são pontos essenciais para que isso aconteça, mas nenhuma política é uma garantia por si só, uma vez que são executadas por pessoas, cuja sensibilidade diante das diferenças precisa ser movimentada, ativada, instigada. Na saúde, o pen

sa-mento predominante leva os profissionais a reproduzirem uma atuação estéril, desconsiderando as interferências do campo social. No que se refere ao atendimento da PSR, os profissionais acusam desconhecimento das condições reais dessa população, o que leva a atuações paternalistas que desconsideram as realidades desses sujeitos (Brito; Silva, 2022).

Nesse sentido, ao relacionar a saúde às condições materiais de existência e às relações sociais que determinam essas condições, a Saúde Coletiva apresenta um enorme potencial de aproximação e construção coletiva com as pessoas que vivem em situação de rua, uma vez que essa população materializa em suas experiências diferentes fatores que reafirmam a urgência na compreensão da saúde pelo prisma da determinação social. Por esse motivo, a seção seguinte se apresenta como movimento no sentido de realizar uma análise da PSR utilizando a determinação social do processo saúde-doença como método interpretativo.

Determinação social da saúde no contexto da população em situação de rua

Apesar da evidente hegemonia do modelo biomédico, o campo da saúde no Brasil não se construiu de forma linear. Assim como todo processo histórico, o território da saúde foi palco de disputa de diferentes linhas de pensamento e projetos de sociedade. Destacamos um movimento que emergiu por volta da década de 1970 e se capilarizou pela América Latina: a Medicina Social, cujos ideais no Brasil foram difundidos e de certo modo amplamente reconfigurados pela nascente Saúde Coletiva. Influenciados pela teoria social crítica, os autores dessa corrente de pensamento incorporaram nela categorias da economia política que são de grande importância para pensar a saúde das populações, como o trabalho enquanto eixo central da vida humana, a organização social e a distribuição da produção, assim como o desenvolvimento das forças produtivas em um dado momento histórico. Com isso, expandiu-se uma matriz de pensamento crítico em saúde, que se dedicou a questionar a abordagem puramente biológica do processo saúde-doença (Laurell, 1981). Esta corrente de pensamento se difundiu como resposta à dificuldade da medicina clínica em explicar a distribuição desigual dos agravos à saúde nas populações. A compreensão da saúde enquanto um processo social possibilitou uma análise totalizante, uma vez que retira a saúde de uma avaliação biológica, isolada e individualizada, localizando-a no contexto político, social e econômico capitalista. Ao incorporar o materialismo-histórico-dialético como método para refletir sobre a saúde das populações, o pensamento crítico em saúde possibilitou a inclusão de categorias sociais no debate sobre

asaúde das populações, tendo como fio condutor a compreensão de que a divisão da sociedade capitalista em classes implica na produção de desigualdades sociais e, consequentemente, em uma distribuição desigual dos agravos em saúde (Breilh, 1979; Laurell, 1981). Nessa perspectiva, o movimento entre saúde e doença passa a ser entendido enquanto um processo determinado pelo modo como as forças produtivas estão organizadas. Como afirma Laurell (1981, p. 10), o processo saúde-doença:

> [...] está determinado por el modo como el hombre se apropia de la naturaleza en un momento dado, apropiación que se realiza por medio del proceso de trabajo basado en determinado desarrollo de las fuerzas productivas y las relaciones sociales de producción.

A virada proposta pela Saúde Coletiva consiste em pontuar que a saúde das pessoas não poderia ser explicada unicamente por fatores biológicos e individuais, porque os indivíduos estão inseridos em uma sociedade, em um dado momento histórico, com uma determinada organização social da produção. Sendo assim, o lugar que cada indivíduo ocupa nessa organização impacta na possibilidade (ou impossibilidade) de que possa desenvolver plenamente suas condições materiais de existência, as quais são influenciadas pela relação dialética entre o indivíduo/coletividade e o biológico/social. Nesse sentido, reconhece-se a determinação social da saúde, uma vez que ter saúde não significa uma oposição direta a um estado patológico, mas é resultante da forma de organização da produção e da distribuição dos bens e serviços socialmente produzidos (Laurell, 1981).

Por assim dizer, o conceito da determinação social provoca um deslocamento no modelo de raciocínio em saúde, pois nos leva a pensar a seu respeito para além da oposição saúde-doença, mas entendendo a complexidade e o dinamismo da vida, com todos os seus atravessamentos sociais, econômicos e políticos. A mudança está exatamente no esforço de analisar esse processo nas populações sob uma perspectiva da totalidade, uma vez que o processo saúde-doença não está desvinculado da forma como as sociedades estão organizadas (Laurell, 1981).

Nesse sentido, analisar o processo saúde-doença no contexto da PSR exige compreender o lugar que essas pessoas ocupam na organização social. Por isso, a discussão sobre a saúde de uma população marginalizada, como a PSR, precisa estar conectada a um debate sobre o modo de produção capita

-lista. Como apontamos no início desse trabalho, a existência de pessoas que fazem das ruas seus espaços de vida nos remonta ao período de ascensão e desenvolvimento do capitalismo, tendo em vista que o modo de produção capitalista marca o momento histórico em que houve as expropriações dos meios de produção, que passaram a ser propriedade privada de uma classe social, delimitando a divisão da sociedade em classes: de um lado aqueles que os dominam, de outro uma massa populacional, cuja única propriedade é seu corpo e sua força de trabalho (Marx, 2017).

A compreensão da saúde como socialmente determinada avança ao trazer a questão da organização do processo produtivo para o debate sobre a saúde, haja vista que o modo de produção determina as condições materiais de existência dos diferentes estratos sociais. Nesse sentido, a saúde se liga à possibilidade de produção e reprodução social, que, em uma sociedade estratificada em classes, acontece de forma desigual a depender do lugar que cada pessoa ocupa na organização social. Assim, abordar a PSR demanda compreendê-la enquanto um fenômeno histórico que marca o desenvolvimento das sociedades capitalistas, uma população historicamente submetida a uma posição marginal no processo produtivo.

A chave de interpretação da determinação social do processo saúde-doença busca essa análise em uma perspectiva dialética entre as dimensões individual e coletiva (Breilh, 2013).

Com isso, cabe relembrar que na 8ª Conferência Nacional de Saúde, a saúde foi conceituada enquanto um processo atravessado pela política, tendo em vista que ter saúde não se trata unicamente de um fator biológico e individual, mas exige acesso a recursos fundamentais, como alimentação, habitação, trabalho, renda, terra, transporte, educação e, naturalmente, serviços de saúde. O conceito de saúde que guia a construção do SUS está fortemente influenciado pela matriz de pensamento que compreende a saúde como produto das condições materiais de existência das populações, condições essas que são interditadas no contexto da PSR (Brasil, 1986).

Quando pensamos sobre a saúde como resultante de diferentes dimensões, avançamos na sua compreensão para além de uma perspectiva individualizante, entendendo que ela resulta da relação dialética entre o indivíduo e a estrutura social. Desse modo, compreende-se que as condições de vida não são explicadas unicamente por escolhas individuais, mas condicionadas pela organização social da produção (Breilh, 2013; Laurell, 1981).

Ao analisar a PSR a partir da totalidade do modo de produção, apontamos para o caráter sócio-histórico desse fenômeno populacional que ao longo do desenvolvimento capitalista foi sendo impedido de se inserir no processo produtivo. Em seus estudos, Marx (2017) já identificava que a acumulação e centralização capitalista produziam um volume de população trabalhadora adicional e relativamente excedente, que se transformava em alavanca da própria acumulação capitalista. Esse segmento populacional foi nomeado pelo autor como exército industrial de reserva, o qual era responsável por fornecer uma quantidade expressiva de força de trabalho sempre pronta para ser explorada, tendo como consequência o rebaixamento do próprio valor da força de trabalho. Nas palavras de Marx:

> A condenação de uma parte da classe trabalhadora à ociosidade forçada em razão do sobretrabalho da outra parte, e vice-versa, torna-se um meio de enriquecimento do capitalista individual, ao mesmo tempo que acelera a produção do exército industrial de reserva num grau correspondente ao progresso da acumulação socia (Marx, 2017, p. 711–712).

A existência de uma camada populacional que não encontra meios de se incorporar ao processo produtivo está intimamente ligada ao desenvolvimento e estruturação das forças produtivas. Nesse sentido, a PSR tem as suas condições de reprodução social condicionadas pela distribuição desigual da produção, e, portanto, são atingidas também de forma desigual pelos processos de adoecimento. Assim sendo, procuramos avançar para além do paradigma biomédico hegemônico, o qual tenta responder às questões de saúde de forma linear, fracionando a realidade e isolando os sujeitos de seu contexto social. Diferente disso, o pensamento crítico em saúde, orientado pela determinação social do processo saúde-doença, opera como ferramenta de análise que compreende a centralidade da dinâmica de acumulação capitalista no modo como as diferentes populações vivem e reproduzem suas vidas (Breilh, 2013).

Considerações finais

A existência de pessoas que fazem das ruas seus locais de vida é um processo histórico que merece atenção, dado que o desenvolvimento capitalista no Brasil tem empurrado cada vez mais pessoas para essa situação. O aumento vertiginoso da quantidade de PSRs nos impele a pensar sobre as condições de saúde dessa população, de forma a organizar e melhor efetivar o acesso

dessas pessoas aos serviços de saúde.

Com isso, o debate sobre o processo saúde-doença da PSR precisa ser feito de forma cuidadosa, almejando uma ultrapassagem em relação ao pensamento biomédico hegemônico no campo da saúde, o qual faz uma análise individualizante que desconsidera os aspectos políticos e sociais que atravessam o contexto social da PSR, reproduzindo, por muitas vezes, atitudes de discriminação e culpabilização dos sujeitos. Nesse sentido, da determinação social da saúde, o qual se inicia na organização social do modo de produção capitalista para analisar a forma como os agravos em saúde se distribuem nos diferentes estratos sociais. Dessa maneira, parte-se da relação dialética entre o individual e o coletivo, o biológico e o social, compreendendo que a saúde da PSR é a resultante das suas condições materiais de existência, as quais são determinadas pela forma de organização social da produção. Nesse contexto, a PSR é historicamente colocada à margem do processo produtivo, encontrando diferentes barreiras na satisfação de suas necessidades, o que reflete em suas condições de saúde.

Referências bibliográficas

AGUIAR, M. M.; IRIART, J. A. B. Significados e práticas de saúde e doença entre a população em situação de rua em Salvador, Bahia, Brasil. Cadernos de Saúde Pública, Salvador, v. 28, n. 1, p. 115–124, 2012. DOI: 10.1590/S0102311X2012000100012

ANDRADE, R. et al. O acesso aos serviços de saúde pela População em Situação de Rua: uma revisão integrativa. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 46, n. 132, p. 227-239, 2022. DOI: 10.1590/0103-1104202213216

BARATA, R. B. et al. Desigualdade social em saúde na população em situação de rua na cidade de São Paulo. Saúde e Sociedade, São Paulo, v. 24, n. Supl. 1, p. 219–232, 2015. DOI: 10.1590/S0104-12902015S01019

BRASIL. Relatório final da VIII Conferência Nacional de Saúde. Brasília, DF, 1987. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8_conferencia_nacional_saude_ relatorio_final.pdf > Acesso em: 03 jan 2023.

BRASIL. Decreto Presidencial no 7.053, de 23 de dezembro de 2009. Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersetorial de Acom-panhamento e Monitoramento, e dá outras providências. Brasília, DF: Presi-

dência da República, 2009. Disponível em: <http://www. planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d7053.htm>. Acesso em: 03 jan 2023.

BRASIL. Portaria no 2.488 de 21 de Outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>. Acesso em: 03 jan 2023.

BRASIL. Manual Sobre o Cuidado à Saúde junto a População em Situação de Rua. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012.

BREILH, J. Los modelos epidemiologicos como recurso del proyecto capitalista. In: BREILH, J. Epidemiologia, Economia, Medicina Y Politica. Ciudad de Mexico: Fontamara, 1979. p. 71–125.

BREILH, J. La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). Revista Facultad Nacional de Salud Pública, Medellín, v. 31, n. Supl 1, p. S13–S27, 2013.

BRITO, C.; SILVA, L. N. População em situação de rua: estigmas, preconceitos e estratégias de cuidado em saúde. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 27, n. 1, p. 151-160, 2022. DOI: 10.1590/1413-81232022271.19662021

DA ROS, M. A. Estilos de pensamento em saúde pública: um estudo da produção da FSP/USP e ENSP-FIOCRUZ, entre 1948 e 1994, a partir da epistemologia de Ludwik Fleck. 2000. 208 f. Tese (Doutorado em Educação) – Programa de Pós-Graduação em Educação, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2000.

ESCOREL, S. Vidas ao léu: trajetórias de exclusão social. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999. DOI: 10.7476/9788575416051

FERREIRA, C. P. S; ROZENDO, C. A; MELO, G. B. Consultório na Rua em uma capital do Nordeste brasileiro: o olhar de pessoas em situação de vulnerabilidade social. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 32, n. 8, p. 1-10. 2016. DOI: 10.1590/0102-311X00070515

FRANCO, M. S.C. Homens livres na ordem escravocrata. 4. ed. São Paulo: Editora UNESP, 1997

FRANGELLA, S. M. Corpos urbanos errantes: uma etnografia da corporalidade de moradores de rua em São Paulo. 2004. 361f. Tese (Doutorado em Ciência Sociais) – Departamento de Antropologia da Universidade Estadual de Campinas, Campinas, São Paulo, 2004.

HALLAIS, J. A. S.; BARROS, N. F. Consultório na Rua: visibilidades, invisibilidades e hipervisibilidade. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 31, n. 7, p. 1497-1504, 2015. DOI: 10.1590/0102-311X00143114

LAURELL, A. C. La salud-enfermedad como proceso social. Revista Latinoamericana de Salud, v. 2, n. 1, p. 7–25, 1982.

MARX, K. O capital: crítica da economia política. Livro I: o processo de produção do capital. 2. ed. São Paulo: Boitempo, 2017.

NETTO, J. P.; BRAZ, M. Economia política: uma introdução crítica. São Paulo: Cortez, 2006.

PAGLIOSA, F. L.; DA ROS, M. A. O relatório Flexner: para o bem e para o mal. Revista Brasileira de Educação Médica, Brasília, DF, v. 32, n. 4, p. 492-499, 2008. DOI: 10.1590/S0100-55022008000400012

PAIVA, I. K. S. et al. Direito à saúde da população em situação de rua: reflexões sobre a problemática. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 21, n. 8, p. 2595-2606, 2016. DOI: 1413-81232015218.06892015

VARANDA, W.; ADORNO, R. C. F. Descartáveis 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. 56-69, 2004. DOI: 10.1590/S01041290200400010007

VITA, A. O neoliberalismo moral. In: VITA, A. A justiça igualitária e seus críticos. São Paulo: Editora UNESP, 2000. p. 43-88.
VAN WIJK, L. B.; MÂNGIA, E. F. O cuidado a Pessoas em Situação de Rua pela Rede de Atenção Psicossocial da Sé. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 41, n. 115, p. 1130-1142, 2017. DOI: 10.1590/0103-1104201711511

Texto originalmente publicado no livro EdPopSUS.

TEXTO 2

VIGILÂNCIA POPULAR EM SAÚDE E A POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA

Michele Neves Meneses
Fernando Ferreira Carneiro

A Vigilância Popular em Saúde (VPS) é uma estratégia de ação construída a partir do protagonismo popular. A VPS dialoga com as dinâmicas, problemáticas e potencialidades que existem nos territórios, ou seja, com as reais necessidades de saúde da população, e visa à manutenção da vida, principalmente em populações vulnerabilizadas. É um processo de protagonismo popular e comunitário. Definir a Vigilância Popular em Saúde implica reconhecê-la como mais do que um conjunto de técnicas. Trata-se de um movimento político e epistemológico que desafia a hegemonia do saber técnico-científico e reivindica a validade e a potência dos saberes populares, experienciais e culturais (Meneses, 2024).

A VPS opera na confluência desses diferentes conhecimentos, buscando uma articulação horizontal que potencialize a compreensão e a ação sobre os problemas de saúde em sua complexidade. Portanto, os princípios freireanos, a saber, a problematização da realidade como ponto de partida, a leitura crítica do mundo, o diálogo como ferramenta de construção coletiva do conhecimento, a práxis como unidade indissociável entre reflexão e ação, e a busca por "inéditos viáveis" (transformações que, embora ainda não existentes, são possíveis de serem construídas pela ação organizada), são fundamentais para a constituição das práticas de VPS (Arjona, 2024). Ademais, a VPS se alicerça em uma compreensão crítica da determinação social da saúde, tal como proposta por Jaime Breilh (Breilh, 2019). Ao invés de focar apenas nos fatores de risco individuais ou em agentes etiológicos isolados, a VPS busca problematizar as raízes estruturais dos problemas de saúde, compreendendo como os processos sociais, econômicos, culturais e ambientais – incluindo os modelos de produção e consumo – geram iniquidades e impactam diferencialmente a saúde dos distintos grupos sociais.

Este texto busca pensar práticas de VPS partindo da população em situação de rua, um grupo social que enfrenta múltiplas iniquidades e cuja saúde é profundamente impactada por determinações sociais complexas. A VPS construída com essa população representa um desafio e uma oportunidade para

criar abordagens de saúde mais humanizadas, participativas e eficazes.

Vigilância popular em saúde com a população em situação de rua: desafios e possibilidades

A população em situação de rua é um dos grupos que sofre vulnerabilização e marginalização na sociedade, enfrentando uma série de desafios que impactam diretamente sua saúde e bem-estar. A falta de moradia, acesso limitado a saneamento básico, alimentação inadequada, exposição a violências, estigma e discriminação, e barreiras no acesso aos serviços de saúde são apenas alguns dos determinantes sociais que moldam a realidade de saúde desse grupo. Nesse contexto, a VPS pode oferecer uma abordagem inovadora e mais eficaz, ao reconhecer a população em situação de rua não apenas como objeto de intervenção, mas como sujeito ativo na construção de soluções para seus próprios problemas de saúde.

O desvelar da realidade: diagnóstico participativo e leitura crítica

Para a população em situação de rua, o diagnóstico participativo na VPS implica ir além da mera contagem de indivíduos ou da identificação de doenças. É fundamental compreender as complexas redes de vulnerabilidade que os afetam. Isso envolve:

Mapeamento de territórios e fluxos: identificar os locais de maior concentração da população em situação de rua (praças, viadutos, calçadas, abrigos), seus fluxos diários e noturnos, e os pontos de acesso a recursos (água, comida, banheiros, serviços de saúde e assistência social). O mapeamento pode ser feito de forma colaborativa, com a participação das pessoas em situação de rua, que conhecem profundamente o território e suas dinâmicas.

Identificação das determinações sociais da saúde: aprofundar a compreensão sobre como a falta de moradia, a insegurança alimentar, a violência urbana, a ausência de vínculos familiares e comunitários, e a discriminação afetam a saúde física e mental. A escuta ativa e a valorização das narrativas de vida são cruciais para desvelar essas interconexões.

Problematização das causas: questionar as raízes estruturais da situação de rua e de seus impactos na saúde. Por que essas pessoas estão nas ruas? Quais são as falhas do sistema que perpetuam essa condição? Como as políticas públicas atuais contribuem ou falham em resolver esses problemas? A discussão deve envolver não apenas as pessoas em situação de rua, mas-

também trabalhadores da saúde, assistentes sociais, ativistas e a sociedade em geral.

Tecer a rede da informação: produção e sistematização de saberes locais

A população em situação de rua possui um vasto conhecimento sobre sua própria saúde e sobre as estratégias de sobrevivência e cuidado que desenvolve no dia a dia. A VPS busca valorizar e sistematizar esses saberes, articulando-os com o conhecimento técnico-científico:

Registro de experiências de adoecimento e cuidado: coletar e registrar as histórias de adoecimento, as dificuldades enfrentadas no acesso à saúde, as estratégias de autocuidado e cuidado mútuo desenvolvidas na rua, e as percepções sobre o que é saúde e doença nesse contexto. Isso pode ser feito por meio de rodas de conversa, entrevistas narrativas e grupos focais.

Articulação com conhecimento técnico-científico: conectar os saberes populares com informações sobre doenças prevalentes na população em situação de rua (tuberculose, HIV/AIDS, hepatites virais, doenças de pele, transtornos mentais), direitos de saúde, e formas de acesso aos serviços. Essa articulação deve ser feita de forma dialógica, sem hierarquias, buscando enriquecer a compreensão mútua.

Produção de dados locais: embora muitas vezes invisibilizada nos dados epidemiológicos, a população em situação de rua pode gerar seus próprios indicadores sobre as condições de saúde, as barreiras de acesso e as necessidades. Isso pode incluir o registro de casos de violência, discriminação, ou a falta de acesso a serviços básicos, que podem ser utilizados para a reivindicação de direitos.

Fortalecer a ação coletiva com base na Educação Popular e mobilização social

A informação, por si só, não transforma; é a práxis – a ação refletida – que impulsiona a mudança. Nesse sentido, há ferramentas pedagógicas que, adaptadas à realidade da população em situação de rua, fortalecem o protagonismo popular:

Oficinas e rodas de conversa: promover espaços informais e acessíveis para discutir temas de saúde, direitos, redução de danos, higiene, alimentação e prevenção de doenças. Esses espaços devem ser construídos com base

nas demandas e interesses da própria população, utilizando linguagens e metodologias adequadas.

Formação de agentes populares de saúde: fortalecer que membros da própria população em situação de rua atuem como multiplicadores de informações e promotores de saúde em seus grupos. Esses agentes podem identificar necessidades, oferecer apoio, e mediar o acesso aos serviços de saúde, atuando como pontes entre a comunidade e as instituições.

Articulação com movimentos sociais e redes de apoio: estimular a organização da população em situação de rua e se articular com movimentos sociais que defendem seus direitos (como o Movimento Nacional da População em Situação de Rua - MNPR), ONGs, universidades e outros atores da sociedade civil. Essa articulação amplia a capacidade de incidência política e de reivindicação de políticas públicas específicas.

Construção do inédito viável

A VPS incentiva a construção de estratégias de enfrentamento viáveis para a promoção da saúde e a garantia de direitos. Com base no diagnóstico participativo e na sistematização dos saberes, a população em situação de rua, em conjunto com seus apoiadores, pode elaborar propostas concretas de políticas públicas que atendam às suas necessidades específicas, como programas de moradia, acesso adequado a serviços de saúde, centros de convivência e programas de geração de renda. Além disso, é possível também desenvolver iniciativas autônomas ou em parceria para a criação de espaços seguros e acolhedores, onde a população em situação de rua possa ter acesso a higiene, alimentação, atividades culturais e educativas.

Esses espaços podem ser geridos de forma participativa, promovendo a autonomia e o protagonismo. Portanto, a utilização dos dados e das narrativas coletadas para denunciar violações de direitos, estigma e discriminação auxilia no processo de pressão popular por mudanças. Isso pode incluir campanhas de conscientização, manifestações públicas e ações judiciais, quando necessário.

Nesse sentido, a VPS oferece a possibilidade de transcender a invisibilidade e o estigma da população em situação de rua, deslocando-os de objetos de políticas assistenciais em sujeitos ativos de sua própria saúde e de seus direitos. Ao valorizar seus saberes, suas experiências e sua capacidade de organização, a VPS contribui para a construção de uma saúde mais digna, justa e equitativa, que reconhece e respeita a complexidade de suas vidas.

Os desafiossão imensos, dada a complexidade da situação de rua e as múltiplas iniquidades que a atravessam. No entanto, a potência da Vigilância Popular em Saúde reside precisamente em sua capacidade de mobilizar a resistência, fomentar a solidariedade e semear as bases para a construção de "inéditos viáveis" – outras formas de viver, de cuidar e de se relacionar, onde a saúde seja um direito efetivo e a expressão de uma sociedade mais humana e inclusiva.

Referências bibliográficas

ARJONA, F. B. S. et al.. A contribuição do pensamento de Paulo Freire para a Vigilância Popular em Saúde. Ciência & Saúde Coletiva, v. 29, n. 6, p. e12312023, jun. 2024. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1413-81232024296.12312023. Acesso em 21 de julho de 2025.

BREILH, J. Ciencia crítica sobre impactos en la salud colectiva y ecosistemas: Guía investigativa pedagógica: evaluación de las 4 "S" de la vida. Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador, 2019.

MENESES, M. N. et al. Vigilância Popular em Saúde no sul do Brasil: expressões de um território que pulsa. Interface - Comunicação, Saúde, Educação, v. 28, p. e230167, 2024. Disponível em: https://doi.org/10.1590/interface.230167. Acesso em 21 de julho de 2025.

Recomendamos a leitura do Guia Vigia, Povo disponível em: https://ceara.fiocruz.br/participatorio/wp-content/uploads/2023/11/Guia-de-Vigilancia-Popular-WEB-152mb.pdf

Texto originalmente publicado na Revista Eletrônica Acervo Saúde.

TEXTO 3
VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Marcelo Fernando Ferreira Carneiro
Michele Neves Meneses

No campo da saúde, a vigilância está relacionada às práticas de atenção e promoção da saúde dos cidadãos e aos mecanismos adotados para prevenção de doenças. Além disso, integra diversas áreas de conhecimento e aborda diferentes temas, tais como política e planejamento, territorialização, epidemiologia, processo saúde-doença, condições de vida e situação de saúde das populações, ambiente, e saúde e processo de trabalho. Nessa perspectiva, a vigilância se distribui entre: epidemiológica, ambiental, sanitária e saúde do trabalhador.

A vigilância epidemiológica reconhece as principais doenças de notificação compulsória e investiga epidemias que ocorrem em territórios específicos. Além disso, age no controle dessas doenças específicas.

A vigilância ambiental se dedica às interferências nos ambientes físico, psicológico e social na saúde. As ações neste contexto têm privilegiado, por exemplo, o controle da água de consumo humano, o controle de resíduos e o controle de vetores de transmissão de doenças – especialmente insetos e roedores.

As ações de vigilância sanitária dirigem-se, geralmente, ao controle de bens, produtos e serviços que oferecem riscos à saúde da população, como alimentos, produtos de limpeza, cosméticos e medicamentos. Realizam também a fiscalização de serviços de interesse da saúde, como escolas, hospitais, clubes, academias, parques e centros comerciais, e ainda inspecionam os processos produtivos que podem pôr em riscos e causar danos ao trabalhador e ao meio ambiente.

Já a área de saúde do trabalhador realiza estudos, ações de prevenção, assistência e vigilância aos agravos à saúde relacionados ao trabalho.

Texto originalmente publicado no Livro EdPopSUS.

TEXTO 1

DO NASF À EMULTI, AMPLIANDO E COMPARTILHANDO A GESTÃO DO CUIDADO EM SAÚDE NA APS

Mauricio Pereira de Mattos

Nos capítulos anteriores, apresentamos o método Balint-Paideia e a função do apoiador no processo de aprendizagem, conceitos importantes que orientam as di-nâmicas utilizadas nesta formação. Nesta parte do curso, vamos discutir as políticas do SUS desenvolvidas no âmbito da APS, enfatizando os aspectos relacionados à organização do processo de trabalho da eMulti. Vamos começar?

O processo de descentralização das ações e serviços de saúde empreendido pelo SUS representou maior responsabilidade sanitária, autonomia e aumento de custos para os municípios, que passaram a ser os responsáveis pela gestão da APS. Com a expansão da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e o respectivo aumento da co-bertura, muitas demandas de saúde foram endereçadas às Unidades Básicas de Saú-de (UBS), tensionando a necessidade de ampliação das ações de cuidado oferecidas pelos "postinhos de saúde". Prover ações de promoção da saúde e de prevenção de agravos, realizar diagnóstico, tratamento e a reabilitação de usuários de determina-do território conforma um campo de práticas abrangente e que exige a participação de outras especialidades, além daquelas previstas nas ESF de referência.

Em resposta a esse contexto e com base em experiências que vinham sendo desen-volvidas em municípios brasileiros, no ano de 2008, o Ministério da Saúde (MS) criou o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf), equipe composta por profis-sionais de diferentes áreas do conhecimento, com a finalidade de aumentar a ca-pacidade resolutiva e apoiar "a inserção da Estratégia de Saúde da Família na rede de serviços e o processo de territorialização e regionalização a partir da atenção básica" (Brasil, 2008). Atuando a partir das demandas apresentadas pelas equipes vinculadas e de propostas sugeridas pelos próprios especialistas do Nasf, as inter-venções tinham no apoio matricial suas dimensões principais de organização da prática: uma técnico-pedagógica, de troca de saberes e ações conjuntas com as equi-pes apoiadas; e outra relativa ao atendimento clínico direto aos usuários adscritos, de forma coletiva ou individual, dentro ou fora do espaço físico da UBS (Campos,

Cunha, Figueiredo, 2013).

Um aspecto que pôde ser observado nas políticas desenvolvidas nos anos de atua-ção do Nasf se refere às orientações sobre o processo de trabalho. Ao propor ou-tro modo de relação interprofissional – tendo como premissa a horizontalidade de poder e produção de autonomia –, optou-se inicialmente pela organização da retaguarda especializada tendo como ação privilegiada a dimensão pedagógica de atuação, em grande medida desempenhada por meio de discussões de casos e inter-consultas (ou consultas compartilhadas). Na abordagem assistencial, a diretriz era para o oferecimento de atividades coletivas, evitando-se o atendimento individual e a possibilidade da ambulatorização das situações encaminhadas ao Nasf.

Com o passar dos anos, depois do acúmulo de experiências realizadas e de cenários epidemiológicos do país, como, por exemplo, os agravos decorrentes do zika vírus, os documentos orientadores buscaram o maior equilíbrio entre as diversas possibili-dades de intervenções de apoio junto aos profissionais, usuários e coletivos (Brasil, 2014; 2016; 2017).

Em síntese, na construção histórico-normativa do Nasf é possível identificar dife-rentes movimentos feitos pelo Ministério da Saúde no sentido de consolidar a inter-profissionalidade na APS, e também retrocessos. Nos anos subsequentes à implan-tação da primeira equipe, foram editados dois manuais instrutivos para melhoria do processo de trabalho – Cadernos de Atenção Básica nº 27 e 39 –; portarias foram aprimoradas, no sentido de garantir melhores parametrizações para qualificação do apoio; possibilitou-se que qualquer município com modelo assistencial da ESF e/ou equipes de populações específicas pudesse implantar seu Nasf, universalizando a proposta; mudou-se o nome da equipe e sua abrangência, abarcando todos os tipos de arranjos da APS; e, com o fim do financiamento discricionário federal do Previne Brasil, houve pela primeira vez a redução no número de equipes cadastra-das nacionalmente (Mattos, Gutiérrez, Campos, 2022).

Com a pandemia de Covid-19, o processo de trabalho precisou passar por adap-tações, no sentido de dar respostas às novas necessidades emergentes/urgentes e garantir a segurança dos trabalhadores de saúde, considerando as diversas possi bilidades de atuação para o Nasf nesse cenário (Mattos, Gutiérrez, 2023; Santos, Prado, Santos et al., 2023).

Passado esse período, a atenção interprofissional volta à agenda do SUS com o lançamento da Portaria GM/MS nº 635, de 22 de maio de 2023, que retoma o financiamento para equipes multiprofissionais da APS com uma nova equipe – a eMulti –, em substituição ao arranjo do Nasf.

Compreendendo os desafios dos diferentes modelos de organização da APS no contexto do SUS

Diferentemente do sentido que a palavra "modelo" pode denotar – molde, fôrma, algo a ser seguido, repetido e padronizado –, o conceito de "modelo de atenção à saúde" está relacionado ao conjunto de tecnologias de saúde ofertadas, utilizadas e conjugadas pelos profissionais para responder às necessidades de saúde de indi-víduos e da coletividade. "Assim, um modelo de atenção pode ser entendido como uma espécie de lógica ou racionalidade que orienta uma dada combinação tecnoló-gica nas práticas de saúde" (Paim, 2012, p. 463).

No Brasil, identifica-se a coexistência de dois modelos hegemônicos de atenção à saúde, cujas práticas predominam historicamente nos serviços e no modo como as ações são definidas (Paim, 2012):

- médico hegemônico: compreende os modelos médico assistencial privatista (muito comum nas práticas desenvolvidas no país, incluindo o SUS) e aten-ção gerenciada (cujos fundamentos são a medicina baseada em evidências e a economia). Em síntese, no modelo médico hegemônico, o objeto de trabalho é a cura do corpo biológico a partir da expressão da doença, sendo pouco consideradas outras dimensões do humano, como a subjetividade e o social. Esse modelo tem por base demandas pontuais de queixa e con-duta, e atividades curativas individuais; volta-se para consultas médicas e procedimentos clínicos especializados, tendo o hospital como um elemento estruturante do cuidado e da rede;

- modelo sanitarista: de maneira resumida, esse modelo compreende as ne-cessidades de saúde e de cuidado de forma coletiva, tanto em relação à expressão desses problemas – produzidos por uma determinação social –, quanto no modo de organização da intervenção, oferecida para determina-dos grupos. O modelo planeja suas ações de acordo com as características e os fatores de risco de populações específicas e territórios; atua com cam-panhas sanitárias, como as de vacinação e comba

teàs arboviroses, e com programa de controle de doenças específicas: tuberculose, Aids, hanseníase, hiperdia etc. Propõe suas intervenções articuladas com as informações das vigilâncias epidemiológica e sanitária, produzindo políticas de promoção, educativas e de prevenção a doenças e outros agravos.

Outros modos de organização das práticas têm sido experimentados no SUS, e são apresentados como propostas alternativas às lógicas dos modelos anteriores, mas que guardam aproximações com estes (Paim, 2012). São exemplos de algumas dessas propostas: as ofertas organizadas a partir das características epidemiológi-cas dos territórios, que consideram as necessidades da população para planejar o acesso à demanda; as ações programáticas, que definem o processo de trabalho de determinada equipe ou unidade, considerando as necessidades sociais locais; o aco-lhimento, que procura reorganizar e qualificar a demanda espontânea e o acesso, de forma humanizada; linhas de cuidado, que são construídas para definir condutas e protocolos e orientar o percurso terapêutico dos usuários na Rede de Atenção à Saúde (RAS); a promoção da saúde, que visa a integração intersetorial para a melhoria da qualidade de vida, promovendo processos educativos e campanhas de adoção de estilos de vida saudáveis.

Esses arranjos e inovações são colocados em prática com o intuito de promover a qualificação das ações prestadas e superar grandes desafios das políticas de saú-de, como a integralidade, a efetividade e a qualidade. Devido à heterogeneidade epidemiológica do território nacional, mais do que definir ou contrapor modelos, importa a combinação de diferentes tecnologias de cuidado fundamentada nas ne-cessidades singulares de usuárias e usuários do SUS (Paim, 2012).

A atenção primária à saúde brasileira

Definida como o primeiro nível de atenção do SUS, a Atenção Primária à Saúde (APS) é conhecida como atenção básica em diversas partes do Brasil, dando nome inclusive à Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Mais do que uma varia-ção semântica, a escolha pelo uso de um conceito diferente do usualmente utilizado na literatura internacional serviu para diferenciar uma atenção primária seletiva e restritiva, como visto em alguns países, do que se intencionava com o SUS – um direito à saúde integral para todas as necessidades. No entanto, existem modelos de APS integral e abrangente, como o proposto na Declaração de Alma-Ata sobre Cuidados Primários, realizada-

pela Organização Mundial da Saúde e o Fundo In-ternacional de Emergência para a Infância das Nações Unidas, Unicef na sigla em inglês, no ano de 1978 (Giovanella, 2018). Em conformidade, este caderno utiliza a terminologia APS em sua concepção integral e abrangente, em equivalência ao termo atenção básica.

O modelo de organização da APS brasileira é caracterizado por uma diversidade de expressões e diferentes formas de organização da atenção à saúde, marca da hetero-geneidade dos 5.570 municípios que respondem por sua execução. Ao apresentarmos as características da APS, não temos a pretensão de planificar as práticas de equipes e profissionais, algo que escapa aos objetivos deste processo formativo e dos propósitos do Ministério da Saúde. Pretendemos, sim, provocar algumas reflexões e discussões coletivas a partir das semelhanças e diferenças das experiências de SUS do Brasil, apresentando práticas de trabalho que possam contribuir com a atuação das eMultis.

A abrangência de ações e intervenções da atenção primária reafirmadas na PNAB de 2017 (Brasil, 2017) evoca um grande desafio aos gestores municipais e profissio-nais que atuam na APS – especialmente de municípios com pouca arrecadação ou muito vulnerabilizados. Como responder com resolubilidade e em tempo oportuno as diferentes intervenções definidas na política (ações de saúde individuais, fami-liares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, trata-mento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde), tendo a responsabilidade de ser a principal porta de acesso do SUS, de centralizar e ordenar o fluxo assistencial de usuários pela RAS?

Tomando como ponto de partida a conceituação de atenção básica/APS, destaca-mos as diretrizes descritas na referida PNAB. Elas conformam os atributos da APS brasileira, que se pretende abrangente e integral, de base territorial e orientação comunitária:

- regionalização e hierarquização: a organização de entes federativos em regi-ões de saúde e a hierarquização dos níveis de atenção em termos de comple-xidade têm na APS o ponto de comunicação e de coordenação;

- territorialização e adstrição: a demarcação de territórios de atuação facilita oplanejamento das intervenções, tendo como base as características daque-la localidade e de seus indivíduos e coletivos vinculados;

•população adscrita: a definição da população acompanhada em cada UBS promove a produção de vínculo e de responsabilização das equipes, facili-tando a continuidade do cuidado ao longo do tempo;

•cuidado centrado na pessoa: o cuidado ampliado compreende o sujeito como elemento central, fortalecendo sua autonomia e protagonismo frente às potencialidades e fragilidades que carrega, considerando sua inserção fa-miliar e comunitária;

•resolutividade: a APS precisa ofertar um cuidado que resolva grande parte dos problemas de saúde, em tempo oportuno, em articulação com outros níveis de complexidade;

•longitudinalidade do cuidado: acompanhar as famílias, indivíduos e coleti-vos ao longo do tempo promove a criação de vínculos e um maior conheci-mento sobre os usuários acompanhados;

•coordenação do cuidado e ordenação das redes: central de articulação da RAS, a APS é responsável por ordenar o fluxo e acompanhar o percurso do usuário na rede, incluindo outras políticas e os recursos do território. A coordenação visa diminuir a fragmentação das ações e garantir o acesso da população a todos os serviços de que necessitem, contribuindo com o cuidado integral;

•participação da comunidade: o estímulo ao protagonismo dos usuários e ao controle social contribui para a melhoria dos serviços ofertados pelas equipes, que podem avaliar e planejar as intervenções com a participação das comunidades assistidas.

Os municípios brasileiros apresentam distintas formas de expressão das diretrizes descritas na PNAB 2017. Cada localidade tem sua capacidade de investimento, cobertura populacional, rede assistencial e parcerias regionais estabelecidas. Essas peculiaridades apontam como as necessidades de saúde da população serão atendi-das, além de definirem os montantes de recursos que serão repassados aos municí-pios por outras instâncias governamentais.

A Estratégia Saúde da Família como modo de expansão do SUS

Desde a aprovação da primeira PNAB, em 2006, a Estratégia Saúde da Família (ESF) é o modelo de atenção à saúde prioritário e de expansão do SUS.

A atuação de base territorial da ESF aproxima as equipes formadas por médico(a) generalista/médico(a) de família e comunidade (MFC), enfermeiro(a) generalista/enfermei-ro(a) de família, técnico(a) de enfermagem e agente comunitário(a) de saúde (ACS) dos problemas e das potencialidades de determinada localidade. O contato e a co-municação mais próxima na comunidade, ao longo do tempo, facilitam a produção de vínculos e ampliam o olhar dos profissionais. Durante a pandemia, a capilarida-de da APS nos municípios foi estratégica para diversas ações, como atendimento aos doentes, disseminação de informação de base científica, monitoramento dos casos suspeitos ou confirmados, dentre outras intervenções.

As diretrizes estabelecidas na PNAB para o processo de trabalho da ESF se correla-cionam com os atributos essenciais e derivados da APS, desenvolvidos por Barbara Starfield (Unesco, 2002), utilizados para caracterizar modelos de APS universais e de abordagem integral. O primeiro contato preferencial do sistema de saúde, a longitudinalidade no acompanhamento do cuidado, a coordenação das ações na rede, bem como a oferta de todos os serviços necessários à integralidade do cuidado são definidos como atributos essenciais. Esses conceitos foram apresentados nos parágrafos anteriores e estão descritos nos princípios e diretrizes da última PNAB.

Os atributos derivados definidos por Starfield articulam-se à atuação das equipes da ESF e aos territórios, especialmente no que se refere à relação entre profissionais e usuários. São eles:

- orientação para a comunidade: aproximar-se dos territórios para conhecer as dificuldades e potencialidades locais da população adscrita, identificando as necessidades e os recursos e potenciais parcerias da comunidade, o que favorece o trabalho das equipes. Outro elemento importante é estimular a par-ticipação de usuários nos espaços instituídos na UBS e demais colegiados;

- centralidade na família: o modelo de atenção à saúde da APS compreende que as condições de saúde, doença e assistência são influenciadas por víncu-los familiares, comunitários e outras determinações. Nesse sentido, conhe-cer a configuração e a relação entre os membros das famílias acompanhadas é fundamental;

- competência cultural: a capacidade comunicativa entre usuários e profis-sionais é um dos pontos principais para a construção do cuidado.

> Ambos precisam se entender e para isso é importante que o profissional fique atento a algumas expressões que utiliza. A forma como as populações atendidas conversam, as gírias e o significado de algumas palavras para determinada localidade podem comprometer o entendimento do conteúdo a ser enuncia-do. Aqui, na ambientação e eventual "tradução" entre linguagens, o ACS participa como um facilitador, já que é preferencialmente morador da lo-calidade e circula na equipe e no território. Outro ponto importante é co-nhecer as características culturais, crenças, hábitos e convicções ideológicas comuns nas comunidades, já que essas dimensões influenciam na compre-ensão individual e coletiva sobre saúde.

Na perspectiva de uma APS construída no tempo presente e que aponta para o fu-turo, investimos numa ESF de práticas e intervenções abrangentes e resolutivas, de primeiro contato prestado em tempo oportuno, de maneira longitudinal e no terri-tório. Busca-se o resgate das formas de organização do cuidado de modo coletivo e compartilhado que possam agir nas diversas questões que chegam como demandas para a APS – saúde mental, reabilitação, violências, atenção nutricional, uso irra-cional de medicamentos, dentre outros agravos. Além disso, a mudança do perfil demográfico e o envelhecimento da população brasileira pressionam ainda mais o SUS, que precisa se reorganizar para acompanhar o aumento das condições crôni-cas de saúde que caracterizam essa faixa etária, cada dia mais crescente e longeva.

O trabalho em equipe conformando um campo e um núcleo de saberes e práticas compartilhadas

O processo de trabalho da ESF é constituído por meio da atuação de equipes míni-mas, em que a atenção à saúde é ofertada aos usuários por mais de uma categoria profissional. As equipes de saúde da família e as eMulti são arranjos coletivos que buscam o compartilhamento e a corresponsabilidade do cuidado, considerando a singularidade, o conhecimento e a autonomia de cada pessoa, sua inserção familiar e comunitária, bem como outras dimensões do viver, como trabalho e educação, gênero, raça/cor e demais marcadores sociais da diferença. Devido à complexida-de de situações para as quais os profissionais das UBS são convocados, o trabalho em equipe possibilita a ampliação de olhares e saberes sobre as necessidades das populações atendidas.

As práticas de saúde organizadas em equipes de trabalho despontaram para respon-der a algumas questões: o aumento do acesso da população aos ser-

-viços de saúde; a necessidade de racionalização dos custos cada vez maiores do setor; a compreensão de que os sujeitos, e consequentemente seus processos de saúde-doença-cuidado, são constituídos de um corpo biológico, dotado de subjetividade e determinados por um contexto socialmente produzido. Além disso, a atuação em equipe pode signi-ficar o alcance de melhores resultados no acompanhamento de usuários e maiores graus de satisfação pessoal dos profissionais envolvidos no cuidado (Peduzzi, 2007; Peduzzi et al., 2018).

O modo como os membros de uma equipe instituem seu processo de trabalho vai reverberar nos acompanhamentos dos territórios e na atenção à saúde. Equi-pes cujos participantes buscam um objetivo comum a partir das necessidades do usuário, que interagem profissionalmente, reconhecem e valorizam as diferenças profissionais e a comunicação, produzem o cuidado menos fragmentado e mais resolutivo, configurando a atenção interprofissional (Campos, Cunha, Figueiredo, 2013; Peduzzi et al., 2018).

Decidir coletivamente um projeto terapêutico onde há a participação de vários pro-fissionais implica a diminuição da autonomia, visto que a conduta a ser pactuada pode não representar o entendimento pessoal sobre a condução do caso. No processo de planejamento conjunto, observa-se a ocorrência de uma força que impulsiona para a colaboração e o compartilhamento de saberes e práticas, e outra que busca a prevalência do próprio saber sobre o do outro profissional (Furtado, 2007). Esses atravessamentos podem prejudicar a relação interna da equipe, gerando conflitos, afastamento e ruídos entre os membros, o que acaba por ter um efeito negativo no atendimento às populações adscritas.

No entanto, não há como construir uma relação entre os profissionais sem que esses aspectos da subjetividade humana se façam presentes. Mesmo com protocolos, manuais e instrutivos que procuram normatizar os processos de trabalho, eles são postos em prática por sujeitos em relação, com histórias de vida, crenças e valores próprios. O aumento da capacidade de comunicação que se estabelece no interior das equipes, com a abertura de espaços de fala e escuta para todos, pode contribuir para que as diferenças técnicas sejam vistas positivamente como prática e formação distintas que podem compor um campo comum, e não um motivo para o exercício do poder e da hierarquia.

A articulação dos profissionais em (inter)relação, atuando em conjunto nas ativida-des da UBS, produz a emergência de uma zona de intera

ção e deconstrução de um campo de conhecimento comum, de troca e apoio. Um atendimento compartilhado em grupo, a visita domiciliar e a interconsulta são momentos em que profissionais de categorias diferentes integram suas experiências, produzindo uma intervenção coletiva. Em outros momentos da prática assistencial, o profissional vai se voltar para seus conhecimentos e para as responsabilidades próprias da categoria. Esses dois espaços são conceituados como campo e núcleo de saberes e práticas.

> No núcleo haveria uma aglutinação de conhecimentos e práticas, con-formando as identidades profissionais e determinados padrões de com-promisso com a produção de saúde [...]. Já o campo seria um espaço de intersecção entre os saberes, em que haveria uma sobreposição dos limites entre cada especialidade e cada prática, e onde todo profissional de saúde deveria atuar, independentemente de sua categoria ou forma-ção (Campos; Cunha; Figueiredo, 2013, p. 67-68).

Os movimentos de “entrada” no campo e de “retorno” ao núcleo são feitos cons-tantemente, visto que, dentre as diversas intervenções realizadas, algumas convo-cam o saber específico de cada especialidade e outras são de construção coletiva e de responsabilidade comum para a equipe. Nesse sentido, podemos considerar que a equipe multiprofissional na APS vai atuar em uma dimensão interprofissional, combinada com intervenções baseadas na formação nuclear de saberes e práticas.

A equipe de referência e o apoio matricial

A colaboração interprofissional entre equipes encontra no método do apoio ma-tricial um importante dispositivo de gestão do processo de trabalho e da clínica. Conforme apontado anteriormente, o apoio matricial organizou o modo de operar o apoio do Nasf na APS, além de o matriciamento ser amplamente utilizado no SUS. Na portaria Nº 635/2023, ele figura como uma das incumbências da eMulti.

De acordo com o apoio matricial, uma equipe com profissionais de diferentes sa-beres atua em conjunto e em articulação com uma ou mais equipes de referência, as quais possuem determinadas categorias profissionais que operam com objeti-vos em comum e que são responsáveis pelo acompanhamento de uma clientela específica. A definição da população adscrita favore-

-ce a construção de vínculo e o acompanhamento longitudinal com os que são atendidos; no entanto, há um limi-te de intervenções possíveis. Com vistas a ampliar essa capacidade, os apoiadores ofertam o suporte de outras especialidades, e podem atuar por meio de intervenções pedagógicas junto às equipes apoiadas ou diretamente com os usuários.

Tendo como princípio a busca pela democratização das instituições e das relações de trabalho, no apoio matricial as necessidades de saúde de determinado território são dialogicamente cogeridas, de forma horizontal – sem desconsiderar diferen-ças de saber e de poder –, a partir de demandas de sujeitos concretos. Assim, os mesmos desafios apontados no trabalho em equipe podem ser vivenciados quando se opera o apoio matricial, especialmente as questões relacionadas à hierarquia de poder. Novamente, aposta-se na organização de espaços coletivos para que os desafios possam ser colocados em análise, com a garantia de possibilidade de fala de todos do grupo.

Em relação às atividades orientadas pelo apoio matricial realizadas na APS, pode-mos observar outros efeitos importantes dessa prática, a saber: ampliação das ações de saúde oferecidas nas UBS; oferta de atendimento coletivo e individual, aumen-tando a capacidade resolutiva da APS; realização de atividades pedagógicas com profissionais, usuários e coletivos; acesso de usuários e coletivos a outras categorias profissionais além das equipes mínimas; articulação com a rede e qualificação dos encaminhamentos; aumento da capacidade de análise e intervenção das pessoas sobre seus processos de trabalho e vida.

Composição e competências das emulti definidas na portaria nº 635/2023

As diretrizes e os objetivos do processo de trabalho das equipes multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde – eMulti, definidos na Portaria GM/MS Nº 635/2023, trazem significativas possibilidades para o SUS. A normativa propõe a ampliação do acesso da população aos cuidados em saúde por meio do trabalho colaborativo entre profissionais; a abordagem do processo saúde doença pelo princípio da integralida-de; a ampliação das ofertas de práticas em saúde na APS e a integração das práticas de produção de saúde – assistência, prevenção, promoção, vigilância e formação em saúde na APS. A atuação dos profissionais, tendo como premissa esses pressupostos, visa a efetivação dos atributos essenciais e derivados da APS e da PNAB.

A portaria aposta na atenção interprofissional com vistas à superação da fragmen-tação do cuidado e explicitação das responsabilidades dos profis-sionais e equipes; no aprimoramento e ampliação da resolubilidade da APS; na longitudinalidade da atenção com definição de profissional de referência da eMulti e equipe vinculada da UBS; no aprimoramento da comunicação e da cogestão de casos e projetos; e na articulação da continuidade e produção de saúde com outros pontos de atenção da rede de atenção do SUS e serviços intersetoriais.

Para efetivar as diretrizes e objetivos, a normativa propõe que os profissio-nais da eMulti realizem atendimento individual, em grupo e domiciliar; ativida-des coleti-vas; apoio matricial; discussões de casos; atendimento compartilhado com os profis-sionais e equipes das UBS; a oferta de ações de saúde à distância; a construção con-junta de projetos terapêuticos e intervenções no território; e práticas intersetoriais.

As muitas possibilidades de atuação da equipe são fator de destaque da eMulti. O amplo espectro de atividades que podem ser desenvolvidas pelos profissionais dentro e fora das UBS tem a capacidade de trazer mais resoluti-vidade às equipes vinculadas ao dar acesso aos usuários e coletivos a até 22 diferentes especialidades.

Como novidades em relação ao proposto anteriormente pelo Nasf, desta-cam-se: maior proeminência ao acesso dos usuários; incorporação e indução do uso de tecnologia da informação e comunicação (TIC); inclusão de cinco novas especiali-dades médicas – cardiologia dermatologia, endocrinologia, hansenologia e infecto-logia; e instituição do pagamento por desempenho com critérios de avaliação.

A portaria busca a maior responsabilização sanitária para os membros da eMulti, que também podem ser definidos como profissionais de referência de casos acom-panhados, dando autonomia e promovendo o acesso direto de usuários a mais espe-cialidades. Essa característica está em consonância com o atual entendimento sobre a APS, que se almeja mais resolutiva e com maior capacidade de resposta frente às necessidades do território. Para isso, a participação de mais categorias profissionais atuando em conjunto com as equipes mínimas fortalece as intervenções no pró-prio território, diminuin-do os encaminhamentos para os outros pontos da RAS. Ampliar o acesso da população à eMulti, reduzindo as burocratizações e barreiras de contato aos profissionais especialistas, não significa romper a articulação dessa equipe-

com as equipes de referência da APS. A pactuação dos fluxos e dos meios de acesso é de fundamental importância para que não se produza uma clínica fragmentada e a ambulatorização do processo de trabalho desses especialistas.

Nessa direção, as ações da eMulti têm como premissas a cooperação e a corres-ponsabilização entre equipes, que, por meio da troca de conhecimentos e saberes do trabalho colaborativo, podem ampliar a compreensão dos profissionais acerca dos contextos nos quais estão inseridos, expandindo a possibilidade de agir sobre os problemas que se apresentam. E, assim, ampliar a capacidade de análise e inter-venção dos envolvidos sobre as práticas de saúde desempenhadas na APS, numa perspectiva de aumento do coeficiente de autonomia desses sujeitos (Campos; Cunha; Figueiredo, 2013).

As diretrizes e os objetivos, além dos dispositivos para a sua efetivação apontam para um significativo aprimoramento do modelo de atenção e gestão da APS. Aqui, considera-se a dimensão da complexidade da sua implementação, dada a hetero-geneidade do funcionamento e organização da APS no Brasil. Além disso, ainda há a frágil cultura de trabalho em equipe, de reconhecimento da interdependência e complementaridade dos saberes e práticas na elaboração dos projetos em comum com as equipes vinculadas.

Referências bibliográficas

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 635, de 22 de maio de 2023. Insti-tui, define e cria incentivo financeiro federal de implantação, custeio e desempenho para as mo-dalidades de equipes multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde. Diário Oficial da União, 2023. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2023/prt0635_22_05_2023.html. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.476, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Políti-ca Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Bá-sica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União 2017. Disponível em: https://bvsms. saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Básica, n. 39. Núcleo de Apoio à Saúde da Família, v.1. Ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/nucleo_apoio_saude_fami-lia_cab39.pdf. 2014.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza; CUNHA, Gustavo Tenório; FIGUEIREDO, Ma-riana Dorsa. Práxis e formação Paidéia: apoio e cogestão em saúde. São Paulo; Hucitec; 402p, 2013. Disponível em: https://www.book7.com.br/praxis--e-formacao-paideia--apoio--e-cogestao-em-saude-9788564806795/p?idsku=259857. 2013.

FURTADO, Juarez Pereira. Equipes de referência: arranjo institucional para potencializar a colaboração entre disciplinas e profissões. Interface: Comunicação, Saúde, Educação. Bo-tucatu, v. 11, n. 22, p. 239–255, ago. 2007. Disponível em: https://www.scielo.br/j/icse/a/NMxT747jtM8xfpFsxWshvyt/abstract/?lang=pt. 2007.

GIOVANELLA, Lígia. Atenção básica ou atenção primária à saúde? Caderno de Saúde Públi-ca, Rio de Janeiro, 20 de ago. de 2018, v.34, n. 8. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2018000800502&lng=pt&tlng=pt. 2018.

PAIM, Jairnilson Silva. Modelos de atenção à saúde no Brasil. In: GIOVANELLA, Lígia; ESCOREL, Sarah; LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa; NORONHA, José Carva-lho; CARVALHO, Antonio Ivo. (Eds.) Políticas e sistemas de saúde no Brasil. 2 ed. rev. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, pp. 459-491. Disponível em: https://doi.org/10.7476/97885754 13494.0018. 2012.

PEDUZZI, Marina; AGRELI, Heloise Lima Fernandes; SILVA, Jaqueline Alcântara Marcelino da; SOUZA, Helton Saragor de. Trabalho em equipe: uma revisita ao conceito e a seus desdobramentos no trabalho interprofissional. Trabalho, educação e saúde. 18 (su-ppl. 1):e0024678. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pi=-d=1981S774620200004004 01-&tlngpt. 2018.

Texto originalmente publicado no Livro do Curso de profissionais e-multi. ENSP/Fiocruz- 2024

TEXTO 2

O CUIDADO INTEGRAL EM REDE ÀS PESSOAS QUE FAZEM USO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS: UM OLHAR PARA O TERRITÓRIO VIVO

Mauricéa Maria de Santana

Apresentação

Este Capítulo tem por propósito favorecer a discussão acerca do cuidado integral em rede e do olhar sob o território vivo, bem como ressaltar a importância da atenção básica enquanto ordenadora da rede. Este momento faz uma interface com os conteúdos trabalhados nos capítulos anteriores e traz possibilidades de caminhos metodológicos para o plano de intervenção.

A Política Nacional de Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas pauta-se em estratégias que visam o fortalecimento do cuidado em rede, com ênfase na reabilitação e reinserção social, centrada na atenção comunitária e na perspectiva da redução de danos.

Tais estratégias implicam na necessidade de capilarizar o cuidado no território e ampliar o olhar acerca do uso prejudicial de álcool e outras drogas, na busca de superar visões reducionistas sobre a dinâmica das pessoas que fazem uso de drogas, que muitas vezes se restringem à marginalização e criminalização, levando à estigmatização dos sujeitos envolvidos com essa problemática.

A compreensão do uso prejudicial de álcool e outras drogas, a partir do contexto de vida, possibilita tirar o foco da doença ou da droga, e concentrar o olhar no sujeito e no cuidado, o que amplia a possibilidade de visualizar o problema em sua magnitude e complexidade e, sobretudo, permite a visualização de parceiros e de possibilidades de estratégias e mudanças. Assim, é necessário conhecer o território e suas dimensões, gerando e transformando lugares e relações.

Redes de cuidado na atenção a pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas

O SUS (Sistema Único de Saúde) tem como diretriz a descentralização e deve ser organizado sobre a lógica territorial, na perspectiva de prover

um modelode atenção capaz de responder às necessidades da população, de forma a garantir acesso ao cuidado integral em rede. Destacamos entre as estratégias adotadas, que consideramos fundamentais para a organização desse cuidado, a regionalização, a atenção em rede e a Estratégia de Saúde da Família como porta de entrada preferencial do sistema.

A importância da organização regional se tornou mais evidente a partir da Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), do Pacto pela Saúde e dos dispositivos do decreto presidencial nº 7.508/2011, que regulamenta a Lei nº 8.080/1990 e destaca a regionalização como estratégia de efetivação do SUS (BRASIL, 2002, 2006, 2011a).

A regionalização significa ofertar serviços e ações de saúde obedecendo a critérios de hierarquização, organizando-os segundo o nível crescente de complexidade em áreas geográficas planejadas, levando em consideração o perfil epidemiológico da região e a rede previamente existente. Deve-se ressaltar que a região é um território vivo e de responsabilidades naturalmente compartilhadas (BRASIL, 2011a).

Com o decreto nº 7.508/2011, a ideia de redes de saúde passou a compor a pauta de discussão pública como estratégia de modelo de atenção, buscando promover a integralidade das ações, instituindo conceitos como o de região de saúde para a organização de um sistema funcional, possibilitando a qualidade e resolubilidade no atendimento às necessidades dos cidadãos, e permitindo o acesso ao sistema de saúde. Uma das redes prioritárias é a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), composta por serviços e pontos de atenção, a exemplo das Unidades de Saúde da Família; Centros de Atenção Psicossocial (Caps); Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT); Unidades de Acolhimento (UA); SAMU (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência); Centros de Convivência e Cultura; e leitos de atenção integral em Hospitais Gerais e nos Caps III.

Abaixo seguem alguns conceitos importantes para o entendimento da organização proposta no SUS para os serviços públicos de saúde, que também podem ser norteadores para a reflexão acerca da qualificação de serviços públicos de outros setores, em especial aqueles voltados para o cuidado a cidadãos em situação de vulnerabilidade e com necessidade de acessar políticas públicas:

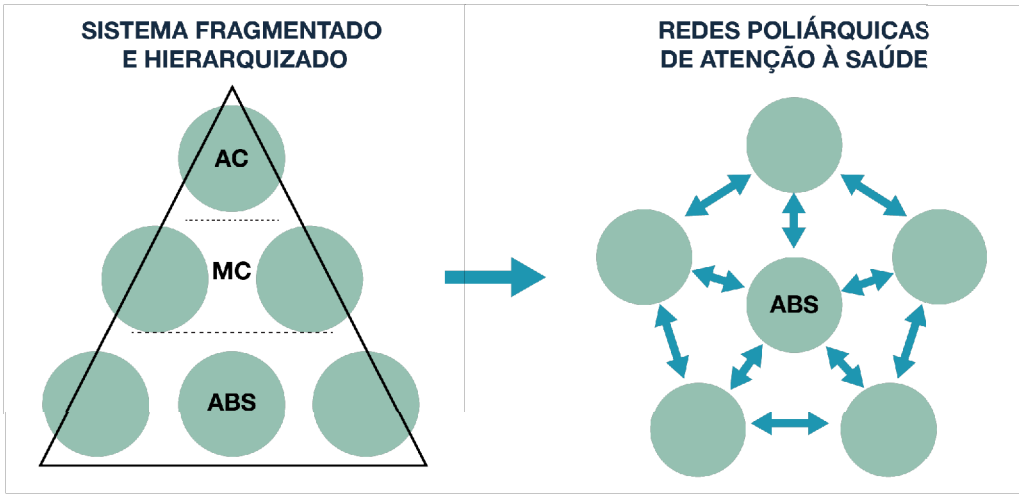
A **Região de Saúde** é um espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos

de municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais, e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde, devendo conter:

I– Atenção primária;
II – Urgência e emergência;
III– Atenção psicossocial;
IV– Atenção ambulatorial especializada e hospitalar;
V– Vigilância em saúde (BRASIL, 2011a).

VI **Rede de Atenção à Saúde** é um conjunto de ações e serviços de saúde articulados com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde. Deve ser voltada para as necessidades populacionais de cada espaço regional singular e integrada a partir da complementaridade de diferentes tecnologias. Rompe com a lógica das relações hierarquizadas entre serviços e se estabelece enquanto uma rede poliárquica, de relações horizontalizadas, formando um conjunto de serviços de saúde (Figura 1), vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela atenção básica à saúde (BRASIL, 2011a; MENDES, 2010).

Figura 1 – Modelos ilustrativos de formas de organização de sistemas de saúde.



Fonte: adaptado de MENDES, 2010. Nota: ABS = atenção básica à saúde; MC = média complexidade; AC = alta complexidade.

Para melhor entender o que são redes, apresentaremos alguns conceitos trazidos por Pierre Musso (2004), na obra “A Filosofia da Rede”, bem como por outros autores que trabalham no campo da geografia.

Redes são estruturas de interconexão instável, compostas de elementos em interação, cuja variabilidade obedece a alguma regra de funcionamento:

1. A rede é uma estrutura composta de elementos em interação; esses elementos são os picos ou nós da rede, ligados entre si por caminhos ou ligações, sendo o conjunto instável e definido em um espaço de três dimensões;

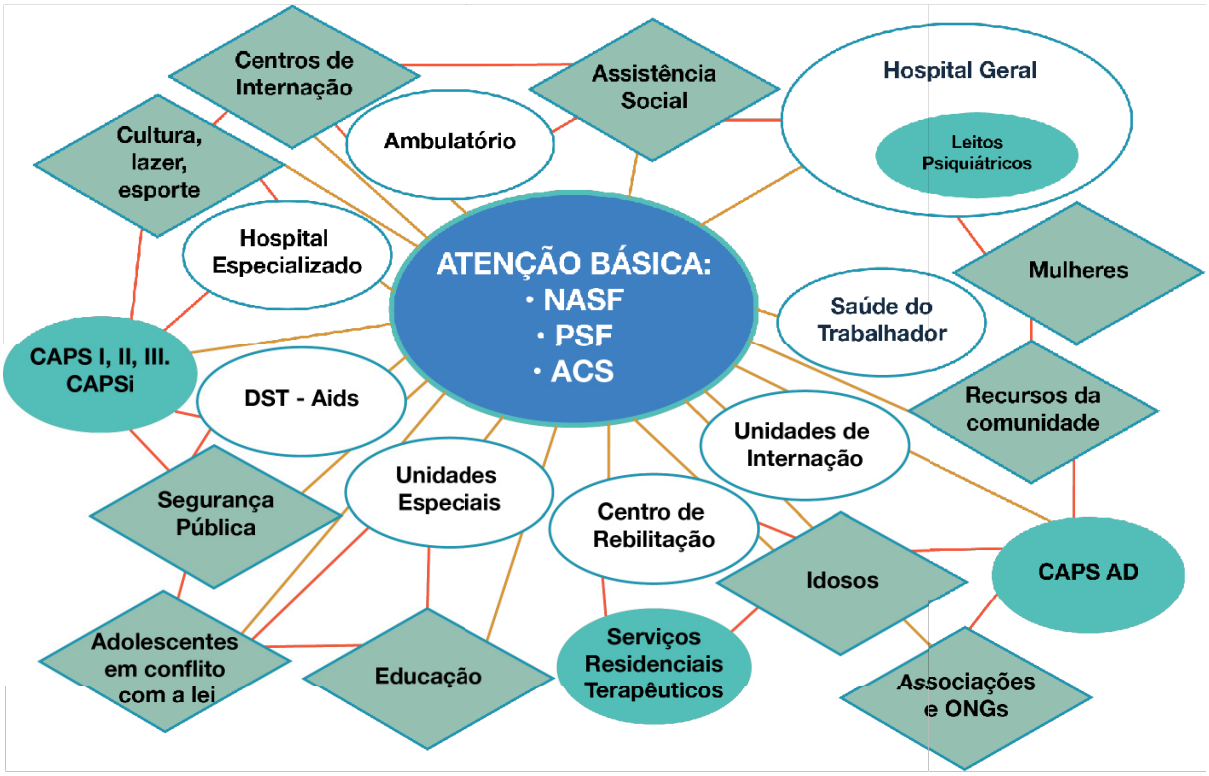
2. A rede é uma estrutura de interconexão instável no tempo; a gênese de uma rede (de um elemento de uma rede) e sua transição de uma rede simples a outra mais complexa são consubstanciais à sua definição. A estrutura de rede inclui sua dinâmica, que se considere o desenvolvimento de um elemento em um todo-rede ou de uma rede em uma rede de redes, trata-se sempre de pensar uma complexificação autoengendrada pela estrutura da rede;

3. A modificação de sua estrutura obedece a alguma regra de funcionamento. Supõe-se que a variabilidade da estrutura em rede respeita uma norma eventualmente modelizável, que explica o funcionamento do sistema estruturado em rede. Passa-se da dinâmica da rede ao funcionamento do sistema, como se o primeiro fosse o invisível do segundo, portanto seu fator explicativo. MUSSO (2004, p. 31)

Para que haja fluxos, são necessários fixos, afinal, os fluxos possuem origem e destino. Nesta dinâmica, os fixos são constantemente refuncionalizados. Tais termos são complementares e interdependentes. Fluxos geram fixos que por sua vez geram novos fluxos (SANTOS, 2001)

A RAPS pressupõe uma interconexão entre os pontos de atenção, com relações dinâmicas, podendo ser acionada a qualquer momento de acordo com a necessidade do usuário, e a atenção básica representa o ponto de interseção central de sua trama (Figura 2), pois tem capilaridade no contexto de vida das pessoas, conhecendo de perto suas singularidades.

Figura 2 – Representação gráfica da estrutura da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)



Fonte: adaptado de BRASIL, 2011b.

Como se configura a RAPS no meu município?

Quais são seus componentes?

Como se dá a interseção com os outros setores (educação, assistência social, justiças, ONGs, etc.)?

Consegue acolher e responsabilizar-se pela sua população?

Orienta os fluxos e contrafluxos de pessoas, informações e produtos entre os componentes das redes de atenção?

Tem tido capacidade para resolver 85% ou mais das necessidades da população?

O papel da atenção básica na rede de atenção psicossocial

Mendes (2010) ressalta que para a atenção básica resultar em benefícios reais ao fluxo das redes, deve cumprir três funções essenciais:

a)Ter capacidade resolutiva para solucionar mais de 85% dos problemas de saúde de sua população vinculada;

b)Desenvolver habilidade de orientar os fluxos e contrafluxos de pessoas, informações e produtos entre os componentes das redes;

c) Acolher e responsabilizar-se sanitariamente por sua população.

A partir do momento que estas funções não são devidamente exercidas, pela característica sistêmica das redes de atenção à saúde, há diversos prejuízos nos demais níveis que as compõem (MENDES, 2010).

Assim, a atenção básica é um componente importante da RAPS, para o cuidado integral de pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em especial pela sua operacionalização de base territorial, capilarizada até a moradia da população vinculada.

A política de atenção básica instituída no Brasil em 2006 e reformulada em 2011 está pautada nos princípios da universalidade, integralidade e equidade. Tem como proposta prioritária para sua expansão e consolidação da qualificação da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e de outras estratégias de organização, dentre elas as práticas integrativas e complementares, na perspectiva da ampliação de sua capacidade resolutiva e da qualidade do trabalho (Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS); os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF); os Consultórios na Rua, que desenvolvem ações intersetoriais e parcerias com o Ministério da Justiça, através do Programa Nacional de Segurança Pública Com Cidadania (PRONASCI); e o Programa Saúde na Escola (PSE), que trabalha de forma integrada com o Ministério da Educação.

A atenção básica se caracteriza pelo desenvolvimento de ações que abrangem promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde, que responda às necessidades da população no âmbito individual e coletivo. Tem comoobje-

tivo o desenvolvimento de uma atenção integral, que impacte na situação de saúde e na autonomia das pessoas, assim como nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades, considerando o sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural (BRASIL, 2011c).

Deve ser operacionalizada a partir do exercício de práticas de cuidado e de gestão democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe multiprofissional, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a realidade que se expressa e reflete a vida nos territórios de atuação, a partir da observação dos critérios de risco e vulnerabilidade, assim como a capacidade de resiliência e potencialidades. São ainda diretrizes da atenção básica: acessibilidade e acolhimento; vínculo, ou seja, construção de relações de afetividade e confiança, assim como de troca de saberes entre o usuário e o trabalhador da saúde; cuidado longitudinal; porta de entrada preferencial, gestão do cuidado integral em rede e ordenação da rede de atenção à saúde (BRASIL, 2011c).

Para Pereira e Barcellos (2006), a territorialização é um dos pressupostos básicos do trabalho na estratégia de saúde da família, tarefa que adquire ao menos três sentidos diferentes e complementares:

a)Demarcação de limites da área de atuação do serviço;
b)Reconhecimento de seu ambiente, população e dinâmica social;
c) Estabelecimento de relações com outros serviços.

Nepomuceno et al. (2010) acrescentam um outro sentido à territorialização: estabelecer vínculos e laços de compromissos e solidariedade, capazes de construir alicerces para um trabalho pautado na cooperação e corresponsabilização entre a equipe e a comunidade.

Territorialização: etapa fundamental de apropriação/conhecimento do território, para a definição de territórios vivos, com suas margens de responsabilização sanitária – áreas de abrangência ou de influência das equipes de trabalhadores. Para a apropriação do território, recorre-se à metodologia da cartografia para construção de diferentes mapas: físico, socioeconômico, sanitário, demográfico, rede social, etc.;

Responsabilização sanitária: compromisso que as equipes de trabalhadores devem assumir em seu território de atuação (adscrição), considerando questões ambientais, epidemiológicas, culturais e socioeconômicas, contribuin

do,por meio de ações em saúde, para a diminuição de riscos e vulnerabilidades (BRASIL, 2015).

O processo de territorialização é um passo importante para construção de vínculos e parcerias, e deve incluir a participação da comunidade desde o começo. Monteiro (2006) considera que no processo de aproximação do 'agente externo' (técnico) com o 'agente interno' (comunitários), faz-se necessário transpor formalismos e representações de papéis, e avançar para construção de relações de maior proximidade e confiança. A relação entre o usuário e a equipe possibilita o aprofundamento do processo de corresponsabilização pela saúde, construído ao longo do tempo, e representa um forte potencial terapêutico na gestão do cuidado e empoderamento.

> relação da equipe de saúde com a comunidade deve estar pautada num formato de comunicação dialógica e problematizadora da realidade. O diálogo aqui entendido como "o encontro amoroso dos homens que, mediatizados pelo mundo, o pronunciam, isto é, transformam, e, transformando-o, o humanizam para a transformação de todos" (FREIRE, 1983, p. 28).

Freire (1983, p. 29) explica que o diálogo tem um papel importante no processo comunicativo, pois possibilita a diminuição da distância entre a expressão do técnico e a percepção pelos comunitários em torno do seu significado, e, assim, o significado passa a ter a mesma significação para ambos. Nessa mesma direção, a territorialização representa um movimento mútuo de se conhecer e construir de forma compartilhada uma leitura da realidade, promovendo o fortalecimento e uma melhor participação da população no trabalho desenvolvido no território.

A **acessibilidade e o acolhimento** têm como função central facilitar o acesso do usuário a rede de serviços, além de acolher, escutar e buscar oferecer uma resposta positiva, no sentido de ofertar possibilidades de enfrentamento da maioria dos problemas de saúde da população e/ou de minorar danos e sofrimentos, com responsabilidade pela oferta do cuidado mesmo que seja em outro ponto da rede de atenção. A proximidade e a capacidade de acolhimento, vinculação, responsabilização e resolutividade são fundamentais para a efetivação da atenção básica como contato e porta de entrada preferencial da rede de atenção.

A **ordenação da rede** de atenção à saúde implica inicialmente em reconhecer as necessidades de saúde da população sob sua responsabilidade. Ayres (2009) discute que as necessidades de saúde precisam ser entendidas de forma mais ampla, superando sua leitura biomédica e seu entendimento na perspectiva anátomo-fisio-patológica, de forma que possam ser compreendidas em sua integralidade e respondidas mediante a inter-relação com os outros pontos da rede de atenção à saúde, bem como de outros setores, como os da Assistencial Social.

O **cuidado integral** está implícito à responsabilidade da atenção básica, e visto em seus vários aspectos considera: a integração de ações programáticas e as respostas à demanda espontânea; a articulação das ações de promoção e vigilância à saúde, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação; o manejo das diversas tecnologias de cuidado; a ampliação da autonomia dos usuários e coletividades. Dessa forma, diz respeito ao trabalho em equipe multiprofissional e à interdisciplinaridade na prática e gestão do cuidado, coordenando-o no conjunto da rede de atenção.

O **trabalho em equipe** é uma prerrogativa da atenção básica que pressupõe uma responsabilidade coletiva e compartilhada do cuidado. Motta (2001) considera que é uma forma eficiente de estruturação, organização e de aproveitamento das habilidades humanas, que possibilita uma visão ampla e coletiva do trabalho, e reforça o compartilhamento de tarefas e a necessidade de cooperação para alcançar objetivos comuns. O trabalho em equipe é aqui entendido para além da equipe nuclear do serviço, numa forma mais ampla, intra e extra setorial, requerendo dos atores envolvidos uma relação recíproca de comunicação e interação, e um processo centrado no sujeito, onde o cuidado é o imperativo ético-político que organiza a intervenção.

Ressaltamos mais uma vez que os conceitos aqui trabalhados foram desenvolvidos no campo da saúde, mas podem orientar a reflexão acerca da prática profissional no âmbito das políticas públicas de modo geral.

O território vivo e o cuidado integral em rede

Percebe-se que a temática do território é transversal às diretrizes que orientam as redes de cuidado. O território representa o lugar onde as pessoas vivem e constituem suas subjetividades e relações, tornando-se imprescindível conhecê-lo para compreender o contexto de vida no cuidado às pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.

De que forma o território é trabalhado no cotidiano das equipes dos serviços de saúde, educação, assistência social, segurança, cultura, entre outros?

A vida expressa nos territórios é considerada na organização dos planos de cuidado?

Qual a real situação do uso prejudicial de crack, álcool e outras drogas nos territórios onde atua profissionalmente?

Quem são as pessoas que têm problemas decorrentes do uso de drogas?

Quais as suas necessidades reais? Todos têm as mesmas necessidades?

Quais os limites e potencialidades do território no cuidado a essas pessoas?

Uma das explicações da origem da palavra "território" vem da junção de duas palavras latinas, "terra" e "torium", que significa "terra pertencente a alguém". Pertencente não no sentido da propriedade da terra, mas da sua apropriação na acepção do sentimento de "pertencimento". Por pertencimento podemos entender a integração das pessoas a princípios e visões de mundo comuns, que fazem com que estas se reconheçam e se sintam participantes de um mesmo território (HAESBAERT, 1995).

O território, embora seja considerado um dos conceitos fundadores da geografia, é considerado um conceito polissêmico pela possibilidade de ser analisado sob diferentes perspectivas, trabalhado no campo das ciências sociais e de outras áreas, inclusive na saúde.

A discussão do conceito de território nos remete à ideia de complexo, dinâmico, que transita do político ao cultural, do concreto ao subjetivo, do histórico ao contemporâneo, do natural ao construído, dos objetos às ações, dos fixos aos fluxos, das fronteiras entre os povos aos limites do corpo e ao afeto entre as pessoas.

Bebendo na fonte da geografia!

Território usado é tanto o resultado do processo histórico quanto a base material e social das novas ações humanas. Impõe uma dimensão totalitária do território, contempla necessariamente todos os usos, todos os interesses, todas as políticas e todas as razõesde ser, constituindo assim um recurso analítico pleno de caráter político e humanista (SANTOS; SILVEIRA, 2001; SANTOS, 1996).

Territorialização é fruto de uma estratégia para tomar posse de um espaço geográfico. Desterritorialização seria o abandono espontâneo ou forçado da territorialização e a reterritorialização constitui-se na construção de uma nova territorialização, que não necessariamente ocorre na mesma localidade (HAESBAERT, 2004).

Territorialidade é compreendida como um atributo humano, condicionado por normas sociais e valores culturais, que variam de sociedade para sociedade, de um período para outro, resultante de processos de socialização, da psicologia coletiva e da interação entre seres (ALBAGLI, 2004).

São duas as dimensões do território: (a) dimensão material: político-econômica/relações de poder; (b) dimensão imaterial: simbólico-cultural/relações sociais que produzem identidade e vínculos (HAESBAERT, 2004; 1995).

O território vivo possui três dimensões, uma ligada ao espaço físico, a segunda associada à dimensão simbólica e a terceira à dimensão existencial, que diz respeito ao modo pelo qual o território ganha sentido. A partir da concepção do território vivo, faz-se necessário oferecer para cada sujeito uma escuta capaz de acolher o seu entendimento particular sobre os acontecimentos de sua vida (GUATTARI, 1992).

> Território é um espaço vivo, geograficamente delimitado e ocupado por uma população específica, contextualizada em razão de identidades comuns, sejam elas culturais, sociais ou outras (BRASIL, 2009).

Segundo Mendes (1999), no campo da saúde pode-se observar o termo território sendo utilizado em duas perspectivas: espaço físico ou geopolítico – visão topográfico-burocrática, que considera apenas suas características geofísicas; e território-processo, que pressupõe uma dinâmica social na qual se tencionam sujeitos postos na arena política, um território de vida pulsante, de conflitos, de interesses diferenciados, de projetos e sonhos.

Para Monken et al. (2008), o território na saúde deve ser compreendido como suporte à vida da população, território da conformação dos con textos que explicam a produção dos problemas de saúde e de bem estar sendo assim suporte à organização dos serviços e práticas em saúde, e território da responsabilidade e da atuação compartilhada.

Assim, tem como funções ser o território de escuta, no qual se obtém as informações necessárias para que a equidade seja alcançada; ser o território de administração, onde se busca a articulação com outros territórios, instituições e equipamentos que possam disponibilizar recursos mais complexos; e ser o território de realizações, onde a prestação dos serviços no espaço vivido é materializada (BITOUN, 2000).

Diante da complexidade que envolve a organização do processo de trabalho e a condução do cuidado sob a lógica do território vivo, apropriar-se desse território, no sentido de conhecê-lo e evidenciar as necessidades vividas e concebidas, é a expressão máxima nas áreas de responsabilidade da rede de cuidado.

Nesse sentido, propomos subsídios teóricos e pistas práticas para guiar o processo de territorialização nas práticas de cuidado, em especial na atenção básica, fundamentados no referencial teórico que aborda o território usado – território vivo enquanto categoria analítica (proposto por Milton Santos); na sistematização teórico-metodológica dos distritos sanitários enquanto território-processo – espaço em permanente construção, produto de uma dinâmica social em que se tencionam sujeitos sociais postos na arena política (proposta por Eugênio Vilaça Mendes e outros autores); bem como na escuta dos trabalhadores da atenção básica (SANTANA, 2013).

A sistematização elaborada considera as dimensões política, simbólico-subjetiva, física e técnica do território, e sugere um elenco de critérios e instrumentos para sua apropriação – do território usado, vivido, dinâmico –, processo no qual a participação efetiva da população é fundamental para a adequada territorialização. Para tanto, se faz necessário recorrer a caminhos metodológicos que contemplem uma participação dialógica, considerando opiniões, concepções, representações, sentimentos e conhecimentos da população, sendo ela o ator principal da ação, que dá sentido e significado à vida no território (SANTANA, 2013).

Para o desenvolvimento da proposta, considera-se que os espaços de vivência e reflexão que criticam a realidade são, ao mesmo tempo, espaços de disputas e conflitos, e espaços de construção de novas possibilidades de cuidar e aprender a cuidar, a partir da ética da alteridade do cuidado (SELLETI; GARRAFA, 2005). De acordo com os autores, a alteridade implica na capacidade de apreender o outro na plenitude de sua dignidade e, sobretudo, de sua diferença, e a ausência da alteridade nas relações humanas e sociais é proporcional à presença de conflitos insolúveis.

No Quadro 1 estão discriminados os critérios e instrumentos propostos para o processo de territorialização:

Quadro 1 – Critérios e instrumentos para o processo de territorialização na Estratégia de Saúde da Família, segundo dimensões do território.

DIMENSÕES DO TERRITÓRIO	CRITÉRIOS	INSTRUMENTOS
POLÍTICA	▪ Conhecer a história da comunidade, resgatando elementos da ocupação daquele território; ▪ Caracterizar as redes de poder existentes no território; ▪ Caracterizar atores políticos com análise crítica para possibilidades de parcerias; ▪ Caracterizar as organizações políticas existentes no território.	▪ Diário de campo; ▪ Entrevistas semiestruturadas com alguns moradores.
SIMBÓLICA/ SUBJETIVA	▪ Caracterizar a representação de vida no território, (identificar o que significa viver naquele lugar); ▪ Compreender a concepção que a população tem sobre saúde e sobre doença; ▪ Identificar os problemas de saúde na concepção da população; ▪ Identificar as potencialidades daquele território na concepção da população; ▪ Compreender a expectativa que a população tem a respeito do trabalho da equipe de profissionais; ▪ Caracterizar as redes de apoio e solidariedade existentes no território; ▪ Identificar e espacializar pessoas potenciais na concepção da população; ▪ Caracterizar os aspectos culturais; ▪ Identificar o potencial de parcerias dos atores sociais que representam os equipamentos sociais do território.	▪ Diário de campo; ▪ Entrevistas semiestruturadas com moradores; ▪ Rodas de conversa com a população, a partir da utilização de roteiro semiestruturado que aborde os temas citados nos critérios; ▪ Elaborar cartografia participativa que sintetize a representação da vida no território, a partir dos comunitários (feito pela comunidade).
FÍSICAS	▪ Espacialização da malha viária (avenidas, ruas, becos, escadarias, etc.) com informações qualitativas de sua funcionalidade; ▪ Espacialização dos tipos de edificações existentes no território (alvenaria, taipa, material aproveitável, etc.); ▪ Espacialização do uso das edificações (residencial, comercial, social, industrial); ▪ Espacialização das redes de serviços de infraestrutura (água, luz, esgoto, telefonia); ▪ Espacialização dos recursos naturais; ▪ Espacialização dos equipamentos sociais (igrejas, escolas, creches, ONGs, terreiros, centros espíritas, quadras esportivas, praças, etc.).	▪ Visita de campo e diário de campo; ▪ Base cartográfica na escala de 1:1000, constando limites de bairros e áreas de coberturas; ▪ Entrevistas semiestruturadas com alguns moradores mais antigos; ▪ Elaboração do mapa com síntese das condições de vida e saúde da população.

Quadro 1 – Critérios e instrumentos para o processo de territorialização na Estratégia de Saúde da Família, segundo dimensões do território.

DIMENSÕES DO TERRITÓRIO	CRITÉRIOS	INSTRUMENTOS
TÉCNICA	▪ Caracterização da população (faixa etária, sexo, raça cor, ocupação, escolaridade, etc.); ▪ Caracterização epidemiológica (identificação dos principais agravos à saúde, morbidade referida, condições referidas); ▪ Caracterização dos indicadores de desempenho e monitoramento preconizados pelo Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica; ▪ Espacialização das condições referidas do elenco preconizado para atenção básica (criança menor de um ano, gestantes e idosos, alerta no monitoramento diante de sinais de risco); ▪ Espacialização dos agravos prioritários do elenco preconizado para atenção básica (cuidado para não expor os usuários nos casos dos agravos estigmatizantes); ▪ Espacialização do monitoramento das visitas domiciliares realizadas pelos diferentes profissionais que compõem a Estratégia Saúde da Família (agentes comunitários de saúde, técnicos de enfermagem e saúde bucal, médicos, enfermeiros, odontólogos, equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família, agentes de saúde ambiental e controle de endemias, e outros atores que visitem as famílias).	▪ Visita de campo e diário de campo; ▪ Cadastramento ou atualização do E-SUS; ▪ Análise dos bancos de dados do SINAN, SIM, SINASC, IBGE.

Fonte: Atualizado de Santana (2013).
Nota: e-SUS AB = Sistema de Informação da Atenção Básica; SINAN = Sistema de Informação de Agravos de Notificação; SIM = Sistema de Informação sobre Mortalidade; SINASC = Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos; IBGE = Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

É preciso fazer destaque à forma de vinculação aos serviços pela comprovação de endereço, medida muito comum adotada por gestores para otimização da rede de atenção à saúde, mas sem respaldo legal. Ressaltamos, na lógica do território vivo, que para o cuidado de pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas é preciso considerar que muitas vezes se faz necessária a desterritorialização pela influência das relações de poder estabelecidas pela rede do tráfico de drogas.

O acesso aos serviços de saúde é um direito de todos!

O acolhimento à demanda deve ser feito em qualquer serviço da rede e encaminhado para um serviço mais próximo da moradia (quando possível), ou para um serviço que não traga riscos eminentes para manutenção da vida, neste caso é preciso avaliar com a pessoa qual o lugar de pertencimento afetivo onde ela possa ser acompanhada.

A leitura do território requer uma sistematização em mapas, o que podemos chamar de tratamento cartográfico. Esse tratamento pode seguir uma via mais técnica, por meio da cartografia tradicional, ou contemplar a leitura da realidade sintetizada de forma subjetiva, que pode ser conhecida por mapas mentais e cartografias participativas, que possuem objetivos diferentes, mas se assemelham por favorecer uma leitura subjetiva do território a partir de quem vive.

O mapeamento permite trabalhar a síntese geográfica, aproximando e (re) construindo sua totalidade, buscando suas expressões territoriais e representando-as através de mapas condicionados pela própria entrada de dados. É importante ressaltar a capacidade pedagógica e comunicativa que os mapas possuem (MONKEN, 2003).

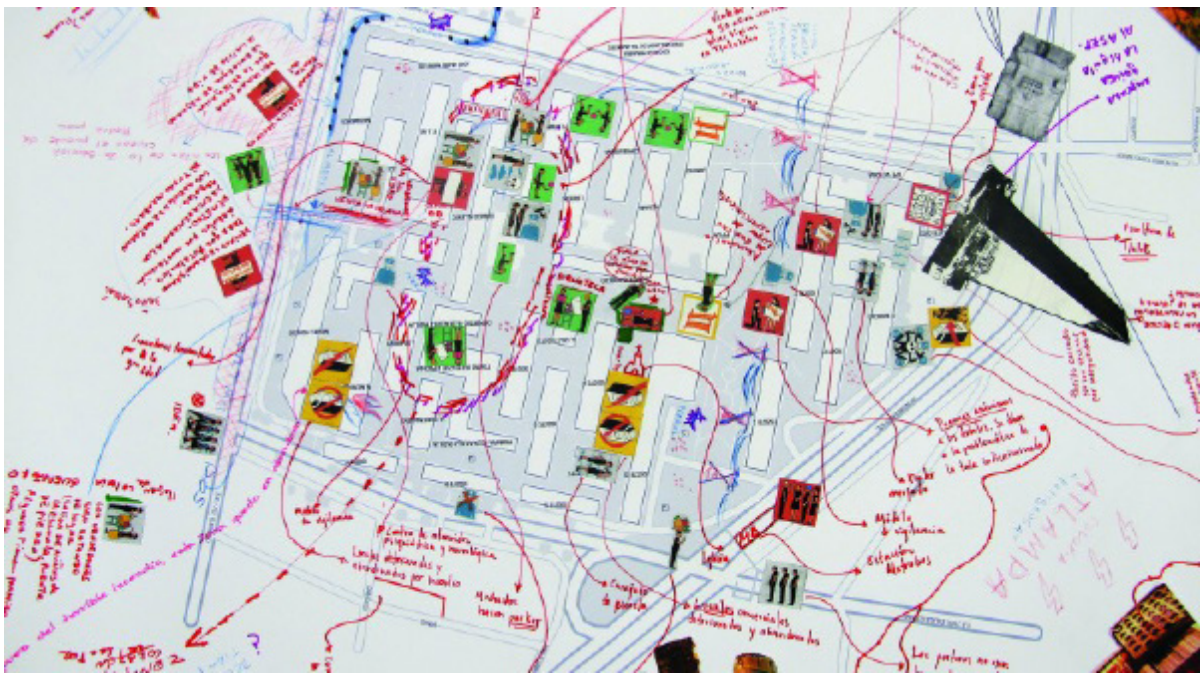
A metodologia de cartografia social é uma alternativa que serve para criar um conhecimento global sobre o território por parte da comunidade, e impulsioná-la para a transformação social em que técnicos e comunidade façam um único mapa, já com suas visões sobre a realidade (HERRERA, 2009). Nas Figuras 3 e 4 são ilustrados exemplos de mapas elaborados a partir da concepção da cartografia social.

Figura 3– Representação esquemática da cartografia participativa.



Fonte: TORRE, I. T.; GAONA, S. R.; CORREDOR, D. V. Cartografía social como metodología participativa y colaborativa de investigación en el territorio afrodescendiente de la cuenca alta del río Cauca. Cuad. geogr., Bogotá, v. 21, n. 2, p. 59-73, July 2012.

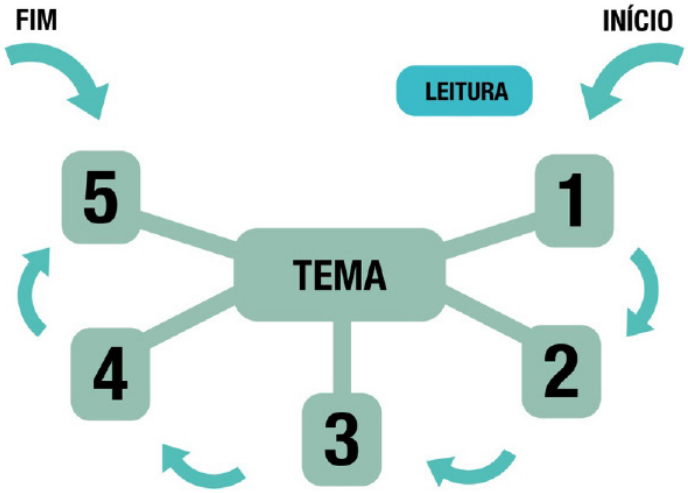
Figura 4– Representação esquemática da cartografia participativa



Fonte: Disponível em http://bit.ly/FAD-cp8b.

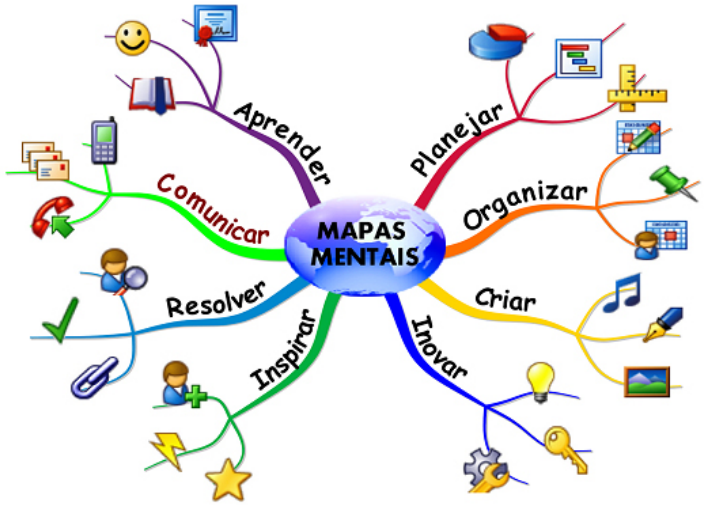
Os mapas mentais são entendidos como uma forma de linguagem que retrata o espaço vivido representado em todas as suas nuances (Figuras 5 e 6), cujos signos são construções sociais. Eles podem ser construídos por intermédio de imagens, sons, formas, odores, sabores, porém seu caráter significativo prescinde de uma forma de linguagem para ser comunicado (KOZEL et al., 2009).

Figura 5– Representação esquemática da cartografia participativa.



Fonte: autoria própria.

Figura 6– Representação esquemática da cartografia participativa.
Fonte: autoria própria.



Fonte: Disponível em http://bit.ly/FAD-cp8a.

Desta forma, a sistematização do processo de territorialização deve contemplar o olhar popular e técnico sobre o território, com a complementaridade do tratamento cartográfico. A partir dos critérios permeados pela concepção e representação social, contemplados basicamente na dimensão política, simbólico/subjetiva e física, pode-se utilizar os recursos da cartografia social ou participativa, tendo como instrumento o mapa mental.

Assim, o trabalho em saúde com vistas ao território vivo está para além de mero levantamento de dados, pressupõe relacionar-se com o outro e compartilhar os dilemas da vida no lugar-comunidade, configura-se num processo de permissão mútua de conhecer e ser conhecido, aproximar-se e construir vínculos de colaboração e parcerias, o que resulta numa responsabilidade coletiva com a transformação da realidade vivenciada, que busca cultivar, nos terrenos da vida, a autonomia dos sujeitos (NEPOMUCENO et al., 2010).

Desta forma, a apropriação do território na perspectiva do cuidado integral em rede, o cuidado aqui compreendido como produtor do projeto de felicidade, de criticidade, e que possa conduzir as pessoas ao empoderamento e à participação social, está sempre pautado em valores democráticos e emancipatórios como o direito e a responsabilidade. Para Honorato e Pinheiro (2007), a ação de saúde que se caracteriza pela via do diálogo e negociação se configura num espaço político, produzida não apenas por técnicos e comunitários, mas, sobretudo, por atores políticos.

Considerações finais

O cuidado integral em rede pressupõe um olhar para o território, o considerando enquanto vivo produtor não somente de problemas, mas, sobretudo, de potência, de vida e de cuidado solidário. A rede de cuidado integral se configura para além dos componentes institucionais.

O que faz necessário optar por lentes que nos permitam enxergar as redes de apoio e solidariedade existentes nos territórios. Geralmente composta por pessoas que se destacam por sua capacidade cuidadora de implicar-se com o outro, de querer contribuir com a melhoria da qualidade de vida do outro.

Estes atores potenciais de cuidado podem ser pessoas comuns, liderança social ou religiosa (freiras, padres, pastores, pai de santo), costureira, mecânico, liga de dominó, liga de futebol, cabeleireiro ou movimento cultural. Enfim, toda e qualquer pessoa que se dispõe a contribuir de forma positiva com a

pessoa que naquele momento precisa de ajuda.

É importante destacar que no processo de territorialização para configuração da rede de cuidado integral torna-se imprescindível a participação da comunidade. Pois, são as pessoas que tornam o território vivo.

Referências bibliográficas

AYRES, J. R. C. M. Prefácio. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. Os sentidos da integralidade: na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro, IMS/UERJ, CEPESC, ABRASCO, 2009.

ALBAGLI, S. Território e Territorialidade. In: LAGES, V.; BRAGA. C.; MORELI, G. Territórios em movimento: cultura e identidade como estratégia de inserção competitiva. Rio de Janeiro: Relume Dumará. 2004.

BITOUN, J. A política de saúde e as inovações na gestão local. Cidadania, cidade é notícia. Recife: Etapas, n. 4. Abril/Maio, 2000.

BRASIL. Portaria nº 1.101, de 12 de junho de 2002. Estabelece parâmetros assistenciais do SUS. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, v. 139, n. 112, p.36, 13 jun. 2002. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html> Acesso em: 07 mai. 2017.

_____. Portaria nº 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União 2006; 28 mar. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html> Acesso em: 07 mai. 2017.

_____. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Brasília, 2011a. Disponível em: <http://www.planalto. gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm>. Acesso em 17 junho. 2017.

_____. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas,

noâmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília: Ministério Saúde, 2011b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/ prt2488_21_10_2011.html> Acesso em: 10 mai. 2017.

_____. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União, Brasília: Ministério Saúde, 2011c. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html> Acesso em: 10 mai. 2017.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): manual instrutivo para as equipes de Atenção Básica (saúde da família, saúde bucal e equipes parametrizadas) e NASF.2 ed. Brasília: Ministério da saúde, 2015. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_instrutivo_pmaq_atencao_basica.pdf>. Acesso em: 10 mai. 2017.

_____. ABC do SUS. Brasília: Ministério da Saúde - Série F. Comunicação e Educação em Saúde, ed. 3, 2009.

_____. Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas. Brasília, 2003.

FREIRE, P. Extensão ou comunicação? Rio de Janeiro: Paz e Terra, ed. 7, 1983.

GUATTARI, F. Caosmose: um novo paradigma estético. São Paulo: ed. 34, 1992.

HAESBAERT, R. Desterritorialização: entre as redes e os aglomerados de exclusão. In: CASTRO, Iná Elias de et al. (Org). Geografia: conceitos e temas. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1995.

_____. O mito da desterritorialização: do 'fim dos territórios' à multiterritorialidade. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2004.

HERRERA, C. M. Evolución de las relaciones entre plantas y polinizadores: logros y deficiencias de la agenda darwiniana. Memórias de la Real Academia de Ciencias de Sevilla, 2009. p. 159-174.

HONORATO, C. E. M.; PINHEIRO, R. Trabalho político: construindo uma categoria analítica para estudo sobre a integralidade como dispositivo do trabalho em equipe de saúde. In: PINHEIRO, R.;BARROS, M. E.; MATTOS, R. A.(Orgs.). Trabalho em equipe sobre o eixo da integralidade. Valores, saberes e práticas. Rio de Janeiro: Cepesc, 2007. p. 85-110.

JUNQUEIRA, M. F. P. S.; DESLANDES, S. F. Resiliência e maus-tratos à criança. Cadernos de Saúde Pública, v. 19, n. 1. 2003.

KOZEL R. et al. Representações espaciais: mapeando os saberes vernaculares acerca das paisagens rurais. Rio Claro: Geografia, v. 34, n. 1, p. 271-286, 2009.
MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. Ciência Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2297-305, 2010.

MENDES, E. V. (org.) Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. 4ª ed. São Paulo - Rio de Janeiro:

HUCITEC/ABRASCO. 1999. 302 p.

MONKEN, M. Desenvolvimento de tecnologia educacional a partir de uma abordagem geográfica para a aprendizagem da territorialização em vigilância em saúde. 2003, 163 p. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2003.

MONKEN, M. et al. O território na saúde: construindo referências para análises em saúde e ambiente. In: MIRANDA, A. C. de; BARCELLOS, C; MOREIRA, J. C.;

MONKEN, M. (Org.). Território, Ambiente e Saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, Ed. 1, v. 1, 2008. p. 23-41.

MONTEIRO, M. Hacer para transformar: El método em La psicologia comunitária. Buenos Aires: Paidós, 2006.

MOTTA, R. P. Desempenho em equipes de saúde: Manual. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2001.

MUSSO, P. A filosofia da rede. In PARENTE, A. (org). Tramas da rede: novas dimensões filosóficas, estéticas e políticas da comunicação. Porto Alegre: Sulina, 2004.

NEPOMUCENO, L. B. et al. Territorialização e inserção comunitária na saúde. In: DIAS, F. A. C; DIAS, M. S. A. Território, Cultura e identidade. Rio de Janeiro: Abrasco, 2010.

PERREIRA, M. P.; BARCELLOS, C. O território no Programa de Saúde da Família. Hygeia, 2006.

SANTANA, M. M. de. Território plataforma da vida e do trabalho vivo em saúde: análise do território trabalhado na ESF do Distrito Sanitário V em Recife/PE. 2013, 197 p. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, 2013.

SANTOS, M.; SILVEIRA, M. L. O Brasil: território e sociedade no início do século XXI. Rio de Janeiro: Record, 2001.

SANTOS, M. Metamorfoses do espaço habitado: fundamentos teóricos e metodológicos da Geografia. São Paulo: Hucitec, 1996.

SELLETI, J. C.; GARRAFA, V. As raízes cristãs da autonomia. Petrópolis: Vozes, 2005.

TORRE, I. T.; GAONA, S. R.; CORREDOR, D. V. Cartografía social como metodología participativa y colaborativa de investigación en el territorio afrodescendiente de la cuenca alta del río Cauca. Cuad. geogr., Bogotá , v. 21, n. 2, p. 59-73, July 2012. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-215X2012000200005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 16 abr. 2017.

ZOBOLI, E. Cuidado: práxis responsável de uma cidadania moral. In: PINHEIRO,R.; MATTOS, R. A.(Orgs.) Razões públicas para integralidade em saúde: o cuidado como valor. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO, 2007.

Texto originalmente publicado na Apostila do Curso de atualização para qualificação da rede integral às pessoas que fazem uso de drogas. Recife: Departamento de Saúde Coletiva, Instituto Aggeu Magalhães, Fiocruz, Rio de Janeiro. Programa Institucional de apoio a Pesquisas e políticas públicas sobre álcool, crack e outras drogas, Fiocruz, 2016.

TEXTO 3

AS INTERVENÇÕES CLÍNICAS PSICOSSOCIAIS E SUAS TECNOLOGIAS DE CUIDADO

Rossana Carla Rameh-de-Albuquerque

Psicóloga do Instituto Federal de Pernambuco – IFPE. Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP e Mestra em Saúde Coletiva pelo Instituto Aggeu Magalhães/Fundação Oswaldo Cruz – IAM/Fiocruz. Especialista em Dinâmica de Grupo pelo Centro de Dinâmica de Grupos e Relações Humanas – CDGRH, e em Gerontologia Social pela Universidade de Pernambuco – UPE. Membro do Grupo de Estudos em Álcool e Outras Drogas – GEAD/UFPE, do Centro Brasileiro de Informações Sobre Drogas – CEBRID/UNIFESP, da Associação Brasileira Multidisciplinar de Estudos sobre Drogas – ABRAMD e da Associação Brasileira de Saúde Coletiva – ABRASCO. Possui experiência no atendimento a pessoas que sofrem de transtornos psíquicos e transtornos decorrentes do uso de drogas, e atualmente atua como professora do Curso de Psicologia da Faculdade Pernambucana de Saúde – FPS.

http://lattes.cnpq.br/8283019925329483

rorameh@gmail.com

Como citar este capítulo (ABNT):

RAMEH-DE-ALBUQUERQUE, R. C. R. As intervenções clínicas psicossociais e suas tecnologias de cuidado. In: VALOIS-SANTOS, N. T.; ALMEIDA, R. B. F; OLIVEIRA, E. M. (Org.). **Apostila do Curso de Atualização para Qualificação da Rede de Atenção Integral a Pessoas que Fazem Uso de Drogas**. Recife: Departamento de Saúde Coletiva, Instituto Aggeu Magalhães, Fiocruz; Rio de Janeiro: Programa Institucional de Apoio a Pesquisas e Políticas Públicas sobre Álcool, Crack e Outras Drogas, Fiocruz, 2017. cap. 7, p. 158-208.

APRESENTAÇÃO

A problemática do consumo de álcool e outras drogas tem se tornado alvo de preocupação de várias esferas sociais e de autoridades públicas e privadas, e vem exigindo cada vez mais reflexão acerca das estratégias de intervenção para prevenção e tratamento. A prática dos profissionais que atuam nessa área precisa ser frequentemente revisada e ampliada, adaptando-se às mudanças sociais.

Este Capítulo está preparado de maneira que você, aluno(a), possa compreender como princípios, estratégias e ferramentas de intervenção clínica, tais como acolhimento, clínica ampliada, processos grupais, projeto terapêutico singular e aconselhamento, podem colaborar diretamente com o seu fazer profissional no campo do cuidado a pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas. Nesse campo, considera-se, em especial, a redução de danos como fio condutor para uma práxis humanizada e condizente com a realidade das pessoas atendidas, que tem os direitos humanos como base para sua ação.

Contudo, observa-se que na formação dos profissionais há a necessidade de melhor compreensão e desenvolvimento de habilidades e atitudes quanto ao convívio comunitário e ações coletivas, que respeitem os direitos humanos e concatenem com a construção das políticas públicas de saúde mental, álcool e outras drogas, a partir da defesa de um modelo de atenção e cuidado integrais.

Nesse sentido, vamos pontuar como algumas das intervenções terapêuticas comumente encontradas nos serviços brasileiros de saúde e de assistência social operam no cuidado junto às pessoas que sofrem de transtornos decorrentes do uso e/ou abuso de drogas, caracterizando, a partir dessas intervenções, em qual modelo de atenção estão ancoradas. Discutiremos como o desenvolvimento da abordagem singular e a construção de programas terapêuticos são fundamentais para contribuir com a qualidade dos serviços oferecidos, aumentando a possibilidade de melhoria da saúde integral e da qualidade de vida do sujeito em tratamento, como também o conhecimento sobre as possíveis formas de trabalhar a dinâmica familiar e de grupos.

Há uma ampla possibilidade de estratégias e ferramentas de intervenção, assim como de questionamentos possíveis de serem realizados. Para elaboração desse Capítulo fizemos algumas escolhas para o debate, em especial as intervenções que se referem às políticas públicas.

Separamos os conteúdos em dois módulos, uma forma didática de disparar as discussões que esperamos ter em sala de aula. Esperamos que você consiga se sentir estimulado(a) a buscar as complementações necessárias a essa discussão inicial sobre o vasto campo de atuações e intervenções terapêuticas possíveis no campo do cuidado a pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas.

MÓDULO A

Diretrizes e estratégias norteadoras das práticas de cuidado

1 DIREITOS HUMANOS E DROGAS

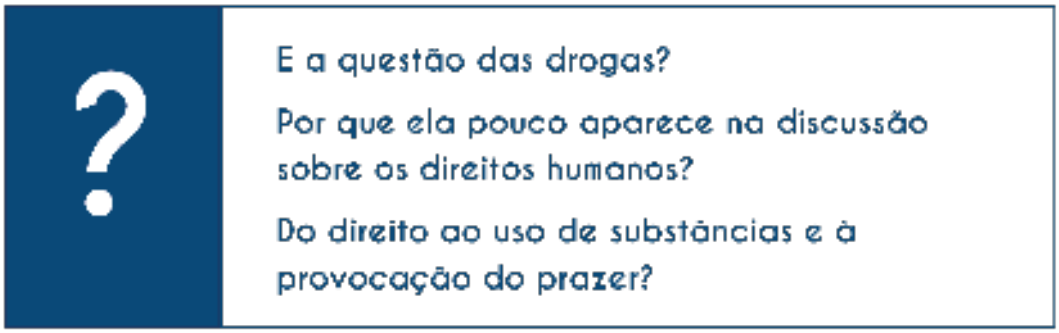
Os direitos humanos (DH) são aqueles inerentes a todas as pessoas, independente de raça, sexo, nacionalidade, etnia, idioma, religião ou qualquer outra condição. Os DH incluem o direito à vida, à liberdade, de opinião e de expressão, ao trabalho, à educação, entre muitos outros. Todos têm esses direitos, sem qualquer discriminação (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2017), de forma que as pessoas que usam drogas merecem ter os seus direitos respeitados, inclusive de serem atendidas em um serviço de saúde ou em outra instituição pública.

Na atualidade, a discussão em torno dos direitos humanos e drogas tem ganhado destaque visto a emergência do tema nos diversos aspectos da implementação das políticas públicas (RAMEH-DE-ALBUQUERQUE et al., 2017). Outro tema também em pauta tem sido a necessidade de defender a laicidade e a democracia do Estado brasileiro, que, em consonância com tais preceitos, não deverá, em nome de nenhum tratamento, impor qualquer tipo de crença religiosa a nenhuma pessoa,

mesmo quando esta estiver fazendo uso prejudicial ou disfuncional de álcool e outras drogas.

Assim, cabe ao Estado respeitar e promover a cidadania dessas pessoas, rechaçando todas as propostas que violem seus direitos, como qualquer forma de restrição da liberdade enquanto porta de entrada para o tratamento. ou mesmo único método de cuidado possível, a exemplo da internação compulsória indiscriminada, sem respeitar os direitos humanos e as indicações e exigências previstas em lei e protocolos, como as inscritas na Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001[38], que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, na qual são enfatizadas a priorização pelos serviços extra-hospitalares, a proibição da internação em instituições com características asilares e/ou sem acompanhamento contínuo e multidisciplinar.

O que você pensa a respeito?



Você sabia que existem países que aplicam a pena de morte para pessoas que utilizam drogas?

Cabe a todos que trabalham com a temática de drogas averiguar se os direitos das pessoas que fazem uso estão sendo violados. O trabalho dos profissionais deve estar baseado no respeito e na promoção da liberdade, da dignidade, da igualdade e da integridade do ser humano, apoiado nos valores que embasam a Declaração

[38] http://bit.ly/FAD-cp6a - Lei nº 10.216 de 6 de abril de 2001.

Universal dos Direitos Humanos[37], independentemente de suas escolhas pessoais sobre o uso ou não de psicoativos.

Quando Nery Filho (2015, p. 3) fala do humano e da necessidade de nos aproximarmos da discussão entre drogas e direitos humanos, refere que:

> [...] Tenho repetido à exaustão que são os humanos os consumidores de drogas e não o inverso. O fracasso – ou o sucesso – está do lado dos que possuem alma, pensam e vivem. O consumo de drogas pode ganhar infinitas significações, sempre humanas. No dizer de Gey Espinheira, a causa, está nos humanos; as drogas podem trazer inconvenientes, mas são, não raro, uma solução.

A luta pelos direitos humanos inclui a necessidade de superar o isolamento em instituições fechadas e totais, a exemplo dos hospitais psiquiátricos e comunidades terapêuticas embasados em modelos manicomiais e asilares, que podem gerar mais dor e sofrimento, além de serem espaços de constantes violações, como maus-tratos, violências física e psicológica, e até homicídios. A luta antimanicomial inclui a busca por melhoria e qualificação de uma rede de serviços que sejam substitutivos a essas instituições, tais como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os Leitos em Hospitais Gerais, as Unidades de Acolhimento, os Consultórios De Rua e Na Rua, e outras estratégias que sejam necessárias para garantir o cuidado em liberdade (AMARANTE, 1995).

Nos Capítulos 5 e 6 discutimos sobre a importância de cuidar em rede e ressaltamos aqui o quanto é importante que esse modelo seja considerado para que, de fato, o cuidado de forma ampla seja uma realidade.

O debate político sobre saúde e direitos coloca os direitos humanos como um paradigma ético-político fundante do cuidado às pessoas que consomem drogas, tarefa que deve considerar o protagonismo das pessoas como cidadãos e sujeitos de direitos (SENA-LEAL, 2016). Nesse sentido, a Redução de Danos nos parece fundamental para pensar as intervenções e o cuidado a essas pessoas.

[37] http://bit.ly/FAD-cu6p - Declaração dos Direitos Humanos.

E sobre os direitos das pessoas que usam drogas?

?

Como estão os movimentos sociais em defesa dos direitos das pessoas que usam drogas?

- Marcha da Maconha
- Associação de usuários de cannabis medicinal
- Associações de usuários de drogas
- Centros de convivência

Saiba mais+

Centro é de Lei

Para conhecer a experência do centro acesse: http://www.edelei.org

2 REDUÇÃO DE DANOS

Uma definição inicial:

> A **Redução de Danos** é um conjunto de políticas e práticas cujo objetivo é reduzir os danos associados ao uso de drogas psicoativas em pessoas que não podem ou não querem parar de usá-las (BRASIL, 2004).

Por esta definição, a redução de danos foca na prevenção aos danos, ao invés da prevenção do uso de drogas, intervindo junto a pessoas que seguem usando drogas. São práticas em saúde que consideram a singularidade dos sujeitos, reconhecem sua autonomia e constroem com a pessoa projetos que priorizem sua qualidade de vida. Manter as pessoas que usam drogas vivas e protegidas de danos irreparáveis são consideradas prioridades.

Vale apena ressaltar que em alguns momentos a redução de danos pode se voltar para a prevenção do uso, caso se compreenda, no processo de cuidado individual ou coletivo, que não é possível fazer o uso de drogas sem causar danos importantes, como é a situação de pessoas que irão operar máquinas ou dirigir automóveis, ou mesmo o uso precoce por crianças e pré-adolescentes, visto o período que estão passando, de formação e amadurecimento físico e psíquico, durante o qual o uso de psicoativos pode trazer graves consequências (ZEMEL, 2013).

Em sua origem, a redução de danos nos remete ao Comitê Rolleston do Reino Unido que, na década de 1920, operava a partir de um grupo de médicos que prescrevia a medicação metadona para minimizar os efeitos da heroína ou cocaína junto aos dependentes, com a finalidade de controlar os sintomas de abstinência (NIEL; SILVEIRA, 2008). Nesse contexto, surgiram também os centros de distribuição e troca de agulhas e seringas na Holanda e na Inglaterra, entre 1986 e 1987, ação pela qual a redução de danos se destacou na prevenção da transmissão do vírus da aids entre pessoas que fazem uso de drogas injetáveis. Na atualidade, a redução de danos tem em seu escopo uma abrangência e uma atuação muito mais amplas.

No Brasil, ações de redução de danos começaram a surgir em 1989, no município de Santos, São Paulo, por meio da iniciativa inédita de realizar a troca de seringas entre pessoas que faziam o uso de drogas injetáveis, visto que 60% dos casos de infecção pelo vírus da aids estavam associados a essa prática. Tal ação foi interrompida por decisão judicial, por ser interpretada como apologia ao uso de drogas (DONEDA; GANDOLFI, 2006).

Em 1990, a ONG Instituto de Estudos e Pesquisas em Aids de Santos (IEPAS) foi clandestinamente para as ruas, distribuir seringas limpas para pessoas que faziam uso de drogas injetáveis, e orientá-las quanto à melhor maneira de limpar esses instrumentos para um uso menos danoso (PICONEZ; TRIGUEIROS; HAIEK, 2006). No ano seguinte, em 1991, o Programa de Orientação e Atendimento a Dependentes (PROAD), do Departamento de Psiquiatria da Universidade Federal de São Paulo, também iniciou um trabalho considerado pioneiro com trabalhadores e educadores comunitários. Os próprios pacientes atendidos pelo PROAD foram

treinados para entregar hipoclorito de sódio e orientar as pessoas que faziam uso de drogas injetáveis a realizarem a desinfecção de suas seringas, e também a não compartilharem esses instrumentos com outras pessoas (PICONEZ; TRIGUEIROS; HAIEK, 2006).

Sob a coordenação do IEPAS e com o financiamento da Coordenação Nacional de DST e Aids, do Programa de Controle de Drogas das Nações Unidas e do Banco Mundial, em 1993 iniciou-se o primeiro projeto oficial envolvendo agentes de saúde na "cena de uso de drogas". O projeto recrutou e treinou pessoas que faziam ou que já tinham feito uso de drogas injetáveis para trabalharem com a prevenção e educação para saúde (BASTOS; MESQUITA, 2001).

Em 1994, por meio do Programa Nacional de DST e Aids, o Ministério da Saúde lança a estratégia de redução de danos no projeto de prevenção ao abuso de drogas, DST e Aids, com foco na troca de seringas descartáveis (FLACH, 1996). Finalmente, nesse mesmo ano, o projeto foi integralmente aprovado pelo então Conselho Federal de Entorpecentes (CONFEN), atual Conselho Nacional de Políticas Sobre Drogas (CONAD), e obteve parecer favorável do Conselho Estadual para Assuntos de Aids (CONAIDS) do Governo do estado de São Paulo.

Assim, em 1995, o primeiro programa de redução de danos a trocar seringas aconteceu em Salvador, no Observatório Baiano sobre Substâncias Psicoativas (CETAD Observa) da Universidade Federal da Bahia e, assim, com recursos próprios e parcerias locais, pesquisadores e profissionais de saúde implantaram de forma pioneira o projeto (BASTOS; MESQUITA, 2001). Depois, vários outros projetos de redução de danos surgiram em estados brasileiros, consolidando-se como uma estratégia de atenção às pessoas que usam drogas.



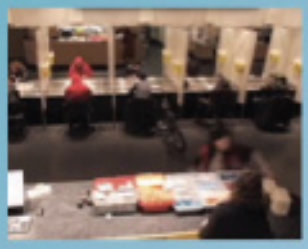
Você sabia que crescem no mundo as experiências exitosas de cuidado baseados na redução de danos?

Um bom exemplo são as salas de uso seguro de drogas.

Saiba mais +

Salas de uso seguro de drogas

As imagens abaixo são de experiências de salas de uso e de kits de instrumentos e informativos para o uso seguro de drogas, em países como o Canadá, Espanha e França.





Para saber mais acesse: http://bit.ly/FAD-sm25

A medida de êxito de uma intervenção de redução de danos não segue a lógica do "tudo ou nada", e os objetivos parciais são muito importantes e aceitos de modo singular. As alternativas não são compulsórias e não vêm de "cima para baixo". Leis ou decretos que tratam da redução de danos servem para nortear as ações buscando seus fundamentos legais de defasa à vida, mas suas estratégias são desenvolvidas com participação ativa da população que usa drogas, que consequentemente se beneficia diretamente das intervenções.

É importante observar algumas das bases legais para redução de danos

- Constituição Federal de 1988
- Lei Orgânica da Saúde nº 8.080/90
- Lei nº 10.216, de 06.04.2001 (Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental)
- Portaria GM/MS nº 336, de 19.02.2002 (Estabelece sobre as modalidades e funcionamentos dos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS)
- Política Nacional de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e Outras Drogas, Ministério da Saúde, 2004
- Lei nº 11.343, de 23.08.2006 (Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências)
- Lei Estadual de Pernambuco nº **11**.064, de 16.05.1994 (Dispõe sobre a substituição progressiva dos hospitais psiquiátricos por rede de atenção integral à saúde mental, regulamenta a internação psiquiátrica involuntária e dá outras providências)

Assim, o paradigma da abstinência perde sua força, e mesmo os que utilizam a redução de danos apenas como um meio para se chegar a um futuro desejado de "não uso de drogas", adotado como meta ótima e final (MARLATT, 1999). começam a questionar se a abstinência seria o projeto terapêutico indicado para todas as pessoas.

Marlatt e Gordon (1985). e Marlatt e Witkiewitz (2009) tencionaram a clínica que se fazia hegemonicamente e propuseram uma clínica baseada na redução de danos. No entanto, percebia-se a censura existente e ressaltava-se a necessidade do debate sobre as mudanças necessárias, apontando que redução de danos não é o mesmo que legalização, com uma nítida intenção de radicalização em relação à clínica-política da época (MARLATT, 1999, p. 257-263):

> [...] As diversas comunidades norte-americanas preocupadas com o problema das drogas estão em uma encruzilhada. Será que devemos

> tentar avançar em nossas tentativas de compreender e reduzir esse problema aprendendo a partir das evidências científicas sobre as intervenções, a procura de ajuda e os padrões de recuperação para transtornos de substâncias, e extraindo dos experimentos europeus de redução de danos os aspectos de seus programas que podem funcionar bem nos Estados Unidos? Ou será que devemos continuar a expandir a já dispendiosa "guerra às drogas" e negligenciar as iniciativas de intervenção, mesmo diante da epidemia de AIDS, que agora está espalhando-se pela comunidade heterossexual (inclusive nas crianças), principalmente por meio de contato sexual com usuários de drogas injetáveis? Alguns podem achar que a escolha não é tão claramente definida, e talvez tenham razão. Entretanto, os riscos são muito altos para não se envolver no debate.

Apesar da abstinência não ser oposição à redução de danos e vice-versa, estão longe de serem sinônimos, existindo notadamente uma dificuldade de aproximação teórica e prática entre a discussão política e a discussão clínica. Veremos melhor essa questão quando a abstinência aparecer como um "problema" que continua sendo almejado pelos técnicos quando os Projetos Terapêuticos Singulares estão sendo montados e discutidos com a pessoa em processo de tratamento. Nesse processo, a redução de danos poderá otimizar o entendimento de qual meta se deseja e se pode alcançar.

Ressaltamos que existem distintas concepções de redução de danos (SANTOS; SOARES; CAMPOS, 2010), mas de forma geral tem-se como diretriz educar para a autonomia, reforçando a capacidade do sujeito de reflexão e de desenvolvimento de ações protetoras de si e de sua comunidade. Outro entendimento perpassa a concepção de que as drogas convivem com outros bens de consumo, e que os consumidores devem ser alertados para os potenciais efeitos prejudiciais das substâncias, como acontece com outros aspectos da vida como a gravidez precoce, a obesidade, as doenças sexualmente transmissíveis, etc. (SANTOS, 2008). Trata-se da incorporação de um conjunto de perspectivas que já são presentes nas concepções de prevenção e promoção de saúde existentes no campo da saúde pública, no entanto, a redução de danos é feita a partir das próprias pessoas que consomem drogas.

A redução de danos é uma alternativa de cuidado às abordagens estigmatizantes e punitivas, orientadas por concepções moralistas sobre o consumo de drogas. É uma

tentativa de enxergar além da lógica antidrogas que subsidiou hegemonicamente as práticas de atenção às pessoas que usam drogas até o presente (SANTOS; OLIVEIRA, 2012). Neste sentido, o agente redutor de danos é o profissional que trabalha no campo realizando ações de promoção da redução de danos. Esse profissional deve respeitar as pessoas como elas são, evitando julgar comportamentos, opondo-se firmemente à estigmatização daquelas que usam drogas.

Inicialmente, os redutores de danos eram pessoas que usavam drogas ou pessoas próximas e familiarizadas com o universo do uso, abertas à linguagem e às dimensões e cultura dessa realidade. Atualmente, além desses sujeitos, diferentes pessoas, com distintas escolaridades ou formações acadêmicas, têm atuado no sentido de protagonizar a redução de danos, desenvolvendo práticas intersetoriais de promoção da vida das pessoas que usam drogas e de sua rede social e afetiva. Para tanto, é preciso abraçar as premissas da redução de danos possibilitando ver a pessoa em seu contexto de uso, "colocando a substância entre parênteses", como enfocado no Capítulo 2, ou seja, enxergando não apenas a droga e os problemas que seu consumo abusivo pode trazer.

Escobar (2015) aponta que compreender a pessoa que usa drogas numa perspectiva integral, considerando sua complexidade, é também uma proposição da redução de danos, pois, enquanto modelo de cuidado, considera o contexto sócio-histórico e relacional da pessoa com a substância e o próprio meio. Nesse sentido, a Associação Internacional de Redução de Danos[38] (INTERNATIONAL HARM REDUCTION ASSOCIATION. 2010) afirma que o entendimento sobre a prática da redução de danos avança de causa/consequência do uso ou abuso de substâncias psicoativas, para uma relação de autocuidado e saúde.

Para Santos, Soares e Campos (2010, p. 1007), observa-se que a redução de danos vai postular *"um arcabouço teórico-metodológico amplo e interdisciplinar que inclua os saberes de diversas áreas para que não fique restrita ao excesso de pragmatismo e a compreensões desvinculadas e desconectadas da totalidade*

---

[38] Em inglês: International Harm Reduction Association (IHRA).

social". Isto é, a redução de danos transmuta-se acumulando conceitos e deixando de ser uma estratégia somente instrumental – prevenção do HIV/Aids pela troca de seringas, ou ainda como meio de aproximação das pessoas que usam drogas aos espaços de tratamento –, para constituir-se em uma concepção que vai se ligar a diversas outras áreas e campos do saber (SANTOS; SOARES; CAMPOS, 2010), incluindo uma redução de danos que se instala como movimento social (MORAES et al., 2007; MORAES, RAMEH; CAMPOS, 2011) ou ainda como um dispositivo na defesa do direito à saúde pública enquanto clínica-política (PASSOS; SOUZA, 2011).

Assim, como estratégia de intervenção clínica, a redução de danos é antes de qualquer coisa uma postura, um jeito de pensar o sujeito no mundo. Uma forma diferente daquela que a clínica tradicional costuma fazer, de se posicionar diante do sujeito. Sendo assim, cabe aos profissionais uma revisão pessoal da forma como pensam a relação das pessoas com as drogas, a fim de que sua atuação possa se dar de modo mais coerente com as necessidades de quem estão cuidando.

Espera-se que nos Centros de Atenção Psicossocial (Caps) e em outras instituições, como as da assistência social, a autonomia do sujeito seja considerada, de modo que os projetos de vida elaborados sejam discutidos e produzidos com as pessoas que usam drogas. Tais projetos devem priorizar a qualidade de vida das pessoas, independentemente de suas escolhas, de seu modo de viver. Dessa forma, a redução de danos faz uma relação direta com instrumentais da clínica que iremos discutir, como o Projeto Terapêutico Singular e o Plano Individual de Atendimento. As prioridades desses instrumentais, baseados na redução de danos, passam a ser a defesa da vida das pessoas, objetivando com elas os possíveis caminhos de proteção e redução dos danos que podem trazer consequências prejudiciais para

sua vida, rede social ou comunidade, sendo o respeito e a empatia[39] premissas fundamentais nesse processo (RAMEH-DE-ALBUQUERQUE et al., 2017).

Vários outros conceitos e procedimentos clínicos, quando permeados pela redução de danos, ganham um impulso enorme para a condução de uma clínica ímpar, que percebe a pessoa que usa drogas como sujeito de direitos. Assim, a redução de danos pode ser compreendida como uma "clínica-política" que vem sendo fortalecida a partir da luta das pessoas que usam drogas por seus direitos, como o de acessar os serviços de saúde independentemente de seu consumo.

[39] Forma de identificação intelectual ou afetiva de um sujeito com uma pessoa, uma ideia ou uma coisa (Dicionário Aurélio. Disponível em: http://bit.ly/FAD-cp6c. Acesso em: 5 jul. 2017). Ação de se colocar no lugar de outra pessoa; aptidão de se identificar com o outro (Dicionário Online da Língua Portuguesa. Disponível em: http://bit.ly/FAD-cp6d. Acesso em: 5 jul. 2017).

Saiba mais +

Para complementar as reflexões acerca da redução de danos, também é importante ampliar o olhar sobre as políticas de drogas como um todo, sob diferentes perspectivas e ideias. Para tal, sugerimos três filmes, facilmente encontrados na internet, que, apesar de não tratarem diretamente sobre a redução de danos, trazem aspectos importantes para uma melhor compreensão acerca de temas que compõem as discussões dessa apostila.







Para saber mais acesse:
Documentário Grass: www.youtube.com/watch?v=NnpBLIH6kKk

Cortina de Fumaça: www.youtube.com/watch?v=K_N1q5DAri4

Quebrando o tabu: www.youtube.com/watch?v=tKxk61ycAvs

Vamos encerrando essa Seção com uma reflexão trazida por Niel e Silveira (2008, p. 10) sobre o consumo de drogas e o papel dos profissionais de saúde, que podemos ampliar para profissionais de diferentes setores:

> Muitas vezes desejaríamos que as drogas simplesmente não existissem, principalmente quando vemos pessoas a quem amamos sofrendo e nos fazendo sofrer por estarem envolvidas com drogas. Entretanto, as drogas existem, sempre existiram e sempre vão existir. O que podemos fazer é tentar evitar que as pessoas se envolvam com estas substâncias. Para aqueles que já se envolveram, podemos ajudá-los a evitar que se tornem dependentes. E, para aqueles que já se tornaram dependentes, cabe a nós oferecer os melhores meios para que possam abandonar a dependência. Porém, se apesar de todos os nossos esforços eles continuarem a consumir drogas, temos a obrigação de orientá-los

para que o façam da maneira menos prejudicial possível, na expectativa de que estejam atravessando apenas uma fase difícil. Afinal, eles não precisam de quem os julgue, mas de quem os ajude. E este é o nosso papel enquanto profissionais de saúde.

3 CLÍNICA AMPLIADA

Vamos poder observar o quanto o conceito de clínica ampliada dialoga diretamente com a redução de danos. Em alguns textos é possível encontrar a expressão redução de danos ampliada. Certamente essa expressão vem das similaridades encontradas entre estes dois conceitos. Segundo a cartilha da Política Nacional de Humanização, a clínica ampliada pressupõe a abordagem do usuário para além da doença – extrapola a visão centrada nas queixas da doença apresentada e busca uma visão biopsicossocial e espiritual da pessoa (BRASIL, 2009b).

Ao assumir uma clínica que se diz mais ampla, aos profissionais caberá trabalhar o reforço da autonomia e o autocuidado dos sujeitos e seus familiares. Observe que para a redução de danos estes também são objetivos a serem trabalhados em conjunto. A clinica ampliada trabalha na perspectiva de assumir a responsabilidade sobre os usuários de modo compartilhado, e assim busca ajuda em outros setores (intersetorialidade), pois também reconhece o limite dos conhecimentos e das tecnologias existentes e comumente utilizadas na saúde.

Sendo assim, ao assumirmos nosso trabalho a partir da clínica ampliada, aumentamos nosso compromisso ético de modo profundo, pois esta visa equilibrar o combate à doença com a produção de vida, pois já sabemos que o foco demasiado na doença finda levando os usuários a se tornarem "poliqueixosos", pois a doença torna-se o centro de suas vidas (BRASIL, 2009b).

Da mesma maneira que não devemos colocar a "droga" no centro de nossa ação na abordagem da redução de danos, a clínica ampliada também não coloca a doença como a questão central. Ressaltamos, contudo, que ao afirmar que a pessoa não pode ser reduzida ao uso de uma droga ou à doença que ela possui, não significa dizer que os problemas advindos do consumo de drogas ou os problemas trazidos pela doença não sejam importantes.

Como propostas de ampliação da clínica, além do acolhimento incondicional e da escuta qualificada, já abordados aqui, vale lembrar que ao acolher a queixa e o relato do usuário de modo incondicional, é importante averiguar como ele acredita que adoeceu e como se sente em relação à sua doença, porque quanto mais a doença for compreendida e correlacionada com a vida, maior a adesão ao tratamento. Nesse sentido, o vínculo e o afeto também ganham destaque. Entretanto, tradicionalmente na formação e no imaginário do profissional de saúde é justamente o contrário: não deve haver vinculo e afeto entre os profissionais e os "pacientes". Mas isso não é verdade! Em todas as relações existe troca de afetos, e só assim será possível estabelecer confiança e uma boa relação entre quem cuida e quem é cuidado.

Tanto para a clínica ampliada quanto para a redução de danos, é necessário se evitar atitudes culpabilizantes, vexatórias e negociar restrições levando em conta o investimento da pessoa. A palavra é corresponsabilidade, e não culpa. A culpa trava, cria resistência e pode até humilhar, afastando a pessoa do cuidado necessário. Desse modo, é necessário trabalhar com ofertas e não apenas com as frases prontas do tipo: "Não use Drogas!", "Não coma sal e açúcar!" É fundamental olhar para a valorização da vida, evitando-se prescrições diretivas e sempre estar inquerindo aferições e comportamentos. Quando a pessoa entender que o profissional deseja ajudá-lo a viver melhor, e não o tornar submisso a sua vontade, certamente a desejada adesão será mais forte e positiva.

Tanto na redução de danos quanto na clínica ampliada, percebe-se que o foco deve estar na pessoa. Na perspectiva da clínica ampliada deve-se sempre perguntar o que o usuário entendeu de sua doença e do seu tratamento, evitando-se termos técnicos para não assustar a pessoa, e ainda buscar prescrever medicações criteriosamente, tentando assim equilibrar combate à doença com produção de vida, pois como já afirmamos, a doença não deve ser a preocupação central e quase única na vida da pessoa.

4 MATRICIAMENTO

Segundo Figueredo e Campos (2009), o matriciamento é um arranjo tecnicoassistencial que visa a ampliação da clínica das Equipes de Saúde da Família, desviando a lógica de encaminhamentos indiscriminados para uma lógica de corresponsabilização, pretendendo uma maior resolutividade em saúde.

Inicialmente o matriciamento se constituiu em uma proposta de articulação da rede de saúde mental com as equipes de atenção básica, permitindo e/ou facilitando a orientação dos fluxos da rede, intencionando a implantação da clínica ampliada, o que favorece a corresponsabilização entre as equipes, promove saúde e aumenta a diversidade de oferta terapêutica, pela atuação de um profissional de saúde mental acompanhando sistematicamente as equipes da Estratégia Saúde da Família. Posteriormente, o matriciamento ampliou o seu modo de fazer e, além da saúde mental, temos na atualidade, outras experiências como o matriciamento de casos entre Hospital Geral e Caps, ou mesmo, de forma intersetorial, casos matriciados entre Caps e CREAS.

O apoio matricial desenvolveu-se em duas dimensões:

1) Na dimensão assistencial: que vai demandar uma ação clínica direta com os usuários;

2) Na dimensão técnico-pedagógica: que vai demandar uma ação e apoio educativo com e para a equipe.

Desse modo, além da articulação da rede de atenção à saúde mental, são também funções do matriciador: dar suporte, discutir e intervir conjuntamente, supervisionar e capacitar as unidades de atenção básica, incluindo as da Estratégia de Saúde da Família, quanto ao atendimento das demandas em saúde mental, favorecendo a corresponsabilização no atendimento dos casos e aumentando a capacidade resolutiva de problemas de saúde mental pelas equipes matriciadas.

Assim, podemos listar algumas características do apoio matricial e das possibilidades do matriciamento ocorrer propositivamente:

- A articulação entre o Caps e a atenção básica, em especial a Estratégia de Saúde da Família, apresenta-se como imprescindível para a mudança nas práticas de saúde, objetivando a desinstitucionalização efetiva dos sujeitos;
- Matriciamento é o "tecer rede" entre o serviço especializado em saúde mental e a atenção básica (podendo também se dar entre outras instâncias e serviços);
- É o "estar junto" na construção de estratégias que possibilitem o cuidado e a assistência a pessoas em crise ou com problemas graves que, por alguma razão, não conseguem ou não podem procurar ajuda;
- É ainda a possibilidade de estar junto à rede de saúde do território, conhecendo sua realidade, dando suporte às intervenções e potencializando suas ações.



Você consegue pensar de que maneira a redução de danos pode ajudar a este arranjo denominado de apoio matricial?

Que possibilidades existem para essa ação conjunta?

MÓDULO B

Tecnologias de cuidado

5 ACOLHIMENTO INCONDICIONAL E ESCUTA QUALIFICADA

O Sistema Único de Saúde (SUS) abriu portas para um novo modelo de se fazer saúde. Na década de 1970, junto ao movimento sanitarista estava o movimento da reforma psiquiátrica brasileira. Esses dois movimentos buscavam mudanças nos modelos de atenção e gestão na saúde, a fim de melhorar o cuidado às pessoas. Entre essas mudanças estava a ideia de ação em rede, que apesar de não ser voltada apenas para a saúde, foi no SUS que encontrou princípios e diretrizes que melhor nortearam tal concepção.

Saiba mais +

O que é o SUS

Como sugestão para compreender um pouco mais sobre essa história, sugerimos o livro de Jairnilson Silva Paim, professor da Universidade Federal da Bahia, "O que é o SUS"



Para saber mais acesse: http://bit.ly/FAD-sm26

Uma questão fundamental nessa maneira de conceber a atenção à saúde diz respeito à saúde mental. Historicamente, a atenção à saúde mental traz em seu bojo os processos de internação, centrados no hospital e no isolamento da pessoa. Com os movimentos de luta por outro modelo de saúde, caminharam os movimentos de busca por um olhar mais digno e humano para as pessoas com transtorno mental. Do ponto de vista dessas mudanças na saúde, é necessário entender o processo da luta antimanicomial e as diretrizes da reforma psiquiátrica para compreender as transformações que se darão no modelo assistencial em saúde mental, álcool e outras drogas. Nesse âmbito é ainda preciso compreender que:

> As pessoas que já apresentam padrão de dependência para substâncias psicoativas não constituem a maior parcela da população de consumidores dessas substâncias. Para a maioria dos casos é mais útil pensar em "problemas associados ao uso de álcool e/ou outras drogas" do que em "dependência", uma vez que não só a dependência deve ser tratada, mas também todas as formas de uso que tragam prejuízo à saúde e ao bem-estar do usuário, sua família e seu meio (BRASIL, 2010).

Outra questão é que, por conta da aids, como mencionado na Seção anterior, o Brasil recebeu a influência direta para um cuidado baseado na redução de danos (BRASIL, 1997), que acabou por nortear e incidir sobre o modelo de cuidado às pessoas que usam drogas. Essa construção não está dada, no sentido de finalizada, e se dá em um cenário de disputas para a sua sustentação clínica e política.

Nesse campo de lutas por mudanças do modelo de atenção, o acolhimento incondicional e a escuta qualificada são considerados ferramentas fundamentais para o cuidado, fortemente defendidas como estruturantes da prática dos serviços e dispositivos de atenção à saúde mental, álcool e outras drogas.

O acolhimento não é um espaço ou um local, mas uma postura ética!

O que é acolhimento incondicional? E como se dá a escuta qualificada? Segundo a Cartilha do HumanizaSUS (BRASIL, 2006), o acolhimento é uma diretriz constitutiva dos modos de se produzir saúde, uma "tecnologia do encontro" ou ainda uma "ferramenta tecnológica de intervenção", que implica responsabilização do trabalhador e equipe pelo usuário do serviço, desde a sua chegada até a sua saída. Para um atendimento adequado, faz-se necessário uma escuta qualificada, imprescindível para que de fato tenhamos, através do vínculo, a melhoria do acesso de modo responsável. A escuta qualificada possibilitará analisar a demanda e, colocando os limites necessários, garantir atenção integral, resolutiva e responsável por meio do acionamento/articulação da rede interna (diferentes profissionais e ações do serviço) e redes externas (outros serviços) para continuidade da assistência quando necessário.

O acolhimento é um modo de operar os processos de trabalho em saúde de forma a atender a todas as pessoas que buscam os serviços, com todas as suas demandas. Para que aconteça, é mister que as equipes sejam implicadas na mudança de seus processos de trabalho, pois só com a "afetação" de si e do outro é que haverá as alterações necessárias para o bom acolhimento e de forma incondicional. Em cada encontro construído na relação com o outro, através do "parar para escutar verdadeiramente", é que se darão os processos de produção de saúde.



Extraído de http://jorgearakenfilho.blogspot.com/2015/08/escutar-o-outro.html

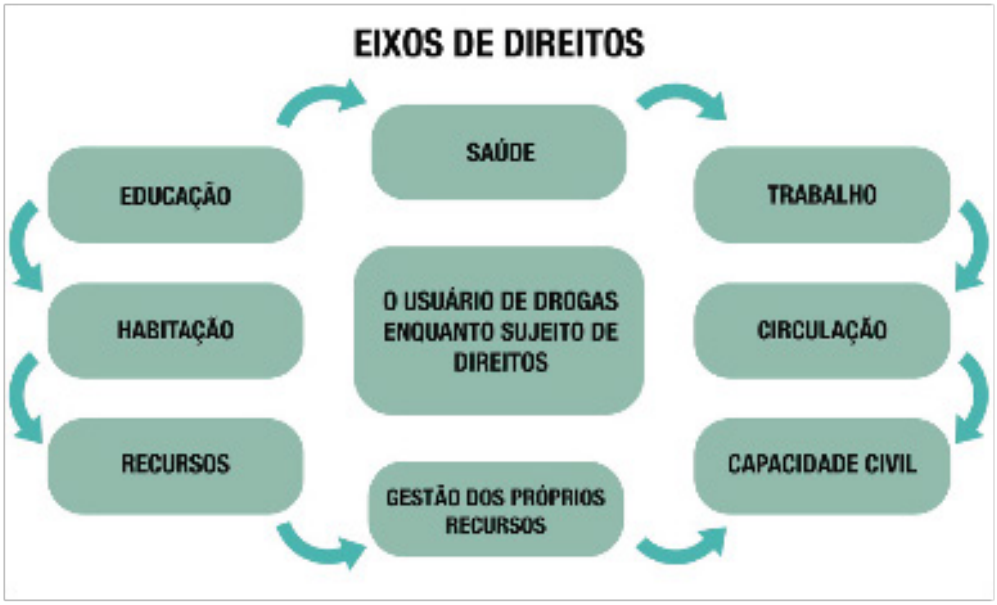
A escuta qualificada implica num estado de prontidão e alerta do ouvinte para com o estado emocional que o usuário se encontra diante de sua queixa ou pedido. Só assim o acolhimento poderá ser efetivo, visto que este exigirá um atendimento com resolutividade e responsabilização, orientando, quando for o caso, a pessoa e sua família em relação a outros serviços, de saúde, assistência, educação, entre outros, para continuidade do cuidado. Isso implica o estabelecimento de articulações com outros serviços para garantir a eficácia desses encaminhamentos, ou seja, a intrasetorialidade (quando os serviços são do mesmo setor) ou a intersetorialidade (quando os serviços pertencem a outros sistemas de cuidado).

Na escuta qualificada é importante considerar a construção de redes de conversações, que fortaleçam o compartilhamento e a autonomia, pois existe uma inseparabilidade entre modos de atender (como cada profissional atua, trabalha) e de gerir os serviços (forma com que os gestores dos serviços conduzem seus espaços de trabalho), que irão atuar diretamente nos modos de subjetivação das pessoas atendidas. Por modo de subjetivação compreende-se o que não está

explícito na objetividade do que é dito, mas a forma como as pessoas sentem, pensam e veem o mundo e as diversas questões de sua própria saúde.

Assim, trata-se da garantia dos direitos das pessoas que vão além da questão única da saúde em seu conceito tradicional de ausência de doença, ou da assistência, ou da educação, etc (Figura 1). Essa ideia nos requer uma atuação em rede, um movimento de "balanço da rede" para o cuidado, que busque romper com a lógica da exclusão e fortalecer o princípio da integralidade, um dos pilares do SUS, que prevê o cuidado da pessoa como um todo, considerando suas necessidades para além do âmbito de um único setor.

Figura 1 – Garantia de direitos das pessoas que usam drogas.



Fonte: adaptado do Curso do Centro Regional de Referência sobre Drogas da UFPE (2015).

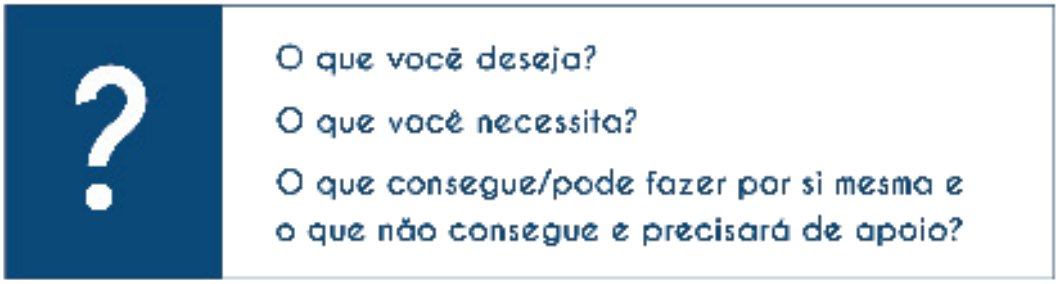
Deste modo, a postura acolhedora pressupõe a escuta qualificada e a amplitude da maneira como historicamente fomos formados a atuar. Ou seja, precisamos "quebrar paradigmas" já que o acolhimento não pressupõe hora, local ou profissional específico para atender a pessoa; abre-se para a diversidade cultural, racial e étnica; identifica as situações de risco e vulnerabilidade, conjugando quais são as necessidades dos usuários; o "cardápio de ofertas do serviço" para que se dê de fato o encaminhamento responsável e resolutivo que se almeja (Figura 2).

Figura 2 – Escuta qualificada enquanto instrumento para garantir direito à saúde.



Fonte: disponível em http://redehumanizasus.net/93244-acolhimento-escuta-qualificada-e-oferta-de-servicos/

Algumas perguntas são fundamentais a serem feitas no acolhimento às pessoas que usam álcool e outras drogas, quando buscam os serviços de saúde, assistência ou de outros setores, de modo apreender os seguintes conteúdos:



A depender dessa escuta, caberá averiguar qual a capacidade/função do serviço no qual você trabalha de atender as demandas colocadas. Caso a demanda não se aplique ao seu espaço de trabalho, o encaminhamento implicado deve ser feito – articulado, orientado e acompanhado. São diversas as demandas que podem surgir, tais como desintoxicação, aconselhamento, terapia medicamentosa, psicoterapia, cuidados na atenção primária (unidades básicas de saúde, Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF, Consultório na Rua), cuidados no Caps, cuidados na assistência social (Centros de Referência da Assistência Social – CRAS, Centros de Referência Especializados da Assistência Social – CREAS, Centros de Referência

Especializados para População de Rua – Centro Pop), atuação do Conselho Tutelar, atuação e cuidados em instituições de ensino, cultura e lazer, etc.

Outras perguntas podem ser feitas no sentido de averiguar se a demanda da pessoa está sendo realmente acolhida por você!

6 PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR (PTS)

O Projeto Terapêutico Singular (PTS), proposto para a prática do cuidado no SUS, é um instrumento de organização da atenção em saúde construído entre equipe e usuário, que leva em consideração suas singularidades e a complexidade de sua história de vida familiar, pessoal, cultural, social e econômica.

No PTS o jargão "cada caso é um caso" vira uma máxima! Através desse instrumento é possível fazer a identificação das necessidades de saúde, a discussão do diagnóstico e a definição do cuidado, para que possam ser de fato compartilhadas com a equipe que está cuidando e com o próprio sujeito da intervenção. Claramente vê-se que a partir do PTS há o aumento da eficácia dos tratamentos, pois "a ampliação da comunicação traz o fortalecimento dos vínculos e o aumento do grau de corresponsabilização" (BRASIL, 2009a, p. 42).

A Política Nacional de Saúde Mental valoriza a estruturação do PTS como "esqueleto" essencial para o norteamento do cuidado para pessoas com transtornos mentais e/ou decorrentes do uso de álcool e outras drogas. Por ser um projeto, observa-se que parte da ideia de se basear num futuro que se deseja alcançar, seja uma meta ou ainda um sonho. Por ser terapêutico, vê-se que vai além da ideia clássica do binômio saúde/doença, pensando na promoção da saúde como um cuidado potencializado e amplo. Por ser singular, refere-se à pessoa em sua unicidade, na qual tanto a sua história se diferencia das demais, quanto o cuidado necessário para com a pessoa talvez não seja o mesmo corretamente utilizado.

É importante também se demarcar os limites das possibilidades e as impossibilidades do PTS junto à pessoa, visto que em algumas situações o sujeito pode estar impossibilitado de definir inicialmente por si, ou tem dificuldades em se vincular. Assim, deve-se considerar a necessidade de *"baixa adesão ao cuidado, como forma de promoção de autonomia e exercício de cidadania"* (BRASIL. 2015).

para projetos que incluam o momento atual do sujeito, no qual, por vezes, não consegue se vincular a estratégias muito elaboradas de cuidado. Desse modo, experiências como os Consultórios de/na Rua, o Programa Atitude de Pernambuco, Corra para o Abraço da Bahia e o De Braços Abertos de São Paulo são experiências que incluem PTS de "baixas adesões".

De acordo com o Caderno da Atenção Básica nº 39, publicação do Ministério da Saúde voltada para a orientação da prática e funcionamento da atenção primária em saúde, em especial da Estratégia Saúde da Família, o PTS pode ser sistematizado em quatro momentos (BRASIL, 2015):

1) Diagnóstico e análise: deverá conter uma avaliação ampla que considere a integralidade do sujeito (em seus aspectos físicos, psíquicos e sociais) e que possibilite uma conclusão a respeito dos riscos, vulnerabilidade, resiliências e potencialidades dele. Deve tentar captar como o sujeito singular se produz diante de forças como as doenças, os desejos e os interesses, assim como também o trabalho, a cultura, a família e a rede social.

Buscar saber qual o sentido que a doença ou o sofrimento representa para a pessoa pode ajudar na construção do PTS, visto que compreender quais os medos, os receios e até mesmo os sonhos da pessoa pode ajudar na associação de aspectos que são muito próprios do sujeito, e que de alguma maneira interferem diretamente na relação terapêutica;

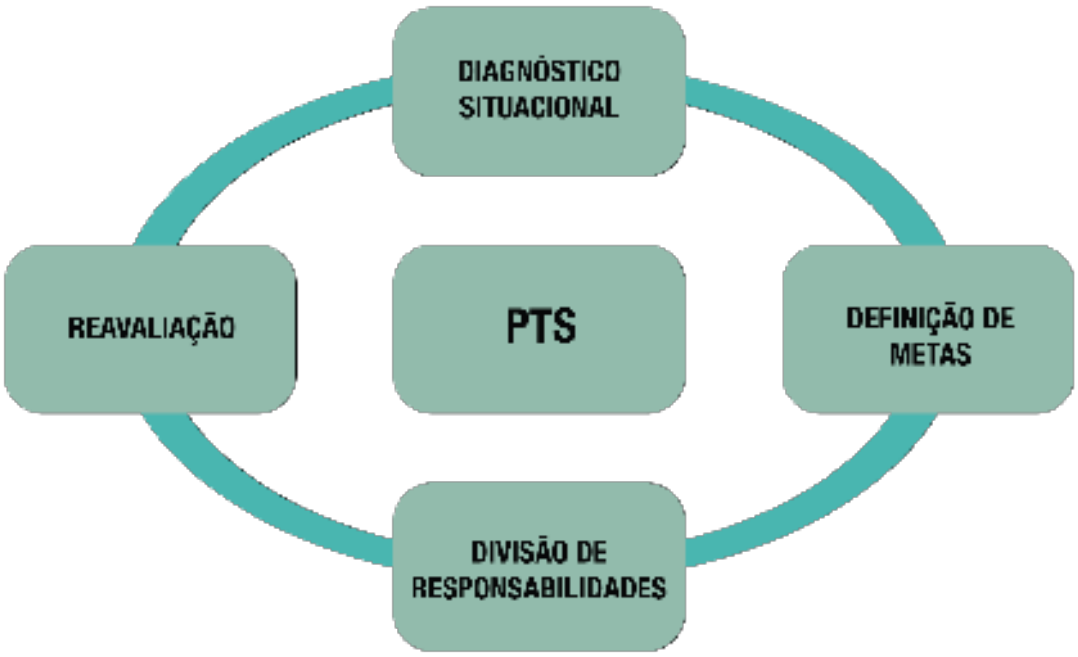
2) Definição de ações e metas: após realizados os diagnósticos, as equipes que desenvolvem o PTS fazem propostas de curto, médio e longo prazo, as quais serão discutidas e negociadas com o usuário em questão e/ou com familiar, responsável ou pessoa próxima. Construir um PTS é um processo compartilhado e, por isso, é importante a participação do usuário na sua definição;

3) Divisão de responsabilidades: é importante definir as tarefas de cada um (usuários, equipe de atenção básica e Nasf) com clareza. Além disso, estabelecer que o profissional com melhor vínculo com o usuário seja a pessoa de referência para o caso favorece a dinâmica de continuidade no processo de cuidado. A definição da pessoa com a função de gestão do PTS ou gestão do caso é fundamental para permitir que, aconteça o que acontecer, tenha alguém que vai sempre lembrar, acompanhar e articular ações;

4) Reavaliação: neste momento, discute-se a evolução do caso e se farão as devidas correções de rumo, caso sejam necessárias. Destaca-se que as reuniões para discussão de PTS são momentos muito importantes nessa construção, pois cada membro da equipe trará aspectos diferentes e poderá também receber tarefas diferentes, de acordo com a intensidade e a qualidade do vínculo estabelecido com o usuário ou com a família em questão. Uma estratégia possível é reservar um tempo fixo, semanal ou quinzenal, para reuniões de construção e discussão de PTS.

A concepção de cuidado que estrutura a proposta do PTS pode ser adaptada para o cuidado prestado em serviços de outros setores.

Figura 3 – Projeto Terapêutico Singular (PTS).



Fonte: disponível em http://blogacodel.sic.blogspot.com/2014/01/clinica-ampliada-equipe-de-referencia-e.html

Saiba mais +

Para se aprofundar sobre o Projeto Terapêtico Singular (PTS)

Assista ao vídeo "Projeto Terapêutico Singular - Formação em Debate": http://bit.ly/FAD-vd1

Navegue pelo Caderno de Atenção Básica nº. 39 do Ministério da Saúde: http://bit.ly/FAD-sm29

7 PLANO INDIVIDUAL DE ATENDIMENTO (PIA)

No Sistema Único da Assistência Social (SUAS), o Plano Individual de Atendimento (PIA) está colocado na Lei do Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo – SINASE (Lei nº 12.594, de 18 de janeiro de 2012). Esse instrumento traz a necessidade de elaboração de um plano de atendimento como uma incumbência da

equipe técnica do serviço, tendo por base a participação do indivíduo e de sua família. Os relatórios e pareceres das equipes técnicas de todos os órgãos públicos, programas e entidades que lhes prestam atendimento e/ou orientação devem estar contemplados pelo PIA. Todas as esferas – judicial, administrativa, pedagógica, de saúde, segurança, família e comunidade – devem respeitar sempre a noção de que cada um desses jovens é único, tal como será o desenvolvimento de seu processo socioeducativo. Assim, definido como plano de trabalho, o PIA dá instrumentalidade para o desenvolvimento pessoal e social da pessoa atendida (RIO DE JANEIRO, 2010).

Apesar de não haver restrições quanto à realização do PIA com adultos e idosos, o mais comum é vermos o plano ser construído para atender a regulamentação da oferta dos programas e serviços para os adolescentes que cometeram ato infracional, voltados para a qualificação do atendimento socioeducativo. Sendo assim, o PIA é um instrumento bastante utilizado pelo serviço de proteção social a adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa, tanto de Liberdade Assistida (LA), quanto de Prestação de Serviços à Comunidade (PSC).

Saiba mais +

Plano Individual de Atendimento (PIA)

Materiais que podem orientar a elaboração e o desenvolvimento de um PIA:

- Apostila Socioeducação "Adolescentes em conflito com a lei" (Tibunal de Justiça do Paraná, 2012): http://bit.ly/FAD-pia1
- Plano Nacional Decenal de Atendimento socioeducativo comentado: Uma abordagem crítica para apoiar a elaboração dos Planos Estaduais e Municipais (LIMA, 2014): http://bit.ly/FAD-pia2
- Informações importantes a serem consideradas no processo de elaboração do Plano Municipal (BELO HORIZONTE, 2010): http://bit.ly/FAD-pia3
- Quadro comparativo SUAS e SINASE: convergências, divergências e desafios (BELO HORIZONTE, 2010): http://bit.ly/FAD-pia4

Alguns modelos de PIA podem ser acessados no Blog Psicologia no SUAS.

- Para saber mais acesse o blog: http://bit.ly/FAD-sm31

Assim como o PTS, a concepção de planejamento do PIA pode ser adaptada e desenvolvida em outros setores. Podemos ainda dizer que o PTS e o PIA são recursos distintos que podem conversar entre si a partir da inserção da pessoa nas redes de cuidado. Ambos podem ser configurados como ferramentas de cuidado únicas, singulares, que precisam de uma construção coletiva e, ao mesmo tempo, exclusiva para cada pessoa – elaboradas com a participação do próprio usuário, dos familiares e dos demais envolvidos, que considere suas histórias, vivências, dores, necessidades, como também seus níveis possíveis de contratualidade.

Por contratualidade na saúde mental entende-se o resgate da capacidade da pessoa em fazer parte das trocas sociais, de bens, das palavras e dos afetos, considerando ainda a sua cidadania, não apenas em seus direitos, mas também em seus deveres como cidadão.

8 ACONSELHAMENTO EM SAÚDE MENTAL, ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

Para o desenvolvimento de uma atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas, as intervenções devem ser amplas e baseadas na melhoria da qualidade de vida das pessoas. Como vimos no Módulo A, as intervenções de redução de danos, sociais e à saúde, devem ter como objetivo diminuir os riscos decorrentes do uso de álcool e outras drogas sem, necessariamente, intervir na oferta ou no consumo. Nesse contexto de práticas integrais de cuidado, as ações de informação, educação e aconselhamento fazem parte das medidas que devem ser contempladas e realizadas respeitando as necessidades dos indivíduos e da comunidade (BRASIL, 2005).

De acordo com o dicionário Houaiss (Online), o aconselhamento é uma troca de ideias, um auxílio ou orientação que um profissional presta nas decisões que um indivíduo precisa tomar com relação a suas escolhas ou quanto à solução de problemas. Ressaltamos que deve partir de uma escuta empática e ter um efeito facilitador, um pensar com o outro, para elaboração de experiências e compreensões. Para tanto, o aconselhamento não pode ser pensado como um espaço de julgamentos morais.

No âmbito do cuidado a pessoas que usam drogas, um de seus principais objetivos é estimular e orientar a adoção de comportamentos mais seguros no consumo de substâncias psicoativas, bem como em outros aspectos da vida, como nas práticas sexuais. Deve contemplar informações sobre os possíveis riscos e danos relacionados ao uso de determinadas substâncias, incluindo o compartilhamento de instrumentos utilizados para seu consumo, como cachimbos (utilizados para drogas fumadas, como o crack), canudos (usados para drogas que são cheiradas, como a cocaína e o virado[40]) ou seringas e agulhas (utilizadas para drogas injetáveis); a orientação sobre prevenção e conduta em caso de intoxicação aguda; divulgação dos serviços públicos nas áreas de assistência social, saúde e outras de interesse para o contexto de cada indivíduo; noções básicas de políticas públicas e

[40] O virado é o crack adicionado ao ácido bórico, que é aquecido e raspado para ficar na consistência de pó. Forma de consumo identificada em Pernambuco, registrada em estudos realizados no Recife em 2009 (SANTOS, 2013) e em 2012 (NAPPO et al., 2012).

organização de serviços; bem como divulgação dos princípios e garantias fundamentais assegurados por lei e nas declarações universais de direitos (BRASIL, 2005).

É importante ressaltar que se deve buscar o rompimento com a ideia de que quem aconselha está "dando conselhos". Na verdade, o aconselhador deve buscar romper com o senso comum e desenvolver as habilidades necessárias a seu bom desempenho profissional. Segundo May (1992), o aconselhamento deve ser empregado como parte de uma responsabilidade coerente com profissões cujo objetivo principal são as pessoas.

Vale lembrar que o aconselhamento é uma das estratégias de intervenção que devem ser utilizadas por profissionais que atuam nos serviços que compõem as redes de atenção à saúde e de assistência social, mas não é um tema específico da Reforma Psiquiátrica, do SUS ou dos modelos de atenção e cuidado em álcool e outras drogas. Entre os tipos mais conhecidos de aconselhamento estão o psicológico, em saúde e espiritual. Podemos dizer que a escolha pelo tipo de aconselhamento dependerá diretamente da formação que o profissional possua sobre as diferentes técnicas possíveis de serem empregadas.

8.1 Aconselhamento em saúde

O aconselhamento em saúde tem como principal objetivo a redução de riscos e danos para a saúde individual e também coletiva. Com o emprego dessa estratégia esperam-se mudanças concretas na vida dos sujeitos, de modo a melhorar sua qualidade de vida para além da ideia de ausência de doença, ou seja, entendida a partir do conceito ampliado de saúde. Quando a mudança necessária se faz presente, abrangendo o meio familiar e comunitário, o aconselhamento também busca a redução de riscos sociais que incidem diretamente na saúde do conjunto de pessoas. Essa estratégia se aproxima muito das tecnologias leves[41] utilizadas pela

[41] Merhy define que: "Ao olharmos com atenção os processos de trabalho realizados no conjunto das intervenções assistenciais, vemos que, além das várias ferramentas-máquinas que usamos - como raios X, instrumentos para fazer exames de laboratórios, instrumentos para examinar o "paciente" ou, mesmo, fichários para anotar dados do usuário -, mobilizamos intensamente conhecimentos sobre a forma de saberes profissionais, bem estruturados, como a clínica do médico, a clínica do dentista, o

redução de danos, como as rodas de conversa, a empatia, a atenção implicada, dentre outras.

Para que o aconselhamento em saúde aconteça de modo satisfatório e positivo, caberá ao aconselhador trabalhar questões que em algumas situações vão solicitar a troca de saberes com outros profissionais, seja devido ao debate em torno da alimentação, do exercício físico, da gestão do estresse, do uso de substâncias psicoativas, etc. Sempre compreendendo que esta é uma intervenção que se sustenta na perspectiva de ajudar as pessoas a se manterem bem ou a melhorarem sua saúde.

De acordo com Trindade e Teixeira (2000), no aconselhamento em saúde, o objetivo é ajudar a pessoa a transformar seus comportamentos em relação à saúde ou ainda a lidar com as ameaças à sua qualidade. O aconselhamento pode se dar em serviços de saúde, como em centros de saúde, hospitais, maternidades, serviços de saúde ocupacional em empresas, em serviços de reabilitação, ou ainda em organizações comunitárias.

Alguns objetivos específicos são mais comumente observados no aconselhamento em saúde, entre eles: disponibilizar apoio para dar resposta às necessidades psicológicas das pessoas, independente da presença de algum transtorno mental ou físico; facilitar a mudança de comportamentos relacionados com a saúde; proporcionar escuta e acolhimento das preocupações e do sofrimento, com vistas à promoção do bem-estar psicológico; identificar preocupações que o sujeito tem em relação à sua saúde; e ajudar para que aprenda a lidar com tais preocupações. Ainda é comum o trabalho voltado para a detecção das dificuldades de comunicação e/ou de relacionamento com a família ou com os técnicos de saúde; a ajuda para a conquista de decisões relativas ao quadro dos eventos reais de saúde/doença em que se encontra a pessoa aconselhada; a transmissão de informação dirigida à pessoa de modo personalizado; a promoção do desenvolvimento de competências

saber da enfermagem ou do psicólogo, etc., o que nos permite dizer que há uma tecnologia menos dura do que os aparelhos e as ferramentas de trabalho e que está sempre presente nas atividades de Saúde, a qual denominamos *leve-dura*. É leve um saber que as pessoas adquiram e está inscrito na sua forma de pensar os casos de Saúde e na maneira de organizar uma atuação sobre eles; mas é dura à medida que é um *saber fazer* bem estruturado, bem organizado, bem protocolado, normalizável e normalizado"(MERHY, 1998, p. 3).

sociais; o aumento do autoconhecimento e da autonomia e ainda a orientação para outros apoios especializados.

A partir do advento da aids como forte epidemia, o aconselhamento em saúde tornou-se uma importante ferramenta para o cuidado das pessoas que adoeceram e também para a prevenção da infecção pelo HIV. Assim, três elementos distintos foram mais desenvolvidos para trabalhar junto com esta temática, que depois se ampliaram para outras demandas:

a) Relação de ajuda, para manejo das dificuldades, identificação das soluções, tomada de decisões e mudança de comportamentos;
b) Mediação pedagógica, relacionada com a transmissão de informação;
c) Relação de apoio, envolvendo a transmissão de segurança emocional, facilitação do controle interno e promoção da autonomia pessoal (BRASIL. 1997).

Assim o aconselhamento em saúde pode ser definido como um processo de:

> [...] escuta ativa, individualizado e centrado no cliente. Pressupõe a capacidade de estabelecer uma relação de confiança entre os interlocutores, visando o resgate dos recursos internos da pessoa atendida para que ela mesma tenha possibilidade de reconhecer-se como sujeito de sua própria saúde e transformação (BRASIL, 1997, p. 11).

A avaliação dos riscos, juntamente com a pessoa, e uma reflexão conjunta sobre alternativas para novos hábitos de prevenção, também são fundamentais no aconselhamento em saúde, bem como a orientação sobre os aspectos clínicos e do tratamento, visando tanto a adesão quanto a melhoria da qualidade de vida.

É importante que o aconselhador busque a adequação da linguagem para uma boa comunicação, a fim de que sua mensagem seja bem recebida pelo aconselhado. Os termos, palavras e conhecimentos científicos não devem ser obstáculos para a correta compreensão da informação, de modo que palavras simples, gírias e expressões locais podem ser utilizadas para a facilitação da comunicação. A boa comunicação se refere a informações adequadas às necessidades e demandas da pessoa, que também devem ser corretas do ponto de vista técnico-científico.

Se envolver em comportamentos de risco é algo natural dos seres humanos, por isso mesmo que é importante que a pessoa seja bem informada sobre o que pode favorecer ou prejudicar a sua saúde. Mesmo assim, sabemos que existe toda uma subjetividade em torno da questão das situações de risco e de danos pelos quais as pessoas podem se colocar. É importante compreender que existem variáveis individuais, relacionais e sociais que interferem ou determinam comportamentos associados com a saúde, e que são relativamente independentes do grau de informação ou conhecimento que a pessoa tem sobre saúde, doença, comportamentos saudáveis e comportamentos de risco, de modo que a informação e a educação para a saúde são necessárias, porém não são suficientes.

É importante lembrar que outros fatores psicológicos podem influenciar decisivamente nos comportamentos das pessoas. A redução de danos parece nos dar um norte para esta compreensão: uma pessoa pode continuar usando drogas mesmo sabendo dos riscos e possíveis danos que ela esteja se colocando. Deste modo, caberá ao aconselhador trabalhar com a pessoa de forma respeitosa e compreensiva, sem perder o compromisso com ofertar ajuda e informações verdadeiras sobre esse processo.

8.2 Aconselhamento psicológico

O aconselhamento psicológico, também conhecido pela expressão em inglês "*counselling*", surgiu com os movimentos psicológicos na primeira década do século XX (MAHFOUD, 2001 *apud* PEREIRA, 2009). Inicialmente os exemplos mais conhecidos dessa experiência foram os centros de orientação infantil e juvenil (para pais e filhos) nas escolas, e ainda o surgimento da orientação profissional. Em seguida, essa intervenção foi utilizada em serviços de assistência social, que necessitavam dar a seus "pacientes" assistência médica e financeira, e também traziam a possibilidade de terem um espaço livre para a expressão e alivio de seus problemas emocionais. Um desses espaços ficou conhecido como "Serviço de Higiene Mental para Adultos". Com o passar do tempo, as experiências foram se ampliando e novos campos de aplicação da "técnica" do aconselhamento foram surgindo, como o desenvolvimento dos serviços de assistência psicológica nas

empresas. Tanto em âmbito público como privado o aconselhamento começou a se figurar como uma importante estratégia de promoção da saúde mental.

De acordo com a Associação Europeia para o Aconselhamento, o aconselhamento psicológico está:

> [...] relacionado à resolução de problemas, o processo de tomada de decisões, o confronto com crises pessoais, a melhoria das relações interpessoais, a promoção do autoconhecimento e da autonomia pessoal, o caráter psicológico da intervenção é centrada em sentimentos, pensamentos, percepções e conflitos e a facilitação da mudança de comportamentos (TRINDADE; TEIXEIRA, 2000, p. 3, livre tradução da autora).

Pretende-se, assim, descomplexificar as questões entendidas e sentidas como problemáticas. O trabalho é feito buscando uma "adaptação" mais congruente da pessoa diante de seu problema real. Observa-se a situação em que se encontra a pessoa, e o trabalho é feito no sentido de tentar mostrar e ver como ela é capaz de encontrar, em seus recursos pessoais, as habilidades necessárias para seu "autoconhecimento, autoajuda e autonomia". Com essas questões desenvolvidas a pessoa conseguirá lidar melhor com seus problemas. Para Trindade e Teixeira (2000), o aconselhamento foca como norte primordial de seu trabalho a promoção do bem-estar psicológico e da autonomia pessoal, para que se consiga enfrentar os desafios pessoais e as dificuldades em geral que surgem cotidianamente e fazem parte da vida.

No entanto, como já pontuamos, é fundamental que não se confunda aconselhar como simplesmente "dar conselhos". O simples encorajamento para que o outro tome essa ou aquela decisão não é a técnica do aconselhamento psicológico em si. O aconselhamento exige treinamento adequado para que a técnica terapêutica seja dominada realmente. Sair com amigos para conversar, por exemplo, traz prazer, relaxamento e até bons *insights*, porém as reflexões necessárias para que a pessoa se desvencilhe de seus problemas podem não acontecer, visto que os amigos também podem fazer parte do emaranhado de emoções que envolvem o contexto que a pessoa está inserida.

O aconselhamento psicológico também é diferente de psicoterapia. Existem diferenças quanto ao caráter situacional da demanda, além da necessária formação profissional especializada para a realização de uma psicoterapia. Esta só pode se dar por profissionais habilitados para tal. O aconselhamento pressupõe uma duração menor de acompanhamento e está voltado para a resolução de problemas focalizando o presente. A perspectiva é de orientação para uma possível ação, mais do que para a reflexão. Pode ser considerada uma atividade mais centrada na prevenção do que no tratamento.

De acordo com Rowland (1992 *apud* PEREIRA, 2009), através da técnica do aconselhamento é possível ajudar uma pessoa a compreender a si mesmo e a desvencilhar-se da situação em que se encontra. Para tal, em alguns momentos, será necessário trabalhar o distanciamento da pessoa de seu problema, a fim de poder ajudá-la a melhorar a sua capacidade de tomada de decisões. Essa tarefa busca deixar o pensamento mais livre para escolhas mais assertivas para si e seus pares.

Para o aconselhamento psicológico se dar, é necessário que exista o "psicólogo-conselheiro". Este irá trabalhar com os recursos existentes e trazidos pela pessoa que procura a ajuda. Levantar esses recursos junto à pessoa também é sua tarefa. Para tal, o modo como o "psicólogo-conselheiro" vê e pensa o mundo a seu redor influenciará diretamente no seu manejo e atuação, ou seja, é preciso ampliar sua visão acerca do humano a fim de que não existam preconceitos e estigmatizações diante da pessoa que está buscando ajuda. A forma como o "psicólogo-conselheiro" compreende a natureza humana vai refletir na estrutura básica de seu relacionamento com as pessoas e com o mundo, e, consequentemente, suas atitudes diante do próprio aconselhamento.

Fica claro que a "visão de homem" do "psicólogo-conselheiro" não vem exclusivamente a partir de uma teoria, ou de sua formação como psicólogo. Sua visão a respeito do homem e do mundo se consolida no transcorrer de suas apreensões e aprendizagens na vida cotidiana e da inter-relação subjetiva que emerge de modo coerente entre seu raciocínio e seus sentimentos. Dessa forma, as experiências e vivências desse profissional são muito valorizadas no processo do aconselhamento. O próprio comportamento do "psicólogo-conselheiro" não se dá

apenas a partir de uma teoria ou abordagem de formação em um nível intelectual, por mais direta e precisa que ela seja. Dá-se especialmente pelo transcorrer da vida em suas esferas de relação interpessoal.

Maturana (2001) traz a ideia de que é na comunicação e na interação sistemática e continua com o outro e com o mundo, com os outros e consigo mesmo, que o ser humano vai se diferenciar dos demais animais. Assim o existir humano se dá em um emaranhado de relações e todas as pessoas são fruto de alguma relação. Crescemos e nos desenvolvemos, ao longo do tempo, "na" e "a partir da" relação.

As dificuldades que encontramos para aceitar a insegurança do viver carregam contradições e limitações que podem travar o fluxo da nossa existência. Dizendo de outra maneira, a pessoa que não consegue estar em acordo com suas potencialidades finda por diminuir a possibilidade de sentidos, podendo ter uma vida pobre e fechada em si mesma. O momento em que o indivíduo passa a negar o que tem de mais humano, que são os seus recursos e potencialidades para enfrentar sua própria insegurança do viver, é o principal indício do adoecimento existencial fazendo com que o aconselhamento encontre terreno fértil para sua ação terapêutica (FORGHIERI, 2007).

Cabe aos conselheiros – no processo de aconselhamento psicológico – entregar à pessoa, na medida do possível, a reflexão quanto às suas possibilidades existenciais. Para Rogers (2001, p. 45), o aconselhamento psicológico é: "[...] uma relação na qual pelo menos uma das partes procura promover na outra o crescimento, o desenvolvimento, a maturidade, um melhor funcionamento e uma maior capacidade de enfrentar a vida"; esse seria o grande objetivo do que conhecemos por relação de ajuda.

Ainda segundo Rogers (2001), podemos definir que a relação de ajuda é uma situação na qual um dos participantes procura promover numa ou noutra parte, ou em ambas, uma maior expressão e uma utilização mais potente dos recursos internos existentes no indivíduo. Assim, o aconselhamento psicológico é um processo de interação entre duas pessoas em que o aconselhador procura ajudar o aconselhando a se recuperar de seu adoecimento existencial.

E como é visto o conselheiro? Qual o seu papel? O conselheiro é visto como um profissional que possui habilidades, recursos pessoais e flexibilidade para propor orientação, dar informação, realizar encaminhamentos diversos, incluindo a psicoterapia. Ou seja, são diferentes alternativas de ajuda possíveis, e por vezes necessárias, que podem ser demandadas a partir do aconselhamento psicológico. Percebe-se também que não existe a pretensão de encontrar uma explicação causal para os conflitos vividos pela pessoa. Os "porquês" são menos importantes que os "como"; pois há uma inversão do foco usual utilizado pela psicologia mais tradicional. O olhar volta-se para os potenciais da pessoa que está sendo aconselhada e menos para suas dificuldades. Não se busca tanto o resultado e sim o processo devido à mudança de perspectiva do instrumental de avaliação psicopatológica para a relação pessoa-conselheiro.

8.3 Aconselhamento espiritual

É perceptível a busca do ser humano por transcendência como um de seus anseios mais profundos. Talvez por não aceitar sua finitude nessa dimensão existencial, o ser humano busca constantemente dar um maior sentido a sua existência. Desse modo, a espiritualidade se configura como uma dimensão fundamental na constituição do homem em sua busca de "ser".

Segundo Rameh-de-Albuquerque, Almeida e Bolitreau (2013, p. 243):

> Ao longo da história percebemos alguns usos ritualísticos e/ou religiosos nas relações entre pessoas e drogas. Almeida (1999) destaca o álcool como uma das drogas mais antigas, utilizado em alguns rituais religiosos e, principalmente, em festividades sociais. Este autor ainda traz outros exemplos de substâncias psicoativas consumidas para diversos fins como os charutos e os cachimbos que sempre foram e, ainda hoje, são bastante frequentes nos rituais de candomblé. Os índios sempre consumiram alucinógenos em seus rituais com o objetivo de se comunicarem com as divindades; transcenderem.

Compreender que a espiritualidade e/ou a religiosidade demarcam o modo de ser de parte dos seres humanos é uma prática comum e cada vez mais aceita como um campo pertinente à saúde mental. Por vezes, é a religião e/ou a espiritualidade que

norteiam as atitudes e comportamentos das pessoas nessa busca pelas respostas existenciais mais comuns: Quem eu sou? De onde venho? E para onde vou?

A religiosidade e/ou a espiritualidade contribuem na proteção, tratamento e recuperação de problemas relacionados ao uso, abuso ou dependência de drogas, sendo essa uma dimensão da vida das pessoas bastante presente nas estratégias de cuidado desenvolvidas em alguns dispositivos de atenção. Não falamos aqui de uma religião específica, mas sim do reconhecimento de como a prática e/ou a fé religiosa podem atuar como fator de proteção para pessoas que usam drogas, e é isso que faz toda a diferença quando se pensa no aconselhamento religioso.

O aconselhamento espiritual pode ser realizado a partir de diversas religiões, mas na doutrina católica – e em muitas outras religiões cristãs – os comportamentos e atitudes do ser humano são entendidos como frutos de sua liberdade e responsabilidade. Assim, o homem como ser dotado de razão é semelhante a Deus: foi criado livre e por isso é responsável por seus atos. O homem, além de transformar a sociedade, vai realizar-se através de suas atitudes. O ser humano aprende muitas coisas, e na busca pela transcendência vai desenvolver suas próprias capacidades nesse processo em que sai em busca do divino. Nesse propósito, utiliza suas potencialidades e descobre novos recursos com os quais viver (CLINEBELL, 2007 *apud* PEREIRA, 2009).

De acordo com Aletti (2008), no emprego dessa estratégia, ensina-se que o desenvolvimento do ser humano está na virtude e no conhecimento do bem, que ao se tornar frequente aumenta seu domínio sobre os atos da pessoa. Diante dessa orientação, os líderes da religião (ou Igreja), são convocados a oferecer uma atenção especial aos praticantes ou leigos. E assim acontece o acompanhamento espiritual.

Desse modo, o campo do aconselhamento espiritual feito junto aos cristãos[42] (mesmo em suas variações de denominações e especificidades) é marcado por diferentes modalidades de intervenção. São muitas as denominações dadas ao

[42] Apesar de sabermos que existem, não encontramos referências de literatura denominadas de "aconselhamento espiritual" realizado em outras denominações religiosas não cristãs.

aconselhamento: direção espiritual, discernimento vocacional, acompanhamento vocacional, guia espiritual, diálogo pastoral e ainda psicoterapia pastoral; o que implica também em diferentes finalidades e objetivos que se deseja chegar junto ao destinatário, e ainda em relação a seu nível de crescimento espiritual.

Para Giordani (1985, *apud* PEREIRA, 2009), o uso da expressão direção espiritual no atendimento às pessoas não é adequada, porque "dirigir" implica num tipo de relação envolta no domínio de uma pessoa sobre a outra, trazendo muitas vezes um vínculo de dependência. Refere ainda que o termo aconselhamento espiritual é um termo mais adequado visto a possibilidade da pessoa singularizar o próprio itinerário de sua vida. Tal concepção se aproxima, em parte, do que os serviços de saúde mental pretendem trabalhar quando dizem que realizam "orientação espiritual" ou mesmo o aconselhamento. Infelizmente, por vezes não é o que encontramos em alguns dispositivos que obrigam as pessoas a seguirem um único modelo ou preceito religioso, sem respeitar as diferentes crenças e maneiras das pessoas expressarem sua fé.

Nessa discussão, é importante ainda relembrar a necessidade de respeitar a laicidade do Estado brasileiro, não podendo ser o trabalho com a religiosidade a estratégia norteadora das ofertas de serviços e ações pelo poder público, e, como mencionado acima, as políticas públicas não podem adotar uma única religião.

9 GRUPALIDADES E INTERVENÇÕES EM GRUPO

É possível definirmos grupo através da ideia de Ferreira (1988), na qual é uma forma rudimentar da associação humana, ou seja, grupo é um conjunto social que se julga como uno, como um todo, com tradições morais e materiais. Para McLuhan e Fiore (1971), o grupo é um conjunto de pessoas que se identificam umas com as outras e que possuem objetivos comuns.

Em outra perspectiva, Fela Moscovici (1997) explica que as vivências grupais são um processo de ensino-aprendizagem, um conjunto metodológico que busca o alcance de mudanças pessoais, a partir de aprendizagens baseadas em experiências diretas ou vivências. Podemos nos alicerçar nesse conceito para

pensar as ações junto às pessoas que utilizam os serviços de saúde mental, álcool e outras drogas. Muitos profissionais utilizam essa concepção para construir suas atividades grupais de cunho terapêutico.

Será no conhecimento das especificidades conceituais sobre as abordagens e conceitos de grupo que a intervenção clínica terá melhor resultado, bem como os profissionais poderão escolher as metodologias de trabalho, abordagens, tratamentos e estruturas necessárias ao bom desenvolvimento do seu trabalho. Desde a realização de ações junto a um agrupamento de pessoas numa sala de espera (comum nos serviços de saúde), ou nos grupos terapêuticos, lúdicos ou de recreação, em vivências grupais ou ainda no desenvolvimento do trabalho em equipe de qualquer serviço, é preciso fazer escolhas corretas e coerentes quanto ao tipo de modalidade e/ou natureza da atividade que se deseja lançar mão para realizar um trabalho de grupo.

Nas unidades básicas de saúde ou nos serviços públicos especializados que tratam dos problemas de saúde mental, álcool e outras drogas, ou em outros serviços, é importante compreender que as relações de grupo, incluindo as relações entre os profissionais das equipes, podem interferir positivamente ou negativamente no cuidado às pessoas. Ou seja, se faz necessário compreender que a construção de grupalidades é um exercício permanente de troca de saberes, afetos e poderes. Portanto, um desafio subjetivo. Isto requer de cada um, ao mesmo tempo, a autoanálise, a compreensão da realidade e a motivação para ser agente de mudança. O que significa vivenciar os conflitos da micropolítica que o trabalho vivo em ato gera diariamente, como bem refere Merhy (1997).

É necessário o estabelecimento de relações colaborativas de trabalho por meio de pactos entre os grupos envolvidos, sendo importante destacar a comunicação que precisa se estabelecer de forma clara e em tempo oportuno. A comunicação para um grupo é fundamental, uma vez que ela produz confiança, que é a base de sustentação de qualquer relação de interdependência, própria do trabalho em rede.

Os aspectos acima levantados sobre o trabalho em equipe e em rede são fundamentais para se pensar no manejo adequado de grupos, tarefa que não é fácil. Contudo, a formação voltada para tal estratégia pode aumentar e qualificar as

habilidades necessárias para seu desenvolvimento. Além de aprender a lidar com as grupalidades, faz-se necessário a compreensão de que existe uma colaboração entre diversas teorias de grupo e que em algum momento elas podem se mesclar, "mixando" algumas técnicas, abordagens e autores, no sentido de darmos o nosso jeito de manejo de grupos.

9.1 Dinâmica de grupo e facilitador de grupos

Desde a década de 1930, a dinâmica de grupo tem oferecido valioso subsídio para a leitura do comportamento humano nas suas relações sociais. As técnicas de dinâmica de grupos se propõem, fundamentalmente, a orientar seus participantes na direção das mudanças desejadas pelo grupo, reproduzindo circunstâncias vivenciais que beneficiem o meio social onde se está inserido; a explorar lideranças; a promover motivação, estimular participação, favorecer o entusiasmo e outras competências básicas importantes (PRETTE; PRETTE, 2009).

As técnicas de dinâmica de grupo têm sido frequentemente estudadas e utilizadas como ferramentas terapêuticas nos grupos que acontecem nos serviços de atenção à saúde mental, álcool e outras drogas. Com a evolução social e suas diversas demandas, o trabalho de grupo começa a apresentar vantagens que antes não eram percebidas em meio aos serviços públicos de saúde. Os teóricos da saúde mental, conhecedores desse processo, ao longo das últimas décadas beberam dos métodos da dinâmica de grupo a fim de usufruir ao máximo da interação grupal e transmudar as dificuldades existentes da melhor forma possivel (MILITÃO; MILITÃO, 2000).

Assim, as técnicas de dinâmicas de grupo são instrumentos que estão dentro de um processo de formação e organização, que possibilitam a criação e recriação do conhecimento. Assim, se você diz "vou fazer uma dinâmica de grupo", na verdade você está dizendo "vou aplicar uma técnica de dinâmica de grupo", visto que a técnica você tem como, de alguma maneira, "dominar", já o movimento, a dinâmica do grupo, não! O movimento é dado e existe a partir do próprio grupo (MIRANDA, 2012).

Várias características e responsabilidades são atribuídas ao facilitador de grupos. É importante destacar que a denominação desse ator também se dá de acordo com a

natureza do grupo em que se esteja atuando. É possível que você encontre outros nomes e funções relacionados a esse papel, mas geralmente encontramos nos manuais e guias de orientação de grupo as nominações de coordenador, mediador, facilitador ou terapeuta.

O perfil desse profissional exige, além de lidar a todo instante com pessoas, seu autoconhecimento como condição primordial para o bom desempenho de seu trabalho. Sua comunicação e maneira de lidar com a autoridade e adversidades, o respeito a si e ao outro, seu estilo de liderança e o conhecimento de suas dificuldades e limitações, bem como a forma de buscar vencê-las, irão ter forte influência na condução do trabalho com grupos. Podemos ainda destacar nesse processo a importância de seu conhecimento teórico e prático a respeito do funcionamento e desenvolvimento de grupos; de sua segurança e de como demonstra seu equilíbrio emocional: de sua clareza, objetividade e flexibilidade para lidar com o imprevisto; e de sua empatia e capacidade de ouvir.

Espera-se ainda que o facilitador de grupos tenha compromisso com o planejamento e organização das atividades, e com sua efetiva participação, que possua criatividade, motivação, poder de observação e, sobretudo, ética. Esse último aspecto faz-se fundamental, ainda mais quando vivemos tempos tão difíceis em relação às perdas dos valores sociais e culturais de cuidado com o outro. Ou seja, não é possível para um bom facilitador que ele caia em armadilhas do próprio grupo, como fofocas ou perda de sigilo e confiança grupais.

Vasconcelos (2013, p. 30) indica que é importante que para os grupos de ajuda mútua, o trabalho seja realizado por dois facilitadores com funções diferentes, e estes possam assumir papéis que mudem de acordo com as características das reuniões ou oficinas. Este autor refere que o princípio básico que orienta a metodologia nos grupos de ajuda mútua em saúde mental que coordena, é o de que "os postos de liderança e poder no grupo nunca devem ser ocupados de forma fixa e rígida".

Muitas abordagens estão presentes nos modelos de grupo que podem ser oferecidos à população usuária de um serviço de saúde mental. Contudo, para realizar os grupos torna-se fundamental observar a sua dinâmica e inter-relações, os

fenômenos grupais, sua composição e formato, sendo importante destacar alguns pontos de observação: liderança, colideranca, comunicação, fases de desenvolvimento, normas, padrões e pressões, cooperação e competição. Essa observação traz os subsidios necessários para eventuais mudanças e variações dos recursos técnicos utilizados, a fim de concretizar o objetivo e sintonizar com a real necessidade do grupo (OSÓRIO, 2003).

As abordagens geralmente utilizadas no trabalho de grupos são: Abordagem cognitivo-comportamental; Psicodrama; Sociodrama; Abordagem psicanalítica; Abordagem Rogeriana: Abordagem da gestalt-terapia; Grupo de autoajuda (modelo norte americano); Grupo de ajuda mútua (modelo italiano); Grupo Operativo; Rodas de conversa (metodologia de Paulo Freire empregada na Educação Popular em Saúde). É possível que se encontre a expressão grupoterapia, atividade que só deve ser realizada por psicólogos e profissionais com formação especifica. Para Mello Filho (2000), na perspectiva do cuidado da pessoa que sofre pelo uso de drogas, esse modelo de grupo facilita e aumenta a autonomia, reforçando sua capacidade de ser gestor de sua vida pelas suas atuações e relações, tornando-se, consequentemente, menos dependente.

Dois tipos de abordagem são recorrentes nos grupos realizados nos modelos de tratamento para pessoas em sofrimento decorrente do abuso de drogas – os grupos de autoajuda e os grupos operativos. A seguir citamos algumas das principais características dos grupos de autoajuda:

a) Recorrentes nas comunidades terapêuticas, são uma das formas de tratamento mais antigas e disseminadas para quem sofre de dependência em álcool e outras drogas;

b) Não podem ser considerados como tratamento profissional especializado, pois não suprem as necessidades médicas, psicológicas, psiquiátricas, entre outras;

c) As pessoas que participam se realizam nos contextos comunitários em que estão inseridas, ou seja, é aconselhado que participem de grupos de sua própria comunidade;

d) Baseados geralmente no modelo americano dos 12 Passos, modelo religioso e moral, têm no grupo dos Alcoólicos Anônimos (AA) sua maior inspiração;

e) É indiscutível a influência nas atitudes sociais humanizadoras das pessoas. Ou seja, os grupos geralmente tratam de experiências comuns a todos os que buscam esse modelo;

f) A partir dos relatos e testemunhos sobre a experiência com a dependência de drogas, a violência doméstica ou qualquer outro tema em comum que caracterize o grupo, há rapidamente a identificação com os demais companheiros do grupo e com a temática;

g) Muitas pessoas se adaptam aos princípios curativos naturais; no entanto, os que possuem comorbidades psiquiátricas podem ter problemas caso a entrada de medicação não seja permitida (o que é bastante comum de ocorrer);

h) A divisão de responsabilidades no grupo faz com que as pessoas se sintam importantes e úteis ao bem-estar social do grupo;

i) Existe uma forte expectativa de melhora e a necessidade de estar presente e apoiar os que chegam; assim a gratificação é feita como numa hierarquia de papéis que vão sendo dados aos membros mais antigos e assim surge um olhar para novos horizontes (BRASIL, 2016).

As características dos grupos operativos (GO) são diversas, mas podemos citar algumas para que você possa compreender suas principais bases:

a) É centrado na tarefa, o que significa que sempre tem um foco cada vez que é realizado;
b) É desenvolvido em três momentos, conhecidos como os "3M": "Motivação" para tarefa, "Mobilidade" nos papéis a serem desempenhados e "Mudanças" que se evidenciem necessárias. Para cada um desses momentos é necessária uma interpretação por parte do facilitador do grupo diante dos participantes;
c) Trabalha com conceitos importantes quanto aos papéis desempenhados pelos membros do grupo, sendo os mais conhecidos: o porta-voz, o bode-expiatório, o bobo, o sabotador e o líder. Tais papéis são observados como fundamentais ao desenvolvimento do grupo;

d) Outros conceitos fundamentais pertinentes ao seu desenvolvimento são: verticalidade – se refere à história, às experiências e às circunstâncias pessoais de cada membro do grupo; horizontalidade – é o denominador comum da situação grupal, o que em determinado momento é compartilhado por e para todos os membros do grupo, consciente ou inconscientemente; e o papel do observador – membro que é designado como observador, mesmo sendo sempre participante, mas que possui um papel especifico modificando seu campo de observação.

> "Uns sapatos que ficam bem numa pessoa são pequenos para uma outra; não existe uma receita para a vida que sirva para todos"
>
> Carl Jung

Na frase de Carl Jung (s/d) percebemos que os grupos não servem da mesma maneira para todas as pessoas e suas necessidades. Assim, é importante que se defina com a equipe do serviço de saúde mental, com a família e especialmente com a pessoa que estará participando ou entrando num modelo de tratamento, que atividades de grupo seriam interessantes para seu processo – o que nos remete à discussão do PTS já trazida nesse Capítulo. A máxima de que "cada caso é um caso" deve mesmo ser respeitada considerando os valores religiosos, crenças das pessoas e os direitos humanos (RAMEH-DE-ALBUQUERQUE, ALMEIDA; BOULITREAU, 2013).

9.2 Grupo Família e seu papel junto aos usuários de drogas

Vários aspectos são notáveis para o cuidado das pessoas que sofrem de transtornos mentais e/ou decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Aqui, precisamos dar um destaque às questões da família. Construir uma política pública que dê conta da complexidade dos problemas relacionados ao uso de drogas e coloque a familia como centro das ações é desafiador e exigirá de todos os envolvidos uma visão ampla e intersetorial, pois são diferentes os aspectos implicados – fatores biológicos, pessoais, familiares, sociais, econômicos, entre outros –, que possuem as suas especificidades e complexidades.

Sabe-se que o estabelecimento e o fortalecimento de laços positivos, e a reaproximação da família e da comunidade com as pessoas envolvidas nesses problemas são fundamentais. Cuidar apenas da pessoa, sem olhar para o seu contexto familiar parece-nos ser um descuido, pois a família pode retratar a fonte de energia impulsionadora para a modificação de um comportamento, ou de um estilo de vida, e, principalmente, para o restabelecimento de sua rede de relacionamentos, que muitas vezes também está envolvida pelo consumo de drogas (FENDER; ESCUDERO, 2011).

A todo instante, ao ser humano, é feita a cobrança do meio social em que vive, como também é recebida a influência do mesmo. Também é neste meio, incluindo a sua família, que haverá as determinações de como ele deve agir, pensar e se comportar. Se a pessoa quer ou tenta fugir às normas sociais, rapidamente, e por vezes com consequências nefastas, ela será punida pela sociedade. Desse modo, o nível de estresse ao qual algumas pessoas são submetidas todos os dias é elevado, saindo às vezes do "normal" para a "loucura" o que pode ser considerado um risco. No entanto, nem mesmo na condição de portador de transtorno mental e/ou dependente químico, a pessoa escapa das cobranças e julgamentos sociais. Quando não consegue mais manter-se na obediência às regras estabelecidas, passa a ser excluído, marginalizado, ou como chama Becker (2008), viram os "*outsiders*" – pessoas fora do convívio com a sociedade em seu modelo predeterminado.

Mesmo sem desejar ou estar consciente, a família em diversos casos, também faz parte deste coro de exclusão dos seus filhos e entes. Pode ser por medo, por desconhecimento, ou ainda pelo estigma de ter em seu convívio familiar uma pessoa considerada pela sociedade como alguém sem capacidades, "louca" ou "drogada". Observamos as dificuldades e a carga psicológica nas quais as famílias estão sujeitas, fazendo-se mister que toda e qualquer ajuda envolva a família. É de suma importância seu envolvimento e participação durante todo o tratamento terapêutico vivenciado pela pessoa, seja no período de maior crise, como nos casos necessários de internação, seja no momento ambulatorial ou de acompanhamento em outros espaços abertos, a fim de que a família esteja conhecendo e entendendo melhor o problema, tornando-se por vezes, ponto focal também do tratamento (FENDER; ESCUDERO, 2011).

Penso e Sudbrack (2011) referem que a família é considerada como um conjunto de pessoas que estão unidas por laços afetivos e se encontram por vezes num dilema, seja por terem objetivos em comum, e um funcionamento específico, seja pelas rupturas dadas pelos seus membros em seus ciclos de vida. Quando o funcionamento familiar é alterado, por exemplo, quando um dos membros é usuário de drogas e está internado, naturalmente surgem dúvidas, medos, rancores e muita insegurança em todo sistema familiar. Para a família, a decisão por um tratamento será um momento de escolhas relativas a este processo. com decisões que podem não ser nada fáceis, especialmente pela dificuldade que todos temos em pensar em um cuidado com modelos menos repressores e morais. Assim, a família provavelmente terá que buscar um jeito diferente de pensar sobre a questão, a fim de que o problema seja solucionado. É fundamental que se busque ao máximo a conversa com a pessoa foco da intervenção para que a escolha seja feita pelo conjunto familiar.

Como falamos, o apoio familiar é fundamental, especialmente durante o tratamento. no entanto esse papel que cabe a família, na relação direta com a pessoa em tratamento, não é simples e fácil, porque são muitos os sentimentos que a família pode vivenciar diante dessa situação. Assim, os familiares precisam ser cuidadosos e necessitam saber como lidar com as situações estressantes, evitando comentários críticos ou se tornando extremamente "superprotetores".

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante de todos os conceitos aqui discutidos, podemos perceber a riqueza das intervenções terapêuticas, e seus pressupostos, para o cuidado a pessoas que possuem algum tipo de problema e/ou dependência decorrente do uso de álcool e outras drogas. Porém, também fica claro o quão pouco tais intervenções poderão operar em termos de mudança de vida dos sujeitos se de fato não houver implicação verdadeira dos que estão ofertando e dos que estão submetendo-se a elas.

Vimos que a redução de danos deve orientar todas as abordagens, como um combustível que põe as intervenções terapêuticas como instrumentos facilitadores

do cuidado, tendo a defesa da vida, a ética e o respeito aos direitos humanos como norteadores da práxis profissional.

As tecnologias de cuidado devem ir se moldando a partir das necessidades dos sujeitos, considerando seus espaços, sejam cenas de uso, serviços de tratamento, espaços de cuidado, territórios por onde circulam ou ainda as relações interpessoais, familiares, entre amigos e grupos em geral. Por isso é tão importante que os trabalhadores da educação, segurança, saúde, assistência social e demais sistemas de cuidado estejam preparados para lançar mão de tais tecnologias, por vezes adaptando-as a seus espaços de atuação, ou mesmo modificando sua visão de sujeito e de mundo. Tal afirmativa não implica necessariamente na utilização de uma das ferramentas aqui apresentadas enquanto um instrumental, mas sim como uma postura a ser assumida diante da realidade vivenciada, disseminada em especial como parte de sua vida profissional.

Esperamos que a leitura e estudo das intervenções terapêuticas aqui apresentadas tenha facilitado sua compreensão, de modo que tais noções reverberem em seus processos de trabalho, em seus coletivos e grupos profissionais e quiçá em suas próprias relações pessoais e familiares. Afinal, a redução de danos como postura ultrapassa qualquer fazer diretivo e intencional. Passa a ser uma cosmovisão ampla que se espalha para a melhoria da relação das pessoas e a construção de um mundo melhor, no qual pessoas que usam drogas não sofram mais com o preconceito e não sejam mais estigmatizadas.

REFERÊNCIAS

ALETTI, M. (2008). Atendimento psicológico e direção espiritual: semelhanças, diferenças, integrações e... confusões. **Psicologias**: Teoria e Pesquisa. Vol. 24, n. 1, p. 117 - 126.

AMARANTE. P. **Loucos pela vida**: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Panorama, ENSP, 1995.

BASTOS, F. I.; MESQUITA, F. Estratégias de redução de danos. In: SEIBEL. S. D.; TOSCANO JR, A. (Org.). **Manual de Dependência de Drogas**. São Paulo/Rio de Janeiro: Atheneu, 2001.

BECKER, H. S. **Outsiders**: Estudos de sociologia do desvio. Rio de Janeiro: Zahar, 2008.

BRASIL. **Comunidades Terapêuticas**. 2016. Digital. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/observatoriocrack/cuidado/comunidades-terapeuticas.html>. Acesso em: 17 dez. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Guia estratégico para o cuidado de pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas**: Guia AD. Brasilia: DF. 2015.

_____. Lei nº 12.594, de 18 de janeiro de 2012. Institui o Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (Sinase), regulamenta a execução das medidas socioeducativas destinadas a adolescente que pratique ato infracional. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/l12594.htm>. Acesso em: 10 fev. 2018.

_____. Portaria nº 4.279. Brasilia: Ministério da Saúde, 2010. Disponivel em: <http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/img/07_jan_portaria4279_301210.pdf>. Acesso em: 10 jul. 2017.

_____. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS**: gestão participativa e cogestão. Brasília: Ministério da Saúde, 2009a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Politica Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Clínica ampliada e compartilhada.** Brasília: DF, 2009b.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização (PNH)**: HumanizaSUS – documento base. 3. ed. Brasília, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 1.028, de 1 de julho de 2005**. Determina que as ações que visam à redução de danos sociais e à saúde, decorrentes do uso de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência, sejam reguladas por esta Portaria. Diário Oficial da União, Brasília, DF, jul. 2005. p. 5.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde Mental em Dados**–12, ano 10, nº 12. Pág 27 Informativo eletrônico. Brasília: Outubro de 2015.

_____. A Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas. Brasília, 2004.

_____. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm>. Acesso em: 07 jul. 2017.

_____. **Manual de Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis**. Coordenação nacional de DST/AIDS. Brasília, 1997.

JUNG, C. S/d. Disponível em: <https://www.pensador.com/frase/ODYyNg/>. Acesso em 08 de jul. 2017.

DONEDA. D; GANDOLFI, D. O início da Redução de Danos no Brasil na Perspectiva governamental: Ação local com impacto Nacional. In: SILVEIRA D. X.; MOREIRA, F. G. (Org.). **Panorama Atual de Drogas e Dependências**. São Paulo: Atheneu; 2006. p. 358-360.

ESCOBAR, J. A. C. Atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas. In: ESCOBAR, J. A. C *et al*. **Saberes e práticas profissionais** – a experiência do centro de referência sobre drogas de Pernambuco. Recife: UFPE, 2015. p. 18-38.

FENDER. S.; ESCUDERO. L. C. Tratamento familiar de adolescentes com abuso de drogas: grupos multifamiliares numa perspectiva sistêmica. In:__. **Adolescência, Uso e Abuso de Drogas**: uma visão integrativa. São Paulo: FAP, 2011.

FERREIRA, A. **Dicionário Aurélio Escolar da Língua Portuguesa**. Nova Fronteira, 1988.

FIGUEIREDO, M. D; CAMPOS, R. O. Saúde Mental na atenção básica à saúde de Campinas, SP: uma rede ou um emaranhado? **Ciência & Saúde Coletiva.** V. 14, n. 1, p. 129-138. 2009.

FLACH, L. M. Saúde e AIDS. **Boletim da Associação Brasileira de Estudos do Álcool e Outras Drogas**. Julho 1996 - nº 32.

FORGHIERI, Y. C. **Aconselhamento terapêutico:** origens, fundamentos e práticas. São Paulo: Thomson Learning, 2007.

HRIGLOBAL. Harm Reduction International. 2010. Disponível em: <https://www.hri.global/what-is-harm-reduction>. Acesso em: 16 Jan. 2016.

HOUAISS. **Dicionário online**. 2017. Disponível em: <https://houaiss.uol.com.br/pub/apps/www/v3-3/html/index.php#1>. Acesso em: 10 jul. 2017.

LIMA, A. S. **PLANO NACIONAL DECENAL DE ATENDIMENTO SOCIOEDUCATIVO COMENTADO**: Uma abordagem critica para apoiar a elaboração dos Planos Estaduais e Municipais. 2014. Brasília, DF. Disponível em: <http://www.crianca.mppr.mp.br/arquivos/File/publi/sinase/avaliacao_plano_decenal_sinase_vf.pdf>. Acessado em: 10 jul. 2007.

MARLATT, G. A. **Redução de danos**: estratégias práticas para lidar com comportamentos de alto risco. Porto Alegre: Artes Médicas, 1999.

MARLATT, A.; WITKIEWITZ, K. Further Exploring The Interpersonal Dynamics Of Relapse. **Addiction**, 2009, v. 104, n. 8, p.1291-1292.

MARLATT, G. A, GORDON, G. R. Relapse Prevention – Introduction And Overview Of The Model. **Br J Add**; 1985.

MATURANA, H. **Cognição, ciência e vida cotidiana**. Belo Horizonte: UFMG, 2001.

MAY, R. **A arte do Aconselhamento Psicológico**. 8ª. Ed. Petrópolis: Vozes, 1992.

MCLUHAN, M.; FIORE, Q. **Guerra e paz na aldeia global**. Rio de Janeiro: Recorde, 1971.

MELLO FILHO, J. **Grupo e corpo**: psicoterapia de grupo com pacientes somáticos. Artes Médicas, 2000.

MERHY, E. E. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: CAMPOS, C. R. et al. (Org.). **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte reescrevendo o público**. São Paulo: Xamã, 1998. p. 103-120.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: __. **Agir Em Saúde**: um desafio para o público. [S.l.: s.n.], 1997.

MILITÃO, A.; MILITÃO, R. **Jogos, dinâmicas & vivências grupais**: como desenvolver sua melhor técnica em atividades grupais. Rio de Janeiro: Qualitymark, 2000.

MIRANDA. S. **Oficina de dinâmicas de grupos para empresas, escolas e grupos comunitários**. 11. ed. Campinas/SP: Papirus, 2012.

MORAES, M. et al,. Gênero e redução de danos: unificando bandeiras de luta dos movimentos sociais. In: Seminário Nacional de Gênero e Prática Culturais, 1., 2007, João Pessoa. **Seminário Nacional de Gênero e Prática Culturais**. João Pessoa, 2007.

MORAES, M.; RAMEH, R.; CAMPOS, A. Ciudadanos en movimiento y ciudadanias escindidas: democracia, ciudadania y movimentos. In: **Congresso Brasileiro de Ciências Sociais e Humanas em Saúde**. São Paulo, 2011.

MOSCOVICI, F. **Desenvolvimento interpessoal** – Treinamento em Grupo. Rio de Janeiro: José Olympio, 1997.

NAPPO, S. A. et al. Virado: a new method of crack consumption in Brazil. **American Journal on Addictions.** Washington, v. 21, n. 6, p. 574. 2012.

NERY FILHO, A. **Drogas: isso lhe interessa?** Conversando com Nery. Salvador, 2015. Weblog. [Online] em: Disponível em: <https://conversandocomnery.wordpress.com>. Acesso em: 18 de jul. 2017.

NIEL, M.; SILVEIRA, D. X. (Orgs). **Drogas e Redução de Danos**: uma cartilha para profissionais de saúde. São Paulo, 2008.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Brasil. 2017. **O que são os direitos humanos?** [online]. Disponível em: < https://nacoesunidas.org/direitoshumanos/>. Acesso em: 7 jul. 2017

Texto originalmente publicado na Apostila do Curso de atualização para qualificação da rede integral às pessoas que fazem uso de drogas. Recife: Departamento de Saúde Coletiva, Instituto Aggeu Magalhães, Fiocruz, Rio de Janeiro. Programa Institucional de apoio a Pesquisas e políticas públicas sobre álcool, crack e outras drogas, Fiocruz, 2016.

TEXTO 1

INTERSECCIONALIZANDO O OLHAR: GÊNERO, RAÇA/ETNIA E CLASSE SOCIAL NOS CONTEXTOS DE USOS DE DROGAS

Edna Granja

O convite agora é para que, uma vez estabelecido o nosso cenário, "guerra às drogas", e iniciada a problematização sobre os efeitos que o mesmo provoca, interseccionalizemos o olhar para as pessoas que usam drogas. Trata-se de reconhecer diferenças, identificar desigualdades e, assim, pensar em estratégias de cuidado que visem à garantia de direitos de populações historicamente estigmatizadas e segregadas.

Mas o que queremos dizer quando utilizamos a noção de interseccionalidade? Os estudos interseccionais visam compreender como várias categorias sociais interagem em múltiplos níveis para se manifestarem em termos de desigualdade social. Parte-se do pressuposto de que os modelos clássicos de compreensão dos fenômenos de opressão da sociedade (sexo/gênero, raça/etnicidade, classe, religião, nacionalidade, orientação sexual ou deficiência) não agem de forma independente. De forma oposta: "Essas formas de opressão inter-relacionam-se criando um sistema de opressão que reflete a intersecção de múltiplas formas de discriminação" (NOGUEIRA, 2013, p. 231).

A autoria do conceito de interseccionalidade é atribuída ao feminismo negro. Por volta das décadas de 1970 e 1980, as mulheres negras criticavam de forma contundente os argumentos essencialistas do feminismo convencional, que atestavam uma essência única para todas as mulheres. Questionava-se as feministas que se propunham a falar em nome de todas as mulheres, sem atentar, porém, para a classe, raça, orientação sexual e outras categorias sociais, que, necessariamente, produziam diferenças em suas vivências (McCALL, 2005).

A primeira pessoa a utilizar o termo interseccionalidade foi Kimberlé Crenshaw (1989; 1991). A autora enfatiza a multidimensionalidade dos sujeitos marginalizados, criticando o posicionamento teórico que defende que a identidade é formada por camadas removíveis, que se somam. Para ela, a experiência interseccional é maior do que o somatório das opressões. A implicação disso é que, ao invés de perceber a identidade como um acúmulo de pertenças – mulher + branca + heterossexual, por exemplo – seria necessário perceber que todas essas facetas são partes integrais, inter-relacionadas de um todo complexo, articulado, que não se funde e que se torna absolutamente diferente quando uma de suas partes é ignorada, esquecida ou não nomeada. Trata-se assim de uma noção de identidade multiplicativa e não acumulativa, de forma que, editando o exemplo anterior, faria mais sentido falar na equação: mulher x branca x heterossexual.

Para exemplificar essa intersecção, Nogueira (2013) utiliza a metáfora dos ingredientes que compõem uma receita. O resultado final de uma receita conterá todos, mas nenhum deles será reconhecível em suas formas separadas. No decorrer da receita, os ingredientes ficam fundidos de tal forma que não podem ser separados outra vez. É reconhecendo essa multidimensionalidade dos fenômenos que uma abordagem interseccional vai, na maior parte das vezes, consistir em um convite a assumirmos nossos posicionamentos sociais, marcando nossos corpos de cultura e também reconhecendo, nos mesmos, marcas de privilégios e de desigualdades. Dessa forma, estamos também diante de uma abordagem que nos permite fugir à generalização abusiva do determinismo biológico, do essencialismo e de estereótipos que trazem implicada a pressuposição de que todos os membros de determinada categoria são iguais porque possuem uma qualidade em comum.

Olhando especificamente para os contextos de usos de drogas, comprometidos/as com um olhar interseccionalizado, convém não considerarmos as pessoas que fazem tais usos como uma categoria homogênea. Esse é um desafio importante, que parece ser estratégico para quebrar os ditos estereótipos e diminuir práticas estigmatizantes diante dessas pessoas, muitas vezes nomeadas como "usuário/a de drogas" ou, de forma abreviada, "usuário/a".

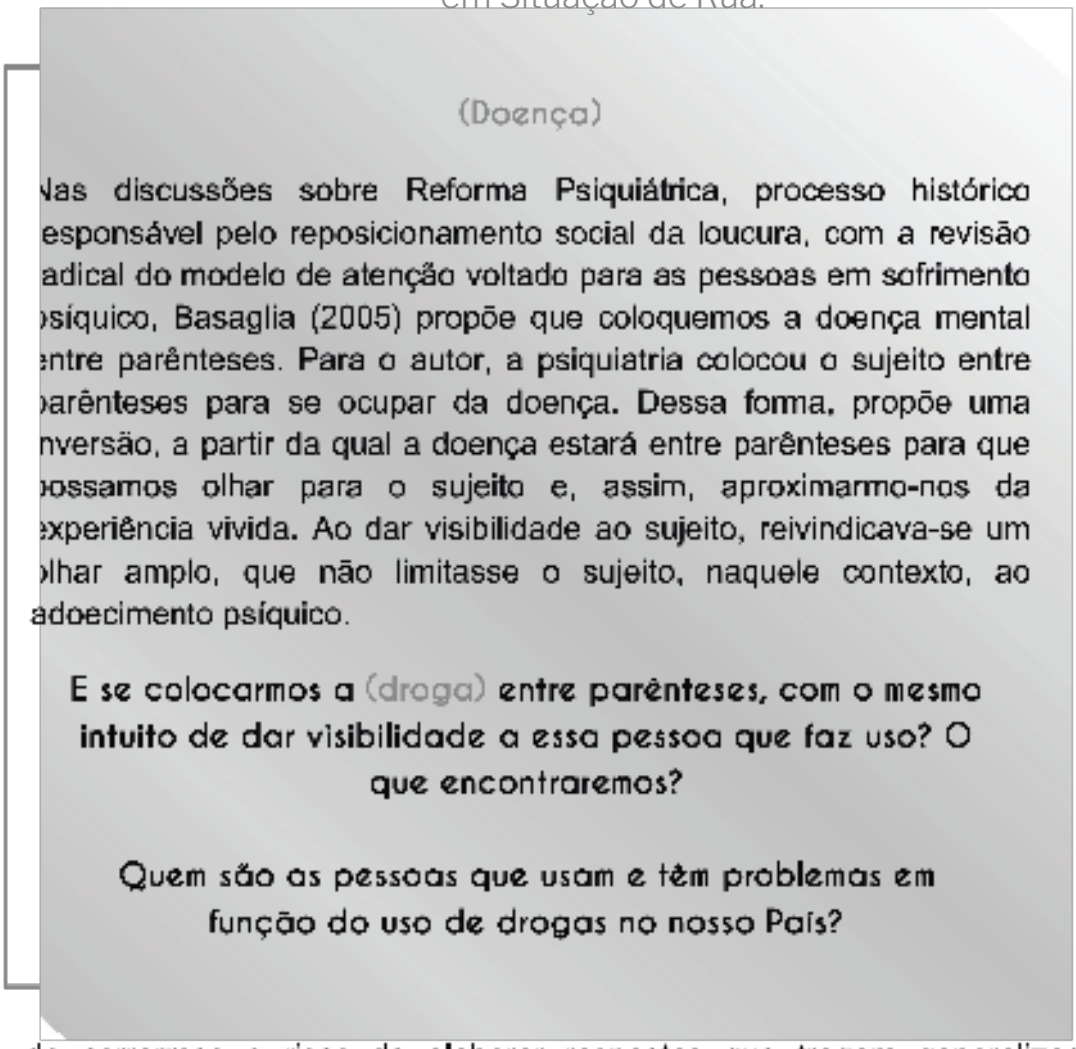
É interessante perceber que, em outros contextos, já criticamos e superamos nomeações como essa, que restringem toda existência da pessoa a um traço ou a

uma característica de suas vivências. Por exemplo, hoje, não usamos mais a nomeação "aidético" para nos referirmos às pessoas que vivem com o HIV ou, ainda, àquelas que desenvolvem as doenças oportunistas que marcam a Síndrome de Imunodeficiência Adquirida. Mas insistimos na nomeação "usuário/a de drogas". Por quê?

Petuco (2013), em texto intitulado "Redução de Danos – outras palavras sobre o cuidado de pessoas que usam álcool e outras drogas", ao problematizar essa forma de nomear, faz os seguintes questionamentos:

> Será que temos na nossa frente um usuário de drogas? Será que é isso que essa pessoa é? Será que resumir estas pessoas apenas a suas relações com as drogas nos ajuda a pensar o cuidado? Essa pessoa que vem lá no serviço, ou que abordamos quando vamos fazer um trabalho de campo ou uma busca ativa, será que é isso que essa pessoa é? Será que ela é um usuário de drogas, ou uma pessoa em toda sua integralidade? (...) Além do mais, a expressão 'usuário de drogas' é jargão jurídico e policial. Será mesmo que ver estas pessoas como 'usuários de drogas' nos ajuda a pensar na integralidade? Naquilo que estas pessoas são, para além de seu uso de uma ou outra droga? (PETUCO, 2013, p. 6).

Se pensarmos a linguagem como prática social e refletirmos sobre a intencionalidade de seus usos, talvez constatemos a importância de rever as nossas formas de nomear pessoas e/ou aspectos das nossas realidades sociais (SPINK; MEDRADO, 2004). Isto porque seremos levados a reconhecer que certas nomeações, como "usuário/a de drogas", podem contribuir para manutenção de estereótipos, para a diminuição das possibilidades de ser da pessoa.



Antes de corrermos o risco de elaborar respostas que tragam generalizações abusivas, vamos atualizar o nosso compromisso com o olhar interseccionalizado e caracterizar de forma mais cuidadosa, atentando para as dimensões de desigualdades sociais dessas pessoas.

Utilizaremos como referência a Pesquisa Nacional sobre Uso de Crack, desenvolvida pela Fundação Osvaldo Cruz (BASTOS; BERTONI, 2014). Focaremos, assim, no contexto de consumo de drogas ilícitas em cenas abertas de uso, direcionando o olhar para o crack e similares. Por volta de 2010, a ampliação do uso de crack no Brasil trouxe desafios ao poder público e aos serviços voltados para a questão das drogas. Como parte de uma estratégia nacional, foi implementado pelo governo federal o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e Outras Drogas, via Decreto nº 7.179 de 20 de maio de 2010 (BRASIL, 2010), alterado pelo Decreto nº 7.637 de 08 de dezembro de 2011 (BRASIL, 2011), que instituiu o "Programa Crack, é possível vencer". Contudo, o conhecimento disponível acerca dos padrões, práticas e comportamentos tradicionalmente associados ao consumo do crack era

insuficiente, dando margem para proposição e elaboração de uma pesquisa de porte nacional, que visasse conhecer quem são as pessoas que usam crack e similares no nosso país.

A pesquisa revelou que, no Brasil, as pessoas que usam crack e/ou similares são poliusuários, havendo uma forte superposição dessas drogas com o consumo de outras substâncias lícitas, sendo o álcool e o tabaco as mais frequentes. Trata-se, majoritariamente, de adultos jovens – com média de idade de 30 anos, cerca de 1/3 concentrados na faixa etária de 18 a 24 anos. A presença predominante nas cenas abertas de uso é do sexo masculino (78,7%). Há ainda um predomínio importante de pessoas "não brancas", uma vez que apenas 20% dos/as entrevistados/as se autodeclararam de cor branca. Se considerarmos que na população geral, segundo o Censo 2010 (IBGE, 2012), os "não-brancos" correspondiam a aproximadamente 52% dos brasileiros, há uma sobrerrepresentação de pretos e pardos em contextos de vulnerabilidade social, como os observados nas cenas abertas de uso de crack (BERTONI; BASTOS, 2014).

As proporções de usuários de crack no Brasil que ingressaram no Ensino Médio (16,5%) ou Superior (2,4%) se mostraram baixas. No que se refere à moradia, é significativa a proporção de pessoas que se encontravam em situação de rua no momento da pesquisa (aproximadamente 40%). Convém lembrar que estar em situação de rua não significa estar morando nas ruas. Trata-se de pessoas que passam a maior parte do seu tempo nas ruas (BERTONI; BASTOS, 2014).

O perfil dos usuários regulares de crack, retratados nessa publicação, aponta para uma ampla maioria de pessoas em situação de grande vulnerabilidade social. A partir dos resultados observados foi possível definir quatro perfis: 1) homens marginalizados; 2) mulheres marginalizadas; 3) adolescentes vulneráveis; e 4) adultos socialmente integrados. O Quadro 1 apresenta uma síntese da descrição desses perfis (GARCIA; KINOSHITA; MAXIMIANO, 2014).

crack" em Pernambuco, significativamente consonante com os resultados da Pesquisa Nacional, citada anteriormente.

Das 1.062 pessoas que participaram da pesquisa e faziam uso de crack, 77,1% eram homens, enquanto 22,9% eram mulheres. A maior parte dessas pessoas eram adultos/as jovens, com idade entre 18 e 34 anos (59,1%). A distribuição por raça/cor autodeclarada revela que as proporções de pardos (65,1%) e pretos (15,5%) foi maior do que a proporção geral para o estado de Pernambuco. No que se refere à escolaridade e à frequência na Escola, apenas 3,8% dos/das entrevistados/as estavam estudando, na ocasião da pesquisa, e somente 12,1% haviam completado o ensino médio ou ingressado/completado o ensino superior. Em relação à moradia, mais da metade (54,8%) havia passado ou dormido a maior parte do tempo na rua, proporção superior à encontrada na Pesquisa Nacional. Tal dado pode ser explicado pela natureza do Programa Atitude, lócus da pesquisa, que é voltado para pessoas que têm vínculos familiares rompidos ou extremamente fragilizados, podendo, inclusive, estarem em situação de ameaça, sem poder retornar para os seus lares (SANTOS et al., 2016).

A leitura do perfil de pessoas que fazem uso de crack em Pernambuco e todas as aproximações com o perfil identificado nacionalmente, somada à postura ético-política que nos leva a colocar a droga entre parênteses para dar visibilidade às pessoas e às experiências vividas, leva-nos a refletir sobre as dimensões de desigualdades sociais de classe, raça/etnia e gênero como estruturantes. E, assim, reconhecemos também nas vivências de desigualdades a ampliação das vulnerabilidades e a diminuição das potencialidades. Interseccionalizando o olhar, diante desses marcadores, diminuímos o risco de generalizações abusivas, que invisibilizam as marcações sociais dessas pessoas.

Evitamos, até aqui, definir e nos debruçar exaustivamente sobre as dimensões de classe, raça/etnia e gênero, já que procuramos nos ocupar do cruzamento das mesmas, dentro do que propõe a abordagem interseccional. Porém, parece-nos importante tomar claros os conceitos que elegemos como pontos de partida para tais reflexões. No livro "Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde", Rita Barata (2009), descreve os sentidos de classe, raça/etnia e gênero para

pensar os efeitos das desigualdades nas condições de saúde dos grupos populacionais específicos.

O sentido de classe remete a uma concepção marxista de classes sociais, definidas como grupos de pessoas que se diferenciam pela posição que ocupam no sistema de produção, pelas relações que estabelecem com os meios de produção, pelo papel que desempenham na organização social do trabalho e pelo modo como se apropriam de parte da riqueza social. Para a Saúde Pública, sobretudo no que se refere à Epidemiologia, através desse conceito, podem ser identificados grupos, definidos a partir dos seus vínculos sociais e estruturais, que são considerados determinantes das condições de vida das famílias e, consequentemente, da situação de saúde das pessoas que deles fazem parte (BARATA, 2009).

A noção de raça refere-se a uma construção ideológica que se alimenta da convicção que certos grupos, como judeus, indígenas, negros e imigrantes, são naturalmente inferiores. O natural é uma referência a uma inferioridade que é inata. Agregamos à raça a noção de etnia, em menção à ideia de grupo étnico. Nesta, a definição do grupo não se dá apenas por características biológicas, naturais e inatas. O grupo étnico é definido, sobretudo, por características socioculturais próprias de certos grupos sociais (BARATA, 2009).

Já o conceito de gênero é utilizado para marcar construções sociais, relacionadas aos sexos biológicos, as relações que se estabelecem entre masculino e feminino no âmbito social e os efeitos provocados por essas nas condições de saúde das pessoas. Considera-se que todos/as nós somos sexo e gênero. Isto é, por um lado, temos um sexo, determinado biologicamente, que influencia algumas das nossas condições de saúde; por outro lado, somos gênero, uma vez que resultamos de um processo sociocultural que define os papéis femininos e masculinos, o que também parece produzir efeitos sobre as condições de saúde de homens e mulheres (BARATA, 2009).

Classe, raça/etnia e gênero. Dimensões de desigualdades que nos levam a concluir, por exemplo, que as pessoas adoecem de forma diferente diante do seu posicionamento social. E também têm possibilidades distintas de sair da condição de adoecimento. É por isso que o foco da nossa intervenção, na maior parte das vezes,

não deve passar apenas pela doença, mesmo que essa seja, em um primeiro momento, o que há de mais evidente. É preciso que consideremos, sobretudo, os fatores que acentuam a vivência da doença. Fatores estes que, certamente, são de ordem social. Portanto, olhando especificamente para os contextos de usos de drogas, as pessoas também fazem uso de formas diferentes e o lugar que a droga entra e permanece na vida de cada um/a também parece estar em diálogo estreito com as posições sociais que este/a assume.

3 RECONHECENDO SINGULARIDADES: ESTRATÉGIAS DE CUIDADO E PROTEÇÃO

O reconhecimento de tais singularidades leva-nos, inevitavelmente, às discussões sobre integralidade em saúde e à necessidade de construir modelos alternativos ao pensamento hegemônico biomédico. Embora, no campo da saúde mental, a Reforma Psiquiátrica tenha como um dos seus principais ganhos a pluralização das identidades e a compreensão das raízes sociais destas e também da loucura (ROSA; CAMPOS, 2012), as formas de olhar para o sofrimento humano no ocidente, parecem ser resultantes e, ainda marcadas por um processo histórico e social nomeado como medicalização da existência e da vida individual e coletiva (MERHY et al., 2010).

Conrad (1992) refere-se à medicalização como uma situação na qual algo se estabelece como um problema e passa a ser definido em termos médicos, descrito a partir da linguagem médica, entendido através da racionalidade médica e, igualmente, tratado por intervenções médicas. Dessa forma, categorias médicas produzem tipos humanos, ao mesmo tempo em que modulam as categorias já existentes, expandindo-as ou retraindo-as; criam protocolos, ofuscam singularidades (HACKING, 2002).

Foucault (2008), apesar de não fazer uso sistemático do termo medicalização, em suas primeiras formulações sobre a noção de biopoder, faz referência à constituição de uma sociedade na qual o indivíduo e a população são compreendidos e manejados por meio do saber médico. Esta, a partir do século XVIII, passa a operar de forma significativa o controle e gestão do corpo. Dessa forma, a medicina

influencia tanto as condutas individuais quanto coletivas, uma vez que define regras que devem orientar os modos de vida na modernidade. A racionalidade médica, assim, é utilizada como uma forma de poder de governo sobre a população e esta passa a analisar, em termos médicos, comportamentos desviantes como: a delinquência, a criminalidade e o alcoolismo (FOUCAULT, 2002).

No contexto de drogas, as implicações da medicalização estão expressas pela repetição de práticas que têm como foco as drogas, inscritas em um corpo esvaziado de cultura. A partir disso, constroem-se estratégias terapêuticas protocoladas que têm como fim a diminuição ou a eliminação do uso de drogas. O foco na substância e o paradigma da abstinência parecem borrar o olhar para a socialidade dos usos e possíveis adoecimentos, reduzindo-os à esfera biomédica, negligenciando a vida social da pessoa e, portanto, aos aspectos relacionados às dimensões de desigualdades sociais, tais como raça/etnia, classe e gênero (GRANJA et al., 2015).

Marcamos aqui a compreensão do paradigma da abstinência como algo que vai além da manutenção de uma clínica, que tem, como entendemos, única direção possível à eliminação do uso de drogas e, assim o controle sobre os corpos. Referimo-nos, conforme aponta Passos e Souza (2011) a um conjunto de instituições que, em rede, define uma governabilidade das políticas de drogas, que se opera de forma coercitiva, fazendo da abstinência a única direção de tratamento possível, submetendo o campo da saúde ao poder jurídico, psiquiátrico e religioso (PASSOS; SOUZA, 2011, p. 157).

Parece-nos, assim, que é central, para a garantia da integralidade, as discussões sobre medicalização da saúde e o reposicionamento das pessoas em suas singularidades como centrais na condução das políticas, sejam as de saúde, sejam as de outros setores. Dessa forma, partir de um olhar interseccionalizado, adentrar por caminhos e horizontes que não necessariamente passam pela droga e levam à abstinência, faz-nos problematizar a forma como as políticas públicas brasileiras, voltadas para a questão das drogas, são estruturadas.

Portanto, é urgente o fortalecimento de políticas sociais integradas, que envolvam diversos setores e apresentem possibilidades variadas de proteção e cuidado.

Conforme demonstrou a Pesquisa Nacional sobre o Uso de Crack (GARCIA; KINOSHITA; MAXIMIANO, 2014), a oferta de serviços de saúde não é suficiente, sendo a disponibilidade de ações sociais a forma mais estratégica para atender a complexidade das demandas das pessoas que fazem uso prejudicial de drogas. Estas devem abranger desde o serviço mais simples de acolhimento e oferta de alimentação e higiene pessoal, até os programas que buscam efetivamente emancipar e oferecer condições para uma vida digna numa dimensão mais ampla. Articuladas em rede, devem reconhecer a pessoa que faz uso de drogas em sua integralidade.

É válido ressaltar que não há como pensar em políticas diferentes sem repensar a postura dos/das profissionais vinculados/as às redes de atenção psicossocial. Lilia Schraiber (2012), ao se referir às práticas em saúde indica que os profissionais estranham o cuidado integral e define este estranhamento como uma alienação das marcas sociais de suas práticas. Defende, então, que é preciso politizar as práticas de saúde e, assim, os/as profissionais de saúde precisam se ver como garantidores/as de direitos e também como agentes ativos na diminuição das desigualdades sociais. A autora alerta que, se não politizamos as práticas de saúde, corremos o risco de reproduzir as ditas desigualdades no cotidiano dos serviços. Certamente, é possível ampliarmos o sentido desta argumentação, problematizando, à luz destas considerações, as práticas, serviços e políticas de outros setores.

Contudo, parece difícil falar na politização das práticas de saúde, estendendo o sentido para os demais setores e serviços da rede de atenção psicossocial, se as nossas políticas públicas não reconhecem tais dimensões de desigualdade como relevantes e não elegem, necessariamente, o enfrentamento das mesmas como estruturante nos planos de ação e nas agendas governamentais. Ao dialogar com gestores/as, ao longo da realização de uma pesquisa que gerou a tese de doutorado intitulada "Gênero, Masculinidades e Drogas: trilhas, obstáculos e atalhos nos caminhos para atenção integral aos homens jovens na saúde", pude encontrar a compreensão de que as políticas voltadas para o contexto de drogas ainda estão em um estado inicial, marcado ainda pela implementação de uma rede de atenção. Ao mesmo tempo, julgava-se que, a partir dos dados recentemente produzidos,

aspectos de gênero e outras dimensões de desigualdades deverão ser incluídos nas movimentações de implementação e qualificação da rede (GRANJA, 2015).

É aí que a estratégia de Educação Permanente em Saúde (EPS) é citada por parte dos profissionais como condição para qualificação da rede e quebra de automatismos. Sinalizava-se a importância de construir essa estratégia de forma integrada, articulando setores e campos distintos de saberes. A EPS parte do pressuposto de que são a realidade local e a singularidade das pessoas que produzem a matéria prima da construção de processos de formação que façam sentido e que, por conseguinte, sejam de fato apropriados pelos/as trabalhadores/as no cotidiano das práticas de saúde (MERHY; FEURWERKER, 2011).

Extrapolando o setor de saúde em respeito à complexidade dos distintos contextos e diferentes usos de drogas, seriam as formulações sobre EPS linhas de costura entre as políticas de saúde, assistência social, segurança, entre outras. Diferente dos processos de formação tradicionais, a EPS consiste em uma estratégia de gestão que tem como base processos formativos criativos e críticos que "contribuam para cada coletivo conquistar a capacidade de ser co-autor [*sic*], através de um processo de re-invenção [*sic*] das instituições de saúde e do seu mundo do trabalho em especial" (MERHY; FEURWERKER, 2011, p. 9).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esperamos ter contribuído para marcar seu olhar de diferenças! Agora, apresentaremos alguns materiais e atividades que você pode utilizar para ampliar as reflexões que aqui produzimos!

A maior parte dos materiais, a partir dos quais podemos refletir e interseccionalizar o olhar para as pessoas que fazem uso de drogas, foca em uma das dimensões de desigualdades. O exercício de cruzamento e de construção de correlação entre as mesmas é um desafio e uma tarefa que precisa ser realizada por nós! Também, nem sempre se aborda as questões diretamente associadas a drogas. O que não se torna um problema, se considerarmos, como já dito anteriormente, que é preciso

colocar a droga entre parênteses para dar visibilidade às vivências de cada pessoa, em suas singularidades.

Saiba mais +

Para discutir gênero!

A Pesquisa Nacional sobre o Uso de Crack, realizada pela Fundação Oswaldo Cruz, revelou uso regular de crack por 0,81% da população das capitais brasileiras, sendo a Região Nordeste a que apresentou a maior prevalência, de 1,29% da população de suas capitais.

O Promundo, ECOS, Instituto Papai, Salud Y Genero, instituições de referência mundial nas discussões de gênero, prepararam manuais e vídeos de apoio para subsidiar o trabalho de profissionais diante de temáticas como gênero, sexualidade, saúde reprodutiva, paternidade e cuidado, prevenção da violência, saúde emocional, uso de drogas e prevenir e viver com HIV e Aids.

Os manuais trazem aspectos teóricos sobre o tema, seguidos de proposta de atividades e são três:
(1) - Manual H: trabalhando com homens jovens;
(2) - Manual M: trabalhando com mulheres jovens – empoderamento, cidadania e saúde;
(3) - Programa D: reconociendo e respetando la diversidade. Este último só está disponível, até o momento, em espanhol.

Embora sejam voltados para juventude, os manuais trazem atividades que podem ser facilmente adaptadas por você para qualquer faixa etária.







Para saber mais acesse: http://bit.ly/FAD-sm7
(pesquisar em cartilhas e manuais)

Saiba mais+

Além dos manuais, esse grupo de organizações também disponibilizou três vídeos

(1) Era uma vez uma outra Maria
(2) Medo de quê?
(3) Minha vida de João

São vídeos curtos que trazem três narrativas que se cruzam, de forma que é possível reconhecer personagens, que visitam histórias diferentes das que protagonizam. As três histórias explorarão temáticas de gênero em diferentes dimensões, tais como o lugar da mulher, juventude e masculinidades e diversidade sexual.



Para saber mais acesse:
Minha vida de João:
https://www.youtube.com/watch?v=gMatcineJi8

Era uma vez uma outra Maria:
https://www.youtube.com/watch?v=-ezAQj3G4EY

Medo de quê?:
https://www.youtube.com/watch?v=cloeUqBxhi0

Saiba mais +

Para discutir classe, raça/etnia!



Para refletir sobre essa temática, associando-a diretamente ao uso de drogas, indicamos o livro do neurocientista norte-americano Carl Hart, intitulado "Um preço muito alto: a jornada de um neurocientista que desafia nossa visão sobre as drogas".
Em uma narrativa fluida, Hart conta a história da sua infância e juventude em um dos bairros mais violentos de Miami e, a partir desta narrativa, faz-nos refletir sobre a relação drogas, prazer, escolhas, motivações, problematizando diretamente a relação entre raça, pobreza e usos de droga.

Além do livro, existem alguns vídeos de entrevistas com o neurocientista que também nos fazem pensar na referida relação, tais como "Um novo olhar sobre as drogas".
Disponível em:
https://www.youtube.com/watch?v=zb6sRUNr6Jw

Saiba mais +

Outras temáticas abordadas nesta apostila estão disponíveis em programas da TV aberta.

Um exemplo disto é a edição do Profissão Repórter, que trouxe como tema "Violência no Brasil e recorde de homicídio no País", abordando documentos como o Mapa da Violência. Trata-se de um programa curto, que pode ser facilmente utilizado para disparar uma discussão com equipes de trabalho ou em sala de aula.

O programa está na íntegra disponível em:
https://www.youtube.com/watch?v=laF0wUroGFs

As indicações aqui apresentadas são apenas sugestões!

Certamente, após a leitura deste Capítulo você conseguirá identificar entre os materiais, conceitos e teorias em que você já trabalha marcações de diferenças, que produzem e são sentidas como desigualdades. O desafio é esse mesmo! Interseccionalizar o olhar! Afinal, só dando visibilidade a tais desigualdades é que teremos condições de enfrentá-las e superá-las.

REFERÊNCIAS

ABROMOVAY, P. Por que e tão difícil falar sobre drogas? In: ACSELRAD, G. (Org.). **Quem tem medo de falar sobre drogas?** Saber mais para se proteger. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2015. p. 7-10.

ACSELRAD, G. Para início de Conversa. In: ACSELRAD, G. (Org.). **Quem tem medo de falar sobre drogas?** Saber mais para se proteger. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2015. p.15-30.

BARATA, R. B. **Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

BATISTA, V. M. Drogas e criminalização da juventude pobre. In: Associação Beneficente São Martinho (Org.). **No mundo da rua.** Rio de Janeiro: Ed. Casa da Palavra, 2001. p. 56-44.

BASAGLIA, F. Apresentação a Che cos'è la Psichiatria? In: BASAGLIA, F.; AMARANTE, P. (Orgs.). **Escritos Selecionados em Saúde Mental e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Garamond, 2005.

BASTOS, F. I.; BERTONI, N. **Pesquisa Nacional sobre o uso de crack:** quem são os usuários de crack e/ou similares do Brasil? Quantos são nas capitais brasileiras? Rio de Janeiro: Editora ICICT/FIOCRUZ, 2014. 228p.

BERTONI, N.; BASTOS, F. I. Quem são os usuários de crack e/ou similares do Brasil? Perfil sociodemográfico e comportamental destes usuários: resultados de uma pesquisa de abrangência nacional. In: BASTOS, F. I.; BERTONI, N. **Pesquisa Nacional sobre o uso de crack:** quem são os usuários de crack e/ou similares do Brasil? Quantos são nas capitais brasileiras? Rio de Janeiro: Editora ICICT/FIOCRUZ, 2014. p. 45-67.

BRASIL. **Decreto nº 7.179**, de 20 de maio de 2010. Institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, cria o seu Comitê Gestor, e dá outras providências. Diário Oficial, Brasília, DF, 21 maio 2010. Seção 1, p. 43.

_____. **Decreto nº 7.637**, de 08 de dezembro de 2011. Altera o Decreto nº 7.179, de 20 de maio de 2010, que institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas. Diário Oficial, Brasília, DF, 9 dez. 2011. Seção 1, p. 29.

_____. Presidência da República. Secretaria Geral. **Mapa do encarceramento**: os jovens do Brasil/ Secretaria-Geral da Presidência da República e Secretaria Nacional de Juventude. Brasília: Presidência da República, 2015a. 116p.

_____. Presidência da República. Secretaria Geral. **Mapa da violência:** mortes matadas por armas de fogo/ Secretaria-Geral da Presidência da República e Secretaria Nacional de Juventude. Brasília: Presidência da República, 2015b. 112p.

CONRAD, P. Medicalization and Social Control. **Annual Review of Sociology**. V. 18, p. 209-232, 1992.

CRENSHAW, K. Demarginalizing the intersection of race and sex: a black feminist critique of antidiscrimination doctrine feminist theory, and antiracist politics. **University of Chicago Legal Forum**. p. 139-167. 1989.

. Mapping the margins: Intersectionality, identity politics, and violence against women of color. **Stanford Law Review**, v. 43, n. 6, p. 1241-1279. 1991.

DUVIVIER, G. **A maconha já está descriminalizada há muito tempo**. 2015. [online] Disponível em: <http://www.smokebuddies.com.br/duvivier-maconha-esta-descriminalizada/>. Acesso em: 18 jul 2017.

FONSECA, Tania Mara Galli et al. Microfascismos em nós: práticas de exceção no contemporâneo. **Psicol. clin.**, Rio de Janeiro , v. 20, n. 2, p. 31-45, 2008.

FOUCAULT, M. **Nascimento da biopolítica**. São Paulo: Martins Fontes, 2008. 474p.

_____. **Os anormais**: curso no Collège de France (1974-1975). São Paulo: Martins Fontes, 2002. 459p.

GARCIA, L.; KINOSHITA, R. T.; MAXIMIANO, V. Uma perspectiva social para o problema do crack no Brasil: implicações para as políticas públicas. In: BASTOS, F. I.; BERTONI, N. **Pesquisa Nacional sobre o uso de crack**: quem são os usuários de crack e/ou similares do Brasil? Quantos são nas capitais brasileiras? Rio de Janeiro: Editora ICICT/FIOCRUZ, 2014. p. 147-155.

GRANJA, E. et al. O (não) lugar do homem jovem nas políticas de saúde sobre drogas no Brasil: aproximações genealógicas. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 11, p. 3447-3455, Nov. 2015.

GRANJA, E. **Gênero, Masculinidades e Drogas**: trilhas, obstáculos e atalhos nos caminhos para atenção integral aos homens jovens na saúde. 2015. 148 f. Tese (Doutorado em Ciências) – Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira, Rio de Janeiro, RJ.

HACKING, I. **Historical ontology.** Cambridge: Harvard University Press, 2002. 279p

IBGE. **CENSO DEMOGRÁFICO 2010**. Características gerais da população, religião e pessoas com deficiência. Rio de Janeiro: IBGE, 2012. Acompanha 1 CD-ROM. Disponível em: <ftp://ftp.ibge.gov.br/Censos/Censo_Demografico_2010/Caracteristicas_Gerais_Religiao_Deficiencia/caracteristicas_religiao_deficiencia.pdf>. Acesso em: mar. 2018.

KARAM, M. L. Redução de danos, ética e lei. In BASTOS, F.; KARAM, M. L.; MARTINS, S. M. (Org.). **Drogas dignidade e inclusão social**: a lei e a prática da redução de danos. Rio de Janeiro: Aborda, 2003. p. 100-145.

McCALL. The complexity of intersectionality. **Signs**: Journal of Women in Culture and Society. V. 30, n. 3, p. 1771-1800. 2005.

MERHY, E. *et al.* Da repetição à diferença: construindo sentidos com o outro no mundo do cuidado. In: Franco TB.(Org.) **Semiótica, afecção & cuidado em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2010. p. 60-75.

MERHY, E.. FEUERWERKER, L. C. M. Educação Permanente em Saúde: educação, saúde, gestão e produção do cuidado. In: MANDARINO, A. C. S.; GOMBERG, E. (Orgs.). **Informar e educar em saúde**: análises e experiências. Salvador: EDUFBA, 2011. 5p.

NOGUEIRA, C. A. Teoria da interseccionalidade nos estudos de gênero e sexualidades: condições de produção de "novas possibilidades" no projeto de uma psicologia feminista crítica. In: ABRAPSO Nacional, (Org.). **Coleção Práticas Sociais, Políticas Públicas e Direitos Humanos**. Florianópolis: ABRAPSO; 2013. p. 227-248.

PASSOS, Eduardo Henrique; SOUZA, Tadeu Paula. Redução de danos e saúde pública: construções alternativas à política global de "guerra às drogas". **Psicol. Soc.**, Florianópolis, v. 23, n. 1, p. 154-162, Abr. 2011.

PETUCO, D. [online] **Redução de danos**: outras palavras sobre o cuidado de pessoas que usam álcool e outras drogas. Disponível em: <https://cursoemsdrogas.files.wordpress.com/2013/09/reduc3a7c3a3o-de-danos-e28093-outras-palavras-sobre-o-cuidado-de-pessoas-que-usam-c3a1lcool-e-outras-drogas.pdf>. Acesso em: 18 jul. 2017.

RIBERO, E. [online] **A guerra às drogas**: sucesso de crítica e público (parte I). 2015. Disponível em: <http://www.revistaforum.com.br/2015/09/09/a-guerra-as-drogas-sucesso-de-critica-e-publico-parte-i/>. Acesso em: 17 jul. 2017.

ROSA, L. C. S.; CAMPOS, R. T. O. Etnia e gênero como variáveis sombra na saúde mental. **Saúde em Debate**. out./dez. 2012. V. 36, n. 95, p. 648-656.

SANTOS, N. T. V. et al. **Vulnerabilidade de usuários de crack ao HIV e outras doenças transmissíveis**: estudo sociocomportamental e de prevalência no estado de Pernambuco. Recife: s.n, 2016. 42p.

SCHRAIBER, L. B. Necessidades de saúde, políticas públicas e gênero: a perspectiva das práticas profissionais. **Ciência & Saúde Coletiva**. V. 17, n. 10, p. 2635-2644, 2012.

SPINK, M. J.; MEDRADO, B. Produção de sentidos no cotidiano. In: SPINK, M. J. (Org.). **Práticas Discursivas e Produção de Sentidos no Cotidiano**: aproximações teóricas e metodológicas. São Paulo: Cortez, 2004. p. 22-41.

Texto originalmente publicado na Apostila do Curso de atualização para qualificação da rede integral às pessoas que fazem uso de drogas. Recife: Departamento de Saúde Coletiva, Instituto Aggeu Magalhães, Fiocruz, Rio de Janeiro. Programa Institucional de apoio a Pesquisas e políticas públicas sobre álcool, crack e outras drogas, Fiocruz, 2016.

TEXTO 1

VULNERABILIDADES DE MULHERES EM SITUAÇÃO DE RUA: MARCADORES SOCIAIS DE GÊNERO E RAÇA/COR

Keila Cristina Costa Barros
Rita de Cássia Rocha Moreira
Jeane Freitas de Oliveira
Daine Ferreira Brazil do Nascimento
Marília Emanuela Ferreira de Jesus
Ricardo Bruno Santos Ferreira

Resumo

Objetivo: desvelar as vulnerabilidades de mulheres em situação de rua vinculadas aos marcadores sociais de gênero e raça/cor. Métodos: estudo qualitativo, de-senvolvido com dez mulheres em situação de rua por meio de observação participante, diário de campo e aplicação de questionário sociodemográfico, sistema-tizados com base na análise de conteúdo. Resultados: verificou-se que a identidade de gênero e a raça/cor atuam como potencializadores da situação de vulne-rabilidade das mulheres. Acredita-se que o racismo estrutural e o machismo se retroalimentam nas ruas e se perpetuam em um ciclo perverso de negação de direitos às mulheres, que se potencializa pela omissão do Estado e extensa desigualdade social e econômica. Conclusão: o gênero e a raça/cor potencializam as vulnerabilidades de mulheres em situação de rua que interseccionam as condições sociais precárias, a negação de direitos e favorecem o adoecimento. Contribuições para a prática: apresentar informações que possibilitem reflexões e criação de estratégias de cuidado dispensado às mulheres em situação de rua, compreendidas em suas singularidades.

Descritores: Pessoas em Situação de Rua; Vulnerabilidade Social; Estudos de Gênero; Grupos Raciais; Mulheres.

Introdução

A população em situação de rua é composta por um público heterogêneo, que utiliza espaços públicos e áreas degradadas como formas de habitação. Além disso, o grupo possui inúmeras características comuns, como

a pobreza extrema, o rompimento ou fragilidade com o vínculo familiar e a ausência de moradia convencional (1). Nesse contexto, nota-se que viver no cenário das ruas é uma tarefa complexa, uma vez que se trata de um lócus de conflitos e contradições sociais, sobretudo, pela desigualdade de direitos em relação aos demais que vivem em sociedade (2).

Os dados de caracterização da População em Situação de Rua do I Censo da Pesquisa Nacional sobre a PSR, realizada nos anos 2007/2008 em 71 cidades brasileiras, identificaram um total de 31.922 pessoas vivendo nas ruas. O perfil prevalente desse grupo é composto por homens (82%), de raça/cor negra (67%), com baixa escolaridade (63,5%) e que vivem em situação de rua há mais de dois anos (48,4%) (3). Salienta-se que, apesar de serem minoria numérica, as mulheres em situação de rua configuram um grupo que possui vulnerabilidade potencializada pelas questões vinculadas tanto à identidade de gênero quanto à raça/cor, uma vez que estão expostas a diversas formas de violência e violações, tais como: racismo, estupro e abusos físicos, psíquicos e emocionais (4-6).

Desse modo, a vulnerabilidade, termo que mediará as análises deste estudo, se configura como um indicador da iniquidade e da desigualdade social que, em um conceito multidisciplinar, inclui não apenas a detecção de fragilidades de grupos e indivíduos, mas também a capacidade de enfrentamento dos problemas e/ou agravos, dentre eles, os de saúde (7).

As questões suscitadas neste estudo emergem com base em pressupostos teóricos que vão ao encontro de tais questões, à medida que fortalecem a necropolítica relacionada à população em situação de rua, população essa hegemonicamente negra. Pessoas periféricas e/ou em vulnerabilidade social são as que mais sofrem pela omissão do Estado; e as mulheres, nesse contexto, veem-se abatidas por inúmeros problemas sociais e de saúde, oriundos das questões de gênero e raça/cor. Tais aspectos tornam este trabalho relevante para fomentar o debate sobre marcadores que impactam diretamente o cotidiano das mulheres em situação de rua (8).

Além da questão social, o estudo preenche uma importante lacuna na literatura. Em pesquisa realizada com os descritores “pessoas em situação de rua” e “mulheres” e seus respectivos correspondentes em inglês nas bases *Scientific Electronic Library Online (SciELO) e Medical Literature Analysis and Retrievel System Online (MEDLINE)* foram encontrados 142 estudos com temática relacionada, entretanto, nenhum deles abordou o conteúdo de diário de campo dos pesquisadores, o que reflete o ineditismo do estudo. Nesse sentido, este

estudo teve como objetivo desvelar as vulnerabilidades de mulheres em situação de rua vinculadas aos marcadores sociais de gênero e raça/cor.

Métodos

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, desenvolvida com mulheres em situação de rua no município de Feira de Santana, considerada a segunda maior cidade do Estado da Bahia, Brasil, com população estima-da em 556.642 habitantes (9).

A aproximação com as participantes da pesquisa ocorreu por meio do projeto social intitulado "Cuidando da Maloca", que se propõe, desde 2017, a desenvolver cuidados de enfermagem de forma voluntária e itinerante para essa população no município estudado. Tal ação foi premiada em 2021 pelo Conselho Federal de Enfermagem do Brasil, passando a compor o conjunto de Iniciativas do Nursing Now Brasil.

A aproximação deu-se também por meio do Movimento Nacional da População de Rua – núcleo Feira de Santana, do qual uma das pesquisadoras é integrante. Esse coletivo da sociedade civil tem como marca a convivência na rua e a participação no controle social, integrando as pessoas em situação de rua à administração pública com a finalidade de buscar soluções para os problemas sociais das comunidades assitidas e construir a ocupação dos espaços de direitos, como assembleias e conselhos. Ademais, o movimento preza pela produção científica, com o intuito de ampliar os conhecimentos sobre a temática, e realiza o monitoramento da efetivação dos direitos assistidos a essas pessoas.

A produção dos dados ocorreu entre os meses de março e maio de 2019 por meio de observação participante com registros em diário de campo e questionário sociodemográfico. A coleta foi realizada por duas pesquisadoras, sendo uma doutora em enfermagem, com vasta experiência em saúde da mulher e uma enfermeira, mestranda, com importante produ-ção de pesquisa e extensão com pessoas em situação de rua.

O diário de campo se configura como um registro pessoal de observações que pode ser utilizado em pesquisas para registrar todos os achados inerentes às interações sociais, ambientais, comportamentos, reações e sentimentos (10). Dessa forma, apresentou-se como um instrumento fundamental para a observação e anotação sistemática acerca do cotidiano das mulheres em situação de rua. Já o questionário sociodemográfico teve como finalidade primária a

caracterização do grupo estudado com relação às seguintes variáveis: raça/cor, estado civil, escolaridade, número de filhos e tempo que vive nas ruas.

O lócus da pesquisa contava com 237 pessoas em situação de rua. No momento do recrutamento, houve aproximação com 13 mulheres, das quais 10 aceitaram participar voluntariamente e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A não aceitação de três mulheres decorreu da dinâmica do contexto de rua vivenciado no momento, o que impossibilitou sua participação. Foram incluídas mulheres com idade igual ou superior a 18 anos. Foram excluídas aquelas que aparentavam sinais de alterações psíquicas e/ou emocionais que as impossibilitassem de estabelecer interação com a pesquisadora.

Os dados sociodemográficos foram tabulados em planilha do Microsoft Excel, modelo 2020, e as anotações do diário de campo foram transformadas em textos “gerando informações uniformes e padronizadas”(10:558). A sistematização dos dados ocorreu segundo a proposta da análise temática durante as etapas de pré-análise, descrição analítica e interpretação inferencial (11). A análise do material empírico foi guiada pelo aporte teórico de vulnerabilidade relacionada aos marcadores sociais de gênero e raça/cor. Assim, os processos discriminatórios não são compreendidos dicotomicamente; e nem se propõem à mera adição de discriminações, mas sim abarcar as complexidades dos atravessamentos dessas discriminações, possibilitando a compreensão das condições específicas que delas decorrem (12).

A fim de manter o anonimato, foi assegurado às participantes o direito de escolha do codinome, que contemplou nomes de praças do município de Feira de Santana-BA, Brasil, com as quais elas pudessem se identificar pelas convivências, singularidades, relações e afetos que construíram nesses espaços. Para diferenciação daquelas que escolheram o mesmo codinome, utilizou-se, de forma complementar, números em ordem crescente.

O estudo respeitou resoluções 466/12 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde e a declaração de Helsinque, que versam sobre o envolvimento de seres humanos em pesquisas. Dessa forma, o projeto foi aprovado pelo Comitê de ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Feira de Santana, sob o pa-recer 2.686.905/2018 e Certificado de Apresentação de Apreciação Ética nº 9615815.0.0000.0053.

Resultados

A maioria das participantes se autodenominou: raça/cor negra; solteira; com idade entre 24 a 46 anos; economicamente ativas; com escolaridade do ensino fundamental; ter mais de um filho; nascidas e moradoras em Feira de Santana-BA; e vivendo em situação de rua há mais de nove anos. As características sociodemográficas das participantes estão apresentadas na Figura 1.

Participantes	Raça/Cor	Estado civil	Escolaridade	Número de filhos	Tempo que vive nas ruas (anos)
Kalilândia 1	Preta	Outro	Ensino fundamental até o 9º ano	1	≥ 9
Kalilândia 2	Preta	Outro	Ensino fundamental até o 9º ano	3	≥ 9
Kalilândia 3	Preta	Solteira	Ensino fundamental até o 5º ano	1	≥ 9
Bandeira 1	Branca	Outro	Ensino fundamental até o 5º ano	7	≥ 5 e ≤ 8
Bandeira 2	Preta	Solteira	Ensino fundamental até o 9º ano	2	≥ 9
Bandeira 3	Branca	Solteira	Ensino fundamental até o 9º ano	4	≥ 9
Matriz 1	Preta	Solteira	Ensino médio incompleto	2	≥ 9
Matriz 2	Parda	Solteira	Ensino médio incompleto	1	≥ 9
Matriz 3	Preta	Solteira	Ensino fundamental até o 9º ano	5	≥ 5 e ≤ 8
Matriz 4	Branca	Solteira	Ensino fundamental até o 5º ano	5	≥ 9

Figura 1 – Aspectos sociodemográficos das mulheres em situação de rua (n=10). Feira de Santana, BA, Brasil, 2019

As anotações de campo e a aplicação do questionário possibilitaram a apreensão das características sociodemográficas, sendo possível cruzar os da dos e lançar um olhar qualitativo em relação à existência dessas mulheres. Dessa forma, emergiram três categorias para análise: Mulheres em situação de rua: desafios enfrentados; e Raça/cor como potencializador da vulnerabilidade de mulheres em situação de rua.

Mulheres em situação de rua: desafios enfrentados

Com base nas anotações no diário de campo, percebe-se que, para as participantes, viver na rua implica enfrentamento de desafios, sobretudo, para alcançar direitos básicos como encontrar locais seguros para dormir, vestir e comer e exposição ao álcool e outras drogas: ***Kalilândia 1, 36 anos, nascida em Salvador-BA, informa que já esteve em vários estados. Hoje se fixou em Feira de Santana, por causa de um companheiro. Mas conta, que viver na rua sempre foi muito ruim, difícil e desagradável. Um dos maiores problemas encontrados é a dormida. Disse que certa vez ficou dormindo escondido dentro de um carro quebrado, em uma oficina, mas o dono descobriu e a colocou para***

correr, e passou a dormir na rua. Passados alguns dias, encontrou outro carro quebrado e usou como local para dormir, foi novamente expulsa. Depois disso passou a dormir em uma igreja (Anotações de campo 20/04/2019). Kalilândia 3, 43 anos, chorosa, conta que foi viver nas ruas devido ao desemprego, e assim começou a morar em casas abandonadas, mas devido a dívidas com traficantes, teve que sair dessa casa, perdendo todas as suas coisas, inclusive as documentações. Relata que viver nessa vida é horrível, pois precisa depender das pessoas, para comer, se vestir, e que por esse motivo começou a beber descontroladamente. Hoje informa que faz uso do álcool de forma controlada (Anotações de campo 10/05/2019).

As anotações no diário de campo apontaram que ser do sexo feminino por si só, impõe vulnerabilidades para agravos e danos à saúde, as quais ficam, ainda mais evidentes no contexto da rua, tornando-se frequentemente situações de violências de diversas formas: *Encontrei Matriz 4, mulher, 36 anos, na rua de um dos bairros do município de Feira de Santana. Aparentemente abatida, demonstrando mais idade, seu semblante refletia tristeza. Estava com o braço esquerdo engessado. Questionada se precisava de ajuda com a situação do braço, informou que não, e começou a relatar que seu ex-companheiro, que também vive em situação de rua, quebrou seu braço por não aceitar a separação, que não a respeita por ser mulher e frequentemente sofre agressões por parte dele. Questiona a atuação da justiça na proteção das mulheres diante de discriminação por parte dos homens, que se acham donos das mulheres e que é obrigada a ficar com o companheiro mesmo sem querer. Informa ainda que está passando as noites na Rodoviária e bastante temorosa de encontrar seu ex-companheiro e sofrer novas situações de violência. Teme, também, pelas violências presentes nas ruas (violência conjugal, sociais). Que dormir com os dois olhos fechados para quem mora na rua não é uma opção (Anotações de campo 10/04/2019). Matriz 3 é uma mulher de 27 anos com um histórico de uso abusivo de substâncias psicoativas, mãe de 5 filhos, os quais encontram-se sob guarda de uma tia. Semblante triste. Começou a relatar que a mulher que vive na rua enfrenta muitas dificuldades, muitas vezes precisa se prostituir, tem que se "virar nos trinta", que é muito ruim. Diz que para os homens é mais fácil, para ele correr atrás, mas para a mulher não, que o povo sempre quer alguma coisa em troca, quer comprar o nosso corpo (Anotações de campo 20/03/2019). Em uma terça feira chuvosa, desenvolvendo atividades no contexto de rua, Bandeira 2, mulher de 33 anos, me chama, informando que gostaria de conversar. Encontrava-se machucada, olhos com manchas vermelhas, presença de edema e roxidão. Frequentemente a encontrava nas convivências. Relata que havia brigado*

com o companheiro, pois ele estava achando que ela estava o traindo. Que estava cansada dos homens só querer saber de bater e humilhar as mulheres e começa a chorar (Anotações de campo 15/05/2019). Nas atividades do Cuidando da Maloca, observo Bandeira 3, mulher de 41 anos. Estava de turbante, e ao me aproximar e me identificar como enfermeira, ela relata que o companheiro a agrediu, batendo com uma faca na sua cabeça. Tirou o turbante, que estava servindo para esconder o ferimento, o qual se apresentava infectado. E revoltada diz: Esse homem (aponta para o companheiro) me bate, me morde, fala que tenho outro e fica me humilhando, e dizendo que vai me matar. Realizamos a limpeza do ferimento e curativo e ficamos ali, eu e a equipe, escutando seus desabafos (Anotações de campo 05/04/2019).

Raça/cor como potencializador da vulnerabilidade de mulheres em situação de rua

Nessa última categoria, foi possível perceber que, no contexto da rua, as mulheres são majoritariamente negras e pobres, logo, estão sujeitas a desdobramentos do racismo e pobreza: a discriminação, acometimento de doenças crônicas e a falta de acesso aos serviços de saúde, conforme os registros a seguir: *Kalilândia 2, mulher negra, 28 anos, que vive nas ruas a mais de nove anos. Trabalha nas ruas vendendo doce e como "flanelinha" (atividade de "olhar", "guardar" os carros). É uma mulher conhecida por grande parte das pessoas em situação de rua do município, por apresentar-se destemida e enfrentar tudo e todos, não tem "papa na língua". Como ela mesma diz: pra viver nas ruas tem que ter "sangue no olho". Num encontro anterior mostrava-se revoltada, com o braço engessado em decorrência de ação da segurança pública que a agrediu verbalmente e fisicamente, chamando de neguinha sacizeira, neguinha vagabunda, realizando uma abordagem truculenta, que resultou na fratura do seu membro. (Anotações de campo 05/05/2019). Matriz 1, mulher negra, 46 anos, considerada a "mãe da maloca". É muito respeitada pelas pessoas em situação de rua do município. É uma mulher de muitas histórias pelas vivências nas ruas. Refere várias patologias, consequente desse contexto de vida: glaucoma, hipertensão arterial, diabetes, problemas no coração, já teve tuberculose e problemas respiratórios por causa do pó do papelão. Relata dificuldades de acesso aos serviços de saúde por conta de olhares e atitudes preconceituosas e discriminatórias, como privilegiar nos atendimentos pessoas brancas, tratar de forma diferente, com mais respeito (Anotações de campo 22/03/2019).*

Discussão

Sob a influência do movimento feminista, com base na interseccionalidade, as características sociodemográficas revelaram diversas vulnerabilidades individuais, como a prevalência de mulheres de raça/cor negra; com pouca escolaridade; elevado número de filhos; e longo tempo residindo na rua. Trata-se de um contexto complexo, alimentado historicamente pelo racismo estrutural que determina as condições de vida de pessoas negras, marcadas por adoecimento físico e mental, uso abusivo de substâncias psicoativas e doenças crônicas, quando comparado à população que não vive nas ruas (13). É também representada por um elevado número de mães solteiras, responsabiliza-das socialmente de forma exclusiva pela criação dos filhos (14).

A interseccionalidade construiu um modelo teórico para a compreensão das condições de subordinação e de opressão das mulheres, bem como apontou estratégias de superação da dominação com base na luta feminista (12). Nesse sentido, pensar na interseccionalidade com base na vivência de mulheres em situação de rua perpassa pelos marcadores sociais de gênero e raça de forma imbricada e simultânea, possibilitando analisar os múltiplos e concomitantes sistemas de opressão.

No Brasil, o enfoque da categoria gênero ligada à saúde surgiu em meados dos anos 1990, quando se discutiu a qualidade da assistência à saúde da mulher, como também a eliminação das desigualdades de acessos aos bens de serviços de saúde pelas mulheres e grupos excluídos da sociedade (12). Nesse sentido, ao analisarmos as vulnerabilidades de mulheres em situação de rua diante dos marcadores sociais de gênero e raça/cor, com base nos dados, nas cenas observadas e nos registros do diário de campo, fica evidente a exposição a diversos tipos de violências físicas, psicológicas e sexuais. A hegemonia e dominação masculina potencializam o repertório de agressões quando dizem respeito à vida social feminina no cenário da rua (15).

Destaca-se que a ida das mulheres para as ruas está relacionada às experiências progressivas vivenciadas desde a infância, como abuso físico e emocional, maus-tratos, exploração financeira, intimidação sexual, estresse ambiental, exposição ao crime e subjugação sistêmica" (16). Nota-se, assim, que, independentemente do país onde a mulher se encontra, os marcadores de raça, classe e gênero se mostram presentes, e a subjugação do seu corpo está enraizada de forma hegemônica.

Em face de violências, vulnerabilidades e opressões, muitas mulheres preferem informar que são solteiras, o que é salientado na identificação sociodemográfica, mesmo possuindo um companheiro, como observado na convivência com essas mulheres e registrado em diário de campo. Essa característica, também é oriunda de laços familiares rompidos, situação muito comum entre as pessoas em situação de rua, o que faz com que algumas mulheres nessa condição de rua não considerem seu estado civil como união estável (2). Neste estudo, foi revelada a separação mãe/filho por ação do Conselho Tutelar. Para mulhe-res em contexto de rua, essa ocorrência de filhos que vivem em instituições do Estado ou com parentes é comum (6), fazendo com que, muitas vezes ocorra a perda do vínculo mãe-filho (17).

O Estado, sob a penumbra do "cuidado", usa da prerrogativa dos direitos humanos e proteção dos menores e vulneráveis para adquirir a guarda da criança. Implicitamente, interpretam essas mulheres como um peso para a sociedade e direcionam as crianças para o sistema de acolhimento institucional, inserindo-as em novas famílias, distanciando-as de suas mães biológicas (16). Assim, faz-se necessário pensar em políticas públicas e de saúde intersetoriais, que possam atender essas mulheres de forma integral, que sejam capazes de garantir o direito de maternar nas ruas com todos os cuidados necessários e legítimos pela Constituição Federal.

As relações de gênero estabelecem inserções que se entrelaçam e interseccionam outros marcadores que demarcam as condições de opressão. Assim, outro marcador social que impacta, com relevância, as mulheres em situação de rua é a raça/cor, uma vez que 89% das pessoas em situação de rua, em Feira de Santana, são de raça/cor negra(2). Foi possível constatar que o racismo permeia toda a condição de viver na ru a. Trata-se de uma ferramenta de exclusão e violência que, ao lado das questões de gênero, coisificam os corpos e a vida das mulheres negras em situação de rua.

Acredita-se que racismo evidenciado tem característica estruturante, uma vez que reproduz um sistema de opressão cuja ação transcende a mera for-matação das instituições, perpassando desde a apreensão estética a todo e qualquer espaço nos âmbitos público e privado (18). A violência materializada nas ações truculentas das forças de segurança pública durante a tentativa de garantia de subsistência é um exemplo a ser citado.

O racismo estruturante está presente na configuração da sociedade, sendo por ela naturalizado. Por corresponder a uma estrutura, é relevante destacar que

a discriminação racial não está apenas no plano da consciência, mas também intrínseco ao inconsciente. Assim, o racismo está imbricado socialmente, sendo apropriado para manter, reproduzir e recriar desigualdades e privilégios, revelando-se como mecanismo para perpetuar o atual estado das coisas (18).

Além disso, o racismo, ao criar barreiras para acesso aos bens e serviços, contribui para o fortalecimento de diversas outras formas de desigualdades. Dessa forma, o racismo atua como um determinante social da saúde, expondo as mulheres negras a situações de vulnerabilidades que culminam em adoecimento e morte(18). No que tange às questões de saúde, dados levantados pela Política Nacional de Saúde Integral da População Negra pontuam que esta população apresenta maior prevalência de inúmeras doenças crônicas como hipertensão (44,2%) e diabetes (12,7%), quando comparadas à população branca (22,1% e 6,2%, respectivamente). O mesmo acontece em relação às doenças cardíacas, à asma e às doenças negligenciadas, como por exemplo, a tuberculose (19). Dessa forma, pode-se inferir que a vivência em situação de rua se constitui em mais um fator de agravo para vida e saúde de mulheres, sobretudo, das mulheres negras que, além de possuírem carga de doença crônica associada à sua raça/cor, sofrem com as iniquidades no acesso aos serviços de saúde.

Acrescenta-se, ainda que essas questões levantadas de raça e gênero são potencializadas pela variável classe. No Brasil, os indicadores sociais mostram que as pessoas de raça/cor negra apresentam os piores indicadoresde educação, saúde, renda, habitação, e maior taxa de mortalidade por causas evitáveis, e residem em áreas desprovidas de infraestrutura básica (18).

No que se refere à escolaridade, evidenciou-se que as mulheres em situação de rua possuem apenas o ensino fundamental (incompleto ou completo). Acredita-se que a baixa escolaridade intensifica a condição de pobreza, uma vez que dificulta o acesso ao emprego e à renda. Além disso, a escola também se configura como um potente espaço de convivência e sociabilidade, contribuindo para o empoderamento desses indivíduos sobre os seus direitos de cidadãos. Observa-se também, como no estudo realizado em Governador Valadares, no Estado de Minas Gerais, com pessoas em situação de rua, que muitas dessas pessoas desejam voltar a estudar, o que evidencia a necessidade de inclusão dessas pessoas nas escolas por meio das redes de assistência e de apoio do município e do Estado (20).

No que tange ao tempo que vive nas ruas, a identificação dos aspectos sociodemográficos mostra que as participantes possuem mais de nove anos de vivência nas ruas. O I Censo e Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua (3) vai ao encontro dos resultados obtidos nesta pesquisa, apontando a cronificação desse fenômeno. Cronificação essa que, em muitos casos, provoca a deterioração dos vínculos familiares, comprometendo as relações de trabalho formal, estudo, como também dos cuidados dos filhos (1).

As anotações trazidas contextualizam a precarização na qual essas mulheres estão inseridas, demonstrando uma vida indigna de ser vivida. É nesse contexto que essas mulheres em situação de rua estão inseridas, configurando uma condição de vida degradante, fincadas em uma classe desfavorecida da sociedade. Com base nas intersecções dessa condição social, atravessada por questões de gênero e raça, estrutura-se uma sociedade sustentada em pilares de injustiças e de relações dominantes.

Desta forma, torna-se relevante ampliar pesquisas com pessoas em situação de rua, sobretudo, com mulheres, visando minimizar as vulnerabilidades vivenciadas por elas. Ademais, fica evidente a necessidade de implementar e/ou implantar estratégias de cuidado, especialmente, em relação às práticas de saúde, que contemplem as especificidades individuais e coletivas de pessoas que vivem em situação de rua.

Espera-se que essa pesquisa possa alcançar diferentes profissionais da área da saúde, entre eles, as enfermeiras e a sociedade de um modo geral, como forma de possibilitar reflexões para o cuidado, acolhimento e assistência às mulheres em situação de rua.

Limitações de estudo

Podemos elencar como limitação do estudo o fato de ter sido desenvolvido em um contexto específico, uma vez que a coleta de dados foi restrita às mulheres em situação de rua, residente em Feira de Santana-BA. Dessa forma, os resultados são específicos para esse grupo de mulheres, o que impossibilita generalizações para outros contextos. Contudo, apesar dessa limitação, os achados podem servir de subsídios para que estratégias mais efetivas de cuidado sejam empregadas, chamando a atenção tanto da comunidade científica para a necessidade de elaboração de estudos em outros contextos, quanto dos gestores públicos para garantia do direito à cidadania.

Contribuições para a prática

Apresentar informações que possibilitem reflexões e criação de estratégias de cuidado direcionado às mulheres em situação de rua, compreendidas em suas singularidades. É preciso conhecer para acolher. Acredita-se que os achados podem contribuir para a apreensão dos atravessamentos que perpassam a vida das mulheres em situação de rua, identificando os processos de opressão, vulnerabilidade, violência e violação de direitos que marcam suas vivências.

Conclusão

Conclui-se que para as mulheres em situação de rua, o gênero e a raça/cor potencializam suas vulnerabilidades, repercutindo em condições sociais precárias e negação de direitos. Para a existência dessas mulheres, tais vulnerabilidades se interseccionam num contexto de sistemas de opressão que é potencializado pela omissão do Estado e que, em um cenário de ampla desigualdade social e econômica, promove adoecimentos de várias ordens.

Contribuição dos autores

Concepção e desenho ou análise e interpretação dos dados, redação do manuscrito, revisão critica relevante do conteúdo intelectual, aprovação final da versão a ser publicada e acordo em ser responsável por todos os aspectos do trabalho para garantir que as questões relacionadas à precisão ou integridade de qualquer parte do trabalho sejam investigadas e resolvidas adequadamente: Barros KCC, Moreira RCR, Oliveira JF, Nascimento DFB, Jesus MEF, Ferreira RBS.

Referências bibliográficas

Pereira LI, Mattos DL. Somos humanos na rua, não somos lixo": análise da Política Nacional para a Pessoa em Situação de Rua e o caso do município do Rio de Janeiro. Rev Programa Pós-Grad Di-reito UFC. 2019;39(1):243-64. doi: https://doi. org/10.1590/1678-460X2019350413

Barros KCC, Moreira RCR, Leal MS, Bispo TCF, Aze-vedo RF. Maloca women: experiences in the context of the streets Rev Enferm Bras. 2020;19(5):394402. doi: http://doi.org/10.33233/eb.v19i5.4025

Sicari AA, Zanella AV. Homeless people in Brazil: a systematic review. Psicol Ciênc. 2018;38(4):662-79. doi: 10.1590/1982-3703003292017

Ceccon RF, Meneghel SN.Gender inequities: wom-en with hiv/sida in situation of violence. Phy-sis. 2017;27(4):1087-103. doi: https://dx.doi. org/10.1590/S0103-73312017000400012

Catoia CC, Severi FC, Fimino IFC. "Alyne Pimen-tel" case: gender violence and intersectionalities. RevEstudFem. 2020;28(1):e60361. doi: https://doi.org/10.1590/1806-9584-2020v28n160361

Barros KCC, Moreira RCR, Leal MS, Bispo TCF, Azevedo RF. Healthcare experiences of homeless pregnant women. Rev Rene. 2020;21:e43686. doi: ht t ps:/ / doi.org/ 10.15253/ 2175-6783.20202143686

Halpern SC, Scherer JN, Roglio V, Faller S, Sordi A, Ornell F, et al. Clinical and social vulnerabilities in crack users according to housing status: a multicenter study in six Brazilian state capitals. Cad Saúde Pública. 2017;33(6):e00037517. doi: https://doi.org/10.1590/0102-311X00037517

Cassal M, Fernandes T. A população negra em situ-ação de rua e a covid-19: vidas negras importam?Rev Antrop Arqueo [Internet]. 2020 [cited Jun 14, 2022];8(1):97-104. Available from: https://peri-odicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/tessituras/article/view/18911

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo 2010 [Internet]. 2010 [cited May 16, 2022]. Available from: http://cidades.ibge. gov.br

Kroef RFS, Gavillon PQ, Ramm LV. Field dia-ry and the researcher's relationship with the theme-field in intervention research. Estud Pesq Psicol. 2020;20(2):464-80. doi: https://dx.doi. org/10.12957/epp.2020.52579

Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2016.

Kyrrilos GM. Uma análise crítica sobre os an-tecedentes da interseccionalidade. Rev Estud Fem. 2020;28(1):e56509. doi: https://dx.doi. org/10.1590/1806-9584-2020v28n156509

Omerov P, Craftman AG, Mattsson E, Klarare A. Homeless persons' experiences of health - and social care: a systematic integrative review. Health Soc Care Community. 2020;28(1):1-11. doi: https://doi.org/10.1111/hsc.12857

Esmeraldo AFL, Ximenes VM. Homeless women: psychosocial implications of stigmas and preju-dices. Psicol Cienc Prof. 2022;42:e235503. doi: http://doi.org/10.1590/1982-3703003235503

Nardes S, Giongo RC. Homeless women: memories, daily life and access to the public policies. Rev Estud Fem. 2021;29(1):e66011. doi: https://doi.org/10.1590/1806-9584-2021v29n166011

Schuck AL, Gesser M, Beiras A. Dialogues between gender and experiences with the street popula-tion. Rev Psicol Polít [Intenet]. 2020 [cited May 16, 2022];20(48):279-94. Available from: http://pep-sic.bvsalud.org/pdf/rpp/v20n48/v20n48a03.pdf

Siqueira PM, Hernandez ML, Furtado LAC, Feuer-werker LCM, Moreno HV, Santos HE. "Oh pedaço de mim, oh metade amputada de mim...". Saúde Redes. 2018;4(supl1):51-9. doi: https://dx.doi. org/10.18310/2446-4813.2018v4n1suple-mp51-59

Bersani H. Aportes teóricos e reflexões so-bre o racismo estrutu-orgdoi//dxhttpsdoi175-962018;11(2)Extrapren-saral no Brasil/10.11606/extraprensa2018.148025

Silva TO, Araújo EM, Freitas KS, Silva SSB. Políti-ca nacional de saúde integral da população negra: uma proposta de avaliação. Saúde De-bate. 2021;45(129):354-65. doi: https://doi. org/10.1590/0103-11042021129102

Novaes ED, Souza SAB, Pereira W. O direito à ed-ucação e as possibilidades deressignificações: um relato de experiência com pessoas em situação de rua. Rev InSURgência. 2020;5(2):190-214. doi: http://doi.org/10.26512/insurgencia.v5i2.29081

Texto originalmente publicado na Rev Rene (Online) ; 23, 2022. Barros KCC, Moreira R de CR, Oliveira JF de, Nascimento DFB do, Jesus MEF de, Ferreira RBS. Vulnerabilidades de mulheres em situação de rua: marcadores sociais de gênero e raça/cor. Rev Rene [Internet]. 16º de agosto de 2022 [citado 24º de agosto de 2026];23:e80608. Disponível em: https://periodicos.ufc.br/rene/article/view/80608

TEXTO 2

MULHERES TRANSGÊNERAS EM SITUAÇÃO DE RUA E OS DESAFIOS PARA UMA ATENÇÃO INTEGRAL

Keila Cristina Costa dos Santos

A população em situação de rua é heterogênea e reúne diferentes trajetórias, histórias de vida, identidades, modos de existir e necessidades de cuidado. Reconhecer essa diversidade é fundamental para que as práticas profissionais não reproduzam a invisibilidade e as desigualdades que historicamente atravessam essa população. Entre os diferentes grupos que vivenciam a rua, encontram-se mulheres transgêneras e travestis, cujas experiências são marcadas pela sobreposição de diferentes vulnerabilidades.

A transgeneridade compreende inúmeras possibilidades de identificação com um gênero diferente daquele atribuído ao nascimento. O termo trans engloba diferentes experiências e identidades, incluindo mulheres e homens transexuais, travestis e outras formas de expressão que rompem com a linearidade socialmente estabelecida entre sexo, gênero e papéis sociais (Jesus, 2012; Souza; Tanaka, 2022).

A Pesquisa Censitária da População em Situação de Rua, realizada no município de São Paulo em 2019, estimou a existência de 24.344 pessoas vivendo em situação de rua, das quais 386 eram pessoas transgêneras, correspondendo a 1,6% desse contingente. Entre as pessoas trans identificadas, 55,5% eram mulheres transgêneras, 10,5% travestis e 9,5% homens transgêneros. Observou-se, ainda, predominância de pessoas negras (67%) e de indivíduos na faixa etária entre 31 e 49 anos (Brasil, 2019).

Quando a experiência da transgeneridade se articula à situação de rua, as vulnerabilidades podem ser intensificadas. A ausência de moradia, a pobreza, a fragilidade ou ruptura dos vínculos familiares, a discriminação, a violência e as dificuldades de acesso às políticas públicas constituem elementos que se relacionam e produzem impactos importantes sobre as condições de saúde e de vida.

Portanto, cuidar de mulheres transgêneras em situação de rua exige mais do que reconhecer uma identidade de gênero. Exige compreender como gênero,

raça, classe social, pobreza, violência, território, trabalho, acesso às políticas públicas e relações familiares se articulam na produção do processo saúde-doença-cuidado.

1. Quando ser mulher, ser trans e estar na rua se encontram

A situação de rua não pode ser compreendida apenas como ausência de uma residência. Trata-se de uma condição social relacionada à pobreza extrema, ao rompimento ou fragilização dos vínculos familiares e à utilização dos espaços públicos e áreas degradadas como lugar de moradia e sobrevivência (Brasil, 2009).

Para mulheres transgêneras, esse processo pode assumir características particulares. Conflitos familiares, rejeição da identidade ou orientação sexual, experiências de violência e traumas vivenciados desde a infância podem contribuir para processos de exclusão e, em determinadas trajetórias, para a chegada à situação de rua (Flentje et al., 2016).

Assim, é importante evitar uma leitura individualizante que responsabilize a pessoa por sua condição. A situação de rua precisa ser compreendida como resultado de processos sociais e históricos, nos quais diferentes desigualdades podem se combinar.

No caso das mulheres transgêneras, a discriminação relacionada à identidade de gênero pode se somar às desigualdades econômicas, raciais e sociais, produzindo um processo de discriminação interseccional.

O que acontece quando uma pessoa precisa lutar simultaneamente para sobreviver à rua e para ter sua identidade reconhecida? Essa pergunta ajuda a deslocar o olhar profissional daquilo que muitas vezes é entendido como uma "característica individual" para os processos sociais que produzem e aprofundam as vulnerabilidades.

2. A saúde não começa no serviço de saúde

Pensar a saúde de mulheres transgêneras em situação de rua requer ampliar a compreensão sobre o próprio conceito de saúde.

A saúde não se limita à ausência de doenças. As condições de moradia, alimentação, trabalho, renda, segurança, relações sociais e acesso aos direitos também interferem diretamente nas possibilidades de viver e cuidar de si (Almeida Filho, 2018).

Dessa forma, quando uma mulher transgênera em situação de rua apresenta determinado agravo à saúde, é necessário perguntar: Onde ela dorme? Tem acesso regular à alimentação? Possui documentos? Consegue acessar os serviços públicos? É respeitada pelo nome e pronome? Tem acesso a banheiro seguro? Está exposta a situações de violência? Possui vínculos familiares ou comunitários? Tem acesso a medicamentos? Consegue realizar acompanhamento de saúde? Existe uma rede de apoio? Já sofreu discriminação ou violência dentro de serviços públicos?

Essas perguntas ajudam a compreender que muitas situações que aparecem como demandas clínicas possuem raízes sociais. A vulnerabilidade social decorrente da ausência de moradia, da discriminação, da violência e da exclusão social repercute sobre a saúde física e mental e pode aumentar a exposição a diferentes agravos.

3. A rua, a violência e o adoecimento

A violência ocupa lugar central nas experiências relatadas na literatura sobre mulheres transgêneras em situação de rua. Essas mulheres podem vivenciar violência física e verbal, violência sexual, discriminação e diferentes formas de violência simbólica e institucional. O constante sentimento de perigo e a necessidade de permanecer em estado de alerta podem produzir impactos sobre a saúde física, mental e social (Kulick, 2008).

A violência, portanto, não deve ser compreendida apenas como um episódio isolado. Ela pode atravessar o cotidiano e interferir nas relações sociais, na busca por serviços, na construção de vínculos e na própria percepção de segurança. Além disso, experiências de violência e trauma podem estar associações com estresse pós- traumático, depressão e outras repercussões psicológicas (Flentje et al., 2016; Abramovich et al., 2020).

Para o profissional, isso significa que acolher não é apenas perguntar qual é a queixa principal. É também criar condições para que a pessoa possa falar sobre suas necessidades e experiências sem medo de julgamento, exposição ou revitimização.

4. A transfobia também pode acontecer dentro dos serviços

Um dos aspectos mais importantes para a formação dos profissionais é compreender que a violência contra mulheres transgêneras não acontece somente nas ruas. Ela também pode ocorrer dentro das instituições.

A utilização do sexo atribuído no nascimento como critério para acolhimento institucional, por exemplo, pode produzir situações de violência institucional quando a identidade de gênero da pessoa não é respeitada. Da mesma forma, dificuldades relacionadas ao acesso a banheiros, desrespeito ao nome social e não reconhecimento da identidade de gênero são apontados como experiências de violência institucional nos serviços públicos (Mendes et al., 2019).

Esse aspecto merece atenção especial porque o serviço de saúde ou de assistência social deveria funcionar como espaço de proteção e garantia de direitos.

Quando uma pessoa que já vivência violência na rua encontra, dentro do serviço, novas experiências de humilhação, desrespeito ou negação de sua identidade, ocorre uma ampliação da vulnerabilidade.

Na prática profissional algumas atitudes simples podem fazer diferença: reconhecer a pessoa pelo nome pelo qual ela deseja ser chamada; respeitar sua identidade de gênero; evitar perguntas desnecessárias sobre o corpo, genitais ou procedimentos de afirmação de gênero; garantir privacidade durante o atendimento; não presumir práticas sexuais, uso de substâncias ou formas de trabalho a partir da identidade da pessoa; evitar transformar a identidade trans em diagnóstico ou problema; perguntar quais são suas necessidades e prioridades; construir o cuidado com a pessoa, e não apenas para ela.

5. Mulheres transgêneras negras: quando as vulnerabilidades se sobrepõem

A dimensão racial é indispensável para compreender as experiências das mulheres transgêneras em situação de rua.

As mulheres transgêneras negras enfrentam desafios relacionados à discriminação racial e étnica, pobreza, menores oportunidades educacionais e dificuldades de inserção no mercado de trabalho. Estudos também identificaram maior instabilidade habitacional entre mulheres trans negras e dificuldades relacionadas ao acesso aos serviços de saúde, medicamentos e maior exposição a abusos sexuais e Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST's) (Eastwood et al., 2021; Glick et al., 2019; Lyons et al., 2016; Siqueira; Marcolino, 2021)).

Essa realidade evidencia que não existe uma única maneira de vivenciar a transgeneridade ou a situação de rua. As experiências são atravessadas por raça, classe, idade, território, redes de apoio, condições de trabalho, história familiar e diferentes formas de violência. Por isso, uma prática profissional comprometida com a equidade precisa reconhecer as diferenças existentes dentro da própria população trans (Oliveira, 2018).

6. Trabalho, sobrevivência e cuidado com o corpo

As dificuldades de inserção no mercado de trabalho aparecem como um dos elementos relacionados às vulnerabilidades vivenciadas pelas mulheres transgêneras. James (2016) aponta uma penalidade adicional no mercado de trabalho relacionada à condição de ser mulher e transgênero.

Nesse contexto, algumas mulheres recorrem ao trabalho sexual como estratégia de sobrevivência e também para obtenção de recursos destinados a processos de afirmação de gênero. Eastwood et al (2021) também aborda situações de maior exposição ao Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e outras IST's, incluindo práticas sexuais desprotegidas e compartilhamento de agulhas em procedimentos clandestinos de aplicação de silicone.

É fundamental, entretanto, que essas questões sejam abordadas sem moralização. Uma abordagem de redução de danos parte da realidade concreta vivenciada pela pessoa e busca construir, conjuntamente, estratégias possíveis de proteção e cuidado. Em vez de perguntar: "Por que você faz isso?" é possível perguntar: "O que você precisa para fazer isso de uma maneira mais segura?". Essa mudança aparentemente simples desloca o atendimento do julgamento para o cuidado.

7. A passabilidade e o direito de existir

Outro conceito importante para compreender as experiências das mulheres transgêneras é o de passabilidade.

O conceito está relacionado à aproximação da expressão de gênero de uma pessoa trans em relação aos padrões socialmente construídos sobre o que seria uma mulher cisgênera. Aspectos como vestimentas, cabelo, unhas, corpo e outras características podem influenciar a forma como uma mulher trans é percebida socialmente (Lucena, 2018).

Na realidade das ruas, essa questão pode assumir uma dimensão relacionada à própria proteção. A passabilidade pode funcionar, para algumas pessoas, como mecanismo de defesa diante da exposição à violência física e simbólica.

Isso revela uma questão importante para a prática profissional: ninguém deveria precisar parecer "suficientemente mulher" para ter direito ao cuidado, ao respeito, à segurança ou ao acesso às políticas públicas. A identidade de uma pessoa não deve ser condicionada à sua aparência.

8. Redes de apoio: entre iguais também se produz cuidado

Apesar das inúmeras vulnerabilidades, as mulheres transgêneras não devem ser compreendidas somente a partir da perspectiva da falta. Elas também constroem redes, estratégias de sobrevivência, vínculos e formas de proteção.

A convivência com outras mulheres transgêneras e o apoio de amigos podem funcionar como importantes fatores de proteção diante das vulnerabilidades relacionadas à rua e à identidade trans (Eastwood et al., 2021).

Os grupos de iguais podem oferecer proteção, pertencimento, troca de informações, apoio emocional e estratégias para enfrentar situações de violência e exclusão.

Para os profissionais, isso significa que a rede de cuidado não está somente dentro das instituições. Ela também está no território. Está nas amizades, nos coletivos, nos vínculos comunitários e nas pessoas que a própria usuária reconhece como referência.

Por isso, conhecer e fortalecer essas redes pode ser parte fundamental do Projeto Terapêutico Singular e das estratégias de cuidado.

9. SUS e SUAS: proteção, direitos e cuidado compartilhado

O cuidado às mulheres transgêneras em situação de rua não pode ser atribuído exclusivamente a um serviço ou a uma categoria profissional.

A complexidade das demandas exige articulação entre as políticas públicas e os diferentes pontos da rede.

O SUS e o SUAS possuem papel fundamental na proteção social e na garantia de direitos das pessoas em situação de rua. A Resolução no 40/2020 estabelece diretrizes para promoção, proteção e defesa dos direitos humanos das pessoas em situação de rua, incluindo aspectos relacionados à orientação sexual e identidade de gênero (Brasil, 2020).

Entretanto, a existência de políticas e serviços não garante, por si só, acesso equânime. É necessário que os profissionais estejam preparados para reconhecer as barreiras existentes e construir estratégias para superá-las.

Nesse sentido, o cuidado precisa ser:

• acolhedor, porque ninguém deve ser recebido com julgamento;

• respeitoso, porque a identidade de gênero precisa ser reconhecida;

• territorial, porque a rua também é espaço de vida;

• intersetorial, porque saúde, assistência social, habitação, trabalho e direitos humanos estão articulados;

• equânime, porque pessoas diferentes podem necessitar de estratégias diferentes; • continuado, porque o cuidado não pode terminar no primeiro atendimento.

Cuidar nesse contexto, é também reconhecer. Reconhecer é não invisibilizar. E não invisibilizar é uma forma de garantir direitos!

Vimos que as mulheres transgêneras em situação de rua vivenciam um ciclo de vulnerabilidades marcado pela pobreza, estigmatização, exclusão, violência e adoecimento. Romper esse ciclo exige mais do que atendimento pontual: requer políticas públicas efetivas, formação profissional, educação permanente, articulação intersetorial e práticas de cuidado comprometidas com os direitos humanos.

Referências bibliográficas

ABRAMOVICH, A. et al. A transgender refugee woman experiencing posttraumatic stress disorder symptoms and homelessness. CMAJ, 2020; 6; 192(1): E9-E11.

ALMEIDA FILHO, N. A. O que é saúde? Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2018. 160 p. BELTRAN, T. et al. Intersectional Discrimination Is Associated with Housing Instability among Trans Women Living in the San Francisco Bay Area. International Journal of Environmental Research and Public Health, 2019; 16(22).

BRASIL. Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos. Conselho Nacional dos Direitos Humanos. Resolução no 40, de 13 de outubro de 2020. Dispõe sobre as diretrizes para promoção, proteção e defesa dos direitos humanos das pessoas em situação de rua, de acordo com a Política Nacional para População em Situação de Rua. Brasília, DF, 2020.

BRASIL. Prefeitura Municipal de São Paulo. Secretaria de Assistência e Desenvolvimento Social. Pesquisa censitária da população em situação de rua, caracterização socioeconômica da população adulta em situação de rua e relatório temático de identificação das necessidades desta população na cidade de São Paulo. São Paulo, 2019.

BRASIL, Decreto No 7.053 de 23 de dezembro de 2009.Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências. Presidência da República, Brasília: 2009.

EASTWOOD, E. A. et al. Young Transgender Women of Color: Homelessness, Poverty, Childhood Sexual Abuse and Implications for HIV Care. AIDS and Behavior, 25(Suppl 1): 96-106.

FLENTJE, A. et al. Mental and Physical Health among Homeless Sexual and Gender Minorities in a Major Urban US City. Journal of Urban Health, 2016; 93(6): 997-1009.

GLICK, J. L. et al. "Housing Insecurity Seems to Almost Go Hand in Hand with Being Trans": Housing Stress among Transgender and Gender Non-conforming Individuals in New Orleans. Journal of Urban Health, 2019; 96(5): 751-759.

JAMES, S. E. et al. The report of the 2015 U.S. transgender survey. Washington, DC: National Center for Transgender Equality, 2016.

JESUS, J. G. Orientações sobre a população transgênero: conceitos e termos. Brasília: Autor, 2012. 24 p.

KULICK, D. Travesti: prostituição, sexo, gênero e cultura no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. 280 p.

LUCENA, S. G. Análise da passabilidade como mecanismo de proteção às experiências trans. In: CONQUEER... Campina Grande: Realize Editora, 2018. p. 156.

LYONS, T. et al. Experiences of Trans Women and Two-Spirit Persons Accessing Women-Specific Health and Housing Services in a Downtown Neighborhood of Vancouver, Canada. LGBT Health, 2016; 3(5): 373-378.

MENDES, L. G. et al. Social protection and production of care for transvestites and transgender women in homeless situation in the city of Belo Horizonte (MG). Saúde em Debate, 2019; 43(8): 107-119.

OLIVEIRA, M. R. G. "Transexistências negras: O lugar de travestis e mulheres transexuais negras no Brasil e em África até o século XIX". In: RIBEIRO, P. R. C.; MAGALHÃES, J. C.; SEFFNER, F.; VILAÇA, T. Corpo, gênero e sexualidade: resistência e ocupa(ações) nos espaços de educação. Rio Grande: EDFURG, 2018.

SIQUEIRA, G. C.; MARCOLINO, M. A. Mulheres transexuais e travestis negras: vulnerabilidade, preconceito e discriminação. Debates en Sociología, 2021; 52: 43-57.

SOUZA, E. S.; TANAKA, L. H. Healthcare: action research with trans people living on the streets. Revista Brasileira de Enfermagem, 2022; 75(Suppl 2): e20210016.

Texto cedido pelo/a autor/a para esta publicação.

TEXTO 3
SAÚDE DAS MULHERES E MATERNAGEM DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA

Keila Cristina Costa Barros

A saúde da mulher em situação de rua é marcada por um contexto de vulnerabilidades sociais, econômicas e institucionais que atravessam seus corpos e experiências de forma intensa. Essas mulheres, enfrentam desafios cotidianos para acessar os serviços de saúde, muitas vezes atravessados por preconceitos de classe, raça e gênero. Casos de negativa explícita de atendimento em unidades de saúde, ausência de escuta qualificada, exigência de documentos pessoais e julgamentos morais por parte de profissionais são recorrentes, sobretudo em contextos de pré-natal, parto, saúde mental e uso de substâncias psicoativas (Gomes et al., 2017).

Esses entraves institucionais não apenas violam direitos constitucionais, como também desestimulam a procura por cuidados, resultando em agravamento de condições clínicas e no rompimento precoce dos vínculos com os serviços. No entanto, algumas estratégias e espaços têm se mostrado mais acolhedores e efetivos, como os Consultórios na Rua (CnaR), as equipes de Redução de Danos, os Centros de Referência Especializados para População em Situação de Rua (Centro POP), as Casas de Acolhimento para gestantes e puérperas, além de ações articuladas entre Saúde, Assistência Social e Defensoria Pública. Esses dispositivos, quando bem estruturados e orientados por práticas antiproibicionista, antirracistas e centradas no cuidado, conseguem promover não apenas o acesso, mas o pertencimento dessas mulheres aos espaços institucionais (Gomes et al., 2017).

Nesse contexto, é urgente também lançar um olhar sensível e interseccional sobre as meninas e adolescentes em situação de rua, considerando os atravessamentos geracionais que afetam suas vivências. A adolescência, marcada por transformações físicas, psíquicas e sociais, torna-se ainda mais complexa quando vivida sob condições extremas de vulnerabilidade. Meninas e adolescentes em situação de rua estão expostas a múltiplas formas de violência, incluindo abusos sexuais, gravidez precoce, exploração do trabalho informal e envolvimento com drogas, muitas vezes como estratégia de sobrevivência. Essas vivências impactam diretamente sua relação com o corpo, com

a sexualidade e a possibilidade de exercer futuramente a maternagem com autonomia e dignidade. Ao mesmo tempo, observa-se que a ausência de políticas públicas direcionadas a essa faixa etária perpetua ciclos intergeracionais de exclusão e marginalização, o que exige estratégias específicas de cuidado e proteção (Castro, 2014).

Além dos fatores estruturais, a saúde dessas mulheres é diretamente afetadas por violências simbólicas e institucionais que enfrentam. O uso de álcool e outras drogas, frequentemente associado a essas mulheres, é interpretado pela sociedade como sinal de negligência e incapacidade materna, desconsiderando os contextos de sofrimento psíquico e exclusão social que motivam esse comportamento (Almeida; Quadros, 2016). A responsabilização individual das mulheres em situação de rua por sua condição de vida é reflexo de uma lógica moralizante e patriarcal que ignora as raízes estruturais da desigualdade, como o racismo e o sexismo (Davis, 2016; Collins, 2019). Assim, o estigma e a discriminação acabam por afastá-las ainda mais dos serviços públicos de saúde, tornando o cuidado mais fragmentado e excludente. A precarização da vida nas ruas expõe essas mulheres a riscos como a violência física e sexual, Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST's), gestações não planejadas e complicações no ciclo reprodutivo. A maternagem, nesse contexto, surge como um ponto central da saúde da mulher em situação de rua, pois está associada tanto ao cuidado de si quanto ao cuidado de outros.

A maternagem, tradicionalmente ligada ao vínculo afetivo entre mãe e filho/a, passou por transformações significativas a partir de suas construções sociais e culturais (Gradvohl; Osis; Makuch, 2014). Na história, os conceitos de maternagem, infância e família se articulam com os contextos sociais, culturais e econômicos de cada época (Ariés, 1986; Poster, 1979). Com a ascensão do capitalismo e da burguesia, entre os séculos XVII e XIX, instaurou-se a divisão entre o espaço público e o privado, com a mulher sendo responsável pelo cuidado familiar (Winnicott, 2000; Scavone, 2001).

Durante a modernidade, a figura materna foi idealizada como natural e instintiva, reforçando o mito do instinto materno e a maternagem como dever exclusivo da mulher (Badinter, 1985; Correia, 1998). No século XIX, essa função ganhou status social, com a mulher sendo exaltada como "rainha do lar" (Freire, 2008). O Estado, por sua vez, passou a regulamentar a maternagem como parte de um projeto patriótico e moralizante, principalmente após a Primeira Guerra Mundial, visando a reprodução de cidadãos saudáveis (Gradvohl; Osis; Makuch, 2014).

Essa idealização resultou em pressões sociais sobre as mulheres, especialmente àquelas que não desejavam maternar ou exerciam dupla jornada (Correia, 1998; Moura, 2004). O discurso médico reforçava esse ideal sagrado da mãe, normatizando os cuidados infantis (Moreira, 2009). No século XX, os movimentos feministas trouxeram críticas a essa imposição. Enquanto o feminismo radical questionava a maternidade como submissão, o maternalista a defendia como trabalho social merecedor de remuneração (Szapiro, 2008; Bock, 1991). A partir daí, emergiu a maternagem como escolha, desvinculada da obrigação biológica (Scavone, 2001; Badinter, 2011).

Avanços tecnológicos, como contraceptivos e mamadeiras, permitiram à mulher maior autonomia sobre a fecundidade e divisão dos cuidados (Scavone, 2001). A medicina reprodutiva e as novas configurações familiares, como casais homoafetivos e mães sociais, ampliaram o conceito de maternagem para além do modelo tradicional (Freire, 2008; Passos, 2005).

Atualmente, muitas mulheres optam por adiar ou não ter filhos/as, priorizando projetos pessoais (Barbosa; Rocha, 2007). A maternagem, nas classes mais altas, é muitas vezes terceirizada para instituições, enquanto em contextos de vulnerabilidade, como entre mulheres em situação de rua, ocorre com apoio de redes familiares ampliadas — a chamada “terceirização do cuidado” (Andrade; Mishima-Gomes; Barbiere, 2012).

A maternagem nas ruas desafia os modelos normativos. Muitas mulheres são estigmatizadas e criminalizadas, especialmente se negras, pobres e usuárias de substâncias psicoativas (SPA) (Santos; Baptista; Constantino, 2021). Esse cenário revela a aporofobia (aversão, repulsa ou hostilidade contra pessoas pobres, em situação de miséria ou vulnerabilidade social) estrutural que atinge mulheres pretas e pobres, marcadas por múltiplas violências (Santos et al., 2020).

É nesse ponto que se insere a necessidade de historicizar o maternar da mulher negra. Dados do CadÚnico (Brasil, 2023) apontam que mais de 68% das pessoas em situação de rua são negras. Assim, a análise da maternagem deve considerar os atravessamentos de raça, classe e gênero, que geram hierarquias reprodutivas (Collins, 2019; Mattar; Diniz, 2012). No Brasil escravocrata, mulheres negras foram privadas de maternar seus próprios filhos/as, sendo usadas como amas-de-leite ou para reprodução forçada (Davis, 2016; Kilomba, 2019).

Apesar da negação de seus direitos reprodutivos, essas mulheres resistiram por meio de redes de solidariedade e cuidado compartilhado, inspiradas nas tradições africanas de parentalidade coletiva (Dos Reis, 2018; Collins, 2019). Tais redes, chamadas de maternagem cooperativa, seguem sendo formas de resistência frente à pobreza e à violência estrutural (Richwin; Zanello, 2022). O racismo estrutural, herdado da colonização, ainda impede o acesso equitativo à maternagem, especialmente quando essas mulheres se encontram em situação de rua (Almeida, 2018).

Merece também destaque a vivência da maternagem por meninas e adolescentes em situação de rua, marcada por gravidezes precoces, frequentemente não planejadas, associadas a contextos de violência sexual, relações abusivas, ausência de vínculos familiares estáveis e evasão escolar. A adolescência, etapa de desenvolvimento que deveria ser protegida, é abruptamente interrompida, e essas meninas são forçadas a assumir responsabilidades maternas em meio à extrema vulnerabilidade. A precariedade das condições de vida, somada ao estigma social, torna o exercício da maternagem ainda mais difícil, submetendo essas adolescentes a julgamentos morais que desconsideram suas histórias de sofrimento e exclusão. Apesar disso, muitas constroem formas singulares de cuidado, mobilizando estratégias de sobrevivência, solidariedade entre pares e desejo de proteger seus/suas filhos/as, ainda que sem apoio institucional adequado (Souza; Amorim, 2020; Marcolino; Moraes, 2015).

A maternagem exercida por mulheres em situação de rua é marcada por múltiplas formas de cuidado, profundamente atravessadas por questões sociais, culturais, econômicas e raciais (Santos et al., 2024). Muitas dessas mulheres mantêm vínculos afetivos fragilizados com familiares e amigos, mas, ainda assim, buscam apoio nessas redes ou em instituições para garantir o bem-estar de seus/suas filhos/as. Outras, mesmo em extrema vulnerabilidade, expressam desejo de manter a guarda e o cuidado de seus filhos/as, enquanto algumas, por circunstâncias adversas, acabam por abandoná-los, demonstrando a diversidade de experiências (Costa et al., 2015; Martins, 2010).

O exercício da maternagem na rua impõe desafios significativos, entre eles a dificuldade de acesso ao trabalho remunerado, especialmente porque o cuidado com os/as filhos/as exige tempo e presença. Essa realidade força muitas mulheres a trabalhos precários ou mesmo à prostituição, o que acarreta desgaste físico e psicológico (Benbow; Forchuk; Ray, 2011; Kennedy et al., 2014;

Almeida; Quadros, 2016). O uso de álcool e outras drogas por mulheres acarreta uma pesada carga emocional, marcada por sentimentos de desgosto e temor diante do julgamento social. Em uma sociedade proibicionista, racista e sexista, esse comportamento é frequentemente associado à transgressão, e essas mulheres acabam sendo vistas de forma desumanizada, como se fossem indignas de exercer a maternagem (Oliveira; Paiva, 2007; Malheiro, 2020)

A violência física, institucional e obstétrica é frequente, incluindo agressões durante a gravidez (Coldibeli; Paiva; Batista, 2021). O temor da perda da guarda dos/as filhos/as é constante entre essas mulheres, o que muitas vezes impede que busquem apoio no pré-natal ou em serviços públicos. A separação precoce, muitas vezes institucionalizada por hospitais, retira delas o direito à maternagem e à construção do vínculo materno, mesmo em casos em que a mulher deseja e tem condições de cuidar (São Paulo, 2017; Siqueira et al., 2018). Essa prática afeta profundamente tanto a saúde mental das mães quanto o desenvolvimento psíquico das crianças (Boing; Crepaldi, 2004).

A Nota Técnica Conjunta n.º 001/2016 estabelece que a situação de rua, por si só, não deve justificar a destituição do poder familiar. Tal decisão deve ser tomada apenas como última alternativa, após esgotadas todas as possibilidades de convivência familiar e com análise de equipe multidisciplinar (Brasil, 2016). Frente a isso, é essencial repensar práticas assistenciais, a fim de garantir um cuidado mais humanizado, justo e efetivo à maternagem nas ruas.

O objetivo deste texto foi analisar criticamente a maternagem e a saúde/cuidado das mulheres em situação de rua, evidenciando como as desigualdades sociais, raciais, de gênero e institucionais afetam negativamente o acesso a direitos reprodutivos, ao cuidado e à saúde dessas mulheres e seus/suas filhos/as. Diante disso, o questionamento refletido neste texto:de que forma as desigualdades sociais, raciais, de gênero e institucionais impactam a saúde/cuidado e o exercício da maternagem por mulheres em situação de rua?

Considerações finais

A análise da saúde das mulheres em situação de rua, com ênfase na maternagem, revela uma realidade marcada por múltiplas opressões e vulnerabilidades. A vivência da maternidade nas ruas é profundamente atravessada por determinantes sociais, como o racismo estrutural, o sexismo, a pobreza e a violência institucional. Tais fatores não apenas dificultam o acesso aos serviços de saúde, como também desumanizam essas mulheres, negando-lhes o direito ao cuidado, à maternagem e ao vínculo com seus/suas filhos/as.

É fundamental superar visões moralizantes e punitivistas que responsabilizam individualmente essas mulheres por suas condições de vida, ignorando o contexto de exclusão e abandono do Estado. A maternagem em situação de rua desafia os modelos normativos e revela a potência das redes de cuidado compartilhado como forma de resistência. Ao mesmo tempo, evidencia a urgência de políticas públicas intersetoriais, humanizadas, antiproibicionistas e antirracistas, que garantam acesso integral à saúde, à moradia, à renda e à proteção social.

Reconhecer a maternagem como um direito, e não como um privilégio condicionado à adequação a padrões sociais, é essencial para promover justiça reprodutiva e equidade. Nesse sentido, torna-se imprescindível escutar essas mulheres, respeitar suas trajetórias, singularidades e diversidades, e assegurar que nenhuma maternagem seja negada pela condição de estar nas ruas.

Referências bibliográficas

ALMEIDA, R.; QUADROS, M. F. Trabalho, violência e drogas entre mulheres em situação de rua. Revista Psicologia Política, v. 16, n. 38, p. 91-104, 2016.

ALMEIDA, Silvio. Racismo estrutural. São Paulo: Pólen, 2018. ARIÉS, Philippe. História social da criança e da família. 2. ed. Rio de Janeiro: LTC, 1986.

BADINTER, Elisabeth. Um amor conquistado: o mito do amor materno. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985.

BARBOSA, Regina Maria; ROCHA, Gilvânia Maria da. Corpo e gênero. In: VELHO, Gilberto (org.). Antropologia urbana: cultura e sociedade no Brasil. Rio de Janeiro: Zahar, 2007. p. 137-158.

BENBOW, N.; FORCHUK, C.; RAY, S. Mothers experiencing homelessness: mental health and well-being. Journal of Advanced Nursing, v. 67, n. 7, p. 1446–1455, 2011.

BOING, E.; CREPALDI, M. A. Os efeitos do abandono para o desenvolvimento psicológico de bebês: a maternagem como fator de proteção. Psicologia em Estudo, v. 9, n. 1, p. 109-117, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Nota Técnica Conjunta Nº 001/2016: Diretrizes,

fluxo e fluxograma para a atenção integral às mulheres e adolescentes em situação de rua e/ou usuárias de álcool e/ou crack/outras drogas e seus filhos recém-nascidos. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

CASTRO, C. R. Aconteceu, aí eu deixei vir...a gravidez em meninas de rua. Curitiba: Appris, 2014.

COLDIBELI, R.; PAIVA, I. L.; BATISTA, L. C. A maternagem de mulheres em situação de rua: desafios no cuidado e no reconhecimento. Revista Brasileira de Enfermagem, v. 74, supl. 6, p. e20201461, 2021.

COLLINS, Patricia Hill. Pensamento feminista negro: conhecimento, consciência e a política do empoderamento. São Paulo: Boitempo, 2019.

CORREIA, Maria do Desterro. As representações sociais da maternidade: o discurso médico e jurídico no século XIX. São Paulo: EDUC, 1998.

COSTA, S. M. et al. Ser mãe em situação de rua: vínculos e singularidades. Ciência & Saúde Coletiva, v. 20, n. 8, p. 2437-2446, 2015.

DAVIS, Angela. Mulher, raça e classe. Tradução de Heci Regina Candiani. São Paulo: Boitempo, 2016.

DOS REIS, Ana Flávia Magalhães Pinto. Revoltas, resistências e poder feminino nas lutas por liberdade no Brasil escravista. Revista O Menelick 2º Ato, São Paulo, n. 18, 2018.

FREIRE, Eliane Lucia de Oliveira. Família e sociedade no Brasil. São Paulo: Cortez, 2008.

GOMES, R. M. et al. Maternidade e situação de rua: desafios enfrentados por mulheres. Interface, v. 21, supl. 1, p. 1129-1140, 2017.

GRADVOHL, Sônia Maria Alves; OSIS, Maria José Duarte; MAKUCH, Maria Yury Ichihara. Padrões de cuidado à saúde de mulheres e recém-nascidos: perspectivas históricas e contemporâneas. In: BRUSCHINI, Cristina; UNBEHAUM, Sandra Regina (org.). Gênero, saúde e direitos sexuais e reprodutivos. Campinas: Ed. da Unicamp, 2014. p. 115-142.

KENNEDY, A. C. et al. The impact of homelessness on parenting and children's

health. Children and Youth Services Review, v. 46, p. 25–33, 2014.

KILOMBA, Grada. Memórias da plantação: episódios de racismo cotidiano. Tradução de Jess Oliveira. Rio de Janeiro: Cobogó, 2019.

MALHEIRO, L. S. B. Tornar-se mulher usuária de crack: trajetórias de vida, cultura de uso e políticas de drogas. Rio de janeiro. Telha, 2020.

MARCOLINO, T. Q.; MORAES, M. C. Maternidade precoce e invisibilidade: desafios de adolescentes em situação de rua. Revista Katálysis, v. 18, n. 2, p. 284–293, 2015.

MARTINS, M. R. V. O cuidado de mães em situação de rua com seus filhos. Psicologia: Teoria e Pesquisa, v. 26, n. 2, p. 233-241, 2010.

MATTAR, Ana; DINIZ, Debora. Hierarquias reprodutivas e direitos sexuais. Revista Estudos Feministas, Florianópolis, v. 20, n. 2, p. 415-426, maio/ago. 2012.

MOREIRA, Maria Inês Batista. Maternidade e subjetividade. In: DIMENSTEIN, Gilberto; SCAVONE, Lucila (org.). Família: valores e mudanças. São Paulo: Summus, 2009. p. 87-101.

OBPOPRUA/POLOS-UFMG. Observatório Brasileiro de Políticas Públicas com a População em Situação de Rua. Dados da população em situação de rua. 2022. Disponível em: https://polos.ufmg.br/obpoprua/. Acesso em: 6 mai. 2025.

PASSOS, Eduardo. Família e homossexualidade: uma análise psicossocial. Rio de Janeiro: Garamond, 2005.

POSTER, Mark. Família, discurso e sexualidade. São Paulo: Perspectiva, 1979.

RICHWIN, Priscila; ZANELLO, Valeska. Maternidade, racismo e pobreza: o cuidado compartilhado como resistência. Cadernos Pagu, Campinas, n. 64, e216411, 2022. Disponível em: https://periodicos.unicamp.br/ojs/index.php/cadpagu/article/view/216411. Acesso em: 5 mai. 2025.

ROUDINESCO, Élisabeth. A família em desordem. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003.

SANTOS, K. C. C.; MARQUES, L. S. S.; GONÇALVES, M. T. et al. Maternidade e maternagem em situação de rua: revisão integrativa. Revista Ciências e Saúde Coletiva, v.29, n.10, p. 1-13, 2024.

SANTOS, Cecília Vieira dos; BAPTISTA, Ana Maria; CONSTANTINO, Patrícia. Mulheres em situação de rua e a maternagem: resistências e disputas de saberes. Revista Temas em Educação e Saúde, Araraquara, v. 17, n. 1, p. 1-17, 2021.

SARMENTO, Maria João. Famílias africanas e modelos de parentalidade: uma perspectiva sócio-cultural. Lisboa: Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa, 2020.

SÃO PAULO (Município). Secretaria Municipal de Direitos Humanos e Cidadania. Estudo sobre a retirada de bebês de mães em situação de rua. São Paulo: SMDHC, 2017.

SCAVONE, Lucila. Gênero e trabalho: novas abordagens. In: LOMBARDI, José Claudinei; SAVIANI, Dermeval (org.). História e Historiografia da Educação no Brasil. Campinas: Autores Associados, 2001. p. 187-203.

SIQUEIRA, K. et al. Mulheres em situação de rua e a retirada de seus filhos recém-nascidos: experiências e reflexões. Revista Direito e Práxis, v. 9, n. 4, p. 1979-2003, 2018.

SOUZA, M. F.; AMORIM, K. N. V. A maternidade na adolescência em contextos de exclusão social: uma análise interseccional. Revista Feminismos, v. 8, n. 2, p. 145–165, 2020.

SZAPIRO, Marília. Feminismos e maternidade: uma discussão a partir do movimento de mulheres. Revista Estudos Feministas, Florianópolis, v. 16, n. 1, p. 123-141, 2008.

TELLES, Vera da Silva. Metrópole e violência: novas configurações do espaço urbano. São Paulo: Humanitas, 2018.

WINNICOTT, Donald W. O brincar e a realidade. Rio de Janeiro: Imago, 2000.

Texto cedido pelo/a autor/a para esta publicação.

TEXTO 4

"O MASSACRE NÃO ACABOU", ALERTA VANILSON TORRES 21 ANOS APÓS CHACINA DA SÉ

Jana Sá

Texto extraído de uma reportagem com Vanilson Torres, feita por Jana Sá, para a agência de reportagem SAIBA MAIS, Página da Cidadania em 15 de agosto de 2025.

"O massacre não acabou." É assim que Vanilson Torres, coordenador do Movimento Nacional da População em Situação de Rua (MNPR), define a realidade de quem vive sem teto no Brasil, 21 anos após o Massacre da Sé. Na madrugada de 19 de agosto de 2004, sete pessoas foram assassinadas e oito ficaram feridas enquanto dormiam na Praça da Sé, em São Paulo. O episódio deu origem ao Dia Nacional de Luta da População em Situação de Rua.

Segundo Vanilson, o país avançou em alguns marcos importantes, como a criação do MNPR, a instituição da Política Nacional para a População em Situação de Rua pelo Decreto no 7.053/2009, a Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF) 976 no STF, que obriga União, estados e municípios a elaborarem planos de ação, e a implementação do Plano Ruas Visíveis pela União, em 2023. No entanto, ele alerta que essas medidas ainda estão longe de atender às necessidades reais da população em situação de rua.

"O Ruas Visíveis está muito aquém das nossas necessidades. Poucos estados e municípios instalaram seus planos."

Para o coordenador, a violência contra a população em situação de rua é cotidiana e assume múltiplas formas. "Todos os dias temos massacres, quando não temos acesso à saúde, moradia digna, trabalho e renda. Essas ausências também nos matam. Infelizmente, parte da sociedade e o Estado ainda nos criminalizam pelo viés do álcool e das drogas, quando sabemos que são vários fatores que nos levam à situação de rua."

Os dados confirmam a gravidade. Em março deste ano, o Cadastro Único registrava 335.151 pessoas em situação de rua no Brasil — 14% delas no Nordeste. No Rio Grande do Norte, levantamento da Secretaria de Estado do Trabalho, da Habitação e da Assistência Social (Sethas-RN) identificou 2.202 pessoas nessa condição, sendo 67,71% apenas na capital, Natal. Entre 2020 e 2024, o Disque 100 recebeu 46.865 denúncias de violações contra essa população, muitas ocorrendo em locais que deveriam oferecer acolhimento e proteção.

Vanilson relaciona o crescimento desse contingente a fatores estruturais como “as deformações trabalhista e previdenciária, a má distribuição de renda, crimes ambientais como os de Brumadinho e Mariana, a pandemia da Covid-19 e a alta do custo de vida”. Para reverter o quadro, defende um conjunto de políticas públicas estruturantes. “Precisamos de moradia, trabalho e renda, saúde, educação, entre outras áreas. E principalmente, de um Censo Nacional da PopRua para sabermos quem somos e onde estamos.”

As ações de mobilização também seguem ativas. “No mês de agosto, temos a semana de luta em todos os estados nos quais o MNPR está presente. Estamos organizando uma marcha nacional para denunciar o descaso e as violências contra a PopRua, além das incidências políticas que faremos em nossos estados e municípios”, diz Vanilson.

Para ele, o 19 de agosto é um dia de memória e resistência. “O massacre da Sé não terminou. Seguimos lutando para que nossas vidas sejam reconhecidas como vidas que importam, com direitos garantidos e dignidade assegurada.”

Acompanhamento e monitoramento no rn

No Rio Grande do Norte, o enfrentamento à realidade das ruas passa também pelo trabalho de acompanhamento e monitoramento das políticas públicas. A vice-presidenta do Conselho Regional de Serviço Social do RN (CRESS-RN), Lívia Gomes, explica que, para a maioria das pessoas, chegar à rua é resultado de um processo de abandono social. “O poder público e a sociedade civil têm negado a esta população vários direitos humanos e sociais previstos constitucionalmente”, afirma.

Ela observa que a omissão estatal se traduz na dificuldade de acesso a políticas públicas e na invisibilidade histórica dessa pauta. “Vivemos em uma lógica que prioriza os lucros dos grandes capitalistas em detrimento da proteção social”, avalia. Segundo Lívia, as trajetórias que levam à situação de rua são diversas e multifatoriais, envolvendo determinantes familiares, econômicos e até geográficos, como secas e enchentes.

O trabalho cotidiano do Serviço Social junto a essa população envolve a atuação em diferentes políticas — desde políticas de saúde, assistência social e previdência, a programas de transferência de renda, educação e segurança alimentar. “É nosso papel lutar para que os direitos fundamentais dessa população sejam efetivados. O Serviço Social his-

toricamente se comprometeu com a construção de uma sociedade igualitária, sem discriminação e voltada à emancipação humana", pontua.

Nesse contexto, o CRESS integra o Comitê Estadual Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento da Política para a População em Situação de Rua (CIAMP/Rua), vinculado à Secretaria de Estado das Mulheres, da Juventude, da Igualdade Racial e dos Direitos Humanos (SEMJIDH). O colegiado atua na formulação e no monitoramento das políticas para essa população, realiza visitas a equipamentos e serviços e participa de espaços de controle social, como as conferências de direitos humanos.

De acordo com Jéssica Morais, representante do CRESS no CIAMP/Rua, uma das ações programadas é a Conferência Livre da População em Situação de Rua, prevista para setembro. O objetivo é reunir demandas e propostas que subsidiem a construção da Política Estadual para o setor. "A construção e o monitoramento dessas políticas são essenciais para garantir a participação e a inclusão dessa população nos espaços de decisão e nos debates políticos locais", ressalta.

Poema como denúncia

Além da atuação política, Vanilson também expressa sua luta por meio da poesia. Para ele, o 19 de agosto é um dia de luto e de mobilização, mas também de afirmação de memória. No poema abaixo, escrito por ele, o coordenador recorda o Massacre da Sé e reforça a resistência do movimento:

Dia 19 de agosto de Luto e Luta

I
No dia 19 de agosto de 2004
Um triste fato ocorreu
7 pessoas em situação de rua
Na Praça da Sé morreu

II
Brutal e covardemente
Sem dar nenhuma defesa
Mataram 7 brasileir@s
Que viviam na incerteza

III
Na incerteza de um dia
Na incerteza de um dia
Mas vieram os meliantes
Pra suas vidas ceifar

IV
Após aquela macabra noite
Algo começou a mudar
Surgiu o Movimento População de Rua
Por seus direitos lutar

V
Começou em 2 estados
São Paulo e Minas Gerais
Hoje estamos em 19 estados
Lutando por direitos sociais

VI
Mas não pensem que é fácil
O massacre continua
Quando é negado direitos
À população em situação de rua

VII
Alguns estados conquistaram
Direito à saúde, trabalho e habitação
Porém em outros lugares, inclusive em Natal
É negado até dormir no chão

VIII
Por isso sigamos na luta
Pois nesse país nada é de graça
Se não temos moradia digna
Vamos ocupando os espaços de debates, viadutos,
marquises, ruas e praças

IX
Dia 19 de agosto no Brasil, América Latina e Caribe
É o dia de luto e luta do povo da rua
Nós não vamos nos calar jamais, sabe por quê?
Porque nossa luta e resistência continuam.

“

A alegria não chega apenas no encontro do achado, mas faz parte do processo da busca. E ensinar e aprender não podem dar-se fora da procura, fora da boniteza e da alegria

-Paulo Freire

Pedagogia da Autonomia. São Paulo: Paz e Terra, 1996.







FIOCRUZ | Pernambuco

MINISTÉRIO DA SAÚDE