

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE COLETIVA**

**ENCONTROS NA RUA:
possibilidades de saúde em um consultório a céu aberto**

CARLA FÉLIX DOS SANTOS

Porto Alegre, dezembro de 2016.

CARLA FÉLIX DOS SANTOS

ENCONTROS NA RUA:

possibilidades de saúde em um consultório a céu aberto

Dissertação apresentada como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva (Mestrado Acadêmico), junto ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Professor Orientador: Dr. Ricardo Burg Ceccim.

Área de concentração: Saúde, Educação e Sociedade.

Porto Alegre, dezembro de 2016.

CIP - Catalogação na Publicação

Félix-dos-Santos, Carla

Encontros na rua: possibilidades de saúde em um consultório a céu aberto / Carla Félix-dos-Santos. -- 2017.

84 f.

Orientador: Ricardo Burg Ceccim.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Porto Alegre, BR-RS, 2017.

1. Consultório na Rua. 2. Rede de Atenção Psicossocial. 3. Rede de Atenção Básica. 4. Moradores de Rua. 5. Educação e Promoção da Saúde. I. Burg Ceccim, Ricardo, orient. II. Título.

CARLA FÉLIX DOS SANTOS

ENCONTROS NA RUA:

possibilidades de saúde em um consultório a céu aberto

Dissertação apresentada como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva (Mestrado Acadêmico), junto ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Data da Aprovação: 24/03/2017.

Banca Examinadora:

Prof. Dr. Emerson Elias Merhy

Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, UFRGS

Prof. Dr. Luciano Bezerra Gomes

Departamento de Promoção da Saúde, UFPB

Profa. Dra. Károl Veiga Cabral

Secretaria Estadual da Educação – RS; Fórum Gaúcho de Saúde Mental

Prof. Ms. Luiz Ziegelmann

Grupo Hospitalar Conceição (Parecerista)

*Aos trabalhadores da equipe do consultório na rua Pintando Saúde, pelas alegrias,
tristezas e dores compartilhadas, mas, acima de tudo, pela oportunidade de aprender uma
nova produção em saúde.*

AGRADECIMENTOS

À minha família, aos meus amigos e aos colegas de trabalho, forças amorosas e espirituais na minha vida. Aos meus pais e irmã, pelo amor, incentivo e apoio incondicional. Ao meu cúmplice da vida Julio Brikalski.

Ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul – corpo docente, direção e administração – que oportunizou a janela que hoje vislumbro: um horizonte superior, eivado pela acentrada confiança no mérito e ética aqui presentes.

Ao Professor Dr. Ricardo Burg Ceccim pelo apoio e confiança, parceria no Consultório na Rua e pela cuidadosa orientação.

Aos Professores Emerson Elias Merhy, Luiz Fernando Silva Bilibio e Luiz Ziegelmann pelas generosas contribuições ao Exame de Qualificação, cujas apreciações foram de grande importância à continuidade do projeto e sua conclusão.

Aos Professores Emerson Elias Merhy, Luciano Bezerra Gomes, Károl Veiga Cabral e Luiz Ziegelmann pelo aceite de composição de minha banca de defesa final de dissertação, assim como pelas densas e relevantes contribuições apresentadas na leitura da versão preliminar.

Aos parceiros de estudos Frederico, Nina, Nadal e Jimi.

Um agradecimento MUITO especial aos colegas do Consultório na Rua Pintando Saúde, do Grupo Hospitalar Conceição, pois essa dissertação é um produto coletivo, que eu apenas enuncio. Sem esses colegas não haveria a dissertação. Obrigada por suas presenças e manifestações em meu Exame de Qualificação. Obrigada por tudo que me ofereceram, permitiram e indicaram desde então! Obrigada por nosso dia a dia, obrigada por todas as fontes de vida que documentei aqui, como uma devolução para todas nós!

A todos que, direta ou indiretamente, fizeram parte da minha formação, o meu muito obrigado.

*O que nos força a **pensar** é o signo. O signo é objeto de um **encontro**; mas é precisamente a contingência do **encontro** que garante a necessidade daquilo que ele faz **pensar**. O ato de **pensar** não decorre de uma simples possibilidade natural; ele é, ao contrário, a única criação verdadeira. A criação é a gênese do ato de **pensar** no próprio pensamento (DELEUZE, 1987, p.96 – grifos meus).*

RESUMO

Esta dissertação teve como objetivo “pensar” a proposta e ação dos Consultórios na Rua, diferentes do consultório biomédico, um consultório a céu aberto. Admite que este dispositivo visa a ampliar o acesso da população de rua ao cuidado de saúde, ouvindo essa população e contribuindo com suas instâncias organizativas nascentes. Foi trazida a prática de trabalho no consultório Pintando Saúde, do Grupo Hospitalar Conceição, localizado na zona norte da cidade de Porto Alegre/RS. A metodologia do “pensar” envolveu deixar aparecer o debate sobre atenção e promoção de saúde, redução de danos em álcool e outras drogas, respeito às pessoas em seus modos de ser/existir/constituir vida e a inscrição desse grupo social em modos de atenção à saúde que lhe sejam próprios. O trabalho de dissertação perpassou a descrição do trabalho no Consultório na Rua, questionando a produção em saúde que envolve a população de rua, a experiência da pesquisadora como trabalhadora dentro desse tipo serviço, assim como as vivências de equipe e a presença do orientador e seus estudantes em meio ao trabalho do Consultório. Foram usadas anotações destacadas de gravações em áudio, as atas do consultório e as redes de conversa sobre moradores de rua no próprio consultório, incluindo a presença de um psiquiatra matriciador. A cartografia, nos termos de Gilles Deleuze e Félix Guattari, fundamentou a metodologia, conforme já vem sendo utilizada em pesquisas com o estudo da micropolítica em saúde coletiva. Quatro âmbitos foram colhidos como representativos da prática de atenção “a céu aberto”: a experiência do morar, a experiência do atuar com saúde na rua, a experiência do aprender em ato de equipe multiprofissional e interdisciplinar de um consultório na rua e a intercessão sociocultural proveniente do “encontro” com a população atendida.

Palavras-Chave: Consultório na rua. Rede de atenção psicossocial. Rede de atenção básica. Moradores de rua. Educação e promoção da saúde.

ABSTRACT

This dissertation aimed to "think" the proposal and action of the "On Street Clinics", different from the biomedical clinic, an "open sky clinic". It admits that this device seek to expand the street population access to health care, listening to this population and contributing to their nascent organizational instances. The work practices of "Pintando Saúde On Street Clinic", of Conceição Hospitalar Group, located in the northern part of the city of Porto Alegre/RS, were evidenced. The methodology of "thinking" involved revealing the debate about health care and health promotion, harm reduction in alcohol and other drugs, respect for people in their ways of being / existing / constituting life and the inclusion of this social group health models that be their own. The dissertation work deal with the description of the work at the On Street Clinic, questioning the health production involving the street population, the researcher's experience as a worker within this sort of service, as well as the team experiences and the presence of the master's advisor and his students in the work of the clinic. Significant notes of audio recordings, clinic minutes, and street-talk networks that happened in the clinic, including the ones with the presence of a psychiatrist matrix support, were used. The cartography, according to Gilles Deleuze and Félix Guattari, founded the methodology, as it has been used in researches with studies on micropolitics in collective health. Four scopes were collected as representative of the practice of "open sky clinic" care: the experience of indwelling, the experience of working with health on street, the experience of learning in act of a multiprofessional and interdisciplinary team of an "on street clinic" and the sociocultural intercession provided when "meeting" the attended population.

Keywords: Consultation office in the street. Psychosocial care network. Primary care network. Street dwellers. Health promotion and education.

LISTA DE SIGLAS

AMORB – Associação de Moradores do Bairro Rubem Berta

CEBRID – Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas

CETAD – Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas

CnaR – Consultório na Rua

CONEP – Comissão Nacional de Ética em Pesquisa

CsO – Corpo sem Órgãos

DST/Aids – Doenças Sexualmente Transmissíveis e Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
(*Acquired Immunodeficiency Syndrome*)

eCR – Equipe de Consultório na Rua

Escola GHC – Centro de Educação Tecnológica e Pesquisa em Saúde, do GHC

eSF – Equipe de Saúde da Família

ESF – Estratégia Saúde da Família

GHC – Grupo Hospitalar Conceição (complexo de serviços de saúde)

IFRS – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Sul

MDS – Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome

MS – Ministério da Saúde

ONG – Organização Não Governamental

PACS – Programa Agentes Comunitários de Saúde

PEAD – Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde

PIEC – Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas

PRA-VIVER – Sistema de vigilância epidemiológica em mortalidade de crianças entre 28 dias e cinco anos de idade, da Prefeitura Municipal de Porto Alegre.

PSR – População em Situação de Rua

PTI – Plano Terapêutico Individual

PTS – Projeto Terapêutico Singular (Individual ou Coletivo)

RAPS – Rede de Atenção Psicossocial

SIAPES – Sistema de Apoio à Pesquisa Estatística

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

UFBA – Universidade Federal da Bahia

UFRGS – Universidade Federal do Rio Grande do Sul

UNISINOS – Universidade do Vale do Rio dos Sinos

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	13
RESGATANDO O CAMINHO	19
SOBRE A POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA.....	24
CONSULTÓRIO NA RUA: O NOSSO FAZER	27
CAMINHAR METODOLÓGICO	35
Intenções, motivações, proposições	35
Em busca de um agir metodológico	37
Aspectos éticos na pesquisa	41
RELATOS DE AFECÇÃO	43
Pedacinho do Céu	53
Hip hop, a vida positiva	57
POSSIBILIDADE DE PENSAR/FAZER SAÚDE NA RUA	67
CONCLUSÃO.....	71
REFERÊNCIAS	75
ANEXO: Formulário de informações de abordagens diárias	84
APÊNDICE: Termo de consentimento livre e esclarecido.....	85

APRESENTAÇÃO

Minha trajetória profissional e acadêmica começa na graduação em enfermagem, onde busquei – por meio de estágios extracurriculares – aprendizados relacionados com a atenção básica. O primeiro foi numa Policlínica de Porto Alegre, onde o trabalho de prevenção e promoção da saúde era conduzido pela equipe de enfermagem, além da realização de procedimentos primários como aferição de pressão arterial, curativos e administração de medicamentos. Percebi nestes momentos que a produção do cuidado poderia ir além de um procedimento, era também um dispositivo para a *integralidade da atenção*, onde o conhecimento cientificamente produzido no campo sanitário e intermediado pelos profissionais de saúde atinge a vida cotidiana das pessoas, uma vez que a compreensão dos condicionantes do processo saúde-doença oferece subsídios para a adoção de hábitos e condutas saudáveis, no mínimo no tocante a teoria da promoção da saúde e estilos de vida, como em Miguel Costa e Ernesto López discutindo a educação em saúde (COSTA; LÓPEZ, 1996).

Para a *integralidade da atenção*, a abordagem profissional de saúde não se restringe à assistência curativa, inclui a educação em saúde; o compartilhamento de conhecimentos e práticas em equipe e da equipe com os usuários; a prevenção de doenças, danos e agravos; a promoção da saúde, bem-estar e alegria; a orientação de condutas de enfermagem caseira e a conversa acolhedora, respeitosa e instigante. O segundo estágio foi na vigilância à mortalidade infantil (Programa Pra-Viver) junto ao Centro de Vigilância em Saúde, da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, onde o objetivo era elucidar as causas de óbitos de crianças de até 5 anos de idade no município, por meio da pesquisa em prontuários hospitalares e visitas domiciliares às famílias com óbitos infantis, onde utilizávamos um questionário para as mães que perderam seus filhos pelas mais diversas causas de óbito. Confesso que foi um momento muito doloroso ouvir e fazer falar os familiares sobre o histórico de saúde da gravidez, parto e primeiros anos de bebês falecidos, mas o trabalho era desenvolvido com uma equipe multiprofissional e se destinava à coleta e interpretação de dados para a melhoria das práticas de pré-natal.

A partir destas experiências e aprendizagens, o refletir sobre as práticas no campo da Saúde Coletiva se tornou mais palpável e mais vizinho das abordagens verificadas em cursos de extensão, semanas acadêmicas e congressos, os quais buscava para complementar minha formação em enfermagem e em alguns estágios curriculares, pois é crescente a referência, na enfermagem, da produção acadêmica da Saúde Coletiva e das Ciências Sociais e Humanas em Saúde, de onde provêm interrogantes como “saber disciplinar x invenção”, “sujeito x subjetivação” e “poder x potência”, problematizados do ponto de vista teórico por Michel Foucault, Roberto Machado, Jurandir Freire Costa e Kenneth Rochel Camargo Jr., entre outros. Outros interrogantes provêm do debate sobre os processos microssociais e/ou micropolíticos que ocorrem no interior das organizações de saúde, como nas noções de "trabalho vivo em ato" (Emerson Elias Merhy); "gestão e subjetividade" (Gastão Wagner de Souza Campos); análise institucional e educação em saúde (Solange L'Abbate); interações entre as dimensões pedagógica, da gestão, da atenção e da participação nos serviços de saúde (Ricardo Burg Ceccim) e questões de gênero, saúde e educação (Dagmar Elisabeth Estermann Meyer).

Concluí a graduação em enfermagem em 2004, pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos (Unisinos) e, de 2005 a 2009, trabalhei como enfermeira plantonista em um posto de saúde 24h, onde coordenava as vigilâncias epidemiológica, sanitária e de saúde ambiental. Concomitantemente atuava como enfermeira no Programa Agente Comunitários de Saúde (PACS) no município de Araricá, sua única Unidade Básica de Saúde (UBS), contemplando ações de proteção e promoção da saúde até o diagnóstico e tratamento das doenças prevalentes. Minha imersão na vida local, não só considerava as horas de trabalho, me envolvia com os mais diversos cenários sociais, com a escuta de trabalhadores e com vários problemas das famílias sob atendimento. Entre 2006 e 2007 ainda atuei como enfermeira temporária e fui coordenadora das três vigilâncias em saúde em três Estratégias Saúde da Família (ESF) no município de Barra do Ribeiro. Compete às equipes de Saúde da Família (eSF) a integralidade da atenção em território de adscrição (atenção e vigilância). O trabalho nos pequenos municípios gerava-me certa insatisfação e questionamento sobre meu futuro profissional, pois a prioridade das administrações era “o maior grau de amizades políticas”. No final do ano de 2009, fui chamada para assumir o cargo de enfermeira temporária no

Hospital de Clínicas de Porto Alegre, onde trabalhei na assistência a pacientes clínicos e cirúrgicos. Após 6 meses, comecei meu contrato de vínculo com a instituição. Percebia as práticas de saúde orientadas pelas especialidades médicas e a utilização da clínica como intervenção individual, sem a percepção do usuário como uma pessoa portadora de vontades e *desejo*, capaz de agir e reagir diante do que está sendo oferecido como resposta às suas queixas e aos seus incômodos. Convivendo cada vez mais com o afastamento de uma construção de outros saberes que não os biomédicos – e me lembrando de Roseni Sena e Laura Feuerwerker e suas discussões sobre as instituições formadoras perpetuarem modelos essencialmente conservadores, centrados em aparelhos e sistemas orgânicos e tecnologias altamente especializadas, dependentes de procedimentos e equipamentos de apoio diagnóstico e terapêutico (SENA; FEUERWERKER, 1999), sentia instaurar-se a distância de minhas práticas para com a interdisciplinaridade, a saúde coletiva, a integralidade e a participação social em saúde. Gastão Wagner de Sousa Campos cita ser necessário aproximar a saúde de outros campos disciplinares, como a filosofia, a educação e a psicanálise como o faz a saúde coletiva (CAMPOS, 2000), tendo em vista a complexidade das questões que envolvem o adoecimento, o ser saudável ou a promoção e proteção da saúde (CECCIM, 1998), de modo que se possa realmente pensar e intervir no cuidado em saúde no contemporâneo.

Acredito na importância da reflexão sobre o lugar da *atividade do trabalho* na produção de conhecimentos e de sentidos sobre o próprio trabalho. Pensando nessa vivência de sentir no próprio corpo a contradição entre o que estudara e buscara como trabalho e aquilo que meu trabalho real oferecia/permitia, reconhecia minha capacidade para uma leitura mais crítica do mundo e para a melhor articulação dos diferentes níveis de densidade/concentração tecnológica nos serviços de saúde. Podia relacionar o estudo do processo de trabalho em saúde com a formulação e implementação de políticas de saúde; não me agradavam os limites do hospital universitário. Após dois anos, saí do hospital. Em 2011, exerci a função de enfermeira da Estratégia Saúde da Família da *CliniCassí Porto Alegre* onde fomentei, conjuntamente com uma equipe multiprofissional, a atenção integral à saúde aos funcionários do Banco do Brasil. A Cassí é a Caixa de Assistência aos Funcionários do Banco do Brasil, agência administradora de um Plano de Saúde sob o formato autogestão. A *CliniCassí* oferece um conjunto de dispositivos sanitários e

socioculturais que partem de uma visão integrada da vida das pessoas, desenvolvendo intervenções educativas, assistenciais e de reabilitação. Antes, entretanto, de acabar meu período probatório na Cassí fui chamada, em agosto de 2012, no processo seletivo público do Grupo Hospitalar Conceição (GHC) para atuar como enfermeira do Consultório na Rua, onde estou exercendo minhas atividades profissionais até hoje.

O projeto do Consultório na Rua do Grupo Hospitalar Conceição, nomeado “Pintando Saúde”, começou a ser escrito em fevereiro 2010, tendo nascido da necessidade desse tipo de serviço na cidade de Porto Alegre, visto que se reconhecia como problema de saúde o uso do crack, além do reconhecimento de um elevado número de casos de violência relacionados com uso problemático ou prejudicial do álcool e outras drogas. Deve-se reconhecer, entretanto, que estas referências dialogam pouco com a integralidade da atenção, pautando-se na vigilância de problemas identificados à ação de saúde pública.

Os aspectos que foram abordados no projeto para a composição de uma equipe multiprofissional indicavam a proposta conceitual da *redução de danos* e a disposição em oferecer acesso em rede para a atenção psicossocial na saúde, bem como em articulação intersetorial no âmbito das políticas públicas, socioculturais ou socioassistenciais. Desde a sua criação, verifica-se algumas mudanças como a do perfil de atendimento, a mudança de nomenclatura de Consultório “de” Rua para Consultório “na” Rua e a alteração do Consultório como uma estratégia da área técnica de Saúde Mental para uma estratégia da Política Nacional de Atenção Básica, como hoje previsto na Portaria GM/MS nº 122/2011. O CnaR integra, de todo modo, a Rede de Atenção Psicossocial (Raps), prevista pela Política Nacional de Saúde Mental (Portaria GM/MS nº 3.088/2011).

Como Consultório na Rua (CnaR), passa a representar uma concepção de unidade básica “em situação de rua”, provisoriamente “desarmado” da estrutura física da atenção básica institucional na circunstância de atendimento às pessoas vivendo na rua. Se o primeiro modelo pertencia à clínica da conversa ou do encontro, como se espera da saúde mental, o segundo incluía o cuidado da enfermagem ou a clínica médica da medicina preventiva e social. Atualmente, a equipe do CnaR Pintando Saúde é da modalidade II, isto é, composta por uma assistente social, uma psicóloga, uma enfermeira, uma terapeuta ocupacional, duas técnicas em enfermagem e uma auxiliar administrativo, tendo sido integrado na maior

parte do seu tempo de atuação também por um professor de Educação Física.

No ano de 2012 me inscrevi para a Especialização em Saúde Mental: Gestão, Atenção, Controle Social e Processos Educacionais (Saúde Mental Coletiva), uma parceria entre o Centro de Educação Tecnológica e Pesquisa em Saúde – Escola GHC e o Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Sul (IFRS) – Campus Porto Alegre, motivada pela busca da formação em Saúde Mental como forma de me instrumentalizar para melhor assistir à população. O curso abordava o cuidado dos usuários com sofrimento psíquico e a maior responsabilidade para com o outro, principalmente nos momentos de sofrimento psíquico. A especialização me proporcionou e fomentou o conhecimento para além dos processos de trabalho com equipes intersetoriais e gestores da atenção básica, mostrou que durante o estado de sofrimento psíquico se evidenciam diferentes dificuldades e possibilidades de se promover a atenção. A aplicabilidade dos saberes da saúde mental no cotidiano da enfermagem numa equipe itinerante da atenção básica foi a motivação para o trabalho de conclusão na especialização, discorrendo sobre as práticas de trabalho e de cuidado em atenção básica do Consultório na Rua.

O Consultório na Rua Pintando Saúde, do Grupo Hospitalar Conceição, contribuiu para a ampliação do acesso aos cuidados de saúde oferecidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) para pessoas em situação de rua. O Trabalho de Conclusão de Curso (FÉLIX DOS SANTOS, 2013) trouxe uma reflexão sobre as políticas públicas destinadas à população de rua, segundo a produção em saúde deste serviço. A metodologia foi o relato de experiência como enfermeira desse tipo de serviço, descrevendo sua implantação, o desenvolvimento de ações, dados de produtividade e os resultados do trabalho em equipe. Os resultados, categorizados segundo o levantamento no banco de dados da própria equipe, mostrou que a proporção de homens nas ruas é maior que a de mulheres, o acesso à rede de saúde, mesmo quando sob acompanhamento pelo Consultório na Rua é difícil, as emergências clínicas e psiquiátricas têm dificultado menos o acolhimento quando comparadas à atenção básica, não pelo motivo da urgência, mas pela superação dos entraves burocráticos de acesso, como endereço e documentos de identidade. Na conclusão, assinalo que a materialização de um serviço de saúde para as populações de rua, capaz de acolhimento e resolutividade, precisava da orientação aos seus direitos e da efetiva mudança nos cenários

de rede em saúde e intersetoriais, única maneira de assegurar guarida a uma população “especial”, que não precisa ser corrigida e enquadrada nos cânones de ajustamento e inclusão da sociedade moderna para que disponha do direito universal à atenção, apenas ser atendida nos serviços públicos regulares e oficiais.

Meus interesses de pesquisa passaram a correr nesse sentido: considerar as diferentes possibilidades de promover a atenção, o cuidado como produção de vida, inclusive com populações em situação de rua, que vivem de modo diverso daqueles estimados como mais saudáveis e justos para a inclusão social, e a educação em saúde coletiva como formação de trabalhadores para o entrecruzamento saúde e sociedade. O acolhimento e a resolutividade, antevistos, foram bastante problematizados pelo tema dos direitos (efetivamente sem discriminação dos modos de levar a vida) e da mudança nos cenários de rede em saúde e intersetoriais (capazes de assegurar guarida a essa população, tal como vive, percebe, sofre, ama, adoce, morre). Onde se chegou é que são “encontros” que põem em evidência o cuidado e a cura, assim como são “encontros” que permitem a escuta de movimentos vivos e mutáveis, seja para compreender a população, seja para compreender os trabalhadores e suas ofertas ou atitudes para com a população e entre si. O objeto da pesquisa de mestrado, aqui apresentada, foram os *encontros na rua*, o método da pesquisa foi o *encontro na equipe de um consultório na rua* e o produto foi o *encontro como possibilidade de atenção e promoção da saúde* de moradores de rua.

O trabalho de pensamento que se segue aponta trajetórias percorridas na história do recente equipamento de saúde e na pesquisa qualitativa de escuta e acolhimento de sensações vertidas em interpretações para a comunicação e interação acadêmica ou profissional em atenção básica e saúde mental coletiva.

RESGATANDO O CAMINHO

Segundo a Secretaria Nacional de Assistência Social (2004), a população em situação de rua é definida como um grupo populacional heterogêneo, composto por pessoas com diferentes realidades, que têm em comum a condição de pobreza absoluta, vínculos interrompidos ou fragilizados e falta de habitação convencional regular, sendo compelida a utilizar a rua como espaço de moradia e sustento, por contingência temporária ou de forma permanente. De acordo com o Decreto nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009, que instituiu a Política Nacional para a População em Situação de Rua, atendendo formulação da Assistência Social, essa população é representada como grupo populacional heterogêneo que possui em comum a pobreza extrema, os vínculos familiares fragilizados ou rompidos e a inexistência de moradia convencional regular. Essa população se caracteriza, ainda, pela utilização de logradouros públicos (praças, jardins, canteiros, marquises e viadutos) e áreas degradadas (prédios abandonados, ruínas e carcaças de veículos) como espaços de moradia e de sustento, de forma temporária ou permanente, bem como unidades de serviços de acolhimento para pernoite temporário, moradia provisória ou acesso a recurso de asseio pessoal.

Visibilizando esta população, em particular por algumas marcantes necessidades em saúde, como o uso de drogas, a exposição ao contágio pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV), hepatite e tuberculose e a vulnerabilidade aos transtornos mentais, surgiu a experiência de assistência em saúde a que designamos “a céu aberto”, o Consultório de Rua. Era a cidade de Salvador, Estado da Bahia. O ano era 1999. Profissionais de saúde constataram que o número de crianças e jovens usuários de álcool e outras drogas, moradores de rua, diminuía quanto à frequência, se atendidos nos serviços especializados ou por serviços disponíveis na rua. Esse projeto, idealizado pelo professor e psiquiatra Antônio Nery Alves Filho, foi inspirado no trabalho da Organização Não Governamental (ONG) francesa “Médicos do Mundo”, integrada por trabalhadores de saúde que utilizam um ônibus equipado como clínica para atendimento de pessoas em situação de vulnerabilidade social, como moradores de rua e profissionais do sexo.

Já os dados organizados pela psicóloga Ana Regina Noto, o psiquiatra José Carlos Fernandes Galduróz, a farmacêutica Solange Aparecida Nappo e o psicofarmacologista Elisaldo Luiz de Araújo Carlini (2003), responsáveis pelos levantamentos do Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (Cebrid), revelavam que a maior parte dos jovens em situação de rua que buscavam ajuda a fim de parar ou reduzir o consumo de alguma droga o fazia junto a uma instituição de assistência específica para essa população, sendo que apenas 0,7% dos entrevistados procuravam uma unidade de saúde, mostrando “a enorme distância entre a situação de rua e os serviços de saúde”. Fatores como a descrença dos jovens em relação aos profissionais de saúde, a pouca familiaridade com os serviços de saúde, além dos “preconceitos dos profissionais em relação à situação de rua” parecem entrar no rol das dificuldades para se estabelecer uma relação com a rede sanitária institucionalizada.

Em nosso país, a condição de vida da população de rua coloca, no cenário das políticas públicas de saúde, uma desafiadora e intensa situação de iniquidade. Nesta direção, a produção do cuidado voltado a este segmento populacional precisa considerar este cenário de vida em desigualdade social, contemplando as necessidades de saúde desta população com a elaboração e implantação de estratégias que lhes digam respeito, sem “higienizar” sua condição com medidas corretivas ou compensatórias. Uma prática de saúde não opera em discriminação, opera em inclusão da diversidade, seja ela qual for. A vida não é uma regra das ciências da saúde, é a invenção de tantas saúdes, quantas forem necessárias à vazão do viver. Ofertas terapêuticas devem ser condizentes com os pedidos de mais vida provenientes de cada lugar onde a vida pede passagem. Por vezes, é preciso incluir intuitivamente uma rede de cuidados em saúde simplesmente porque não sabemos que vidas pedem passagem ou que vidas são experimentadas por pessoas em diversidade de modos de ver ou conseguir ver o mundo em relação a nós, nossas instituições e nossas verdades. Aqueles coletivos em desvantagem social, não apenas acumulam faltas, mas experimentam o mundo, a vida, o desejo e políticas de si de maneira diversa (BORGES, 2016).

Para trabalhar com estas populações, o Ministério da Saúde elaborou uma política pública específica, o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, instituído pelo

Decreto nº 7.179, de 20 de maio de 2010, para a intervenção terapêutica em álcool e outras drogas, propondo a criação de Consultórios de Rua que ofereceriam soluções em saúde e estratégias de cuidado para usuários de substâncias psicoativas e em situação de rua, indicando o paradigma da redução de danos. O contexto era de uma ação de saúde em conformidade com níveis de exigência e critérios mais flexíveis no tratamento dos usuários de álcool e outras drogas por reconhecer a função das substâncias psicoativas no seu andar a vida e as suas dificuldades no que tange à adesão em tratamentos de saúde pouco identificados com sua construção de vida. O papel ativo dos usuários num processo de redução de danos permitiria melhor reconhecê-los, melhor estruturar uma clínica que lhes dissesse respeito e melhor organizar redes de acesso e/ou circulação com capacidade cuidadora.

Já há um registro consistente dessa questão em pelo menos duas produções disponíveis: na pesquisa coordenada por Luiz Carlos de Oliveira Cecílio, cujo resultado se encontra, entre outras publicações, no livro “Os mapas do cuidado” (CECÍLIO; CARAPINHEIRO; ANDREAZZA, 2014); também nas muitas situações analisadas na pesquisa da Rede de Avaliação Compartilhada, pesquisa nacional coordenada por Emerson Merhy, em que mais do que um achado, essa concepção do usuário que é produtor de suas conexões com os serviços a partir de suas necessidades e concepções era parte central das definições teórico-metodológicas da pesquisa, e que tem uma produção extensa, em que além de alguns artigos publicados, recentemente foi consolidada e compartilhada em dois livros disponíveis em acesso livre (MERHY; BADUY; SEIXAS; ALMEIDA; SLOMP Jr, 2016; FEUERWERKER; BERTUSSI; MERHY, 2016).

Em 2009, o Ministério da Saúde propôs que o Consultório na Rua se tornasse uma das estratégias do Plano Emergencial de Ampliação de Acesso ao Tratamento em Álcool e outras Drogas no setor da saúde, sendo incluído, em 2010, no Plano Integrado Nacional de Enfrentamento ao Crack, que teve como objetivo ampliar o acesso aos serviços assistenciais e melhorar e qualificar o atendimento oferecido às pessoas que usam álcool e outras drogas, oferecendo ações de saúde na rua. Admitindo-se a possibilidade do uso deste dispositivo e visando ampliar o acesso da população de rua ao cuidado de saúde, também ouvindo essa população por suas instâncias organizativas nascentes, aparece o debate da

assistência ou proteção de saúde ampliada da redução de danos em álcool e outras drogas para a oferta, de maneira mais oportuna, da atenção integral à saúde, neste caso, por meio de equipes e serviços de atenção básica. Modificou-se a proposta de Consultórios “de” Rua para Consultórios “na” Rua, de acordo com a Portaria GM/MS nº 122, de 25 de janeiro de 2011. Assim, Equipes de Consultório na Rua (eCR) foram delineadas de modo a prever formação inicial para tal trabalho e acesso a processos de educação permanente, contemplando a abordagem das diferentes necessidades de saúde da população em situação de rua, além da manutenção e desenvolvimento dos valores e competências previstos na prática da redução de danos.

Os processos de trabalho do Consultório na Rua demonstraram práticas de cuidado em atenção básica que visavam à ampliação do acesso e ao acolhimento de moradores de rua em estratégias de saúde, estruturando ofertas terapêuticas e políticas de trabalho fora da clausura do protocolo, do sistema de informações, da porta de entrada em linha vertical de trânsito por serviços instituídos e predefinidos à população a assistir. O presente trabalho dissertativo teve como proposta falar e “pensar” sobre a produção de vida e cuidado desenvolvida em um Consultório na Rua, especificamente o CnaR Pintando Saúde, do Grupo Hospitalar Conceição, que foi implantado no ano de 2010 na zona norte de Porto Alegre.

O objeto da dissertação perpassou a descrição do trabalho no CnaR, mas pretendeu fazer uma reflexão crítica e analítica das práticas e das políticas públicas de saúde para populações de rua, questionando a produção em saúde neste tipo de serviço. A experiência como trabalhadora dentro dessa equipe foi tomada em causa, assim como o relato de vivências no Consultório, a história de sua implantação, o desenvolvimento de suas ações e procedimentos e a presença de pesquisador e alunos da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, de diferentes formas presentes nesta dissertação.

Partiu-se da pertinência desse equipamento como dispositivo assistencial inovador de atendimento às populações em situação de rua no próprio espaço da rua, assim como se escolheu a saúde coletiva como o referente conceitual estratégico ao debate sobre a produção de vida e da atenção. É a educação em saúde coletiva o solo epistemológico principal às tematizações, problematizações e considerações de pesquisa, análise e

interpretação que foram buscadas e desembocaram na noção de “Encontros na Rua” para assinalar as possibilidades de atenção e promoção da saúde em um “consultório”, setting, entretanto, a céu aberto.

SOBRE A POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA

O espaço das ruas é meio de vivência e de sobrevivência. Os ocupantes das ruas têm diferentes motivações para ali estarem ao longo da história, dos dias e das vidas que se pode levar em sociedade. Não se trata de uma ocorrência recente, tampouco resulta apenas dos fatores socioeconômicos atribuídos à exclusão social. Populações na rua existem em todas as cidades, ao longo dos tempos, envolvendo deficientes, loucos, alcoolistas, *hippies*, desempregados, subempregados e pedintes, diversos tipos de “miseráveis” (ex-presidiários, vagabundos e trombadinhas), além de travestis, prostitutas e michês (MATTOS; FERREIRA, 2004).

As pessoas na rua aumentaram com a concentração populacional nos grandes centros urbanos e as agudas desigualdades sociais produzidas pela concentração de riquezas no mundo capitalista e pela falta de emprego e escola para todos, assim como a falta de serviços de saúde mental ou atenção integral à saúde que desse cobertura às aflições da vida: ter com quem falar, poder assimilar experiências sensoriais e sofrimentos difusos (PAIVA-DE-CAMPOS; CECCIM, 2016). A clivagem social entre pobres e ricos e o modelo de cidade do capital levou a que crescentes grupos de indivíduos se utilizassem das ruas como moradia. A população em situação de rua começa a receber atenção política pelo aumento de seu contingente, pela sua emergente organização como movimento social e pela presença das drogas, especialmente o crack (BRASIL, 2009).

Cláudio Candiani, Marcelo Pedra e Andrea Gallassi (2012, p. 73) alertam que a designação “população em situação de rua” arrasta definições heterogêneas, sobretudo se tentamos comparar conceitos e valores internacionais. No Brasil, o termo consolidado expressa mais o contexto de vida em relação à rua, não a ausência de casa ou moradia fixa, como outros países tendem a classificar (*homeless/sem teto*). O incremento da população em situação de rua, relacionado com a exclusão social, revela o contingente de pessoas que não obteve – de maneira bem-sucedida – inclusão no modelo econômico do capitalismo neoliberal, o qual exige qualificação escolar e profissional, dedicação pessoal ao trabalho e emprego, vínculo familiar e paternidade responsável, além de educação financeira, mesmo que itens

impossíveis ou inacessíveis à maioria da população. A condição de exclusão social convida para o uso intensivo do álcool, crack e outras drogas, condição que, somada à situação de rua, vem configurada pelos estigmas da marginalidade, da criminalidade e da miséria.

Antônio Nery Alves Filho, Andréa Leite Ribeiro Valério e Luiz Felipe Monteiro (2005, p. 17) citam que a marginalidade, a criminalidade, a ignorância e o consumo de álcool e outras drogas configuram a representação social dos contingentes populacionais de rua. O resultado dessa representação, largamente difundida e assentida na sociedade “é a estigmatização, cuja denominação comum atesta o caráter de exclusão social: eles são moradores de rua... são meninos de rua”. O estigma “de rua”, conforme os autores, muitas vezes “recobre tal população de representações pejorativas”, o que, por sua vez, para muitos, afasta “a possibilidade de reflexão sobre os determinantes afetivos, sociais e econômicos envolvidos no contexto de vida da população em situação de rua”.

Somar-se-á na descrição da população que vive nas ruas, fatores como a ausência de reconhecimento social e de acesso aos direitos mínimos de sobrevivência, dignidade humana e cidadania, assim como a privação de vínculos familiares e sociais, embora os laços emergentes na rua e a situação de famílias na rua. Estão nas ruas homens, mulheres, crianças, idosos e mesmo famílias, inclusive aquelas que se formaram nas ruas. Viver na rua pode nem sempre significar viver sem dinheiro, pois muitos indivíduos dela obtêm o mínimo necessário ao seu sustento, bem como não expressa viver sozinho, uma vez que os indivíduos podem nelas estabelecer novos vínculos. Estes vínculos vão se formando à medida que a rede de vínculos construída na rua passa a ser uma referência mais significativa para o indivíduo do que a própria família.

Em 2008, o então Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome realizou um censo relativo à população em situação de rua, que procedeu à contagem de todas as pessoas acima de 18 anos, em um universo de 71 municípios com população total superior a 300 mil habitantes, e reconheceu os quatro censos realizados autonomamente pelos municípios de São Paulo, Belo Horizonte, Recife e Porto Alegre. Em Porto Alegre no estudo de 2008 foram contabilizadas 1.406 pessoas em situação de rua. Os principais motivos pelos quais essas pessoas passaram a viver e morar na rua se referiam aos problemas de alcoolismo e/ou drogas (35,5%); desemprego (29,8%); e desavenças com pai/mãe/irmãos

(29,1%). Dos entrevistados no censo, 71,3% citaram pelo menos três desses motivos, o que a pesquisa destaca como de possível correlação entre si ou de recíproca consequência (MDS, 2008).

O Ministério da Saúde, em conjunto com outras políticas sociais, lançou, em 2009, o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde – Pead/2009-2010, instituído pela Portaria nº 1.190, de 04 de junho de 2009, e, em 2010, o Governo Federal lançou o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas – Piec, instituído pelo Decreto Presidencial nº 7.179, de 20 de maio de 2010, com objetivo de intervir nas causas e consequências do uso problemático de álcool e outras drogas. Esses instrumentos propuseram que o Consultório na Rua viesse como estratégia ao objetivo de ampliar o acesso aos serviços assistenciais e melhorar e qualificar o atendimento oferecido às pessoas que usam álcool e outras drogas, por intermédio de ações de saúde na rua.

CONSULTÓRIO NA RUA: O NOSSO FAZER

O projeto “Consultório de Rua” foi concebido em 1997 pelo coordenador e fundador do Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas – Cetad, da Universidade Federal da Bahia – UFBA, professor Antônio Nery Alves Filho, após a produção de pesquisa etnográfica sobre os meninos e meninas de rua usuários/usuárias de substâncias psicoativas legais e ilegais, na cidade de Salvador/BA. Naquela ocasião foi constatada a necessidade de respostas mais adequadas às questões relacionadas aos jovens usuários de drogas em situação de rua (BUCHER, 1996). O Consultório de Rua foi desenvolvido como um dispositivo para atender aos meninos e meninas em situação de rua, usuários/usuárias de drogas, que se encontravam em risco pessoal e social, cujo atendimento se dava fora dos muros institucionais. Sua metodologia de trabalho envolvia o desenvolvimento de ações por meio de equipes multiprofissionais que se dirigiam ao encontro do público em seus locais de permanência, em pontos distintos da cidade, com o apoio de um veículo adaptado para essa finalidade e realizando atendimentos *in loco*, visando à prevenção e à redução de danos decorrentes do consumo de drogas, além da prevenção das doenças sexualmente transmissíveis e da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (DST/Aids).

Já o Consultório na Rua, segundo o Ministério da Saúde (2010), veio para substituir a modelagem tecnoassistencial que se pautava na hegemonia do consultório médico-assistencial, sob parâmetros da saúde pública e cuidados biomédicos, devendo abandonar a lógica da demanda formalmente instituída pela busca espontânea ou da vigilância epidemiológica e o cuidado de condição caritativa, assim como a abordagem única da abstinência quanto ao consumo de drogas. A partir da Política Nacional de Saúde Mental, instituída pela Lei Federal nº 10.216, de 6 de abril de 2001, que “dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental”, deu-se início à formulação de uma política integrada de atenção ao consumo problemático de álcool e outras drogas, recomendada desde a III Conferência Nacional de Saúde Mental, em 2001. Em 2003, o Ministério da Saúde reforçou a Política de Atenção aos Usuários de Álcool e Outras Drogas, instituindo o Programa

Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e Outras Drogas com o objetivo de articular ações desenvolvidas pelas três esferas de governo, destinado a promover a atenção de saúde às pessoas com uso problemático de álcool ou outras drogas, organizando e implantando uma rede estratégica de serviços extra-hospitalares de assistência. Foi considerada a vulnerabilidade a que estão expostas as populações de rua, agravada pelo uso de drogas, bem como pelas dificuldades em aderir aos modelos tradicionais de serviços da rede de saúde.

Entre os profissionais habilitados para atuarem no Consultório na Rua, a normatização ministerial relacionou: agente social, assistente social, enfermeiro, médico, psicólogo, técnico em saúde bucal, técnico ou auxiliar em enfermagem, professor (profissional) de educação física, profissional com formação em arte, profissional com formação em educação e terapeuta ocupacional (Portaria nº 1.029, de 20 de maio de 2014). Sempre que se inclua o técnico em saúde bucal, deve ser assegurada a supervisão de cirurgião-dentista. O agente social corresponde a uma ocupação de nível médio, devendo tal trabalhador ter agregado em seu perfil de competências conhecimentos em Redução de Danos. O Consultório pode manter relações permanentes com os Núcleos de Apoio Matricial em Atenção Básica/Saúde da Família, onde podem estar localizados outros profissionais como arte-educadores, sanitaristas e médicos veterinários, além das diversas subáreas de especialidade médica (ginecologia, obstetrícia, pediatria e psiquiatria, por exemplo). Conforme informações do Portal da Saúde (Ministério da Saúde¹) em 2012 eram 92 equipes de Consultório na Rua, em 2014 esse número sobe para 114 eCR e no ano de 2016 alcança o montante de 144 eCR.

Existem atualmente três modalidades de Consultório na Rua, segundo a Portaria GM/MS nº 1.029/2011: a **Modalidade I** tem equipe formada minimamente por 4 (quatro) profissionais, dentre os quais 2 (dois) obrigatoriamente nas categorias de enfermeiro, psicólogo, assistente social e terapeuta ocupacional e os demais dentre as categorias de agente social, técnico ou auxiliar em enfermagem, técnico em saúde bucal, cirurgião dentista, profissional/professor de educação física e profissional com formação em arte e

¹ Pop rua – home: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/sgep/pop-rua#home>

educação; a **Modalidade II** tem equipe formada minimamente por 6 (seis) profissionais, dentre os quais 3 (três) obrigatoriamente nas categorias de enfermeiro, psicólogo, assistente social e terapeuta ocupacional e os demais dentre as categorias de agente social, técnico ou auxiliar em enfermagem, técnico em saúde bucal, cirurgião dentista, profissional/professor de educação física e profissional com formação em arte e educação; e a **Modalidade III** tem a equipe nos termos da Modalidade II acrescida de um profissional médico. Conforme Nota Técnica do Departamento de Atenção Básica, do Ministério da Saúde², em 2016 existiam, no Rio Grande do Sul, 6 eCR, distribuídas em 5 municípios. Apenas o município de Porto Alegre (capital) possui uma eCR da modalidade III (equipe com médico), as outras 5 eCR são da modalidade II.

Para as atividades do CnaR Pintando Saúde, do GHC, foi disponibilizado recentemente um veículo de 15 lugares (locado, pois o conserto e recuperação do veículo próprio não indicaram custo-benefício justificado), dois telefones celulares, cota de lanches e sucos, estoque de preservativos, material de enfermagem para curativos e administração de medicamentos, kit teste rápido de HIV/Sífilis e alguns dos medicamentos que podem ser prescritos por enfermeiro, conforme protocolo institucional/municipal. As atividades de trabalho da equipe são divididas por microequipes, conforme a combinação de aproximadamente três pessoas por microárea, atuantes em dias fixos da semana, como estratégia de vinculação com a população (rotina de território). Atualmente são abordadas 5 microáreas na zona norte de Porto Alegre, definidas a partir de um mapeamento do território físico e de relações (locais que apresentem coletivos distintos de pessoas em relação aos modos de viver na rua, alternando concentração de gênero, atividades na rua e tipo de substâncias psicoativas predominantes).

A atividade da equipe não se detém apenas na abordagem de rua, pois quando necessário e, com a vontade do usuário, os trabalhadores do Consultório fazem a inserção e acompanham tais moradores junto aos serviços necessários para a efetivação do projeto terapêutico individual, prevenindo e reduzindo danos, associados ou não ao uso de substâncias psicoativas. Contudo, o que prioritariamente é desenvolvido é a atenção integral à saúde, abrangendo a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos,

² Atenção Básica – rede implantada: <http://dab2.saude.gov.br/sistemas/notatecnica/frmListaMunic.php>

o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação. A ideia é escapar dos modelos da vigilância epidemiológica e da clínica psiquiátrica. As principais características a serem destacadas nessa metodologia de trabalho são a abordagem ao usuário no local onde ele se encontra (*in loco*), levando em consideração que o *setting* é a rua, isso por sua vez exige ou instiga a uma atuação da equipe que avalie as condições de vida, facilite o seu acesso à rede de serviços do município, ofereça assistência multiprofissional e interdisciplinar, proteção à cidadania e dignidade e incentive a elevação dos padrões de qualidade de vida.

Para Antônio Lancetti (2006), a desterritorialização do *setting* – do consultório do médico para o consultório da rua – possibilitou a criação de outras formas de “engate terapêutico”, exemplificando com a estratégia da Redução de Danos, endereçada aos usuários de drogas que vivem em contextos marginalizados socialmente. Numa das microáreas abordadas, que tem predominantemente o gênero feminino, encontram-se mulheres que “transitam”, algumas com moradia fixa, outras não, no território ou fora dele. Trabalham com o sexo ou prostituição de rua, fazendo uso excessivo de crack, associado ou não ao álcool. As atividades de consultório na rua demandadas nesta microárea abrangem a distribuição de preservativos, teste rápido de HIV e sífilis, exames para confirmação de gravidez e DST, aplicação de contraceptivo injetável, curativos, documentação de identidade, acompanhamento nas emergências psiquiátricas (inclusive para a desintoxicação), redução de danos nutricionais, acompanhamento de pré-natal e diálogo terapêutico com os profissionais (uma forma não só de escuta, mas de vinculação). Concomitantemente, outra microárea abordada semanalmente apresenta uma população predominantemente masculina, habitante contínua de uma praça para onde a equipe pode se deslocar para o atendimento. Fazem uso do álcool como principal substância psicoativa e também demandam orientação e cuidados para a contracepção e prevenção das DST/Aids. Outras microáreas abordadas semanalmente têm públicos mais mistos, circulam ou moram, se fixam ou estabelecem movimentos pendulares com outros espaços da zona norte, conforme oportunidades de obtenção de alimento, dinheiro, abrigo e atendimento de demandas em higiene e eliminações.

Depois de levantadas as necessidades individuais de saúde, a partir da abordagem em grupos, o trabalhador de referência da microárea, quando não pode realizar procedimentos

necessários marca com o usuário uma data para o contato com a equipe que possa melhor acompanhá-lo. Quando se faz necessário acessar a rede de saúde, priorizam-se as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e a Estratégias Saúde da Família (ESF), mas as Unidades de Pronto-Atendimento e as Emergências se tornam os lugares mais facilmente acessados devido a não exigência de documentação de identificação ou comprovante de residência. A consideração da vulnerabilidade como necessidade de um atendimento mais imediato ou diferenciado nem sempre se verifica na atenção básica tal como instituída, tampouco na internação hospitalar, não há priorização de atendimentos ou vaga.

Evidências como essas levaram Jairnilson Silva Paim (2006) a fazer uma alusão à Estratégia Saúde da Família, sugerindo “que deveriam ser cogitadas alternativas para os *sem família*, como as crianças e adolescentes em situação de risco e grupos residentes em áreas sob o domínio do tráfico” (p. 67). Nesse sentido, o atendimento a grupos em situação de risco e de exclusão social procura transpor o desafio de combinar o princípio da universalidade com o da equidade como forma de minorar as desigualdades existentes, e deveriam se concretizar na prática, uma vez que dois dos três princípios doutrinários que, junto com a integralidade regem o SUS.

Atividades como reuniões semanais de equipe também fazem parte do serviço e visam propiciar momentos de fortalecimento dos laços de equipe, educação permanente, discussão e estudo de casos, compartilhamento de ações e intervenções a serem realizadas no território e promoção da gestão coletiva na construção das estratégias de saúde a serem implantadas. A essa reunião de estratégias educativas em ato e sistemas ou serviços de saúde Ricardo Burg Ceccim designou dispositivo “educossanitário” e estão documentados em dois livros do ano de 2016, após pesquisa junto a atenção básica e seus vários equipamentos de cuidado em saúde (CECCIM; KREUTZ, 2016, CECCIM; KREUTZ; PAIVA-DE-CAMPOS; CULAU, 2016).

Um projeto contínuo que a equipe acompanha semanalmente é o programa de rádio “Quartas Intenções”, programa que tem duração de uma hora, dentro da rádio comunitária da Associação de Moradores do Bairro Rubem Berta – AmorB (Rádio AmorB FM). O programa Quartas Intenções se destina aos usuários e ex-usuários de todos os serviços de saúde mental e aos moradores de rua vinculados ao Pintando Saúde, sendo um espaço

onde têm oportunidade de interagir e serem ouvidos.

Para organizar os processos de trabalho, conhecer estatisticamente os usuários atendidos pelo serviço e descrever a produtividade em ações e procedimento de atenção à saúde no serviço, em 2013, o Pintando Saúde reformulou sua “planilha de abordagem” e banco de dados para otimizar o ingresso de dados e o seu acesso para fins de descrição e avaliação. Com o auxílio dos estagiários de saúde coletiva foi organizada a nova planilha, que foi um dos produtos discutido na monografia de Guilherme de Souza Muller (2003), onde diz que “devido à inovação desse serviço em atenção básica e os poucos anos de atuação, a formulação dos registros de abordagem ainda eram muito incipientes e os indicadores preconizados pelo Ministério da Saúde também não (...) [eram] totalmente aplicáveis ao serviço”.

Percebemos que além da necessidade de atender essa população com relação ao uso de crack, álcool e outras drogas; contracepção, prevenção de DST/Aids, redução de danos pela desnutrição e desidratação, havia necessidade de planejar ações de uma saúde ampliada e referida à qualidade da vida. O que indicava a necessidade de planejar recursos e procedimentos. No primeiro semestre de 2013, alguns indicadores foram sistematizados, compondo-se um banco de dados próprio da eCR do GHC. Um formulário específico teve por objetivo demonstrar os tipos de atendimentos processados no cuidado à população em situação de rua, cercando-se de informações prestadas pelos usuários sobre serviços buscados nas redes socioassistencial e de justiça e segurança pública (abrigos, albergues, igrejas, escolas, instituto de identificação, delegacias, centros de referência especializada em assistência social etc.). Procedeu-se ao registro por nome completo, idade, raça, procedimentos realizados pela equipe, informes do acesso às demais redes e espaço livre para registro de pactuações ou outras informações pertinentes. O formulário era preenchido em acordo com os usuários, sem o ritual do cadastro obrigatório e documentos comprobatórios. A equipe teve a preocupação de formular uma planilha de maneira que as informações contidas fossem facilmente preenchidas pelos trabalhadores e estudantes que a utilizassem, devido ao dinamismo do trabalho nos cenários de rua e para o correto preenchimento das informações.

A produtividade do Consultório na Rua Pintando Saúde apresentada a seguir surgiu do

período de 1º/01/2013 à 30/06/2013 com 736 usuários cadastrados. Do total de usuários atendidos, a distribuição por gênero foi de 64% homens (473 indivíduos), 36% mulheres (263 indivíduos). A variação de idade somente pode ser considerada com a amostra de 243 indivíduos que a informaram ou sabiam informar, revelando uma mediana de 30 anos de idade, a máxima foi de 62 e a mínima de 2 anos de idade. Sobre o acompanhamento dos usuários na rede de saúde pela equipe do Pintando Saúde constatou-se 21 pessoas conduzidas à internação hospitalar. Destas, 29% em internação de clínica geral, 47% em internação psiquiátrica e 24% distribuída nas áreas de traumatologia, infectologia e fisiologia.

No âmbito do requerimento de atendimento de urgência, 19 pessoas foram levadas aos serviços de pronto-atendimento e emergências; 18% foram para emergência geral, 56% emergência de saúde mental e 26% emergências psiquiátricas. Do total de 1.829 procedimentos estratégicos realizados exclusivamente pela equipe, os três mais frequentes foram o diálogo terapêutico, a entrega de preservativos e a redução de danos nutricionais, com a seguinte proporção: “diálogo terapêutico” – 1.139 atendimentos (62%); entrega de preservativos – 239 atendimentos (13%); e redução de danos nutricionais – 165 atendimentos (9%). Na esfera dos atendimentos anteriormente programados com os usuários foram contabilizadas 1.306 ações. A abordagem na rua se mostrou o principal atendimento programado, com 933 ações (78%), seguido por busca programada, com 105 ações (9%), visita institucional, com 75 ações (6%), visita a familiares, 60 ações (5%) e demanda espontânea, 28 ações (2%) destinadas a pessoas que buscaram a sede do Consultório.

A proporção de homens maior que a de mulheres na população em situação de rua não foge à regra nos estudos nacionais relativos a essa população. Conforme a Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua (PSR), realizada 2008 (BRASIL, 2008), 82% dos moradores são do sexo masculino. A faixa etária mostrada está entre os 25 e os 44 anos de idade. Quando falamos de acesso à rede de saúde, percebemos que o CnaR do GHC trabalha como efetiva “porta de entrada” para o sistema de saúde, fazendo o acompanhamento e oferecendo oportunidades de inserção social e de educação, promoção e recuperação da saúde para a população de rua. Com relação aos dados de

inserção na rede de saúde, uma importante parcela corresponde à internação psiquiátrica ou à estratégia de Redução de Danos como um exemplo das novas formas de trabalhar com usuários de drogas que vivem em contextos de vulnerabilidade social.

A clínica “ampliada e compartilhada”, como definida na Política Nacional de Humanização (2009), também é uma prática da equipe do Consultório, que se utiliza das diretrizes dessa Política. Nessa concepção de clínica, o modo de se fazer saúde se torna mais qualificado porque se propõe a ligar os atores de saúde em rede intersetorial e inserir familiares, amigos e vizinhança no cuidado em conjunto com os usuários. A clínica “peripatética”, como definida por Lancetti (2006), também é recurso conceitual e inspiração à prática da equipe do Consultório, pois norteia as ações dos profissionais no campo da saúde mental, oferecendo assim possibilidades terapêuticas, uma vez que orienta funcionar/operar em meio aberto, onde os usuários podem encontrar as situações cotidianas com função clínico-terapêutica (redes familiares, socioculturais, de trabalho etc.). Vemos claramente que essas práticas aumentam a autonomia do usuário quando procura espontaneamente o serviço de saúde ou quando em abordagens de rua ou visitas programadas às famílias fazemos emergir uma “rede afetiva”, potente instrumento que une as equipes de trabalhadores de saúde e usuários.

CAMINHAR METODOLÓGICO

Intenções, motivações, proposições

Considerando que a rede formal de saúde tem dificultado o acesso da população em situação de rua, exigindo que – na busca por serviços – superem a rejeição dos profissionais, pois seu aspecto físico, vestuário e más condições de asseio (decorrente da dificuldade em manter uma higiene pessoal regular) provocam atitudes de repulsa, além da falta de documentação e comprovante de residência que são pedidos no cadastramento de porta de entrada aos serviços, temos uma urgência ética de estudar alternativas de acolhimento, vínculo e responsabilização. A falta de comprovante de residência e muitas vezes de documentos de identificação faz com que as pessoas em situação de rua enfrentem pesados entraves burocráticos no acesso às unidades de saúde, principalmente na atenção básica, tendo dificultada a sua entrada e passagem pelos diferentes estágios do tratamento, entre eles o recebimento de medicação, a marcação de consulta de retorno e o agendamento de exames. Esses aspectos são reforçados por Carmen Fontes Teixeira (2002), que refere a importância da busca de alternativas que possam contribuir para o alcance e a aproximação dos objetivos de universalidade, integralidade e equidade, bem como da investigação e reflexão crítica do processo e dos resultados da implementação de inovações gerenciais, organizativas e operacionais em saúde cujas atividades extrapolem os muros das unidades de saúde, articulando ações educativas de promoção da saúde com ações de prevenção de riscos e agravos.

Para Merhy (2002), “o tema de qualquer modelo de atenção à saúde, faz referência não a programas, mas ao modo de se construir a gestão de processos políticos, organizacionais e de trabalho”, conforme estejam, como propõe o autor, “comprometidos com a produção dos atos de cuidar do indivíduo, do coletivo, do social, dos meios, das coisas e dos lugares”. Logo, se antes de quaisquer saberes clínicos, considerarmos a vulnerabilidade e os riscos à saúde como diagnóstico já teremos motivo de prioridade e urgência em assegurar acolhimento e tratamento. A seguir, pela extensão desse diagnóstico aos riscos de não

adesão, não cumprimento da prescrição por impossibilidades cognitivas, psicossociais, ambientais, culturais e materiais de acesso à moradia, água tratada, alimentação saudável e boas condições de sono, eliminações e higiene, precisamos de singulares estratégias de vínculo, além de efetiva responsabilização. Um olhar mais integral e menos burocrático para essa população de necessidades singulares é fundamental para enunciar cuidado, tratamento e escuta.

O Consultório na Rua vem se apresentando como alternativa e como uma estratégia de reorganização e inserção da atenção básica e saúde mental àqueles que sequer se sentem usuários do SUS por não conseguirem acesso aos seus serviços. Na condição de trabalhadora de um serviço no modelo CnaR percebo a atuação de toda uma equipe que se preocupa com a construção de vínculo com os usuários em suas *estâncias*³, ajustando-se às suas linguagens e símbolos, respeitando seus sentidos e significados, responsabilizando-se por essas pessoas em múltiplos estilos de contato, diálogo, ofertas e retornos. Vivencio, conjuntamente com essa equipe, frustrações e impotências, como também a intolerância da rede intersetorial, a exclusão preconceituosa e a segregação moral que afastam o cuidado integral em saúde, a assistência social e o incentivo à autonomia para pessoas que não conseguem se fazer “ver” e serem “ouvidas”.

Nos estudos de caso junto à equipe do Pintando Saúde sobre nossos usuários moradores de rua, colhemos as vivências relatadas pelos trabalhadores e percebemos como se afetam e interagem. No relato sobre o contato com a população de rua, flutuam as conversas sobre acolhimento, vínculo, responsabilização, resolutividade e participação na construção da autonomia de vidas em movimento. Uma saúde “falada” e uma saúde “sentida” pelo encontro dos trabalhadores com os usuários. O relato ganha uma tonalidade na narrativa e outra na construção do projeto terapêutico. No debate emerge um “dever” de exercer uma outra prática, a do “nosso” fazer, original e crítica, não protocolar, não dependente de modelos predefinidos e não refém dos modelos de gestão tecnoassistencial. Os direitos da população em situação de rua estão para além daquilo que está na legislação ou nos planos teóricos de linhas do cuidado. A equipe rechaça os parâmetros de normalidade em defesa

³ Estância: de estar. Lugar, onde se está ou se permanece. Estação. Paragem. Recinto. Morada. (Dicio, Dicionário Online de Português – dicio.com.br)

das alteridades vivenciadas na rua, mesmo trabalhadores com fé em religiosidades de orientação fundamentalista.

Em busca de um agir metodológico

O atendimento pode acontecer a qualquer momento, transcorrendo nas ruas, por telefone, na sede física do CnaR, nos serviços de assistência social, em hospitais, em unidades básicas de saúde, em unidades de pronto atendimento, em centros de atenção psicossocial etc. O usuário terá sua demanda correspondida e, conforme seu desejo e capacidade da equipe e rede intersetorial receberá atendimento e acolhimento. O plano terapêutico individual – PTI, desdobramento do Projeto Terapêutico Singular – PTS depende do olhar compartilhado e do planejamento de uma intervenção que repercuta na sua saúde ou na sua vida de um indivíduo (PTS Individual) sob atenção, grupo social ou comunidades de prática (PTS Coletivo), independente de “cura” (supressão de uma fisiopatologia em curso, por exemplo). As interações na rua têm seus registros, ao longo da jornada de trabalho, em planilhas, podendo orientar o PTS da ação CnaR.

Para a presente pesquisa, associou-se diários e gravações em áudio e vídeo, quando obtida a aceitação e em coerência com a vontade e consentimento da população de rua de se ver e de poder dizer de si, desde si. As transcrições das gravações de áudio foram extraídas o mais breve possível de seu registro, aproveitando o impacto da memória que ocorre no momento contemporâneo às interações. As anotações em diários após as abordagens de rua também surgiram como “memórias da rua”. Tal providência veio também dos colegas, conforme acreditassem auxiliar na captação de registros da construção afetiva entre trabalhadores de saúde na rua e habitantes da rua. As interações na rua para os fins da presente pesquisa pertencem aos momentos da rotina de trabalho da equipe itinerante e multiprofissional do Consultório na Rua Pintando Saúde, do GHC, embora uma em particular, aqui central, represente momento de estudo e reflexão dessa equipe, com o acompanhamento de seu apoiador matricial em psiquiatria.

Os locais de gravação de áudio aconteceram predominantemente na sede física do

Consultório pela melhor captação de imagem e som e onde acontecem as reuniões da equipe, mas escolhemos apenas dois vídeos, ambos na rua para os fins materiais dessa dissertação, ambos publicizados na página do Facebook do Pintando na Rua: um com a visita à “casa nova” de um casal e outro a performance de *rap*, que foi cantado durante um encontro não planejado com coletivos de moradores de rua. A letra apresenta uma narrativa cujo cerne trata do preconceito racial e das dificuldades enfrentadas pelos moradores negros da periferia.

A fonte de informação/perturbação/reflexão utilizada foi de uma reunião de discussão de caso com o matriciamento em psiquiatria, pelo médico apoiador no Pintando Saúde. Como acordo de pesquisa, essas reuniões foram gravadas e transcritas em um diário para o acesso de toda a equipe. As reuniões ocorrem quinzenalmente na primeira e terceira quartas-feiras de cada mês. É selecionado um atendimento de rua, conforme necessidade de estruturar com a maior brevidade uma estratégia de encaminhamento, atendimento ou entendimento. Contam com a presença de todos os trabalhadores da equipe, residentes multiprofissionais de saúde mental, estagiários de cursos de graduação e o médico psiquiatra que integra a equipe de Apoio Matricial realizado pelo Serviço de Saúde Comunitária do GHC. O apoiador matricial apoia a equipe do Consultório e, por vezes, realiza abordagem terapêutica de algum morador de rua, utilizando a sede do CnaR.

As reuniões de equipe também são potentes momentos de encontro de todos os trabalhadores e operam desafios de *pensar saúde*. Logo depois dos encontros, as mesmas foram transcritas. O período foi de outubro de 2014 a março de 2016. As transcrições foram realizadas pela pesquisadora, focando nos relatos onde foram discutidas situações de entendimento, atendimento e encaminhamento. As transcrições buscaram a memória para a lembrança do vivido no debate e elementos para conhecimento/interpretação das pessoas em situação, usuárias do CnaR Pintando Saúde.

A metodologia nesta investigação, como em qualquer pesquisa, pretendeu nortear o encontro com o campo. Seguiu os *passos* da cartografia, acolhendo os desafios de pensamento emergentes das redes de interação, das redes de conversa e das redes de conexão espontânea que vieram convocar experimentações e *perturbar* análises, interpretações e teorizações. Para Eduardo Passos e Liliana da Escóssia (2009) a cartografia

se contrapõe a uma tradição que define o método a partir das metas, propondo, em seu lugar, a centralidade do caminho em relação às metas. O que nos propusemos foi a efetivação de uma ética dos caminhos, não o ritual das metas. Assim, se fez com que a pesquisa fosse, antes de tudo, uma experimentação, um processo em aberto. Antes de qualquer método, uma disposição de corpo aos encontros. Detecção de problemas de pensamento e descoberta de posições, sensações, maneiras de ser/estar (SIEGMANN; FONSECA, 2007).

O pesquisador, nos ensina Suely Rolnik, nesta prática, "leva no bolso um critério, um princípio, uma regra e um breve roteiro de preocupações". Conforme a autora, cada cartógrafo vai definindo, mas também redefinindo, para si mesmo – e constantemente – suas preocupações (ROLNIK, 2006, p. 69). Contando com estratégias metodológicas e procedimentos investigativos mais abertos e inventivos o estudo pode atender aos valores da Cartografia, como desafiaram Gilles Deleuze e Félix Guattari (1995), quanto à produção de subjetividade. A proposta de investigar processos de produção de realidades, acompanhar percursos em um certo tempo que dura de maneira mais aberta e que amplia suas conexões (BORGES, 2016). A cartografia se ocupa de um plano móvel, interessando-lhe as metamorfoses e anamorfozes tomadas como processos de diferenciação, acompanhando as linhas traçadas pelos atores sociais das práticas e pelos afetos. Marcam-se os pontos de ruptura e de enrijecimento e analisam-se os cruzamentos das diversas linhas, que se desenvolvem simultaneamente. Segundo Deleuze (1995), as cartografias são multiplicidades, conexões que provocam agenciamentos, elas se fazem num campo de afecção.

A coleta de dados se deu no segundo semestre de 2014 e primeiro semestre de 2016, sendo totalizados 6 casos novos discutidos pela equipe, contudo foi escolhido pela pesquisadora e pela equipe um dos casos, tendo em vista exemplificar a estrutura dos encontros dos trabalhadores do serviço. As narrativas foram utilizadas com base nas experiências de cada um e sua prática no contexto da saúde, relações construídas para este estudo, contando com a autorização prévia de todos os integrantes da equipe presentes no momento da gravação. Não utilizo análise de categorias ou relatórios, pois, assim como Jaqueline Dinorá Paiva de Campos (2014), entendo que o encontro que é gerador de narrativas e é a própria

produção de informação de pesquisa.

Escolhi dois momentos para discutir o processo de produção em saúde, sendo o primeiro o relato uma reunião de equipe específica e, para melhor ser examinada, utilizei a transcrição da gravação em áudio, pois os relatos dos trabalhadores sobre pensar e sentir, sobre suas ações e encaminhamentos emergiram por meio da leitura de um caso escrito anteriormente, sistematizado para a reunião quinzenal de discussão com o apoio matricial da psiquiatria.

Como o momento de transcrição também é um momento de pré-análise do material, realizei a transcrição do relato de caso em dois momentos; o primeiro sendo logo após seu ocorrido e o segundo mais de dois meses depois no intuito de colher a diversidade de impactos na defasagem do tempo. O vídeo gravado em setembro de 2015 também foi transcrito como o objetivo de promover a fala dos próprios moradores de rua sobre seu modo de vida. Contudo, a discussão que passa pela fase de transcrição apresenta-se como “dado coletado” e se torna produto para a análise. Com o propósito de indagar o que é passível de interpretação no trabalho em saúde com população de rua foi organizada a sessão “relato de afecção”, contando dois relatos: “pedacinho do céu”, que diz respeito a voz dos trabalhadores em céu aberto e a voz dos moradores em céu aberto, e “hip hop – a vida positiva, que diz respeito à medição sociocultural como rap, sob o protagonismo de um morador de rua e a interação com um estudante universitário em cena de rua.

O segundo vídeo contempla um momento de retomada de um encontro numa praça da zona norte de Porto Alegre, onde ocorreu o registro de um dueto de rap com um morador de rua e um estagiário da graduação em saúde coletiva. Usaram da letra de *Negro Drama*, de Edy Rock e Mano Brown. A letra do rap tem aproximadamente sete minutos de duração, e tem a interpretação visceral e tocante de seus autores, que pertencem ao grupo Racionais MC's⁴. A letra denuncia as angústias, violência e dor dos negros da periferia, fazendo alusão à consciência histórica dos negros e pobres no Brasil para chamar o interlocutor à

⁴ Racionais MC's é um grupo “clássico” do rap brasileiro, fundado em 1988 por Edi Rock (Edivaldo Pereira Alves), Ice Blue (Paulo Eduardo Salvador), KL Jay (Kleber Geraldo Lelis Simões) e Mano Brown (Pedro Paulo Soares Pereira). As canções denunciam a destruição da vida de jovens pobres pelo racismo, preconceito, violência, crime, drogas e exclusão social. As letras abordam a brutalidade da polícia, do crime organizado e do Estado.

problematização dos temas raça/etnia, classe social e desigualdades na sociedade brasileira. Esse registro vem como o encontro denominado “Hip hop, a vida positiva”, constante de uma abordagem de saúde como produção social, realizada pela eCr com a presença de trabalhadores, residentes e estagiários de graduação, tornada no ano de 2016 proposta de ferramenta de promoção e de produção de conhecimento nas práticas do campo da saúde e das políticas públicas como construção compartilhada com os usuários.

Aspectos éticos na pesquisa

O trabalho atendeu às normas dispostas na Resolução nº 466, de 12 de setembro de 2012, proposta pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – Conep, do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta os aspectos éticos da pesquisa que envolve seres humanos. Foi assegurada a ciência de todos os participantes mediante Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (que consta no apêndice), assim como tornado claro que qualquer participante estava livre para deixar de fazer parte da pesquisa a qualquer momento sem qualquer tipo de prejuízo. A pesquisa teve como um dos objetivos escutar trabalhadores do Consultório na Rua Pintando Saúde, sendo eles adultos e com condições para a participação. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi lido em conjunto pela pesquisadora e seus interlocutores à assinatura, esclarecendo dúvidas e explicando as formas de contato com a instituição e pesquisadora, conforme o parecer consubstanciado.

Não se previu prejuízos quanto à imagem, autoestima e quaisquer aspectos socioeconômicos porquanto se ocupou de ampliar o acolhimento de moradores de rua em serviços de saúde e apoiar os trabalhadores desses serviços a suportar sua jornada ocupacional e compreender melhor sua inserção como trabalhador em serviços públicos de saúde. A utilização das imagens geradas em áudio e vídeo durante a pesquisa foi devidamente autorizada por todos os participantes, cientes da utilização do material para produção acadêmica, no interior ou após o relatório da presente dissertação, por meio de artigos e apresentações em eventos de natureza científica. Ambas produções em vídeo selecionadas já são de acesso público e foram publicadas com acesso livre na Internet por

meio da rede social Facebook. O conhecimento dos usos e a constituição das imagens foi declarado em termo assinado com informação com linguagem acessível, também em conformidade com o parecer consubstanciado. O trabalho não expôs moradores de rua e não utilizou de dados de identificação não públicos. O nome de citações de locais privados, familiares e/ou outras informações confidenciais não foi publicizado.

RELATOS DE AFECÇÃO

Os encontros que se produzem nas reuniões semanais são momentos de discussão sobre os acompanhamentos de usuários e familiares, sobre a rede intersetorial, sobre as possibilidades de encaminhamento e sobre as intervenções focais longitudinais. O cuidado é pensado sem se fragmentar a produção de saúde e também os atendimentos, encaminhamentos e acompanhamentos na rede devem ter em conta condições subjetivas e viabilidades reais. As deliberações envolvem a construção de pactuações com os usuários sobre consultas médicas e de enfermagem, internações, indicações para abrigos, atividades de geração de renda, inserção aos centros de atenção psicossocial ou socioassistenciais, entre outros. Os momentos de reunião tornam-se potentes ao *encontro* a partir dos trabalhadores que falam de suas percepções, incômodos, ideias e de seus estranhamentos.

Conforme Ceccim e Merhy (2009, p. 535-536), “os encontros, na micropolítica, são intensamente pedagógicos”, uma vez que, diante das práticas inculcadoras ou homogeneizadoras, operam “trocas entre domínios de saberes e fazeres, construindo um universo de processos educativos em ato, em um fluxo contínuo e intenso de convocações, desterritorializações e invenções”. Dedicando-me ao caso e reunião selecionados, devo reportar que começamos a discussão do caso previamente programado, via e-mail, com o médico psiquiatra matriciador. Logo que a equipe se organiza em volta da mesa da sala de reuniões, até então improvisada, pois a casa que abriga a sede não tinha divisórias por se tratar de um antigo salão de festas, estávamos em quatro trabalhadoras e sem estagiários ou residentes na equipe neste período. Duas trabalhadoras não estavam presentes no momento do início da relatoria.

Antes dos encontros e reuniões programados, sempre são dispostos sobre a mesa chás, chimarrão, café, pães, bolos e biscoitos, trazidos pelos participantes, como dispositivo de tornar o ambiente mais acolhedor, produtivo e para potencializar as conversas. Inicialmente uma das colegas começa com a leitura do texto mandado previamente e que não é conhecido fisicamente pelo matriciador. Para manter a indistinção de qual trabalhador fala ou enuncia, foram utilizadas letras do alfabeto para indicar o interlocutor (A, B, C, D e E), já

os nomes do casal de moradores foi mantido, uma vez que o vídeo com suas apresentações é público. O relato começa pela leitura da trabalhadora do serviço chamada A.

Recebemos Rosimar, que chega espontaneamente ao nosso serviço no dia 14/01/2013, após encaminhamento da unidade básica de saúde. Apresentava-se agitada, chorosa, olhos muito avermelhados e hálito etílico. Sinais e sintomas de elevado consumo de álcool e crack. Refere ansiedade, dor no peito, sentimento de profunda angústia, desespero e vontade de morrer. “Não aguento mais viver dessa forma” - dizia. Relata que já se hospitalizou várias vezes na Unidade de Internação São Rafael, em razão do uso de álcool e crack, e também que já esteve presa. Ao ser questionada sobre sua história de vida, disse ter doze filhos, o último nasceu em uma cela na prisão, há um ano. Um dos filhos morreu por asfixia, algo que não sabe como aconteceu, um outro foi dado à adoção também sem que ela soubesse. Disse que assinou papéis sem saber o que eram, pois não sabe ler e escrever. Os demais filhos moram com seu pai na cidade de Gravataí, no Rio Grande do Sul, avô das crianças, sua mãe é falecida. O companheiro se chama André, conhecido por Cabelo ou Índio. Acompanhamos a usuária até a emergência psiquiátrica do IAPI. Durante a consulta, a médica, não pegou os dados sobre a paciente, dizendo que já à conhecia, mostrando a quantidade de papéis do seu prontuário. Em princípio, Rosimar disse ter assumido o seu cuidado autônomo pela primeira vez, pois segundo a equipe, ela não permanece mais do que uma semana e pede para sair. Mesmo Rosimar insistindo em sua internação, tentamos encontrar novas possibilidades para fazer o acompanhamento terapêutico. Combinamos com Rosimar e com os médicos de a visitarmos em seguida, ela aceita e pede para ser encaminhada a uma comunidade terapêutica, assim que tiver alta hospitalar. Seguiu para o Hospital Espírita, onde está localizada a unidade São Rafael, no dia seguinte. Foram empreendidas algumas tentativas de visita na mesma semana, mas a equipe do São Rafael não autorizava, alegando que já a conheciam bem, que estava dificultando o manejo e que visitas só após sete dias. Contudo, no período aberto a visitas, Rosimar já havia pedido para sair. Não nos procurou mais, tentamos procurá-la pelas ruas algumas vezes, sem sucesso. Apareceu outra vez em novembro do mesmo ano, 2013. Desde então acessa nosso serviço, atualmente, para suporte, orientação, banho e troca de roupa. A equipe sempre investiu no fortalecimento de vínculo, sugerindo que desse continuidade, diz que pode aceitar o convite e isso render bom comportamento, mas em seguida desaparece. Quando nos procura, quase sempre em vias de choro e extrema agitação, refere violência psicológica e física do companheiro, que chega ao ponto de estuprá-la, inclusive. Rosimar não considera a possibilidade de denúncia por maus tratos e violência ante André, pois que “o amo demais” - diz. Diz que por amar demais, alguém pode fazer alguma coisa contra esse amor. Ela seria capaz de matá-lo, por exemplo, para não perdê-lo, segundo nos relata. Esse vínculo seria criado por amor. Rosimar não consegue falar muito sobre sua vida pregressa, diz que lembra de muita violência por parte da mãe, que batia muito e com força. A agressão se fazia sobre todos os filhos, o pai que saía para trabalhar, não conseguia contê-la, por esse motivo separou da esposa, abandonando a casa e os filhos. Quanto

ao companheiro André, também usuário de múltiplas drogas, guardador de carros, este nunca se aproximou muito dos nossos serviços, quando ia levar Rosimar, falava muito pouco ou nada, comia, tomava banho, trocava de roupa, vestia roupa limpa. Fazia questão de escolher no armário, não aceitava qualquer peça. André sempre se preocupou em ter certidão de nascimento e carteira de identidade, algo que sempre nos solicitava, e que confeccionamos duas vezes. Na oportunidade, no caso de usufruir do nosso trabalho, sempre esclarecia que fizemos algo a mais pelo casal, e que estava disponível se assim desejássemos. Em outro momento, então, limitamos o acesso ao banho, troca de roupa e comida, condicionando pelo menos, a uma conversa com alguém da equipe por alguns minutos. Se assim fazíamos, ambos desapareciam no dia seguinte. A situação se desmembrou há um mês atrás, quando recebemos uma ligação do irmão de André, procurando pelo irmão desaparecido há 11 anos. No momento em que o casal voltou a nos procurar, demos a notícia a André, que a recebeu emocionado, chorando compulsivamente. O vínculo foi consolidado naquele instante. Na ocasião, Rosimar entrou em crise histérica, gritava e praguejava a família de André. O casal se separou naqueles dias que se seguiram até que favorecemos o encontro de André com a família em Canela/RS, no último dia 31, um momento marcante para todos nós. André saiu de casa para trabalhar em uma obra em Porto Alegre e não voltou mais para casa, nem sequer uma vez por 12 anos seguidos. Segundo os familiares, nisso havia sido ameaçado por seus cunhados da época, que já o teriam espancado até o máximo, o motivo é que André batia diariamente em sua esposa, e os irmãos dessa vingaram-se. O casal já foi até o momento atendido por todos nós da equipe, já que estes chegam até o serviço espontaneamente. O desafio seria arranjar um canal de comunicação mais acessível, fortalecendo vínculos, de modo que ambos pudessem se beneficiar mais e melhor.

Com o final da leitura do relato e um breve momento de pausa, os trabalhadores envolvidos descrevem suas percepções e vivências com os protagonistas da narrativa. A trabalhadora do serviço chamada de B fala de suas impressões sobre Rosimar e seus encontros com a mesma:

É um caso muito assim! Acho que temos de ter muita vontade de ajudar, não é? A moça, quando ela chega, ela é afetiva, ela é uma mulher bela. Ela chega já em uma intimidade, assim, mal conhece a gente e vem com “e aí Nega, não sei o quê e tal...”. Ela fala, busca uma proximidade. Mas aí quando ela chega, perguntamos: “e aí, o que a gente vai fazer agora? “Ah, não, hoje eu não posso, hoje eu estou com pressa, hoje eu tenho que fazer não sei o que, hoje eu arrumei um bico (...).” E aí as gurias da enfermagem viram que tinham uma tosse, achavam que era tuberculose, tinha que coletar o escarro também, mas nunca ela podia parar para coletar o tal do escarro. Então... é uma pessoa muito complicada da gente acessar, embora a gente se sinta muito motivada em ajudá-la.

As tentativas de vínculo a partir dos encontros rápidos e turbulentos mostram que até mesmo as intervenções no corpo biológico só são possíveis quando a equipe se apropria de ferramentas para além de protocolos assistenciais. De todos na eCR, os trabalhadores de enfermagem são aqueles mais próximos do corpo biológico, da atuação segundo procedimentos de intervenção clínica, muitas vezes sob a imposição da vigilância epidemiológica e saúde pública, mas para nossa equipe de enfermagem é como recorrer a teoria transcultural do cuidado. Na teoria transcultural do cuidado, da enfermeira Madeleine Leininger (1978), o uso de valores e práticas de cuidado específicos da cultura devem ser usados como indicativos de respeito pela prática de enfermagem:

A diversidade do cuidado cultural indica “as variações e/ou as diferenças nos significados, padrões, valores, modos de vida ou símbolos de cuidado dentro ou entre coletivos que são relacionados às expressões assistenciais, apoiadoras ou capacitadoras do cuidado humano” (LEININGER, 1991⁵, apud GEORGE, 2000, p. 299).

Como trabalhadora de enfermagem percebo que a equipe do Consultório tenta equilibrar o potencial conflito do corpo biológico x corpo subjetivação e que o pensar em cuidados com moradores de rua, não se restringe aos conceitos de prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação, pois o contexto cultural, os valores, as crenças, os rituais e o modo de vida do indivíduo, suas famílias atual e de origem e a rua criam a perspectiva de construção em ato das práticas de cuidado. No decorrer do relato, a trabalhadora do serviço chamada C fala como é sua relação com a moradora de rua e sobre informações que não estavam no relato inicial, mas que julga ser pertinente compartilhar com os outros participantes.

Ela costuma andar por aqui, por volta, mas a gente não encontra ela na rua, muito difícil. Sempre é ela que nos procura, e é diferente das outras pessoas que nós encontramos, no momento das abordagens, eles têm uma rede. Isso dá para perceber, que muitas vezes, ela vem mais arrumada, que recebe doações das pessoas, ela é uma pessoa carismática. Ela agrega, ela traz as pessoas para junto, quando ela se propõe, mas ao mesmo tempo ela também tem essa inflexibilidade, ela quer naquele momento, e não dá para conseguir algumas pactuações, é realmente muito difícil (...).

É notório que a relação de Rosimar com a equipe é a partir da procura dela, pois entendo

⁵ Madeleine Leininger: enfermeira e antropóloga, criou a etnoenfermagem, afirmando que a enfermagem é a ciência do cuidado e que não pode focar apenas relação Enfermeiro-Usuário (clínica individual), devendo envolver a inserção dos usuários e a interação do profissional com famílias, grupos, comunidades, culturas completas e instituições (clínica transcultural).

que ela acha o Consultório um dispositivo importante, sempre que procura o serviço está vivendo momentos tensos da vida. Em vista das evoluções no prontuário do CnaR, foi percebido que durante esse tempo, ela também se relacionou com outro parceiro que provia alimentação e sustento, mas continuava o relacionamento com André. Ficou muitos meses em meados do ano de 2014 e início do ano de 2015 sem procurar o serviço, mas sempre que falava de André era com muito amor ou muito ódio. Sua moradia é um terreno abandonado, onde montaram um abrigo, desde janeiro de 2015, onde eles cuidam de carros estacionados ao redor. Em relação a vínculo familiar Rosimar fala “que tem uma rede, que o pai mora em Alvorada, tem familiar aqui na Vila Jardim, mas ela não dá nome e nem endereços assim, não quer nenhum contato”. Através dos trabalhadores e evoluções dos prontuários observa-se que a aproximação de André ao Consultório favoreceu a aproximação de Rosimar não mais como uma mulher só, mas como casal. Contudo a ida da equipe até Canela para acompanhá-lo no reencontro com a família, que fazia 12 anos que já estavam à procura dele, impactou no afastamento de Rosimar. Conforme a fala da trabalhadora C: “ela ficou muito brava, com essa reaproximação da família com ele, e ela preferiu sair de cena sumindo três dias antes, só apareceu no dia da viagem, ele ficou muito preocupado e procurou por ela”.

As narrativas dos trabalhadores remetem ao quanto é difícil conseguir a aproximação desta moradora, acolher seu sentido de vida e aceitar uma estrutura onde ela sobrevive e vive, ama e sofre. Numa visão deleuze-guattariana poderíamos lembrar que, inicialmente, se pensa no “território” em um sentido etológico e de como é difícil de acessar o ambiente de um grupo de nômades e não se percebe que o território em disputa primordialmente seja o do campo psicológico e sociológico. Guattari diz que a noção de território deve ser entendida num sentido muito amplo, “que ultrapassa o uso que fazem dele a etologia e a etnologia”.

Os seres existentes se organizam segundo territórios que os delimitam e os articulam aos outros existentes e aos fluxos cósmicos. O território pode ser relativo tanto a um espaço vivido, quanto a um sistema percebido no seio do qual um sujeito se sente “em casa”. O território é sinônimo de apropriação, de subjetivação fechada sobre si mesma. Ele é o conjunto de projetos e representações nos quais vai desembocar, pragmaticamente, toda uma série de comportamentos, de investimentos, nos tempos e nos espaços sociais, culturais, estéticos e cognitivos (GUATTARI; ROLNIK, 1986).

Para novas criações de território é preciso desterritorializar/desterritorializar-se para, então reterritorializar em nova forma, metaestável/provisória. São necessários os agenciamentos maquínicos, sendo então o *desejo* o responsável por fabricar novos arranjos: “desejar é construir um agenciamento, construir um conjunto” (Deleuze, em O Abecedário de Deleuze). A equipe do Consultório percebia que Rosimar não se sentia mais pertencente ao território de André naquele reencontro com uma estrutura familiar prévia da vida dele, mas se constrói a partir daí um potencial de produção desejante, se utilizando de criação e invenção para se antever outras realidades para Rosimar. A ambivalência dos desejos de rever a família, mas não sair das ruas também é percebida na fala da trabalhadora D, quando diz que “na verdade, durante a viagem, ele falava, *vou ficar não, vou voltar*”, e a trabalhadora C complementa “no dia anterior, até ele estava bem organizado, todo o dinheiro que ele tinha juntado disse que era para comprar presentes, mas eles foram lá na boca gastar todo o dinheiro. Ele disse que não, que foi comprar só quatro pedras de crack, mas ele estava tão ansioso em ver a família, que ele levou uma garrafinha de barrigudinha” (cachaça). Quando André volta da cidade de Canela, diz: “não posso largar a minha vida assim”, tenho que falar com a Rosimar. Ele fala do uso da droga, que é uma realidade, e que ele não queria que a família soubesse da vida que ele tem hoje nas ruas. Sobre a viagem até Canela, as trabalhadoras se olham com felicidade e relatam sobre o encontro com a família de André: “Ah, um lugar bem humilde, mas muito acolhedor, a casa organizada, a família muito afetiva (...). A comunidade estava toda na rua, olhando, esperando, já tinham avisado que ele chegaria, bem afetuosos (...). Ele olhava para a mãe e chorava, aquelas cenas de novela, assim. Isso na sala, e chorava. Até o cachorro estava olhando, até o cachorro subiu lá e ficou olhando, foi, então, muito legal o encontro deles”.

Durante as narrativas, poucos momentos eram ocupados por silêncio. Os trabalhadores se mostravam muito atentos, reflexivos e emotivos com as informações sobre o que não sabiam. Ao mesmo tempo tentavam resgatar nas memórias as sensações desencadeadas durante os encontros ali relatados. O Consultório está marcado por esse ir e vir, “ir vir permanecer”, como denominou Renato Levin Borges ao seu documentário na rua (BORGES, 2016). Escapar, esquecer, retornar, ficar/não ficar. Andar, mudar, talvez retornar.

É muito comum nos órgãos que atendem moradores de rua registrar esse ir e vir. Eles são muito nômades. Não têm lugar ou não têm lugar fixo? Não querem um lugar ou não importa o lugar? Suas “estâncias” configuram que tipo de lugar? O que sempre aparece nessas histórias é a falta de lugar. E agora, de repente, está sinalizada a possibilidade do lugar, houve um indício físico que André está sinalizando, a possibilidade do lugar.

Quanto à Rosimar, uma trajetória de vida com a infância marcada pela violência, pela falta do pai que a abandonou e muitas violências que ela transporta, demonstradas pelos tantos vazios, como pela ansiedade e impulsividade, mas um ponto trazido para reflexão é a provável tristeza portada por Rosimar. A falta de referências, um número exagerado de filhos e a criação permanente do vazio, uma carência, uma dor, uma rejeição. O encontro com André cria um lugar para ela, por isso ela diz que “o André é tudo, o André é tudo. Só posso perder ele por amor, matando ele”. Matando ele a morte se configura nela também, porque Rosimar mata todo dia muitas sensações e experiências ruins usando o álcool e outras drogas. As drogas ocupam uma linha de fuga, onde obtém prazer, potência. Onde a vida recupera alguma coisa para ela. A trajetória dela nos remeteu ao conceito de Corpo sem Órgãos (CsO), de Deleuze e Guattari (1995). Podemos dizer que Rosimar escolhe as drogas como outra experiência de intensidade, para circular o corpo. É a construção de uma prática de vida, experimentada com referência a valores éticos diferentes de uma vida codificada por outros valores morais. Quem quer a vida dela? Quem quer ela? Quais as facilidades e dificuldades de viver que ela porta em seu registro corporal?

Para se criar um Corpo sem Órgãos é necessário se libertar, não é reencontrar eu e sujeito; é justamente outra coisa, pois o CsO é o que resta quando tudo foi retirado. O CsO não se opõe aos órgãos do corpo, mas ao corpo puro organismo, a perfeita “organização orgânica dos órgãos” (DELEUZE; GUATTARI, 2012, p. 24). Deleuze atenta que é preciso se ter prudência nas intensidades criadas à vitalidade, pois se dá num corpo extremamente fixado na organização orgânica dos órgãos, ele pode se perder nesse turbilhão de intensidades e se enrijecer num determinado tipo de corpo, como o hipocondríaco, o drogado, o masoquista e o esquizofrênico.

A eCR discute realizar um encontro com a tentativa de resgatar a história de Rosimar, fomentando um pensamento-intuição, com o objetivo de entender o que está acontecendo

hoje na sua vida e com a história de suas relações. A comunicação ética vem ativada como um “tínhamos de estar com ela e dizer: Rosimar, vamos pensar, vamos tentar entender tudo isso?” Ela sempre abandona o compromisso de retornar e pedir para sair antes do tempo previamente pactuado em qualquer abordagem tentada. Parece que ela evita todo tipo de vínculo excedente ao André, mas a gente queria provocar esse despertar, ter a chance de colocar ela em contato com ela mesma de novo. Por que ela foge? Ela está em movimento, as coisas vão acontecendo na vida dela. E essa tal submissão ao André? A equipe não terá condições de “contatar” Rosimar sem “sentir” a história dela e a sua relação com André. André tem um lugar no trabalho, nas pessoas que o conhecem e isso ativa as ligações dela a ele, talvez tenha ciúmes ou pense nas suas dificuldades de sobrevivência e no esforço de conquistar forças individuais. Ao mesmo tempo que olhamos para a vida de André vemos que ele tinha um lugar de afeto, que era a família dele, a casa dele e onde estava a história dele, mas abandonou devido as agressões à antiga esposa. Então daquele lugar de afeto, que seria parte da história dele, sentia necessidade de fugir (até agora, quando se anunciou o reencontro). Vimos e sentimos com ele a emoção que o arrebatou naquele encontro com a família. Me questiono como pesquisadora e trabalhadora “por que ele estaria de tal maneira afetado? Seria pela culpa? De uma certa forma, pela autoestima baixa, algo que se criou dentro dele e que porta seu “envergonhamento”. Vergonha de tudo que aconteceu, vergonha da condição dele. A discussão leva à retomada do pensar em pessoas que rompem seus vínculos familiares e passam a habitar as ruas, na perspectiva de ter uma vida de um outro jeito, muitas vezes sem cuidado, proteção e afeto, por acharem que não têm direito a isso.

Rosimar talvez tenha o vazio, tenha o buraco, tenha uma rebeldia, um abandono que ela repete com os filhos, e ele, talvez, por uma vergonha, por uma humilhação, do que ele viveu com a família vendo como ele se comportava. O que transparece neste instante é o desafio à equipe em compreender que há uma história intensa ali, de sentidos, de experiências, de pobreza, de fragilidade e de vulnerabilidade. Existem histórias, fantasmas do passado, culpa, desvalia, violência, fracasso e derrotas e ainda a sobrevivência a cada um desses riscos, a cada uma dessas ameaças. Quando os trabalhadores deste tipo de serviço citam histórias de como o fracasso é falado pelos moradores de rua, sempre vem uma crise pessoal, um infortúnio, uma fraqueza, nunca a perda de bens ou frutos materiais do mundo

capitalista, do poder de compra.

Podemos encontrar dados bibliográficos quando Alba Zaluar (1994, 1995) diz que a pessoa pode incorporar uma visão de si própria como digna de menos valia, como um fracasso, ou seja: "vão pouco a pouco adquirindo a identidade dos caídos, dos inúteis, dos fracassados" e "consideram-se o estágio final da degradação humana". Ao adentrar a situação de rua, muitas pessoas se reconhecem no polo da debilidade e impotência, da energia fraca. Para tanto, resgatar as pessoas, aqui em questão, é como trazer o direito de poder rever a vida, criar oportunidades de retomada de vínculos, talvez sair da rua e do uso prejudicial das drogas, mas por construir sentido às coisas que hoje não têm sentido ou cujo sentido pesa como irremediável.

Outra questão que norteou essa discussão foi de como a rede de saúde é insensível às demandas da população de rua, sendo muitas vezes falada como um problema generalizado. No debate, o matriciador relata que

Alguns serviços que estão por aí, eles medicalizam, fazem o diagnóstico, fazem uma oficina, e não adianta coisa nenhuma. Em geral, porque não se trabalha a subjetividade, não se trabalha o mundo interno, não se trabalha o sentimento, as histórias, os vazios, os buracos, a questão da culpa, e daí não adiantam de nada.

Aquilo que estamos chamando de subjetividade concorre para a produção de um "si mesmo", de um modo de existir, de um estilo de existência. São necessárias perguntas para a continuidade da problematização, como talvez existam outros pontos da vida íntima e social inacessíveis aos trabalhadores no CnaR. Por vezes, trabalhamos somente efeitos e não causas, recolhemos as tensões, mas não as problematizações, temos suposições e hipóteses, mas não vivemos aquelas vidas. Conforme Félix Guattari (1992), a produção da concepção transversal da subjetividade se torna uma potência quando responde desde universos existenciais até universos incorporais, tendo implicações sociais e culturais:

A subjetividade é produzida por agenciamentos de enunciação. Os processos de subjetivação, de semiotização – ou seja, toda a produção de sentido, de eficiência semiótica – não são centrados em agentes individuais (no funcionamento de instâncias intrapsíquicas, egóicas, microssociais), nem em agentes grupais. Esses processos são duplamente descentrados. Implicam o funcionamento de máquinas de expressão que podem ser tanto de natureza extra-pessoal, extra-individual (sistemas maquímicos, econômicos, sociais, tecnológicos, icônicos, ecológicos, etológicos, de mídia, enfim sistemas que não são mais

imediatamente antropológicos), quanto de natureza infra-humana, infrapsíquica, infrapessoal (sistemas de percepção, de sensibilidade, de afeto, de representação, de imagens, de valor, modos de memorização e produção de ideia, sistemas de inibição e de automatismos, sistemas corporais, orgânicos, biológicos, fisiológicos etc.) (GUATTARI; ROLNIK, 1999, p. 31).

Ao passar de duas horas de relatos, cafés, risadas, reflexões, momentos de frustração, falando do caso de Rosimar, o encontro se encaminha para as conclusões, percebo que não por falta de mais informações ou esgotamento de possibilidades de se desenhar os cenários vividos e desejados pelos trabalhadores, mas por falta de tempo para permanecermos todos ali. Quando nos questionamos sobre a melhor forma de refletir sobre as questões levantadas, como culpabilização pela vida pregressa, vazios ou perdas de direitos, vem-nos a dificuldade de promover saúde, ativar potências de vida, criar – em conjunto – um outro modo de existência. Nesse momento, a fala do matriciador aparece como uma possibilidade de como propiciar o encontro com Rosimar e André.

Eu chamaria os dois, a gente tem aí material para um longo papo, temas para conversar, levar um papo bom. Não pode ter pressa para a gente conversar bastante. Façam uma reunião para pensar junto algumas coisas e dizer que vocês querem ajudar. Façam essa reflexão com eles (...), ter uma perspectiva que não é mais na rua, não é mais no frio, não são as doenças, não precisa ser mais a violência. Tu (...). Se vocês chamassem ela para uma conversa muito afetiva, primeiro começando assim, a gente gosta muito de vocês, vocês são pessoas muito queridas, muito legais, simpáticos, bonitos, e acho que têm muita vida para vocês, a gente está se dando conta de algumas coisas, a gente quer pensar todas essas coisas que a gente até aprendeu com vocês, a gente agora quer dividir com vocês, para ajudar vocês. A gente precisa aí de um tempo mais longo para conversar... umas duas horas. Vai ser interessante, se se dispuserem a fazer isso. Se vocês quiserem, posso estar junto se for alguma quarta-feira de manhã. (...). Um casal assim com toda essa história, a gente ir com calma, pensando, um chazinho, uma bolachinha, sem pressa, um bate-papo afetivo, uma roda afetiva, uma conversa afetiva.

A equipe concorda com a sugestão e prontamente anota na agenda a pauta para a próxima quarta-feira: a combinação e o convite para Rosimar e André afim de conversarmos sobre as possibilidades de produção de vida para o casal. A reunião se encerra e seguimos com alguns comentários e pensamentos de como fazer o convite ao casal. No decorrer dos dias seguintes, procuramos por eles com o propósito de marcar o encontro no Consultório, mas sem sucesso. Não os encontrávamos nos locais que usualmente frequentavam, até que recebemos uma ligação telefônica de André nos informando que o casal estaria morando

com a mãe de André em Canela. A equipe do Pintando Saúde se mostrou muito alegre com a receptividade da família de André para com Rosimar. Passados aproximadamente dois meses, em que mantínhamos contato regular por telefone com a família e o casal, recebemos a notícia do irmão de André informando-nos que os mesmos teriam realizado pequenos furtos na família e na cidade e voltaram para Porto Alegre. Com o intuito de manter o vínculo com o casal fomos até sua antiga moradia, mas não os encontramos no local. Durante o final do ano de 2015 e início do ano de 2016, Rosimar procurou o serviço poucas vezes para solicitação de roupas e alimentação, não aceitando nem mesmo conversar com a equipe sobre questões de encaminhamentos de saúde já acordados anteriormente.

Não podemos dizer que houve desfecho do “caso”, seguimos em um dispositivo a céu aberto, considero que temos ferramentas em um sistema de práticas em aberto, ou seja, em um movimento, como diz Ricardo Burg Ceccim (2004), entredisciplinar, de aceitação ativa, inclusivo, entrecruzado por fatores profissionais, culturais, sociais, ambientais, circunstanciais. Ceccim fala da potência do trabalho em equipe multiprofissional e interdisciplinar, que passa a ser “entredisciplinar”, uma vez que cada trabalhador busca nos recursos e instrumentos terapêuticos de cada corpo de conhecimentos e atos de uma profissão, o desempenho ampliado ou modificado em um empenho protegido pela condição da equipe e pela oportunidade de compor e inventar a intervenção coletiva.

Pedacinho do Céu

A gravação do vídeo mostrando o cotidiano de Rosimar e André é concomitante com o aparecimento espontâneo deles ao Consultório com a solicitação de remarcação de uma mamografia, primeiramente marcada há mais de 6 meses. Contudo a ida que seria apenas para a marcação de exames, também interligou o acompanhamento de seu companheiro André, pois no mesmo dia sua família ligava de Canela, uma cidade na serra gaúcha, a procura dele relatando que não o viam ou sabiam dele há 12 anos. André que até então era resistente de até mesmo em adentrar no espaço físico do consultório e, tampouco, interagira

com os trabalhadores na tentativa de construção de seu PTI. Após a comunicação do contato de seus familiares, André quis retornar imediatamente a ligação e realizamos a oferta do telefone do serviço para fazermos combinações sobre a possibilidade de auxiliar no reencontro.

André naquele momento se mostrou muito receptivo com a equipe e solicitou ajuda para ter “coragem” de rever seus familiares, após tantos anos. Rosimar ficou preocupada com a possibilidade de seu companheiro deixá-la e voltar a morar em Canela. Nesse momento Rosimar nos convida para conhecer na sua nova moradia, para mostrar como eles estão se organizando em uma casa improvisada, armada sob uma lona preta e folhas de zinco, ao menos o exercício da afecção do morar. A gravação foi anterior à discussão de caso pela equipe do Consultório e este encontro foi disparador para uma maior vinculação da equipe com esses moradores de rua que, até então, se fazia em encontros rápidos. O engajamento na construção da vida implica uma clínica à céu aberto, construída na rua, com os motivos da rua, afastada da clínica do médico, como assinalamos na clínica peripatética enunciada pelo psicanalista Antônio Lancetti.

Fomos com o veículo do CnaR eu, a terapeuta ocupacional e a assistente social, juntamente com o casal com destino a um bairro nobre da zona norte de Porto Alegre, onde vivem atualmente, nas proximidades da sede física do Consultório. Ao chegar no local, vemos um lugar aparentemente abandonado, terreno baldio, murado e com acesso apenas por uma porta que tem um cadeado. André pega prontamente em seu bolso a chave do cadeado e fala: “o dono do terreno, me deu a chave porque cuidamos do terreno para ele”. Entramos com certa dificuldade, pisando em pedras, e logo avistamos o único pedaço de lona e material de construção, disposto no final do terreno. Seguimos até o local, perguntamos se poderíamos gravar e tivemos o aceite dos usuários, começamos a gravação de vídeo no celular.

A terapeuta ocupacional inicia o diálogo: “Fala alguma coisa para apresentar tua casa”, e Rosimar responde erguendo os braços: “Esse aqui é meu Pedacinho do Céu!” A trabalhadora indaga novamente: “Por que é pedacinho do céu, por que esse nome? Conta um pouquinho”. Rosimar complementa: “Porque aqui eu me sinto bem, daí é um lugarzinho que tá abrigando a gente do frio e da chuva. E é um lugarzinho que é muito importante pra

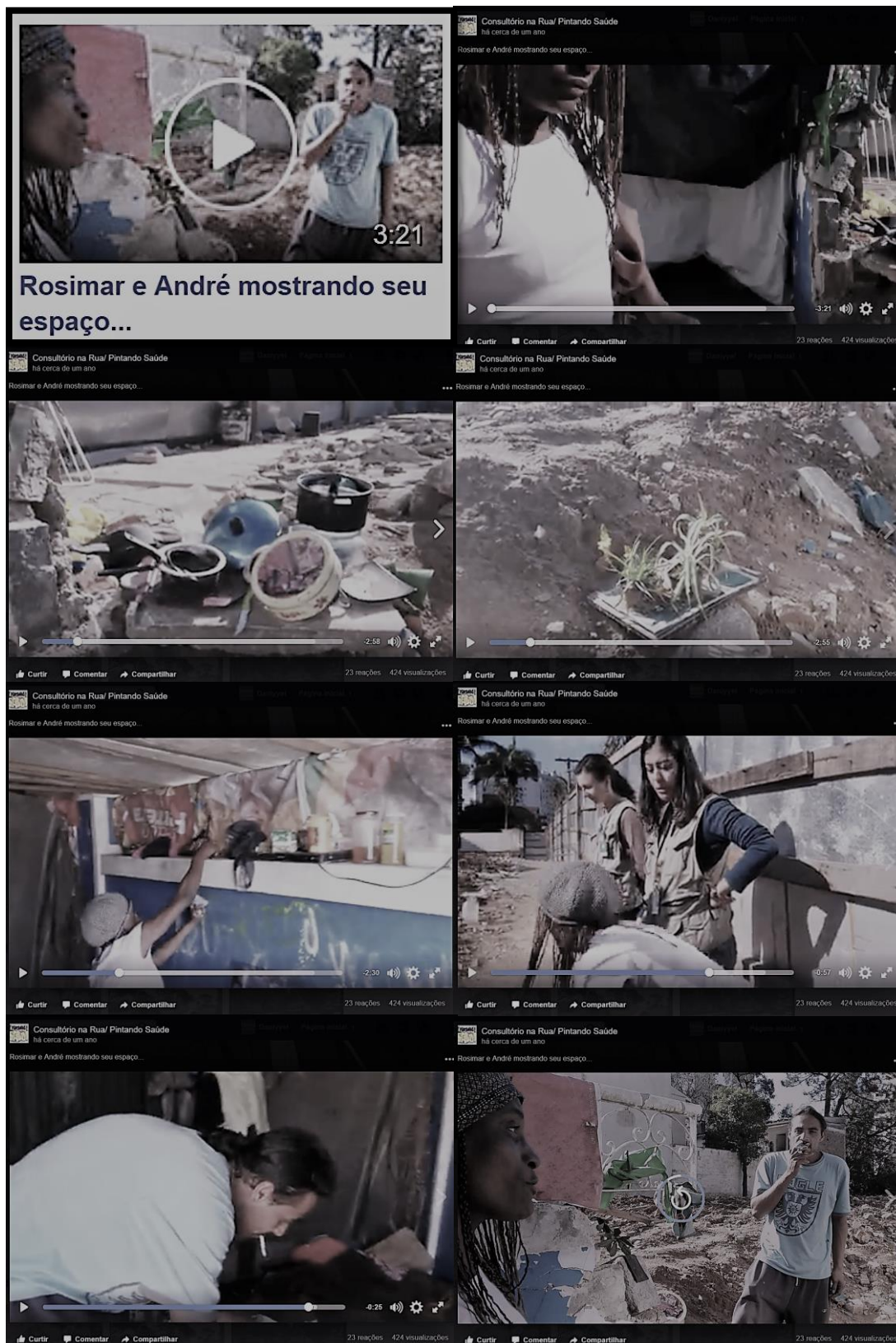
mim e pro meu marido também”. Então está, podemos entrar? “Podemos sim, vamos chegar!” Neste momento chegamos mais próximos à casa: “aqui é louça... [organizada sobre uma lajota que serve como uma pequena mesa], as plantinhas... Entra sob a lona: “aqui é minha cama...” Neste momento André aparece: “aqui é o marido falado...” “É, eu sou eu meso”. Chega oferecendo ajuda para levantar a lona da casa: “deixa eu ajudar aí um pouco vocês!” Rosimar mostra sua cama e diz: “aí é cama... tá meio desconfortável, mas pelo menos dá pra gente caminhar de pé, antes a gente caminhava assim agachadinho, agora a gente caminha de pé” [a altura do “teto” permite permanecer em pé sob a lona].

Continuamos a filmar, mostrando no vídeo o armário, a prateleira, quando Rosimar exclama: “Está meio desorganizado, causa que ontem a gente meio que se pegamos, um pouco de briga”. Em seguida “justifica” a permanência da desordem: “Não deu de se ajeitar, porque eu queria remarcar meus exames, né. Que é muito importante aquela mamografia pra mim. Mas quando a gente está assim mais ou menos de boa, aí fica organizado”. Deu a apresentação da casa como completa: “E é isso aí gente!” A terapeuta ocupacional faz um comentário para o vídeo, uma afirmação positiva de estarmos podendo ver esse “cantinho” deles. Querendo dar explicação de todos os detalhes da sua casa, Rosimar nos pergunta: “tu sabe por que eu coloco essa vassoura aqui no chão? É para não vir entrar as bruxas”, logo segue o assunto: “as bruxas, aqui tem uns “bruxão” por causa daquelas árvores ali. Esses dias elas deram um ataque em nós aqui”. Eu continuo o assunto falando: “Daí tu fecha aí (lona) e põe a vassoura em cima, porque daí elas não entram?” “Elas não se atreveu a vir mais”.

Quando perguntado sobre como era o local antes deles morarem ali, Rosimar fala “Aqui, era uma mansão aqui, era bem grande e deixaram um pedaço com umas folhas de zinco, nem sei porque eles desmancharam se eles não vão construir agora e podiam nos deixar dentro da casa, né. A felicidade nem sempre vem toda completa”. Logo continua a fala mostrando que tem um limoeiro no terreno (“a gente toma limonada aqui todos os dias”) e que tem três plantas, que elas têm nomes próprios: “Susana, Ivete e Emília”.

André também participa quando lhe é sugerido em dar seu depoimento sobre o telefonema de sua família no dia de hoje. Ele complementa: “eu realmente fiquei abalado, acho, né. Tu viu também. Gostei muito, bastante. E até, bah, eu não consigo falar muito direito, ainda”.

Acabamos a gravação com aproximadamente 3'21", e nos despedimos do casal marcando um novo encontro no hospital para realização dos exames de Rosimar.



Fonte: <https://www.facebook.com/pintadosaude/videos/523896197765515/>

Foi notória a expressão dos sentimentos que estão envolvidos nas histórias de vida do casal, mostrando um pouco de sua realidade. Emerge a importância em evidenciar que existem outras variáveis pouco investigadas naquele momento, mas é possível capturar como ponto para a discussão dos modos de vida. O desejo de ter a “organização de um lar” que abriga da chuva e do frio; um lugar personalizado, que vem representado pelas plantas; do limoeiro que produz alimento natural; do companheiro junto, apesar das brigas e da violência sofrida com ele. No dia-a-dia surge a vida destes moradores de rua, que formam sua saúde através da ação, criando um estado de “bem-estar” definido culturalmente, que é valorizado e praticado, refletindo na capacidade dos indivíduos ou grupos em desempenhar suas atividades diárias em modos de vida próprios.

É nesta história de ações sutis que se cria “o pedacinho do céu” e que ascendemos a partir desses “sujeitos em território”. Território que se constitui e subjetiva. Em apenas 2,5 mim toda a casa estava apresentada para filmar “peças”, “móveis”, “objetos de decoração”, plantas e árvores. “Ela vai filmar tudo aí, bem [o marido]”. Um território construído diariamente pelos seus gestos.

Clifford Geertz (1989) diz que se deve atentar sempre para o “comportamento”. Para o antropólogo, é através dos fluxos do comportamento, ou seja, das ações sociais, que as formas de cultura encontram articulação e concatenamento de práticas. Reconhecemos o morador de rua num território e seu nomadismo, seus atos são construídos na rede de relações sociais, na ocupação de lugares simbólicos, na sustentação de laços afetivos com autenticidade, na imprevisibilidade da vida nas ruas. Além das variáveis pessoais, econômicas, culturais e políticas que incitam ou facilitam o processo de moradia nas ruas, há a possibilidade de aderir a esse lugar independente do caráter solitário e das relações pouco estabelecidas, mesmo fragmentos do cotidiano formam um território de afecções de sobrevivência e vida.

Hip hop, a vida positiva

O movimento Hip hop surge na década de 1960 no Bronx e Harlem, nos Estados Unidos, e sua criação vem da mistura do *dub* jamaicano com o funk, soul, jazz. Sua chegada ao Brasil,

em meados de 1970, teve como propósito ser um movimento cultural. O Hip hop se congrega em 4 elementos: a música promovida pelo *DJ* (disc-jóquei); discursos/poesia que são realizados pelo rapper ou *MC* (mestre de cerimônias); a dança conhecida com *break* e a pintura na forma do grafite. A junção dos dois primeiros elementos, o *DJ* e o rapper, resultam na parte musical do hip hop: o *rap* (abreviação de *rythym and poetry* / ritmo e poesia). O movimento está conectado, desde a sua origem, às lutas e conquistas políticas dos negros norte-americanos, sendo este um estopim de um movimento social, político e cultural que aglutina atores políticos que reivindicam o sentido de suas experiências em práticas de significado via palavra, corpo e mente.

A representatividade do hip hop nas ruas é perceptível como um expoente de potência aos contextos sociais marginais, principalmente de jovens negros, que estão permeados de problemas sociais, educacionais e de exclusão social, sendo a transformação dessas condições um estilo musical e um comportamento cultural que agrupa expressões corporais e artísticas diversas, que fala por uma população sem voz, estigmatizada e periférica. Segundo Breitner Tavares (2010), o sentimento de pertencimento coletivo de injustiça materializado pelas periferias, impulsiona o rap a se tornar uma prática cultural que sugere uma consciência social das pessoas relacionada com raça/etnia, gênero e outras perspectivas.

O hip-hop se globalizou como uma identidade racial e como manifestação no contexto da produção estética da juventude negra na contemporaneidade, trouxe aspectos de construção afirmativa da negritude e dos excluídos, como na questão de gênero estabelecendo novas frentes por uma mobilização contrária ao racismo e ao sexismo. Novas gerações de rappers brasileiros introduzem lutas pela liberdade de orientação sexual e surgem cantores e cantoras lésbicas, gays e transexuais, como a MC Luana Hansen⁶, o MC Rico Dalasam⁷ e a MC Linn da Quebrada⁸, todos MC's que rompem com a cultura moral presente no rap, afirmando em suas entrevistas, letras e estilo uma brasilidade

⁶ Luana (Luana Michele) Hansen (Hansen de Barros) pode ser ouvida em entrevista no Pergunte às Bee (<https://www.youtube.com/watch?v=7iVPAPZYHB4>).

⁷ Rico (Jefferson Ricardo) Dalasam (Disponho Armas Libertárias a Sonhos Antes Mutilados) pode ser ouvido em entrevista no Estoofa 2 (<https://www.youtube.com/watch?v=Mw110tTKI7E>).

⁸ MC Linn (Lino) da Quebrada (Pereira dos Santos Jr.), mais funkeira que rapper, pode ser ouvida em entrevista em Trip TV (<https://www.youtube.com/watch?v=A9KKFSyVlS4>)

contemporânea desafiadora⁹.

Partindo do contexto da representatividade do hip hop em ser um encontro democrático de troca de ideias, histórias de vida nas ruas e aberto para debates e trocas de experiências, podemos dizer que por meio da música tivemos um estímulo de socialização com os moradores de uma praça na periferia. As propostas de atividades aconteciam, até então, no formato de roda de conversa e de atividade física (partidas de futebol), pensadas como estratégias de interação, contudo de forma espontânea e sem combinações prévias os moradores demonstraram maior vínculo em expressar suas opiniões, revoltas e críticas pela música – em particular pelo rap.

O momento do dueto da música Negro Drama, gravado com um morador e um estudante universitário, estagiário no Consultório, gravado um vídeo, foi utilizado para refletir sobre as falas da rua e, ao mesmo tempo, para movimentar o linguajar da saúde pública e da eCR (estilos de linguagem, logo culturas profissionais, de serviço, de ciência e do hip hop desterritorializando/reterritorializando-nos).

Durante uma reunião de discussão de casos abordados nas microáreas atendidas pelo CnaR, surge a vontade dos participantes da equipe em fazer uma proposta diferenciada para um local de atendimento, onde a população era predominante de homens negros, que aderiam as atividades já desenvolvidas de atividade física, mas que estavam com dificuldade em compartilhar suas histórias de vida, muitas vezes com o uso de álcool limitando qualquer atividade em que tivessem que ficar em pé. As condições de embriaguez se tornam, muitas vezes, debilitantes para a proposta de atividades com foco de promoção da saúde, onde acaba sendo necessário fazer a oferta de alimentos, lanches e sucos, na lógica de redução de danos, como prática prioritária afim de propor ações interventivas ante as necessidades sociais em saúde.

Durante as condutas pertinentes para sanar necessidades urgentes de saúde, conjuntamente o trabalho se mantém envolvendo a educação em saúde e fornece subsídios

⁹ Os rappers citados pertencem às militâncias Lésbica, Gay e Transexual: meninas lésbicas, meninos gays e transexuais quase não frequentam um show de rappers porque são hostilizados, é hegemônica a homofobia e lesbofobia no rap. O rap ainda pertence ao poder masculino (dos “manos”), estes artistas declaradamente invertem/subvertem essa cultura e o/a atualizam.

para desenvolver uma prática provocadora aos moradores.

Pensando nessa proposta, a equipe do Consultório, ampliada pela presença de um residente em saúde mental com formação em artes (professor de violino) e um estagiário universitário da graduação em saúde coletiva com afinidade pelo rap toca, sugere uma intervenção pela música. Tocada e “cantada” afim de fomentar uma potência comunicativa embasada no pedido dos próprios moradores, de que seria um importante e constitutivo trabalho nas ruas, aqui em particular na praça, com violão e canção. Nesta proposta, a eCR se encaminha para a praça, que rotineiramente é visitada às terças-feiras, numa tarde ensolarada de inverno. São levados instrumentos musicais, pasta com letras e notas musicais de algumas canções.

O veículo do consultório, uma Kombi, segue até o local programado e alguns moradores da praça já percebem a movimentação e se organizam para se encontrar nos bancos da praça, onde os encontros usualmente ocorrem. Naturalmente, alguns moradores se mobilizam para jogar bola, outros preferem ficar sentados, pois não se sentem aptos a atividades físicas, devido ao consumo de álcool no momento da abordagem, mas concordam em compor a roda de conversa para falar sobre como estão suas vidas na praça. Havia um deles em especial, que estava mais isolado e calado, algo que não era o habitual. Uma das profissionais da equipe sugere que o estagiário converse com o morador, pois sabe que eles se abrem com mais facilidade com interlocutores do mesmo sexo.

A partir de uma breve conversa, surge a vontade de dar voz à sua dor (designação do morador) e decidem cantar uma das letras que estava na pasta de música, uma canção do grupo de rap Racionais MC, chamada “Negro Drama”, que é uma reflexão crítica da vida dos negros periféricos, gravada no ano de 2002¹⁰. A gravação do vídeo marca o momento em que o encontro musical acontece e segue a letra original da música do álbum “Nada como um dia após o outro”:

¹⁰ Mc Racionais em Negro Drama pode ser ouvido em: <https://www.youtube.com/watch?v=3pTzAo-FnMQ>

Negro drama
Entre o sucesso e a lama
Dinheiro, problemas
Inveja, luxo, fama

Negro drama
Cabelo crespo
E a pele escura
A ferida, a chaga
À procura da cura

Negro drama
Tenta ver
E não vê nada
A não ser uma estrela
Longe, meio ofuscada

Sente o drama
O preço, a cobrança
No amor, no ódio
A insana vingança

Negro drama
Eu sei quem trama
E quem tá comigo
O trauma que eu carrego
Pra não ser mais um preto
fodido

O drama da cadeia e favela
Túmulo, sangue
Sirene, choros e velas

Passageiro do Brasil
São Paulo
Agonia que sobrevive
Em meio às honras e
covardias

Periferias, vielas, cortiço
Você deve tá pensando
O que você tem a ver com
isso

Desde o início
Por ouro e prata
Olha quem morre
Então veja você quem mata

Recebe o mérito, a farda
Que pratica o mal
Me ver
Pobre, preso ou morto
Já é cultural

Histórias, registros

Escritos
Não é conto
Nem fábula
Lenda ou mito

Não foi sempre dito
Que preto não tem vez
Então olha o castelo irmão
Foi você quem fez cuzão

Eu sou irmão
Dos meus truta de batalha
Eu era a carne
Agora sou a própria navalha

Tin, tin
Um brinde pra mim
Sou exemplo de vitórias
Trajetos e glórias

O dinheiro tira um homem da
miséria
Mas não pode arrancar
De dentro dele
A favela

São poucos
Que entram em campo pra
vencer
A alma guarda
O que a mente tenta
esquecer

Olho pra trás
Vejo a estrada que eu trilhei
Mó cota
Quem teve lado a lado
E quem só ficou na bota

Entre as frases
Fases e várias etapas
Do quem é quem
Dos mano e das mina fraca
Negro drama de estilo
Pra ser
E se for
Tem que ser
Se temer é milho

Entre o gatilho e a
tempestade
Sempre a provar
Que sou homem e não
covarde

Que Deus me guarde

Pois eu sei
Que ele não é neutro
Vigia os ricos
Mas ama os que vêm do
gueto

Eu visto preto
Por dentro e por fora
Guerreiro
Poeta entre o tempo e a
memória

Ora
Nessa história
Vejo o dólar
E vários quilates
Falo pro mano
Que não morra e também
não mate

O tic-tac
Não espera, veja o ponteiro
Essa estrada é venenosa
E cheia de morteiro

Pesadelo
É um elogio
Pra quem vive na guerra
A paz nunca existiu

Num clima quente
A minha gente sua frio
Vi um pretinho
Seu caderno era um fuzil
Um fuzil

Negro drama

Crime, futebol, música, caraio
Eu também não consegui
fugir disso aí
Eu só mais um
Forrest Gump é mato
Eu prefiro contar uma história
real
Vô contar a minha

Daria um filme
Uma negra
E uma criança nos braços
Solitária na floresta
De concreto e aço

Veja
Olha outra vez
O rosto na multidão

A multidão é um monstro
Sem rosto e coração

Ei, São Paulo
Terra de arranha-céu
A garoa rasga a carne
É a Torre de Babel

Família brasileira
Dois contra o mundo
Mãe solteira
De um promissor
Vagabundo

Luz, câmera e ação
Gravando a cena vai
Um bastardo
Mais um filho pardo
Sem pai

Ei, Senhor de engenho
Eu sei bem quem você é
Sozinho, cê num guenta
sozinho
Cê num entra a pé

Cê disse que era bom
E a favela te ouviu
Lá também tem
Whisky, Red Bull
Tênis Nike e fuzil

Admito
Seus carro é bonito
É, eu não sei fazer
Internet, videocassete
Os carro loko

Atrasado
Eu tô um pouco sim
Tô, eu acho
Só que tem que

Seu jogo é sujo
E eu não me encaixo
Eu sô problema de montão
De carnaval a carnaval
Eu vim da selva
Sou leão
Sou demais pro seu quintal

Problema com escola
Eu tenho mil, mil fitas
**Inacreditável, mas seu filho
me imita**
No meio de vocês

Ele é o mais esperto
Ginga e fala gíria
Gíria não, dialeto

Esse não é mais seu
Ó, subi
Entrei pelo seu rádio
Tomei, cê nem viu
Nós é isso ou aquilo

O quê?
Cê não dizia?
Seu filho quer ser preto
Rááá
Que ironia

Cola o pôster do 2Pac aí
Que tal?
Que cê diz?
Sente o negro drama
Vai
Tenta ser feliz

Ei bacana
Quem te fez tão bom assim?
O que cê deu
O que cê faz,
O que cê fez por mim?

Eu recebi seu tic
Quer dizer kit
De esgoto a céu aberto
E parede madeirite

De vergonha eu não morri
To firmão
Eis-me aqui

Você, não
Cê não passa
Quando o mar vermelho abriu

Eu sou o mano
Homem duro
Do gueto, Brown
Obá

Aquele louco que não pode
errar
Aquele que você odeia
Amar nesse instante
Pele parda
Ouço funk
E de onde vêm
Os diamantes
Da lama

Valeu mãe

Negro drama
Drama, drama, drama

Aê, na época dos barracos de
pau lá na Pedreira, onde
vocês tavam?
O que vocês deram por mim?
O que vocês fizeram por
mim?
Agora tá de olho no dinheiro
que eu ganho
Agora tá de olho no carro que
eu dirijo
Demorou, eu quero é mais
Eu quero até sua alma
Aí, o rap fez eu ser o que sou

Ice Blue, Edy Rock e KL Jay e
toda a família
E toda geração que faz o rap
A geração que revolucionou
A geração que vai
revolucionar
Anos 90, século 21
É desse jeito

**Aê, você sai do gueto, mas o
gueto nunca sai de você,
morou irmão?**

Você tá dirigindo um carro
O mundo todo tá de olho em
você, morou?
Sabe por quê?
Pela sua origem, morou
irmão?
É desse jeito que você vive
É o negro drama
Eu não li, eu não assisti
Eu vivo o negro drama, eu sou
o negro drama
Eu sou o fruto do negro
drama
Aí dona Ana, sem palavras, a
senhora é uma rainha, rainha

Mas aê, se tiver que voltar
pra favela
Eu vou voltar de cabeça
erguida
Porque assim é que é
Renascendo das cinzas
**Firme e forte, guerreiro de fé
Vagabundo nato!**



Fonte: <https://www.facebook.com/pintandosaude/videos/340127296142407/>

A letra da música que é cantada/declamada por Edi Rock e Mano Brown tem um tom crítico que versa sobre o drama de negros da favela de São Paulo, os dois assumem voz para falar dessa experiência que é, ao mesmo tempo, comunitária e pessoal, o que os posiciona dentro do contexto que descreve **(os grifos foram meus e apenas aludem enunciados para a praça e a presença do CnaR).**

O hip hop é visto como uma cultura marginal que pretende retratar o comportamento de um grupo social; acontece principalmente na periferia das grandes cidades, pois historicamente o Brasil foi condicionado a uma colonização que desencadeou grandes mazelas sociais que ainda se refletem na atualidade de quem luta por melhora na qualidade de vida. O geógrafo Milton Santos (2008) ratifica a ideia de grupo social quando diz que os novos protagonistas são os grupos e movimentos sociais mais que as próprias classes.

O movimento do hip-hop no Brasil, por exemplo, criou ações por meio da cultura que buscam a transformação de jovens das periferias e comunidades criando grupos de lutas coletivas. Na lógica de ser movimento de contestação, ocorre o surgimento da nomenclatura de movimento social, que representa em sua amplitude a luta pelo direito do exercício da cidadania, como podemos vislumbrar. Nesse sentido de ressignificação de legados culturais, os sujeitos constroem novos símbolos que possam representá-los na sociedade, possibilitando desse modo o favorecimento da construção de um “sentido de representação/expressão” e valorização.

Por serem *diferentes*, os pobres abrem um debate novo, inédito, às vezes silencioso, às vezes ruidoso, com as populações e as coisas já presentes. É assim que eles reavaliam a tecnoesfera e a psicoesfera, encontrando novos usos e finalidades para objetos e técnicas e também novas articulações práticas e novas normas, na vida social e afetiva (SANTOS, 2008, p. 326).

O vídeo produzido durante o encontro na praça teve duração de 2'24". É possível perceber que a canção é promovida no ritmo original, mas sendo cantada em 26 estrofes, trazendo o jogo entre dois atores sociais que denunciam para a sociedade o preconceito com os negros e com a periferia, como os negros da periferia são olhados e designados ("cabelo crespo e pele escura"); o trauma que não pode ser arrancado de dentro de si no esforço permanente de não ser “mais um preto fodido”; a naturalização que reúne ser pobre, preso ou morto como “cultural” e torna necessário falar pros manos que não morram e também não matem. A letra traz palavras fortes e sensíveis para quem habita (afeto do morar) na rua, igual para quem aderiu do trabalhar em um CnaR: “de esgoto a céu aberto”, “você saiu do gueto, mas o gueto nunca saiu de você, morou irmão?”, “firme e forte, guerreiro de fé, vagabundo nato!”.

O estudo de Bruno Zeni (2004), que discorre sobre a música, diz que o verso "Tenta ver e não vê nada" insere uma terceira pessoa na letra do rap, um personagem indeterminado que assume um caráter generalizante, que tenta ver no horizonte algo como uma promessa de futuro, mas só vê um brilho pálido de estrela, assim como chama a sociedade à reflexão quando diz “Você deve estar pensando o que você tem a ver com isso”, trazendo o ouvinte para o negro drama. A ação repressora da polícia também aparece criticada na canção, assim como é fortemente criticada pela população que mora nas ruas. A permanente

situação de vulnerabilidade social, rescaldo da história da colonização e uma memória ativa escravagista.

Em um momento da canção o morador de rua, na estrofe 16, troca a palavra “campo” por “praça”: “São poucos que entram em campo pra vencer/ A alma guarda/ O que a mente tenta esquecer”. “São poucos que entram na praça pra vencer/ A alma guarda/ O que a mente tenta esquecer”, demonstrando uma ação afirmativa da cultura em “territórios de exclusão”, não apenas uma realidade geográfica nos mapas da “burguesia da cidade”, mas a evocação de práticas culturais dentro de seus perímetros cometendo crimes de racismo, preconceito, estigma, violência e abusos. No discorrer do “canto falado” é possível perceber a ênfase do corpo em uma linguagem política. O que é perceptível no território hip hop é mais do que um domínio geográfico, é a passagem para uma formação intersubjetiva e uma formação guerreira aos seus participantes (não por acaso combatida ou segregada sob todas as formas pelas elites e pela grande mídia). Pensando a partir da leitura do estudo de Paulo Patrocínio (2010), que cita Michel Foucault e Gilles Deleuze, como em “Os intelectuais e o poder”, podemos reconhecer que a praça colaborou para a construção com outros territórios existentes, trazendo um discurso, sem subordinar a rua a qualquer conceito de representação. Patrocínio cita em seu trabalho “Os Intelectuais e o Poder”, onde Deleuze e Foucault dialogam:

Ora, o que os intelectuais descobriram recentemente é que as massas não necessitam deles para saber; elas sabem perfeitamente, claramente, muito melhor do que eles; e elas o dizem muito bem. Mas existe um sistema de poder que barra, proíbe, invalida esse discurso e esse saber. Poder que não se encontra somente nas instâncias superiores da censura, mas que penetra muito profundamente, muito sutilmente em toda a trama da sociedade. Os próprios intelectuais fazem parte desse sistema de poder, a *ideia* de que eles são agentes da *consciência* e do discurso também faz parte desse sistema. O papel do intelectual não é mais o de se colocar *um pouco na frente ou um pouco de lado* para dizer a muda verdade de todos; é antes o de lutar contra as formas de poder exatamente onde ele é, ao mesmo tempo, o objeto e o instrumento; na ordem do saber, da *verdade*, da *consciência*, do discurso (FOUCAULT, 1979, p. 71, apud PATROCÍNIO, 2010).

No *encontro* musical podemos observar que, de modo geral, os espaços subjetivos e geográficos são redefinidos em relação àquelas pessoas que habitam seus perímetros, aqui em especial as ruas, com um processo de afirmação. Deste modo o hip hop trouxe não

apenas conexões musicais, mas a construção de um espaço produtivo de sentidos próprios e novos olhares, não apenas por oportunizar a fala, mas por oportunizar a insurreição de saberes e processos de subjetivação local. Gilles Deleuze assinala a constituição da subjetividade por linhas e planos de força:

A subjetividade é constituída por múltiplas linhas e planos de forças que atuam ao mesmo tempo: linhas duras, que detêm a divisão binária de sexo, profissão, camada social, e que sempre classificam, sobrecodificam os sujeitos; e linhas flexíveis, que possibilitam o afetamento da subjetividade e criam zonas de indeterminação, permitindo-lhe agenciar. Esse afetamento da subjetividade pelo que não é ela, pelas relações efetuadas, pela intersecção com o “fora”, forma um agenciamento. Quando isso ocorre, linhas de fuga são construídas, convergindo em processos que trazem o novo. Esses processos são sempre coletivos, conectando-se ao que está aquém e além do sujeito e construindo novos territórios existenciais (DELEUZE; PARNET, 1998).

Esta afirmação surge como reconhecimento de um caminho alternativo para ativar a consciência dos trabalhadores em CnaR para as dores e agruras que ninguém quer sentir, ver e ouvir, mas estão na realidade daqueles que vivem às margens da cidade. Podemos pensar que a relação dos profissionais da equipe com a população que vive na praça produziu reconstrução em seus próprios territórios e existência, interferindo na construção nômade daquele “lugar” de morar.

POSSIBILIDADE DE PENSAR/FAZER SAÚDE NA RUA

A proposta de fazer esta dissertação surgiu do desejo, como trabalhadora de saúde, de compartilhar as vivências e experiências como trabalhadora em um Consultório na Rua e, diga-se, na verdade pretendia trazer muitos casos, muitos exemplos, muitas abordagens de rua, mas percebi ao longo da proposta de coleta de informações, vidas e imagens que seria muito difícil compartilhar diálogos e cenários sem ser um produto cansativo ou enciclopédico. Me seriam necessárias muito mais ferramentas de escrita para um texto fluente. De outra parte, seria necessário um estudo muito mais profundo, ousado e inovador que este permitido pelo tempo de um mestrado.

Durante o período em que venho trabalhando no CnaR muitas mudanças ocorreram na equipe, nos usuários, nas estruturas físicas e nos sistemas organizacionais das políticas que o afetam. Muitas mudanças ocorreram especificamente nos profissionais que estão atuando na equipe e particularmente como profissional senti e sinto o movimento das produções em saúde e de vida neste espaço. Inicialmente quando me propus a falar e descrever esta modalidade de atendimento à PSR tinha a certeza que seria muito fácil transmitir ao leitor tudo aquilo que falamos e vivenciamos junto aos usuários atendidos, como as sensações de alegria, tristeza, superações, protocolos inventados e reinventados, formação de rede intersetorial, vínculos, brigas, afetos, enfim tudo que nos move e comove no trabalho vivo em ato, contudo nos deparamos com a solidão do trabalho e esmorecemos, são vidas muito sofridas, são experiências muito sofridas que estão ali. Acolhemos todos os momentos de insight coletivo, todas as oportunidades de produzir aprendizagem coletiva e obter aquisições individuais e coletivas para a vida e para o trabalho em saúde ou sucumbimos. Aprendizados que antes de estarmos sob o céu aberto não seriam possíveis. A reunião é o momento potente para o pensar e fazer/refazer a saúde.

As reuniões de equipe e as discussões de caso por muito tempo se encaminhavam por demandas já determinadas, fossem elas dos usuários nas discussões de caso, ou verticalizados para respostas de metas oriundas da coordenação superior. Muitas vezes o processo formal de trabalho criou/cria barreiras ao se afetar pelos usuários. Inquietações e

ruídos são mobilizados na equipe quando um trabalhador não se sente valorizado pelos seus colegas e gestores da instituição.

Nos percursos de atendimento à população de rua, são os *encontros* que portam olhares e escutas. Nos serviços da rede intersetorial, nos registros em prontuário, no preenchimento de números em sistemas de informação percebe-se que as possibilidades de pensar são mínimas. O pensar só se concretiza nas reuniões onde os casos são, não necessariamente detalhados, mas discutidos. O caso de Rosimar foi escolhido para ser relato, pois mobilizou muito a equipe do CnaR e por trazer a discussão sobre as políticas de álcool e drogas que não dão certo. Claro que, em parte, são os problemas socioeconômicos, de desigualdades e discriminações, mas existem as dificuldades das equipes de saúde em trabalhar com sentimentos. A objetividade cria modos de intervenção, sendo muitas vezes o tratamento norteado apenas pelo diagnóstico, oficinas protocolares e medicalização. Um caso onde as pessoas de quem falamos nos parecem não ter lugar de ser e estar ou esse lugar é a rua, o que nos vem? O nada, o vazio, a solidão, as plantas, o frio, a chuva, a violência e as drogas. Quando utilizamos o dispositivo de discussão da equipe em conjunto com um matriciador, nos sentimos provocados a resgatar algo talvez não pensado ou percebido.

Rosimar inicialmente me transmitia uma imagem de uma pessoa muito agitada, não querendo compartilhar sentimentos, se transformou em um momento onde estávamos conversando e ela quis nos apresentar o espaço em que fizeram a nova casa deles. Era um espaço desocupado, em uma área nobre da cidade. Nos apresenta sua casa, dizendo “aqui é meu pedacinho do céu”, quando questionamos sobre a vizinhança eles nos dizem que conseguem ser “bons” para o espaço, e que os vizinhos falaram: “se vocês estão conservando, fiquem”.

André aparece como um companheiro que compartilha a organização deste espaço, como também angústias, frio, violência, que mobiliza Rosimar a buscar no Consultório um espaço a que pode se referir. “Estou tão feliz que eu estou até com vontade de usar uma *pedra*”, diz ele, mas ela contrapõe: “Que é isso?! Isso é coisa que se fale!”. A fala pode parecer tendenciosamente moralista lendo-a deslocada do espaço em que eles estão, mas eles percebem que conseguem fazer uma redução de danos, e que de outros espaços eles já foram expulsos. Isso ocorria quando eles abusavam das drogas, ficando violentos e

chegando a colocar fogo nos próprios objetos. Percebe-se ter um dispositivo de proteção que pode ser desfavorecido por um diagnóstico prévio de bipolaridade de Rosimar, que os sintomas poderiam ser atenuados por medicação.

Durante a escrita desta dissertação, alguns conceitos surgiram: acolhimento, afeto, desejo, escuta, potência de vida, responsabilização, vazio e vínculo, provenientes das narrativas dos trabalhadores sobre o que reverbera no seu “encontro” com a população atendida (MERHY, 1990). Para Emerson Merhy, o acolhimento e vínculo podem ser identificados no encontro do trabalhador com o usuário durante o trabalho vivo em ato. Trabalho esse que está em ação, em processo de construção. Assim como Estela Junges (2003), podemos afirmar que “quando há encontro de duas ou mais pessoas ninguém fica igual como quando chegou”.

O trabalhador pode ser criativo e autônomo quanto aos instrumentos à sua disposição dentro de um objetivo que se pretende atingir. Ao passo que é importante se fazer uma escuta ativa para alcançar o estreitamento de vínculos através de redes de trabalho afetivo, como fala Ricardo Teixeira (2005), quando remete à Spinoza para dizer que a “potência é sempre em ato”, é sempre efetuada, e são os afetos que a efetuem. Afetos esses sempre procurados pelos trabalhadores do CnaR, nos encontros com os usuários, pois acreditamos na extrema potência do cuidado para a saúde das pessoas.

Os afetos são as efetuações da potência, já dizia Deleuze (1980), logo há uma ética da potência (aumentada num bom encontro, no encontro que gera positividade). No encontro, aquilo que for afetado entrará em modificação. Um corpo afeta outro corpo, causando uma mistura de corpos que intercedem um pelo outro. O grande desafio é fazer das afecções que só conhecem as coisas por seus efeitos sem conhecer as próprias causas, em encontros organizados para elevar a potência de existir, sem se deixar *infectar* pelos afetos de frustração quando uma afecção nos leva para uma condição de menor potência.

Gilles Deleuze (2006), destaca a relevância de *encontros* do acaso e, no encadeamento dos afetos compor as relações que resultam em potência para a vida, “unir-se com aquilo que convém (...), formar associação sensata (...); tudo isso de maneira a ser afetado pela alegria (...)”. O ser livre e sensato identifica a tarefa da existência como “arte de organizar encontros, ou de formar uma totalidade nas relações que se compõem”. A partir das

experiências relatadas, uma saúde produzida de forma conversada, propondo que os trabalhadores da saúde utilizem de ferramentas de encontro para fomentar a saúde da população que atendem, independente do público ser morador de rua, criança, idoso, louco ou deficiente. A escuta, simpatia e afeto mudam pessoas usuários e pessoas trabalhadores, passo primordial.

CONCLUSÃO

O morar nas ruas mostra diferentes maneiras de organizar tempo e espaço, interno e externo. É possível afirmar que sempre existe algo que dá sentido novo à utilização de espaços públicos, do lazer à experiência intensiva do habitar, para trabalhar, viver e morar. Muitos atos privados, destinados ao fora da visão de acesso público se tornam atos em público. A utilização dos espaços públicos pelos moradores de rua faz passar a vida dos revestimentos da intimidade à vida exposta (comer, lavar-se, fazer xixi ou cocô, trepar, dormir, masturbar-se, cuspir, vomitar, trocar de roupa... tudo isso pode acontecer ao acesso do olhar público). Por isso, a presença do morador de rua provoca um impacto de transgressão, rompe com as regras de conveniência, mostra seu regramento sobretudo moral, sob interesse do capital, da ordem e do controle cultural da sociedade.

Contudo, a população de rua é presente desde a colonização em nosso País. Com a chegada da Constituição Federal de 1988, uma força democrática impulsiona às políticas públicas de inclusão, à assistência social na conquista da equidade social e ao acesso universal às ações e serviços de saúde, como também a políticas públicas direcionadas às populações em situação de rua. Em meados da década de 1990 ocorreram manifestações mais incisivas na luta pelos direitos. Para a população de rua, a organização veio nos anos de 2000; o ponto forte foi a criação do Movimento Nacional da População de Rua (MNPR) em 2005.

Nos anos 2000, várias Portarias garantiram maiores direitos para a população de rua, sendo o Consultório na Rua um destes equipamentos. Na zona norte de Porto Alegre a população de rua atendida é menos aglomerada do que no centro da cidade, algo que dificulta a reunião “política” com finalidade de discussão de direitos, confronto com as medidas estabelecidas pelo poder público e pela sociedade e resistência às ações higienistas e de “limpeza” das ruas, por exemplo. Estas últimas, muitas vezes com estratégias policiais ou militares. A instalação de Consultórios na Rua faz parte da luta em dar vez ao protagonismo e participação para quem vive nas ruas. A presença do serviço se torna uma ferramenta para a potência de vida, não importa se as pessoas sob atendimento abandonarão as ruas ou não.

A potência de vida não é por empoderamento, superação, preenchimento de faltas, potência de vida é afirmar direitos, valores, desejos ali onde eles se instauram como oportunidade ao viver e sobreviver. O estigma às pessoas que moram na rua, quase sempre, está vinculado às imagens do “bêbado”, do “mendigo” e do “drogado”, o que não resume suas vidas, suas histórias de vida e seus projetos de vida.

Ricardo Mendes Mattos e Ricardo Franklin Ferreira (2004) afirmam que se observa “a existência de representações sociais pejorativas, em relação à população em situação de rua, que se materializam nas relações sociais”. Estas representações contêm “conteúdos simbólicos de cunho ideológico” que se desdobram na “cristalização de relações de exploração e dominação”. Certamente que essa não é uma construção individual, mas de uma sociedade. São construções discursivas e ideológicas, da naturalização da população de rua como sem importância, como alheias aos processos sociais e psicológicos que constroem os seres nas relações humanas.

A banalização da injustiça social, trazida por Cristophe Dejours, fala de um poder público que trata as pessoas que estão em situação de rua como sujeitos da falta de sorte ou até mesmo da falta de competência. Dejours denuncia a perspectiva individualista de que os bem-sucedidos são aqueles que aprendem a superar a si mesmos, tornando-se cada vez mais competitivos e mais eficientes que colegas, pares ou concorrentes. Assinala que “as vítimas do desemprego, da pobreza e da exclusão social seriam também vítimas de uma injustiça”, mas que muitos não concordariam com isso, o que é grave do ponto de vista dos direitos sociais e da saúde mental. O grave dano é que o sofrimento experimentado por aqueles em situação de desemprego, pobreza e exclusão é uma adversidade, não uma consequência do modelo de sociedade que, portanto, “reclama necessariamente reação política” (DEJOURS, 2003, p. 19).

Por isso, a presença na rua de um consultório a céu aberto ou a garantia de uma política pública de saúde e de atenção psicossocial que preveja esse tipo de serviço, essa modalidade de atenção, é fundamental. Sua presença, entretanto, não é simplesmente técnica, trata-se de uma presença política na esfera dos direitos, da equidade e da justiça (não pode deixar de ser ofertado numa sociedade democrática e de igualdade social), mas trata-se, também, de intervenção política e cultural respeitando os modos de vida, a

promoção da saúde e a defesa da cidadania.

O CnaR é, além de dispositivo sanitário, dispositivo sociocultural, precisa inserir-se na rede intersetorial com a assistência social, a educação, a cultura artística e a ação comunitária. Se distinguem dos parâmetros da saúde pública e cuidados biomédicos, inscreve-se numa teoria do “cuidado transcultural” e da rua, envolvendo acolhimento, escuta, vínculo e responsabilização. Uma preocupação na manutenção do permanente “encontro” com a população atendida é aliviar/lidar com o afeto de frustração ante a vontade de uma vida com máximo acesso aos mínimos direitos e com a sensação de vazio ante a ausência de alternativas ou de explicações ou, ainda, a ausência de recursos materiais e conceituais de intervenção.

Manter vivo, no outro, um corpo vivo de afetos, não só os afetos com o álcool e outras drogas; saber escutar, acolher e proteger o desejo (o que dá natureza de outro ou de diferença ao morador de rua em relação aos trabalhadores) como força de ressingularização permanente; e construir potências de vida como quando encarnamos o discurso-experiência do hip hop na praça, englobamos ações de família e comunidade para pensar casais, maternidades e paternidades, e promovemos a educação social por meio de rodas de conversa na rua com os moradores ou no serviço entre trabalhadores e com apoiadores.

A presença na rua de um consultório a céu aberto ou a garantia de uma política pública de saúde e de atenção psicossocial que preveja esse tipo de serviço, essa modalidade de atenção, é fundamental. De certa forma, trouxemos o pensar de outros atores sociais, estes do escopo sociocultural, como Mano Brown: “aos parceiros tenho a oferecer minha presença, talvez até confusa, mas leal e intensa”.

Os Racionais Mc’s também inscrevem o afeto de frustração quando explicam a periferia: “corpos vazios e sem ética lotam os pagodes rumo à cadeira elétrica; eu sei, você sabe o que é frustração, máquina de fazer vilão (Vida LOKA, parte I, RACIONAIS MC’s, 2016). O rapper alerta: “me ajude, sozinho penso merda pra caralho” (Jesus Chorou, RACIONAIS MC’s, 2016). São os aprendizados que, por fim, vieram da pesquisa realizada porque buscou a experiência do morar na rua, a experiência do atuar com saúde na rua e a experiência educossanitária de uma equipe multiprofissional e interdisciplinar de consultório na rua. As

abordagens na rua, quando “encontros”, afecção, disposição de corpo à cartografia, são possibilidades de saúde, próximas ou distantes, ao acaso, da vigilância epidemiológica, ou da saúde pública baseada em evidências, só se fazem consultório se a céu aberto, oferecendo presença (se confusa, leal e intensa).

REFERÊNCIAS

BORGES, Renato Levin. **A grande saúde peregrina: vidas que constituem o jornal Boca de Rua**. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Programa de Pós-Graduação em Educação. Porto Alegre: UFRGS, 2016.

BORGES, Renato Levin. **Ir, vir, permanecer (vídeo-documentário)**. Disponível em <https://www.youtube.com/watch?v=8WAXAiA1jpE&index=1&list=PLOK6SV06TyAekYnPqmrgBUGbrxcxe_BUb> Acesso em: 5 julho 2016.

BRASIL. **Decreto Federal nº 7.053**, de 23 de dezembro de 2009, que institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União, Seção 1, 2009, p.16.

BRASIL. **Decreto Federal nº 7.179**, de 20 de maio de 2010, que institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, cria o seu Comitê Gestor, e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União, seção1, 2010, p.43.

BRASIL. **Lei Federal nº 10.216**, de 6 de abril de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília: Diário Oficial da União, seção1, 2001, p.2.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. Brasília: MS, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão no SUS: clínica ampliada e compartilhada**. Brasília: MS, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 3.088**, de 23 de dezembro de 2011, que institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília: Diário Oficial da União, seção 1, 2011, p.230.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 1.029**, de 20 de maio de 2014, que amplia o rol das categorias profissionais que podem compor as Equipes de Consultório na Rua em suas diferentes modalidades e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União, Seção 1, 2014, p.55.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 1.190**, de 4 de junho de 2009, que institui o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde – PEAD 2009-2010 – e define suas diretrizes gerais, ações e metas. Brasília: Diário Oficial da União, seção1, 2009, p.128.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 122**, de 25 de janeiro de 2011, que define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua. Brasília: Diário Oficial da União, Seção 1, p.46.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Estratégias e Ações de Saúde voltadas para População em Situação de Rua: implantação de Consultórios na Rua**. Disponível em <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=18974&Itemid=1005#estrategias> Acesso em: 26 dezembro 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Nota Técnica. Assunto:** Informações sobre as ações e programas do Departamento de Atenção Básica. **Estado: RIO GRANDE DO SUL**. Disponível em <<http://dab2.saude.gov.br/sistemas/notatecnica/frmlistaMunic.php>> Acesso em: 26 dezembro 2016.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua**. Brasília: MDS, 2008.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. **Política Nacional de Assistência Social**. Brasília: MDS, 2004.

BUCHER, Richard. **Drogas e sociedade nos tempos da AIDS**. Brasília: EdUnB, 1996.

CAMARGO Jr., Kenneth Rochel. **Biomedicina, saber e ciência: uma abordagem crítica**. Hucitec, 2003.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 5, n. 2, 2000, p.219-230.

CANAL DAS BEE. **Rapper, negra e lésbica - Pergunte às Bee 53 (Entrevista MC Luana Hansen)**. Disponível em <<https://www.youtube.com/watch?v=7iVPApZYHB4>> Acesso em: 24 setembro 2016.

CANDIANI, Cláudio; PEDRA, Marcelo; GALLASSI, Andrea. 7.7. Álcool e drogas. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual sobre o cuidado à saúde junto à população em situação de rua**. Brasília: MS, 2012, p.72-76.

CECCIM, Ricardo Burg. Equipe de saúde: a perspectiva entredisciplinar na produção dos atos terapêuticos. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araujo (Orgs.). **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: Abrasco, 2006, p.259-278.

CECCIM, Ricardo Burg. Saúde e doença: reflexão para educação da saúde. In: MEYER, Dagmar E. Estermann (Org.). **Saúde e sexualidade na escola**. 2 ed. Porto Alegre: Mediação, 1998, p. 37-51.

CECCIM, Ricardo Burg; KREUTZ, Juliano André. Prospecção de modelos tecnoassistenciais na atenção básica: protocolo de pesquisa colaborativa multissituada na educação em saúde coletiva. In: CECCIM, Ricardo Burg; KREUTZ, Juliano André; PAIVA-DE-CAMPOS, Jaqueline Dinorá. CULAU, Fernanda Steffen; WOTTRICH, Laura Anelise Faccio; KESSLER, Lucenira Luciane (Org.). **In-formes da atenção básica: aprendizados de intensidade por círculos em rede**. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2016, p.17-32.

CECCIM, Ricardo Burg; KREUTZ, Juliano André; PAIVA-DE-CAMPOS, Jaqueline Dinorá; CULAU, Fernanda Steffen. Educação em saúde coletiva, pesquisa-formação e estratégia de prospecção de modelos tecnoassistenciais na atenção básica. In: CECCIM, Ricardo Burg; KREUTZ, Juliano André; PAIVA-DE-CAMPOS, Jaqueline Dinorá. CULAU, Fernanda Steffen; WOTTRICH, Laura Anelise Faccio; KESSLER, Lucenira Luciane (Org.). **Intensidade na**

atenção básica: prospecção de experiências “informes” e pesquisa-formação. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2016, p.17-30.

CECCIM, Ricardo Burg; MERHY, Emerson Elias. Um agir micropolítico e pedagógico intenso: a humanização entre laços e perspectivas. **Interface – comunicação, saúde, educação**, v. 13, supl. 1, 2009, p. 531-542.

CECÍLIO, Luiz Carlos Oliveira; CARAPINHEIRO, Graça; ANDREAZZA, Rosemarie. **Os mapas do cuidado: o agir leigo na saúde.** São Paulo: Hucitec, 2014.

CONSULTÓRIO NA RUA/PINTANDO SAÚDE. **Atividades de lazer/cultura realizadas pela equipe do Consultório na Rua/Pintando Saúde em territórios da zona norte.** Disponível em <<https://www.facebook.com/pintandosaude/videos/340127296142407/>> Acesso em: 16 agosto 2014.

CONSULTÓRIO NA RUA/PINTANDO SAÚDE. **Rosimar e André mostrando seu espaço...** Disponível em <<https://www.facebook.com/pintandosaude/videos/523896197765515/>> Acesso em: 18 setembro 2015.

COSTA, Miguel; LÓPEZ, Ernesto. **Educación para la salud: una estrategia para cambiar los estilos de vida.** Madrid: Pirámide, 1996, p.25-58.

DEJOURS, Christophe. **A banalização da injustiça social.** Rio de Janeiro: FGV Editora, 2003.

DELEUZE, Gilles. **A ilha deserta.** São Paulo: Iluminuras, 2006.

DELEUZE, Gilles. **Proust e os signos.** Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006.

DELEUZE, Gilles; GUATTARI, Félix. **Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia – v. 1.** São Paulo: Editora 34, 1995.

DELEUZE, Gilles; GUATTARI, Félix. **Mil Platôs: capitalismo e esquizofrenia – v. 2.** São Paulo: Editora 34, 2012.

DELEUZE, Gilles; GUATTARI, Félix. **Que é a filosofia?** São Paulo: Editora 34, 2007.

DELEUZE, Gilles; PARNET, Claire. Da superioridade da literatura anglo-americana. In: **Diálogos.** São Paulo: Escuta, 1998, p.49-92.

ESTOOFA OFICIAL. **Rico Dalasam – entrevista com China | #06 (Entrevista Rico Dalasam).**

Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=A9KKFSyvIS4>> Acesso em 24 setembro 2016.

FÉLIX-DOS-SANTOS, Carla. **Os processos do cuidado na saúde da população em situação de rua: um olhar para além das políticas públicas.** Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde mental). Grupo Hospitalar Conceição. Centro de Educação Tecnológica e Pesquisa em Saúde. Porto Alegre: Escola GHC, 2013.

FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz; SENA, Roseni Rosângela de. A construção de novos modelos acadêmicos de atenção à saúde e de participação social. In: FEUERWERKER Laura Camargo Macruz; ALMEIDA, Márcio; LLANOS C, Manuel (Org.). **A educação dos profissionais de saúde na América Latina: teoria e prática de um movimento de mudança.** Tomo 1 - Um olhar analítico. São Paulo: Hucitec, 1999, p.47-83.

FOUCAULT, Michel. **O nascimento da clínica.** 6 ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2008.

FREIRE-COSTA, Jurandir. **Ordem médica e norma familiar.** Rio de Janeiro: Graal, 1999.

GEERTZ, Clifford. **A interpretação das culturas.** Rio de Janeiro: LTC, 1989.

GEORGE, Júlia B. **Teorias de Enfermagem: dos fundamentos à prática profissional.** 4 ed. Porto Alegre: Artmed, 2000.

GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO. **Consultório de Rua do SUS: projeto “Pintando Saúde”.** Porto Alegre: GHC, 2010.

GUATTARI, Félix. **As três ecologias.** Campinas: Papirus, 1990.

GUATTARI, Félix. **Caosmose.** São Paulo: Editora 34, 1992.

GUATTARI, Félix; ROLNIK, Suely. **Micropolítica: cartografias do desejo.** Petrópolis: Vozes, 1986.

JUNGES, Estela Maris Gruske. **Biografias da rua: escuta de narrativas da rua desde seus habitantes.** Monografia (Graduação). Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Bacharelado em Saúde Coletiva. Porto Alegre: UFRGS, 2013.

L'ABBATE, Solange. Análise institucional e educação em saúde: um diálogo produtivo.

Boletim do Instituto de Saúde, v. 34, 2004, p. 6-9.

LANCETTI, Antônio. **Clínica peripatética**. São Paulo: Hucitec, 2006.

MACHADO, Roberto. **Danação da norma: medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil**. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

MATTOS, Ricardo Mendes; FERREIRA, Ricardo Franklin. Quem vocês pensam que (elas) são? Representações sobre as pessoas em situação de rua. **Psicologia & Sociedade**, v. 16, n. 2, 2004, p.47-58.

MERHY, Emerson Elias. O ato de governar as tensões constitutivas do agir em saúde como desafio permanente de algumas estratégias gerenciais. **Ciência & saúde coletiva**, v. 4, n. 2, 1999, p. 305-314.

MERHY, Emerson Elias. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, Emerson Elias; ONOCKO, Rosana (Orgs.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997, p.71-112.

MERHY, Emerson Elias. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002.

MERHY, Emerson Elias; BADUY, Rosana Staeve; SEIXAS, Clarissa Terenzi; ALMEIDA, Daniel Emílio da Silva; SLOMP Jr, Helvo. (Org.). **Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes - Livro 1**. Rio de Janeiro: Hexis, 2016.

MERHY, Emerson Elias; FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz; BERTUSSI, Débora Cristina (Org.). **Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes - Livro 2**. Rio de Janeiro: Hexis, 2016.

MEYER, Dagmar E. Estermann. Uma politização contemporânea da maternidade: construindo um argumento. **Gênero**, v. 6, n. 1, 2005, p. 81-104.

MÜLLER, Guilherme de Souza. **Atenção e cuidado aos habitantes da rua: perspectivas enunciadas pelo consultório na rua**. Monografia (Graduação). Universidade Federal do

Rio Grande do Sul. Bacharelado em Saúde Coletiva. Porto Alegre: UFRGS, 2013.

NERY-ALVES Filho, Antônio; VALÉRIO, Andréa Leite Ribeiro; MONTEIRO, Luiz Felipe. **Guia do projeto consultório de rua**. Brasília: SENAD, 2012, p.17-25.

NOTO, Ana Regina; GALDURÓZ, José Carlos Fernandes; NAPPO, Solange Aparecida; CARLINI, Elisaldo Araújo (Responsáveis). **Levantamento nacional sobre o uso de drogas entre crianças e adolescentes em situação de rua nas 27 capitais brasileiras**. São Paulo: Centro Brasileiro de Informações Sobre Drogas Psicotrópicas, 2003.

PAIM, Jairnilson Silva. **Desafios para a saúde coletiva no século XXI**. Salvador: EdUFBA, 2006.

PAIVA-DE-CAMPOS, Jaqueline Dinorá. A educação de jovens e adultos como avizinhamento da educação básica com a atenção básica: saúde, educação e conversas-em-ação. In: CECCIM, Ricardo Burg; KREUTZ, Juliano André; PAIVA-DE-CAMPOS, Jaqueline Dinorá. CULAU, Fernanda Steffen; WOTTRICH, Laura Anelise Faccio; KESSLER, Lucenira Luciane (Org.). **Intensidade na atenção básica: prospecção de experiências “informes” e pesquisa-formação**. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2016, p.311-336.

PAIVA-DE-CAMPOS, Jaqueline Dinorá. **Cartografia de vida no trabalho educativo com jovens e adultos: conversas-em-ação**. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Programa de Pós-Graduação em Educação. Porto Alegre: UFRGS, 2014.

PASSOS, Eduardo; ESCÓSSIA, Liliana. A cartografia como método de pesquisa-intervenção. In: PASSOS, Eduardo; KASTRUP, Virgínia; ESCÓSSIA, Liliana. **Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade**. Porto Alegre: Sulina, 2009, p.17-31.

PATROCÍNIO, Paulo Roberto Tonani do. A voz da periferia e a função do intelectual.

Darandina Revisteletrônica, v. 3, n. 2, 2010. Disponível em:

<<http://www.ufjf.br/darandina/files/2010/12/A-voz-da-periferia-e-a-fun%C3%A7%C3%A3o-do-intelectual.pdf>>

Acesso em 30 novembro 2016.

RACIONAIS Mc's. **Negro Drama (letras de música)**. Disponível em:

<<https://www.lettras.mus.br/rationais-mcs/63398/>> Acesso em: 16 agosto 2014.

RACIONAIS Mc's. **Vida loka – Parte I (letras de música)**. Disponível em

<<https://www.lettras.mus.br/rationais-mcs/64916/>> Acesso em: 5 julho 2016.

RACIONAIS Mc's. **Jesus chorou (letras de música)**. Disponível em

<<https://www.vagalume.com.br/rationais-mcs/jesus-chorou.html>> Acesso em: 5 julho 2016.

ROLNIK, Suely. **Cartografia sentimental: transformações contemporâneas do desejo**. Porto Alegre: Sulina, 2006.

SANTOS, Milton. **A natureza do espaço: técnica e tempo, razão e emoção**. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2006.

SIEGMANN, Christiane; FONSECA, Tania Mara Galli. Caso-pensamento como estratégia na produção de conhecimento. **Interface – comunicação, saúde, educação**, v. 11, n. 21, 2007, p.53-63.

TAVARES, Breitner. Geração hip-hop e a construção do imaginário na periferia do Distrito Federal. **Sociedade e Estado**, v. 25, n. 2, 2010, p. 309-327.

TEIXEIRA, Carmen Fontes. Promoção e vigilância da saúde no contexto da regionalização da assistência à saúde no SUS. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 18, supl., 2002, p.153-162.

TEIXEIRA, Ricardo Rodrigues. Humanização e atenção primária à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 3, 2005, p.585-597.



TRIP TV. **Eu gosto mesmo é das bicha (Depoimento MC Linn da Quebrada)**. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=Mw11OtTKI7E>> Acesso em 24 setembro 2016.

ZALUAR, Alba. Comentários dos assessores sobre o perfil da população de rua. In: ROSA, Cleisa Moreno Maffei (Org). **População de rua: Brasil-Canadá**. São Paulo: Hucitec, 1995, p.53-61.

ZALUAR, Alba. Essas pessoas a quem chamamos população de rua. **Cadernos do CEAS**, v. 15, n. 1, 1994, p.22-25.

ZENI, Bruno. O negro drama do rap: entre a lei do cão e a lei da selva. **Estudos avançados**, v. 18, n. 50, 2004, p.225-241.

ANEXO: Formulário de informações de abordagens diárias

		Consultório na Rua				Preenchido por: _____ Data: _____		
Identificação				Território				
1								
Idade/Data Nasc.		Sexo	Cor		Tipo Abordagem		Ações	
		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> O		<input type="checkbox"/> Primeira <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Continuada <input type="checkbox"/> Rede		<input type="checkbox"/> Abordagem na Rua <input type="checkbox"/> Visita Domiciliar <input type="checkbox"/> Visita Institucional <input type="checkbox"/> Demanda Espont. <input type="checkbox"/> Busca Programada ()C ()N/C <input type="checkbox"/> Telefonema ()Recebido ()Efetuado	
Procedimento Realizado			Acompanhamentos		Acesso à Rede		Internação Prévia (D.Q.)	
<input type="checkbox"/> Diálogo <input type="checkbox"/> Contraceptivo <input type="checkbox"/> RD Nutricional <input type="checkbox"/> Curativo <input type="checkbox"/> Preservativo <input type="checkbox"/> Encaminhamento <input type="checkbox"/> V.T. <input type="checkbox"/> Lazer/Cultura <input type="checkbox"/> Outro			<input type="checkbox"/> CAPS <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> UBS <input type="checkbox"/> Emergência Geral <input type="checkbox"/> UPA <input type="checkbox"/> Emergência Psiquiátrica <input type="checkbox"/> Outro		Acesso à Rede <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Internou? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Geral <input type="checkbox"/> Psiq.		Hospitalar <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Comunidade Terapêutica <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Outro <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Situação de Saúde / Observações Gerais								

		Consultório na Rua				Preenchido por: _____ Data: _____		
Identificação				Território				
1								
Idade/Data Nasc.		Sexo	Cor		Tipo Abordagem		Ações	
		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> O		<input type="checkbox"/> Primeira <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Continuada <input type="checkbox"/> Rede		<input type="checkbox"/> Abordagem na Rua <input type="checkbox"/> Visita Domiciliar <input type="checkbox"/> Visita Institucional <input type="checkbox"/> Demanda Espont. <input type="checkbox"/> Busca Programada ()C ()N/C <input type="checkbox"/> Telefonema ()Recebido ()Efetuado	
Procedimento Realizado			Acompanhamentos		Acesso à Rede		Internação Prévia (D.Q.)	
<input type="checkbox"/> Diálogo <input type="checkbox"/> Contraceptivo <input type="checkbox"/> RD Nutricional <input type="checkbox"/> Curativo <input type="checkbox"/> Preservativo <input type="checkbox"/> Encaminhamento <input type="checkbox"/> V.T. <input type="checkbox"/> Lazer/Cultura <input type="checkbox"/> Outro			<input type="checkbox"/> CAPS <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> UBS <input type="checkbox"/> Emergência Geral <input type="checkbox"/> UPA <input type="checkbox"/> Emergência Psiquiátrica <input type="checkbox"/> Outro		Acesso à Rede <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Internou? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Geral <input type="checkbox"/> Psiq.		Hospitalar <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Comunidade Terapêutica <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Outro <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Situação de Saúde / Observações Gerais								

APÊNDICE: Termo de consentimento livre e esclarecido

Convidamos o(a) senhor(a) a participar da pesquisa “Encontros na rua: possibilidades de saúde de um consultório a céu aberto”, sob responsabilidade de Carla Félix dos Santos, que pretende conhecer as diferentes possibilidades de produção de vida da população de rua, por meio dos diversos modos de atenção à saúde desenvolvidos por um Consultório na Rua (CnaR). Sua participação é voluntária e se dará por meio de gravação de imagens de falas sobre a saúde produzida na rua. Não haverá prejuízos sociais ou morais decorrentes de sua participação na pesquisa. Se você aceitar participar, estará contribuindo para divulgar os modos de saúde realizados para a população de rua. Se depois de consentir em sua participação o(a) senhor(a) desistir de continuar participando, tem o direito e a liberdade de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, seja antes ou depois da coleta dos dados, independente do motivo e sem nenhum prejuízo a sua pessoa. O(a) senhor(a) não terá nenhuma despesa e também não receberá nenhuma remuneração. Os resultados da pesquisa serão analisados e publicados, mas sua identidade não será divulgada, sendo guardada em sigilo. Para qualquer outra informação, o(a) senhor(a) poderá entrar em contato com a pesquisadora no seu endereço de trabalho (Rua Alfred Sehbe, 45 - Vila Ipiranga, Porto Alegre/RS) ou pelo seu telefone profissional (51 - 3340.1239. Poderá também entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, endereço Comitê de Ética em Pesquisa, e-mail <etica@propesq.ufrgs.br> e telefone 51 - 3308 3738.

Consentimento Pós-Informação

Eu, _____, fui informado sobre o que a pesquisadora quer fazer e porque precisa da minha colaboração, e entendi a explicação. Por isso, eu concordo em participar do projeto, sabendo que não vou ganhar nada e que posso sair quando quiser. Este documento é emitido em duas vias que serão ambas assinadas por mim e pela pesquisadora, ficando uma via com cada um de nós.

Data: ___/___/___

Assinatura do participante / Impressão do dedo polegar (caso não saiba assinar)

Assinatura do Pesquisador Responsável