**Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública**

**Das im-permanências do povo de rua à produção do
comum: o Consultório na Rua como *extituição***

Mário César da Silva

Dissertação apresentada para avaliação escrita no Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre.

Área de Concentração Política, Gestão e Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Yara Maria Carvalho

**São Paulo
2019**

Das im-permanências do povo de rua à produção do comum: o Consultório na Rua como *extituição*

Mário César da Silva

Dissertação apresentada para avaliação escrita ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre.

Área de Concentração: Política, Gestão e Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Yara Maria de Carvalho

**Versão Original
São Paulo
2019**

da Silva, Mario Cesar

Das im-permanências do povo de rua à produção do comum: o Consultório na Rua como *extituição* / Mario Cesar da Silva; orientador Yara Maria de Carvalho. -- São Paulo, 2019. 163 p.

Dissertação (Mestrado) -- Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 2019.

1. Saúde Pública. 2. Saúde Coletiva. 3. Saúde Mental. 4. Consultório na rua. 5. Substâncias Psicoativas. I. de Carvalho, Yara Maria, orient. II. Título.

Nome: DA SILVA, Mário César

Título: Das im-permanências do povo de rua à produção do comum: o Consultório na Rua como *extituição*.

Dissertação apresentada à Faculdade Saúde Pública da Universidade de São Paulo para obtenção do título de mestre em Saúde Pública.

Aprovado em:

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Profa. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Prof.Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Prof.Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Dedico este trabalho a todos aqueles que me ensinaram a constituir um corpo

AGRADECIMENTOS

A Lancetti o *corpo* mentaleiro
A Yara o *corpo* leve de um pesquisador
A Dora e Peter o *corpo* esquizoanalítico
A Nana o *corpo* persistente da estudante-pesquisadora
A Laura e Mehry o *corpo* do agente esquizoanalítico de Saúde Coletiva
A Francisco o *corpo* amigo, companheiro e interrogador
A minha mãe o *corpo* da ética e da afetividade
A meu pai o *corpo* trabalhador
A Glaucia o *corpo*
A Larissa o *corpo* amigo
A Suzy o *corpo* transvestido
Ao povo de rua o *corpo* resistente
Às equipes de rua o *corpo* cuidador
Aos trabalhadores das políticas públicas o *corpo* político
Ao grupo Micropolítica o *corpo* amigo
Ao grupo Corpus o *corpo* parceiro de pesquisa

Aos amigos Diego, Valdir, Igor, Bruna, Fernanda, Juliana, Aline, Claudias, Renner, Maraisa, Thais, Diana e Natalia. Ao grupo Rede Sampa e tantos outros amigos engajados na saúde pública que de uma forma ou outra contribuíram com a construção deste trabalho.

Às equipes de consultório na rua das UBS Belenzinho, Brás, Móoca e Pari.

"O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001

"This study was financed in part by the Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Finance Code 001"

“trabalho na rua é real: sangue, lágrimas e sorrisos”.

(fala de um trabalhador do consultório na rua)

“Porque devo sair da rua? O que você tem a me oferecer? O que te motiva a estar aqui? Não é só trabalho! Eu conheço todo mundo aqui, sou pai, filho, cafetão, irmão e muito mais”.

(usuário na Crackolândia)

“Acreditar no mundo é o que mais nos falta; nós perdemos completamente o mundo, nos despossaram dele. Acreditar no mundo significa principalmente suscitar acontecimentos, mesmo pequenos, que escapem ao controle... É ao nível de cada tentativa que se avalia a capacidade de resistência ou, ao contrário, a submissão a um controle. Precisamos ao mesmo tempo de criação e povo”

(Deleuze, 1992)

RESUMO

DA SILVA, M. C. **Das im-permanências do povo de rua à produção do comum: o Consultório na Rua como *extituição***. [dissertação de mestrado]. Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2019.

Neste trabalho, problematizamos o desafio da implantação da Política Nacional para a População em Situação de Rua (2009), por meio da análise da produção do cuidado a esta população pelos consultórios na rua vinculados à atenção básica no município de São Paulo. Esta política foi um avanço na consolidação de um dos princípios mais importantes do Sistema Único de Saúde (SUS) que é a universalidade do acesso aos serviços de saúde a toda população em território nacional. Ela é baseada nos princípios propostos pelo movimento da Reforma Sanitária Brasileira, em relação ao direito à saúde, inclusão desta população aos princípios da universalidade do acesso, integralidade da assistência e equidade. Além disto, esta política baseia-se na perspectiva da Redução de Danos como tecnologia de cuidado. O objetivo é cartografar vetores que favorecem ou interferem nesta produção de cuidado pelos agentes de saúde no campo das políticas públicas intersetoriais e das políticas sobre substâncias psicoativas.

Palavras-chave: Consultório na rua, População em situação de Rua, Substâncias Psicoativas, Saúde Coletiva, Saúde Mental.

ABSTRACT

DA SILVA, M. C. **On the im-permanence of street people for the common production: street health care as an *extitution*.** [master's dissertation]. Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2019.

In this research we bring into perspective the challenge related to the implantation of the National Policy for People living in the streets, created in 2009. The main focus stands in the analysis of the production of care of this population by Street Consultation Offices which are part of the primary care attention in the city of São Paulo. This policy was a breakthrough in the consolidation of one of the most important principles of the Brazilian National Health System which is the universality of the access to health services by all the population in national territory. It is based on the principles proposed by the National Sanitary Reform which are universality of the access, integrality of the assistance and equity. Mainly, it is based on the Harm Reduction perspective as a care technology. The purpose of this research is to cartograph vectors that improve or interfere in this production of care by health agents in the intersectoral public policies field and in the policies of psychoactive substances.

Keywords: Street Health Care, Street Population, Psychoactive Substances, Collective Health, Mental Health.

Sumário

APRESENTAÇÃO	13
1 Um percurso	13
2 A entrada nas ilhas	15
I PRIMEIRA ILHA	18
1 Tecendo histórias: prelúdio	19
2 Entre idas e vindas: uma história	20
3 Controle e criação de redes existenciais: a definição de uma posição?	23
4 Construindo com o outro – “os sinais que vêm das ruas”	25
5 Produção de subjetividade e multiplicidades livres	28
II SEGUNDA ILHA	31
1 Produções cartográficas de uma equipe de consultório de rua	33
2 Cidade e território: o consultório na rua como uma clínica da cidade	42
3 Redes analógicas e redes rizomáticas	46
4 Produção de cuidado na perspectiva da redução de danos	49
III PASSAGEM	51
Demissão!	51
O corte e um novo caminho	58
IV TERCEIRA ILHA	60
1 Criando uma terceira ilha	60
2 Plano da macropolítica	61
3 Clínica de redução de danos no consultório na rua: cenas	63
4 Um problema como acontecimento	67
V QUARTA ILHA	70
1 Sobre os consultórios na Rua	70
2 Adentrando o campo	75
3 Os consultórios na rua como <i>extituições</i>	107
VI QUINTA ILHA	113
1 Cartas e conexões	113
2 As múltiplas perspectivas e a produção do comum	140
VII CONSIDERAÇÕES FINAIS: UMA HISTÓRIA COM N CAPÍTULOS	145
REFERÊNCIAS	150
ANEXOS	154
Anexo 1 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido de Participação na Pesquisa	154

Anexo 2 – termo de Consentimento Livre e Esclarecido de Participação na Pesquisa	156
Anexo 3 – Aprovação do Comitê de ética da Faculdade de Saúde Pública – USP	158
Anexo 4 – Aprovação do Comitê de ética da Coordenadoria Sudeste de Saúde da Prefeitura Municipal de São Paulo	161
CURRÍCULO LATTES	162
Orientadora	162
Pesquisador	163

APRESENTAÇÃO

Dois anos se passaram desde que ingressei na pós-graduação da Faculdade de Saúde Pública da USP. E após cursar algumas disciplinas, discutir ideias, textos e projetos com o grupo de orientandos e minha orientadora, encontro-me exatamente no final deste percurso com a apresentação da dissertação intitulada: *Das im-permanências do povo de rua à produção do comum: o Consultório na Rua como extituição*.

Fazendo alusão à distância que um barco percorre, há um ponto de origem e um final, porém, em meio a este trajeto pode haver paradas, desvios que se delineam ao longo da viagem, formas variadas de navegação, deixando-se levar pela maré ou pelo vento, estar à deriva, ou resistir, fazer força ao segurar o leme para manter um curso previamente planejado. Há ainda as alterações na água, a depender das condições climáticas e da própria qualidade dela que pode ser mais ou menos densa, pura, cristalina ou congelada etc. Tudo isso determina diferentes velocidades do barco.

O momento em que se encontra a presente pesquisa é a parada final deste barco. Descreve-se as trajetórias, as múltiplas paradas, com as inusitadas experiências. Foram realizadas paradas em ilhas para exploração de campo, observação do trajeto anterior, abastecimento, manutenção e análise de e alterações de percurso retornando mar adentro com todas as vicissitudes inerentes a um caminho incerto.

Desse modo, tanto as paradas do barco quanto o presente texto constituíram aberturas, um estado “entre”. Estes momentos denominados “entre” foram delicados, reflexivos, tensos, reconfortantes e desconfortáveis simultaneamente, pois foi com eles que novas possibilidades puderam se constituir para darmos prosseguimento ao trajeto. Um porvir que sempre possibilitou algo singular, mas isto não se fez sem conflito, sem esforço, sem uma resignificação de tudo aquilo que já foi. Aqui, é necessário refletir a respeito dos contornos e abrangências destas experiências como marcas da vida (ROLNIK, 1993).

1 Um percurso

Minha trajetória de trabalho se deu em diferentes territórios e serviços do município de São Paulo, ao longo de 11 anos, tais como: MSEs (medida socioeducativa), CAPS AD e consultório de Rua (CAPS AD); em distintos territórios (Capão Redondo, Itaquera, Cracolândia, Brasilândia, Parelheiros, Pirituba, Perus, Casa Verde, Butantã, Raposo Tavares, Santo Amaro,

Interlagos, Jardim Ângela, M'Boi Mirim, Penha) em duas posições: como docente em Educação Permanente e técnico (psicólogo).

Nesse percurso profissional, pude perceber variadas e diferentes produções subjetivas, sociais, territoriais e ambientais que se fazem nesta cidade. Diferenças estas, por vezes, habitando uma mesma área geográfica. Este paradoxo é fruto de um conjunto de forças¹ que habita estas localidades.

Desse modo, esta pesquisa é uma cartografia da rede a partir de um percurso profissional povoado por muitas histórias, encontros, tensionamentos, realizações, perdas, dores, alegrias, conquistas, prazeres e desprazeres do cotidiano de muitas vidas que marcam uma trajetória, uma existência.

Talvez esse fosse o momento de “virar a página”, passar por, deixar de, seguir em frente. Mas estas marcas são restos de outras viagens, vestígios, resíduos, poeira, partículas, alguns blocos pesados e outros leves que não necessariamente devem ser abandonados, jogados no lixo, descartados, mas possivelmente reacomodados, pois quem sabe eles tenham alguma outra função, nos orientando para uma nova trajetória que se pretenderia seguir. Mas mais ainda: pode ser que a partir delas um re-começo seja construído, culminando em um outro trajeto.

Estas marcas podem ser as ilhas pelas quais o barco porventura necessitaria realizar suas paradas. Pois estas paradas seriam aquilo que lhe permitiria recomeçar, aquele pouco de terra que é sempre necessário para se produzir algo, mas não no sentido de uma cópia fiel daquilo que já foi.

Para desenvolver melhor este pensamento, eu recorro a Deleuze (2002) que, no texto “A Ilha Deserta”, refere que as ilhas conservam em si uma origem segunda, distinguindo-se em dois tipos: as continentais (acidentais e derivadas) que foram separadas de um continente; e as ilhas oceânicas (originárias e essenciais), resultantes de um acúmulo de corais ou de uma erupção vulcânica sob o mar.

O homem retoma estes movimentos (derivação e criação) sobre uma ilha, porém esta não realiza estas ações, pois tanto o homem quanto a ilha são de ordens distintas. Por exemplo: o homem pode derivar para uma ilha original e produzir uma ilha exclusivamente derivada. Esta seria a razão das ilhas desertas. Pois elas são mais desertas à medida que os homens

¹ Conjunto de forças que será explorado nos capítulos I, II, V e VI.

estão separados e se tornam criadores. É como se a ilha deserta fosse um plano constituído por forças no qual se dão as ações realizadas pelo homem.

Desse modo, é ali que acontece a “recriação, não o começo, mas o recomeço. Ela é a origem, mas origem segunda.” (DELEUZE, 2004, p. 21). Essa recriação ocorre ao se esgotarem todas as possibilidades de conexão e combinação neste plano. E é este pouco de terra que permite um recomeço para que novas conexões possam ser realizadas, pois é assim que se dá a própria formação do mundo, em dois tempos, em dois estágios, nascimento e renascimento. Elas são o material sobrevivente a primeira criação, elas são o ovo irradiante necessário para tudo se reproduzir (DELEUZE, 2004).

Isso supõe movimentos de nascimento e renascimento, sendo o primeiro já fadado a uma retomada e o segundo gerado a partir de uma catástrofe, ou seja, é preciso que tudo se repita uma vez que se esgotam as combinações e conexões possíveis. É este segundo movimento que gera a lei da série e da repetição, enquanto o primeiro gera apenas momentos (DELEUZE, 2004).

Assim, faço um convite ao leitor para que habitemos cinco ilhas-capítulos com o objetivo de nos aventurarmos em todas as possibilidades de conexões e combinações em cada campo.

Não esquecendo que cada ilha habitada é iniciada com a questão: “É possível produzir relação com o outro no campo onde ele produz sua existência?”, pois é assim que vamos observando as alterações em cada plano, a partir de cada encontro e momento, e desse modo vai se delineando a cartografia.

2 A entrada nas ilhas

A ocupação das duas primeiras ilhas remete à desconstrução de um saber que é inerente às equipes de saúde e que, por vezes, no encontro com os usuários, produz dificuldades na relação e no entendimento das questões que se apresentam. É como se as equipes tivessem dificuldade para se conectar com a singularidade dos usuários (MEHRY et al., 2014). E estas experiências também remetem à construção de novos saberes que permitiram à equipe se olhar e produzir diferentes movimentos no território.

Estas duas ilhas são experiências passadas em minha trajetória como técnico de CAPS AD. Elas dizem respeito a uma cartografia do encontro entre uma adolescente travesti usuária de crack e uma equipe de consultório de rua de CAPS AD; e algumas cartografias do território.

rio produzidas a partir de um exercício realizado com essa equipe, as quais remetem as noções de território, cuidado e redes. O que conecta ambas experiências é que elas se deram no mesmo espaço geográfico.

Desse modo, acompanharemos as relações entre produção de cuidado, território e redes com todas as suas variações, potências e atravessamentos, dialogando com autores da filosofia da diferença e da saúde coletiva, na condição de nossos intercessores.

Na sequência, o texto “A Demissão” contém a marca de um corte em uma trajetória que vinha se fazendo quase em linha reta, pois delinea as experiências de minha vida desde 1998 na escolha do curso de graduação, o desejo por mudanças sociais, o ingresso nas políticas públicas como técnico e por fim a exclusão deste mesmo sistema, mas que logo em seguida me coloca dentro do cenário destas políticas como docente do programa de educação permanente no município.

O que pretendo ao trazer esta experiência é trabalhar aquilo que Rolnik (1993) chama de *memórias do invisível*, que são constituídas pela violência produzida pelas marcas da vida, as quais se dão no encontro entre os corpos. E nesse desassossego há uma exigência de criar um corpo que existencialize e corporifique estas experiências, ou seja, produção de figuras de devir. Foram estas experiências que produziram uma mudança de curso na trajetória culminando com o presente trabalho.

Na terceira ilha, coloco uma questão: qual a contribuição dos CnRua para a reforma psiquiátrica e sanitária? Talvez esta questão tenha sido engolida pelo próprio caminhar da pesquisa no campo e talvez este caminhar tenha inclusive apresentado questões mais ricas, porque aqui já não se trata de falar daquilo que ,foi, de bater o pé firme no chão e ficar defendendo um SUS, mas, sim, falar do estado da arte, da precarização, das relações, das desconexões, inclusive do pesquisador, para abrir questões sobre o que pode ser feito, e como pode ser feito, para pensarmos re-começo, gesto ou trilha que se faz na própria incursão do desejo que não é individual, mas sim coletivo e está diretamente conectado com os modos existenciais da atualidade.

Isso fala de um agenciamento social, fala de como a vida mudou, inclusive dentro da própria saúde coletiva. Podemos dizer que aquilo que era para ser a cartografia da produção de cuidado, no decorrer do campo, tornou-se também a cartografia da precarização de vidas, de trabalhadores, de usuários, de potências; a própria usurpação do tempo da vida.

E é neste ponto que as ilhas desertas se fazem necessárias, porque ao partirmos para outra experiência, tida aqui como outra ilha, é sempre necessário levar consigo um de territó-

rio, um pouco do que foi vivido na ilha anterior, pois é desta forma que se pode perceber que uma trajetória não tem começo, meio e fim, mas, sim, e sempre, recomeços.

Na quarta ilha, adentrando no campo propriamente dito, percebemos as incursões da equipe de consultório na rua (atenção básica), o trabalho realizado com todos os atravessamentos de ordem micro e macropolítica. Conexões com experiências passadas, com textos e autores, pensamentos e questões que apareciam ali, até o dia em que me fiz uma pergunta: se a cartografia não é do outro, como a equipe poderia aparecer de uma outra forma na pesquisa? Foi então que se deu uma conexão com a segunda ilha, a ideia de construir textos com eles, de modo que eles mesmos pudessem apresentar o que fazem e como fazem. E esta foi a quinta ilha.

É aqui que vemos um entrelaçamento das experiências e posições ocupadas pelo pesquisador em dois tempos distintos; experiências que remetem umas às outras e vão construindo um arquipélago de ilhas desertas.

Além disso, ao longo de todas as ilhas percebemos como estes dois tempos materializam o tempo do cuidado e o cuidado do tempo, pois dizem do tempo que é necessário para produzir um cuidado, uma conexão, e conseqüentemente o próprio modo como vamos cuidando deste tempo com atravessamentos de toda ordem (LIMA, 2012).

I PRIMEIRA ILHA

É possível produzir relação com o outro no campo onde ele produz sua existência?

Não chegar ao ponto em que não se diz mais EU, mas ao ponto em que já não tem qualquer importância dizer ou não dizer EU. Não somos mais nós mesmos. Cada um reconhecerá os seus. Fomos ajudados, aspirados, multiplicados.

(DELEUZE; GUATTARI, 1995, p. 11)

“Corre corre na chegada, pega na mão, apresenta toda a casa e todos que lá estão. Abraços, beijos e sorrisos nos recepcionando sob olhares incrédulos de uma pacata vizinhança.

Sentar-se à mesa com bolo, café e suco:

‘Você se serve?’

‘Não, você aprende a receber seus amigos e convidados. Um tantinho assim ó’.

Sessão fotografia: caretas, chifrinhos e todos juntos fazendo pose.

Ida ao quarto: intimidades.

Presentear com tricô os visitantes.

Todos sentados na cama conversando.

Solidão, confiança, afeto e respeito.

Cartas e bilhetes: você tem bondade no coração, mas é uma puta circunscrita por nuvens.

Putas e bondade, tudo junto, tudo numa pessoa só, somos muitas, porém solitárias.

Sou a puta da esquina, a filha que chora, a mãe que abraça e a amiga que bate.

Conhecer um ‘macho’ de verdade faz falta.

Isolar-se das confusões, pois elas não me afetam, ou melhor, não me seduzem.

(criação de territórios existenciais desvinculados da afetividade com outros pares de seu cotidiano)

Mas ainda assim... um ‘macho’ faz falta.

Você já amou?

Apenas um amor não correspondido, me enlaçou e meu coração rifou.

Isto não tive mais.

Coração rifado é de qualquer um, não tem dono, mas todos querem.

Nunca senti o mesmo pelos outros, outros, outros, Sem nome.

Sexo, sexo, sexo, droga, droga, sem nome (assim é mais seguro).

Fragmentos, flagelos de um corpo estilhaçado, flagelos como teias de lã a espera de uma possibilidade de um acontecimento, partida que abre possibilidade para novas chegadas, novas aventuras, um novo amor que ainda que seja bandido, mas ao menos, tenha um nome.”

1 Tecendo histórias: prelúdio

Contexto: Este texto é a cartografia de um encontro que encerra o capítulo de uma história dentro da saúde mental coletiva², porém, não encerra a história, como veremos ao final deste trabalho.

Este encontro ocorreu no ano de 2012, materializou-se em um processo de cuidado existente entre uma equipe de consultório de rua (CdeRua)³ do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD) e um adolescente travesti de 13 anos.

A equipe do CdeRua era composta por 6 agentes redutores de danos, 1 assistente social, o motorista da perua, e 1 psicólogo – eu. Além disto, uma vez por semana 2 oficinairos e 2 educadores físicos do CAPS AD realizavam oficinas de música, artes visuais e teatro em conjunto com a equipe, dentro do fluxo na Cracolândia.

Espaço: Residência Terapêutica do CAPS infanto-juvenil (IJ) que passou a compartilhar o caso com a equipe do CAPS AD, por ela ser menor de idade. A fonoaudióloga do CAPS IJ passou a ser a referência deste caso junto com o psicólogo do CdeRua do CAPS AD.

Evento: visita realizada a esta adolescente logo após seu ingresso nesta residência.

O texto foi escrito por mim, com o objetivo de cartografar este momento e trabalhar junto com a travesti, através do texto, sua trajetória até seu ingresso na residência. Porém, logo após esta visita, fui demitido do serviço, o que inviabilizou a continuidade do processo descrito anteriormente.

Personagens: equipe do consultório de rua, equipe do CAPS AD, psicólogo dCdeRua, fonoaudióloga do CAPS Infanto-Juvenil (IJ) e nossa personagem, que chamaremos de Suzy.

Território: região da Cracolândia no bairro da Luz no Centro da cidade de São Paulo.

Uma história: o primeiro contato com Suzy se deu a pedido de um centro de

² Os Consultórios de Rua trabalham em uma complexidade extrema, tendo que operar em um território aberto articulando a rede de políticas públicas em uma intersecção entre a Saúde Coletiva e a Saúde Mental, por isso, a utilização do termo Saúde Mental Coletiva.

Após a 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, e a promulgação da Constituição brasileira de 1988 houve uma mudança no cenário das políticas sociais e do conceito de saúde articulados com os movimentos da Reforma Sanitária, da luta Antimanicomial, usuários e trabalhadores, os quais deram os subsídios para a construção do campo da Saúde Mental Coletiva, a partir do qual formações e novos movimentos foram criados como estratégia para as mudanças nas tecnologias de atenção e produção de cuidado. (LEÃO, 2018).

³ Em 2009, a Portaria nº 1.190 instituiu o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde - SUS (PEAD 2009-2010), tendo como uma de suas diretrizes a expansão e fortalecimento das experiências de intervenção comunitárias extramuros realizadas, dentre outros dispositivos, pelos CdeRua.

convivência para crianças e adolescentes em situação de rua localizado no Centro da cidade.

A assistente social desse equipamento apresentou Suzy para a equipe de CdeRua. Ela disse que Suzy estava na Cracolândia há algum tempo e se prostituía para obter o crack, e como ela era menor de idade, tentou contactar a família da nossa personagem, mas sem sucesso.

Suzy estava sob o efeito do uso de crack, confusa, e não aceitou as intervenções da equipe como uma primeira conversa para se aproximarem ou até conhecer o CAPS AD. No entanto, o primeiro contato já havia sido realizado e assim nos despedimos dela e combinamos que, quando ela quisesse, poderia nos procurar naquele território.

Nos dias subsequentes, a equipe pôde vê-la junto com vários outros usuários, pois, em geral, eles andam em bandos e, à primeira vista, indiferenciados e indiscernidos, em meio a uma complexa onda de movimentos ininterruptos.

Com o passar dos dias, a equipe conseguiu se aproximar e estabelecer vínculo com Suzy através de alguns insumos como água, preservativos e gel íntimo. Após algumas intervenções, ela aceitou ingressar na hospitalidade noturna (HN) do CAPS AD, lá permanecendo por três dias.

2 Entre idas e vindas: uma história

Um dia ela se vai

Sexta-feira, drogas, sexo e balada! Chega da mesmice!!!

Suzy estava agitada e ansiosa, pois era uma sexta-feira. Por conta disso, ela dizia que desejava a liberdade da rua, sexo, drogas e seus “amigos”.

Foram tentadas diversas maneiras de sensibilizar Suzy para permanecer no CAPS, mas ela decidiu sair.

A equipe avaliou positivamente o avanço que Suzy havia realizado e, imbuída da lógica da Reforma Psiquiátrica e da Redução de Danos, respeitou o seu desejo de retornar às ruas, com a prerrogativa de que iriam encontrá-la no território novamente após alguns dias.

Um dia ela retorna

No decorrer dos dias, algumas abordagens foram realizadas sem sucesso, mas a equipe sempre se colocou à disposição, mantendo o vínculo.

Após alguns dias, nossa personagem retornou ao serviço transtornada e desesperada,

pedindo ajuda, porém sem referência do que lhe seria apropriado, pois ela requisitava ao mesmo tempo um processo de internação, encaminhamento para abrigo e entrada na hospitalidade noturna do CAPS.

A fonoaudióloga e eu realizamos este acolhimento.

Já eram 17h30, o sol estava se pondo em uma tarde fria e ensolarada de inverno em São Paulo, e um pouco de umidade já se podia sentir na pele.

Em decorrência de todo o processo até então vivido, me sentia contaminado pelo universo de nossa personagem, e como efeito dessa contaminação surge uma ideia:

“Eu sei que ao entardecer com a chegada da noite somada a esta umidade que sentimos na pele, vem uma vontade maluca de fumar pedra, – a esta altura sua boca salivava (desejo de experimentar pedra, bem como Suzy) – transar enlouquecidamente e o prazer se impõe. No entanto, Suzy, no dia seguinte, você acorda em qualquer esquina, sozinha ou acompanhada, tanto faz, destruída, ‘craquelada’ e se pergunta: o que vai acontecer agora?”

Desta forma, eu lhe peço: nos dê uma chance de cuidar de você aqui mesmo na hospitalidade noturna deste serviço e amanhã conversamos sobre o próximo dia”. Ela ficou impactada com o que foi falado, refletiu por algum tempo e aceitou a intervenção.

Os dias subsequentes

Suzy permaneceu na HN do CAPS AD por duas semanas. E dia após dia, fomos nos conhecendo melhor, aproximando-nos, contaminando-nos, travestindo-nos e transvestindo-nos.

Durante este período, a rotina dela se limitava a participar das atividades realizadas tanto no CAPS AD quanto no CAPS II, como as práticas da área de convivência, oficinas terapêuticas, atendimentos em grupo e individuais.

Pela manhã, uma conversa ainda que rápida ou um atendimento para aprofundar um pouco mais sua história, saber como foi o dia anterior e programar o dia seguinte.

Em alguns momentos, ela relatou sonhos em que estava usando crack, os quais a deixavam triste e ansiosa. Essa produção era trabalhada como fruto do processo de desintoxicação e aos poucos este desejo foi se desfazendo.

Suzy fora criada em ocupações na região central da cidade de São Paulo. Seus pais eram casados e ela era a primogênita de cinco filhos. Os pais de Suzy se separaram quando ela tinha oito anos, e seu pai, junto com seus irmãos, foi morar no casebre de um estacionamento. Ele passou a trabalhar como vigia deste estabelecimento. Suzy continuou a

viver com sua mãe, a qual passou a fazer uso de crack, ficou em situação de rua, e após algum tempo foi detida por um delito.

Suzy conta que chegou a realizar pequenos tráficos para obter dinheiro por algum tempo, mas aos poucos passou a fazer uso de crack e viver nas ruas.

Ela não revelava maiores detalhes de sua história: como fazia para obter dinheiro, sua relação com sua mãe e pai, ou como ocorreu a separação da mãe, etc.

No entanto, a equipe foi construindo um “quebra-cabeça” neste período e trabalhando com o que tinha à disposição. Suzy dizia que seu pai tinha preconceito por ela ser travesti desde criança e, por isso, ele não a levou para viver com ele e os irmãos. Entrei em contato com o pai e uma tia com a finalidade de aproximá-los para que a acompanhassem e fizessem parte do processo de cuidado de Suzy pela rede.

Tanto o pai quanto a tia ficaram receosos, com a crença de que o desejo da equipe fosse de Suzy viver com eles, mas, após a explicação do momento de vida dela, eles entenderam a necessidade de ao menos se aproximarem e apoiá-la naquela etapa do tratamento.

Foi realizada uma visita ao pai no estacionamento de uma rede de hipermercados onde, durante o dia, ele trabalhava como “flanelinha”. Ele se colocou à disposição para ajudar e visitá-la, mas não demonstrou muita implicação com o caso ao afirmar que Suzy era um caso perdido e que não gostaria de tê-la no estacionamento, por receio de ela furtar algo dos clientes.

Suzy já havia passado por uma internação em uma clínica para adolescentes conveniada com a prefeitura e já havia realizado contato com a equipe do núcleo de políticas públicas para o público LGBT da Secretaria de Direitos Humanos da prefeitura.

Fomos, a fonoaudióloga e eu, realizar atendimento conjunto com o coordenador deste núcleo.

No primeiro atendimento compartilhado com essa equipe, eles levaram um presente para ela, ofereceram matrícula em um curso profissionalizante que fosse de seu interesse e a inserção dela e da família em um dos programas de habitação da prefeitura, caso o pai desejasse recebê-la na casa dele. A inserção neste programa foi pensada por conta do temor do pai de que Suzy pudesse furtar ou danificar algum dos carros do estacionamento, pois isto lhe custaria sua moradia.

Após duas semanas, ela deu entrada na Residência Terapêutica do CAPS II do território do CAPS AD, pois o acompanhamento de Suzy passou a ser compartilhado pelos

dois serviços. Esta residência foi alocada em um bairro para receber usuários dos serviços de saúde mental por alguns meses, de modo a ser o esteio para que eles pudessem constituir novas operações em suas vidas.

Esta residência terapêutica⁴ fora construída poucos meses antes, e Suzy foi uma das primeiras moradoras nesta modalidade de atendimento dentro da saúde mental coletiva.

Dois dias depois, eu e a fono fomos visitá-la, para saber como estava indo sua adaptação. Ficamos muito comovidos com todo o progresso de Suzy e, após a visita, o fui para minha casa e, tomado pela força daquele encontro, escrevi a cartografia apresentada no início deste texto.

Por fim, pode-se afirmar que cada cena descrita anteriormente à visita à residência terapêutica, e conseqüentemente o texto cartográfico, remetem à entrada em uma ilha deserta. Foi possível acompanhar as alterações dos planos e composições que contaminam cada personagem e como se deu esta construção, sendo que o compartilhamento de histórias durante a visita foi o ápice deste encontro.

E como a essência das ilhas é imaginária, a escrita se dá a partir do que se viveu no decorrer desta visita e permite uma re-criação desta experiência, culminando em um texto cartográfico que fala das sensações que ressoavam em meu corpo, mesmo passado algum tempo.

3 Controle e criação de redes existenciais: a definição de uma posição?

Ao ingressar na hospitalidade noturna do CAPS AD, Suzy deveria usar roupas azuis e não poderia portar objetos pessoais ou alguma outra coisa que a distinguisse dos demais acolhidos, segundo prescrição médica, como relatou a equipe de enfermagem.

Uma parte da equipe ficou muito incomodada quando Suzy passou a vestir uma saia e blusa feminina, circulando pelo serviço gritando e brincando com sua nova indumentária. Acordos e discussões foram realizados, mas, ainda assim, muitos profissionais se queixavam do comportamento dela. Alguns discutiam o tamanho do pênis dela, a possibilidade de ela ter algum ato sexual com outro paciente na HN ou com o motorista da perua, caso ele fosse levá-la sozinho para algum outro serviço; piadas a respeito da sexualidade dela também eram realizadas de modo escamoteado.

⁴ A portaria 3090 de 2011 regulamentou os serviços residenciais terapêuticos como uma nova lógica de produção de cuidado na saúde mental dentro do modelo substitutivo da reforma psiquiátrica.

A equipe de RD tentou estabelecer uma parceira com o núcleo de direitos humanos para que houvesse algum tipo de acolhimento diferenciado para os usuários que eles encaminhavam para o CAPS, pois havia uma queixa de que não se sentiam bem acolhidos por causa de sua orientação sexual. Porém, alguns integrantes da equipe responderam que não seria possível pensar em outro modo de acolhimento, pois este público aparecia no CAPS apenas para ter refeições gratuitas.

Muitas questões remetendo a uma heteronormatividade, a qual atravessava a equipe e que, inclusive, fizeram o gerente cogitar em aceitar um convite para o núcleo de DH, para discutir gênero e sexualidade. Porém, este encontro não foi realizado em razão da própria cultura do serviço de saúde mental em não efetivar propostas construídas pela equipe por conta da velocidade das demandas que emergiam e o modo de gerir o serviço.

Estes são exemplos que demonstram como as equipes de saúde têm dificuldade em descentrar-se de seu conhecimento prévio ao lidar com o outro. Esses grupos pautam a produção de cuidado numa hierarquia assimétrica de saberes, na medida em que a singularidade trazida da rua para dentro dos serviços é expressa de modo divergente do que os profissionais valorizam como conduta a ser seguida. A respeito dessa assimetria, Mehry (2014) entende que

Esse encontro, assimétrico, e sua assimetria não provém do fato de não incluir a diferença, mas de transformar as diferenças em desigualdades de saber e de formas de vidas onde há uma propriedade exclusiva de certo saber de alguns em relação aos outros.

Os usuários de crack são vistos como seres desprovidos de história, estigmatizados pelo modo como se apresentam nos espaços públicos, rotulados como *nóias*; é como se toda sua história fosse apagada, restando-lhes apenas as cinzas do que consomem (ADORNO; RAUPP, 2011). Este processo de estigmatização é ainda potencializado pela espetacularização da mídia e pela violência praticada pela polícia, como modo de enfrentamento do consumo de drogas, baseada na política proibicionista de guerra às drogas.

Lancetti (2015) nomeia este fenômeno de “contrafissura”, que se refere a uma tentativa desesperada e simplificadora da sociedade em solucionar o que entende como problema a respeito do consumo de substâncias psicoativas, de modo a focar na droga em si e não nos sujeitos de modo integral e em sua complexidade.

No entanto, é preciso ter a percepção de que o consumo de drogas pode ser “um potente anestésico que ameniza a dor de quem vive a memória de uma grande ruptura: os

exilados, os imigrantes, os soldados no *front*, os loucos, os moradores de rua, os refugiados urbanos propriamente ditos” (LESCHER, 2014, p. 1).

O uso abusivo de substâncias psicoativas por esta população constitui-se como um exílio químico eficaz para suportar o insuportável. “Trata-se do reencontro tenso e intenso de alguém consigo mesmo, e *ser o narrador da própria história* é vital para se sentir razoavelmente confortável dentro do próprio corpo. De corpo e alma” (LESCHER, 2014, p. 1).

É sobre a narração destas histórias, tanto dos usuários quanto dos trabalhadores, eu entre eles, que recai o foco desta pesquisa (dissertação), dando visibilidade aos interstícios destes, pois em processos micropolíticos há uma multiplicidade com todas as suas conexões e redes de sociabilidade.

4 Construindo com o outro – “os sinais que vêm das ruas”

Se fazem práticas de eliminação, interdição e disciplinarização do outro, aí o que há de fato é a anulação do outro como singularidade e a idéia de que essa singularidade do outro é uma ameaça à minha. A minha passa a valer mais nos jogos de força e isso pode me impulsionar para um modo fascista de viver com os outros. E, então, o entendimento do que são os processos saúde e doença corre o risco de ser engravidado e habitado por uma alma hitlerista.

(FEUERWERKER; GOMES; MEHRY, 2010, p. 5)

Os sinais que vêm das ruas, através das equipes de rua e dos usuários dos serviços de saúde, muitas vezes passam despercebidos para as equipes de saúde, que trabalham dentro das instituições, pois, de modo geral, realizam o reconhecimento do outro a partir de suas lógicas próprias de funcionamento, extirpando a possibilidade de singularização e produção da diferença (MEHRY et al., 2014).

Estes sinais que vêm das ruas e os que foram percebidos pela equipe e construídos a partir do encontro com as multiplicidades, têm como princípio a ideia de avaliar a rede por quem pede, quem faz e quem usa (MEHRY et al., 2014).

A respeito destes sinais como expressão de uma realidade, o conceito de multiplicidade demonstra que, ao contrário de operar por uma soma das partes, é necessário pensar em uma variável (n), a qual comporta esta multiplicidade, onde a todo e qualquer instante pode ser subtraída uma determinada singularidade (-1), que continua em conexão com o conjunto. Ao realizar esta operação, retira-se a unidade do conjunto para liberar as

singularidades.

Assim, trabalhar as multiplicidades é trazer para o campo do cuidado as singularidades dos sujeitos (-1) e suas possibilidades (n) existenciais como redes vivas em produção (MEHRY et al, 2014).

Ainda sobre a multiplicidade, Deleuze coloca que ela “não deve designar uma combinação de múltiplo e de um, mas, ao contrário, uma organização própria do múltiplo enquanto tal, que não tem necessidade alguma da unidade para formar um sistema” (DELEUZE, 1988, p. 174). À medida em que se subtrai a unidade (drogado ou crackeiro) que reduz a singularidade a um único elemento, pode-se liberar todas as singularidades que antes estavam condicionadas a um único elemento, o qual desqualifica os demais, fazendo com que atitudes fictícias sejam tomadas pelas equipes na intenção de subordinar a expressividade dos usuários.

No caso Suzy, é a infância e a adolescência trazendo o seu próprio território com todas as suas conexões para dentro dos serviços. É como se todas as questões pertinentes a esta multiplicidade de algum modo tensionassem a própria rede de políticas públicas naquilo que são os atravessamentos e potencialidades, tais como: o modo fragmentado da rede funcionar, na medida em que dois CAPS compartilham o caso por se tratar de uma adolescente e usuária de drogas; a heteronormatividade e as questões referentes a gênero, que não são questionadas mas incidem diretamente no modo como são pensadas determinadas intervenções; o modo como a equipe de rua entende e utiliza conceitos da redução de danos como forma de respeitar e, ao mesmo tempo, acompanhar as escolhas e demandas de Suzy; a inclusão, no acompanhamento do núcleo de direitos humanos, pensando intervenções com a equipe e com Suzy.

Estas produções, no caso de Suzy, foram se conectando a outras, que sequer pudemos acessar, seja no encontro dela com as equipes ou até mesmo com outros atores. E é neste campo que vão se dando novas possibilidades de arranjos terapêuticos ou de distanciamento entre estes atores.

Adolescente-travesti-craqueira-bonita-inteligente-simpática-articulada-que-ama-que-contagia-que-produz-conexões-com-o-outro-que-deseja-amigos-um-amor-estudos-singularizar-se. Um sujeito singular desdobrando-se nisto e muito mais, pois o desejo apenas deseja, em sua processualidade, constituir processos criativos com seus agenciamentos, fluxos e partículas diferenciando-se de si mesmo em sua própria imanência. Nesse sentido, “o desejo é revolucionário porque quer sempre mais conexões e agenciamentos” (DELEUZE; PARNET,

1998, p. 94). O desejo, de uma perspectiva esquizoanalítica, é constituído por processos criativos que se diferenciam a partir de seus fluxos, partículas que povoam o próprio campo da imanência. É ele que permite o desdobramento das múltiplas singularidades produzindo conexões a todo o momento (DELEUZE; PARNET, 1998, p. 94). A respeito do desejo, Deleuze e Parnet (1998, p. 105) afirmam que

Só há desejo quando há desdobramento de determinado campo, propagação de determinados fluxos, emissão de determinadas partículas. Longe de supor um sujeito, o desejo só pode ser atingido no ponto onde alguém é privado do poder de dizer Eu. Longe de tender para um objeto, o desejo só pode ser atingido no ponto em que alguém já não procura ou já não apreende um objeto e tampouco se apreende como sujeito.

Desse modo, mesmo com o acompanhamento por uma equipe, seja da saúde ou de outras áreas, produções desejantes e singulares destes sujeitos sociais estão em conexão com suas éticas existenciais, produzindo “produção de produção”, desdobrando-se em novas conexões, diferenciando-se e conduzindo-se por si mesmos, constituindo-se “em-mundos”, e se in-mundizando (GOMES; MERHY, 2014).

As equipes, com suas lógicas dominantes, tendem a produzir embate incessantemente com estes sujeitos singulares, criando uma espécie de disputa de projeto terapêutico, impondo seu saber a estes usuários, o que obstaculiza a experiência do “transver” o real, permanecendo, portanto, aprisionadas a um modo de enxergar a realidade que não comporta a percepção de expressões singulares de existência, como um olhar, um gesto, uma palavra, ainda que estes venham cheios de tensão e conflito.

Em contraposição, há aqui um potencial nas equipes de rua que é o de trazer o *mundo para dentro dos serviços*, o que pode desembocar em processos instituintes nas instituições, criando outras possibilidades em conexão com as experiências e lógicas desses sujeitos singulares (BAREMBLITT, 2002).

Do exposto até aqui, poderíamos afirmar que, dentre muitas possibilidades, as equipes de rua têm um potencial para se tornarem equipes cartográficas, isto é, equipes que “operam com ferramentas e conceitos que permitem acoplar autoanálise e autogestão entre os coletivos constituidores de um campo de práticas. Os grupos condutores constituem-se em núcleos disparadores de análises com o seu agir inquieto, interrogador, produzindo processos instituintes e analíticos. Análise de contexto, avaliação, cartografia - são todas ferramentas indispensáveis para cumprir esse papel” (FEUERWERKER, 2014, p. 143).

Isso se dá através de processos micropolíticos. Produtores de novos sentidos no viver e no conhecimento, atualizadores das relações de poder, multiplicidades em agenciamento, pois

“não é a definição de um campo e sua operacionalidade que define as ações, mas o encontro e a forma como as diferenças são tomadas: prenhe de significados” (MEHRY *et al*, 2014, p. 4).

Para tanto, é necessário entender que o micropolítico não se refere a tamanho, mas sim, às questões envolvidas em processos de subjetivação e sua relação com o político, o social e o cultural através dos quais se configuram os contornos da realidade em seu movimento contínuo de criação coletiva (ROLNIK, 2006).

Nesse sentido, o modo como as equipes de saúde se deparam com as diferenças permite a criação de redes diversas de conexões com territórios existenciais, sendo esta uma produção autopoietica de si com o outro, através do desprendimento do que está acondicionado como significado e procedimento padrão, ou seja, formando processos instituintes problematizadores desta mesma instituição e seu saber instituído.

A importância deste modo de lidar e acolher a alteridade se dá na própria produção de cuidado em acordo com as necessidades e os meios que se apresentem para as equipes.

5 Produção de subjetividade e multiplicidades livres

Mas quem é, afinal, o *autor dessa* cartografia? Seriam um ou dois? Ou múltiplos? Na medida em que um encontro se dá, é possível reivindicar autoria? Nesse encontro, qual a potência de um impessoal, de um indefinido?

Era uma vez numa cidade qualquer, numa rua qualquer, com pessoas quaisquer, um ou uma adolescente qualquer e um psicólogo qualquer⁵.

Desse encontro qualquer, aos poucos, situações foram desvelando singularidades ali postas que falavam de *n* agenciamentos sociais na constituição daquelas subjetividades. Um encontro que produziu um *entre*, uma contaminação entre dois corpos e suas multiplicidades com seus fluxos descodificantes. Esse encontro lhes permitiu a criação de um campo de conexão no qual os papéis iam se desdobrando em novas produções: Psicólogo craqueiro, homem-mulher, corpo menino-travestido produzindo corpos *trans-vestidos* em pura processualidade, em processo de devir.

Sobre o devir, Deleuze e Guattari (1997, p. 44) afirmam que,

Quando Hofmannsthal contempla a agonia de um rato, é nele que o animal ‘mostra os dentes ao destino monstruoso’. E não é um sentimento de piedade, precisa ele,

⁵ A utilização do qualquer se deve a intensificação de um indefinido que foi tomando corpo aos poucos ao longo do texto.

menos ainda uma identificação; é uma composição de velocidades e de afectos entre indivíduos inteiramente diferentes, simbiose, e que faz com que o rato se torne um pensamento no homem, um pensamento febril, ao mesmo tempo que o homem se torna rato, rato que range os dentes e agoniza. O rato e o homem não são absolutamente a mesma coisa, mas o Ser se diz dos dois num só e mesmo sentido, numa língua que não é mais a das palavras, numa matéria que não é mais a das formas, numa afectibilidade que não é mais a dos sujeitos.

Já não era a puta da esquina, ou o travesti que usava pedra. Era tudo isto e muito mais. Era a invenção de algo que neles já estava contido, o delírio travestido pelo desejo compulsivo pela droga e pelo sexo, o delírio desdobrando-se em seu desejo de expor a marca da constituição de um novo corpo, andando e exibindo-o com novas roupas de um lado para o outro nos corredores de um serviço qualquer de saúde. Diluindo a sensação de estar só no planeta Terra, ao constituir novas possibilidades de singularização a partir de um encontro que não se deu entre dois, mas entre muitos, pois somos muitos, múltiplos.

Um encontro anômalo se fazendo através do devir travesti e devir feminino do psicólogo, possibilitando *n entradas com múltiplas saídas*, pois o que aqui importa não é a matéria ou o objeto com que é formado o desejo no campo social, mas, sim, as possibilidades de criação de sentido, ou seja, as composições que permitam a passagem das intensidades do outro no outro, e que estas possam se expressar produzindo conexões ou pontes. É aqui que se dá a própria constituição de novos mundos e a consequente passagem de um para o outro; mundos estes vitalizantes, potentes, ativos ou mortíferos. Este é o processo da formação *de territórios existenciais*, ou seja, a constituição da própria realidade (GUATTARI apud ROLNIK, 2006).

É nesta passagem de um mundo ao outro, ou melhor, na constituição de múltiplas realidades, que se fazem cortes nos fluxos do desejo, não os restringindo a um único plano, e através de sínteses conectivas, disjuntivas inclusivas que se dão as *conjunções nômades*:

[...] uma transexualidade microscópica em toda parte, que faz com que a mulher contenha tantos homens quanto o homem, e o homem mulheres, capazes de entrar, uns com os outros, umas com as outras, em relações de produção de desejo que subvertem a ordem estatística dos sexos. Fazer amor não é fazer só um, nem mesmo dois, mas cem mil. Eis o que são as máquinas desejantes ou o sexo não humano: não um, nem mesmo dois, mas *n* sexos. A esquizoanálise é a análise variável dos *n* sexos num sujeito, para além da representação antropomórfica que a sociedade lhe impõe e que ele mesmo atribui à sua própria sexualidade. A fórmula esquizoanalítica da revolução desejante será primeiramente esta: cada um, seus sexos. (DELEUZE; GUATTARI, 2010, p. 390).

Desse modo, se vê a processualidade das máquinas desejantes operando como *n sexos* nestes sujeitos. A “cada um, seus sexos”, o sexo não humano, uma “transexualidade

microscópica”, permitindo que entrem em uma ordem do desejo, a qual subverte o *modus operandi* estabelecido dos modos de subjetivação destes atores, de uma equipe ou até de uma sociedade. Uma formação de estados relacionais que lhes permitiu o estabelecimento de novos códigos, uma nova aliança, alterando um padrão estabelecido que se repetia: consumo de crack, prostituir-se e “detonar-se”. Padrão este reforçado por um sentir-se solitário. Esta alteração de padrão é o que se pode chamar de criação de um deslocamento, e aqui há uma produção de multiplicidades livres, como totalização das partes à parte das partes que não as totalize, permitindo apenas novas conexões: “e, e, e, ...” (DELEUZE; GUATTARI, 2010).

Aqui nada é excluído, há apenas sínteses conectivas, passagem de fluxos descodificantes e partículas assoladas pelo vento. Um vento ventania que soergue estes atores do solo devolvendo-os a este plano já com um outro registro do plano de organização, pois, sim, um pouco de território se faz necessário para que este desejo não se torne um desejo mortífero, uma paixão de abolição (DELEUZE; GUATTARI, 1997a).

E é aqui que se dá a importância da cartografia na clínica de rua. O contato, o contágio, o desenho de um plano que é o da imanência e que guia o cartógrafo em suas escolhas intercessoras com o outro e não o inverso.

É esta conexão que é terapêutica. Mas o que implica esta construção? Por que há profissionais que permitem e outros que não permitem determinados saltos produtores de deslocamento? Em qual lugar há maior produção de intensidade, na rua ou dentro dos serviços? Tanto faz, porque o importante é, na correlação de forças que envolve um determinado encontro, *como, quando e onde* estes atores irão realizar novas construções ou não a partir daquilo que se apresenta. Naquilo que Lancetti (2015, p. 60) chama de *plasticidade psíquica* como uma adaptação criativa ao que se apresenta com aquilo que se tem em mãos.

Aparentemente, nas ruas não há hierarquias, mas nos serviços sim. Porém, nas ruas, há o próprio modo de os usuários se organizarem e há quem realize esta organização punindo aqueles que não a seguirem, inclusive os trabalhadores das equipes de rua. Já dentro dos serviços, apesar das hierarquias que podem ou não serem atravessamentos institucionais, há uma grande possibilidade de criação dentro dos arranjos realizados pelas próprias equipes, dentro de condições que permitam às equipes questionarem-se sobre aquilo que as potencializa ou produz bloqueios no encontro com o outro.

E aqui, encerramos este capítulo após esgotarmos as possibilidades de conexões e combinações possíveis. Assim, partimos para a próxima ilha, plano, platô, campo de forças,

com a intenção de produzir devires, potencialidades, extraíndo aquilo que permita sempre seguir e estabelecer novas ligações.

II SEGUNDA ILHA

“É possível produzir relação com o outro no campo onde ele produz sua existência?”

Ao esgotarmos as conexões possíveis no plano anterior, adentramos neste segundo campo que fala de uma outra rede de forças. A história trabalhada na ilha anterior não ocorre fora de um contexto, de um tempo e espaço, ou melhor, fora de um território com uma rede de conexões próprias dos usuários e de uma rede de políticas públicas.

Mas do que são constituídos os territórios?

Neste exercício da imaginação, não esquecendo a possibilidade da imagem nos trair seja como uma ilusão ou ideia inadequada, tomemos de empréstimo a construção elaborada por Italo Calvino na obra *As Cidades Invisíveis* (1990). Calvino foi um dos escritores mais importantes e instigantes da segunda metade do século XX, e neste livro conta a história do famoso viajante Marco Polo, que descreve para Kublai Khan as incontáveis cidades do imenso império do conquistador mongol. A cidade deixa de ser um conceito geográfico para se tornar o símbolo complexo e inesgotável da existência humana.

As cidades, por serem invisíveis, são impossíveis de serem mapeadas e por consequência, não é possível localizá-las. Neste enredo, quem comanda a narração não é nem a voz e nem o ouvido, pois é no encontro produzido entre estes dois sistemas que se dá o modo como se processam as narrativas, a partir de um conjunto de afetações experimentadas por um dado corpo com aquilo que chega e produz contágio.

No século XIII, após uma viagem que teria durado 30 meses, o mercador veneziano Marco Polo chegou ao Extremo Oriente e conheceu a capital do imenso império de Kublai Khan: Cambaluc, atual Pequim. Lá, o jovem Marco permaneceu por 17 anos, desempenhando importantes funções diplomáticas na corte do Grande Khan. Isso é o que está registrado nos arquivos históricos.

Calvino extravasa a realidade ao criar um diálogo fantástico entre este famoso viajante e o imperador da Mongólia. Polo descreve minuciosamente 55 cidades por onde teria passado, agrupadas numa série de 11 temas: “as cidades e a memória”, “as cidades e o céu”, “as cidades e os mortos” etc.

No capítulo *Memórias e Desejo*, ele narra como homens que tiveram o mesmo sonho em que estavam apaixonados e perseguiam uma mulher, a qual sempre lhes escapava por algum beco ou esconderijo, se encontraram e construíram uma cidade de acordo com as cenas

que viam nestes sonhos. Na construção desta cidade, os homens obstruíam as saídas pelas quais a mulher sempre lhes escapava.

Este conto relaciona os desejos de cada um, os fantasmas, as "desconexões" que promovem clausuras, despotencializando a criação conjunta, e ao mesmo tempo mostra como cada um vai representando a cidade a partir de suas experiências, sonhos e desejos, que podem ou não ser coletivos, mas sempre agenciados por algo que lhes atravessa no campo social. E este é o plano da construção afetiva de uma cidade através da memória e das afetações produzidas nos corpos.

Mas qual seria a relação entre as cidades invisíveis, as ilhas desertas e a presente pesquisa?

O homem ocupa um lugar que é constituído por forças de quaisquer natureza e a partir do desejo, ele investe este lugar, cria outras relações, outros devires, outras cidades que a primeira vista são visíveis, mas, num segundo olhar, perdem aquela concretude, ficando embaçadas em suas bordas; há aqui uma invisibilidade das forças, do que tensiona tanto um lado quanto o outro. E é neste lugar que se dá a presente pesquisa, é no desvelar destas bordas indiferenciadas, no jogar luz sobre aquilo que se constituiu ao longo de um tempo e que, em meio a outras produções, vai produzindo e se produzindo constantemente.

À medida que se adentra em uma ilha deserta e todo o seu conjunto de forças e possibilidades de conexões, há um porvir que se materializa, ao passo em que o homem ocupa este plano e vai criando seja uma ilha derivada ou uma ilha original. Mas as ilhas se tornam mais desertas quanto mais o homem se separa do plano anterior e mistura-se, quase de modo indiferenciado, naquilo que o toma como uma essência própria das ilhas desertas. Assim, a desertificação deste plano produz algo que se configura em experimentações, cenas, desejos, ou seja, devires, blocos inteiros de devir (DELEUZE; GUATTARI, 1995). E são estas produções que vão aos poucos movendo os homens na modificação de uma paisagem, na construção de um espaço, de um bairro, de um lugar de passagem ou de paragem; e são estas construções, dentre outras, que vão dando sentido para um território, o qual é habitado por uma cidade visível.

São estas construções que veremos materializadas ao longo deste trabalho, seja no encontro entre profissionais e usuários, seja no encontro entre trabalhadores, seja no encontro entre pesquisador, trabalhadores e usuários. Construções estas preñes de significações que nos remetem a um plano existencial e à criação de novos territórios entre estes personagens, os quais habitam este mesmo universo.

1 Produções cartográficas de uma equipe de consultório de rua

Para aprofundarmos a discussão a respeito da composição de um território através de narrativas como as que o viajante Marco Polo realizou com o imperador Kublai Khan, e sua relação com as ilhas desertas, gostaria de apresentar as produções cartográficas da região da Cracolândia feitas pelos profissionais do consultório de rua que acolheram a Suzy.

Além do trabalho realizado pela equipe, havia ainda as oficinas de música artes visuais, esportes e teatro com os usuários, que aconteciam uma vez por semana. As oficinas eram realizadas ao lado da aglomeração de pessoas que faziam uso principalmente do crack. Em média, eram aglomerações de 200 a 300 pessoas e, durante as oficinas, nós íamos estabelecendo contato, vínculo e realizávamos atendimento às pessoas que se aproximavam e desejam a intervenção.

Os usuários propagavam as informações que recebiam da equipe e assim, ao longo da semana, a equipe andava pelo território atendendo as demandas que os usuários traziam. Por vezes, eles queriam apenas uma conversa, por estarem angustiados com alguma questão, ou então informações a respeito do tratamento do CAPS, ou orientação sobre alguma enfermidade. Em alguns casos, poderíamos acionar a rede que ali estava, como os agentes de saúde do programa Centro Legal⁶ que também trabalhavam naquele território, os centros de convivência para adultos, adolescentes e crianças, e a rede da assistência social composta pelos agentes sociais.

Neste período, por volta de duas mil pessoas circulavam diariamente naquela região. Muitos eram residentes daquele território, outros passavam por ali após um dia de trabalho e/ou permaneciam por algumas horas.

Em razão dos atravessamentos advindos da Operação Sufoco⁷, modelo de gestão burocrático da prefeitura e OS, e da alta demanda do território, a equipe de redutores, a qual já vinha realizando este trabalho há quase três anos, sentia-se perplexa, com a sensação de que o

⁶ Ação intersecretarial, aprovado em 2010, realizada na região central do Município de São Paulo, onde a Secretaria da Saúde atuou em conjunto com as Secretarias Municipais de Assistência e Desenvolvimento Social, Habitação, Gestão, Ministério Público, Guarda Civil Metropolitana, entre outros na atenção a pessoa em situação de rua. Disponível em:

<https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/saudemental/AcaoIntegradaCentroLegal.PDF>

⁷ Operação policial deflagrada em janeiro de 2012 com o objetivo de reprimir o tráfico e consumo de drogas na região da Crackolândia mas que se mostrou uma ação de caráter higienista em relação a população que habitava esta localidade. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2012/01/1029307-pm-faz-operacao-contra-o-traffic-na-regiao-da-cracolandia-em-sp.shtml>

trabalho realizado era infrutífero, como se estivéssemos com o “dedo no buraco de uma represa”. Então, decidimos criar uma atividade de escrita para relatar o que havia ocorrido no campo após chegarmos no CAPS. Estas escritas tinham o objetivo de dar visibilidade para a própria equipe, ao que estava sendo produzindo no território, e ao modo como as relações se davam entre nós, a população atendida, a rede e os demais atores deste plano no qual circulávamos. Além disso, havia outro objetivo: trazer a rua para dentro dos serviços, seja para a equipe, seja para os próprios usuários, no entanto essa ação foi vetada pela gestão do serviço receando que isso pudesse ser entendido como a execução de um papel de informantes da rua pelos usuários.

Em um primeiro momento, cada trabalhador escrevia sobre o que viu naquele dia e, em seguida, eu e a terapeuta ocupacional que acompanhava o grupo em reuniões de microterritório éramos encarregados de criar uma cartografia coletiva, através da compilação dos textos em uma única produção semanal.

A primeira cartografia foi escrita por um oficineiro, e as demais são coletivas. Estas cartografias foram intituladas *Boletins* (B.O.s), já que o propósito era informativo, diringindo-se àqueles que frequentavam o CAPS, havendo também um jogo de palavras com o termo policial “boletim de ocorrência”, visto que a cultura policial era fortemente presente no território do centro e dentro do serviço.

Havia um sentido no registro dos acontecimentos como marcas de expressão de um território em nossos corpos (ROLNIK, 1993), e escrever sobre estes acontecimentos foi aquilo que deu um sentido norteador e uma significação a algo que incomodava e que estava preso na garganta e na mente. A visualização disso na escrita permitiu à equipe perceber que faziam muito e faziam bem, o que era mais importante, e mais do que isso, perceber como estas experiências nos marcavam dia após dia, como tomavam nossas forças, nos preocupavam, nos desafiavam a rever, no dia a dia, as escolhas que fizemos em nossas vidas, e como toda aquela intensidade nos contaminava. Foram tecidas discussões muito importantes e ricas a partir destas produções.

A equipe de rua, os oficineiros, educadores físicos, eu e a terapeuta ocupacional trabalhamos nestes registros por volta de um mês e meio. O objetivo era apresentar para a equipe após a escrita dos textos coletivos. No dia escolhido para a apresentação, na reunião de equipe, fui informado, uma hora antes, que a terapeuta ocupacional havia sido demitida. Ainda assim, realizei a apresentação, mas acompanhado por um sentimento de tristeza, pois havia muito do trabalho dela ali. A equipe produziu uma discussão muito interessante sobre a visua-

lização do trabalho de rua em texto, e ressaltamos que esta foi a primeira produção escrita em três anos de funcionamento do serviço sob a gestão daquela OS. Foram realizados acordos no sentido de dar continuidade ao trabalho, porém, uma semana depois, fui demitido, e este trabalho não teve prosseguimento.

CARTOGRAFIA DO OFICINEIRO

Você não anda na Crackolândia, a Crackolândia é que anda em você.

Mal chegamos, avistamos uma mulher convulsionando, e não era por excesso de crack, ingênuo leitor.... Foi agredida pelo seu cônjuge que declarava apaixonadamente ser o agressor.

— Pode me prender, fui eu mesmo!

Entre chamar o Samu e a chegada de uma dupla da PSF foi uma questão de segundos. Já havíamos colocado a vivente de lado, conforme o script. Um dos Agentes de Saúde, com suas luvas de borracha, apressou-se em contê-la, enquanto o atendente do Samu nos passava orientações, dizendo que iria aguardar na linha até que o socorro chegasse.

Senti mexerem na minha mochila, enquanto a equipe já alertava a chegada de um paciente que estava apenas brincando de dar susto. Dãrn!

Um adolescente se aproxima, cachimbo aceso, e eu o reconheço da UIP 9, Fundação Casa. Digo que depois conversamos, estou na linha com o Samu.

Não aguardamos o Samu na linha, deixamos o local para a incursão habitual, a mulher agredida ficou sob os cuidados da dupla PSF, que aguardaram o Samu. Gostei deles. Achei uma parceria ágil.

Cena estranha em frente ao PAT: uma equipe de cinema filmava atores tentando encenar um grupo de usuários de crack. Os atores simulavam paranoia, tristeza, alucinação e nenhuma interação entre eles, nenhum sorriso. Sofrível. Pareciam de plástico. Perguntamos sobre o que se tratava a uma das envolvidas nas filmagens, e ela nos informou que é um filme. “Garoto se envolve com o crack, mas descobre a libertação”. Metanoia é o nome do filme. Fico imaginando no que isso vai dar...

Mas não perdemos tempo ali e fomos onde o povo estava. A uma esquina dali a Crackolândia fervia. Muita gente de lá pra cá, cachimbos em punho, um caos ordenado. Terra de todos os odores, alumínio queimado, cigarro, maconha, cheiro forte de gente que está

há longo tempo exposta à suja cidade. A Crackolândia não é só um lugar... É um conceito. Você não anda na Crackolândia, ela anda em você.

Foi chegar pra percussão começar. Samba. O mesmo samba de sempre tocado com um entusiasmo honesto. Poucos de nós, CAPS na Rua, empunhavam instrumentos, os locais os portavam e soltavam voz e corpo numa bagunça frenética. O uso e comércio rolava solto ao redor, tão intenso quanto sempre foi.

Estendemos oito cartolinas na parede que se tornou cenário do samba. Rapidamente as folhas deixaram de ser brancas para gritar palavras de ordem: PAZ, JUSTIÇA E LIBERDADE! SER LOUCO, SIM! SER LOQUE, NÃO! E outras frases... Me irrita tanto o fato de eles só escreverem e quase ninguém desenhar! Me irrita tanto o fato de eles escreverem errado e de termos de soletrar as palavras para a maioria que parece ter esquecido ou que nunca soube escrever! Me irrita muito, mas fico extasiado com o resultado final... Palavras pintadas em papel sujo colado com fita-crepe em desordem total. O fato é que os caras colocam ali aquilo em que acreditam.

Uma das locais quer me dar um quadro de um santo que trás na bolsa. Diz que queria dá-lo a seu filho, mas acha que vai perdê-lo antes disso. Conta também que está grávida de gêmeos... - A mulher que falou! – a lembramos da necessidade de fazer o pré-natal e que no SAE poderá fazer isso, conta que fez pré-natal com o primeiro filho, mas parece muito dispersa, se excita com os homens na equipe e começa a falar sacanagens para nós, que gosta de ficar “engatada”, que fulano é grande e coisa e tal. Desconversamos, explicando o nosso trabalho. Ela ainda tenta me dar o quadro e eu deixo escapar um “pra quê? ”. Ela desiste.

Vemos o Samu passando. Até que não demoraram tanto quanto todos falaram que demoraria.

Outros, muitos outros param para perguntar, contar histórias, alegrias e sofrimentos. O Homem Laranja, capoeirista em outras ocasiões, que estava com a cara pintada de laranja anteriormente e agora trazia desenhos verdes pintados na face, pareceu feliz em poder pintar no papel afixado na parede. Seu cheiro era insuportável e ele parece ser um colecionador compulsivo, cheio de badulaques amarrados pelo corpo e pela roupa.

Outro adolescente que fez oficina comigo na Fundação Casa vem cumprimentar-me e conta que em breve vai se internar, pois existe salvação do crack. Não conseguimos definir por qual meio será a internação, mas parece que o grupo que lhe prometeu salvação tem métodos evangelizadores.

Um outro local conta que as filmagens do filme Metanoia foram negociadas com o pastor da Cristolândia e eu já sei no que isso vai dar...

Exaustos, quase não conseguimos sair diante dos pedidos de mais um samba. Mas, no final, eles compreendem a nossa posição e voltam para seus cachimbos, seus dramas, suas relações pessoais contextualizadas pelo lugar chamado Crackolândia.

Mas a Crackolândia não é só um lugar, é um conceito. Ela pode ser espalhada pela cidade toda, mas continua presente. Você não anda na Crackolândia, ela é que anda em você.

BOLETIM – CAPS NA RUA

1ª SEMANA

Relatório semanal do CAPS na Rua dias 22/08/12 e 24/08/12

“Se eu falar que vou [me] tratar, se [isso se] torna uma promessa, vira dívida. Mas Deus sempre nos olha...” (participante da oficina realizada na rua).

No período na manhã, a equipe fez uma incursão pela região da Santa Efigênia. Observou-se um grande número de pessoas em consumo de crack e foi difícil abordagens, devido à pouca receptividade no momento de consumo. Na Praça Júlio Prestes havia uma base móvel da GCM, e aparentemente a presença da guarda municipal gera um esvaziamento no local.

Na ação do período da tarde, a equipe ficou a maior parte do tempo na Rua Helvétia, entre as alamedas Cleveland e Dino Bueno, dividida entre os dois lados da rua, de um lado, em frente ao SASF (Serviço de Assistência Social a Família), de outro, em frente a um prédio desocupado, a aglomeração de pessoas chamou atenção, principalmente o número expressivo de crianças, adolescentes e jovens adultos.

As quartas à tarde são reservadas para as oficinas de rua. Estas oficinas são instrumentais desta equipe na estratégia de redução de danos, elas criam condições como: um ambiente receptivo e um clima de proximidade com as pessoas que circulam na Crackolândia. A oficina na rua propicia uma interrupção momentânea no consumo das drogas e no cotidiano “cracolândia”, e essa quebra é imprescindível para viabilizar ações que tem como objetivo a formação de vínculos.

A chegada na Rua Helvétia já marcou o início da oficina, pois a equipe chegou caminhando e tocando os instrumentos e alguns passos em forma de brincadeira e convite se mos-

traram e configuraram o espaço da ação. Rapidamente alguns se aproximaram e começaram a jogar, como se já tivesse sido ensaiado. Cada um tomou um lugar na roda e se compôs de fato o ambiente da oficina, que era setting, que era rua, que era jogo, que era “cracolândia” e que era CAPS.

Um homem, já conhecido das ações, jogou e ajudou a tocar, e logo depois um outro todo pintado de laranja, com correntes no pescoço, sem camisa e um corpo bastante atlético começou a executar diversos movimentos de grande destreza. Quando bateu o cansaço, ofereceram-se água e uma barra de cereal. Ele tomou a água e contou um pouco de sua história, apesar da dificuldade em compreender tudo o que ele dizia, talvez pelo comprometimento da fala pela intoxicação ou por outras dificuldades suas, continuaram todos ali, se apresentando, apresentando o serviço, tomando água.

E a capoeira virou samba! Aconteceu de modo natural e espontâneo como que por vontade própria. Um dos presentes apresentou um samba de sua autoria, muito bem elaborado, tão bom que quase não foi possível fechar a atividade.

A grande quantidade de participantes pôde ser observada e as atividades puderam ser mantidas dentro de um contexto de produção de encontro, cuidado, orientação e escuta graças ao número de trabalhadores que garantiam que enquanto alguns coordenassem as atividades, outros mantinham-se atentos à segurança e outros ainda pudessem fazer os acolhimentos e orientações de RD.

BOLETIM – CAPS NA RUA

2ª SEMANA

No período da manhã, ao chegar ao território, a equipe CAPS na Rua foi avisada de que um homem havia sido baleado após tentativa de assalto e briga com transeunte sem identificação (sic). Homem ferido sendo levado pela polícia, clima de linchamento, policiais dispersando a população, tentando evitar violência civil contra o agressor. Este cenário de tensão dificultou o processo de abordagem.

No período da tarde, a equipe CAPS na Rua retornou ao campo para realizar as oficinas e o trabalho de Redução de Danos.

Ao chegar ao território, instrumentos já foram requisitados para iniciar o samba. A equipe avaliou e se alocou em um espaço seguro e, como na semana anterior, havia grande

concentração de usuários. Em um repertório improvisado, músicas iam surgindo, instrumentos iam sendo inventados e as pessoas iam chegando.

Em um segundo momento, um combinado da semana anterior se cumpriu. Um homem havia pedido um violão, e dois espaços foram criados: roda de samba e roda de MPB. Um grupo em frente ao outro, distanciado pela rua.

Agradecimentos foram tecidos pelos participantes pela presença da equipe e pela felicidade trazida para o grupo (sic). Em momento de pausa, a equipe CAPS na RUA falou do trabalho e dos objetivos da presença naquele espaço como forma de afirmação e apropriação do ambiente. Durante todo o encontro, foram feitas abordagens, orientações e estabelecimento de vínculo.

Na roda de MPB, um participante conversava com vários outros de maneira descontraída e percebeu-se a rede de sociabilidade constituída ali, entre pessoas que estão naquela região há muitos anos. Uma rede que promove laços sociais, compartilhamento de experiências, encontros, felicidade e alegria, ainda que efêmeras. São compartilhados ali cachimbos, histórias, agressões, cortes de cabelo, comida.

Mundo cão e mundo cruel eram temas recorrentes no conteúdo das músicas. Durante a música “Pais e Filhos”, um homem consumindo crack um pouco afastado da roda de violão cantava e observava. Ao final da música, chamou um dos trabalhadores, e chorando bastante falou da família, que queria fazer tratamento, abandonar as drogas. Foi orientado e disse que iria ao CAPS AD III Centro no dia seguinte.

“Porque devo sair da rua? O que você tem a me oferecer? O que te motiva a estar aqui? Não é só trabalho! Eu conheço todo mundo aqui, sou pai, filho, cafetão, irmão e muito mais”. O homem, em um monólogo entusiasmado, gesticulava e se apresentava aos membros da equipe deixando claro que ali ele tinha muitas conexões, muitos papéis e não tinha a intenção de mudar de redes, vínculos.

Percebeu-se que a música e a arte vêm conviver com um espaço de sociabilidade instituído já há muito tempo. Enquanto as rodas aconteciam, sorvete e caldo de mocotó eram comercializados.

A presença da PM e da GCM foi constante, embora na quarta-feira não fizessem movimento. Sexta-feira, na incursão da equipe de redutores de danos, esses atores da segurança pública já atuavam de outra forma, dispersando grupos. Apesar disso, as redes de sociabilidade persistiam.

BOLETIM – CAPS NA RUA**3ª SEMANA**

A circulação está tranquila.

Existe uma ação de limpeza das ruas pela prefeitura que conta com um caminhão-pipa com uma mangueira guiada por um trabalhador da prefeitura que vai lançando jatos de água nas calçadas e rua no quadrilátero Dino Bueno e Helvétia, sem chegar a atingir diretamente os usuários que ficam no chão,

Na ação do dia 19/09, a equipe CAPS na RUA, ao chegar no campo, encontrou uma mulher convulsionando – o Samu foi acionado e após 30 minutos de espera deixaram-na aos cuidados dos agentes do Centro Legal, que assumiram a assistência e espera do Samu.

Em frente às antigas “malocas” que foram demolidas e abrigam atualmente o Serviço de Assistência Social à Família (SASF) – que atende apenas famílias com residência fixa na região –, estavam sendo realizadas as filmagens do longa-metragem “Metanóia”, que soubemos depois pela leitura do jornal que conta a história de um usuário de drogas, baseado em fatos reais, com o objetivo de mostrar as consequências do uso de crack e como o protagonista conseguiu escrever outra trajetória de vida. Projeto realizado com participação da Cristolândia.

A equipe CAPS na Rua, ao continuar sua caminhada, deparou-se com uma grande concentração de pessoas. Analisada a segurança do local, estabeleceu-se um lugar seguro próximo ao público assistido para iniciar a oficina.

Com a aproximação, os mais atentos separaram instrumentos improvisados e iniciaram o batuque, que tomou corpo e em seu entorno uma roda se fez. O samba foi iniciado no princípio da autogestão, sem a necessidade de ser coordenado pela equipe, apenas direcionado, o que demonstrou o vínculo estabelecido entre população e equipe.

Grupo formado, uma pausa foi realizada para a oficialização do início da atividade e afirmação do lugar daqueles trabalhadores naquele espaço de convivência em que muitas coisas se passam. A equipe CAPS na Rua veio propor ali outras atividades mediadoras de convivência experimentando relações centradas não mais apenas na venda, compra e consumo de drogas, mas na expressão de cultura – samba e expressão plástica/artística/de comunicação – e no cuidado de si via redução de danos.

Após apresentação do CAPS na Rua e seu objetivo, retomou-se o batuque com instrumentos industrializados e improvisados. Concomitantemente à música, foi realizada a oficina de linguagem visual com papéis, pincéis e tintas possibilitando a expressão daquele aglomerado de pessoas que já se constituía como grupo naquele momento.

Enquanto essas vias de expressão iam sendo tomadas com propriedade pelos participantes, os agentes redutores de danos e os técnicos do CAPS AD III Centro faziam o trabalho de orientação, diálogo, vínculo, aconselhamento, presença de cuidado e escuta.

Ao término, foi cantada uma música de “saideira”, foram feitas orientações sobre o trabalho e foi realizada a distribuição de insumos para hidratação.

O encontro sustentado na realização das atividades expressivas e corporais permitiu a apropriação, pelos participantes, do cuidado realizado como extensão das práticas do CAPS AD III Centro para além de seus muros, e um convite, ou melhor, disponibilidade aos interessados no que concerne à escuta, orientação e cuidado, demonstrando seu caráter motivador, positivo e terapêutico.

Além disto, esta prática permite a disseminação e contágio do trabalho realizado nas redes sociais destes usuários e o trabalho em conjunto com outros atores da rede de assistência, caracterizando esta prática como um recurso de intervenção potente.

2 Cidade e território: o consultório na rua como uma clínica da cidade⁸

Através da cartografia, podemos perceber mudanças e alterações que ocorrem neste campo no encontro do consultório de rua com esse território, mudanças que podem dar visibilidade a uma produção de cuidado que se dá não desvinculada das noções de redes, de território (sua origem), e redução de danos (entendido como produção de cuidado).

Um território engloba diversos aspectos que configuram sua paisagem que não é estática, alterando-se de acordo com o modo como este espaço é ocupado em um *continuum* de tempo através da ação do homem e da natureza. Este território pode ser delimitado geograficamente e englobar diversos aspectos como população, edifícios, serviços, comércio, praças etc. Um conjunto de territórios é abarcado por uma cidade e, para fazê-la “funcionar”, é necessária uma série de medidas como estrutura, espaços de circulação, redes de energia e escoamento de esgoto.

⁸ Curso: *O SUS, a Reforma Psiquiátrica e os desafios para a construção da Rede de Atenção à Saúde*. Projeto Rede Sampa. Prefeitura Municipal de São Paulo, 2015.

A "invenção" das cidades pode ter sido a etapa mais importante da história humana, pois as cidades representam o ponto de partida para o desenvolvimento das primeiras civilizações: da escrita, dos sistemas de comércio, do dinheiro, da estratificação e hierarquias sociais, da religião e da educação organizada, da agricultura sistemática, e de muitas outras coisas mais.

Esta invenção determinou a criação de novas palavras como forma de as pessoas se localizarem neste novo modo de vida.

A raiz etimológica da palavra “civilização”⁹ se encontra no latim com o termo "*civitas*", mesma raiz de cidade. Já a palavra “política” deriva do grego "*politikos*", e é relativa ao cidadão ou ao Estado, de *polites*, “cidadão”, derivado de *polis*, “cidade”.

A respeito da conduta nas cidades, podemos lembrar que esta palavra veio do latim *civitas*, originalmente “condição ou direitos de cidadão”, de *cives*, “homem que vive em cidade”.

Dai veio civilização, como oposto a barbárie, do grego *bárbaros*, “estrangeiro, forasteiro” literalmente “aquele que fala de modo incompreensível”, de um som *barbarbar* que imitava um balbucio.

Já o termo cidadania tem igualmente origem etimológica no latim "*civitas*" que significa cidade com significado de pertencimento de um indivíduo numa comunidade politicamente articulada e que lhe atribui um conjunto de direitos e obrigações, sob vigência de uma constituição.

A palavra polícia é outra derivada, relaciona-se com ela pelo sentido de “cuidar das cidades”, onde a segurança sempre foi uma preocupação.

Não pretendo me alongar muito na construção das cidades propriamente ditas, mas elas são experiências visuais, lugares saturados de significações, acumuladas através do tempo.

Cidadão, cidade, direitos do cidadão, homens que vivem na cidade, cidadania como pertencer a algum lugar e cuidado das cidades. Estes termos são elementos que se compõem na própria construção da cidade e na produção de sentidos ao longo dos últimos séculos. Observamos, no transcurso deste trabalho, que estes termos ganham um sentido mais fidedigno ou distorcido a depender da população a que se refere em determinada situação, e isto ocorre ao longo da história. São estas construções que vão ganhando corpo e produzindo um dado território.

⁹ Curso: *O SUS, a Reforma Psiquiátrica e os desafios para a construção da Rede de Atenção à Saúde*. Projeto Rede Sampa. Prefeitura Municipal de São Paulo, 2015.

Alguns bairros, no município de São Paulo, tiveram origem com a elite cafeeira como Campos Elíseos e Higienópolis, com praças e jardins bem cuidados e ruas de traçados perfeitos, com suas mansões, onde a burguesia vivia; enquanto nas áreas baixas e várzeas dos rios, situavam-se os bairros fabris, pobres e de moradias operárias, que eram os menos valorizados.

Inclusive, a sede do governo do estado encontrava-se no bairro de Campos Elíseos até o primeiro terço do século passado. Mas, com a crise cafeeira e mudança das famílias tradicionais para novos bairros, o bairro de Campos Elíseos entrou em um processo de deterioração. Este processo culminou na construção da chamada Boca do Lixo, entre as décadas de 1960 e 80, que era um reduto do cinema independente brasileiro, já na década de 90, uma parte deste território passou a ser chamada de Cracolândia, após a chegada do crack nas cidades.

O território trabalhado nas cartografias anteriores é a chamada Cracolândia que se encontra no bairro de Campos Elíseos – na mitologia grega é este o nome dado ao paraíso, um lugar reservado aos heróis, santos, sacerdotes, poetas e deuses, ou seja, aos homens virtuosos, os quais repousavam dignamente após a sua morte, se divertindo e dançando por paisagens verdes e floridas, numa descrição semelhante ao céu dos cristãos. Na atualidade, a mídia e a sociedade rotulam os usuários de crack desta região como “zumbis” que não podem responder por si próprios e por isso deveriam ser internados compulsoriamente.

Estas paisagens urbanas e suas alterações nos oferecem pistas significativas para verificarmos os sentidos sociais e a demografia que resultaram na formação da cidade atual com todas as suas características. E observar este território apenas do seu ponto de vista físico, é banalizar tal composição.

Como Marco Polo fez ao descrever as cidades invisíveis ao imperador Kublai Khan, podemos realizar uma operação mental sobre os lugares que habitamos ou em que estivemos em nosso desenvolvimento, e os espaços que ocupamos atualmente. Assim, teremos uma memória afetiva destes espaços físicos que mostra a importância e influência destes territórios em nossa constituição.

A etimologia da palavra "território" vem da junção de duas palavras latinas "terra" e "torium", e significa "terra pertencente a alguém", conferindo àquela o sentido 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. Esta construção expressa, no âmbito simbólico, os aspectos sociais, econômicos, culturais, religiosos, os costumes das pessoas, a cultura, e os desejos que mobilizam ou imobilizam as pessoas do lugar. Já no âmbito existencial, esta composição interfere e influen-

cia na maneira como ocupamos estes espaços, através da representação de um lugar que temos dentro de nós mesmos ou seja, “os modos pelos quais o território ganha sentido a partir da história pessoal”. (ALARCON et al. 2013, p. 72).

A seguir, selecionei alguns trechos das cartografias produzidas pela equipe de CdeRua relatadas anteriormente que expressam as dimensões caracterizadas no parágrafo anterior. Trechos que demonstram o vínculo e o fortalecimento das redes sociais entre estes grupos:

*“Muita gente de lá pra cá, cachimbos em punho, um caos ordenado. Terra de todos os odores, alumínio queimado, cigarro, maconha, cheiro forte de gente que está há longo tempo exposta à suja cidade. A Crackolândia não é só um lugar... **É um conceito.** Você não anda na Crackolândia, ela anda em você. ”*

Um conceito que invade nossos corpos e nos acompanha até nossas casas, um produtor de múltiplos sentidos que se define por um bloco de devires: Crackolândia. Como habitar o caos e permitir que ele nos habite sem que isto incorra em um desejo mortífero? Uma destruição de si?

Na experiência da escrita, percebemos que ali havia muito mais que um plano invisível que não era material, mas, sim, compartilhado por todos.

Na escrita compartilhada, estes sentidos iam ganhando corpo e produzindo em nós *um-em-nós*, inclusive com os “crackeiros”. Por vezes, quando íamos no *fluxo*¹⁰, nos perguntávamos quem estava vivendo, se seriam eles ou nós, com toda a rede de sociabilidade produzida por eles com sua intensidade, prazeres e dores. Houve um momento em que a dúvida permanecia. Eu já não me importava em sentir cheiro de merda nos espaços públicos fora do horário do expediente. Fato que não se manteve após sair deste trabalho. E porque falar de algo tão asqueroso neste trecho? Justamente porque estamos falando da Crackolândia, pois “*você não anda na Crackolândia, ela anda em você*”.

*“...policiais dispersando a população, tentando evitar violência civil contra o agressor. Este **cenário de tensão** dificultou o processo de **abordagem**. ”*

¹⁰ Termo utilizado pelos frequentadores da Crackolândia.

Um cenário, um enxame, a violência do Estado como atravessamento no contato entre o próprio Estado, representado pela saúde, e a população, produzindo distanciamentos e criando outros sentidos no território, como o medo e a insegurança.

“Percebeu-se que a música e a arte vêm conviver com um espaço de sociabilidade instituído já há muito tempo. Enquanto as rodas aconteciam, sorvete e caldo de mocotó eram comercializados. ”

“Cada um tomou um lugar na roda e se compôs de fato o ambiente da oficina, que era setting, que era rua, que era jogo, que era ‘cracolândia’ e que era CAPS.”

Este último trecho desenha uma alteração dos planos de forças com a chegada da equipe. Do que isso fala? De um contágio, uma contaminação. Quando chegávamos no fluxo e eles já iam trazendo os tambores de lixo e começavam a batucada cantando “eu bebo sim e estou vivendo tem gente que não bebe e está morrendo...”, isto despertava em nós perguntas sobre nossas vidas e nos possibilitava entrar em conexão com eles, produzir aquela certa zona indiferenciada tão importante em um processo terapêutico e, conseqüentemente, a possibilidade de intercessões serem realizadas junto aos usuários em acordo com o que se apresentava naquele território tão rico em intensidades.

Nesse sentido, podemos trabalhar com um conceito de "território vivo", em que, através de uma composição entre o espaço, o tempo, e a matéria, há produção de subjetividades em uma construção sem fim. E esta fabricação de subjetividades não se dá de maneira essencial, imutável ou individual, e sim como um acontecimento coletivo, social. (ALARCON et al., 2013). Um "território vivo" é composto por espaços físicos, dimensões simbólicas, afetivas e seus sentidos, e esta configuração nos mostra um mapa psicossocial, um conjunto sempre dinâmico que se revela através da cartografia.

Revelar as forças micropolíticas na produção de cuidado que se dá um determinado território, conectando-se com o fora dos muros institucionais, é tensionar a instituição em seus processos instituídos, é a possibilidade de produzir novos sentidos a partir das existências que se dão ali naquele plano.

Assim, seguir os passos existenciais destes usuários é nos guiar por itinerários e projetos terapêuticos que extravasam as ofertas instituídas por uma rede de serviços, é a própria existência reivindicando produção de vida. (MERHY et al., 2014).

Mas para se produzir um território vivo é necessário o cuidado com as cidades ao se introduzir mudanças na paisagem urbana promovendo encontros e produção de vida; podemos afirmar que o consultório na rua é a própria *clínica da cidade*, pois conceito; colagem e contágio; planos invisíveis; um-em-nós; me questionar sobre minha própria vida; sociabilidade; arte, música e a violência do Estado que modificam uma paisagem constituída. Do que estes planos falam? Falam de um território vivo, da operação de uma produção de cuidado no limite, naquilo que se pode nomear de Saúde Mental Coletiva, por conta de toda a complexidade em seu entorno, e o modo como os arranjos vão se fazendo de acordo com cada encontro.

3 Redes Analógicas e Redes Rizomáticas¹¹

“... que fez oficina comigo na Fundação Casa vem cumprimentar-me e conta que em breve.”

“O homem em um monólogo entusiasmado gesticulava e se apresentava aos membros da equipe deixando claro que ali ele tinha muitas conexões, muitos papéis e não tinha a intenção de mudar de redes, vínculos.”

“Percebeu-se que a música e a arte vêm conviver com um espaço de sociabilidade instituído já há muito tempo. Enquanto as rodas aconteciam, sorvete e caldo de mocotó eram comercializados.”

“Entre chamar o Samu e a chegada de uma dupla da PSF foi uma questão de segundos.”

“...deixamos o local para a incursão habitual, a mulher agredida ficou sob os cuidados da dupla PSF, que aguardaram o Samu. Gostei deles. Achei uma parceria ágil.”

Dentre várias possibilidades de se fazer saúde, gostaria de destacar um modo muito comum que incorre em uma produção de vida cronificada pela forma de produzir cuidado pela rede, ou seja, os próprios intratáveis do sistema social, em um círculo que vai se reproduzindo por si próprio, um modo de produzir cuidado ignorando a riqueza criada entre os investimentos que os usuários tecem entre si em suas redes sociais.

¹¹ MERHY, E. E. *Rede Rizomática X Rede Analógica: Os desafios da construção de redes de cuidados no SUS*. (Vídeo). VI Congresso Brasileiro de Ciências Sociais e Humanas em Saúde (CBCSHS), 2013.

Em contraposição a esta produção, podemos tomar de empréstimo a pesquisa de Magnani (2005) sobre grupos de jovens e seus circuitos em territórios, ressaltando a importância da sociabilidade construída entre eles, as permanências e regularidades, e não apenas para o consumo, fragmentação e nomadismo. Os espaços pelos quais eles circulam, os pontos de encontro, ocasiões de conflito e as parcerias com quem estabelecem relações de troca, e quais posições eles ocupam em uma relação.

Assim, é preciso realizar uma articulação entre estas expressões (produções de vida) e os espaços, serviços, equipamentos em que estes grupos realizam permanências ou passagens para se produzir saúde de acordo com as necessidades que se apresentam.

A rua que interessa e é identificada pelo olhar antropológico é recortada desde outros e variados pontos de vista, oferecidos pela multiplicidade de seus usuários, suas tarefas, suas referências culturais, seus horários de uso e formas de ocupação (MAGNANI, 2005). É essa a rua que nos interessa. A rua que abarca sentimentos de todos os tipos: alegrias, dores, dissabores, desafios. Preenhe de signos e diferentes sentidos. Uma rua-lugar de múltiplos sinais no encontro com a alteridade. E que nos contaminam de muitas maneiras, pois estes sinais que vêm da rua nos invadem, porque também somos a rua.

Mehry (2013) afirma o cuidado em saúde como um acontecimento micropolítico, na construção efetiva das Redes Vivas de existências, nos impulsionando a nos debruçarmos de modo mais atento sobre o tema das redes e o modo como são constituídas:

- Redes analógicas (percursos em níveis hierárquicos, protocolares, especializados);
- Redes rizomáticas (itinerários que se fazem no percurso, relações que navegam em conexões existenciais, o cuidado em saúde em que os sujeitos produzem sua existência e o trabalhador de saúde a referencia e não produz o outro como objeto de sua rede analógica).

Assim, o encontro com as redes se faz em agenciamentos que se materializam tanto no contexto da disputa pelo cuidado entre os vários que o produzem quanto na produção de vida em uma rede rizomática não linear que não se apresenta capturada em um território único, em um espaço geográfico definido.

Como um nômade, o usuário produz e protagoniza, de forma singular, os acontecimentos no seu processo de cuidado. Nômade na produção de sua vida e, por isso mesmo, capaz de circular em territórios muitas vezes imperceptíveis para as equipes de saúde. E aqui circular por territórios não remete apenas ao plano físico, mas aos planos existencial e simbólico, planos invisíveis ao olho nu, pois o usuário pode constituir novos movimentos e relações

em um mesmo território físico. Esta forma de circulação dos usuários, tecendo suas próprias redes de sociabilidades e cuidado, comporta movimentos de desterritorialização que afetam e convidam as equipes de rua a esta mesma experimentação desterritorializante. De modo que sujeitos e territórios são inseparáveis na produção de práticas de cuidado.

A respeito desta formulação de estratégias, território e redes dos usuários, Mehry (2014, p. 12) afirma que

Como no seu nomadismo o usuário abre novas redes de cuidado que constrói para fora do próprio sistema de saúde, às vezes, para vencer barreiras não facilmente visíveis, procurou-se associar outras estratégias de investigação não tão tradicionais, que procuram apreender a construção dos fluxos existências, elementos que pertencem imanentemente ao território da produção da vida em si do próprio usuário.

Ao problematizarmos o fluxo dos usuários dentro de uma rede analógica e/ou rizomática, nos deparamos com um modo de fazer saúde pública que, por vezes, incorre em uma serialização do cuidado, ou seja, o usuário precisa passar por determinadas etapas estabelecidas pelas equipes para daí ser “encaminhado” para outros níveis tidos como mais especializados.

Nesse ponto, estamos dialogando com Mehry (2013), e temos mais questões do que respostas ao pensarmos como se dá a própria criação de uma rede de cuidados em saúde que faça fugir este modelo rígido e cronificante, ou seja, como produzir uma rede rizomática transversal às próprias redes analógicas?

Como cuidar de algo que ocorre na vida e que não é preciso tratar isso no modo analógico (da rede de Atenção Básica para a secundária e terciária)? Para Mehry, o modo de produção da vida pelos usuários se dá de modo rizomático, por hipertexto, e não serializado. Nesse caso, como um relógio digital, poderíamos pensar em sair do 1 para o 10 sem passar pelo 2,3,4,... e isto se materializa nos diferentes segmentos da vida, nos quais somos outros a cada nova rede que encontramos e isto se dá apenas por conexões existenciais.

E continuamos nos questionando a respeito do como fazer um modelo de cuidado que não é apenas analógico, com seus itinerários e protocolos. O que há para além disso? Como conectar-se com o usuário, suas próprias redes sociais e o modo como ele faz sua própria vida em processos de encontros relacionais? Como tornar isso um elemento no cotidiano da vida dos trabalhadores do SUS sem alterar padrões já estabelecidos de funcionamento das equipes?

É preciso inventar espaços de encontros entre os trabalhadores dos serviços territorializados com os profissionais que atuam em outros espaços na rua. E assim produzir espaços de des-aprendizagem entre essas equipes. Pois os trabalhadores não sabem da rotina uns dos outros, o que está dentro do muro não sai para calçada, e os que estão fora não conseguem entrar.¹²

4 Produção de Cuidado na perspectiva da Redução de Danos

“...no encontro, foram feitas abordagens, orientações e estabelecimento de vínculo”.

“Ao final da música, chamou um dos trabalhadores, e chorando bastante falou da família, que queria fazer tratamento, abandonar as drogas. Foi orientado e disse que iria ao CAPS AD III Centro no dia seguinte”.

“Ao término, foi cantada uma música de “saideira”, foram feitas orientações sobre o trabalho e foi realizada a distribuição de insumos para hidratação”.

“...disponibilidade aos interessados no que concerne à escuta, orientação e cuidado, demonstrando seu caráter motivador, positivo e terapêutico”.

Neste ponto a estratégia da Redução de Danos é um importante dispositivo, pois leva em consideração toda a singularidade dos usuários ao produzir processos para fora do muro dos serviços e no desenho de projetos terapêuticos singulares.

É através da oferta de insumos, oficinas, caminhadas no território sem objetivo pré-estabelecido e disponibilidade para a escuta que se dá a possibilidade de um acesso ao “buraco negro” (LANCETTI, 2015) de cada usuário, onde dói mais, onde guardam as memórias de suas experiências de vida, seus territórios existenciais e suas conexões.

Assim, é possível avaliar necessidade e levantar as demandas que os usuários apresentam em dado contexto e assim, constituir um projeto terapêutico singular adequado a cada ocasião. Lembrando que o projeto terapeutico singular (PTS)¹³ sempre necesssita ser dinâmi-

¹² SANDER, C. A. Cuidado em saúde frente às vulnerabilidades: práticas do consultório na rua. Dissertação de Mestrado em Psicologia Social. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2014.

¹³ O Projeto Terapêutico Singular, muitas vezes é definido como um instrumento de potencial de cuidado aos usuários de serviços especializados de saúde mental, além de ferramenta de organização e sustentação das atividades do Núcleo de Apoio à Saúde da Família, baseadas nos conceitos de corresponsabilização e gestão integrada do cuidado. <http://redehumanizasus.net/90468-projeto-terapeutico-singular/>

co e flexível adequando-o a vida que muda a cada instante dependendo das ocasiões e oportunidades que se apresentam.

E justamente por isso, é necessário que seja construído junto com os usuários, pois é necessário avaliar se terão condições e desejo em dar prosseguimento ao que for combinado.

É necessário utilizar o encontro como forma de estabelecer o acompanhamento ao longo de um período, pois é neste meio tempo que poderão ocorrer mudanças no desejo dos usuários, pois estão em constante ir e vir, ainda que não saiam do lugar, titubeiam, mudam de idéia constantemente e por fim, realizam muitas repetições. É necessário que a equipe esteja como um alicerce na vida destes usuários e garantindo o acompanhamento através de vínculo e confiança que só são obtidos e fortalecidos na passagem do tempo.

E também é importante que estas construções sejam compartilhadas e circulem pela rede de modo a não produzir incongruências nos acordos e formas de cuidado estabelecidos entre os serviços.

Com estas complexas questões, adentramos também no campo da intersectorialidade e da interdisciplinaridade, e aqui se faz importante habitar esta problematização colocando-se no lugar da tensão, da densidade, dos embates e disputas presentes no campo das políticas e das práticas em saúde, quando se considera a complexidade envolvida na construção de encontros e territórios marcados pela diferença, a imprevisibilidade, os estriamentos, o estranho, a heterogeneidade, o não saber, o não saber-fazer, dentre outros.

Com isso chegamos a uma proposta metodológica para evidenciar as questões referidas anteriormente, articulando produção de cuidado, território e redes.

III PASSAGEM

Demissão!

As eleições de 1998 foram as primeiras que acompanhei debate a debate, matérias, discussões, ouvindo as pessoas na rua e familiares. Eu comentava e questionava as pessoas sobre este momento e me perguntava como um outro país poderia ser construído onde houvesse menos desigualdade e injustiça social. Eu tinha 17 anos naquela eleição.

Mas como construir um outro país?

Movido pela ideia de entender porque havia guerra entre os homens, percorri um caminho tortuoso que me levou até a graduação em Psicologia e, naquela altura, de pronto, fui aprovado em uma seleção para estagiar na antiga Febem (sem dúvida uma zona de guerra social), hoje Fundação Casa. Mas por causa de algumas questões da professora que coordenava o projeto, fui direcionado para outro trabalho, que seria uma cartografia da saúde mental no município de São Paulo. Já estávamos no ano de 2001, primeiro ano de governo da Marta Suplicy e o desmonte do PAS criado pelas gestões anteriores, de Maluf e Pita. Foi neste ano, com a prefeita recém-empossada, que a cidade de São Paulo entrou no SUS e uma rede pública de serviços de saúde passou a ser construída através dos princípios e diretrizes do SUS. Uma rede territorial, regionalizada, apoiada na universalidade, integralidade e equidade.

Durante este projeto, visitamos diversos serviços de saúde mental que estavam desfalcados de trabalhadores, pois estes haviam sido transferidos ou aposentados. Vimos uma rede destruída e desvitalizada.

Encerrei minha participação neste projeto após dois anos e foi aí o início de uma trajetória nas políticas públicas. Ao longo da graduação, participei de outros projetos, como o trabalho com indígenas usuários de álcool nas aldeias do Krucutu e Morro da Saudade, em Parelheiros. Íamos lá semanalmente com o motorista da faculdade e tínhamos muita dificuldade em trabalhar com eles, porque este era muito mais o desejo do cacique do que dos usuários de álcool. Cenas de violência, infanticídio marcaram nossas visitas a estas aldeias. Mas também tivemos frutos positivos como aprender um pouco da cultura deles, a convivência com as crianças e outros atores da rede de saúde.

Também participei de um projeto de grupos operativos com os trabalhadores da saúde mental. Um projeto muito interessante em teoria, mas que não passou do primeiro encontro

por causa de uma diferença entre a coordenadoria de saúde e a professora responsável pelo projeto na faculdade.

Pois bem. Ao me formar, fui para o primeiro trabalho que apareceu: atuar com medidas socioeducativas no Capão Redondo. Um bairro rico de intensidades, fervilhava a todo o momento, porém a violência batia literalmente na porta do serviço. Duas semanas antes de eu começar a trabalhar lá, dois adolescentes foram assassinados na porta do serviço pela PM, a mando da sargenta, que era chefe de um grupo de traficantes, como recado para outro chefe do tráfico da região. Eles estavam brigando por território.

Isso sem contar os assaltos que o serviço sofreu durante as emendas de feriado, homem metralhado dentro do carro logo ali na esquina, e um comerciante baleado por um ladrão, com helicóptero dando rasantes em busca do assaltante.

No caminho para o trabalho, eu ouvia Racionais, andava pela Cohab Adventista, lia o Ferrez (Capão Pecado) e tentava entender como um lugar tão violento tinha tanta intensidade de vida e união. Na miséria, as pessoas se aproximam, se acolhem, fazem rede. Mas isto ainda era pouco num território que concentra em torno de um milhão de pessoas, somando os bairros da região como o M'Boi, Jardim Ângela e Jardim São Luís.

Este era um projeto interessante. Entrar nas comunidades, atender os adolescentes e seus familiares, tentar produzir com eles outras formas de pertencimento, produção de prazer e laço social, fazer rede naquele território. Todos estes são elementos que constituíam um potente trabalho virtualmente. Porém, as questões burocráticas e de poder envolvendo o presidente da ONG geravam problemas na administração do serviço e na relação entre os membros da equipe. Um pouco daquele ideal de trabalhar na área social foi então se desfazendo ao me deparar com o modo como as políticas são geridas e utilizadas como instrumento de produção de capital e de mais poder, beneficiando uns em detrimento da população para a qual estas políticas foram criadas.

Após um intenso ano e meio neste trabalho, fui aprovado em um processo seletivo no Caps-AD Itaquera. Um local que, para minha surpresa, foi quase como um descanso do que eu havia vivido anteriormente, pois era uma equipe acolhedora, de certo modo unida e aberta a propostas, além disso, trabalhava menos horas. Foram dois anos gratificantes de descoberta de como ser terapeuta/técnico em um serviço de saúde mental realizando grupos, oficinas, visitas domiciliares, atendimentos, reuniões de equipe e em rede, e vivendo também as relações que se criaram ali.

Porém, aquilo que parecia uma união entre o grupo era, de certo modo, uma captura, pois a equipe não caminhava de maneira a constituir uma transversalidade, como diria Guattari, mas, sim, uma autoproteção das relações em torno de si mesmos, para que continuassem os mesmos.

A ONG e o gerente delimitavam a agenda dos profissionais, que era uma agenda fechada. Eu trabalhava 6 horas por dia e, para fazer números, realizávamos dois grupos e dois atendimentos por dia, o que inviabilizava os encontros no território com outros serviços e as próprias visitas domiciliares. Com o passar do tempo, fui sentindo a presença de um certo marasmo e a sensação de que as coisas se repetiam, pois, havia uma certa resistência da gestão e da equipe em produzir novos movimentos como por exemplo, alterar a agenda para que pudessemos realizar atividades no território, leitura de textos e havia uma grande dificuldade na equipe em lidar com os casos ditos de comorbidade em que há o uso de substâncias psicoativas aliada às outras questões de saúde mental com lidar com situações de crise. E isso me incomodava muito.

Certo dia, aconteceu uma briga entre dois usuários, sendo que eu era referência de um deles. Nessa briga, houve muita confusão e tumulto. Foi difícil para a equipe separá-los, inclusive chamamos a GCM. O gerente não estava presente durante este episódio. No dia seguinte, na reunião de equipe, o gerente foi desrespeitoso com o grupo, perguntando se gostaríamos de transformar aquele Caps em uma UPP. No dia subsequente, parte da equipe sentou com ele para demonstrar o descontentamento com aquela atitude. A intensidade da coisa foi tamanha que me apareceram no nariz umas bolhas de pus. Mostrei para ele e tive como resposta que isso é trabalhar na saúde mental. Eu fiquei furioso. A esta altura já havia decidido aceitar uma proposta, feita a mim no dia anterior, para trabalhar no Consultório de Rua do Caps-AD Centro.

O território deste consultório de rua abrangia a região da Cracolândia, na Luz, República, Sé e Parque Dom Pedro. Como essa experiência me interessava bastante e eu já conhecia alguns profissionais do serviço, aceitei a proposta e, dois dias depois do acontecido, pedi demissão do Caps de Itaquera.

Iniciei o trabalho neste Consultório de Rua; foi uma experiência muito intensa de muitas maneiras, pois o centro é densamente povoado, inclusive por intensidades mortíferas. O anonimato é gritante, há muita agressividade entre os usuários, algumas vezes tive que apartar brigas e presenciei tentativas de homicídio dentro do Caps, motivada pelo modo como a equipe se portava com eles. Nós da equipe de rua nos sentíamos mais seguros em meio às 200

peessoas fazendo uso de pedra na Craco do que dentro do serviço. Pois o gerente estimulava a competição entre os funcionários, escolhia a dedo quem fazia parte do colegiado, que no caso eram seus olheiros. Isso dava a esses profissionais uma falsa impressão de estarem mais próximos de se tornarem gerentes. Quando tentávamos realizar algum movimento de construção de rede, éramos coibidos. O Caps não podia aparecer muito, este era um lema sutilmente propagado ali, pois estávamos em um período difícil no ano de 2012, por conta da Operação Su-foco do governo estadual, e tudo indicava que o Serra ganharia as eleições municipais e o Ronaldo Laranjeira seria o coordenador da saúde mental do município – o Laranjeira é coordenador da Unidade de Pesquisa em Álcool e Drogas da Universidade Federal de São Paulo (Uniad/Unifesp), tem parceria com diversas clínicas e comunidades terapêuticas e, obviamente, é favorável à internação compulsória e contrário à redução de danos.

Quando tentamos criar uma parceria com o núcleo de direitos humanos da prefeitura, para formar um grupo para trabalhar com os travestis, o gerente do Caps nos disse que esse público só ia ao Caps para pegar comida e dormir. Rapidamente, a aura que se fazia em torno deste Caps foi se desmanchando, e fui percebendo uma grande e constante tensão presente ali, muito diferente do Caps anterior, onde o grupo tinha uma certa união, embora fosse como uma forma de se proteger. Ali, no Centro, era um “pega pra capar” literalmente.

Houve uma situação em que um redutor de danos não se sentiu bem durante o trabalho de rua, foi para casa e levou o telefone institucional. A gerente do Centro Legal telefonou para ele e, como ele não estava na rua, disse para o gerente que nós não íamos para a rua. Então, arbitrariamente, o gerente decidiu nos retirar, eu e a assistente social, da rua e instituiu um rodízio entre os técnicos na rua. Esta atitude empobreceu demasiadamente o trabalho, porque aquele suporte que eu e a assistente social fornecíamos aos redutores de danos se desfez, pois como fazer vínculo indo uma vez por mês na rua?

Certa vez, ao participarmos do Fórum de drogas e direitos humanos, eu e a terapeuta ocupacional (TO) do CAPS AD com a qual realizava uma parceria dentro do serviço, nos colocamos à disposição para ocupar um cargo neste fórum para viabilizar os encontros. Alguns dias mais tarde, “dedurados” por uma pessoa do colegiado, fomos chamados individualmente pelo gerente, que nos disse que não poderíamos fazer isso sem pedir autorização a ele, e boicotou nossa participação no fórum. De uma outra vez, houve três tentativas de homicídio dentro do Caps em uma semana, em que um usuário tentou matar um funcionário, situação que coincidiu com as férias desse gerente. A psiquiatra que o representava em sua ausência telefonou para a interlocutora da OS para pedir orientação, e de pronto ela nos proibiu de

fazer BO. Como não sabíamos o que fazer, decidimos pedir orientação aos nossos conselhos de classe e redigir uma carta para a OS pedindo esclarecimentos. Novamente, fomos chamados à sala do gerente individualmente para levar uma bronca. Desta vez, ele disse que isso era coisa de movimento estudantil.

Poucos meses mais tarde, estávamos em uma supervisão com o Dartiu Xavier, do Programa de Orientação e Atendimento a Dependentes da Unifesp, tido como referência na Redução de Danos no Brasil. Estávamos há uns três meses realizando supervisão clínico-institucional com ele. Durante os encontros, ele falava muito pouco, e a equipe se queixava do modo de ele supervisionar. Porém, ele ainda estava se ambientando ao modo da equipe. Além do Dartiu Xavier, este CAPS tinha como supervisor o Domiciano Siqueira, que fazia este trabalho com a equipe de rua e os agentes de saúde do programa Centro Legal gerido pela mesma OS do CAPS. O gerente havia escolhido estes dois nomes como forma de promover o CAPS no campo da redução de danos.

Durante uma das supervisões com o Dartiu, uma assistente social bateu palmas quando um trabalhador fez uma crítica à equipe. No dia seguinte, ela foi demitida junto com um redutor de danos. A própria equipe não entendia porque não haviam sido demitidos bem antes, pois eram omissos no trabalho e faltavam muito. No entanto, foi apenas neste episódio que foram mandados embora. Ou seja, estas demissões deram a entender que não importa o que se faça dentro do serviço, desde que a instituição não seja questionada.

Passada uma semana deste episódio, a TO também foi demitida. Na demissão dela sequer foi dado o direito de cumprir o aviso prévio, de modo que pudesse se despedir dos pacientes de quem ela era referência, dos grupos e oficinas. Ela fazia parte do grupo que entrou dois anos e meio antes, quando esta OS assumiu o serviço. Havia nitidamente dois grupos, sendo que um era mais autoritário e adepto de práticas como instituir uma base da GCM no CAPS e outro grupo que seguia as diretrizes do SUS, da Reforma Psiquiátrica e da Redução de Danos. Este segundo grupo, que já era minoria, aos poucos foi sendo desmantelado com saídas ou transferências para outros serviços. A TO era parte desse grupo e se viu muito incomodada com o rumo e as decisões que a equipe estava tomando, e questionava bastante. Então, foi demitida.

No dia de sua demissão, apresentei os diários que a equipe de RD construiu conosco. Foram muito elogiados, mas as cartas de demissão já estavam redigidas. Estes diários se referiam a um trabalho de escrita realizado com a equipe de rua. A uma certa altura os agentes redutores de danos questionavam o próprio trabalho, vendo-o como infrutífero. Assim, pen-

samos em realizar um exercício que consistia em escrever sobre o que vivemos no dia ao retornar para o serviço no final do expediente. Nós líamos uns para os outros, elencávamos alguns temas e discutíamos no grupo. Assim, fomos aos poucos percebendo que realizávamos muitas coisas, porque na região da Cracolândia circulavam, naquele período, em torno de 2000 pessoas diariamente, e, obviamente, uma equipe de rua composta por 8 ou 12 profissionais não iria resolver todos os problemas daquele território, mas o que fazíamos tinha força naqueles que nos reconheciam e se aproximavam de nós no cotidiano.

Então, a cada dia realizávamos esta tarefa; eu e a TO recolhíamos os escritos e com eles criamos uma espécie de diário semanal, que passou a se chamar B.O. (Boletim do CAPS). A princípio o objetivo seria publicar semanalmente no mural do CAPS, mas o gerente vetou, pois poderíamos ser interpretados como “informantes da rua” dentro do CAPS pelos usuários ou outros serviços, ou até mesmo pela prefeitura.

Uma semana após a demissão da TO, foi a minha vez. Fui demitido junto com a assistente social do CnRua.

O dia em que recebi a minha carta de demissão marcou minha vida. Eu costumava ir a pé da minha casa ao trabalho e, naquele dia, no caminho, às 7 horas da manhã, na Liberdade, dois caras se aproximaram de mim e colocaram um revólver na minha barriga, me xingaram de todos os nomes possíveis e me roubaram. Caminhei até a Praça da Sé, fui em uma base da PM, relatei o ocorrido e o PM perguntou o que eu queria que ele fizesse, como se isso fosse da minha alçada. Ele chamou uma viatura, demos uma volta na região, não encontramos os assaltantes e eles me levaram para a delegacia, onde eu fiz o BO. Em seguida, fui para o CAPS. Cheguei com quase duas horas de atraso. Assim que entrei a psiquiatra perguntou o porquê do atraso, relatei o ocorrido e a primeira coisa que ela me perguntou foi se eu não olhava por onde andava na rua... Segui pelo corredor e a auxiliar de enfermagem perguntou sobre o ocorrido, eu relatei e ela perguntou quanto eles haviam roubado e eu respondi 50 reais. Então ela perguntou se eu era burro em andar com aquela quantia na carteira... Continuei pelo corredor e então o Mário, redutor de danos, perguntou sobre o que havia acontecido, eu expliquei e ele disse: “Coitado! Vamos sentar ali e conversar”. Apenas na quarta tentativa de contato obtive algum tipo de acolhimento que não me culpabilizasse pelo que havia acontecido, foi com um redutor de danos com quem tantas parcerias e aprendizados foram feitos durante o período em que trabalhamos juntos, desde ser acolhido na equipe, aprender sobre o fluxo da rua, abordagens, pensar o trabalho juntos, até propostas de grupos e oficinas nas UBS e centros de acolhida. Criamos um vínculo de trabalho que permitia ousar, propor e fazer dife-

rente a partir da singularidade de cada situação que se apresentava, pois esta é a principal premissa da redução de danos. Ele não era uma pessoa com diploma de técnico, nível superior ou pós, mas alguém ensinado na vida mesmo e para a vida.

Naquele dia, trabalhei até o final do meu período e, ao sair, recebi a famigerada carta para que eu comparecesse na sede da OS no dia seguinte. Passei muito mal a noite, com ansiedade e raiva, pois já sabia qual seria o desfecho. No dia seguinte, cheguei às 8 horas da manhã; estavam à minha espera o gerente do serviço, a interlocutora da OS e a pessoa do RH. Esta última me disse que eu seria desligado do serviço e me apresentou o papel para eu assinar. Até então, eu não havia olhado na cara de nenhum deles e só ficava olhando para uma árvore através da janela da sala. Foi então que notei que a data estava errada e pedi para ela imprimir novamente. Ela saiu da sala e demorou 20 minutos... 20 longos minutos em silêncio olhando para a árvore fora da sala através da janela. Do meu lado esquerdo, o gerente, e do lado direito, a interlocutora, sem olhar para nenhum deles, sem dizer uma palavra. A pessoa do RH retornou, eu assinei o papel e parti sem olhar para trás.

Mas aquilo que não foi dito retornou. Retornou no corpo trazendo dores e enjoo. Nada entrava, nada saía. Fui para a casa de uma amiga, dormi lá, conversamos, ela fez mingau, que era a única coisa que eu conseguia engolir. Demorou uns dois dias para eu me recuperar e, a partir daí, passei a realizar outros movimentos para me tornar autônomo, literalmente autônomo.

Àquela altura, eu me sentia um bosta por ter sido demitido. Era isso que eu pensava. Apenas isso. E é isso que este movimento de terceirização deseja que os trabalhadores penssem deles mesmos ao desmobilizarem o coletivo: que eles são descartáveis, pouco importam. As dores que eu senti não são apenas minhas, mas de um corpo, o corpo da saúde pública e de todos aqueles que de algum modo ocupam este lugar também, o lugar do descarte, da incerteza e do desrespeito.

Um mês mais tarde, fui aprovado em uma capacitação na prefeitura, em um projeto como docente para os trabalhadores do SUS. Era uma qualificação profissional para os agentes comunitários de saúde e enfermeiros do Programa Saúde da Família (PSF) com foco em prevenção e intervenção ao uso abusivo de substâncias psicoativas. Este foi o primeiro de alguns projetos como docente de saúde mental e uso de drogas para os trabalhadores do SUS ao longo da última gestão municipal. E, para minha surpresa, fui me redescobrimo neste lugar, o lugar da multiplicação, da fala, da produção de um conhecimento que não é transmitido

via educação bancária, aludindo à Paulo Freire, mas é construído junto e através do próprio conhecimento dos alunos.

Um paradoxo se deu com a minha entrada neste projeto: ocupava um lugar de docente na mesma rede que havia me expulsado. É como ser expulso de um estabelecimento saindo por uma porta e entrando por outra que foi deixada aberta. Como movimentos desta natureza podem coexistir em um mesmo campo? Na realidade, estes movimentos são produtores de desperdício de tempo e energia, de desperdício do próprio tempo da vida. Da vida dos trabalhadores e dos próprios usuários.

Fiquei pensando em quantas idas e vindas fazemos durante uma trajetória profissional. Até o momento da demissão, era como se minha carreira estivesse em uma linha reta, vertical e crescente, em termos de experiência, remuneração e equipe, até que um corte brusco se fez e fiquei sem chão por algum tempo.

A partir da constituição de uma vida não institucional, venho percebendo as agruras da incerteza em relação ao futuro, mas percebo também um jeito de atuar mais fluído, rico e múltiplo, ao contrário de antes, em que ficava muito restrito a um determinado grupo e jeito de fazer e pensar, capturado pela máquina de moer mentaleiros¹⁴.

O corte e um novo caminho

Ao olhar para trás, vejo, dentre muitas experiências ao longo dos anos trabalhando como técnico (psicólogo) em políticas públicas no município de São Paulo, as duas experiências descritas anteriormente e trabalhadas como experiências adquiridas na visão do conceito de ilhas desertas.

Experiência acumulada e um corte que se produziu como uma marca que se fez me arrancando de uma linearidade que vinha se fazendo ao longo da minha trajetória de vida e profissional. Este corte ocorreu em função das muitas dificuldades e atravessamentos no delineamento do trabalho em políticas públicas, principalmente na região central.

Todos estes elementos, somados à Operação Sufoco, promoveram uma grande dificuldade na execução do trabalho de rua e mesmo dentro do serviço, pois houve um aumento absurdo do número de acolhimentos (1º atendimento), em que as pessoas requisitavam encami-

¹⁴ Termo comumente utilizado por aqueles que fazem parte do Movimento da Luta-Antimanicomial.

nhamento para internação, o que descaracterizava o modelo CAPS como serviço territorial e regionalizado.

Com o passar do tempo, conflitos foram ocorrendo na equipe do CAPS e algumas pessoas foram demitidas, inclusive eu. Este momento foi muito delicado e o ponto aqui é exatamente como, ao cartografar esta experiência, produzir um deslocamento da experiência de modo a criar um outro corpo, uma outra composição.

Foi o delineamento desta experiência que se deu primeiro, o ingresso como docente em uma capacitação em educação permanente pela Escola Municipal de Saúde. O primeiro curso *Qualificação Profissional para ACSs e enfermeiros e auxiliares de enfermagem: prevenção e intervenção ao uso de substâncias psicoativas* teve duração de 1 ano com a realização de encontros quinzenais de 8 horas cada um. Estive com turmas nas regiões Norte e Oeste do município de São Paulo. Nos últimos encontros deste curso, eu e os alunos (enfermeiros, auxiliares de enfermagem e ACS) fomos a campo para conhecer os territórios que eles escolheram de modo a facilitar a construção de um projeto de intervenção territorial na unidade em que trabalhavam. Dentre alguns territórios e equipamentos escolhidos, optamos por conhecer os consultórios na rua da atenção básica na região central, modalidade de atendimento que estava sendo implantada no município naquele ano (2013) e o projeto “De Braços Abertos”¹⁵.

Foi durante estas incursões que tive a ideia de pesquisar sobre esta modalidade de atendimento dos consultórios na rua na atenção básica.

¹⁵ A Prefeitura de São Paulo, no ano de 2013, instituiu seu plano de ação de ação para a região da crackolândia a partir de 3 eixos: prevenção, cuidado e autoridade. Projeto intersetorial baseado no tripê trabalho, cursos profissionalizantes e cuidados (moradia, saúde e ações intersetorias).

IV TERCEIRA ILHA:

É possível produzir relação com o outro no campo onde ele produz sua existência?

1 Criando uma terceira ilha

E aqui chegamos na terceira ilha, não para realizar uma viagem em alto mar como exposto anteriormente, como se algo remetesse a uma busca por outros mundos que não este mesmo, o da terceira ilha. Aqui é um outro tipo de viagem.

Uma viagem para dentro deste plano, o da terceira ilha, explorando-o em todas as suas possibilidades para construirmos uma problematização a partir da pergunta formulada no início deste trabalho: é possível produzir relação com o outro no campo onde ele produz sua existência?

Mas antes de entrarmos nesta última ilha, se faz necessária uma reflexão a respeito da construção das políticas públicas tal como desenhadas atualmente; um ponto de parada, como um viajante que olha sua bússola antes de seguir adiante, verifica as regras do lugar, e analisa do que é composto o terreno que está entrando para ter noção dos limites, caminhos, de modo a se situar a cada passo.

É preciso realizar esta parada para falar sobre aquilo que dá uma dimensão ao micro-político, ou seja, a macropolítica. Para construir uma cartografia da produção de cuidado pelos consultórios na rua, é necessário olhar para o que legitima este serviço na esfera macro, seja como uma política de Estado, seja de governo. É esta esfera que define as políticas públicas, as leis, os programas e sua execução.

A importância desta esfera advém justamente de ela interferir na vida da população de modo vertical, e é aqui que pode ser observado um vetor de força que, ao mesmo tempo, incide na vida cotidiana, e se configura como um hiato entre estes dois planos (esfera da construção da política pública e de como isto se materializa no próprio território).

Este é um paradoxo que precisamos habitar, olhar de dentro para não produzirmos análises fictícias. Observar o problema em seu interior com todas as suas potencialidades e forças subordinadoras, fazendo um movimento em direção ao micro, mas por vezes nos distanciando para poder ver de fora como as ações políticas incidem nas decisões das equipes e como este consultório na rua pode ser um elemento que favorece a materialização dos princípios do

SUS, como a universalidade e a equidade, com todos os vetores de força que favoreçam ou atravessem esta execução.

2 Plano da macropolítica

A partir da Lei nº 10216/2001¹⁶, que organizou a Atenção em Saúde Mental na disposição territorial em rede e com portas abertas, os CAPSs vêm sendo implantados no país e são tidos como serviços substitutivos na política de saúde mental do Ministério da Saúde, mas espera-se que não sejam apenas substitutivos aos espaços físicos, pois assim poderíamos incorrer em práticas manicomialistas dentro destes mesmos serviços, substituindo apenas o espaço físico.

Em 2011, com a Portaria nº 3088/2011, que cria as Redes de Atenção Psicossocial (RAPS)¹⁷, os CAPS passam a ser inseridos em um contexto de rede com vários elementos como Unidade Básica de Saúde, Equipes de Consultório na Rua, Centros de Convivência, Samu 192, UPA 24 horas, portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro, Unidades de Recolhimento, enfermaria especializada em Hospital Geral, serviços Hospitalares de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, e Serviços Residenciais Terapêuticos.

A Política Nacional para a População em Situação de Rua foi instituída no ano de 2009, por meio do Decreto Presidencial nº 7.053/2009, e foi um avanço na consolidação de um dos princípios mais importantes do SUS: a universalidade do acesso aos serviços de saúde para toda a população em território nacional.

A Portaria GM nº 2.488/2011 estabelece a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) como diretriz para as equipes de consultório na rua (ECR). Sendo esta política definida em sua organização e funcionamento por meio das Portarias GM nº 122 e 123/2012.

Essa política pública baseia-se nos princípios propostos pelo movimento da Reforma Sanitária Brasileira, em relação ao direito à saúde, inclusão dessa população nos princípios da universalidade do acesso, integralidade da assistência e equidade. Ou seja, toda esta constru-

¹⁶ A partir da Lei nº 10216/2001 e da Portaria nº 336/2002 os CAPS (Centros de Atenção Psicossocial) começaram a ser criados como serviços públicos e territorializados que oferecem atendimento diário a pessoas acometidas por transtorno mental.

¹⁷ A Rede de Atenção Psicossocial foi criada a partir da Portaria nº 3088/2011, cuja finalidade é a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

ção é fruto de um jogo de forças entre a reivindicação da sociedade civil organizada em movimentos sociais e o Estado.

O Consultório na Rua, segundo o Ministério da Saúde (2010), tem por objetivo a substituição do modelo assistencial hegemônico calcado no paradigma biomédico, na lógica da demanda espontânea e na abordagem única da abstinência. Essa nova modalidade de atendimento propõe uma oferta programada a partir de alguma demanda dos usuários, ainda que não formulada por meio de procura espontânea às instituições de cuidado, abordagem preventiva e de cuidado em saúde, permitindo a redução dos danos potenciais em decorrência do uso de substâncias psicoativas.

A Portaria n° 122 de 2011 define a composição das ECR por profissionais de nível superior e médio, estes caracterizados como agentes sociais, cujo papel e atribuições assim se definem:

6º Entende-se por agente social o profissional que desempenha atividades que visam garantir a atenção, a defesa e a proteção às pessoas em situação de risco pessoal e social, assim como aproximar as equipes dos valores, modos de vida e cultura das pessoas em situação de rua. § 7º Os agentes sociais exercerão as seguintes atribuições: I - trabalhar junto a usuários de álcool, crack e outras drogas, agregando conhecimentos básicos sobre Redução de Danos, uso, abuso e dependência de substâncias psicoativas; II - realizar atividades educativas e culturais (educativas e lúdicas); III - dispensação de insumos de proteção à saúde; IV - encaminhar e mediar o processo de encaminhamento para Rede de Saúde e intersetorial; e V - acompanhar o cuidado das pessoas em situação de rua. (BRASIL, 2011).

Desse modo, as ECR podem construir e implementar uma política pública com as redes intersecretarial e intersetorial alinhada às necessidades específicas da população em situação de rua visando o acolhimento dessa demanda em sua integralidade.

Essas ações em rede são compartilhadas e integradas às UBS, CAPS, aos Serviços de Urgência e Emergência, e a outros pontos de atenção, favorecendo a busca ativa e o cuidado aos usuários de álcool, crack e outras drogas.

Em acordo com a PNAB (2012), no Brasil, a Atenção Básica é desenvolvida com alto grau de descentralização, capilaridade e próxima da vida das pessoas, devendo ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e o centro de comunicação com toda a rede de atenção à saúde. De modo que a produção do cuidado em saúde é estendida para além dos “muros” dos serviços.

A prefeitura de São Paulo, no ano de 2013, por meio do Decreto Municipal n° 53.795/2013, que instituiu o Comitê Intersetorial da Política Municipal para a população em

situação de rua, iniciou o processo de implantação das ECR na Atenção Básica com o objetivo de propiciar cuidados em saúde para a população em situação de rua no município.

Segundo dados da Secretaria Municipal de Saúde do município de São Paulo, foram definidas 16 ECR distribuídas no Centro expandido do município, nos territórios das UBS República, Sé, Nossa Sra. do Brasil, Santa Cecília/SAE, Barra Funda, José de Barros Magaldi, Brás, Pari, Móoca I, Belenzinho e Sto. Estevão.

Assim, uma nova modalidade de atendimento e produção de cuidado vem sendo delineada no município de São Paulo. Esta proposta é desafiadora, na medida em que traz a renovação dos modelos tecnoassistenciais a uma população que não possui residência fixa, mas que habita um território com suas múltiplas conexões existenciais.

3 Clínica de redução de danos no consultório na rua: cenas

A política delineada anteriormente se materializa nos territórios a partir de uma prática, construída pelos consultórios na rua, baseada no paradigma da redução de danos.

A produção de cuidado pelas equipes de consultório na rua é calcada na estratégia de redução de danos (RD) que, segundo Lancetti (2006), se apresenta em duas dimensões: como uma política e como uma prática em saúde. Pois enquanto política pública, ela se apresenta de modo divergente ao modelo de combate às drogas e abstinência como meta, na medida em que norteia as práticas e criação de estratégias baseadas nas condições sociais e singularidade da população assistida. E como prática de saúde pública por ser condizente com as experiências sanitárias que buscam a defesa da vida.

No campo da política, o paradigma proibicionista não leva em consideração a singularidade de cada usuário, preconizando como forma de tratamento e objetivo único a abstinência, além de valer-se do uso da força e da repressão como forma de prevenir ou lidar com o tráfico e consumo de substâncias psicoativas.

Em contraposição a este modelo, Lancetti (2015, p. 77) afirma que os CnRua “são as novas suavidades transitando pela dureza, legalista e brutal de uma parte de nossa sociedade que outra parte da sociedade não quer ver”.

Neste modelo de atenção, os agentes de saúde precisam trabalhar junto dos usuários a transmissão do conhecimento da Redução de Danos a respeito das substâncias psicoativas, realizar atividades educativas e culturais no território onde vivem os atendidos, disponibilizar os insumos de proteção à saúde, fazer o caso circular pela rede e acompanhar o processo de

cuidado. Todas estas intervenções deveriam ocorrer em função do desejo dos usuários, expressos no encontro com as equipes e tendo o vínculo e a confiança como catalisadores deste processo.

Assim, a RD funciona como um conjunto de ações de promoção, proteção e prevenção aos agravos decorrentes do uso problemático de substâncias psicoativas, tendo a população assistida como protagonista e norteadora das práticas realizadas pelas equipes de saúde.

Para tanto, é necessário que esta nova produção da saúde se dê “com base nas tecnologias leves, relacionais, e a produção do cuidado de forma integralizada, operando em ‘linhas de cuidado’ por toda extensão dos serviços de saúde, centrado nas necessidades dos usuários”. (FRANCO; MEHRY, 2003, p. 1). Tais tecnologias são importantes instrumentos de trabalho das equipes e podem ser criadas de acordo com as necessidades que se apresentem, pois, como vimos no caso da Suzy e dos B.O.s, a complexidade do problema extrapola respostas simplificadoras. Esta complexidade abrange as esferas sociais, urbanas, econômicas e culturais. É para lidar com estes problemas e constituir um outro lugar para esta população que referendamos os consultórios na rua como um dispositivo que pode desvelar aquele outro lado da sociedade que fica escondido, apartado e fragmentado.

E nesse lado da sociedade há uma população em situação de rua e usuária de substâncias psicoativas que “configura o que se poderia denominar de desfiliaados do sistema social, visto que vivenciam tanto a ruptura em relação à ordem de produção como a ruptura dos vínculos ” (TEIXEIRA; FONSECA, 2015, p. 22).

Ao pensarmos o território da Crackolândia como aquele lado da sociedade escondido e seus ocupantes como os desfiliaados que transitam em territórios povoados por multiplicidades ocultas, estes territórios podem ser descritos a partir da elaboração de Foucault a respeito das heterotopias como “espécies de lugares que estão fora de todos os lugares, mesmo quando eles sejam efetivamente localizáveis” (FOUCAULT, 2013, p.4). Foucault descreve estes lugares como *contra-sites* que interrogam os lugares ocupados e socialmente compartilhados.

Nesta produção de cuidado itinerante, as ECR transitam por estes *contra-sites*, ambos desterritorializados, ambulantes por um território vivo com todas as suas redes existenciais. É deste encontro que se quer falar no presente trabalho e como vai se dando a relação entre produção do cuidado, território e redes como criação de uma linha de fuga.

A linha de fuga é aquilo que permite nos diferenciarmos de nós mesmos, que tensiona e questiona os sistemas vigentes e estabelecidos. A linha de fuga cria uma crise que desestabi-

liza estes saberes consolidados, produzindo linhas de fratura, sejam potencializadoras ou mortíferas (DELEUZE, 1996).

Para nos contaminarmos e cartografarmos as linhas de fuga com produção de deslocamento e processos de subordinação e/ou assujeitamento, é preciso falar de dentro do lugar onde as relações são produzidas.

A este respeito, eu gostaria de trazer algumas cenas do campo para desenharmos o problema que será exposto nos capítulos seguintes:

Cena 1

Particpei de alguns atendimentos com a equipe de CnRua da UBS Belenzinho, os quais foram realizados em um centro de acolhida, que também é denominado como albergue. Um ponto que chamou a atenção foi a inclinação dos trabalhadores em discutirem com outros profissionais, tanto da equipe quanto do albergue, os diagnósticos psiquiátricos e clínicos, dentre outras questões, durante o atendimento com os usuários. Isso era mais recorrente conforme o grau de comprometimento do usuário em estabelecer contato visual e/ou responder as questões dos profissionais. Os trabalhadores, nesse caso, faziam como se faz com as crianças, comunicando-se por gestos ou sussurrando durante o atendimento enquanto os usuários olhavam para baixo. Mas eles ouviam tudo o que era dito ali.

Houve uma situação em que uma enfermeira queria discutir comigo se o usuário era autista e em outra situação se era bipolar.

Cena 2

Este usuário que irei chamar de Leonardo ia de um lado para o outro constantemente, ria sozinho, saía do centro de acolhida para coletar bitucas de cigarro, mas sempre retornava, não respondia às questões dos trabalhadores, apenas quando era algo de seu interesse, por exemplo, como utilizar o celular da profissional do albergue para “jogar jogos”. Ele era recém-chegado no albergue e as equipes estavam buscando informações sobre seus familiares e acordaram levar o caso para ser discutido em uma reunião de redes. Este é um dos casos que a equipe discutia durante o atendimento.

Nesta mesma cena, havia outro usuário que irei chamar de Silva. Ele conversava com a equipe e era muito simpático, inclusive com a psicóloga, estabelecendo um “olhar de paque-

ra”. Ele anotava compulsivamente todos os sorteios das loterias somando os números no final, descrevia tudo o que assistia na televisão, como as notícias do telejornal e sinopses dos filmes.

Além disso, ele tinha um diário com algumas histórias vivenciadas na rua, encontros, diálogos com pessoas, e um pouco de sua história e de sua mãe. Fato curioso que as equipes perceberam foi que Silva cuidava de Leonardo, orientando-o quanto a algumas situações no albergue, emprestando casaco quando estava frio e etc. e Leonardo aceitava esta ajuda.

Leonardo havia chegado no albergue fazia pouco tempo e Silva já estava há um ano neste lugar e era cuidado pelo CnRua, albergue e CAPS.

A equipe do albergue disse que, quando Silva deu entrada no serviço, não estabelecia contato com as pessoas e ficava sempre quieto em algum lugar do albergue. Com o passar do tempo e com os atendimentos realizados pelas equipes, ele passou a socializar mais com os profissionais e outros usuários do albergue, inclusive cuidando do Leonardo.

O ponto que eu gostaria de evidenciar nestas cenas é que duas produções paradoxalmente distintas são criadas no mesmo espaço, tempo e equipe: subjetivação e assujeitamento (LIMA, 2004). Ao mesmo tempo que ocorrem práticas desconectadas do outro, se fazem práticas de produção de autonomia e singularidade.

Mas, ao olharmos para esta questão, é preciso não o fazer de modo binário, pois ambas as práticas se complementam e se alternam e exatamente no ponto em que há assujeitamento, há resistência. É na incidência do poder que se dá a resistência, ou seja, onde há possibilidade de assujeitamento, há também a de subjetivação com suas linhas de fuga (LIMA, 2004).

Cena 3

Outro ponto que atravessa as produções do CnRua que estou acompanhando no âmbito mais macro diz respeito a eles, em geral, não irem para a rua sem um objetivo concreto, abordando a demanda que aparecer.

Em geral, eles vão para a rua propriamente falando, com uma demanda específica que se restringe a alguma questão biológica, como o usuário que foi diagnosticado com tuberculose e parou de frequentar a UBS para tomar medicação, ou por exigência das instâncias superiores em casos de notificação na prefeitura ou judicial.

De modo geral, a maioria das ações é realizada dentro dos albergues: um consultório na rua que não vai para a rua. Ao serem indagados a este respeito, afirmavam que iam para a rua sim, mas quando eu os acompanhava íamos para os albergues. E o esforço era centrado,

principalmente, na medicalização em casos de saúde mental, pois havia poucos recursos psicossociais à disposição.

O CAPS de referência encontrava-se distante do território, já na UBS, a psicóloga do CnRua, recém-contratada, pensava em um grupo que contemplasse usuários com questões de saúde mental, mas ainda estava em construção esta proposta. Trabalhavam com o que tinham à disposição, como grupos esportivos na Fábrica de Cultura, por exemplo, ou, quando era possível, acolhimento e atendimentos individuais junto com os profissionais do albergue etc.

Porém, chamava atenção o fato de que grande parte dos esforços voltados para o cuidado se dava dentro dos centros de acolhida e não havia uma problematização a respeito disto. Ou seja, confundiam rua com serviços já estabelecidos com demanda objetiva preestabelecida, não havia espaço para a demanda espontânea nestas situações.

Que configuração é essa? Como isto se dá? Seria uma ordem da própria Secretaria de Saúde ou da OS? Ou simplesmente os trabalhadores optaram por isso sem pensar a respeito?

Aqui há uma diferença entre a saúde mental e a atenção básica no modelo de gestão. A segunda, em geral, fica refém de um jeito de fazer saúde no qual são cobrados burocraticamente por números, metas e protocolos, o que acaba por enfatizar, em última instância, o modelo biomédico. Contudo, ainda assim, conseguem realizar uma atenção básica inventiva com propostas de grupos, atendimentos e oficinas. Mas o modelo de gestão é um forte atravessador na execução de tais propostas.

Já o modelo mental tem mais flexibilidade quanto a estes procedimentos objetivos justamente por se tratar da subjetividade que exige das equipes abordagens mais flexíveis. Este é um ponto a ser explorado mais adiante durante a execução do campo.

Deste modo, as questões como descritas anteriormente jogam luz para a produção destas equipes, dá visibilidade para estes procedimentos muito mais sutis, porém de extrema relevância para o delineamento desta produção de cuidado que vem sendo construída paulatinamente no município de São Paulo.

4 Um problema como acontecimento

Um dos elementos essenciais do Movimento da Luta Antimanicomial e da Reforma Psiquiátrica é a mudança do paradigma a respeito do modo como a sociedade lida com a diferença. Para isso, é preciso uma mudança na própria paisagem urbana, social e econômica, no sentido de que esta diferença seja acolhida pela sociedade. Nesse sentido, Amarante (2007)

refere a necessidade de mudanças em quatro dimensões: teórico-conceitual, jurídico-política, técnico-assistencial e sociocultural.

Já o Movimento Sanitário, formado no Brasil na década de 1970, culminou com a criação de um campo de saber designado por Saúde Coletiva. Em contraposição ao paradigma biomédico hegemônico até então, introduz uma nova concepção de saúde, sendo esta um processo multideterminado socialmente por diversos aspectos, tais como: acesso a saneamento básico, educação, cultura, lazer, trabalho com salário dignos, habitação etc. (PAIM; ALMEIDA-FILHO, 2014).

Mas de que forma os CnRua podem articular tanto o paradigma da Reforma Sanitária quando o da Psiquiátrica? Pensando que os CnRua são alocados na atenção básica, mas realizam uma interface com a Saúde Mental e a Assistência Social, pois atendem muitas pessoas acometidas por transtornos mentais e trabalham junto fazendo rede com os equipamentos da Secretaria de Assistência Social. Vale se perguntar como fazem rede articulando estes setores

Quando se pensa a clínica de rua, pode-se incorrer no risco de tentar alocar um aporte teórico advindo da clínica de consultório para a rua ou mesmo para a execução destas políticas públicas como se o dispositivo Consultório na Rua fosse um apêndice do arcabouço teórico referido. Mas o que eu gostaria de aqui colocar é que o CnRua poderia por si mesmo apresentar uma nova complexidade no modo de produzir cuidado inclusive interrogando a clínica.

Quando iniciei este trabalho com as cartografias apresentadas nos capítulos anteriores, uma das intenções era falar das coisas pelo meio delas, de modo a fazer aparecer seu paradoxo e de dentro delas dar visibilidade a seus jogos de poder e relações de força, e também desconstruir um saber inerente das equipes para que novas atualizações pudessem ocorrer para que novas ilhas desertas pudessem ser criadas.

Assim, o objetivo inicial deste texto, nas duas primeiras ilhas, era quebrar o saber inscrito nas equipes, nas instituições e na rede de serviços, para que possamos, a partir de seus pequenos fragmentos, reterritorializar o que seria uma produção de cuidado para esta população.

Interessa pensar a maneira como as coisas mesmas vão produzindo problemas, como se dá o seu funcionamento, suas operações e relações de força, não para entrarmos numa relação binária ou dialética do Bom ou Ruim, mas justamente para sermos habitados por esta problematização. Para nos contaminarmos por um percurso que aparentemente é fixo, mas que pode desvelar experiências, ciclos, modos de subjetivação, rupturas, os acontecimentos propriamente falando.

Ou seja, estamos falando aqui da própria problematização como acontecimento.

Tudo isso permeado pelas relações entre produção de cuidado, território e redes, com todas as suas variações, mecanismos de controle-dominação, processos libertários, resistência, linhas de força e criação de linhas de fuga. E claro, criação de novas ilhas desertas.

E assim, encerramos este capítulo para partirmos para a próxima ilha que será o campo desta pesquisa propriamente falando, a entrada em um plano do consultório na rua na atenção básica no município de São Paulo.

V QUARTA ILHA

1 Sobre os consultórios na Rua

O início do campo desta pesquisa se deu com o pedido de aprovação tanto no comitê de ética da Faculdade de Saúde Pública da USP quanto do comitê de ética da Secretaria de Saúde da Prefeitura de São Paulo.

O intervalo entre os dois aceites foi de cinco meses, sendo que o comitê da prefeitura aprovou primeiro o início da pesquisa. A aprovação no comitê da faculdade levou mais tempo devido a correções necessárias tanto no projeto quanto no termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), e também, devido ao recesso de final de ano.

Com a aprovação da prefeitura em mãos, eu escolhi o território da Coordenadoria Regional de Saúde da região Sudeste, a qual engloba 4 CnRua. Logo em seguida, eu iniciei as primeiras investidas no campo para conhecer as equipes destes 4 equipamentos para em seguida escolher 1 CnRua para acompanhar de modo mais efetivo para poder utilizar os dados obtidos na pesquisa após o aceite do comitê da faculdade.

A gestão da saúde pública no município de São Paulo é dividido em 5 coordenadorias regionais de saúde (norte, sul, leste, centro-oeste e sudeste). Os territórios correspondentes a cada uma destas coordenadorias são divididos e administrados por supervisões técnicas de saúde que respondem hierarquicamente a estas coordenadorias.

No caso, a Supervisão Técnica de Saúde Mooca/Aricanduva é o órgão responsável pela administração dos 4 CnRua citados anteriormente.

Eu entrei em contato com os supervisores técnicos de saúde da Supervisão e com os gerentes das 4 UBSs que possuíam CnRua para agendar as primeiras visitas. Enviei por e-mail o projeto de pesquisa e os TCLEs para serem avaliados por eles.

Eu expliquei para eles que a pesquisa se tratava de uma oportunidade de dar visibilidade ao trabalho dos consultorios na rua na atenção básica, o que seria positivo visto que esta era ainda uma nova modalidade de atendimento em implantação no município visto que havia menos de 4 anos que havia sido adotada como política de atenção integral a população em situação de rua. Além disto, o objetivo era realizar discussões com a equipe de modo a produzir um processo de troca e aprendizagem entre nós, o que seria uma contrapartida para eles.

Cada gerente e equipe demonstraram visões muito distintas a respeito da pesquisa. Alguns mais abertos e vendo a pesquisa como uma possibilidade de investimento na equipe e

outros mais reticentes no que concernia a minha entrada no campo. Alguns mobilizaram a equipe do CnRua e os profissionais da UBS e se colocaram a disposição enquanto eu nem fui apresentado a outros gerentes e ao chegar em determinada equipes, eles foram pouco informados do motivo da minha visita.

Eu agendei por email com a gerente do primeiro serviço visitado. Cheguei na unidade no horário e dia combinados. Eu vi alguns profissionais indo e vindo tanto da UBS quanto do CnRua. Me apresentei a eles mas parecia haver um clima não muito vivo mesmo entre eles.

Em seguida, eu fui recebido pela enfermeira da equipe. Conversamos sobre o funcionamento da equipe, rede e eu tentei agendar uma visita em um equipamento social (ONG) com a qual eles realizavam uma parceria. Mas ela foi reticente afirmando que não haveria muito o que ser visto lá, bem como nos outros equipamentos como se tudo se repetisse diariamente. Achei estranho mas preferi não questionar muito, visto que eu ainda iria visitar os outros 3 CnRua.

A visita ao segundo CnRua foi agendada por e-mail com a gerente da UBS. Esta unidade é localizada dentro do parque da Mooca, o qual possui muitos equipamentos públicos como a UBS, CAPS, biblioteca pública, etc.

As reuniões do CnRua são realizadas em uma sala dentro da biblioteca. Ao chegar eu fui direto ao encontro deles. Participei da reunião, mas também não pareciam estar muito abertos ao encontro. Apresentei o projeto, minhas expectativas e a deles, discutimos um pouco o projeto e no dia seguinte, fomos a um CA feminino onde eles iriam realizar uma palestra sobre amamentação. Foi interessante este dia, pois havia muitas mulheres com filhos neste CA. Conversei um pouco com alguns integrantes da equipe sobre a rotina deles e o que pretendiam realizar nos dias seguintes e ficou combinado que eu voltaria caso fosse necessário após visitar os outros CnRua.

Já o gerente do 3º CnRua visitado foi extremamente receptivo, reuniu a equipe do CnRua e algumas pessoas da UBS. Eu pude apresentar o projeto de pesquisa, fizemos uma conversa sobre redução de danos e um pequeno plano de trabalho que incluiria algumas entrevistas e ida ao campo. No entanto, eu fui percebendo uma fragmentação na equipe, pois alguns profissionais do CnRua não conversavam entre si, por vezes ficavam de costas uns para os outros durante a reunião. O psicólogo, a assistente social e um agente de saúde estavam muito dispostos a participar, mas não era o caso da enfermeira, da médica e dos agentes sociais e de saúde. Inclusive, no dia combinado em que iríamos realizar uma conversa sobre

redução de danos, a médica se negou a assinar o TCLE dizendo que não tinha tempo para participar da pesquisa, o que desmobilizou todo o grupo e alguns saíram da sala.

Eu consegui realizar uma conversa com a enfermeira, o psicólogo e a assistente social mas os que permaneceram na sala não paravam de conversar e não houve possibilidade de dar continuidade na conversa. Com o passar do tempo, eu realizei algumas incursões no campo com a assistente social, Elaine, na tentativa de abordarmos uma senhora que estava em situação de rua e devido a questões do âmbito da saúde mental, não deixava as pessoas se aproximarem dela ameaçando com uma faca quem se aproximasse dela. Mas não pude ir muito além disto por conta da dificuldade em acessar a equipe e como se eu fosse gradualmente sendo “excluído” do grupo, acabei participando das atividades realizadas pelo psicólogo Erasmo nos centros de acolhida da região fora da UBS. Pouco tempo após o início da pesquisa nesta unidade, o gerente foi transferido para outro estabelecimento e a unidade ficou com uma gerência provisória, o que inviabilizou o acompanhamento dele do andamento da pesquisa.

O psicólogo, Erasmo, a assistente social e alguns agentes de saúde realizavam semanalmente um grupo de terapia comunitária no centro de acolhida em frente à UBS. Eu participei por 2 meses dos encontros. Foi muito interessante conhecer esta metodologia, fazendo parte do grupo, conhecendo mais as histórias dos usuários, suas alegrias, angústias e medos. A dificuldade que tinham em estarem distantes dos familiares por problemas de relacionamento, uso de drogas, violência ou devido a homofobia, dentre outras coisas. Além disto, a equipe realizava grupos com idosos no centro de acolhida para idosos que era localizado na região da UBS também.

Em paralelo às visitas realizadas neste CnRua, eu passei a acompanhar o trabalho realizado pelo 4º CnRua. Houve uma primeira conversa com a gerente da UBS, em seguida, eu me reuni com a equipe e o interlocutor da ONG, Márcio. O médico de família da equipe do CnRua fez parte do movimento sanitarista e era muito crítico. Ele teceu muitas considerações neste primeiro encontro, quase como uma sabatina. Já o interlocutor, disse que ficava chateado pois as pesquisas realizadas em geral, enfatizam as críticas e não as intervenções que eles realizam.

Eu disse que o objetivo seria dar visibilidade ao trabalho e que poderíamos pensar juntos os rumos que a pesquisa iria tomar e que a princípio por se tratar de uma cartografia eu não teria um objetivo específico a não ser conhecer o trabalho que realizavam e conhecer o seu modo de funcionamento.

A gerente da UBS agendou um encontro com os enfermeiros da UBS para discutirmos qual era a visão deles a respeito da população em situação de rua (pop rua), visto que o CnRua era como um serviço dentro de outro serviço que atendia uma população distinta, ou seja, enquanto a UBS atendia a população com residência, o CnRua trazia para dentro da UBS pessoas em situação de rua e isto, por vezes, gerava algum impacto ou estranhamento.

Neste encontro com os enfermeiros da UBS, eu perguntei qual a imagem eles formavam de uma pessoa em situação de rua e eles relataram a dificuldade e as diferenças entre a pop rua e os usuários da UBS, sendo que os primeiros geram mais conflitos, pois quando chegam na unidade, uma parte ou está em alguma confusão mental ou sob efeito de substâncias psicoativas, e gritam com os funcionários, não querem aguardar na fila de espera e por vezes, a equipe da UBS passa eles a frente na fila, pois não sabem como suportar tantas movimentações e desconfortos na unidade. Além disto, os profissionais vêem a população em situação de rua como pessoas em sofrimento devido a perdas afetivas, situações de violência em uma construção ao longo de um determinado tempo até que passaram a permanecer nas ruas.

Trabalhamos estas questões através de uma reflexão sobre projeto terapêutico singular (PTS), cartografia e serviço como dispositivo com a leitura de alguns trechos do livro *Contra-fissura* do Lancetti (2015, p. 125):

Para o PTS não ser reduzido a um procedimento burocrático é preciso analisar as demandas, avaliar as necessidades e descobrir as potencialidades que muitas vezes não são evidentes e em outras dependem de longo processo de cuidado.

O PTS é como uma flecha propulsora, mas para ser certa precisa contar com o conhecimento e a participação dos usuários.

Daí a importância de elaborar uma cartografia para cada grupo familiar ou cada usuário. Essa cartografia visa ampliar o mundo das pessoas, produzir repetições que provoquem pequenas diferenças. A cartografia é um mapa em movimento e opera em plano inconsciente ou com vários componentes da subjetividade e nos orienta na avaliação passo a passo de cada sujeito singular.

Singular não é oposto de coletivo nem é sinônimo de individual.

As vezes um PTS pode ser enunciado no início do processo de cuidado; em outras é preciso muito tempo.

As pessoas se vinculam afetivamente mas depois repetem transferencialmente relações vividas anteriormente e as equipes as suportam até que essa repetição produza pequenas diferenças que irão dar curso a mudanças insólitas.

Tentamos pensar a unidade como um dispositivo que poderia comportar estas manifestações como uma possibilidade de acolhê-los de uma forma diferenciada, ou seja, como suportar a desorganização de um encontro como este de modo a entrar em conexão com estes usuários e produzir algum deslocamento com o passar do tempo. Como pensar a utilização do

instrumento PTS na construção destes procedimentos. Convocar um profissional do CnRua que tenha algum vínculo com este usuário para ajudar nas intervenções. Realizamos algumas considerações e alguns profissionais ficaram impressionados ao perceberem a dificuldade que possuem em entrar em conexão com este público, por vezes, reproduzindo algum discurso hegemônico de exclusão, enquanto outros se viram melhor preparados no que concerne a suportar este tipo de encontro, perceber que o que os usuários fazem fora do serviço em suas redes de conexões, irão reproduzir dentro do serviço e neste sentido, cabe a instituição se preparar a trabalhar estas manifestações pensando mesmo na produção de saúde de todos que frequentam aquele espaço. Combinamos que quando fosse possível, iríamos retomar esta conversa.

Esta foi uma forma de me apresentar tanto a UBS quanto ao CnRua. Em seguida, o CnRua me convidou a participar de algumas atividades que eles realizavam. Alguns trechos foram citados no capítulo anterior.

Eu percebi na equipe uma disposição em produzir o trabalho de modo mais próximo entre os próprios trabalhadores e ainda que houvessem conflitos estes não causaram uma fragmentação na equipe como eu senti nos outros equipamentos. Me senti participado das ações, tive que realizar uma pausa de 2 meses devido ao final do ano e escrita e participação na banca de qualificação na qual coincidiu a aprovação pelo comitê de ética da faculdade. E devido ao clima que se fazia neste último CnRua, eu optei por realizar o campo no território deles.

Por se tratar de uma cartografia, eu não optei por nenhum tema a ser pesquisado a priori a não ser ir a campo, participar dos encontros na rede e na unidade de saúde e deixar o próprio campo ir guiando a pesquisa, o que causou certo incômodo e estranhamento, pois por vezes eu tinha a sensação de que não estava chegando a lugar nenhum mas com o tempo fui percebendo que cada encontro era de fato um ponto da pesquisa, seja com alguma reflexão, seja com a lembrança da época em que eu trabalhava como psicólogo nas políticas públicas como CdeRua do CAPS AD, as próprias marcas da vida que foram produzidas nestas experiências e são retomadas ao longo da pesquisa em novos encontros no campo.

E é assim mesmo que foi se dando a construção desta pesquisa a partir do conceito de ilhas desertas do Deleuze (2006), tecendo a cada encontro um tema, um olhar, uma visão e não um bloco de questões. É proposital que cada encontro tenha um título e uma reflexão, no modo mesmo fragmentado de fazer saúde, de fazer a vida e de viver, que não tem a necessidade de dar conta de uma realidade que devido a sua complexidade é impossível ser compreendida em sua plenitude, mas apenas a resvalamos em pequenos fragmentos, nos constituindo

a cada um destes no processo mesmo do devir, transformando o nosso redor e nos transformando simultaneamente.

2 Adentrando o campo¹⁸

O retorno

Após algumas tentativas ao longo dos dias anteriores, na quarta-feira, dia 04/04, finalmente eu consegui agendar uma conversa com a Elaine, assistente social. Agendamos às 11 horas da manhã na quinta, dia 05.04. Às 9h ela envia uma mensagem pedindo para eu chegar lá às 9h30 porque teria uma reunião de emergência no Família em Foco (centro de acolhida para famílias administrado pelo Bom Par). Eu digo que não conseguiria chegar neste horário, mas que estava a caminho. Chego às 10h15 na estação e ela começa a enviar mensagens perguntando onde eu estava para me encontrar de carro porque estava apressada. Agendamos no Extra no meio do caminho entre a estação de metrô e a UBS, chego em 3 minutos e eles já estavam lá (Roberto, agente social, Lara, psicóloga e Elaine), no sinal verde com o carro parado atrapalhando o trânsito, muitas buzinas. Cumprimento Lara e pergunto se estávamos indo para o Família em Foco e ela diz: “Frei Beto” (centro de acolhida). Dei um sorriso e ela me perguntou porque eu estava sorrindo. Eu disse que era muita informação, que tudo muda muito rápido e preciso entrar no ritmo delas. Eles me explicaram no caminho que o Frei Beto havia mudado de endereço e que agora estava mais próximo da UBS e elas queriam passar rapidamente lá para conhecer o espaço antes de seguir para o Família em Foco e Elaine disse que seria uma “reunião mais interna”, seja lá o que isso significa. No caminho, Lara me perguntou porque eu havia sumido no início do ano e eu expliquei que havia falado para a Márcia (enfermeira que foi transferida de unidade recentemente) que estaria ausente por conta da qualificação. Chegamos no Frei Beto, um enorme galpão recém reformado para acolher por volta de 200 pessoas, misto (homens e mulheres). Ainda estavam construindo paredes de “dry wall” e os beliches. Roberto fala que há apenas um banheiro para todos e algumas dificuldades por estarem se estruturando. A mudança ocorreu dois dias antes. Cumprimentamos alguns usuários que estavam na entrada em especial o Júlio, paciente com diagnóstico de esquizofrenia, aparentemente contido por medicação e embotado. Fomos para o interior do centro de acolhida (CA), pois a equipe do CnRua estava procurando a psicóloga deste equipamento.

¹⁸ Os relatos deste diário foram apresentados em formato de hipertextos com o objetivo de conduzir o leitor pela velocidade das relações constituídas e as sensações produzidas no pesquisador.

Fomos informados de que ela havia sido demitida dois dias antes e a assistente social não se encontra no espaço. Lara e Elaine foram embora e Roberto muito prontificado permaneceu dizendo que “cuidaria de mim”, rapaz muito afobado. No centro de acolhida, encontramos César, agente de saúde do CnRua, e o educador físico, Clóvis, e Patrícia, nutricionista, ambos do núcleo de apoio à saúde da família (NASF)¹⁹. Eles estavam fazendo um grupo com os usuários e havia um cartaz escrito, Boteco da Saúde. Acompanhei Roberto que precisava verificar a medicação de Júlio que parecia estar sendo dada de maneira incorreta. De fato, os potes estavam misturados, havia apenas 5 comprimidos de clorpromazina enquanto o haldol e o biperideno havia 27 de cada, sendo que estes dois últimos devem ser tomados a cada 12 horas. Roberto e a técnica do CA se atrapalharam na re-distribuição dos medicamentos nos potes, pois para ele deveriam ser colocados separados por potes e para ela, pelos horários, ou seja, medicamentos misturados e apenas a indicação do horário para orientar a pessoa do CA que fornece o remédio para o usuário, pois é deste modo que funciona no CA. Uma discussão que durou em torno de 30 minutos. *Afe que cansaço!* Um afobado se atrapalhando todo e a outra não sabendo explicar o modo de funcionamento do CA. Eu tentei ajuda-los com a divisão dos comprimidos e expliquei o efeito dos medicamentos e que o clorpromazina era o mais importante sendo que o biperideno é apenas para tratar os efeitos colateral de impregnação medicamentosa. Daí eles ficaram mais preocupados e Roberto disse que iria discutir o caso com a médica, Beatriz, e a equipe para sugerir retirar mais medicamentos na farmácia através do seu número SUS pois não seria possível retirar com o número do paciente em 30 dias. Enquanto isso a todo momento César, nos interpelava para tirar uma foto dele no grupo. Rapaz recém-chegado no CnRua, com marcas de expressão que só quem teve vivência de rua pode ter. Fala de mano, jeito de mano, e vontade de aprender algo novo em sua vida, foi assim que fomos nos conhecendo novamente neste dia. Até que fui tirar uma foto dele no grupo. Depois conversei com Clóvis e Patrícia sobre o trabalho do NASF e parceria com o CnRua. Eles falaram que realizam reuniões com a equipe de rua semanalmente e sugeriram que eu participasse. Nos despedimos e seguimos para a UBS, eu, Roberto e César. Eu pontuei algumas questões com eles sobre a medicação, sobre como fazer com a organização e disposição dos medicamentos para equipe do CA e se porventura a equipe do CnRua poderia fazer os potes com medicação e eles acharam interessante. Conversei com César sobre pop rua, rapaz da Brasi-

¹⁹ O NASF é uma equipe composta por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, que devem atuar de maneira integrada e apoiando os profissionais das Equipes Saúde da Família, das Equipes de Atenção Básica para populações específicas, compartilhando as práticas e saberes em saúde nos territórios sob responsabilidade destas equipes. http://dab.saude.gov.br/portaldab/nasf_perguntas_frequentes.php

lândia me perguntou qual era minha visão sobre os moradores de rua antes de eu trabalhar com essa população, eu disse que eram pessoas em sofrimento e conversamos sobre o preconceito que essa população vive por parte da sociedade e como vivem na rua. Ele relatou um pouco da sua história, da dificuldade em permanecer na Brasilândia porque lá tem funk quase todos os dias e os familiares (primos) sempre o estimulam a participar e fazer uso de drogas e por isso, ele preferiu morar em um CA na região central. Chegando na UBS, pensei que iríamos almoçar juntos, não sei se ele almoça, sumiu. Pri estava na sala de equipe mexendo no Facebook e ficou desesperada porque não conseguia *sair do seu perfil*, eu tentei ajuda-la em vão e tive que sair para almoçar. Chegando no restaurante encontro Lara, Elaine e Mara, interlocutora da OS no território. Acabo almoçando sozinho pois elas saíram logo em seguida. Ao retornar para a UBS eu encontro Mara e Elaine na entrada. Mara me interpela sobre o que eu estou pesquisando e falo sobre o tripé produção de cuidado, de território e redes pelo CnRua na interface entre Saúde Mental, Atenção Básica e Assistência. Eu pretendo agendar uma entrevista com ela e com o Márcio (outro interlocutor da OS que inclusive esteve em situação de rua antes de trabalhar nesta ONG) para nos conhecermos melhor. Eu e Elaine fomos para uma sala conversar. Ela me conta sua história mais recente em que ao visitar sua filha nos EUA foi acometida por uma crise renal que afetou seu coração (ela tem problemas no coração) durante o voo. Chegando no aeroporto, ela foi encaminhada para o hospital e após muitas discussões entre ela, o médico e sua filha, a equipe medica entendeu que o problema dela era cálculo renal. Além disso, o filho dela no último ano perdeu a funcionalidade dois rins por conta de medicação prescrita por médicos para tratar de uma infecção no dedo. Ele sobreviveu porque a filha de Elaine doou um de seus rins para ele. Já o marido de Elaine faleceu há cinco anos por câncer. Ela pensa em morar nos EUA com a filha para ter uma vida diferente da que tem no Brasil. Elaine tem 55 anos. Discutimos sobre o tripé produção de cuidado, de território e redes pelo CnRua na interface entre Saúde Mental, Atenção Básica e Assistência, a respeito do que ela pensa sobre o acolhimento das pessoas que estão na rua ou quando são abordados no território com alguma demanda que vem dos usuários na rua mesmo. E pensamos o CnRua como o centro de uma rede que estende os braços e norteia a produção de cuidado pela rede, pois eles estão em contato direto com a população em situação de rua e fazem a intersecção entre diversos equipamentos de algumas secretarias. Comentei a conversa que tive com o agente de saúde Marques dois dias antes, em que ele me disse que não se sentia preparado para escutar o sofrimento na rua e que no máximo poderia ouvir e pedir para a pessoa ir na UBS conversar com a psicóloga; e como em geral, os usuários não chegam na UBS nada poderia

ser feito a este respeito. Elaine coloca que os agentes de saúde poderiam, sim, ouvir e tentar levar a psicóloga ou ela mesmo ao local onde essas pessoas se encontram, para dali construírem algum trabalho. No entanto, Elaine tem a hipótese de que o agente de saúde, por ter a experiência de viver na rua, pode ser afetado pelo sofrimento da rua e, desse modo, pode se fechar a essa escuta para não se contaminar de modo negativo. Falei da experiência que tive no consultório de rua do CAPS, seis anos antes, no Centro, em que a maior parte da carga horária era na rua, mas que, naquela época, não tínhamos uma rede constituída como eles. Ao contrário deles, que possuem uma rede constituída e estão constantemente em contato com os equipamentos e em que a maior parte dos esforços são voltados para essa população dos centros de acolhida. Pontuo que isso não era uma crítica, mas uma curiosidade em entender como essa configuração foi construída porque eu via que era o mesmo funcionamento nos CnRua das outras UBS da região Sudeste (Brás, Mooca e Pari) mas que eu não sabia se era assim também no centro. Pergunto como se deu essa configuração e ela responde que precisam realizar o cadastro dos recém-chegados nos centros de acolhida e colher o BK (teste de tuberculose) e talvez por isso os esforços sejam mais direcionados a este público. Nesse momento, recordo da disciplina Saúde Pública na Formação do Brasil Contemporâneo. Em uma das aulas, discutimos uma prática comum realizada pelo Estado, por volta de 100 anos atrás, com os imigrantes, os quais chegavam na cidade de São Paulo pelas linhas férreas de Santos após desembarcarem no porto. Ao chegarem à estação da Luz, os imigrantes passavam por uma avaliação médica, e aqueles que tinham alguma suspeita de adoecimento eram encaminhados para as hospedarias ali na região do que hoje se conhece por Bom Retiro. Alguns que não eram doentes acabavam por adoecer e, por vezes, chegavam a óbito por causa do ambiente. Prática de controle e assujeitamento. Elaine não sabe dizer exatamente como se deu essa construção, mas eu acredito que como a atenção básica se pauta, principalmente, nas metas, talvez este seja um dos motivos, pois o trabalho na rua propriamente dito demanda muito tempo e poucos números são produzidos, pois os usuários são mais escassos e menos acessíveis. Apesar de realizarem muitas outras práticas, este fator (metas) pode ser um atravessador na escolha do direcionamento dos esforços pela própria gestão, pois como relatado anteriormente, este modo de funcionamento ocorre nos quatro CnRua visitados na região Sudeste. Porém, isto é algo a ser questionado para a interlocutora. Nós conversamos sobre a rotina deles que muda a todo instante e o modo como se organizam. Percebo que, ao longo da semana, todos da equipe, de modo geral, atuam sozinhos, com momentos de intersecção ou trabalho conjunto dependendo da situação. Os agentes de saúde e sociais fazem o trabalho de leva e

traz entre o CnRua e os equipamentos, como levar medicamentos no CAs ou buscar exames nos hospitais, mas fazem pouco no que concerne a outras possibilidades de atuação como grupos ou atendimentos individuais. Ela coloca que os agentes sociais são como ajudantes dela (assistente social), enquanto os agentes de saúde são ajudantes do enfermeiro, Antônio. Perguntei se, em algum momento, ela escreve sobre o seu dia de trabalho, após sair do trabalho, como uma forma de observar o que fez, ter ideias, nortear o próprio trabalho, ou seja, uma cartografia de um dia de trabalho. Falei da experiência que foi produzida no consultório de rua que trabalhei no CAPS e ela demonstrou muito interesse em que fizéssemos isso com os trabalhadores na reunião de equipe. Foi acordado que eu iria participar das reuniões e trabalharíamos esta construção com a equipe.

À deriva

Nesta sexta-feira, combinamos ida ao campo articulada com agentes sociais do SEAS (serviço especializado em abordagem social) da secretaria de Assistência Social voltado para a pop rua. Eles comentaram que há uma gestante (Geisa) em um foco de uso de substâncias psicoativas embaixo de um viaduto na marginal Tietê e requisitaram a parceria do CnRua para acompanhamento dela e do bebe. Chego na unidade e vou direto para a sala 14, lá estavam Lara e Antônio me esperando. A auxiliar de enfermagem Elis estava nesta sala e se queixava que tentou negociar sem êxito com a ONG que administra o CnRua o não adiamento de suas férias. No entanto, a Elaine conseguiu e Elis ironicamente disse que não tinha amigos na escala hierárquica superior. Antônio tentou amenizar o desconforto ao brincar dizendo que ela se tornaria enfermeira, seu salário aumentaria consideravelmente ao se formar no final deste ano e que ela deveria pedir para que eu fosse chefe dela para negociar comigo. Então, eu referi em tom de brincadeira que ao ver essa cara de bobo que eu tenho, ela desejaria que eu fosse o chefe para me enrolar. Demos risada e fomos para o campo, eu, Elaine, Lara e Antônio. Fomos no carro dele até uma praça próximo a marginal no final do bairro do Tatuapé. Seguimos pela Avenida Celso Garcia até chegarmos ao Tatuapé. Durante este caminho, Antônio foi descrevendo um pouco do território que víamos pela janela do carro. Por exemplo, as abordagens que realizaram a algumas pessoas em situação de rua em uma praça na qual está instalada uma biblioteca pública. Porém, naquele momento já não havia mais população em situação de rua lá, e eles não souberam dizer o porquê. Ao chegarmos no ponto de encontro, que era outra praça com uma igreja, agendado com o psicólogo do SEAS, Antônio disse que ali havia

algumas crianças em situação de rua que praticavam pequenos atos infracionais como furtos, e que a população queria agredir as crianças. Ali também já não se encontravam mais estas crianças. Antônio disse que provavelmente os traficantes de uma comunidade daquele território as aliciaram para trabalharem para eles. Encontramos os dois agentes sociais e o motorista do SEAS na praça. Fomos na perua deles para o local no qual se encontrava Geisa. Este local fica no final do bairro na Marginal Tietê. Ao virarmos à direita, encontramos uma trifurcação sendo que a esquerda era um viaduto, a direita o acesso de volta ao bairro, e a rua do meio, o acesso a marginal. Paramos no único local possível que era a entrada do Motel Mambo com diárias a partir de R\$50,90 por duas horas na suíte. O motorista ficou com o carro parado nesta entrada e atravessamos a rua para nos aproximarmos das pessoas que lá estavam. Foi difícil cruzar a rua porque não há faróis, por se tratar da Marginal, e os carros passam em alta velocidade. Ao chegarmos ao local, vimos que alguns usuários se afastaram imediatamente. Ficamos em uma pequena praça entre o viaduto e uma comunidade localizada ao lado do motel. Observamos na lateral do viaduto um casal que fazia uso de crack; embaixo do viaduto uma grande lona que não permitia observar o que ocorria lá dentro. Achemos melhor não nos aproximarmos. Mas observamos a presença de umas seis pessoas e duas barracas. Havia muito lixo por toda a parte e muitas cápsulas vazias utilizadas para armazenar cocaína. Ao chegarmos, os agentes sociais foram cumprimentar uma senhora que estava sentada em uma cadeira ali perto. Depois me falaram que era para pedir autorização e avisar que estávamos chegando em busca de Geisa. Pois por se tratar de uma comunidade e usuários de drogas, havia um controle do que ocorria ali. Quando chegamos, fomos abordados por Paulo, rapaz de meia altura, forte, com 38 anos e marcas de sol no rosto e no corpo. Ele afirmou que o “rapa” levou seus pertences e pela quarta vez perdeu todos os seus documentos.

O enfermeiro tentou ofertar vaga no centro de acolhida ou na MB (centro de acolhida administrada pela mesma ONG do CnRua), mas Paulo disse que queria dar a volta por cima por ele mesmo começando com a retirada de seus documentos e que não gostava do modo como as pessoas são tratadas pelos funcionários nos centros de acolhida. A psicóloga Lara conseguiu desenvolver um pouco mais o diálogo com ele sobre suas necessidades. Eles acordaram que o CnRua retornaria na semana seguinte para conversarem mais. Uma outra pessoa abordou Paulo dizendo que o refrigerante e os gelinhos que estavam ali na calçada iriam derreter e Paulo pediu para o rapaz levar os produtos para a lona embaixo do viaduto. Um rapaz saiu da comunidade atravessou a rua e sentou ao lado da senhora da cadeira. Alguns minutos depois ela veio nos avisar para nos distanciarmos dali. Os agentes sociais comentaram que provavelmente

te era por conta da chegada de algum carregamento de drogas. Seguimos mais a frente e um homem, na faixa dos 40 anos, gaúcho, nos abordou requisitando documentos e cuidados de saúde. Eu não consegui acompanhar a conversa entre eles, mas me chamou a atenção tanto ele como Paulo eram fortes com o corpo definido. Além disso, o gaúcho portava um porrete na mochila. Me parece que, na rua, literalmente você precisa se cuidar para não ser engolido pela própria rua. Nos despedimos dele e seguimos mais a frente chegando no fim do viaduto. Ficamos entre o viaduto e um córrego. Conforme seguíamos, pessoas em situação de rua desviavam ou iam para outro lado. Já haviam sido informados da nossa presença e por isso se foram.

Segundo momento

Vimos uma gestante ao lado de um rapaz embaixo da marquise do viaduto e fomos nos aproximando. Pedimos permissão e ela concedeu para entrarmos embaixo da marquise. Toda a estrutura estava recoberta com fuligem das fogueiras que eles faziam ali. O lixo continuava cercado toda a área com cápsulas vazias de cocaína. O nome dela era Dani, gestante de 5 ou 6 meses; veio do estado de Minas Gerais para fazer faculdade e, segundo ela, conforme foi intensificando o uso de drogas, foi reprovada na faculdade e passou a não frequentar mais, e por vergonha não entrou em contato com sua mãe para falar sobre isso. Ela aparentava ter 25 anos, muito bonita e bem vestida. Ela dormia ou no hotel ali perto ou embaixo do viaduto. O Antônio novamente fez a mesma abordagem realizada com Paulo oferecendo albergue em vão. Elaine e Lara e os agentes sociais foram conversando com ela de modo mais aberto e Deise foi trazendo mais elementos de sua história. Começou a chorar dizendo que só fazia mal a si mesma e que estava na 4^o gestação, sendo que a primeira filha ficou com o pai (ex-namorado de Dani) e as outras duas estavam com sua mãe em Minas. Percebi que havia uma certa pressão para que ela aceitasse ir para a MB para refletir durante o final de semana e na segunda eles iriam avaliá-la. Ela disse que não queria ir pois havia feito uso há pouco tempo. Eu decidi entrar na abordagem perguntando se ela estava na brisa, ela disse que sim, e eu pedi desculpas por termos chegado e cortado sua brisa. Ela sorriu. Enquanto ela falava, percebi que o rapaz que estava a seu lado cabisbaixo, escondendo-se atrás da aba do boné, segurava em uma mão seu isqueiro e na outra acariciava um paralelepípedo. Provavelmente pronto para nos atacar caso algo errado ocorresse. Acredito que ele percebeu que não iríamos causar nenhum dano a eles e aos poucos ele foi se retirando da cena. Falei que a brisa passaria até ela

chegar no centro de acolhida, mas isso não era o mais importante, mas sim o que ela desejava. Observei uma tatuagem no ombro esquerdo dela que parecia a Ave Maria com Jesus, mas não era uma figura masculina e sim feminina. Daí pensei que seria uma de suas filhas, perguntei e tive a confirmação. Daí ela mostrou outras duas tatuagens no tríceps que seriam suas filhas: Sofia, Petruska e não lembro da terceira. Conversamos brevemente sobre as crianças. Sempre ao encontrar pessoas nesta situação, olho bem para todo seu corpo e o entorno para poder enxergá-los de verdade e ver se consigo estabelecer alguma conexão com algo que seja deles, um ponto de identificação, algo que nos aproxime.

Eu sempre lembro do texto do Antonio Lanceti no livro Saúde Mental e Saúde da Família (2001) sobre visita domiciliar durante a implantação do Programa Saúde da Família na década (PSF) de 90 no município de São Paulo. Sempre era possível encontrar um ponto de conexão com os usuários por mais estranho que fosse ou até a utilização de elementos próprios daquilo que lutamos contra como por exemplo, o machismo, mas como uma forma de fazer elo a partir daquilo com o que o sujeito se identifica. Me refiro a um episódio em que ao abordar uma transexual, que queria realizar automutilação para retirar o próprio pênis, em sua residência e estava resistente a ser acompanhado pelo PSF. Lanceti referi que a casa dela estava muito bagunçada e não era algo que uma moça como ela deveria deixar acontecer. A partir disso, foi estabelecido um vínculo entre eles e a transexual passou a ser acompanhada pela rede. Isto ocorreu em 1998. No ano 2013, ao ler esses textos para as equipes de PSF em uma capacitação sobre uso de substâncias psicoativas, as alunas desta UBS que acompanhava a transexual disseram que ela ainda era acompanhada por este serviço. Do mesmo modo, percebo que ambas equipes oscilam entre a oferta programada do mesmo sem observar o que está ali diante deles, e o reconhecimento da singularidade do outro e a feitura das intervenções a partir disso.

Após conversamos entre nós e com Dani, os agentes sociais combinaram com ela uma visita ali nos próximos dias para irem se aproximando e estabelecerem combinados. Elaine me disse de canto que essas pessoas deveriam ser retiradas das ruas e as gestantes passarem por alguma intervenção como laqueadura para que não continuassem fazendo filhos e estes sofrendo já ao chegarem a este mundo. Tema polêmico e de difícil obtenção de consenso. Eu me pergunto como isso pode interferir na prática cotidiana dela? Enquanto isso, duas meninas passaram perto da gente e gritaram que deveríamos tirar essas pessoas do mundo das drogas.

Nos despedimos de Dani e retornamos para o carro. Ao atravessarmos a rua, um carro de som com volume no ultimo parou para cruzarmos a rua em segurança. E o que o alto Arnaldo te emitia era: “as cargas elétricas são moldadas por pesquisadores”. Parecia que estavam vendendo baterias para carro. Mais um elemento que não faz sentido ou destoia de toda a paisagem descrita anteriormente. Mundo estranho, mundo cão. Esse foi o primeiro dia desde o início desta pesquisa que senti na pele a importância e potência deste trabalho de clínica de rua nas entranhas da miséria humana, a qual apesar de tudo ainda tem vida pulsando. Ao passar por ali, nunca imaginaria o universo de relações que habitam aquele espaço, pois sim, apesar de ali ser um lugar público, teoricamente seria apenas para passagem do tráfego de carros. Pensei no medo que teria se descesse de um ônibus ali e estivesse sozinho. Fiquei pensando nestas coisas. Mas claro, as equipes de saúde e assistência são respeitadas, então podemos entrar respeitando os limites e contornos que eles colocam em segurança para nós mesmos. Retornamos para a perua. Ao chegarmos à praça, nos despedimos da equipe do SEAS. Eu, Lara e Elaine pegamos carona com Antônio até o metrô. Eles ficaram empolgados e combinamos uma cerveja na próxima sexta. Nos despedimos dele e seguimos. PS: Geisa não se encontrava lá há dois dias. Sem sinal ou notícia de onde ele possa ter ido. Sem mais.

Para que serve uma conversa?

Como a reunião de equipe é realizada às segundas-feiras, no período da tarde, fico sabendo da agenda da equipe ou no final do dia ou na terça-feira pela manhã, o que dificulta um pouco minha organização. Na terça-feira pela manhã, Lara me informa que irá nos centros de acolhida MB masculina e feminina. Dirijo-me então à MB masculina e, chegando lá, Lara está realizando um atendimento em um canto do serviço na área externa. Dou um “oi” para ela e o usuário e entro em um dos dormitórios para ver os outros trabalhadores da equipe de CnRua. Encontro Elaine fazendo anotações em seu caderno, um pouco atrapalhada, conversando com um usuário, e Arnaldo, agente de saúde, com sotaque baiano muito disposto e acolhedor, entrando e saindo deste ambiente, atendendo os usuários. A médica, Beatriz, estava no interior do recinto, atendendo os pacientes. Eu a cumprimentei de longe e fiquei ali na entrada vendo Elaine conversando com um usuário sobre como ele iria proceder para fazer sua documentação no Poupa Tempo. De repente, alguém me puxou pelo braço e, quando vi, era um rapaz com uma bolsa de colostomia pendurada na cintura. Ele perguntou se havia atendimento médico ali, porque desejava retirar aquela bolsa, já estava com aquilo há um ano. Perguntei

como se deu o uso da bolsa e se ele conhecia o CnRua. Ele disse que não conhecia nada no bairro, pois chegou na MB no dia anterior. Chamei Elaine e ela começou a levantar a história de vida e clínica dele. Estava há um mês em São Paulo com o objetivo de arranjar trabalho e se tratar. Ao chegar à cidade, foi roubado, levaram todos os seus documentos e registros médicos e, por isso, foi para o centro de acolhida. Não ficou claro o porquê de ele ir para a MB. Ele afirmou que no dia seguinte seria transferido para um dos sítios que o MB administra em Jundiaí. Elaine pediu para ele conversar com o coordenador daquele dormitório para que não fosse transferido no dia seguinte para o sítio, pois Arnaldo iria fazer o cadastro dele, colher sua história e tentar agendar uma consulta com a médica na UBS. Ele estava perdido, sem saber como proceder. Explicamos a ele que seria necessário pedir seu prontuário para o hospital na Bahia, para que a equipe médica da UBS pudesse proceder da melhor maneira em relação a seu quadro, e que sem este prontuário não poderiam fazer muita coisa. Foi acordado que Arnaldo retornaria no dia seguinte para fazer um atendimento. Lara terminou seu atendimento e veio conversar com a gente. Nos despedimos do rapaz, dos outros usuários e da equipe. Elas queriam ir para a MB feminina. Estávamos saindo, mas Elaine foi abordada por outros usuários que perguntavam sobre documentação. Eu e Lara ficamos conversando aguardando Elaine. Falamos sobre o financiamento da casa dela e que estava lá há um mês, ela falou sobre o apego que tem em relação a sua sobrinha e que havia tatuado o nome dela no braço, pois também é muito próxima de sua irmã. Lara foi morar neste apartamento com o namorado, não pensa em ter filhos, e raramente eles se veem, pois enquanto ela trabalha durante o dia, ele trabalha durante a madrugada em uma empresa de tecnologia, na parte administrativa. Conversamos sobre tomarmos um vinho com algumas pessoas da equipe para conhecer a casa nova dela. Elaine retornou e fomos para a MB. No meio do caminho, paramos em uma padaria próxima à sede do Bom Par. Lá todos se conhecem. Compartilhamos algumas experiências de vida. Elaine falou sobre sua história, que seu ex-marido a conheceu criança e, quando ela tinha 12 anos, ele se aproximou e se casaram quando ela tinha 15 anos. Ele era 10 anos mais velho que ela. Por muitos anos ela foi dona de casa, no bairro da Mooca, e ele lhe dava uma vida de “dondoca”, porém ela sentia que precisava fazer algo a mais em sua vida e por isso tornou-se coordenadora de um orfanato. Isso foi há 20 anos. Ela revitalizou o espaço, conseguiu realizar parcerias, e o espaço ajudou muitas crianças, inclusive até hoje promovem encontros com estas crianças, que hoje já são adultas. Muito bonita essa história, e eis que Elaine tornou-se assistente social. Fomos para a MB feminina. Chegando lá, conversamos com a dona Maria (coordenadora do espaço) que estava sentada a mesa, mexendo no celular, resol-

vendo algumas burocracias. Algumas senhoras estavam terminando o preparo do almoço, nos ofereceram comida e dissemos que estávamos satisfeitos. A MB feminina é um centro de acolhida na área nobre do bairro. Um belo casarão. Elaine e Lara queriam conversar sobre uma senhora que precisava sair do centro de acolhida Frei Beto, por causa das condições deste CA. Pois na MB feminina há um cuidado mais singular e no CA é mais difícil a convivência em razão da própria estrutura, com dormitórios em formato de galpão, e da relação entre os moradores. Mas pontuaram com dona Maria que ela era evangélica e perguntaram se isso não seria um problema e dona Maria fez uma cara de interrogação e não sabia responder à questão. Elas combinaram rediscutir o caso em outra ocasião. Fomos para os fundos onde ficam as pessoas mais idosas, acamadas e /ou que necessitam de cuidados especiais. Havia em torno de oito senhoras, a maior parte parecia bem, algumas com questões no âmbito da saúde mental, mais no fundo a última estava acamada (câncer ou AVC) e estava sendo alimentada por sonda por outra usuária do serviço. Elas viram que havia algumas escaras nas costas dela e estava sendo cuidada. O estado dela era bem delicado e foi acordado que Arnaldo retornaria no dia seguinte para colher mais dados. Ao sairmos, conversamos com dona Maria a respeito das mudanças de relacionamento entre as pessoas nos últimos anos. Ela dizia que sempre vai para Capivari²⁰ e que antes era comum as pessoas conversarem sobre qualquer coisa e o tempo da viagem passava e que hoje as pessoas não se relacionam mais e ficam no celular durante as viagens. Bons e velhos tempos? Será? Nostalgia? Eu me despedi de Lara e Elaine e fomos para lados opostos. Sem mais.

Cuidado em equipe e dispersão

Neste dia, eu participei da reunião de equipe do CnRua. Na 1ª hora, Clóvis (educador físico) e Sabrina (nutricionista) da equipe NASF participaram da reunião. Eles discutiram o caso do sr. Regis, cadeirante, com escaras pelo corpo por causa da pouca movimentação. Regis disse que gostaria de comprar uma almofada apropriada para ele e Clóvis pediu para que enviassem foto deste tipo de almofada para que pudessem pensar a melhor forma de acompanhá-lo. Clóvis explica que o padre administrador da MB comprou a cadeira de Regis, que é

²⁰ Cidade do interior do estado de São Paulo.

elétrica, e desconta mensalmente de sua aposentadoria. Foi acordado que o Nasf e a equipe de CnRua iriam fazer uma visita domiciliar para ele no centro de acolhida.

Quando eles dizem visita domiciliar (VD) eu me pergunto se é nos mesmos moldes da VD realizada em residências de bairro pelo Programa Saúde da Família, mesmo os moradores tendo os centros de acolhida como casa, em geral, são casas transitórias. Como pensar essa questão? Permanência (domicílio) e transitoriedade (centros de acolhida).

O segundo caso foi o do Sr. Francisco, que é diabético e necessita de uma dieta industrializada para seu estado de saúde. Ele sofreu um acidente, limitando sua locomoção. Eles discutiram a retirada de documentação no PoupaTempo. A equipe CnRua requisita que Clóvis faça uma avaliação dele e Clóvis explica um instrumento que utiliza que é o AMPI (avaliação multidimensional da pessoa idosa). Parece um caso complexo e delicado.

Percebo uma certa dispersão na equipe neste momento, como um deslocamento individual de cada um. Alguém cochila, outros no celular, outros conversando, outros olhando para o teto.

Então Antônio, enfermeiro, afirma que poderiam pensar a construção do PTS (projeto terapêutico singular) a partir deste caso e que a interlocutora da OS pede a construção de PTS para todos os casos complexos a partir do tripé clínico, social e psíquico. Mas, para a equipe CnRua, todo usuário tem questões nestas três esferas e deveriam ter PTS.

Noto que a equipe “retorna” e passa a discutir PTS, mas parece que há algo difícil de ser abordado a respeito deste tema pela questão do tempo e mesmo diferentes formas de confeccionar o PTS. Quase como uma evitação em falar sobre. Dispersão, falar sobre PTS (ponto de interrogação). O que isso suscita na equipe? Mas será que possuem as mesmas questões? Como diferenciam? Como a abordagem pode inferir algo que é semelhante ou produzir uma mesma resposta dos usuários? Como a equipe de CnRua produz PTS e como o Nasf produz PTS? Eles compartilharam formulários de PTS e viram que é diferente. Preciso me apropriar destas diferenças. Penso se não seria por aí a produção de um texto ou intercessão junto a eles.

A reunião compartilhada com a equipe do NASF é encerrada e a equipe passa a discutir suas questões de campo. Antônio oficializa a nomeação de Arnaldo como agente social, todos batem palmas e o parabenizam. Porém, Antônio diz que ele irá continuar como agente de saúde até que outros profissionais sejam contratados, mas que seu salário seria reajustado. Antônio fala sobre a produção de 30 E-SUS (formulários online para o Ministério da Saúde, cadastro de usuários), ainda que utilizando a senha dos técnicos, para Renata. Pois a interlocutora Mara disse que é necessário fazer produção porque Deise (ATA) vai tirar férias e a ATA de outra unidade irá realizar o trabalho dela, então precisariam ser bem organizadas para entregar a produção antecipadamente, e que se apropriassem rapidamente de seus territórios. Passaram a discutir a escala que será realizada nas frentes frias quando ficam nos centros de acolhida até às 20h. Não entendi o que fazem. Discutem sobre banco de horas, dobra ou não aos sábados, folgas. Me chama atenção que César, agente de saúde, poderia tirar sua folga em qualquer dia e ele deixa para a equipe escolher. Fala que não se importa e que está ali para ajudar. Clóvis vem e convida os auxiliares de enfermagem e o enfermeiro para uma oficina de dança, porém ninguém sai da reunião. Quando vou ao banheiro, encontro Clóvis no salão da casa com uma caixa de som ligada. Ele disse que foi requisitado pela gerência algum trabalho com a equipe de enfermagem para “relaxarem” e ele pensou em uma oficina de dança, mas parece que a divulgação dentro da unidade foi baixa. Retorno para a sala de reunião e vejo a equipe discutindo sobre os “migués”²¹ que a equipe de rua tenta dar ao dizer que estão em um equipamento e na verdade estão em outro lugar. Lembro de Lara ter comentado que Renan teve uma recaída e que não vinha desempenhando um bom trabalho, e que talvez Antônio o dispensasse. Apresentam a pasta de encaminhamentos, dividida por territórios. Eles possuem uma espécie de tutoria dos mais novos pelo mais antigos. Discutem o uso dos auxiliares de enfermagem pela UBS e se sentem desvalorizados, algo como eles e nós. Escalas produzidas de modo a atrapalhar o trabalho das auxiliares de enfermagem na rua. Encerramos a reunião e nos despedimos.

Mortes e um caso complexo na complexidade da rede

Neste dia participei da reunião de equipe às 13 horas com a presença da equipe do NASF. Eles discutiram o caso do Leonardo do centro de acolhida Vivenda. Desde o ingresso

²¹ Gíria utilizada para designar o ato de não cumprir com alguma responsabilidade.

de Leonardo na rede, há uma discussão em torno de seu diagnóstico. Até o momento não sabem dizer se ele possui questões no âmbito da saúde mental, da deficiência intelectual ou em ambos. Leonardo já foi avaliado pelo psiquiatra da UBS de outro bairro, pelos médicos do CnRua, da UBS onde realizo o campo, pelo CAPS Adulto e pela APD (Programa Acompanhante da Pessoa com Deficiência)²². Realizaram exames neurológicos e clínicos, levaram o caso para a reunião de microterritório que é realizada mensalmente com a participação da rede intersetorial. E apesar de todo este itinerário de Leonardo na rede, ainda há dúvidas a respeito do diagnóstico. Com certeza um diagnóstico seria algo menos importante, mas, em tal situação, ao menos balizaria algumas ações da própria rede e a convocação de outros atores, principalmente no que concerne a saber se se trata de um caso da saúde mental ou de pessoa com deficiência. O próximo passo será uma avaliação com Patrícia (TO) do NASF e levá-lo à universidade com a qual possuem uma parceria no departamento de medicina e psiquiatria para que tenha um diagnóstico. Como, na rede de saúde pública no município, há um déficit muito grande de psiquiatras, os serviços do território onde realizo o campo recorrem a essa universidade para este tipo de atendimento. No entanto, quando acompanham os pacientes para essa universidade é de “baciada” – como ouvi de um dos profissionais do centro de acolhida – o que dificulta o acompanhamento, pois são atendimentos com grandes intervalos de tempo e não necessariamente feitos pelos mesmos profissionais. Durante a reunião, Elaine anunciou o falecimento do paciente Laércio de um dos centros de acolhida que eles acompanham. Eu não entendi e não perguntei o motivo, mas eles disseram que houve uma hemorragia, ele foi levado para o PS e teve uma parada cardíaca, vindo a óbito logo em seguida. Houve um momento de comoção; Clóvis, do NASF, perguntou como os outros usuários do centro de acolhida reagiram e Elaine disse que aparentemente se comoveram, mas é como se isso tivesse sido amenizado, porque ele foi rapidamente levado ao PS e não tiveram muitas notícias depois. Rapidamente passaram ao ponto seguinte.

*Me pergunto como os usuários lidam com esse anonimato e efemeridade das relações ao ponto que tudo passa; são poucas as longas permanências nestes espaços, permanências físicas ou de vida propriamente falando. E como as equipes lidam com isso.*²³

²² Programa municipal de acompanhamento da pessoa com deficiência.

²³ Este tema será retomado no próximo capítulo.

Em seguida, retomam o caso do Sr. Regis, cadeirante que precisa de uma almofada para evitar/tratar suas escaras. A equipe do NASF irá realizar esta avaliação. Clóvis, educador físico, anuncia sua aprovação em um processo seletivo para residência terapêutica do CAPS Adulto Pirituba. Todos o parabenizam, batem palmas, agradecem a contribuição que ele deu durante o tempo em que esteve neste território. Em seguida, tiramos uma “selfie” e a reunião com o NASF se encerra. Na reunião do CnRua, eles iniciaram discutindo a produção dos e-SUS, instrumento burocrático que garante a contabilização da produção para o Ministério da Saúde e Prefeitura, pois a agente social Renata vem digitando. Não sei se os outros fazem o mesmo trabalho. Discutiram ainda a dupla função que Arnaldo vem exercendo desde que foi promovido de agente de saúde a agente social, o que tem dificultado seu trabalho. Além disso, o outro agente social, Roberto, terá um mês de férias. Arnaldo afirmou que vem tendo dificuldade, pois no mesmo período acompanhou um usuário ao hospital e teve que retornar a UBS para levar medicamento ao centro de acolhida porque o agente de saúde Inácio esqueceu. Eles combinaram de ajudar Arnaldo como for possível para que não fique sobrecarregado durante este período. Em seguida, realizaram a escala da frente fria da semana, Lara falou sobre o fórum de saúde mental e pediu para o agente César a acompanhar para se inteirar do movimento. Como informe, Lara falou sobre a apresentação do teatro de contêineres que será realizada no dia 12/06 e a organização do sarau intersetorial, que terá reunião no dia seguinte no CA Família em Foco para discutir a organização. Durante estes informes, a agente de saúde Pri aponta para mim e afirma que eu gosto do Doria. Todos riem. Lara pediu para os agentes trazerem casos ou dúvidas que tenham para se inteirarem e realizarem discussões sobre o campo, pois raramente eles trazem estas questões de modo espontâneo. Enquanto Lara falava, César atravessou a mesa para entregar um pedido de exames para Elaine – ele sempre quer se mostrar pronto e gentil com todos, por vezes até em demasia, como foi o caso. Elaine devolveu o papel e pediu para aguardar Lara terminar para que fosse discutido o caso propriamente falando. Ele queria discutir o caso do Antônio César que irá realizar uma biometria nos olhos e que necessitava de acompanhamento. A discussão era se acompanhavam ou não, porque ele anda por todo o território, que conhece bem, porém gosta de ser acompanhado no hospital, pois está enxergando mal. Optaram por acompanhá-lo. Depois discutiram o caso da Regiane que está no CA feminino MB. Ela tem dificuldade de locomoção, necessita de medicação psiquiátrica e retirar o Bilhete Único. Segundo a equipe, aparentemente há uma dissimulação, desde que a acompanharam a um serviço, pois, após este episódio, ela passou a demandar muitas visitas e acompanhamento para todos os lugares que necessita ir. Mas quando não está

na presença deles, ela se locomove bem pelo bairro. Em seguida, Elaine anunciou o falecimento da usuária que estava acamada no CA feminino. Este caso foi descrito nos relatos anteriores. Ela tinha um câncer e estava sendo alimentada por sonda, vindo a óbito no dia anterior. *Vida e morte são temas que acompanham as equipes de rua cotidianamente.* Depois discutiram a informação sobre um encaminhamento que foi apagado da lousa da sala 14, onde fica alojada a equipe. A ATA (administrativo) Deise apagou por acaso este encaminhamento, e eles perderam uma informação de grande valia para um usuário. Me parece que era um informe. Retomaram o caso do Leonardo do CA Vivenda e a dificuldade em dar um diagnóstico e encaminhar o caso para as intervenções necessárias. Eles relatam que Leonardo foi uma vez ao CAPS adulto e, chegando lá, se trancou no banheiro e ficou se masturbando. Daí os profissionais do CAPS disseram que o caso dele não era para estar lá, que se tratava de uma deficiência mental. A equipe se queixa do CAPS, pois nunca veem uma efetividade nas propostas terapêuticas ou mesmo uma maior proximidade, porque este CAPS é localizado em um bairro distante que fica em Aricanduva, mas por questões políticas e burocráticas eles devem realizar parceria com este CAPS, uma vez que é da mesma supervisão técnica de saúde. Renata, agente social, relata que uma acompanhada por eles, que está em um CA, perdeu os 3 filhos (9 anos, 7 anos, e 3 meses) no incêndio que houve em uma ocupação no bairro da Mooca. Mostraram pesar diante desta tragédia. Nesta reunião muitas perdas foram relatadas, e parece não haver energia para tanto: *se pararem, desistem.* Uma impressão. Pri, agente de saúde, passou a falar sobre um caso que ela acompanha, porém o faz de modo caricatural, todos riem e não prestam atenção nela. Durante toda a reunião, quando ela começava a falar, as pessoas riam, pois a fala dela é confusa. Renan, agente de saúde, falou sobre uma usuária que ele acompanha que vem tendo dificuldade em agendar ginecologista pela falta deste profissional na UBS, porém ela também perdeu uma consulta. Renata pergunta se na sexta-feira anterior uma usuária havia ido à unidade tomar a última dose da benzetacil para se curar de uma sífilis maltratada já há algum tempo. A auxiliar de enfermagem Rosa disse que ela havia ido na quinta, mas não na sexta, e Renata se queixou, pois, esta usuária deseja tomar este medicamento apenas em sua presença, porque passa mal com a dor. A médica Beatriz questionou porque já não aplicaram na quinta e elas disseram que era porque Renata não estava na unidade e também o ideal seria tomar na sexta. Discutiram se ainda seria eficaz tomar a terceira dose, mas não chegaram a uma conclusão. Em seguida, o telefone da Beatriz tocou. Um rapaz foi esfaqueado, encaminhado para o PS e aparentemente havia saído de lá com um pedaço da lâmina dentro do corpo. Ele foi encaminhado para a UBS para ser avaliado por Beatriz porque a médica

da UBS Mooca estava em uma reunião no CA. O rapaz estava acompanhado pelo padre J.L.²⁴. Beatriz, ao desligar o telefone, faz um comentário irônico a respeito de o padre acompanhar o rapaz: “o que ajuda muito”. Houve um clima de encerramento, as pessoas começaram a sair da sala. Elaine passou a cobrar Renata sobre a produção dos eSUS e Renata disse que havia tempo, pois era até o final de junho, ao que Elaine respondeu afirmando que seria até o final de maio para realizar a entrega de 200 formulários. Foi um momento de tensão entre elas. Renata ficou preocupada porque precisaria dobrar sua velocidade e Elaine afirmou que isso vinha sendo dito desde o início do mês. Todos saíram, ficamos Lara, Elaine, Pri e eu na sala. Elaine continuou se queixando e Lara pediu para que ela não cobrasse Renata na frente das outras pessoas. Lembrando que os agentes sociais respondem a Elaine, enquanto os agentes de saúde e auxiliares de enfermagem respondem ao Antônio, enfermeiro. Perguntei a elas a respeito do que foi levantado na reunião anterior sobre o PTS e Elaine disse que há muita dificuldade em utilizarem esta ferramenta, porque ele não é fixo como uma grade curricular e precisa ser alimentado, pois é dinâmico como a vida das pessoas que muda a todo instante. Além disso, como o ideal é que o PTS seja construído entre as equipes e usuários, há dificuldade em que estes atores se encontrem e mesmo dificuldade de tempo para poderem coletar dados, discutir, compartilhar e construir e reconstruir este instrumento. Perguntei se não haveria possibilidade de um técnico ou agente de referência bem instrumentalizados nesta ferramenta serem algo como um catalisador destas informações e responsáveis por construir com as equipes e usuários esta ferramenta. Elaine gostou da ideia. Me despedi delas e segui.

Burocracias

Da estação de metrô à UBS leva 15 minutos. No caminho, avisto do lado direito a parte “mais nobre” do bairro com casas grandes e antigas, enquanto do lado esquerdo áreas preservadas alternam-se com outras degradadas. A degradação aumenta de acordo com o avanço das passadas em direção à Avenida Celso Garcia, a qual, ao menos neste pequeno trecho, encontra-se totalmente degradada, composta por cortiços, prédios abandonados, ferro velho e algumas vilas. Ao chegar à esquina da quadra da UBS, vejo uma marca no prédio que me deixou em dúvida se ali havia ocorrido um incêndio ou se fizeram uma grande fogueira na calçada. Em seguida, entro na UBS, me dirijo à sala de reuniões e cumprimento os trabalhadores e as equipes do CnRua e NASF que estavam iniciando a reunião com meia hora de atra-

²⁴ Vigário episcopal para o Povo da Rua da Arquidiocese de São Paulo. Ele está à frente de vários projetos municipais de atendimento à população em situação de rua, dentre outros.

so. Eles discutem a aplicação do AMPI pela equipe NASF nos idosos dos CAs, se haveria necessidade de aplicar em todos eles. Agendam uma VD com o agente de saúde (AS) Inácio na MB. Inácio irá cobrir o território do agente Arnaldo que foi promovido a agente social. Esta VD será feita para realização de cuidados na ferida do estômago do usuário Regis. Eles discutiram o caso deste senhor e circularam uma foto da ferida, enfermeiros e auxiliares olhavam e passavam uns para os outros, já a TO e a psicóloga não suportaram olhar a imagem. Em seguida, discutiram a diminuição do número de idosos no Frei Beto por conta das escadas e o encaminhamento para outros CAS, e a licença do Arnaldo para realização de raspagem nos olhos e quem iria acompanhá-lo. Agendaram uma data para a discussão do PTS para afinar os ponteiros quanto à confecção deste instrumental. *Na reunião do CnRua, a equipe discutiu a organização dos prontuários, pois os funcionários esqueciam prontuários nas salas de reuniões ou deixavam fora do lugar.* Antônio anunciou o desligamento do agente de saúde Renan e que Inácio iria cobrir a área dele. Não teceram maiores comentários, mas já há algum tempo Antônio e a psicóloga Lara se queixavam dele, pois o que se dizia era que ele se ausentava por horas do trabalho e não se sabia para onde ia. Além disso, algumas semanas antes, ele teve uma recaída com álcool. Passaram a discutir o desfalque que a licença do Arnaldo iria ocasionar e como cobri-lo. Isto evidencia como a constante troca de profissionais, a não recolocação imediata e a troca dentro da própria equipe afeta o seu funcionamento. Também discutiram a troca de território do agente Inácio. Algumas pessoas questionaram esta troca, mas os técnicos pontuaram a necessidade de realizá-la porque a agente Pri não estava dando conta do seu território. No caso, a Pri iria acompanhar os usuários do Vivenda. Em seguida, discutiram o encaminhamento de alguns usuários para a psiquiatra da universidade que havia retornado de licença. Eles poderiam fazer algumas consultas psiquiátricas para os usuários com o subtítulo da ação como “arrastão”. Estas consultas psiquiátricas são realizadas de modo intermitente e desvinculadas da rede de assistência, o que prejudica o acompanhamento por um profissional que possa também assessorar a equipe. Em seguida, passaram a discutir o caso do Charles e do outro usuário que são “faltosos” para tomar medicamento psiquiátrico na UBS. Nestes casos, os medicamentos são fracionados e os usuários precisam ir todos os dias nas UBSs. As equipes fazem fracionamento em casos em que o usuário tem dificuldade de se organizar para administrar a própria medicação. Discutiram uma burocracia que é a apresentação da produção. A OS e/ou a prefeitura estão cobrando que sejam cobertos 100% dos hipertensos, diabéticos, gestantes e crianças que estejam cadastradas, ou seja, é necessária ao menos uma intervenção da equipe no decorrer de um mês em relação a estes usuários. Estas intervenções,

em geral, são as VDs realizadas pelos agentes de saúde. Este é um ponto a ser observado: como isso influencia na produção de cuidado destas equipes, seja porque não realizam algum cadastro ou simulam VDS, ou deixam de realizar alguma intervenção que levaria mais tempo para ser executada, porque podem atingir a meta atendendo aqueles que exigem menos. Foi combinada a realização do levantamento das VDs para observar como estavam em relação a isso. A equipe ri no momento em que a agente Pri fala do atendimento realizado para uma mãe e sua filha. Ela fala de um jeito estereotipado. A esta altura não faço ideia se ela fala assim como uma forma de fazer graça e se proteger, ou se é algo dela, ou se há uma certa estereotipia da equipe em relação a ela. A realização da escala de baixa temperatura levou um bom tempo e me pergunto por que sempre fazem assim. Em seguida, houve um intenso debate a propósito do pagamento de horas e folgas a retirar com a presença da Deise (ata). Neste momento, o grupo se dispersa. Pri se vira para mim e fala: “vou entrar no seu corpo e você na minha mente”. Demos risada. Em seguida, eles retomam a discussão de alguns eventos como a ida ao teatro de contêineres, AME Psiquiatria na VL, sarau, vacinação contra gripe e fazem um planejamento para Lara realizar rodas de conversa sobre consumo de substâncias psicoativas em alguns centros de acolhida. Logo em seguida, finalizamos a reunião e eu me despedi deles. Neste mesmo dia, no final da reunião, *encontrei um prontuário esquecido na sala ao lado*. Entreguei para a equipe e parti no caminho de volta à estação de metrô.

Des-encontros 1

Eu havia combinado com o Antônio, enfermeiro, uma ida ao campo com a equipe nesta data e ele disse para eu estar lá às 13 horas. Na sexta pela manhã, eu entrei em contato com Elaine e ela me informou que uma parte da equipe (Lara, Beatriz (medica), Pri) iria para o CRATOD realizar uma visita para o César, agente de saúde, que havia sido internado por uma recaída. *Fato interessante se pensarmos que ele vinha se mostrando como um profissional disponível, interessado e altruísta*. Eu entrei em contato com a Lara para saber a opinião dela a respeito de eu acompanhá-las na visita a César. Lara afirmou que não haveria problema para ela, porém receava como César iria se sentir, pois não havia sido avisado. Deste modo, desisti da visita e resolvi telefonar para o Inácio, agente de saúde, para saber se ele iria para algum equipamento. Ele disse que, por ser final de mês, iria permanecer na unidade para finalizar sua produção, bem como outros profissionais. Assim, decidi não ir ao campo e avisei a ele que iria na segunda-feira participar da reunião de equipe. Eu já havia dito o mesmo para Lara.

Des-encontros 2

Neste dia, fui para a UBS com o objetivo de participar da reunião da equipe de CnRua com o NASF. Ao chegar na unidade, me dirigi à sala de reunião, que estava vazia. Então fui para a sala 17, onde a equipe realiza suas atividades e atendimentos. Lá encontrei a Renata, agente social, Inácio, e o novo agente de saúde, Roberval, realizando a sua produção. Eles disseram que não houve reunião porque os técnicos foram chamados para uma reunião na sede do OS, porém não especificaram o objetivo desta reunião. Inácio elogiou minha mochila de couro, perguntou onde eu a encontrei. Eu respondi na Avenida 25 de Março que foi a mais em conta que eu vi e já fazia quatro anos que estava com ela. Passou a falar sobre uma bolsa bonita como a minha que ele tinha e que “foi queimada”. Perguntei ingenuamente como que ela havia sido queimada e ele me respondeu que foi usando drogas. Digo ingênuo porque algumas reuniões antes eles falaram sobre incêndios em ocupações. Inácio mostrou uma bolsa que comprou recentemente de couro com produtos cosméticos. Conversamos sobre exercícios físicos, pois ele malha bastante e é bem forte por isso. Ele participa de uns desafios de ganho e perda de gordura no menor tempo possível organizado pela academia da qual faz parte. Inácio disse que correu 10 quilômetros no final de semana em um evento social e mostrou a foto dele no podium com Márcio (interlocutor da ONG) e outro funcionário da ONG. Falou que não havia se recuperado ainda da corrida e isso era fruto do uso de drogas realizado no passado. Inácio diz que seu corpo ainda não está limpo e que um médico disse para ele que vai de 5 a 10 anos para o corpo ficar limpo de todas as substâncias, inclusive o pulmão. Falo para ele de um exercício ayuverda para limpar o pulmão, o qual consiste em expirar todo o ar comprimindo-os. Interessante como um objeto pode produzir aproximações. Enquanto isso, Renata e Roberval estavam discutindo como fazer a produção. Olhei para o cronograma do mês afixado na parede. Observei o agendamento de uma visita com o CAPS AD a um equipamento e perguntei se havia ocorrido. Disseram que foi cancelada e que o CAPS tem dificuldade em sair com eles as sextas à tarde, que é o dia disponibilizado pelo CnRua para fazer esse tipo de ação na rua. “O território Livre”. Inácio falou de uma paciente que ele acompanhava que faleceu por sintomas decorrentes do HIV. Eu falei para ele que me chama muita atenção no serviço deles o tema da morte que se repete constantemente. Falei da reunião em que eles haviam conversado sobre *várias mortes e que a velocidade é tão intensa que eles acabam passando por esses temas rapidamente*. Nesta reunião, falaram de uma mãe que havia perdido

os três filhos no incêndio em seu quarto em uma ocupação. Então, Renata fala da tristeza que foi lidar com esta situação, pois a equipe de CnRua acompanhava as crianças desde o seu nascimento. O que é uma dificuldade em lidar com esse tema, porém não aprofundamos muito a discussão porque ela precisava dar continuidade ao seu trabalho com o Roberval. Inácio começou a falar sobre o campeonato de futebol que é organizado pela OS com a participação dos usuários atendidos pelas equipes de CnRua. Perguntei a ele como estavam o Leonardo e o Silva (usuários do Vivenda). Ele falou que Leonardo participa da oficina de futebol na Fábrica de Cultura. Leonardo realiza algumas atividades e vem se expressando. Falou sobre sua família para Inácio, a saudade que sente do irmão e do uso de drogas. Leonardo é o usuário que deu entrada na rede deste território seis meses antes e a rede ainda estava discutindo qual era o CID²⁵ dele. Silva continua indo na APD, houve alguns episódios de desorganização, mas retomou suas atividades. Inácio disse que há três semanas havia mudado de território e não tinha mais tantas notícias deles. Ele me disse que iria na próxima sexta-feira com Antônio e Lara na Praça Sílvio Romero para ver a situação de um usuário e combinamos que eu iria junto. Me despedi deles e segui. Algum tempo depois eu conversei com Antônio por telefone e ele disse que não houve reunião por conta de mudanças na equipe. Ao questioná-lo se alguém havia saído, ele me respondeu que César havia sido internado.

Repetições e uma história

Eu havia combinado com o agente de saúde Inácio de acompanhar a equipe na Praça Sílvio Romero, no bairro do Tatuapé, para ver o usuário Roberto, que necessita de uma intervenção por ter problemas nas pernas que estão apodrecendo, provavelmente precisará amputar uma delas. Ao chegar na unidade, Antônio, enfermeiro, Inácio, e Roger, o motorista, estavam me esperando na rua ao lado da UBS, onde estacionam a Kombi do serviço. O fundo do carro estava cheio de doações recebidas de um instituto – cobertores, brinquedos e várias outras coisas que nem consegui ver. Eles queriam levar essas doações para o centro de acolhida feminino Mãe Maria. Inácio ofereceu para mim um protetor labial e Antônio explicou que também conseguiram do Instituto Embelleze alguns produtos, como cosméticos, para as mulheres. Nos dirigimos ao CA Mãe Maria e, enquanto Antônio entrava no centro de acolhida para perguntar se eles queriam receber as doações, Roger, Inácio e eu ficamos do lado de fora a-

²⁵ Classificação Internacional de Doenças.

guardando. Aproveitei a oportunidade para conversar com o Inácio e saber um pouco mais dele. Comecei brincando ao falar a respeito do meu engano, quando confundi o que ele disse a respeito da bolsa queimada, e demos risada. Ele afirmou que esteve poucos dias em situação de rua quando passou a usar crack no cachimbo, algo em torno de uma semana. Foi para a Cracolândia e, chegando lá, foi para para os hotéis e o fluxo. Antes ele usava cocaína e mesclado, que é feito de crack com maconha, como um “baseado”. Ao perceber que aquele não era um lugar para ele, resolveu tomar outro caminho em sua vida, após uma intervenção de seu irmão que o encontrou e tentou “resgatá-lo”. Fazia alguns meses que não conversava com a mãe, estava distante da família, e foi se afundando nas drogas e na rua. O irmão foi atrás dele e o fez repensar o caminho que estava tomando. Inácio disse que sua mãe mora em Ermelino Matarazzo e que ele está numa república, que é um serviço da Prefeitura da secretaria de assistência social. Para estar lá, é necessário comprovar renda, trabalho, e que está poupando o dinheiro mostrando extratos bancários. Estas repúblicas fazem parte do fluxo da assistência social, sendo o segundo passo após os usuários passarem pelos centros de acolhida. Porém, poucos chegam a essa etapa. O próximo passo seria ingressar em algum apartamento da CDHU, através da Secretaria de Habitação. Antônio retorna dizendo que a administração do Mãe Maria não aceitou as doações porque já estão abarrotados de coisas. Então, seguimos para o campo. Durante o caminho, ele me explica que houve uma demanda da secretaria para realizarem algo como um censo em cenas de uso e quantidades de usuários. Volta e meia fazem isso, e ninguém sabe me responder o que é feito com esses dados.

Lembro-me que, em 2012, em meio à operação truculenta e higienista orquestrada pela polícia militar e civil, denominada “Operação Sufoco”, os agentes de saúde afirmavam que dados das pessoas que transitavam pelo fluxo tinham sido requisitados e, logo em seguida, a operação foi deflagrada. Ou seja, afirmavam que os dados produzidos pelos trabalhadores da saúde foram utilizados para identificar as pessoas que ocupavam aquele território. Estas ações promovidas pelo poder público são de grande espetacularização, e, sob o discurso de “revitalização” ou “requalificação” da região, nada mais fazem do que servir à especulação imobiliária em uma política estatal higienista e eleitoreira.

Retornando ao campo, Antônio disse que iria neste território apenas realizar o levantamento da quantidade de pessoas. Já Inácio disse que queria fazer contato com os usuários, pois era a primeira vez que estava indo para este território. Ele assumiu recentemente este território, que

antes era acompanhado pelo Renan, o qual foi demitido. Percebo que Inácio estava demonstrando disponibilidade, já Antônio só queria cumprir a função designada a ele. Falo a eles sobre um usuário que eu atendia quando estava trabalhando no CAPS AD. O nome dele era Geo, natural de Guarulhos, sua mãe havia falecido quando ele era criança e seu pai distribuiu os filhos para as tias e avó. Geo foi morar com a avó. Porém, ela não cuidava dele, quando ele estava com 12 anos, foi morar com sua irmã de 16 anos que começava a se prostituir. Ele era engraxate no Aeroporto de Guarulhos. Por volta dos 16 anos, foi para a Rua Vieira de Carvalho na República, *point* gay e de prostituição no Centro de São Paulo. Dizia que, ao chegar lá e avistar as luzes amarelas dos postes e toda a cena gay, encontrou-se e desde então nunca mais saiu de lá. Ele já tinha 28 anos quando passou a ser acompanhado pela equipe do Consultório de Rua do CAPS AD, em 2012, ou seja, vivia há 12 anos no centro se prostituindo e fazendo uso de drogas, dentre outras coisas. Geo era soropositivo, infectado por sífilis e, não me recordo bem, mas acredito que tinha hepatite C também. Dizia que fazia programas nos hotéis da Cracolândia e que lhe pagavam em dobro para fazer sexo sem preservativo. Nessa época, os hotéis anunciavam diárias no valor de 5 reais com café da manhã incluído. Alguns destes hotéis foram alugados na última gestão municipal, fazendo parte do DBA (Programa De Braços Abertos). Em uma ocasião, ao dar entrada na hospitalidade noturna do CAPS, ele não havia terminado o tratamento da sífilis e percebemos que estava agressivo e já não me reconhecia mais. A hipótese dos médicos era de que a sífilis havia avançado para terciária, quando atinge o sistema nervoso. No dia seguinte, ele furtou a bolsa de uma enfermeira, fugiu do CAPS e, logo em seguida, roubou a bolsa de uma mulher na rua, sendo preso pela polícia e encaminhado para a penitenciária. Tentamos entrar em contato com o lugar para onde ele foi encaminhado, porém não obtivemos resposta. Nunca mais tivemos notícias de Geo. Inácio fala que essa questão do uso de drogas não é apenas um problema de saúde pública e afirma que seria interessante se houvesse um lugar protegido onde as pessoas pudessem utilizar drogas, um lugar que não fosse a céu aberto, pois isso chama mais pessoas para fazerem uso. Perguntei se ele estava se referindo a uma sala de consumo, como é feito em alguns países da Europa, onde poderia haver uma equipe de saúde acompanhando as pessoas, cuidando, estabelecendo vínculo e acompanhando-as a longo prazo. Ele afirmou que seria isso. Voltando ao campo, perguntei porque não iríamos mais Para a Praça Silvio Romero, e Antônio me explicou que este usuário, Roberto, está com problemas em suas pernas e provavelmente uma delas necessitará ser amputada. Como Inácio já havia passado algumas vezes por lá, foi combinado com o usuário que ele iria com a assistente social, Elaine, até lá para realizar algumas inter-

venções com ele. No entanto, Elaine não pôde ir naquele dia, pois foi requisitada no centro de acolhida Família em Foco. Deste modo, não fazia sentido visitar Roberto sem a assistente social. Antônio teceu alguns comentários dizendo que não gosta de prometer algo se não tem noção de quando iria cumprir – algum tipo de crítica aos outros profissionais. O território deles é dividido por números e fomos para a área 32 que margeia a marginal Tatuapé São Jorge do Corinthians. É curioso, porque eles sempre se referem a algum equipamento quando estão indo para o campo. Neste caso, referem-se a um número porque não há equipamento lá. É um território aberto, livre (não sei uma palavra melhor para designar agora). Uma curiosidade. No caminho, Antônio fala que os traficantes chegaram a colocar uma máquina de caça níqueis embaixo de um dos viadutos da marginal em uma cena de uso. Ou seja, ganhavam com a máquina e com a venda de drogas. Nosso primeiro ponto de parada foi a área próxima à Marginal Tietê, entre um viaduto e o motel já descritos em um outro dia. Ao chegarmos, Antônio fala para mim que precisa distribuir alguns folhetos sobre cuidados com DSTs e que seria importante se alguém pudesse tirar fotos. Questionei se isso seria seguro, pois por se tratar de uma área de uso próximo a uma comunidade algumas pessoas que controlam o tráfico poderiam nos interpelar. Ele disse que não haveria problema.

Não posso evitar de me lembrar de uma situação em que a amiga do educador físico do CAPS foi agredida quando nos acompanhava porque resolveu tirar fotos na cracolândia como se estivesse fazendo turismo.

Chegando ao lugar, a primeira pessoa abordada foi o gaúcho já descrito anteriormente. Lá estava ele sentado na grama e ao seu lado, deitada, uma moça quase desmaiada. Antônio o cumprimenta e passa a falar repetidamente as mesmas informações para ele, bem como para os outros usuários, sobre a importância de se cuidar, ir para o serviço de saúde especializado em DST/AIDS para fazer realizar exames, enquanto distribuía panfletos. Inácio se demora um pouco mais com os usuários, apresenta-se, fala que estará ali semanalmente e se coloca à disposição para qualquer necessidade que tenham na área da saúde, dizendo que poderiam contar com ele. Eles perguntaram de qual UBS e demos o endereço da UBS. Um outro grupo pediu cigarro que não tínhamos. Um pouco mais à frente encontramos o Paulo, também descrito anteriormente, queixando-se que GCM havia retirado seus pertences, inclusive os documentos. O mesmo discurso de três meses atrás. Antônio pede para Inácio anotar os dados do Paulo, fazer o cadastro, e diz que iria conversar com o Márcio, interlocutor da OS, sobre essas

questões, para que ele conversasse com a GCM – eu não tenho tanta esperança a respeito dessa interlocução ou melhor da escuta da polícia em relação a uma mudança de atitude. Talvez eles também não tenham esperança. Seguimos, e mais adiante conversamos com três pessoas, um rapaz perguntou se a gente fumava e se poderíamos dar um cigarro a ele. Nenhum de nós tinha cigarro. *Lembro que, quando estava trabalhando na Craco, os agentes redutores de danos sempre tinham na bolsa um maço de cigarros paraguaios (Eight) e, por vezes, davam um cigarro como forma de estabelecer algum vínculo com os usuários. Infelizmente, este tipo de insumo não é fornecido pela prefeitura.* Fomos em direção ao lugar no qual encontramos a gestante da outra vez, e havia um monte de terra embaixo da marquise do viaduto. Provavelmente colocada ali pela subprefeitura, para que os usuários não permanecessem naquele local. O trânsito estava parado neste viaduto e alguns ambulantes falaram que os usuários estavam do outro lado da Marginal. Antônio disse que o outro lado é distrito da VL e que a UBS VL não tem Consultório na Rua.

Isso mostra um projeto político higienista que desqualifica a própria rede de serviços do território administrado por esta subprefeitura. Pois se neste território há o CnRua, eles deveriam trabalhar com aquelas pessoas, a subprefeitura não deveria “encaminhá-los” para o território de outra subprefeitura que não dispõe de consultório na rua, no qual as pessoas irão ficar sem assistência.

Na volta para a perua contabilizamos em torno de 25 pessoas na cena de uso. Ao chegarmos no carro, Roger falou que três adolescentes foram de bicicleta conversar com ele para saber do que se tratava, provavelmente a mando de algum traficante. Antônio pediu para tirar algumas fotos de longe das pessoas e enviou para o grupo de “whatsapp” da equipe. Partimos para a próxima parada, e chegamos à praça onde fica uma igreja. Não havia pessoas em situação de rua lá, apenas quatro adolescentes fumando maconha, sendo que um deles estava no mesmo banco da outra vez em que lá estivemos, três meses atrás. Dali, seguimos para próxima parada, e, no meio do caminho, encontramos um dos funcionários da MB. Antônio pediu para Roger parar e foi conversar com ele, perguntando se não queria a doação, que continuava no fundo do carro, e ele disse que não poderia receber, pois iria para um outro lugar, estava aguardando um usuário para conversar. Então seguimos para o hospital Tatuapé. Chegando lá, fomos caminhando no entorno do hospital, cumprimentamos um guardador de carros e seguimos. Logo adiante, encontramos dois rapazes que também são guardadores de carros, que

lá estavam com seus colchões e alguns pertences. Um deles de pronto veio com uma receita na mão perguntando para Antônio seu significado. Neste meio tempo, Inácio já foi cadastrando a outra pessoa e se apresentando. O rapaz que estava com a receita disse que estava com diarreia e Antônio falou que os remédios eram Polaramine e Dipirona, sugerindo retirá-los na UBS. Antônio perguntou a origem da água que ele consumia, pois talvez pudesse ser isso que estava causando sua diarreia e ele disse que bebia água do posto da rua. Provavelmente, quando ele saiu do hospital, ninguém o questionou a respeito de seus hábitos alimentares, apenas forneceram a medicação e deram alta. Uma intervenção ineficaz. Quanto tempo, energia, dinheiro e vidas desperdiçados neste pequeno exemplo. Mais adiante encontramos a senhora Auricleia, desorganizada, alcoolista, idosa e sentada em cima de várias coisas, como colchão, coberta e sacolas. Ela tinha um papel nas mãos e disse que estava com câncer e um monte de outras coisas, e mostrou um papel que recebeu do Hospital Tatuapé. O papel era um encaminhamento médico para radiografia. Estava escrito que ela estava com uma contusão na clavícula e necessitava realizar exames para o diagnóstico. Auricleia era muito simpática e chamava Antônio de meu bebê e gritava com os dois rapazes que estavam próximos, brincando com eles. Demos a volta no hospital e Antônio disse que este equipamento tem uma alta demanda, pois atende pessoas provenientes de Guarulhos, dentre outras localidades desta região, e os profissionais são muito exigidos e estressados. Antônio fala que, como os filósofos diziam: “temos que estar em equilíbrio alimentar, bem-estar físico e saúde”, para não necessitar depender da Saúde Pública, pois se você entra neste hospital, talvez não saia. Afirmção curiosa para um enfermeiro que trabalha no SUS, porém não deixa de ter um fundo de verdade. Retornando para a perua, encontramos o primeiro guardador de carros que cumprimentamos. Fomos conversar com ele, perguntando se necessitava de alguma coisa, e ele respondeu que gostaria de realizar alguns exames para saber se poderia ter filhos. Inácio o cadastrou e disse que iria agendar uma consulta com a clínica do CnRua. Inácio perguntou se ali na região há muitos usuários de drogas e pessoas em situação de rua, e o rapaz respondeu que há uma grande concentração no final da rua, que foi nosso primeiro ponto de parada perto da Marginal. Retornamos para a UBS. No caminho, perguntei para o Inácio se a criança que estava na foto do seu perfil do “whatsapp” era seu filho e ele disse que sim, porém essa foto era de 2014 e que não via seu filho há 2 anos. Não perguntei o porquê. Ao entrar na rua da vila próxima à UBS, local onde Roger sempre deixa o carro, pois lá é mais seguro, havia um agente da CET (Companhia de Engenharia de Tráfego) no meio da Avenida Celso Garcia colocando alguns cones para organização do fluxo de carros e um rapaz na esquina tirando fotos. Antônio pede

para Roger cumprimentar este rapaz, pois talvez fosse ele o morador desta Vila que havia feito uma denúncia para o supervisor de saúde de que os trabalhadores do CnRua deixavam um carro “clonado” com o slogan da prefeitura lá e “ficavam dando perdido por aí”. Essa pessoa que reside na Vila é amigo do supervisor de saúde. Entramos na Vila, Roger parou o carro, eles ficaram conversando sobre outras coisas, então eu me despedi deles e parti. Sem mais.

Que vazio... devagar quase parando

Neste dia, eu fui para a unidade para participar da reunião do CnRua contando com a participação do NASF na primeira hora. Ao chegar na sala de reunião, Lara e Arnaldo estavam em mesas separadas sentados de costas um para o outro realizando a produção. Eu perguntei se haveria a reunião e eles responderam que estavam esperando a equipe do CnRua e do NASF chegarem. Já havia passado uns quinze minutos do horário habitual. Quando os outros trabalhadores chegaram, eles iniciaram a reunião com a apresentação da nova psiquiatra do NASF discutindo o caso de um idoso que está em um centro de acolhida com quase 90 anos e devido à idade avançada e necessidade de cuidados especiais, pensaram em transferi-lo para uma ILPI (instituição de longa permanência para pessoa idosa). Eles disseram que este senhor dá trabalho pois faz muita sujeira, não realiza a própria higiene e que deveriam realizar um relatório para encaminhar ao CREAS. Assim alguns profissionais do NASF e Roberto, agente social, agendaram uma visita para ele com o objetivo de encaminhar estas questões descritas anteriormente. Em seguida, eles discutiram o caso da D. Dilza que está no centro de acolhida Mãe Maria. Afirmaram que ela é uma paciente complicada e a médica do NASF em sua avaliação de relata que ela é uma paciente com transtorno histriônico acumuladora a psicóloga Lara disse que quando ela morava em uma casa foram retirados oito caminhões de entulho que estavam lá no espaço. Disseram que a paciente não tem alucinações nem delírios referindo que ela tinha uma loja, mas não saberia o nome e que este discurso é facilmente desmontado com questionamentos a respeito do que ela afirmava. Elas relataram que essa paciente tem problemas com os outros usuários devido ao acúmulo de coisas no CA e exigências que faz sobre alimentação. Ela é dependente de benzodiazepínico e tomar Fenegan para dormir, não tem contato com a família e possui três filhos. As equipes agendaram uma visita em conjunto para atender a paciente e pensar encaminhamentos. Em seguida, Lara retoma o

caso do Leonardo, que está acolhido no Centro de Acolhida Vivenda. Lara explana a história dele para a equipe NASF ao dizer que ele viveu em um abrigo até os 15 anos, não se sabe o porquê deste abrigamento. Ele fugiu deste abrigo aos 15 anos, fez uso excessivo de drogas, mas não disse especificamente quais. Leonardo fala pouco, apenas quando quer. A equipe do Vivenda receia que ele venha a fugir e as assistentes sociais do abrigo acompanham-no na rua quando precisa sair. Ele já realizou avaliação no CAPS adulto, no qual os profissionais disseram que ali não era o espaço para ele ser tratado e em seguida, estavam estudando a possibilidade de encaminhá-lo para o Cer-especial. No CAPS AD ele também não foi aceito pois não estava fazendo uso de drogas, o que me gera o questionamento de este CAPS ser apenas para quem está fazendo uso de drogas, ou seja, uma abordagem centrada na substância e não no sujeito. Foi agendada uma visita com o NASF para discutiram outro caso. Novamente discutiram o caso do paciente cadeirante que necessita de uma almofada especial para as suas necessidades. Em seguida, o NASF se despediu e fomos para reunião do CnRua que é iniciada com a comemoração do aniversário do Roberto, salgadinhos, bolo e refrigerante colocados à mesa, cantamos parabéns e Lara comentou que a partir daquele momento, fariam uma comemoração por por mês. Rosa teceu algum comentário que no aniversário dela ninguém comemorou e Lara retrucou explicando que seria feito mês a mês a partir daquele momento. Ficamos um bom tempo no aniversário e ao retomar a reunião, eles discutiram agenda dos passeios ao teatro, exposição e outras burocracias como não realizar o cadastro no acolhimento e passar na UBS, o aumento do número de cadastrados que é uma necessidade para justificar o trabalho perante prefeitura. A reunião terminou 45 minutos mais cedo do que o habitual. Havia metade da equipe na reunião, pois algumas pessoas estavam realizando atividades externas. Porém o mais importante, é que eu senti algo como uma desistencia em mim e neles, uma sensação de repetição, morosidade, tanto que a reunião foi encerrada mais cedo. *Elaine estava presente nesta reunião, não nos víamos há quase dois meses e perguntei para ela porque não realizam o cronograma da frente fria com um calendário na sala de equipe no qual as pessoas poderiam ir preenchendo e ela disse que é porque as pessoas simplesmente não fazem.*

Desistência 1

Logo pela manhã, eu entrei em contato com o Inácio e a Lara para saber se eles iriam para o território da 32. Ele respondeu que estava guardando a equipe confirmar pois estava chovendo e fazendo muito frio e disse que sim, pois havia combinado com o CAPS AD Moo-

ca esta ida ao território. Porém alguns dias antes, a Renata, agente social, disse que o CAPS estava com dificuldade de ir às sextas-feiras por conta da agenda deles. Como eu necessitava resolver algumas coisas pessoais, resolvi não ir com receio de perder a ida.

Desistência 2

Na semana anterior, eu acabei não indo na reunião de equipe por necessitar resolver alguns assuntos pessoais.

Duas semanas antes tive a sensação de desistência da parte deles, pois a reunião foi esvaziada encerrada uma hora antes do habitual por conta da comemoração do aniversário do Roberto, agente social, com salgadinhos, bolo e refrigerante. Uma pequena festinha. Eu tive uma sensação de desistência na equipe das coisas e de sis mesmos a partir do que não muda mesmo com esforços. Apenas o que muda são os próprios profissionais. Um sentimento que eu também tinha na época do CAPS AD em 2012 quando fazíamos o trabalho de rua e a sensação era de estar com “dedo na buraco da represa”. Naquela situação pensamos com os redutores de danos uma estratégia de escrever sobre o nosso próprio trabalho e como poderíamos observar o que era feito no dia a dia. E ao longo do tempo, percebemos que fazíamos muitas coisas, pois estávamos em um território no qual circulavam em torno de 2000 pessoas diariamente e nosso trabalho era de segunda a sexta-feira atendendo aqueles que era possível e fazendo rede simultaneamente com os outros representantes de políticas públicas, sociedade civil e mesmo os usuários, moradores e comerciantes da região da chamada cracolândia. Essa atividade produziu um deslocamento na equipe um fortalecimento do que fazíamos e novas decisões foram tomadas inclusive construímos um diário semanal para nós mesmos, equipe e para os usuários, o que foi vetado pelo gerente pois isso poderia ser visto como uma espécie de divulgação da rua para os usuários. Logo em seguida, devido a outras questões políticas a terapeuta ocupacional que nos apoiava nesta e em outras empreitadas foi demitida e um dia depois após eu apresentar esses diários para a equipe também fui demitido não dando prosseguimento ao trabalho. Por questões que ocorreram em alguma época de eleições de operação Cracolândia realizada pelo governo estadual de muitas incertezas se as OSs iriam ou não continuar e que provavelmente mudanças passaram a ocorrer pelo centro. Deste modo, é necessário realizar “uma limpa na equipe dos que davam mais trabalho”.

Voltando para reunião de equipe do CnRua, eu percebo uma certa desistência da parte deles que acaba afetando meu movimento também e me veio a pergunta parafraseando Luiz Orlandi (2002): “o que estamos fazendo de nós mesmos?”. E passo a refletir sobre a produção de grupos mais reativos atuando dentro de um certo imobilismo do que agindo a partir de sua potência, pois não produzem deslocamento apenas movimentos dentro de um certo espectro, que é o mais do mesmo. Mas o que poderia ser a produção de um deslocamento? Penso que pode ser a construção de uma crença coletiva de que algo poderia ser melhor e nesse sentido atuar processualmente em mudanças que possibilitem novos caminhos. Deste modo ao não percebermos estas mudanças, vemos na verdade uma tentativa construída arquitetada politicamente de modo a desconstruir a partir do corpo dos trabalhadores, o corpo da Saúde, da Saúde Coletiva e de toda a sua potência e inventividade. Sendo assim, eu pensei em uma proposta a ser feita nos próximos encontros. Uma reflexão através da escrita sobre como é trabalhar na rua hoje de modo que possamos nos observar e porventura afirmar uma nova potência ou construir novos caminhos.

Linhas de fuga e deslocamento

Neste dia, eu combinei com o agente de saúde Inácio visita ao território da área 32 como feito nos dias anteriores. Ao chegar na UBS, eu cumprimentei o Roger, motorista do CnRua, e o segurança da unidade. Roger disse que estava aguardando os profissionais para sairmos. Me dirigi a sala de equipe e encontrei o Arnaldo, agente social, Lara, psicóloga, e Rosa, auxiliar de enfermagem. Elas pediram para eu carregar um material que iriam utilizar em um grupo no albergue Frei Beto. Inácio se aproxima e com ele está o Marcos, novo auxiliar de enfermagem da equipe, que entrou no lugar da Elis que foi transferida para a UBS República. Eu e Marcos nos reconhecemos da época em que trabalhamos no CAPS AD em 2012. No caminho, Lara me perguntou se eu não gostaria de trabalhar no consultório na Rua, pois ela estava realizando a seleção para novos psicólogos em três consultórios. Ela estava participando da seleção por ter trabalhado no RH da OS. Eu percebi uma empolgação nela, me senti muito lisonjeado pelo convite, porém eu respondi que não poderia realizar este trabalho agora pois estava assoberbado de tarefas. Deixamos ela e Rosa no Frei Beto e seguimos para o território que Inácio está cobrindo. Elas iriam realizar um grupo com mulheres sobre saúde da mulher e distribuir alguns produtos de higiene. No caminho, conversei com Marcos sobre sua trajetória após 2012. Após a OS que administrava o CAPS AD ter o vínculo rompi-

do com a prefeitura, ele foi contratado pela OS BP para trabalhar no CnRua, depois foi transferido para o Centro e agora retornou para para o CnRua com o qual realizo a pesquisa. Ele disse que havia requisitado no último ano transferência para este CnRua, porém não havia sido liberado e sem saber o porquê um ano depois obtive a transferência. Conversamos sobre como estas mudanças constantes na equipe e como afetam o trabalho, pois há uma intensa substituição das pessoas e os que chegam necessitam de um tempo para se apropriarem do trabalho e quando estão mais apropriados são transferidos para outras unidades ou demitidos e as pessoas que já tem um conhecimento do trabalho, necessitam de um tempo para conhecerem o território, a rede, a unidade, a equipe e seu modo de funcionamento. Ao chegarmos no território da 32, Inácio e Marcos pegaram alguns cobertores para doarem e fomos para a mesma cena de uso próximo a Marginal. A primeira pessoa que encontramos foi Paulo. Havia outros usuários do outro lado da rua e 3 deles ao verem que estávamos com os cobertores, atravessaram a rua correndo atrás de nós. Paulo repetiu a mesma história sobre a GCM recolher seus pertences e documentos. Como Paulo monopolizou a conversa, o rapaz que estava ao meu lado contornou o grupo e foi direto pedir o cobertor para Marcos. Marcos deu os cobertores para eles e dispersaram logo em seguida e apenas Paulo permaneceu conversando conosco. *Fiquei imaginando que outro tipo de relação poderia se estabelecer ali através daqueles cobertores e/ou outros insumos, ou seja, como produzir vínculo ou uma rede de conexões a partir daquilo que se leva e traz e não apenas em uma atividade assistencialista. Algo como uma oficina, ou perceber que a mesma ladainha de Paulo acaba fazendo com que não entremos em contato com os demais.* Ao olhar para trás, avistei uma moça numa espécie de barraca conversando com um rapaz e em algum momento, eles iniciaram uma discussão, mas logo em seguida a comida fez o silêncio entre eles e continuaram ali comendo e se comunicando. Seguimos e avistamos do outro lado em torno de 8 pessoas embaixo do viaduto. Mais à frente, encontramos duas senhoras próximo a um senhor em situação de rua. As duas estavam não aparentavam estar em situação de rua, ao nos aproximarmos elas levantaram e foram caminhando na direção da comunidade. Eu percebi que uma delas colocou algo que estava dentro de sua mão no bolso, provavelmente alguma droga. Mais a frente, encontramos uma senhora e uma garota. Perguntamos se elas eram agentes da assistência social e a mais velha respondeu que é mãe de uma pessoa que permanece ali e estava em busca de seu filho. Enquanto Inácio conversava com ela eu conversei um pouco com a outra moça que era vizinha da senhora. Elas moram em um bairro não muito distante daquela região e foram até lá a pé em busca do filho da senhora. A mãe relata que ele por vezes vai para casa, porém não ela não

deixa a chave com ele pois receia que usuários de drogas possam acompanhá-lo até lá e roubarem sua casa. Eu percebi que a feição de Inácio foi mudando para triste, sério e cabisbaixo. Nos despedimos delas e seguimos. Percebemos que ali estava sendo construída uma cerca de modo que aquele espaço ficasse isolado do guardarei do outro lado da rua, atrás do qual há um espaço embaixo da ponte que liga a Vila Maria ao Tatuapé passando por cima da Marginal. Conversamos com os trabalhadores e eles disseram que isto é uma tentativa de diminuir acidentes e que as pessoas não permanecessem ali usando drogas. Isto em continuidade ao relato anterior em que a subprefeitura havia jogado terra embaixo da marquise para que os usuários não ficassem ali. Nos despedimos, retornamos para a perua e seguimos para a Praça da Igreja São José. Chegando lá, Inácio abordou dois PMs perguntando sobre o fluxo de pessoas em situação de rua ali na praça. Eles responderam que não eram daquele território, mas estavam aguardando a remoção do corpo de uma pessoa em situação de rua que faleceu algumas horas antes na praça atrás da igreja. Eles não souberam responder sobre a causa da morte. Nos aproximamos e o corpo estava embalado com papel alumínio apenas os pés a mostra. Percebemos um fluxo de curiosos e pessoas que paravam para ver o que ocorria, pois, o corpo estava no chão e em seu entorno havia uma faixa de isolamento. Perguntamos no bar da esquina se alguém o conhecia, responderam que era um senhor que transitava por ali há mais de 10 anos, mas nunca havia expressado uma palavra com eles. Pensamos que a princípio, ele poderia ter falecido por conta do frio que fez naquela noite, mas o dono do bar disse que ele faleceu por volta do meio-dia. Inácio e Marcos conversaram com Antônio por telefone para saber qual seria o procedimento a ser adotado eles definiram que seria necessário aguardar a remoção para o IML. Antônio e Renata que conhecem o território há mais tempo iriam realizar o reconhecimento do corpo e ver se seria um dos cadastrados da equipe. Enquanto estávamos ali Inácio começou a conversar com um menino. O nome dele é Douglas, 12 anos, em situação de rua com uma sacola cheia de latinhas, uma mochila e alguns tiques típicos de usuários de crack. Inácio Perguntou se ele conhecia o falecido e o menino respondeu o mesmo que as pessoas do bar. Inácio ficou conversando com o garoto por algum tempo, perguntou se ele ia para escola, onde estavam seus pais e se ele estava ali há muito tempo menino. O garoto respondeu poucas coisas, típico de quem provavelmente deve ouvir as mesmas perguntas sempre. Daí ele pediu comida quando estávamos indo embora e Inácio o levou para a padaria e pediu uma marmita para o garoto. Eu tentei me aproximar perguntei se ele nos conhecia, ele respondeu que conhecia Antônio. Eu disse que trabalhava com Inácio e que de vez em quando, iríamos nos encontrar por ali. Logo em seguida, chega a marmita, Inácio pagou para ele e

nos despedimos. Ao sairmos da padaria, aquele menino que parecia dócil, demonstrou sua agressividade para um rapaz que estava do outro lado da rua, pois na rua se não for agressivo não sobrevive. *É preciso demonstrar firmeza diante das ameaças.* Partimos para a UBS e no caminho, eu perguntei para o Inácio se ele estava reflexivo por conta da conversa que teve com a mãe do usuário e ele disse que sim. Muito provavelmente por conta de sua própria história. Eu não quis entrar em detalhes pois estávamos em público. Ao chegarmos na unidade nos despedimos, eu fui embora e a noite, ele me enviou uma mensagem agradecendo pela companhia e eu que agradei e disse que gostaria de conversar mais sobre esse dia. Alguns dias depois, conversamos por mensagem sobre o usuário que foi a óbito e Inácio disse que era um cadastrado, porém a digital dele não conferia com o nome que ele deu para a equipe, ou seja, não tinham a identificação dele e se ninguém o reconhecesse provavelmente seria enterado como indigente. Sem mais.

3 Os Consultórios na rua como *extituições*²⁶

Ao longo do tempo em que eu estive acompanhando o CnRua descrito no diário de campo anteriormente, pude perceber alterações nos planos que compõem este grupo ao longo do ano. Aquele clima mais próximo com o passar do tempo foi se modificando com as mudanças de trabalhadores e atravessamentos institucionais. Havia um aspecto recorrente no grupo que era o medo da demissão, do esfacelamento do grupo. Em um primeiro momento, havia rumores de que a ONG que administra o CnRua iria perder o contrato e a OS que administra a UBS iria assumir a gestão do CnRua realizando um processo seletivo para novas contratações. O ano inteiro passou sem que isto ocorresse.

Na metade do ano, houve a notícia de que os agentes de saúde e sociais iriam se transformar em uma categoria única e que precisariam ter, como pré-requisito, a formação como técnico ou ao menos o Ensino Médio. A ONG e os trabalhadores se mobilizaram, e em seguida este anúncio não se concretizou. Houve uma troca incessante de profissionais. Bons profissionais eram transferidos para a região central e os que vinham em troca era porque já haviam tido algum tipo de problema no equipamento anterior. Então, quando um novo agente de saúde era contratado, como Inácio, por exemplo, ele recebia toda a formação pela equipe técnica

²⁶ Lisboa (2013).

e pelos outros agentes e quando estava se adaptando ao território era transferido. Demissões ocorreram também.

Ao conversar com um colega que trabalha na região central, ele afirmou que estas transferências ocorriam por conta da visibilidade que o centro tem em relação à gestão, mídia e sociedade, além de usuários mais comprometidos. No entanto, tantas mudanças acabam gerando um impacto nas equipes periféricas, pois há uma certa dificuldade em se manter o trabalho se a equipe volta e meia fica desfalcada. Sem contar que, em um processo de vínculo, que se faz de modo processual e baseado em confiança, como é possível criar permanências em meio a tantas mudanças?

Ao longo do ano, este clima de incerteza foi produzindo no grupo uma dificuldade em lidar com o cotidiano, pois não tinham certeza de nada, e era muito difícil lidar com os novos se adaptando enquanto o serviço estava acontecendo. Havia um clima de recomeço, sempre. Mas, ainda assim, o grupo conseguia caminhar, realizar intervenções, atender os usuários, fazer rede. E conseguiam se manter como um grupo que tentava, não haviam se fragmentado, ou deixado de se comunicar entre eles, como percebi em outros CnRua.

Interessante, porque, mesmo com as mudanças, o vínculo entre eles e a comunicação se mantinham. E era isso que permitia ao grupo seguir produzindo, se comunicando, me convidando para as atividades e produzindo saúde. Houve uma situação em que fomos ao CA feminino Mãe Maria durante a noite porque a psicóloga Lara tinha feito uma parceria com um grupo de mulheres que trabalha em políticas públicas e realiza encontros com mulheres em centros de acolhida femininos utilizando a metodologia do Teatro do Oprimido²⁷. A médica Beatriz, Elaine, a assistente social, e Lara, a psicóloga e eu fomos nesta noite. Foi muito interessante porque, através de cenas reais, as atrizes trabalharam temas como violência de gênero, assédio sexual, relacionamento abusivo etc. E a discussão no grupo gerou muitas questões entre as mulheres e as adolescentes, depoimentos e fortalecimento em grupo.

No acompanhamento destas equipes de CnRua e aproximação com os trabalhadores, pude aprender, modificar meu olhar, com o tempo, sobre a produção deste cuidado na atenção básica, saber um pouco mais da história de cada um e de como a vida foi lhes proporcionando marcas existenciais que de certo modo fizeram com que escolhessem estar ali, e como estas

²⁷ Teatro do Oprimido é um método teatral que reúne exercícios, jogos e técnicas teatrais elaboradas por Augusto Boal. O objetivo de Boal era trabalhar questões do âmbito político e social através desta técnica.

experiências de vida lhes proporcionou a instrumentalidade para lidar com aquilo que se apresentava no cotidiano do trabalho.

A ONG que administra o CnRua tem um histórico de cuidar das pessoas em situação de rua conectada com a igreja católica, e por isso privilegia a contratação de pessoas que tiveram vivência de rua ou uso de substâncias psicoativas para serem agentes de saúde ou agentes sociais, inclusive muitos deles foram pacientes do CnRua antes de se tornarem agentes. E por terem vivências semelhantes aos atendidos, este é um dos pontos que aproxima o serviço da população com a qual trabalham, pois não podemos negar a separação de classes sociais que distancia os trabalhadores dos próprios usuários. E aqui entram as cenas descritas sobre César e Inácio, dois personagens com histórias ricas e complexas, mas que conseguiram utilizar sua experiência em favor da produção de vínculo e acolhimento das demandas dos usuários. Seu modo em lidar com as demandas apresentava à equipe outras perspectivas em relação aos “sinais que vinham das ruas”, enriquecendo as discussões e construção das ações.

César, no trato com os usuários do centro de acolhida Frei Beto, sempre demonstrava disponibilidade para acolher as necessidades dos usuários. Neste centro de acolhida, toda a equipe enfrentava dificuldade para atuar, por se tratar de uma unidade mista e com uma grande quantidade de usuários que haviam vivido situações de violência e sofrido com a desorganização da ONG que administrava este serviço, e César se deu muito bem neste serviço, pois a seu modo foi conseguindo contornar as adversidades, e os usuários estabeleceram vínculo com ele.

Mas ainda que a equipe conseguisse dar encaminhamento às demandas de saúde, mesmo com uma rede fragilizada, sempre buscando soluções; ainda que se repetissem ou postergassem uma abordagem, havia um ponto que tensionava toda a rede, e este ponto eram os casos de saúde mental. Como vimos no caso do Leonardo que passou por uma série de serviços: “ele não era de ninguém” porque não se sabia o seu diagnóstico. Não se trata de culpabilizar um serviço ou um profissional, porque estamos justamente falando sobre casos complexos que de certo modo questionam o modo como a rede está organizada. E fica ainda mais difícil na medida em que há uma alta rotatividade de profissionais, e para atender tais complexidades é preciso uma boa formação, tempo para realizar intervenções, sem pressão no sentido de fabricar números. É necessário fazer o caso circular pela rede, discutir, realizar supervisão e repensar a própria instituição e seu modo de produzir saúde, como foi discutido com os enfermeiros da UBS.

Neste ponto, seria interessante pensar os CnRua como *extituições* (LISBOA, 2013), cuja função seria articular as redes de saúde, saúde mental e a própria rede intersetorial, fortalecendo e sustentando as relações de cuidado e responsabilização no território e produzindo conexões entre estas instituições.

Ao pensar as equipes de rua como *extituições*, Lisboa (2001) sugere o rompimento com a dualidade dentro e fora dos espaços institucionais, produzindo um campo relacional de atuação no território, ainda que à distância:

Por configurar-se como extituição, o Programa de Saúde da Família Sem Domicílio atua como fluxo de informação e ferramenta de articulação de redes entre diversas instituições, quando estas estão abertas à construção de projetos terapêuticos singulares e à coresponsabilização. Com suas tecnologias leves (acolhimento, vínculo e responsabilização), o PSF-SD pode sustentar a atenção em saúde e saúde mental às pessoas em situação de rua em sofrimento psíquico como uma linha de cuidado *sui generis*, transversal às outras linhas de cuidado (Saúde Materna, Saúde do Idoso, etc.), que permita diversas articulações possíveis entre as instituições de saúde regionalizadas que compõem o cenário da atenção em saúde no território. (LISBOA apud TIRADO; DOMÊNECH, 2001, p. 12).

Pensar esta configuração requer um aprofundamento da ideia de que as ruas e tudo o que um território engloba fariam parte das intervenções em saúde e que as redes seriam acessadas e tensionadas de modo que os integrantes do CnRua acompanhassem o desenvolvimento das ações, mas não necessariamente fossem os responsáveis únicos ou diretos por tais ações, ou seja, realizariam pactos entre os serviços, monitorando as ações e acompanhando o fluxo dos usuários dentro da rede através de projetos terapêuticos singulares. Desse modo, o CnRua teria a função de realizar conexões entre os atores de um território, construindo uma rede-trama (LISBOA, 2013).

Mas, para tanto, seria necessário que as equipes de saúde pudessem desenvolver processos de autoanálise e autogestão constituindo em si mesmas, e nos outros serviços, a capacidade de operarem a partir da diferenciação das linhas de captura ou de fuga que constituem grupos sujeitos e grupos assujeitados (DELEUZE, 2006).

Ao refletir sobre esta construção, Deleuze (2006, p. 255) questiona:

Como um grupo pode levar seu próprio desejo, colocá-lo em conexão com os desejos de outros grupos e com os desejos de massa, produzir os enunciados criadores correspondentes e constituir as condições, não de sua unificação, mas de uma multiplicação propícia a enunciados em vias de ruptura?

Os grupos assujeitados têm uma tendência à autoconservação, hierarquias, verticalidades que impedem a criação de rupturas criadoras, tidas como possibilidade de aniquilação, e para isso chegam inclusive a excluir outros grupos que se diferenciam de seu modo de funcionamento. Já os grupos sujeito operam pelo coeficiente de *transversalidade* (DELEUZE, 2006; GUATTARI, 2004), que seria o elemento que dá suporte ao desejo do grupo, conjurando as hierarquias e as totalidades, permitindo aos grupos observarem as capturas, permitindo a criação institucional e horizontalidades.

Guattari (2004) compara o coeficiente de *transversalidade* à viseira utilizada pelos cavalos, em que quanto mais aberta, mais harmoniosa se tornará a circulação entre eles, ou seja, isto diz do grau de cegueira de cada profissional dentro de uma equipe.

Porém, grupos sujeito e assujeitados não são opostos, e podem ocorrer dentro de um mesmo grupo, alternando-se em um *continuum* de tempo, e por isso é importante a constante autoanálise e criação institucional.

No entanto, voltando ao diário de campo descrito no presente capítulo, não podemos deixar de explicitar um atravessamento importante nos processos atuais de produção da saúde e da vida presente no campo que é o próprio tempo do capitalismo que muda a tudo e a todos, fazendo com que a vida das pessoas entre em desalinho. A respeito desta apropriação do tempo na contemporaneidade, Pelbart (1993, p. 31) afirma que

O ideal tecnocientífico contemporâneo consiste em absolutizar a velocidade a ponto de dispensar o próprio movimento no espaço, anulando assim não a geografia e o tempo de duração desse deslocamento, mas a própria idéia de espaço, de tempo e de duração.

Nesse sentido, para se fazer uma intervenção em saúde pública e, principalmente, em saúde mental, é necessário um tempo estendido para além do que se vê ali. Não é possível realizar uma intervenção em saúde com aceleração e descuido. É preciso cuidar do tempo para se ter o tempo do cuidado necessário para tal produção de cuidado (LIMA, 2012).

Em alguns momentos, eu pensava que a equipe, bem como os usuários, tinha sua própria experiência de sofrimento, tamanha a cobrança, a aceleração, e a pouca permanência nas atividades cotidianas. Talvez onde se demorassem mais acabasse por se configurar em um absurdo completo. E para evitar o encontro com o absurdo, talvez fosse necessária a continuidade da movimentação incessante, quase como uma desterritorialização permanente. E neste estado, pouco de um plano de consistência era produzido.

Inclusive, podemos dizer que o único perfil que prevalecia sobre todos os demais é o do Facebook, e não era possível sair dele, vide o acontecimento ocorrido com Pri relatado no diário de campo.

Por isso mesmo, não surpreendia também que os remédios estivessem confusos e a dificuldade entre os profissionais de dois serviços diferentes que se atrapalham na comunicação porque é o próprio tempo que exige que uma decisão seja tomada as pressas.

A princípio, pensei que deveria “entrar” na velocidade deles, mas, aos poucos, percebi que só poderia “ver” os integrantes da equipe e os usuários, de modo a tecer reflexões, questioná-los e ir ao encontro deles, se entrasse em outra velocidade, mais lenta, a fim de perceber a potência e despotência em determinadas escolhas e construções, práticas de assujeitamento e controle ou de produção de autonomia. É possível notar, ao longo do diário, que os pacientes ganham presença quando os profissionais se atrapalham; quando a velocidade é outra eles ganham presença.

Assim, a cartografia proposta neste trabalho seria fazer algo a partir do que emergisse no campo, ir a campo sem um critério do que seria emergente. Seria olhar onde as linhas se contorcem e fazem confusão, para então pensar os caminhos da pesquisa.

Diante da complexificação da vida e fragmentação dos corpos como efeito, as impermanências da população em situação de rua acirram esta condição. E para produzir cuidado a este grupo, o CnRua necessita de uma regularidade para produzir um plano de consistência, mas como fazê-lo se toda a equipe, praticamente, foi substituída? Não parece ser uma questão fácil de ser respondida.

Posso dizer que aqui eu vivi a experiência duas vezes. A primeira vivência como pesquisador e a segunda quando este pesquisador conclamou o profissional (ex-técnico de Cde-Rua de CAPS AD) para se alinhar à experiência do campo na pesquisa. E este profissional traz em sua algibeira uma outra experiência, a que foi trabalhada na 2ª ilha, como possibilidade de produzir corpo, permanências com a equipe através da participação deles na pesquisa de modo direto através da escrita.

Eu, como pesquisador, por mim mesmo não produzo corpo. Aqui é necessário atentar-me nas relações com os agenciamentos possíveis ao redor, e é neste entrelaçamento que se dá o do ponto de vista do pesquisador, em que me torno uma personagem do meu próprio texto, dando corpo a uma ideia, um corpo-texto, produzindo densidade na experiência, uma ideia-corpo-texto a ser trabalhada na próxima ilha como uma proposta para a equipe de CnRua e

que continua a responder a questão que persegue este trabalho de pesquisa: “é possível produzir relação com o outro no campo onde ele produz sua existência?”

VI QUINTA ILHA

“É possível produzir relação com o outro no campo onde ele produz sua existência?”

1 Cartas e conexões

Como é trabalhar nas ruas?

Neste dia, realizamos um exercício a partir da escrita dos trabalhadores do CnRua. O exercício consistia em escrever livremente sobre como é trabalhar na rua em tempos atuais. Eu iniciei a atividade explicando que este seria um exercício para pensarmos a prática produzida por eles no cotidiano e para que pudessemos construir em conjunto um olhar a partir do que escreveriam sobre eles mesmos, na medida em que poderiam visualizar o que, como quando e onde fazem.

Ao falar sobre a atividade proposta, de pronto, eles me perguntaram se eu daria algum retorno sobre o que escreveram e eu respondi que era exatamente este o objetivo na medida em que iríamos construir um conhecimento coletivo e debater temas a partir do que eles escreveriam.

Pontuei que não havia necessidade de se preocuparem com a escrita em relação a caligrafia ou erros de português ou conceitos e que a ideia era apenas que escrevessem o que visse a cabeça a partir do tema proposto. Alguns expressaram comentários de alívio após esta explanação, aceitaram a proposta, redigiram os textos e entregaram para mim.

No entanto, como a reunião de equipe havia se estendido demasiadamente devido as discussões que eles realizaram, não houve tempo hábil para discutirmos as produções. Combinamos que eu iria ler as produções escritas e retomariamos a partir dos temas sobre os quais eles escreveram.

Primeira Carta

A partir da leitura dos textos produzidos pela equipe, redigi uma carta como forma de apresentação das reflexões e questões levantadas por eles, pois uns não sabiam sobre o que os outros escreveram, e também do que isso suscitou em mim. Este também foi um meio de nos aproximarmos mais, demonstrar um desejo de aproximação e fomentar em nós o desejo de construir coletivamente nesta pesquisa.

Eu percebi que alguns textos escritos por eles eram mais defensivos na medida em que apenas descreviam pontos positivos do trabalho ou como ele era enriquecedor, enquanto outros se colocavam a partir de sensações mais de acordo com o que viviam no dia a dia como forma de demonstrar algum tipo de preocupação e sofrimento intercalados com momentos de alegria, o desejo de “dar certo” o trabalho, a alegria de ver uma produção positiva com os usuários.

Carta escrita a equipe do CnRua:

Olá a todos, fiquei muito contente por toparem participar desta pesquisa e do trabalho a partir da escrita de vocês.

Estamos há quase um ano neste trabalho e vi muito do que fazem no dia a dia, mas este exercício é diferente porque é uma retomada daquilo que se passa no cotidiano, um resgate de experiências passadas, escrever sobre como nos sentimos hoje e isto pode nos ajudar a nos observarmos melhor. É aquele momento de sair do “piloto automático” e olharmos para ver o quê, como e quando fazemos e qual a produção disso em você, em nós e neles.

Em nosso primeiro exercício escrito, fiquei impressionado com alguns pontos que vocês trouxeram e isto me suscitou algumas dúvidas e pensamentos.

A respeito de vocês mesmos, sugiram nas cartas temas como o sentimento de impotência e felicidade que são tão distintos. Fiquei pensando em como isso atravessa o cotidiano de vocês?

O tema da morte que se convive quase cotidianamente por vezes se choca com a velocidade e demanda das coisas fazendo com que haja pouco tempo para elaborar essas perdas. Mas como ficam o corpo e a mente lidando cotidianamente com este tema? Se não passa pelo verbal, por outro lugar passa, por onde? O que isso produz em nós?

Uma frase muito forte: *“trabalhar na rua é real: sangue, lágrimas e sorrisos”*. O que isso nos diz das ruas? Como isso pode atrapalhar ou favorecer o trabalho?

Outro tema é o chamamento, tema presente desde o início do ano. Viver sob a égide do medo da demissão. Onde estaremos amanhã? Aqui no CnRua ou literalmente na rua? Qual a inquietação que isso lhe traz? Como isso afeta o trabalho? O que vocês criam para se protegerem?

Em relação aos usuários, vejo que há uma grande preocupação que as coisas funcionem e as necessidades deles sejam atendidas em afirmações como estas:

“Não fazemos apenas o que é de nossa atribuição, mas além disso, lidamos com pessoas nas quais muitas outras pessoas não os veem e nós queremos que elas sejam vistas. ”

“Fazer uma forte amizade com o paciente e ver suas necessidades sendo atendidas com ele fazendo sua parte. “ (autonomia)

“Passo de cada dia. Caso de Sucesso? ”

E gostaria de conversar a partir de algumas questões: o que implica não ser e ser visto? O que a invisibilidade social produz? O que seria um caso de sucesso? Poderíamos escrever um texto sobre ele QUEM? Através da amizade, poderíamos pensar processos terapêuticos e de produção de autonomia com os usuários? Como fazer para diminuir as distancias entre nós e os Outros (colegas e usuários)?

Quando observamos mudanças? Quando vemos um mapa? Um território? Uma rede? Como entendemos e vemos a redução de danos no trabalho como um instrumento potente de produção de cuidado?

Estes foram os primeiros pensamentos e dúvidas que surgiram após nosso primeiro exercício e eu gostaria de convidá-los a darmos continuidade e porventura escrevermos juntos sobre o que vocês fazem.

Agora eu gostaria de ouvi-los. Bora?!

Leitura e discussão da primeira carta

Iniciamos este encontro com a leitura da carta que redigi a partir dos temas elencados por eles nos textos escritos no encontro anterior.

Mara interlocutora da ONG Bom Par estava presente nesta reunião. Fiquei um pouco apreensivo se isso poderia acarretar algum problema durante a leitura da carta. As poucas vezes que eu a encontrei não percebi nenhum problema na sua relação com a equipe ou comigo, porém, pela minha experiência nas políticas públicas, sempre é imprevisível o modo gestores ocupam cargos de gestão, pois por vezes, a mesma pessoa pode ser muito parceira, por vezes ela é apenas um porta-voz dos mandos e desmandos da máquina burocrática-estatal-privada (estado e OSs) e muitas vezes, estas pessoas funcionam como atravessadores da produção de coletivos e saúde.

O enfermeiro leu a carta e ao final da leitura, a primeira reação expressa por eles foi de aplausos e em seguida, afirmaram que a carta descrevia bem o momento o que estavam vivendo.

Eles falaram que vivem a dificuldade de não saber se estarão lá no futuro e que esta incerteza lhes traz insatisfação e a sensação de eterna descontinuidade.

Deise, ATA (auxiliar técnica-administrativa), disse que sua filha uma semana antes havia perguntado para ela sobre qual seria seu projeto de vida, pois vivia na incerteza de ser demitida.

Pri, a agente de saúde que todos riem quando fala, disse que apesar destes problemas é necessário dar continuidade ao trabalho, ou seja, viver um dia após o outro. E que aqueles que começaram na ONG que administra o serviço e continuam são como sementes que foram criando raiz, tronco, galhos, folhas e frutos, ou seja, o crescimento e continuidade se dão dia após dia. Ela se descreveu como um grão de feijão que se transformou em uma árvore e mesmo sendo podada, continua crescendo. Ela está há 13 anos na ONG. Elaine demonstrou admiração pela fala da Pri, pois elas já se conhecem há algum tempo na ONG. Elaine ficou muito satisfeita ao afirmar como a Pri mudou positivamente durante estes anos.

Deise afirmou que poucos restaram desde que ela iniciou o trabalho lá e que há algo necessário para fazer as pessoas permanecerem neste tipo de trabalho, pois é muito intenso lidar com a população em situação de rua e todas as demandas presentes. Fomos conversando a respeito do que seria este algo a mais para fazer algumas pessoas continuarem e outras não.

Então, eu falei brevemente sobre o conceito de plasticidade psíquica trabalhada pelo Lancetti no livro *Contrafissura* (2015), pois é isto que no encontro entre profissionais e usuários permite uma certa “adaptação criativa” àquelas singularidades complexas que inclusive extrapolam o âmbito da saúde pública. Ou seja, como criar com pouco para um “público sedento” e ainda assim dando continuidade no trabalho em um *continuum* de tempo?

A morte, a frustração ao não alcançar algum objetivo como o PTS quando não tem algo que o paciente tem em mente são temas presentes no cotidiano deles. Eles falaram sobre um grupo de psicólogos/psicanalistas que era uma parceria entre a ONG e o CEP (Centro de Estudos Psicanalíticos) para que os profissionais pudessem trabalhar as questões do cotidiano e sofrimento relacionados ao trabalho, mas que foi cancelado porque alguns trabalhadores boicotaram dizendo que era perda de tempo, pois precisavam “bater as metas”.

Eu entendo isso de duas formas: uma que é a clássica alienação do proletariado em relação aos seus patrões, que incutem nos trabalhadores preocupações e objetivos que nunca cessam; e a outra forma é de que aquilo que é produtor de subjetividades *doentias*, ou seja, o próprio trabalho não é colocado em xeque de modo institucional, na medida em que estes grupos servem para “terapeutizar” aquele indivíduo ou grupo que sofre, mas corre o risco de não questionar a própria instituição.

Neste momento, Inácio pede a palavra e solta esta frase: “o que faz o usuário vincular é saber que eu já passei pelo que ele vive e tenho um jeito de lidar que entende ele”. Daí eu me pergunto qual seria o potencial terapêutico de uma palavra, um gesto, um olhar, o que ali, por vezes sem o usuário saber da história de Inácio permite uma conexão.

Ele falou sobre uma conversa que teve com a Elaine recentemente e que isso o ajudou bastante, não entrando em detalhes e a equipe passou a falar que as coisas ali são conversadas e isso os ajuda a crescer. Elaine falou sobre a equipe acolher os seus “pits” e todos riram.

Assim, eu perguntei para eles o que permitia isto acontecer, ou seja, isso só ocorria porque a palavra pode circular no grupo. Porém isso é uma construção, mas como ela se mantém se o grupo mudou bastante recentemente?

Eles disseram que com as mudanças chegaram neste ponto, porém não entraram tão a fundo nos detalhes.

Mas eu questionei novamente se haveria algo que já estava no grupo e se potencializou com as mudanças para a palavra poder circular mais. Ficamos em um impasse curioso que os mobilizou.

Dito isso, um pensamento: não à toa, eu escolhi realizar a pesquisa com esta equipe de consultório na rua dentre os 4 CnRua que eu visitei.

Então, eu me dei conta que o primeiro assunto que eles elegeram foi falar sobre eles mesmos, dentre vários outros temas que estavam na carta.

Porque falar da equipe primeiro?

Daí passaram a falar mais dos pacientes e esta pergunta se perdeu. Talvez ela retorne nos próximos encontros. Eu poderia hipotetizar que isso se deve ao momento mesmo que estão vivendo e como isso os afeta, devido a tantas incertezas.

Mara passou a falar sobre a peculiaridade dos usuários não serem encontrados para os retornos com a equipe, e que esta complexidade é para além da saúde, pois a rua é como a cristalização dos direitos violados ao longo de um tempo, mas a cobrança vem diretamente para o trabalhador da saúde, de modo individual através das metas.

Outro ponto debatido foi a produção de estigma nos usuários que não vão à UBS porque são atendidos na sala 14 da unidade no térreo. Esta sala que é da equipe de CnRua fica ao lado de outras salas de atendimento da UBS e denota para os outros pacientes da UBS que eles estão em situação de rua. Este é um problema que não finda quando se propõe que usuários sejam atendidos sem distinção, ao mesmo tempo que é um avanço na construção da saúde coletiva, ou podemos ver também como uma certa comodidade no modo de gestão do trabalho, pois como seria outra forma? Construir duas entradas e duas saídas na UBS?

Ao refletir sobre o que o Márcio (interlocutor da ONG) falou sobre pesquisadores irem nos serviços e só criticarem a pratica de cuidado deles, eu disse que seria mais interessante para eles e para a pesquisa que eles participassem do meu processo de escrita, ou seja, que pudéssemos reescrever o que já havia sido escrito (alguns textos do diário), escrevêssemos sobre alguns casos e alguns temas que emergiram no encontro.

Eles gostaram muito da proposta e iremos realizar nas próximas reuniões.

Segunda carta escrita à equipe de CnRua

Olá pessoal, eu fiquei muito contente pela reação de vocês e discussão que tivemos no último encontro. Eu percebi que vocês se sentiram contemplados na leitura daquilo mesmo que vocês escreveram na carta e durante a nossa discussão.

Quando eu iniciei esta pesquisa, visitei os 4 CnRua da Região Sudeste e aos poucos eu fui me aproximando mais deste CnRua porque havia mais abertura por parte de vocês e os convites para participar do cotidiano do serviço foram sendo realizados e com isto fomos nos conhecendo mais e constituindo esta parceria.

E não à toa, esta abertura ao outro se confirma na própria discussão que tecemos na semana passada em que pudemos observar como a palavra circula no grupo de vocês, ainda

que tenham problemas ou conflitos, mas eles são passíveis de serem discutidos ao contrário de grupos que simplesmente cindem.

Eu vejo o potencial terapêutico de uma palavra não apenas para os usuários, mas dentro da própria equipe e o estabelecimento de vínculo que é facilitado na medida em que aquilo que o outro vive já fez ou faz parte do meu cotidiano.

E diante da complexidade de cada caso que vocês atendem, as perguntas que me vieram foram: como tudo isso é transmitido para os usuários? Como se dão as relações?

O encontro entre vocês e os usuários também é singular na medida em que vocês e eles são muitos. O que eu quero dizer com tudo isto é que cada encontro que vocês tiveram com o mesmo usuário, pode demonstrar uma particularidade não compartilhada por todos daquele mesmo caso.

E em seguida, me interrogo sobre o que cada caso teria a falar de vocês mesmos, sobre o modo de vida contemporâneo, sobre a produção do cuidado, a rede, o território, etc.

Deste modo, seguindo a proposta combinada no encontro anterior, eu gostaria de pedir para vocês que escrevessem sobre o caso do Leonardo. Cada um escreva o que viu, o que ouviu, o que imaginou, o que sentiu e com isto, construam uma história para daí podermos conversar sobre.

Vamos trabalhar?

Leitura da segunda carta e escritos sobre Leonardo

Neste dia, apresentei a carta à equipe de CnRua durante a reunião. Em seguida, eles escreveram pequenos textos sobre o Leonardo.

Alguns profissionais haviam chegado recentemente na equipe transferidos de outras unidades. Caso do Marcos, auxiliar de enfermagem, do Mateus, agente social, e da Aline, agente de saúde, ocupando lugar, respectivamente, da Elisa, do Arnaldo e do Renan. Para eles, pedi que escrevessem sobre o primeiro exercício que consistia em escrever sobre como é trabalhar na rua hoje.

Eles escreveram sobre os desafios de se trabalhar com a população em situação de rua como *“levar algo a quem não tem ou até mesmo ache que não tem direito, mostrando para aqueles que estão em vulnerabilidade os seus direitos como cidadãos, o respeito e a dignidade”*, fazendo a ponte entre o usuário e os serviços; o processo de escuta e aprendizado dos dois lados, a necessária *“mudança do olhar”* ao longo do processo de trabalho para lidar com

as especificidades desta população e a consequente quebra de preconceitos a respeito deste público pelos profissionais que mostra uma contaminação de ambos os lados, permitindo a produção de conexões entre eles.

Em relação aos textos produzidos sobre o caso do Leonardo, foi patente nos relatos a descrição dele como “*um bichinho assustado que vivia em seu mundo*”, com dificuldade de expressar seu sofrimento, “*pouco comunicativo, incompreendido, hiperativo*”.

Sobre sua higiene, eles o descreveram como uma pessoa que “*não tomava banho, usava as mesmas roupas, comia restos de comida do lixo do próprio centro de acolhida e dormia no chão*”.

Um dos relatos descreve uma cena na qual ele foi acompanhado no primeiro atendimento no CAPS adulto. Chegando lá, ele ficou ansioso e passou a apresentar comportamentos sexualizados como abrir as embalagens dos preservativos disponibilizados neste serviço e tirar a roupa para se masturbar. A equipe do CAPS o retirou das atividades do dia (acolhimento e ambiência²⁸), agendaram atendimento com o psiquiatra do serviço para ele e o dispensaram. Não houve relatos sobre seu retorno ao CAPS.

Em outro relato, Leonardo foi descrito como alguém que parecia “*feliz em alguns momentos*”, e que saiu para, “*pois ali parecia ser limitado para ele*”.

Encontro com Inácio – redes no infinito!

Inácio havia sido transferido do CnRua Belém para o CnRua da Sé. Como ele era o agente de saúde de referência do centro de acolhida Vivenda, pedi para que ele redigisse um texto sobre o Leonardo e fui ao encontro dele na praça da Sé para que ele me entregasse a carta.

Conversamos um pouco sobre a sua mudança de território e ele disse que no centro é mais organizado, sabe melhor como as coisas funcionam. No entanto, a demanda é maior devido a maior circulação de usuários no centro e a rotatividade deles no território. Eu agradei pela carta e nos despedimos. Inácio ficou muito contente por eu ter o procurado, um sentimento de valorização do seu trabalho.

²⁸ “A Política Nacional de Humanização tem como uma de suas diretrizes a valorização da ambiência, com organização de espaços saudáveis e acolhedores de trabalho. Baseada na idéia de transversalidade e indissociabilidade da atenção e gestão, de projetos co-geridos de ambiência como um dispositivo, para contribuir na mudança das relações de trabalho”. Disponível em: <http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/dicas/170_ambiencia.html>.

Estive a pensar com esta onda de transferências entre os serviços e o contato que fiz com ele como algo de uma rede que não se restringe apenas ao território do Belém, mas que todos possuem uma espécie de multiplicidade de redes existenciais que vão para além do espaço físico e territorial²⁹.

Na carta que Inácio me entregou, ele relatou que em uma ocasião, durante a oficina de futebol realizada na Fábrica de Cultura no bairro do Belém, ao ser questionado por Leonardo sobre com quem vivia, e contar sua história pessoal, Leonardo ficou inquieto e saiu correndo com a bola do jogo.

Aos poucos, com persistência, Leonardo permitia pequenas aberturas no diálogo, falou um pouco sobre sua história, demonstrou vontade e após Inácio convidá-lo, ele passou a participar do jogo.

Inácio afirmou que tomou um certo tempo, mas conseguiu estabelecer conexão com Leonardo e lentamente o garoto foi contando algumas coisas de sua vida pessoal. Inácio conseguiu isso estimulando Leonardo a conversar e contando um pouco de sua própria história, mas essa conexão se deu de modo muito incipiente.

Nova proposta

Ao ler os textos, eu pensei que seria interessante discutirmos o caso a partir de uma carta que sintetizava o que eles haviam escrito e o que eu havia presenciado durante o acompanhamento do caso para que pudéssemos aprofundar um pouco mais o percurso de Leonardo na rede.

Leonardo – Centro de acolhida Vivenda

Conheci o Leonardo em novembro de 2017, no centro de acolhida (CA) Vivenda.

Cabisbaixo, ele não olhava diretamente nos olhos das pessoas, por vezes dava risada sem motivo, sempre em seu mundo próprio, e só verbalizava algo para as pessoas quando queria alguma coisa como utilizar o celular da assistente social deste centro de acolhida.

²⁹ MERHY, Emerson Elias. et al. Redes Vivas: multiplicidades girando as existências, sinais da rua. Implicações para a produção do cuidado e a produção do conhecimento em saúde. *Revista Divulgação em Saúde para Debate*, Rio de Janeiro, n. 52, p. 153-164, 2014.

Neste primeiro encontro, eu estava com a enfermeira do CnRua. Ela sugeriu que realizássemos alguns atendimentos em conjunto. Quando fomos conversar com Leonardo, ele ficava o tempo todo fazendo nós em linhas de sua blusa e olhando para baixo. A enfermeira perguntou sobre como ele se sentia, sua origem, família, e quase nada ele respondia.

Ela perguntou em voz baixa para mim se ele era autista, como se Leonardo não estivesse ali. Algo estranho para quem está sendo atendido, na medida em que se fala dele através de termos técnicos como se uma parede de vidro fosse construída entre nós e ele.

Os profissionais deste CA afirmaram que ele havia entrado na casa há pouco tempo e se vinculado rapidamente com o espaço, pois saía para pegar bitucas de cigarro na rua e retornava imediatamente. Houve uma situação em que a casa passou por dedetização e ele perguntou de modo triste se deveria sair de lá, pois pensava que o CA seria desmontado.

Leonardo estabeleceu certa conexão com Silva, outro acolhido, que cuidava de Leonardo sempre falando para os profissionais algo a respeito dele, como estar agasalhado no frio, se havia comido ou tomado banho.

Certa vez, o pai de Leonardo foi ao centro de acolhida, mas a mãe não foi, não se sabe o motivo. O pai disse que Leonardo saiu de casa quando era criança, ele e o irmão foram recebidos em um abrigo, e lá permaneceram até a pré-adolescência, quando então Leonardo evadiu deste abrigo, ficando em situação de rua e passando a fazer uso de drogas. O pai disse que ele utilizava maconha e possivelmente crack.

Houve uma situação em que ele foi medicado pelo clínico do CnRua com medicação psiquiátrica. No primeiro dia, após ingerir esta medicação, ele passou a apresentar comportamentos um pouco agressivos como empurrar os outros moradores pelos corredores do CA. A medicação foi suspensa e a agressividade cessou. Porém, ficou uma dúvida se esta medicação teria o poder de alterar seu comportamento já no primeiro dia.

Quando os trabalhadores do CA pediam a ele para fazer algum desenho, Leonardo sempre desenhava pênis, porém não os terminava, amassava os papéis e jogava no lixo. Do que isso falaria?

Ele expressava um forte conteúdo sexual através destes símbolos e também via comportamento. Houve uma situação no CAPS adulto em que, ao apresentar para o acolhimento acompanhado pela auxiliar de enfermagem do CnRua, ele passou a se masturbar em público e os profissionais do CAPS desmarcaram as atividades das quais ele iria participar e agendaram consulta com o psiquiatra para que fosse avaliado.

Leonardo foi avaliado pelo clínico do CnRua, pelo psiquiatra da UBS de outro território, pelo neurologista do AME e passou pela APD. Qual foi o prognóstico na APD?

Há perguntas que ficam sem resposta: em que momentos ele realizava movimentos de aproximação ou distanciamento? Em que momentos verbalizava algo que fosse de sua história ou algum desejo que demonstrasse a constituição de um sujeito? Além do celular, o que mais ele gostava que permitisse uma entrada em seu mundo?

Inácio, agente de saúde do CnRua, disse que em uma ocasião, durante a oficina de futebol realizada na Fábrica de Cultura, ao ser indagado por Leonardo sobre com quem vivia, e contar sua história pessoal, Leonardo ficou inquieto e saiu correndo com a bola do jogo.

Isto aconteceu durante a oficina de futebol. Aos poucos, com persistência, Leonardo permitia pequenas aberturas no diálogo, falou um pouco sobre sua história, demonstrou vontade e jogou bem futebol.

Inácio afirmou que tomou um certo tempo, mas conseguiu estabelecer conexão com ele, e lentamente o garoto foi contando algumas coisas de sua vida. Inácio conseguiu isso estimulando Leonardo a conversar e contando um pouco de sua própria história, mas essa conexão se deu de modo muito incipiente.

A equipe, em relatos escritos a partir do exercício que estamos construindo, afirmou que Leonardo era “*complexo, disperso, pouco comunicativo, hiperativo e ansioso*”. Porém, algo patente na maioria dos relatos era que ele parecia um “*bichinho assustado, incompreendido, e que ficava em seu mundo, em outra realidade, no mundo da imaginação*”.

Outra questão que se repetia era uma busca pelo diagnóstico que não foi definido, mesmo Leonardo sendo avaliado por diversos profissionais. Ao final, ele evadiu da rede sem este diagnóstico. Mas do que um diagnóstico falaria ou em que o diagnóstico poderia mudar no percurso que ele fez na rede ao longo de 8 meses?

Talvez o diagnóstico nos conforme naquilo que é desconhecido, mas, em um caso complexo como este, talvez só tivéssemos algum diagnóstico se ele fosse acompanhado por mais tempo em um destes serviços, realizando atividades e criando conexão com os profissionais e usuários. Porém, na medida em que não se tem um diagnóstico, é possível criar situações como as construídas com ele por Inácio, de modo que Leonardo pudesse se sentir seguro e conectar-se a algo ou alguém que servisse como um dispositivo de subjetivação na direção de fornecer-lhe elementos para a constituição de um desejo.

Leitura e discussão da carta sobre Leonardo

Neste dia, eu perguntei se poderíamos ler a carta que eu havia redigido para que pudessemos aprofundar a discussão sobre o percurso de Leonardo na rede.

A equipe aceitou e após a leitura, discutimos que o percurso de Leonardo foi iniciado antes de ele chegar no território desse CnRua, pois Elaine o conheceu em um centro de acolhida de outro território no qual ela trabalhava antes de ser transferida.

Elaine comentou que ao conhecer o Leonardo, percebeu que ele era muito “*arredio e agitado*”, mas ainda assim respeitava o agente de saúde Nilton e ela, e interagia quando gostaria de pedir alguma coisa como doces, por exemplo.

Quando Elaine foi transferida para o Belém, ela o reencontrou no Centro de Acolhida Vivenda e percebeu uma grande mudança nele, pois estava mais “*receptivo*”, abriu-se um pouco mais para a comunicação com os pares e profissionais, inclusive melhorando a sua higiene, “*pois antes ele não tomava banho, usava as mesmas roupas mesmo com a equipe disponibilizando novas roupas, comia restos de comida do lixo do próprio centro de acolhida e dormia no chão, ainda que tivesse sua própria cama no centro de acolhida*”.

Eu perguntei para eles o que achavam que poderia ter facilitado essas mudanças em 4 meses, mas eles não souberam responder.

Lara, psicóloga do CnRua, afirmou que nos atendimentos ele tinha uma boa comunicação através do celular, escrevia algumas coisas para responder as perguntas dos profissionais.

Sobre a família dele, Leonardo ficava muito incomodado quando perguntavam sobre o irmão dele. Parecia sentir saudades e como se algo houvesse ocorrido com o irmão, mas que não poderia ser verbalizado.

Segundo Pri, agente de saúde, a equipe do CA percebeu que o pai não tinha relação de afetividade com o ele e que todos na família eram usuários de substâncias psicoativas.

No entanto, em relação ao uso de drogas na família, a equipe divergiu de Priela pois disseram que o pai dele aparentava estar organizado quando foi no centro de acolhida Vivenda.

No entanto, afirmaram que o pai não demonstrava nenhuma afetividade por Leonardo quando estavam próximos.

Elaine relatou que um conselheiro tutelar havia declarado que a mãe de Leonardo solicitou ajuda a eles quando Leonardo era criança, mas não especificou o motivo.

Leonardo passou a ficar em situação de rua por volta dos 10 anos por problemas na escola e daí passou a fazer uso de drogas, segundo o pai.

Sobre o seu percurso na rede, Leonardo foi avaliado pelo psiquiatra da UBS Pari que lhe “*deu alta*” porque segundo a avaliação dele, o caso seria neurológico e não psiquiátrico.

O acompanhante terapêutico do programa acompanhante da pessoa com deficiência³⁰ (APD) que era referência do Silva (outro usuário do CA Vivenda) realizou uma visita no centro de acolhida e também disse que Leonardo não seria caso deste serviço.

A equipe afirmou que Leonardo foi avaliado pela neurologista do ambulatório de Especialidades (AME) da Mooca e o resultado dos seus exames eram positivos, como se não houvesse nenhum problema neurológico com ele. Porém, como vários exames requisitados por este AME ao mesmo laboratório tinham este mesmo resultado, a neurologista solicitou a repetição destes procedimentos.

Porém, Leonardo foi encaminhado para o mesmo local com o objetivo de realizar os mesmos exames. Daí ele não foi levado para este local porque a neurologista não iria aceitar os resultados. Então, ela o encaminhou para a realização de atividades de reabilitação que deveriam ser construídas através do projeto terapêutico singular (PTS) com o núcleo de apoio a saúde da família (NASF), mas ele evadiu da rede do Belém antes que se desse esta construção.

O CnRua acordou com a equipe do Centro de Acolhida Vivenda algumas atividades para ele realizar, tais como: inserção dele na escola porque ele sabia ler e escrever, mas que deveriam trabalhar a socialização dele através da relação dele com o Silva (outro acolhido no CA) e Neuza (assistente social deste CA); retomar a articulação com a rede como o CAPS e nas reuniões mensais de microterritório.

A equipe relatou o desgaste na relação com a coordenadora do CA Vivenda devido ao comportamento dele e as proposições realizadas pela equipe, pois isso fazia com que a equipe deste CA se mobilizasse de uma maneira diferente do cotidiano, ou seja, eles precisariam também se implicar neste processo para efetivar estas proposições. No entanto, antes destas intervenções se efetivarem, Leonardo evadiu da rede.

Antônio afirmou que Leonardo deu muito trabalho para a casa por conflitos com os outros usuários devido ao comportamento dele rebelde e agressivo, e que a própria casa queria que ele fosse embora.

³⁰ Programa municipal de acompanhamento da pessoa com deficiência.

Para encerrarmos a discussão, pois estávamos no final da reunião, conversamos um pouco o fato da escolha do caso do Leonardo, pois justamente por não ter sido um caso exitoso, seu itinerário na rede com toda a sua complexidade mobilizou e desvelou o funcionamento do conjunto dos serviços com toda a sua fragmentação, dificuldade em acessar o paciente quando não há abertura devido ao modo como ele se apresentava, potência nos combinados e dificuldade em estabelecer rede ou o usuário circular por ela devido as diferenças de funcionamento de cada serviço que não estão alinhados entre si em termos de fluxo e acompanhamento.

Eles concordaram com a importância da discussão que havia sido realizada e em seguida, finalizamos o encontro.

Os primeiros conflitos em público.

Era uma segunda-feira e fui para a UBS para participar da reunião de equipe. Meu objetivo era discutir com eles a percepção que tive ao longo dos exercícios realizados de que estavam se desestimulando gradativamente, encontro após encontro, ao contrário do primeiro exercício, em que pareciam empolgados em construir juntos a atividade proposta.

Eu cheguei um pouco atrasado na reunião. Lá estava a maior parte da equipe reunida e havia uma discussão acirrada em voz alta entre Pri, agente de saúde, e Deise, do administrativo.

Durante a discussão, Pri disse que Deise havia chamado sua atenção na frente dos outros profissionais da UBS, e por isso havia respondido de modo inadequado, e seguiu falando que Deise era autoritária e sempre cobrava coisas para além do necessário. Pri ainda ressaltou que o ocorrido poderia comprometer o vínculo que a equipe do CnRua vinha estabelecendo com a equipe da UBS. Já Deise respondeu que Pri era inadequada em determinadas situações e precisava prestar mais atenção nos combinados e no que era dito em reunião e mesmo na frente dos profissionais da UBS. Os demais integrantes da equipe apenas assistiam. Em seguida, Pri continuou reiterando as questões levantadas por ela, porém já em outro tom, fazendo também uma auto-análise dizendo que iria prestar mais atenção e pedindo desculpas para Deise, a qual também o fez ao pedir desculpas e dizendo que havia ficado irritada com o episódio, mas que ao conversarem precisava esclarecer o que havia ocorrido. Desculpas aceitas, elas encerraram a discussão e pediram para Antônio dar continuidade a reunião.

Antônio, enfermeiro, logo em seguida, deu instruções para a equipe vindas da Mara, interlocutoras da ONG que administra o CnRua. Estas instruções, ou melhor, chamado, foram feitas em decorrência do que elas observaram nas reuniões em que participaram.

Antônio falou a respeito do uso do celular pela equipe durante as reuniões, algo que não deveria acontecer, e da importância de sentarem-se todos em roda, ao redor da mesa, pois alguns se colocam no canto da sala realizando a produção (mensuração dos dados de trabalho entregue mensalmente), e de todos se colocarem nas reuniões a respeito dos temas debatidos, para qualificar as discussões. Percebi um silêncio de desconforto com estas orientações.

Em seguida, anunciaram a chegada de novos agentes de saúde e um médico, na semana seguinte, para preencher o posto deixado por Beatriz, que para minha surpresa havia pedido demissão duas semanas antes, pois havia sido aprovada em um processo seletivo para o Programa Saúde da Família, em outro território.

Antônio pediu para que todos se implicassem na recepção dos novos trabalhadores no que concerne à apresentação do território, a tabulação dos dados quantitativos, cadastro dos pacientes, número de centros de acolhida, etc. Inclusive, pediram-me para ir na reunião seguinte para conhecer os novos profissionais. Além disso, a equipe de outro CnRua próximo a eles iria participar da reunião para discutir o caso do Sr. Clodoaldo, que tem diagnóstico de esquizofrenia, é agressivo com os profissionais e, naquele momento, encontrava-se neste outro território. Porém, como antes ele era atendido pela equipe do Antônio, foi necessário agendar este encontro para eles partilharem a produção do cuidado ao paciente.

Após esta notícia, Renata, agente social, anunciou o retorno de César em duas semanas, o que deixou todos aliviados e felizes. Mas houve uma preocupação com as roupas e pertences dele que haviam ficado no centro de acolhida do Boracéia, pois não sabiam se a equipe tinha guardado.

Após este anúncio, Antônio perguntou se eu gostaria de falar alguma coisa em relação ao trabalho que estávamos construindo e como havia ainda uma certa tensão no clima na equipe e pelo tempo escasso, eu respondi que a fala da Mara ia de encontro ao que eu iria levar naquele dia, mas que preferia conversar na reunião seguinte. Deste modo, encerramos a reunião, me despedi deles e fui embora.

A discussão entre Pri e Deise evidenciou alguns conflitos instalados na equipe, mas que não haviam aparecido até então de forma clara, permanecendo encobertos ou nas entrelinhas de alguns comentários que os integrantes da equipe faziam, vez ou outra. Na mesma

direção, por mais que se tente escamotear a tensão, ela escapa e fica evidente sincronicamente na minha percepção e nas ponderações da Mara. Alguns destes conflitos são frutos da própria organização burocrática na saúde pública, como o fato de a equipe de CnRua ser administrada por uma organização social que não é a mesma que gere a UBS, pois isso acaba trazendo problemas no modo como as duas equipes se relacionam, como quando o enfermeiro e as auxiliares de enfermagem precisavam direcionar 30% de sua carga horária para atender os pacientes da UBS como contrapartida por estarem utilizando o espaço da unidade ou por utilizarem salas que seriam usadas pelos profissionais da UBS, ou quando a equipe de CnRua necessitava de algum atendimento da UBS para os seus pacientes ou até mesmo quando os pacientes do CnRua “causavam” na UBS, justamente por serem aqueles mais comprometidos por estarem em situação de rua e por vezes serem acometidos por algum transtorno mental.

Tecendo Redes

Nesse dia, participei da reunião de equipe, que contou com a participação do até então recém-contratado médico de família, Cristóvão, e de um novo agente de saúde, João. Além disso, o médico Paulo e o enfermeiro do CnRua, Rogério, do distrito próximo ao CnRua acompanhado nesta pesquisa foram a esta reunião para discutir o caso do senhor Clodoaldo, um paciente que é muito agressivo, diagnosticado com esquizofrenia e que reluta em tomar a medicação (Haloperidol) para esse tipo de transtorno.

Todos se apresentaram, e, na minha vez, Elaine me apresentou como “olheiro” e Lara, como forma de corrigir, me apresentou como parceiro.

Seguindo a reunião, as duas equipes discutiram alguns procedimentos no sentido de estabelecer vínculo e aproximação com Clodoaldo, a fim de persuadi-lo a tomar a medicação. Além disso, Clodoaldo circula muito pelos bairros da região e como naquele momento ele estava em um território vizinho ao CnRua acompanhado por mim, alguns procedimentos seriam realizados de modo que este CnRua fosse o “guarda-chuva”, ou seja, o núcleo norteador do cuidado, enquanto a equipe do Rogério, naquele momento, seria a produtora do cuidado. Eles viram no prontuário do paciente que ele não tomava a medicação desde abril. Antônio disse que o ex-agente social, Marlos, acompanhava Clodoaldo do centro de acolhida até a UBS e iam conversando sobre vários assuntos da vida do sr. Clodoaldo, dentre eles o de que a medicação seria uma vitamina para ele poder transar com as mulheres.

Clodoaldo sempre tomava a medicação muito contente após a intervenção do Marlos. Porém, após a saída do agente da unidade, ele passou a se distanciar da equipe do Antônio.

Rogério, enfermeiro, relatou uma situação em que negociaram com Clodoaldo, dentro da Kombi no CnRua, o uso da medicação, em troca de ele ir para o centro de acolhida. Clodoaldo relutou bastante, mas acabou aceitando após algumas horas de negociação.

Falaram ainda sobre um episódio em que ele causou um problema na UBS e que tanto as enfermeiras da unidade quanto os moradores do bairro queriam agredi-lo.

Rogério contou que em certa ocasião falou para Clodoaldo que se ele quisesse desorganizar o pensamento que não tomasse o remédio e usasse drogas, mas se ele quisesse organizar o pensamento precisava tomar o remédio, e trabalharam no sentido de dar direito à escolha do paciente.

Em seguida, eles realizaram alguns combinados no sentido da equipe do Antônio acompanhar a equipe do Rogério e irem tecendo acordos e vendo como Clodoaldo seguirá sua trajetória na rede.

Os combinados realizados entre as duas equipes seriam uma ótima oportunidade de desenvolver o que designamos, no capítulo anterior, de CnRua atuando como uma extituição (LISBOA, 2013), na medida em que poderiam construir e tecer a rede atuando como guarda-chuva, e não necessariamente atuando diretamente no cuidado ao usuário. No entanto, a esta altura, eu já estava encerrando o campo e não pude acompanhar o desenvolvimento deste trabalho.

Nessa narrativa, alguns pontos me chamam atenção, como o fato de ter sido nomeado como “olheiro”; dúvidas emergiram quanto ao tipo de conexão que havíamos produzido, se minha presença os incomodava e como isso poderia ter afetado a aproximação e até mesmo o meu olhar.

Outro aspecto importante é que, na discussão de equipe, manejos e negociações que surtem efeito são importantes e são efetivados, mas muito pouco aparece do próprio sujeito, aquilo que poderíamos identificar como um ponto de singularidade, em que poderíamos nos ancorar para produzir saúde junto a ele, possibilidade que fica ainda mais distante com a saída do agente social Marlos.

Fizemos uma breve pausa e retomamos a reunião com o espaço aberto para eu apresentar uma proposta para trabalharmos em conjunto.

Assim, como exposto nos diários anteriores, eu expus a sensação que eu vinha tendo ao percebê-los em um certo desestímulo em participar da construção conjunta das atividades propostas ao longo dos últimos encontros.

Eu disse que nas primeiras dinâmicas de produção escrita coletiva, eles pareciam empolgados, como no exposto da primeira carta na qual se sentiram reconhecidos no que concerne às suas dificuldades e conquistas, inclusive batendo palmas no encerramento da leitura. Pontuei que nos encontros seguintes eles pareciam desestimulados e que a ideia da participação deles era que pudessem mostrar o que fazem, construindo de modo coletivo a partir das diferentes visões de cada integrante da equipe. Essa pontuação foi de encontro ao que Mara havia apontado para Antônio a respeito da participação durante as reuniões em que dispersavam ou não participavam ativamente dos encontros.

Antônio disse que há um cansaço na equipe e que um analisador é quando os profissionais começam a se afastar por afastamento médico. Além disto, as mudanças na equipe, mandos e desmandos da gestão da prefeitura e ONG, a constante ameaça de perda do contrato de administração do contrato de gestão pela ONG e consequentemente possibilidade de desmonte da equipe acabam por desestimulá-los. Neste momento, eles disseram algo que eu não havia percebido em relação à recaída de César. Dentre outros aspectos, o pronunciamento do corte de agentes de saúde desestimulou César em relação ao projeto que ele vinha construindo.

Ele estava guardando dinheiro para alugar um quarto em uma pensão e sair do centro de acolhida em que se hospedava na região central da cidade. Somado a outros fatores, esta notícia produziu em César uma sensação de não continuidade e já que havia a possibilidade de demissão, imediatamente ele gastou o dinheiro na recaída com drogas.

Esta notícia não se confirmou e este é um movimento recorrente desde o início do ano. Eles vivem sob ameaça de demissões, cortes ou mudanças de gestão da ONG, notícias estas pronunciadas pelos gestores, mas que nunca se confirmam e isto é um desestímulo na possibilidade de se verem trabalhando no futuro e criarem projetos pessoais.

Construções e (im)permanências

Além disto, Antônio falou sobre a percepção de que os agentes de saúde, quando entram no serviço, ficam empolgados, fazendo uma comparação com um relacionamento, em que no início há paixão e depois esfria. No caso, ele trouxe que esta mudança ocorre passado um mês, quando então os agentes se tornam pouco a pouco menos interessados no trabalho.

Alguns integrantes da equipe trouxeram também o descontentamento com o governo eleito, o qual provavelmente irá realizar muitas mudanças no plano da gestão, e temem como isso poderá repercutir no cotidiano de trabalho.

Então perguntei a eles *o que fica no lugar quando a paixão se esvai?*

E segui falando que a possibilidade da construção de uma relação se dá quando é mais calcada no cotidiano, na construção do amor, dos afetos e dos encontros que são tecidos dia a dia, ou seja, a importância disso é a construção de uma regularidade na relação com o outro, seja nos relacionamentos pessoais, com os usuários, seja com os integrantes da equipe, e consigo mesmo.

Nas cartas, havia algo desse tipo, na medida em que nelas se fazia presente um “eu aprendo com eles e eles aprendem comigo”. Entrei neste trabalho com um determinado pensamento sobre esta população e, no encontro, percebi que isso era um preconceito, que foi sendo desmanchado com o passar do tempo, e desse modo uma outra produção de cuidado é realizada. A minha entrada no campo se deu nos 4 CnRua da coordenadoria Sudeste, e com o tempo, fui me aproximando mais da equipe deles, optando em realizar o campo no território deles. Além disto, para além da paixão, também é necessário que o trabalho tenha sentido.

Eles demonstraram um momento de reflexão e, logo em seguida, o novo agente de saúde, Sr. João, falou que “o divisor de águas é o primeiro pagamento”, porque é quando a pessoa irá mostrar como vai se organizar.

Trouxeram como exemplo o César e o modo como ele se apresentou para a equipe, com disposição, questionando o funcionamento das coisas e criando uma relação afetiva com a equipe. Outros exemplos foram o Arnaldo e o Inácio como apoio ao assistente social e enfermeiro, e como eram bem organizados e aprendiam rápido os seus próprios afazeres.

Elaine comparou o modo como César a recebeu em visita realizada ao Pínel, onde ele estava internado, com um abraço e de modo afetivo. Muito diferente da postura que ele vinha manifestando com as técnicas da internação e atribuiu isso a ele se situar como paciente deste lugar e não como agente.

Eles criticaram a parceria entre a ONG que administra o CnRua e o banco Itaú que fornece um crédito automático no valor de R\$10.000,00 logo no início do trabalho e isso, para quem não consegue se organizar, tem um resultado muito negativo, porque estimula o agente a se desorganizar mais ainda e, com isso, alguns perdem o emprego logo nos primeiros meses (além de contraírem uma dívida que não têm meios para quitar). A respeito disto, discutimos dentre alguns aspectos dos usuários de drogas, a relação que estabelecem com as drogas em que não conseguem tecer uma economia da substância, como utilizar um pouco e guardar o restante para o dia seguinte, o que seria algo a ser construído gradualmente com a utilização da estratégia da redução de danos.

Conversamos sobre o acompanhamento contínuo realizado pelos técnicos após o ingresso no trabalho, para que possam ter auxílio em sua organização de vida e alterações no plano e perspectiva de projeto de vida. Além disso, eles realizam uma formação, quando são aprovados em processo seletivo, sobre redução de danos, saúde e a história da ONG que administra o serviço. Para atingir estes outros planos de organização na vida é necessário um tempo, que seria o próprio tempo do cuidado entre os próprios trabalhadores.

Em seguida, discutimos o movimento recente, visto que estávamos no período das eleições presidenciais de 2018, denominado “ViraVoto”, através do qual as pessoas estavam estabelecendo relações nos espaços públicos para discutir política, se olharem e perceberem as relações que vinham estabelecendo no meio social. Um movimento que trouxe para a cena pública algo que não se via há algum tempo de modo espontâneo que seria uma reconfiguração das relações em um momento de tensão e sensibilidades inflamadas pelo modo como vinham se dando as discussões. Ou seja, vida do trabalho deles e vida social estavam intrinsecamente conectadas e seria necessário um olhar para a atual conjuntura política e social para observarmos como estes aspectos criavam atravessamentos no cotidiano deles.

A discussão

Já havia um murmurinho entre o enfermeiro e um dos agentes sociais no termino da nossa discussão e ao encerrarmos o encontro, a assistente social, Elaine, pediu para Antônio falar sobre o que estavam conversando e ele falou sobre a necessidade de refazer o cadastro de uma usuária que havia sido descadastrada por ter sido contratada pela ONG para trabalhar em um centro de acolhida administrada por esta instituição.

Elaine questionou Antônio dizendo que eles não poderiam fazer isso porque a usuária saiu do centro de acolhida e estava morando em uma residência e por isto, deveria ser cadastrada pelo Programa Saúde da Família da UBS. Antônio retrucou que este pedido foi feito pela presidente da ONG e a partir daí, eclodiu uma discussão entre ele, Elaine e Lara, psicóloga do CnRua.

Curioso a discussão vir à tona com toda esta intensidade logo após discutirmos sobre sensibilidades inflamadas e relações estremecidas por toda a conjuntura política e social.

Eles passaram a trocar acusações, pois Elaine disse que Antônio passou por cima dela ao exigir que o agente social fizesse o cadastro da usuária sem consultá-la porque em teoria os agentes sociais responderiam apenas a ela enquanto os agentes de saúde responderiam a ele. Neste mesmo sentido, ele a questionou por outras situações em que ela demandou dos agentes de saúde tarefas sem consultá-lo. Então, eu me perguntei quem responderia à psicóloga ou com quem ela poderia contar no dia a dia do trabalho, visto que as demandas são muito dinâmicas e tudo muda a todo instante e nem todos os dias os três técnicos estão na unidade para realizar decisões. Além disto, os três técnicos, bem como o médico, teoricamente teriam o mesmo poder em relação aos agentes sociais e de saúde. Não foi possível entrar na discussão porque os três estavam com os ânimos arrefecidos e Antônio pediu para que todos saíssem da sala de reunião para os três discutirem e ao fecharmos a porta apenas foi possível ouvir uma gritaria.

Eu fui para a estação de metrô acompanhado por Deise, administrativo e o auxiliar de enfermagem, Marcos.

Deise disse que o que era para ser “um arroto tornou-se um vômito”, pois havia muita coisa na garganta de todos e com o passar do tempo, a relação entre os três vinha se tornando difícil por conta das questões relatadas anteriormente. Conversamos um pouco mais sobre estes aspectos e depois nos despedimos.

Eu gostaria de tocar em dois aspectos, o primeiro é a discussão entre os técnicos inserindo-a no contexto ampliado do funcionamento do serviço, da gestão e da proposta realizada neste capítulo com a confecção coletiva dos textos e discussões, o outro aspecto é o empréstimo no banco e a capacitação para novos funcionários. Detendo-me no segundo aspecto, considero importante olhar com mais atenção porque poderíamos afirmar que não se trata do empréstimo como um problema ou da formação em si, mas aqui o complicador é o próprio tempo em que se dão as coisas. Pois se antes da contratação estes agentes de saúde es-

tavam em uma condição de situação de rua e/ou albergados, seria necessário um tempo de assimilação deste novo papel, organização e desenvolvimento da habilidade em produzir cuidado no papel de agentes, e, mais do que isso, a assimilação da mudança de papel de usuário do serviço para profissional da saúde, e isso leva tempo, pois é necessária uma outra relação com as próprias pessoas, apropriação do território, da rede etc. E o que temos visto é que do modo como se dão as relações, o tempo necessário para estas assimilações se esvai sem que o devido preparo seja realizado resultando nos atravessamentos vistos anteriormente.

Uma proposta para a equipe de CnRua

Essa reunião do CnRua contou com a participação da interlocutora da ONG, Mara.

Ela reiterou algumas mudanças programadas para 2019 e requisitou a presença da equipe na sede da ONG, para que fossem apresentadas essas mudanças. Algumas seriam no modo de apresentação e organização da produção pelos técnicos e agentes de saúde. Antônio pediu para que Mara lesse para a equipe o caderno norteador produzido pela Prefeitura na parte sobre a descrição do cargo de agente social e suas atribuições, pois ele percebia que as pessoas não queriam que os agentes sociais realizassem cadastros de novos usuários com a premissa de que isto não seria atribuição deles.

Quando eu li o caderno, percebi que não há esta atribuição para o agente social, mas Mara não entrou no mérito. Notei que a questão levantada por Antônio é fruto do desentendimento que ele teve com Lara e Elaine. Uma vez que Elaine e Antônio questionaram um ao outro sobre não consultarem um ao outro a respeito de delegar afazeres para os agentes sociais e de saúde.

Lara me apresentou aos novos agentes de saúde, Fernando e Mateus, e César, que retornou recentemente de sua internação.

Mara reiterou a necessidade de os novos agentes de saúde serem acompanhados pelos técnicos até se apropriarem do trabalho. Além disso, fez uma crítica à equipe e aos agentes de saúde, dizendo que eles não conheciam o território, pois não estavam apropriados tanto dos elementos que compõem cada território como os serviços quanto da própria geografia em relação as ruas, avenidas e localização da população em situação de rua.

Por conta disso, ela levou um mapa do território deste CnRua dividido por cores, e pediu para que cada um, na reunião seguinte, apresentasse seu território do modo que quisesse,

através de vídeo, fotos ou mesmo de uma descrição por escrito, e que apresentassem aquilo que entendiam por território.

Em seguida, ela leu o caderno norteador onde estava escrito que o agente de saúde deveria fazer o reconhecimento do “território na concepção de espaço vivo” (SÃO PAULO, 2016, p.40) verificando os locais de concentração das pessoas em situação de rua, suas potencialidades e dinâmica.

Perguntei para Mara o que seria essa concepção de território vivo, e o agente de saúde Fernando disse que seria o espaço onde as pessoas vivem.

Porém, ficou uma dúvida no grupo a respeito desta concepção. Perguntei se eles gostariam que eu ajudasse nessa discussão no encontro seguinte a partir da descrição feita no caderno norteador e eles aceitaram.

A proposta foi para que eles apresentassem suas concepções de território a partir dos elementos e especificidades encontradas na região das quais cada um era responsável.

Em seguida, leríamos o texto “Território, território existencial e cartografia” (ALARCON et al, 2013) e um vídeo sobre consultório na rua da série “Nau dos Insensatos” produzido pelas equipes de saúde da cidade de São Bernardo do Campo³¹ para discutirmos o que seria produção de cuidado no território. A equipe gostou bastante da ideia e a aprovou. Foi combinado que eles levariam o texto impresso e organizariam equipamentos para o vídeo.

Neste dia, eu reiterei que o meu campo estava se encerrando e que iria participar de mais dois encontros com eles que seriam esta atividade proposta e mais um encontro de finalização. César perguntou se eu iria abandoná-los e eu disse que seria o termino da pesquisa. Acredito que ele ainda não havia compreendido que em algum momento iria encerrar a atividade. Ficou acordado que iríamos tentar realizar alguma confraternização de final de ano e eu iria participar.

Após encerramos a reunião, questionei Mara sobre as atribuições do enfermeiro e assistente social como responsáveis pelos agentes de saúde e social, respectivamente, e como se daria a organização deste trabalho caso um dos dois profissionais não estivesse presente, e na mesma direção, qual seria o poder de decisão da psicóloga caso um dos dois profissionais não estivesse na unidade de saúde.

Mara disse que esta divisão de responsabilidades foi uma decisão da própria gestão municipal. No entanto, ela afirmou que não precisaria ser seguido de modo rígido pelos pro-

³¹ Região do ABC do Estado de São Paulo.

fissionais, mas era uma forma dos agentes terem uma supervisão mais próxima e contínua. E isto vai de encontro ao exposto no caderno norteador em que a atribuição da assistente social seria em “trabalhar em cooperação com os agentes sociais visando ações de redução de danos e promoção de cidadania” (SÃO PAULO, 2016, p. 37).

Nesse sentido em regime de cooperação não significa coordenar ou responsabilizar-se pelas ações dos agentes sociais e no mesmo sentido não é tarefa exclusiva do enfermeiro as ações realizadas pelos agentes de saúde.

Outro ponto discutido com Mara era o fato dos quatro CnRua da Coordenadoria Sudeste concentrarem seus esforços no atendimento aos usuários dos centros de acolhida. Ela disse que isto se deve ao fato de haver poucas pessoas em situação de rua nestas regiões e que os usuários se concentram nos centros de acolhida e assim, este modelo de atendimento foi construído de certa forma naturalmente com o passar dos anos.

No entanto, ela gostaria que mais ações na rua, propriamente falando, fossem realizadas e por isto, propôs a discussão sobre território com as equipes. Pois assim, as equipes de CnRua poderiam ampliar o acesso às pessoas que mais necessitassem de atendimento que são justamente aqueles que não acessam os centros de acolhida.

Logo em seguida, encerramos a reunião e nos despedimos.

As redes, o território e a *extituição*³² CnRua

Nesse dia, a reunião, com a participação da Mara, interlocutora da ONG, teve por objetivo a apresentação dos agentes de saúde e sociais dos seus territórios para discutirmos as potencialidades, necessidades e o conceito de produção de cuidado no território vivo (ALARCON et al., 2013).

Foi uma discussão rica, pois apresentaram os limites geográficos de cada território com cenas de uso e concentração de população em situação de rua em determinadas localidades, quantidade de cadastrados por faixa etária, gênero e necessidades. Além disso, relataram algumas dificuldades que enfrentavam no território, como, por exemplo, perceberem que alguns usuários não recebiam o mesmo tratamento nos centros de acolhida que eles prestavam em relação ao acolhimento e vínculo. E isso era um dificultador para os usuários permanecerem nos centros de acolhida, voltando a ficar em situação de rua logo em seguida, sendo

³² Ver Lisboa, 2013.

grande parte por comprometimento no âmbito da saúde mental, e a dificuldade dos centros de acolhidas em lidar com estas manifestações, também pela agressividade dos usuários.

Outra questão importante concernia ao cadastramento e cuidado de crianças nos centros de acolhida que necessitavam de atendimento urgentemente ao invés de aguardarem agendamento na UBS, porque era muito demorado, dadas as necessidades de saúde que se apresentavam.

Um fator importante que alguns agentes relataram foi a construção do vínculo com os usuários a partir daquilo que já viveram em sua própria história como um instrumento importante a ser utilizado em favor do trabalho.

A respeito das redes, Mara sugeriu que realizassem parceria com o CAPS AD de outra supervisão técnica de saúde para abordagem de um grupo de usuários que ficava na borda entre os dois territórios. O agente social Roberto ficou surpreso, dizendo que não sabia que isso era possível. Mas Mara reiterou que sim, porque são territórios próximos e da mesma coordenadoria de saúde. O problema é quando o serviço é de outra coordenadoria de saúde.

Inclusive ela pediu para eles se organizarem para potencializar uma prática que estava se iniciando, que era o CnRua ir, uma vez por mês, ao território com a equipe do CAPS AD da mesma supervisão técnica de saúde, e que pensassem em algumas ações nas cenas de uso na perspectiva da redução de danos.

Os agentes relataram que há uma tendência dos centros de acolhida em terceirizarem para o CnRua algumas responsabilidades com os usuários como o acompanhamento de determinados usuários aos equipamentos da rede, mesmo aqueles que possuíam autonomia. Segundo os agentes, isso acaba consumindo muita energia do CnRua e não gera nos usuários a autonomia necessária para que possam ativar outras redes em suas próprias vidas. Além disso, os casos deveriam ser compartilhados entre os serviços ao invés de caber à Saúde resolver todas as questões dos pacientes. Isso seria possível através da construção conjunta do PTS, tanto com o CAPS quanto com os centros de acolhida.

Novamente, observamos, neste caso, o potencial que os CnRua teriam se fossem configurados na perspectiva de uma rede como um ponto de conexão entre os serviços da rede, funcionando como extituições (LISBOA, 2013).

Renata afirmou que estas dificuldades ocorriam em decorrência de o CnRua assumir responsabilidades que seriam dos outros serviços, o que acaba atrapalhando os agentes sociais

em exercerem suas atribuições como identificar os aspectos sociais, cursos, capacitação e atividades culturais para os usuários são atribuições dos agentes sociais.

Ainda assim, alguns centros de acolhida são mais parceiros e participam das atividades como grupos e dispensação de medicamentos, mas não são a maioria.

Em seguida, partimos para a leitura do texto “Território, território existencial e cartografia” (ALARCON et al., 2013).

A partir dessa leitura, em acordo com o que discutimos anteriormente, fomos construindo uma noção de território composto por pessoas, cada uma com uma complexidade em si, diferenciando singularidade de individualidade, trazendo à cena as diferenças entre os usuários de substâncias, ampliação na abordagem do histórico do paciente, dos seus desejos, medos, necessidades, a importância de o usuário conhecer o profissional pelo nome etc.

Além disto, trabalhamos a noção de pertencimento a um território, que se refere às noções, princípios e visões de mundo comuns e como isso nos faz engajar no meio social (ALARCON et al., 2013, p. 71).

Discutimos as diferenças entre mapas que são vistos de cima, nos quais não é possível identificar alterações nos planos, sendo que na cartografia o olhar é horizontal, ou seja, é a partir desta posição que é possível falar sobre as alterações nos planos, identificar as necessidades dos usuários, dos grupos, dos bairros, e construir ações a partir do que se apresenta.

Parar e singularizar o caso, correr o território e perceber o que ele precisa em termos de saúde, de vida, de constituição de parcerias, utilizando qualquer ferramenta não como um meio em si, mas como um fim para estabelecimento de vínculo para o acompanhamento ao longo de um tempo, como, por exemplo, uma brinquedoteca para as crianças de um centro de acolhida feminino ou uma oficina de samba nas cenas de uso.

Para finalizar, Mara reiterou alguns aspectos importantes desse encontro, dizendo que teriam uma reunião de planejamento para o ano seguinte e que iriam pensar em todas as questões abordadas como forma de reorganizarem as atividades realizadas.

Encerramos a reunião reiterando que o encontro seguinte seria a finalização do campo e que iríamos retomar a discussão e como foi para eles o acompanhamento durante a pesquisa.

Último encontro

Neste encontro, retomei que seria nosso último encontro, pois o campo da pesquisa estava se encerrando e já era final de ano também.

Iniciei o encontro perguntando o que pensaram a respeito da discussão realizada na semana anterior, a partir do texto apresentado.

Os agentes de saúde afirmaram que vinham prestando mais atenção nas pequenas coisas no atendimento em relação aos usuários, como mudança de comportamento, humor, pensando nas possibilidades de organizarem algum grupo ou proporem, nos centros de acolhida, alguma atividade, de acordo com as necessidades que fossem percebendo.

Nesse momento, perguntei como vinham fazendo com os usuários, o quanto eles prestavam atenção entre eles mesmos, integrantes da equipe de CnRua, pois ao longo da pesquisa eu tinha a percepção de que havia um movimento no grupo de desejar se aproximar, mas que isto não se efetivava. Como exemplo, algo recorrente era agendar algum evento fora do expediente de trabalho, como um *happy hour*, ou mesmo dentro do horário de serviço, como discutir PTS na equipe, e geralmente desmarcarem. Era comum quando havia algum combinado para irem ao território, alguém precisar ir a algum outro lugar antes para pegar alguma coisa e isso atrasava a saída.

Assim, o quanto as pessoas se sentiam pertencidas à equipe? Disse da impressão que tinha de que eles eram um grupo que desejava virar grupo, mas não sabia como. No entanto, continuavam querendo, pois se comunicavam, discutiam o trabalho, brigavam, ao contrário de outros grupos que conheci que eram fragmentados, ou seja, as pessoas simplesmente nem se relacionavam, sentavam de costas umas para as outras.

E digo que tentavam porque, mesmo com tantas mudanças na equipe, algo continuava a dar algum tipo de liga. Continuavam se relacionando. Utilizei como metáfora o caminho para a estação do metrô que era uma linha reta, mas, em algum momento, se desviavam do caminho, mas sempre tentavam retomar.

Durante o seu trânsito, a repetição permite novos caminhos, é sempre um transitar na diferença, ainda que o resultado seja semelhante. Assim, a repetição conclama a possibilidade de se fazer diferente seja durante a sua execução ou mesmo ao término dela (DELEUZE; GUATTARI, 1997b).

Lara falou sobre o encontro na sede da ONG em que foram trabalhados com eles alguns aspectos que precisavam melhorar, ou prestar atenção, e outros que estavam bons; a organização interna e a forma de trabalho eram pontos a serem melhorados. Mas a rotatividade dificultou muito a criação de uma rotina na equipe. Ao longo de um ano e três meses, conheci 31 profissionais que lá permaneceram ou saíram, se pensarmos que a equipe é composta por

16 profissionais, é compreensível a dificuldade em se adaptarem. No entanto, mesmo com as mudanças de pessoas, as questões se repetiam.

Então, passamos a discutir as diferenças entre grupo e agrupamento como uma possibilidade de refletirem sobre as questões levantadas. Sendo que o agrupamento seria como um conjunto de elementos que não se relacionam, enquanto outros grupos seriam “tão grupos”, tão unidos que se fechariam em si mesmos.

Na medida em que os coletivos seriam grupos que podem se olhar e tentar atuar modificando as adversidades, ao invés de solucionarem os seus problemas apenas no âmbito individual. E aqui chegamos em um ponto importante da discussão, que foi pensar o trabalho na saúde coletiva de modo coletivo, ou seja, na troca de saberes de maneira a potencializar o próprio trabalho, e não a partir do registro da identidade profissional, algo como: não farei uma escuta porque não tenho formação em Psicologia, por exemplo. Mas que pudessem circular pelos diversos campos, trocar experiências a fim de construir a experiência coletiva entre eles, com a rede e com os próprios usuários, pois uma equipe de saúde é mais saudável e potente quando não é possível diferenciar quem é quem, em relação aos profissionais e inclusive entre os usuários.

Lara e algumas outras pessoas sentiram-se instigados a pensar estas questões ao longo do tempo e a observar como ocupam uma ou outra posição de acordo com os atravessamentos que se apresentariam.

Esta foi uma análise de implicação que tecemos e ainda reiterarei o “algo” que ainda os unia e os instigava a se olharem.

Algumas vezes, durante os últimos encontros, eu os questionei sobre este “algo que se passava”, se saberiam indicar o que poderia ser, mas sempre resvalamos no entorno, nunca no ponto, talvez justamente porque não seja do campo do dizível, falar sobre algo que não se sabe o que é, mas que funciona, que se sente; tangenciar uma sensação.

Elaine refletiu sobre os seus limites como assistente social e sentiu-se aliviada porque uma paciente estava na unidade demandando alguma coisa de cunho assistencialista, mas não era possível suprir esta demanda da usuária. E esta situação fez Elaine se culpabilizar por não dar conta da demanda.

Eu pedi para que falassem um pouco sobre o processo de acompanhamento da pesquisa e trouxeram a importância dos encontros realizados com os questionamentos que construímos e o quanto isto poderia lhes ajudar a pensarem os seus processos de trabalho. Eu falei sobre a dificuldade que tive no início da pesquisa em entrar e participar das atividades, mas

que aquele “algo” me capturou em comparação as outras equipes e por isto, eu decidi permanecer apenas nesta equipe e acompanhá-los ao longo de um tempo e de fato foi muito rico o processo com todos os vetores de força que potencializaram ou atravessaram o trabalho.

Logo em seguida, encerramos a discussão, eu teci os agradecimentos e combinamos que eles iriam participar no dia da defesa da dissertação. Combinamos a confraternização de final de ano com amigo secreto na semana seguinte, eu me despedi e segui.

2 As múltiplas perspectivas e a produção do comum

[...] perceber não é observar de fora um mundo estendido diante de si, pelo contrário, é entrar num ponto de vista, assim como simpatizamos. Percepção é participação.

(LAPOUJADE, 2017, p.47).

Se perceber é participar, do que estou participando em meu campo de pesquisa? Como produzir uma cartografia a partir da participação em algo, em uma experiência?

No desenvolvimento desta seção e para responder estas questões, eu utilizei dois interlocutores, Lapoujade (2017) e Passos (in CARVALHO et al, 2013).

A partir destas primeiras reflexões, foi possível afirmar que não se tratava de escrever sobre um único tema nesta pesquisa, mas, sim, de debruçar-se sobre um campo com toda a sua multiplicidade, permitir-se contaminar por aquelas experiências, para que então uma pesquisa fosse tecida com os acontecimentos de uma vivência.

Nesse sentido, não seria apenas o pesquisador aquele a escrever o que vê, mas o próprio campo da experiência expressando-se no texto a partir daquilo que atravessava a todos os participantes da pesquisa. Não foi o pesquisador que de antemão teria um tema a ser pesquisado e observar o desenvolvimento de dada temática no campo, deixando de lado todas as outras variáveis que se apresentam na experiência, antes foi o tema que se apresentou a partir da experiência coletiva.

O que haveria mudado na passagem da quarta para a quinta ilha?

Podemos inferir que novos acontecimentos ocorreram³³ ao alterarmos o plano no qual se dava a pesquisa; a velocidade, o modo como a equipe se apresentava, e meu posicionamento como pesquisador foram alterados.

À medida que, na quarta ilha, eu entrava no ritmo deles e cartografava o que produzi- am, sensações que me atravessavam, tecendo reflexões, comentários, entrando no campo jun- to e na rotina deles, algo ficava de lado e se perdia.

Eu, na figura de pesquisador, ia perdendo o propósito inicial que era acompanhar as mudanças do coletivo. A cartografia disparou em mim um processo de ressignificação das relações que se constituíam no campo com os trabalhadores do CnRua.

No quarto capítulo, de modo geral, tanto os usuários quanto os integrantes da equipe de CnRua apareciam nas descrições do campo de modo menos intensivo por conta da veloci- dade como se davam as relações. Esta intensividade só era atingida de modo mais evidente nos relatos quando algo não funcionava, quando algo saía do lugar. E foi a partir desta constata- ção que se deu a proposta da escrita como uma possibilidade de produzirmos um coletivo analisador para partilharmos as experiências vividas por eles.

Assim, os integrantes do CnRua entraram na pesquisa de uma forma diferenciada, par- ticipando ativamente dela através da escrita coletiva dos textos, os quais eram redigidos du- rante as reuniões de equipe, e, assim, a velocidade na qual se davam as relações foi se alteran- do criando lentidões e aos poucos um novo território foi sendo constituído, o território da pro- dução do comum (PASSOS in CARVALHO et al, 2013).

A cada encontro foi³⁴ possível estarem juntos, não mais cumprindo demandas e metas, mas se olhando, se entreolhando e sendo vistos. Apenas quando a velocidade foi desacelerada gradativamente é que as angústias, medos, vontades, ou melhor, afecções e conexões foram se apresentando. Desse modo, foi possível perceber com eles que trabalhar com população em situação de rua produziu “mudanças no olhar como se enxerga estas pessoas” (relato de um integratne do CnRua), pois, afinal, “o trabalho na rua é real: sangue, lágrimas e sorrisos” (re- lato de um integratne do CnRua). Mas, além disso, compartilhar a experiência através da es- crita foi a possibilidade de existencializar (ROLNIK, 1993) estas marcas que ficavam guarda- das durante o cotidiano do trabalho.

³³ Nesta seção, o tempo presente foi utilizado na análise da experiência e o tempo passado para descrever a expe- riência.

³⁴ A utilização deste verbo impessoal diz respeito ao termo "algo" que será trabalhado mais adiante.

Foi a possibilidade de poder falar, por exemplo, sobre o pesar em relação às mortes dos usuários e como isto os tocava; a sensação de descaso, das experiências de suas próprias trajetórias que de algum modo faziam conexão entre a equipe e usuários; e falar sobre Leonardo em seu mundo incompreensível e a dificuldade em acessá-lo, aquele usuário que circulou por toda a rede e “que não era de ninguém” (relato da equipe) porque não tinha diagnóstico fechado.

E também, foi possível falar sobre sutilezas, sobre o imperceptível, aquele “algo” que não se sabia, mas que era uma sensação que mantinha vivo o desejo de estar junto, de tentar, de repetir o encontro, de produzir junto, de brigar junto, de brigar para. Este “algo” remete a uma zona do indizível, a uma zona indiferenciada, a um campo que produz conexão, que produz troca e que aproxima.

E qual foi a importância de tudo isso?

Foi nesse ponto que se deu a possibilidade de sairmos do mesmo, de nós³⁵ mesmos, e de criarmos uma coletividade que implicou o outro nos implicando no processo de produção da vida, de redes, de poder pensar o território a partir de uma concepção de território vivo ao pensarem em novos combinados com os serviços da rede e propostas de intervenção coletiva (ALARCON et al, 2013).

Nesta passagem, é preciso salientar que na Saúde Coletiva, a produção de saúde e conhecimento se dá de modo transdisciplinar. Existe algo mais importante do que os regimes identitários das profissões (médico, enfermeiro, assistente social, psicólogo e agente de saúde) que é o campo da atenção, da gestão, da clínica e da política (PASSOS, 2013). E esta construção é salutar nos modos de produção de cuidado.

O modo de produzir cuidado foi pensado a partir de coletivos de trabalhadores para outros coletivos tidos como os usuários, inclusive, a maneira de fazer pesquisa em saúde coletiva foi delineada a partir do que habitaria a dimensão coletiva. Ou seja, a partir daquilo que se passa *entre*, uma zona de indiscernibilidade entre estes territórios identitários do saber sendo necessário acessar as forças de afetabilidade entre estas identidades (PASSOS, 2013).

Uma gestão que reforça modelos identitários profissionais estimula a disputa em regimes fechados, em perspectivas individuais. Neste modelo, corremos o risco de nos enclausurarmos em nossos mundos próprios e perdermos a possibilidade de acessar estas forças que os

³⁵ As variações no emprego dos pronomes pessoais e verbos impessoais tem por objetivo inserir o leitor nas tribulações produzidas ao longo dos últimos encontros no campo em relação a sensação de aproximação e contaminação entre pesquisador e trabalhadores do CnRua.

campos exercem uns sobre os outros. Vimos isto como atravessamento na cena em que os técnicos discutiram a respeito das diferentes visões acerca de suas atribuições em que “um não poderia passar por cima do outro” nas decisões e delegação de tarefas aos agentes tanto sociais quanto os de saúde.

Ao acessarmos estas forças e seus atravessamentos, foi possível traçar um plano que fosse comum a todos, que é o plano da experiência propriamente dito que só é possível ser delineado no mergulho da experiência coletiva de produção de saúde, o qual produz novas reconfigurações micropolíticas do desejo (GUATTARI, F.; ROLNIK, 2007).

E o que seria o “algo” que permeou o campo de pesquisa?

Um campo de forças ativadoras da experiência comum, o próprio plano do comum que é construído na diferença (PASSOS, 2013). E a aproximação pela diferença é uma construção processual que conclama as diferentes perspectivas do grupo naquilo que pôde ser compartilhado, potencializando o grupo e produzindo novas possibilidades para pensarem o próprio trabalho; saírem do lugar da obrigação de satisfazer todas as demandas dos centros de acolhida e usuários; refletirem sobre onde desperdiçavam energia; e decidirem sobre delegar ou servir como elo entre os serviços do território.

A aproximação pela diferença revela que cada membro da equipe traz em si um mundo de relações que lhe é próprio, uma perspectiva de mundo tecida a partir de sua trajetória de vida. Ao compartilharmos estas experiências produzimos, a partir destas múltiplas perspectivas, um mundo comum (LAPOUJADE, 2017), constituídos por modos existenciais que não são próprios de indivíduos, mas de coletivos imersos e intrinsecamente conectados com os agenciamentos de todas as esferas coletivas, sejam elas do plano macro ou do micropolítico, seja da gestão da unidade ou da própria gestão da saúde pública nos âmbitos federativos. Forças que se entrelaçam e geram uma disputa que se materializa na “ponta”³⁶.

Este conjunto de forças produz atravessamentos que incidem diretamente na produção do cuidado e no tempo necessário para tal construção. E retomando o término do quarto capítulo em que ponderamos sobre o tempo do capitalismo, o qual produziu uma reconfiguração nas relações e modos de subjetivação fazendo a vida entrar em desalinho e em um desinvestimento no coletivo, tudo isso nos desapropriou da experiência do comum. E agora o capitalismo deseja, nos desapropriar dos meios de produzir a experiência do comum, à medida que as acelerações acirram as relações, seus tensionamentos, dificultando a possibilidade de pro-

³⁶ termo utilizado pelos trabalhadores da saúde para se referirem às equipes que produzem cuidado diretamente com os usuários.

duzirmos conexões. No entanto, as formas relacionais continuam se pautando e produzindo resistência seja onde for na esfera micropolítica da própria produção da vida como vimos na experiência realizada nesta ilha-capítulo.

VI CONSIDERAÇÕES FINAIS: UMA HISTÓRIA COM N CAPÍTULOS

No mês de novembro de 2018, uma foto da Suzy com um texto circulou nas redes sociais:

“A Suzy, está no cadeião de Pinheiros, e pode ser solta na audiência no dia 16/01/19! Pedimos gentilmente, que todxs que a conhecem, façam uma ‘Declaração’ para que possamos juntar no processo com o seguinte texto: declaração - ‘Declaro a quem possa interessar, que conheço o Sr. X, que atende pelo nome social de Suzy. Declaro que nas inúmeras vezes que a encontrei durante o dia ou de madrugada perambulando pelas do Bairro Y (região central) ela sempre foi educada, cordata, tranquila, sociável. Dou Fé (nome, etc.)”.

Algumas pessoas que eu conhecia do período em que trabalhei no CAPS fizeram esta declaração e enviaram para a assistente social do CAPS IJ que estava acompanhando o caso. Eu escrevi a declaração também. A informação era de que havia ocorrido um assassinato, cometido por uma travesti no bairro onde Suzy se encontrava, e ela foi acusada como a praticante do crime.

Já no mês de fevereiro de 2019, ao sair para jantar neste bairro central com uma amiga, nos deparamos com uma travesti pedindo um lanche. Minha amiga conhece esta travesti e conversamos por algum tempo, e descobri que as duas conhecem a Suzy. Falam sobre o quanto ela é engraçada, cuidada e que cuida das pessoas, corta o cabelo no salão do bairro e todos a conhecem, e que inclusive ela havia sido liberada da detenção, pois foi constatado que ela não havia praticado o crime. Seis anos após nosso encontro na Cracolândia e todo o percurso trabalhado nesta pesquisa, numa saída para jantar, literalmente “tropeço” na história de Suzy novamente, logo após ela ter sido acusada injustamente por um crime.

Mas o que quero trazer aqui é que se olharmos para tudo o que ela mobilizou na equipe em relação aos preconceitos, atravessamentos e projetos terapêuticos, quem por fim decide seu processo é o próprio usuário. Suzy construiu uma rede de cuidados, de solidariedade afetiva e seu próprio território existencial. Podemos dizer que os serviços foram apenas um suporte em dado momento para produzir deslocamentos em sua trajetória e compor com novos arranjos.

Quem, afinal, produz saúde é o usuário. E estes são os maiores e melhores sinais³⁷ que poderiam vir das ruas. Penso que as equipes se fortaleceriam muito ao captarem tais manifestações.

O mapa-diagrama: um arquipélago.

Assim como a trajetória de Suzy, o meu percurso nesta pesquisa não foi linear.

Através do mapa-diagrama acima, vemos um caminho construído em planos durante a experiência. Esta construção se deu através das questões que habitaram a escrita, entre grupos, pessoas e livros, e em especial com o meu coletivo de orientação que me beneficiou no processo de produção deste trabalho.

A pesquisa foi delimitada em três tempos: o primeiro seria o resgate da experiência passada como elo entre os campos de saberes (saúde mental e atenção básica); como quebra

³⁷ Mehry, 2014.

de saberes promovida pela dificuldade da equipe em acolher um elemento de fora; e como elemento propulsor da implicação do pesquisador, uma vez que é essa experiência que me leva ao tema da pesquisa. O segundo seria o tempo presente da reflexão e ação sobre o campo da pesquisa para a construção do tema. E o terceiro tempo seria a transformação da experiência com a cartografia para, então, trazer o questionamento a respeito do que do que viremos a ser.

Permeando este conjunto de experiências, outros tempos que dizem respeito ao tempo necessário da experiência e o próprio cuidado deste tempo (LIMA, 2012), ou seja, velocidades e lentidões necessárias para a construção de permanências ou mesmo criação de novos planos (DELEUZE; GUATTARI, 1997b) na condução das equipes em seus encontros com os usuários, nos caminhos pelos territórios e redes.

Conforme fui adentrando o campo, um ponto de conexão entre a segunda e quarta ilhas ocorreu: a produção de textos coletivos que deram um salto na relação com os trabalhadores. Foi aqui que eles puderam aparecer de outra forma na pesquisa ao ocuparem uma outra posição, acolhendo o pesquisador e pensando junto seus processos. E essa abertura permitiu o desvelamento de angústias, tristezas, alegrias e desejos – tudo isto incidindo diretamente na própria produção do cuidado.

Com todos os atravessamentos, as equipes de rua produzem cuidado, produzem saúde, produzem rede, favorecem o encontro do usuário consigo mesmo em suas necessidades e desejos, e mais ainda quando este usuário se torna integrante da equipe, o que permite a aproximação da equipe com as pessoas que cuidam e, conseqüentemente, com o próprio território. E com tudo isso produzem ainda, a seu modo, contribuições para os movimentos da luta anti-manicomial e sanitário.

É possível afirmar também que, na mesma medida em que minha posição de pesquisador, de psicólogo, de supervisor, de docente – não é clara ao longo da pesquisa, a do próprio trabalhador na saúde pública também não é. Penso que isso é efeito de um processo contemporâneo em que os papéis e as identidades vem sendo paulatinamente pulverizados e as instituições têm um papel importante neste processo.

E o que sobra desse movimento? O próprio dismantelamento de um certo modo de produzir saúde de dois lugares: o dos papéis historicamente construídos e o do próprio cuidado dentro de um sistema de dominação que vem produzindo uma precarização da vida. Resulta daí a própria desmobilização dos coletivos, os quais poderiam tensionar os processos instituídos e socialmente compartilhados.

Desse modo, as pessoas vão “se resolvendo” em seus círculos privados relacionais, como as redes sociais, mesmo durante uma reunião de equipe, gerando uma forte dispersão. Quando alguém dá “um perdido”, ou recai inusitadamente após pouco tempo de trabalho, é algo do plano individual que se estabelece em meio ao próprio caos do estado atual das coisas. E é neste atual sistema de socialização que se dão novas possibilidades de olharmos para as ruínas daquilo que vem sendo desconstruído a fim de pensarmos outros lugares, novas formas relacionais. Ainda que haja desigualdades, é só na partilha da experiência que novas semióticas poderão ser criadas de modo a constituir possibilidades de vida no embate entre processos de dissolução e de potência.

A saúde coletiva como um campo do conhecimento foi pensada com e para coletivos. Nesse sentido, não estaríamos falando de trabalhadores arraigados em suas próprias identidades de formação como psicólogo, médico, agente de saúde etc, mas na própria circulação do conhecimento entre estes profissionais, criando um plano comum que seria o do próprio trabalhador da saúde coletiva fomentador de coletivos, o do agente da saúde coletiva, ou mesmo, o do trabalhador da saúde mental coletiva. E este seria o diferencial da própria produção do cuidado.

A ilha deserta é um ovo, é a possibilidade de se criar qualquer outra coisa ou reproduzir tudo. É necessária aqui uma plasticidade psíquica (LANCETTI, 2015) para suportar a complexidade com que a vida mesma se apresenta e poder construir algo.

O que nos falam as experiências trabalhadas ao longo do texto para construirmos esta problematização a respeito da precarização da vida?

Pensando nas ilhas-capítulos do presente texto, cada qual como um conjunto de possibilidades, experiências, forças, fluxos, prazeres e desprazeres. Porém, as ilhas não estão isoladas. As singularidades nelas circunscritas não são uma individualidade, mas um campo de conexões com a expressão “e, e, e...” (DELEUZE; GUATTARI, 2010), pois em sua recriação sempre é necessário um pouco de território daquilo que já foi. Desse modo, podemos dizer que se trata mais de um entre-ilhas do que ilhas isoladas.

Este entre-ilhas nos revela a criação de um outro plano composto pelas mesmas ilhas que vão se entrelaçando, afetando, contaminando na criação de uma multiplicidade de ilhas desertas. Aqui observamos então um outro plano que é o plano das entre-ilhas e todas as possibilidades de conexões e produção de singularidades. E nos seus entrelaçamentos vemos sur-

gir um arquipélago. E assim, navegamos por um arquipélago em direção a uma nova ilha deserta que é o próprio processo de criação da vida, ou do devir.

Em relação a pergunta que nos acompanhou durante todo o processo: é possível produzir relação com o outro no campo onde ele produz sua existência?

A resposta não se resume a algo que conclui, mas que abre para a possibilidade a criação de novas linhas de fuga. E assim seguimos para novos encontros, para a criação de territórios existenciais com aqueles que nos acompanham em nossa trajetória. Pois permanecer naquilo que já foi é reforçar o lugar da impotência, é preciso olhar para a ruína, não desprezando as experiências passadas, mas tomando aquilo com que é possível construir outra coisa, tecer novas linhas de fuga. Criar, reproduzir, re-criar e re-começar são estes os tempos que se apresentam na contemporaneidade na própria produção da vida.

Ao pensar no modo como se deu esta pesquisa com seus caminhos tortuosos, a sugestão, ou a contribuição para quem deseja se aventurar neste modo de pesquisar é que tenha sempre no horizonte uma ilha deserta, de maneira a não se perder nas tribulações da trajetória incerta.

Chegamos ao fim. Aqui se concretiza uma partida e uma despedida desse campo. Olho para trás e vejo esta trajetória que já foi, mas está em mim, em nós e aqui lembro de Leminski:

*“...e só quando estamos em nós
estamos em paz
mesmo que estejamos a sós.”*

Parto, olho para adiante e abro espaço para novas chegadas.

FIM.

REFERÊNCIAS

ADORNO, R. C. F.; RAUPP, L. Circuitos de uso de crack na região central da cidade de São Paulo. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo, vol.16, n.5, p.2613-2622, 2011.

ALARCON, S. et al. Território, território existencial e cartografia. In: MINISTÉRIO DA SAÚDE, FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO. (Org.). **Caminhos do Cuidado**: caderno do aluno. Brasília (DF); Ministério da Saúde, 2013. p. 71-74.

AMARANTE, P. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

BAREMBLITT, G. **Compêndio de análise institucional e outras correntes**: teoria e técnica. Belo Horizonte: Editora Instituto Felix Guattari, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Mental. **Consultórios de rua do SUS**: material de trabalho para a II Oficina Nacional de Consultórios de Rua do SUS. Brasília: EPSJV-Fiocruz, set. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, Série E. Legislação em Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde; Fundação Oswaldo Cruz, Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde; Grupo Hospitalar Conceição, Centro de Educação Tecnológica e Pesquisa em Saúde - Escola GHC. **Caminhos do cuidado**: caderno do tutor / Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

CALVINO, Í. **As cidades invisíveis**. São Paulo: Cia das Letras, 1990.

DELEUZE, G. Causas e razões das ilhas desertas. In: **A ilha deserta e outros textos**. São Paulo: Iluminuras, 2004.

DELEUZE, G. **Conversações**. São Paulo: Ed. 34, 1992.

DELEUZE, G. O que é um dispositivo? In: **O Mistério de ariana**. Lisboa: Ed. Vega, 1996.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. **Mil Platôs**: capitalismo e esquizofrenia, vol. 1. São Paulo: Ed. 34, 1995.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. **Mil Platôs**: capitalismo e esquizofrenia, vol. 3. São Paulo: Ed. 34, 1997a.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. **Mil Platôs**: capitalismo e esquizofrenia, vol. 4. São Paulo: Ed. 34, 1997b.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. **O Anti-Édipo**: capitalismo e esquizofrenia. São Paulo: Ed. 34, 2010.

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

FEUERWERKER, L. C. M. **Micropolítica e saúde**: produção do cuidado, gestão e formação. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014. (Coleção Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde).

FOUCAULT, M. **O corpo utópico; as heterotopias**. São Paulo: n-1 Edições, 2013.

GOMES, M. P. C.; MERHY, E. E. Apresentação. In: GOMES, M. P. C.; MERHY, E. E. (Org.) **Pesquisadores IN-MUNDO**: um estudo da produção do acesso e barreira em saúde mental. Porto Alegre: Rede Unida, 2014. p. 7-25.

GUATTARI, F. **Psicanálise e transversalidade ensaios de análise institucional**. Aparecida, SP: Ideias e Letras 2004.

GUATTARI, F.; ROLNIK, S. **Micropolíticas**: cartografias do desejo. 5 ed. Petrópolis: Vozes, 2007.

LANCETTI, A. **Clínica peripatética**. São Paulo: Hucitec, 2006.

LANCETTI, A. **Contrafissura e plasticidade psíquica**. São Paulo: Hucitec, 2015.

LANCETTI, A. (Org.). **Saúde Mental e Saúde da família**. Série Saúde Loucura, Vol. 7. São Paulo: Hucitec, 2001.

LAPOUJADE, D. **As existências mínimas**. São Paulo: n-1 edições, 2017.

LEÃO, T. M. **Loucura, psiquiatria e sociedade**: o campo da saúde mental coletiva e o processo de individualização no Brasil. Tese de Doutorado em Saúde pública. São Paulo: Universidade de São Paulo. 2018.

LESCHER, A. D. **Da terra do crack ao campo de refugiados**. Disponível em: <http://opinioao.estadao.com.br/noticias/geral,da-terra-do-crack-ao-campo-de-refugiados-imp-,1157824>. Acesso em: 22 fev. 2019.

LEMINSKI, P. **Toda poesia**. São Paulo: Companhia das Letras, 2013.

LIMA, F. R. **A experiência do cuidado de si**: a clínica entre o cuidado do tempo e o tempo do cuidado. Niterói: Editora da UFF, 2012.

LIMA, E. M. F. A.; Yassui, S. Territórios e sentidos: espaço, cultura, subjetividade e cuidado na atenção psicossocial. Rio de Janeiro: 38: 593-606, 2014.

LISBOA, M. S. **Os loucos de rua e as redes de saúde mental**: os desafios do cuidado no território e a armadilha da institucionalização. 2013. Tese (Doutorado em Psicologia Social.) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2013.

MERHY, E. E.. et al. Redes Vivas: multiplicidades girando as existências, sinais da rua. Implicações para a produção do cuidado e a produção do conhecimento em saúde. **Revista Divulgação em saúde para debate**, Rio de Janeiro, n.52, p. 153-164, 2014.

MAGNANI, J. G. C. Os circuitos dos jovens urbanos. *Tempo Social. Revista de Sociologia da USP*, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 173-205, 2005.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. Por uma Composição Técnica do Trabalho Centrada nas Tecnologias Leves e no Campo Relacional. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, Ano XXVII, v. 27, n. 65, p.316-323, 2003.

MERHY, E. E. et al. Redes Vivas: multiplicidades girando as existências, sinais da rua. Implicações para a produção do cuidado e a produção do conhecimento em saúde. *Revista Divulgação em Saúde para Debate*, Rio de Janeiro, n. 52, p. 153-164, 2014.

ORLANDI, L. B. L. et al. Que estamos ajudando a fazer de nós mesmos? In: RAGO, M.; ORLANDI, L. B. L.; VEIGA-NETO, A. (Org.). *Imagens de Foucault e Deleuze – ressonâncias nietzscheanas*. Rio de Janeiro: DP&A, 2002b. p. 217-238.

PAIM, J. S.; ALMEIDA-FILHO, N. de. *Saúde Coletiva – Teoria e Prática*. Rio de Janeiro: MEDBOOK, 2014.

PELBART, P. P. *A nau do tempo-rei: sete ensaios sobre o tempo da loucura*. Rio de Janeiro: Imago, 1993.

ROLNIK, S. *Cartografia Sentimental*. Porto Alegre: Sulina, 2006.

ROLNIK, S. *Pensamento, corpo e devir. Uma perspectiva ético/estético/política no trabalho acadêmico*. Cadernos de Subjetividade, v.1 n.2: 241-251. São Paulo: set. 1993

SANDER, C. A. Cuidado em saúde frente às vulnerabilidades: práticas do consultório na rua. 2014. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2014.

TEIXEIRA, M.; FONSECA, Z. *Saberes e Práticas na atenção primária à saúde: cuidado à população em situação de rua e usuários de álcool, crack e outras drogas*. São Paulo: Hucitec, 2015.

Outras fontes de pesquisa:

BRASIL. Lei 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. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 6 abr 2001; disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm. Acesso em: 25 de fevereiro de 2019.

BRASIL. Portaria 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Dispõe sobre implantação das Redes de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 23 dez 2011. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em: 25 de fevereiro de 2019.

MERHY, E. E. Rede Rizomática X Rede Analógica: Os desafios da construção de redes de cuidados no SUS". (Vídeo). VI Congresso Brasileiro de Ciências Sociais e Humanas em Saúde (CBCSHS). 2013. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=TenG6hxvAls>
<https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2012/01/1029307-pm-faz-operacao-contr-o-traffic-na-regiao-da-cracolandia-em-sp.shtml> Acesso em: 25 de fevereiro de 2019.

SÃO BERNARDO DO CAMPO. Série “Nau dos Insensatos” (2012). Série de vídeos sobre cuidados em saúde produzido pelas equipes de saúde da cidade de São Bernardo do Campo, região do ABC do estado de SP.

Disponível em:

<https://www.youtube.com/watch?v=-QByKpPi-dU>

Acesso em: 05 de março de 2019.

PREFEITURA DE SÃO PAULO. Documento norteador do projeto Centro Legal (2009). Disponível em:

<https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/saudemental/AcaoIntegradaCentroLegal.PDF>

Acesso em: 25 de fevereiro de 2019.

PREFEITURA DE SÃO PAULO. Documento norteador dos consultórios na rua (2016). Disponível em:

<https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/documento%20norteador%20Consultorio%20na%20Rua%20Versao%20Final.pdf>

Acesso em: 05 de março de 2019.

ANEXOS

Anexo 1 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido de Participação na Pesquisa (trabalhadores)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, Mário César da Silva, RG 30717018-4, psicólogo e pesquisador, vinculado à Faculdade de Saúde Pública da USP, do estudo denominado Cartografia da Produção do Cuidado à População em Situação de Rua pelos Consultórios na Rua da Atenção Básica, cujos objetivos e justificativas são: a análise da produção do cuidado à população em situação de rua pelos consultórios na rua vinculados à atenção básica no território da Supervisão Técnica de Saúde Mooca/Aricanduva no município de São Paulo e consequentemente o desafio da implantação da Política Nacional para a População em Situação de Rua do Ministério da Saúde.

Eu venho por meio deste convidar o Sr (a).

a participar do referido estudo através de entrevista e incursão no território como forma de demonstrar a produção do cuidado à população em situação de rua. Eu declaro ter fornecido os esclarecimentos necessários sobre os possíveis benefícios, desconfortos e riscos decorrentes do estudo, levando-se em conta que é uma pesquisa, e os resultados positivos ou negativos somente serão obtidos após a sua realização. Enquanto benefícios, a participação da produção do conhecimento em saúde pública, ampliação do conhecimento através da discussão do trabalho propriamente dito, a delineação da produção do cuidado realizada pelas equipes de consultório na rua e os vetores de favorecimento ou interferência na materialização das políticas públicas voltadas a esta população. A respeito dos desconfortos e riscos decorrentes do estudo, levando-se em conta que é uma pesquisa, e os resultados positivos ou negativos somente serão obtidos após a sua realização. Mas há risco de constrangimento com relação a eventuais perguntas formuladas. No entanto, a privacidade do participante garante seu anonimato na publicação dos dados da pesquisa. Estou ciente de que sua privacidade será respeitada, ou seja, seu nome ou qualquer outro dado ou elemento que possa, de qualquer forma, lhe identificar, será mantido em sigilo. Também informo que o Sr(a). pode se recusar a participar do estudo, ou retirar seu consentimento a qualquer momento, sem precisar se justificar por desejar sair da pesquisa, não sofrendo qualquer prejuízo. É assegurada a assistência durante toda pesquisa, bem como lhe é garantido o livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo e suas consequências, enfim, tudo o que eu queira saber antes, durante e depois de sua participação. Enfim, tendo sido orientado quanto ao teor de todo o aqui mencionado e compreendido a natureza e o objetivo do já referido estudo, este documento tem por objetivo a declaração do seu livre consentimento em participar, estando totalmente ciente de que não há nenhum valor econômico, a receber ou a pagar, por sua participação. Qualquer questão, dúvida, esclarecimento ou reclamação sobre os aspectos éticos dessa pesquisa, favor entrar em contato com o Comitê de Ética da Faculdade de Saúde Pública da USP, Av. Dr. Arnaldo, 715, telefone 3061-7779 - e-mail: coep@fsp.usp.br ou pelo Comitê de Ética em Pesquisas da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo, Rua General Jardim, 36, 1º andar. Telefone: 3397-2464 - e-mail: smscep@gmail.com. Este termo de consentimento livre e esclarecido é emitido em duas vias, ficando uma com o pesquisador e a outra com o sujeito da pesquisa. São Paulo, __ de _____ de 201__.

Nome e assinatura do sujeito da pesquisa

Nome e assinatura do pesquisador responsável

*Participantes: nome do sujeito da pesquisa, RG, nacionalidade, idade, estado civil, profissão e endereço.

Anexo 2 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido de Participação na Pesquisa (usuários)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, Mário César da Silva, RG 30717018-4, psicólogo e pesquisador, vinculado à Faculdade de Saúde Pública da USP, do estudo denominado Cartografia da Produção do Cuidado à População em Situação de Rua pelos Consultórios na Rua da Atenção Básica no município de São Paulo.

Eu venho por meio deste convidar o Sr (a).

a participar como voluntário do referido estudo através de entrevista e/ou observação dos cuidados recebidos pelas equipes. Eu declaro ter fornecido os esclarecimentos necessários sobre os possíveis benefícios, desconfortos e riscos decorrentes do estudo, levando-se em conta que é uma pesquisa, e os resultados positivos ou negativos somente serão obtidos após a sua realização. Enquanto benefícios, a ampliação do conhecimento em saúde pública através da observação de como os cuidados são prestados. A respeito dos desconfortos e riscos decorrentes do estudo, levando-se em conta que é uma pesquisa, e os resultados positivos ou negativos somente serão obtidos após a sua realização. Mas há risco de constrangimento com relação a eventuais perguntas formuladas. No entanto, a privacidade do participante garante seu anonimato na publicação dos dados da pesquisa. Estou ciente de que sua privacidade será respeitada, ou seja, seu nome ou qualquer outro dado ou elemento que possa, de qualquer forma, lhe identificar, será mantido em sigilo. Também informo que o Sr(a). pode se recusar a participar do estudo, ou retirar seu consentimento a qualquer momento, sem precisar se justificar por desejar sair da pesquisa, não sofrendo qualquer prejuízo. É assegurada o livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo e suas consequências, enfim, tudo o que eu queira saber antes, durante e depois de sua participação. Enfim, tendo sido orientado sobre tudo aqui mencionado e compreendido a natureza e o objetivo do já referido estudo, este documento tem por objetivo a declaração do seu livre consentimento em participar, estando totalmente ciente de que não há nenhum valor econômico, a receber ou a pagar, por sua participação.

Qualquer questão, dúvida, esclarecimento ou reclamação sobre os aspectos éticos dessa pesquisa, favor entrar em contato com o Comitê de Ética da Faculdade de Saúde Pública da USP, Av. Dr. Arnaldo, 715, telefone 3061-7779 - e-mail: coep@fsp.usp.br ou pelo Comitê de Ética em Pesquisas da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo, Rua General Jardim, 36, 1º andar. Telefone: 3397-2464 - e-mail: smscep@gmail.com. Este termo de consentimento livre e esclarecido é emitido em duas vias, ficando uma com o pesquisador e a outra com o sujeito da pesquisa.

São Paulo, ____ de _____ de 201__.

Nome e assinatura do participante da pesquisa

Nome e assinatura do pesquisador responsável

*Participantes: nome do sujeito da pesquisa, RG, nacionalidade, idade, estado civil, profissão e endereço.

Anexo 3 – Aprovação do Comitê de Ética da Faculdade de Saúde Pública – USP

USP - FACULDADE DE SAÚDE
PÚBLICA DA UNIVERSIDADE
DE SÃO PAULO - FSP/USP

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Cartografia da Produção do Cuidado à População em Situação de Rua pelos Consultórios na Rua da Atenção Básica no município de São Paulo.

Pesquisador: Mario Cesar da Silva

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 76869117.9.0000.5421

Instituição Proponente: Faculdade de Saúde Pública USP/SP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.570.573

Apresentação do Projeto:

Trata-se de 3ª versão apresentada ao CEP, sendo que a pendência foi:

- Adequar o TCLE que repete a frase "desconfortos e riscos decorrentes do estudo, levando-se em conta que é uma pesquisa, e os resultados positivos ou negativos somente serão obtidos após a sua realização".

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

O objetivo do presente trabalho é cartografar a produção de cuidado pelas equipes de consultório na rua na abordagem aos usuários no território.

Objetivo Secundário:

Cartografar vetores que favorecem ou interferem na produção de cuidado pelos agentes de saúde no campo das políticas públicas intersetoriais e das políticas sobre drogas.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Há riscos de constrangimento com relação a eventuais perguntas formuladas. Considero então como riscos mínimos.

Endereço: Av. Doutor Arnaldo, 715

Bairro: Cerqueira Cesar

CEP: 01.246-904

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3061-7779

Fax: (11)3061-7779

E-mail: coep@fsp.usp.br

Obs.: Declaro que a pesquisa foi aprovada conforme parecer consubstanciado anexado acima. No entanto foi requisitada a alteração do título conforme sugestão de membro da banca.

**USP - FACULDADE DE SAÚDE
PÚBLICA DA UNIVERSIDADE
DE SÃO PAULO - FSP/USP**

Continuação do Parecer: 2.570.573

Benefícios:

O benefício deste projeto é a delineação da produção do cuidado realizada pelas equipes de consultório na rua e os vetores de favorecimento ou interferência na materialização das políticas públicas voltadas a esta população.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa bastante relevante.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O TCLE foi modificado, sendo retirada a frase repetida.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_928455.pdf	06/02/2018 13:38:59		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Prefeitura.docx	06/02/2018 13:38:34	Mario Cesar da Silva	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Usuarios.docx	06/02/2018 13:37:22	Mario Cesar da Silva	Aceito
Outros	Parecer_autorizacao_Coordenadoria_Suporte.png	15/11/2017 10:55:08	Mario Cesar da Silva	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoPesquisaMarioCesardaSilvaPrefeituraSP.docx	24/07/2017 15:07:28	Mario Cesar da Silva	Aceito
Cronograma	Cronograma.docx	22/07/2017 15:18:54	Mario Cesar da Silva	Aceito
Folha de Rosto	FolhadeRosto.pdf	22/07/2017 15:18:30	Mario Cesar da Silva	Aceito

Situação do Parecer:

Endereço: Av. Doutor Arnaldo, 715
Bairro: Cerqueira Cesar **CEP:** 01.246-904
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)3061-7779 **Fax:** (11)3061-7779 **E-mail:** coep@fsp.usp.br

USP - FACULDADE DE SAÚDE
PÚBLICA DA UNIVERSIDADE
DE SÃO PAULO - FSP/USP

Continuação do Parecer: 2.570.573

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO PAULO, 28 de Março de 2018

Assinado por:
Maria Regina Alves Cardoso
(Coordenador)

Endereço: Av. Doutor Arnaldo, 715
Bairro: Cerqueira Cesar **CEP:** 01.246-904
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)3061-7779 **Fax:** (11)3061-7779 **E-mail:** coep@fsp.usp.br

Anexo4 – Aprovação do Comitê de Ética da Coordenadoria Sudeste de Saúde da Prefeitura Municipal de São Paulo

COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE SUDESTE
GESTÃO DE DESENVOLVIMENTO DE PESSOAS
Rua Silva Bueno, 821 – 5º andar - Ipiranga
Telefone: 3376 - 7156

AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE PESQUISA

Autorizo a realização da pesquisa abaixo descrita, condicionando a coleta de dados após análise e parecer aprovado do Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal da Saúde – CEP/SMS.G.

Título da Pesquisa: “Cartografia da Produção do Cuidado à População em Situação de Rua pelos Consultórios na Rua da Atenção Básica.”

Tipo de pesquisa: Mestrado.

Pesquisador Responsável/ Orientador: Profª Drª Yara Maria de Carvalho.

Pesquisador/ Aluno: Mário César da Silva.

Instituição Proponente: USP – Faculdade de Saúde Pública

E-mail/telefone: marioscesar@yahoo.com.br

Tel. 9 6508 2778

Unidade ou serviço de interesse: Supervisão Técnica de Saúde Mooca/ Aricanduva: UBS Brás, UBS Pari, UBS Mooca I, UBS Belenzinho.

São Paulo, 22 de agosto de 2017

José Roberto Abdalla

Coordenador Regional de Saúde

CURRÍCULO LATTES

Currículo lattes orientadora

CNPq
Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico

Currículo Lattes

Dados gerais | Formação | Atuação | Projetos | Produções | Inovação | Educação e Populização de C & T | Eventos | Orientações | Bancas | +

Yara Maria de Carvalho

Endereço para acessar este CV: <http://lattes.cnpq.br/640956930113769>
Última atualização do currículo em 07/04/2019

Possui licenciatura e bacharelado em Educação Física pela Universidade Estadual de Campinas (1989/1990), especialização em Saúde Pública pela Universidade Estadual de Campinas (1990), mestrado em Ciências do Esporte pela Universidade Estadual de Campinas (1993), doutorado em Saúde Coletiva na Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (1999) e livre-docência em Promoção da Saúde pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; pós-doutorado em Ciências Humanas e Saúde pela Universidade Estadual do Rio de Janeiro (2003), em Antropologia da Comunicação Visual pela Università La Sapienza di Roma, Itália (2004) e em Filosofia pela Universidad de Córdoba, Argentina (2010). Atualmente é Professora Associada da Universidade de São Paulo. Orienta mestrado e doutorado em Saúde Pública, na Faculdade de Saúde Pública/USP e em Ciências, na Escola de Educação Física e Esporte/USP. Orienta mestrado profissional no Programa de Pós-Graduação Interunidades "Formação Interdisciplinar em Saúde"/FIOUSP. Coordena o grupo de pesquisa CORPUS - Educação Física + Saúde Coletiva + Filosofia + Artes. Foi coordenadora adjunta do Prê-Ensino da Saúde e do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (Prê-Ensino e PET-Saúde) - USP Capital (2012-2016) e bolsista do Ministério da Saúde (2010-2012/2012-2014). Desenvolve projetos de pesquisa em Unidades Básicas de Saúde, Centros de Saúde Escola e Centro de Apoio Psicossocial. Trabalha com grupos de investigação de outras unidades e departamentos da USP e com pesquisadores de outras universidades públicas brasileiras (UFRRGS, Ufes, Unifesp, Unicamp). No exterior, foi Professora Visitante do Instituto Politécnico de Coimbra/Portugal; desenvolveu pesquisa com o Prof.Dr. Martin Bauer/London School of Economics/UK; e foi responsável pelo Convênio de Cooperação Internacional com a Universidad Nacional de Río Cuarto e La Plata/Argentina (2013-2015). O corpo na formação em saúde; a Educação Física no SUS; o corpo na contemporaneidade; corpo, arte e clínica; e as práticas corporais e o cuidado com o corpo na atenção básica/atenção primária em saúde são os temas de investigação que têm sido priorizados tendo como referência teórico-conceitual e metodológica a saúde coletiva, a filosofia e as artes. (Texto informado pelo autor)

Identificação

Nome: Yara Maria de Carvalho

Nome em citações bibliográficas: CARVALHO, Y. M.; CARVALHO, Yara Maria de

Endereço

Endereço Profissional Universidade de São Paulo, Escola de Educação Física e Esporte da USP, Departamento de Pedagogia do Movimento do Corpo Humano.
Rua Professor Melo Moraes 65
Cidade Universitária
05508-900 - São Paulo, SP - Brasil
Telefone: (11) 30812135
Fax: (11) 38153192
URL da Homepage: <http://www.corpus.efde.usp.br>

aaa

Currículo lattes orientadora

English

Dados gerais
 Formação
 Atuação
 Projetos
 Produções
 Educação e Populização de C&T
 Eventos
 +

Mário César da Silva

Endereço para acessar este CV: <http://lattes.cnpq.br/3639467296186998>
 Última atualização do currículo em 17/04/2019

Mestrado na Faculdade de Saúde Pública da USP: "Das im-permanências do povo de rua à produção do comum: o Consultório na Rua como extituição". Especialização em análise institucional, esquizoanálise e esquizodrama (Fundação Gregorio Barenblitt). Bacharelado e grau de psicólogo pela Universidade de São Paulo (2008). Atuação como docente presencial e à distância em capacitações para profissionais da saúde coletiva na atenção básica e saúde mental pela Escola Municipal de Saúde pela Prefeitura de São Paulo nos seguintes temas: álcool e drogas, saúde mental, promoção e prevenção em saúde. Projetos: Qualificação para profissionais do PSF; Programa Rede Sampa; e Caminhos do Cuidado do Ministério da Saúde e FIOCRUZ. Experiência em CAPS Álcool e Drogas com atendimentos aos usuários, familiares, consultório de rua, matriciamento e articulação de rede intersetorial. Experiência com adolescentes em cumprimento de medidas socioeducativas de LA e PSC. **(Texto informado pelo autor)**

Identificação

Nome: Mário César da Silva

Nome em citações bibliográficas: SILVA, M. C.

Endereço

Formação acadêmica/titulação

2017 Mestrado em andamento em Mestrado.
 Faculdade de Saúde Pública - USP, FSP-USP, Brasil.
 Título: Das im-permanências do povo de rua à produção do comum: o Consultório na Rua como extituição; Orientador: Vera Maria de Carvalho.
 Bolsista do(a): Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, CAPES, Brasil.
 Palavras-chave: consultório na rua; RAPS, Saúde Mental, Saúde Coletiva; substâncias psicoativas; redução de danos; produção do cuidado em saúde; saúde pública.
 Grande Área: Ciências da Saúde
 Grande Área: Ciências da Saúde / Área: Saúde Coletiva.
 Setores de atividade: Atividades de atenção à saúde humana; Atividades de atenção à saúde humana integradas com assistência social, prestadas em residências coletivas e particulares.