



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA
CURSO DE MEDICINA

**A PRÁTICA CLÍNICA NO TERRITÓRIO DE RUA: NAS TRAMAS DA EQUIPE
DE CONSULTÓRIO NA RUA DE SÃO LUÍS-MA**

RAYANA GABRIELA GODOY

São Luís – MA

2018

RAYANA GABRIELA GODOY

**A PRÁTICA CLÍNICA NO TERRITÓRIO DE RUA: NAS TRAMAS DA EQUIPE
DE CONSULTÓRIO NA RUA DE SÃO LUÍS-MA**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado à Universidade Federal do
Maranhão, como parte dos requisitos
necessários para a obtenção do Grau de
Médica.

São Luís – MA

2018

RAYANA GABRIELA GODOY

**A PRÁTICA CLÍNICA NO TERRITÓRIO DE RUA: NAS TRAMAS DA EQUIPE
DE CONSULTÓRIO NA RUA DE SÃO LUÍS-MA**

Aprovado em ___/___/___

Professor Dr. Tadeu de Paula Souza
(Orientador)

Professora Pós Dra. Laura Lamas Martins Gonçalves
(Co-orientadora)

Professora Me. Adriana Lima dos Reis Costa
(Membro da Banca Examinadora)

Professora Me. Lorena Rodrigues Guerini
(Membro da Banca Examinadora)

Professora Me. Patricia Maria Abreu Machado
(Membro da Banca Examinadora)

Ao meu irmão, que me fez ver outro mundo possível. Que me mostrou que ainda temos o direito ao delírio.

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, Vera e Joarez, e seu amor e apoio incondicional sem os quais tudo seria muito mais difícil.

Aos profissionais do Consultório na Rua por me receberem de braços abertos. Por se dedicarem a aliviar sofrimentos e transformar realidades.

Aos meus queridos orientadores pela paciência e dedicação de mostrar-me o caminho a seguir e por serem exemplos de profissionais combativos e ternos.

Aos eternos amigos da Vila, o encontro mais bonito de toda minha vida. São aquelas conversas que atravessavam as madrugadas que me voltam à cabeça a cada palavra que escrevo desse trabalho. A Diana, por esses anos de sonhos, de sangue e de América do Sul. Ao Klyls, por nunca conseguir esconder tamanha doçura. E, especialmente, a Bia e a Tali por todo amor, cuidado e carinho dedicados a mim durante essa caminhada Severina.

Ao Gabriel, minha doce surpresa durante a graduação, que com sua sensibilidade indescritível esteve presente em todos os momentos, mesmo a um oceano de distância.

Aos meus colegas de internato, cada um com sua característica, por tornar a existência dentro curso mais leve e bonita.

Aos companheiros que construíram lado a lado a ocupação da casa no campus e/ou o Coletivo Mandacaru por me ensinarem que é preciso resistir, como mandacaru na seca do sertão, para poder florir!

A todos aqueles que de alguma forma contribuíram para a realização desse trabalho.

*Os ninguéns: os filhos de ninguém, os donos de nada.
Os ninguéns: os nenhuns, correndo soltos, morrendo a
vida, fodidos e mal pagos:
Que não são embora sejam.
Que não falam idiomas, falam dialetos.
Que não praticam religiões, praticam superstições.
Que não fazem arte, fazem artesanato.
Que não são seres humanos, são recursos humanos.
Que não tem cultura, têm folclore.
Que não têm cara, têm braços.
Que não têm nome, têm número.
Que não aparecem na história universal, aparecem nas
páginas policiais da imprensa local.
Os ninguéns, que custam menos do que a bala que os
mata.*

Eduardo Galeano

*A primeira sociedade com quem travei conhecimento foi a
sociedade dos caranguejos. Depois a dos homens
habitantes dos mangues, irmãos de leite dos caranguejos.
Só muito depois é que vim a conhecer a outra sociedade
dos homens, a grande sociedade. E devo dizer com toda a
franqueza, que de tudo que eu vi e aprendi na vida,
observando estes vários tipos de sociedade, fui levado a
reservar até hoje a maior parcela da minha ternura para
sociedade dos mangues, a sociedade dos caranguejos e a
dos homens, seus irmãos de leite, ambos filhos da lama.*

Josué de Castro

RESUMO

A população em Situação de Rua (PSR) é um grupo populacional que sofre diariamente diversos atentados contra seus direitos humanos. A falta de acesso a diversas políticas públicas agrava esse quadro. A partir de pesquisas que mostram acesso restrito dessa população ao sistema de saúde, foram criadas as equipes de consultório na rua (equipes de atenção básica especializadas no cuidado da PSR). Essas equipes nascem da reformulação de equipes de saúde mental e carregam com elas várias características do modo de fazer clínica proveniente da saúde mental pós Reforma Psiquiátrica. Essa pesquisa foi construída com o objetivo de analisar o modo de cuidado da equipe de Consultório na Rua (eCR) em São Luís-MA. Para isso fomos a campo conhecer mais de perto a realidade da população em situação de rua e o trabalho da eCR. Posteriormente, definimos, para discussão, um caso que contivesse elementos capazes de expressar aspectos centrais do processo de trabalho do Consultório na Rua. Os resultados obtidos a partir da análise desse caso foram divididos em três momentos: 1) *Vínculo, território e longitudinalidade*: a clínica do acontecimento, em que analisamos a maneira de aproximação, criação de vínculo e as características do modo de fazer clínica da eCR. 2) *Construindo vínculos e quebrando protocolos*, momento em que nos concentramos no modo que a eCR realiza a articulação da rede de atenção à saúde a fim de acolher as singularidades da PSR. 3) *O não-lugar*: a rede rígida, em que discutimos os não lugares ocupados pela eCR e pela personagem de nosso caso no decorrer dessa história. Com isso, foram evidenciados alguns desafios enfrentados pela PSR no que diz respeito ao acesso aos seus direitos em saúde e também alguns desafios da eCR em garantir o cuidado em saúde dessa população. Percebemos que, ao realizar um modo de clínica que respeita as singularidades da PSR, a eCR se configura em uma estratégia eficiente para ampliação do acesso e garantia de cuidados em saúde a essa população.

Palavras chaves: Equipe Consultório na Rua; Consultório na Rua; População em Situação de Rua; Clínica de Rua.

ABSTRACT

The population in homelessness condition (PSR) is a population group that daily suffers several attacks against its human rights. The lack of access to various public policies aggravates this situation. Based on surveys that show restricted access of this population to the health system, the teams of doctors performing on the streets were created (basic care teams specializing in PSR care). These teams are born of the reformulation of mental health teams and carry with them several characteristics of the way of doing clinical from the mental health post Psychiatric Reform. This research was carried out with the objective of analyzing the way of care of the Mobile Street Clinic team (eCR) in São Luis-MA. For this we went to the field to know more closely the reality of the population in homelessness situation and the work of eCR. Subsequently, we defined for discussion, a case that contains elements capable of expressing central aspects of the work process of the Mobile Clinic. The results obtained from the analysis of this case were divided into three moments: 1) Bond, territory and longitudinally: the mobile clinic in which we analyze the way of approach, creation of bond and the characteristics of the eCR's clinical mode. 2) Building bonds and breaking protocols, at which point we focus on the way eCR performs the articulation of the health care network in order to accommodate the singularities of the PSR. 3) Non-place: the rigid network, in which we discuss the non-places occupied by eCR and the character of our case in the course of this story. With this, some challenges faced by the PSR regarding access to their rights in health care system were highlighted, as well as some eCR challenges in guaranteeing the health care of this population. We realized that in performing a clinic mode that respects the singularities of PSR, eCR is an efficient strategy to increase access and guarantee health care to this population.

Keywords: Street Clinic team; Mobile Clinic; Homelessness; Street Clinic.

Lista de abreviaturas e siglas

AT	Acompanhamento Terapêutico
Caps	Centro de Atenção Psicossocial
CnR	Consultório na Rua
eCR	Equipe Consultório na Rua
EMC	Equipes Multirreferenciais de Cuidado
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
MS	Ministério da Saúde
NAPS	Núcleo de Assistência Psicossocial
ONU	Organização das Nações Unidas
PIB	Produto Interno Bruto
PSR	População em Situação de Rua
RAS	Rede de atenção à saúde
SEMCAS	Secretaria Municipal da Criança e Assistência Social
SEMUS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1. Introdução	11
2. População em Situação de rua: interfaces entre habitação e saúde ..	13
3. A rua como espaço de cuidado: experiências clínico-políticas	18
3.1. A desinstitucionalização e a clínica do Acompanhamento Terapêutico	18
3.2. Entre a saúde mental e atenção básica	22
3. Objetivos	25
4.1. Objetivo geral	25
4.2. Objetivos específicos	25
5. O método da cartografia: um caso analisador	26
6. Resultados.....	30
6.1. Abordagem no Mercado Central	30
6.2. Firmina: um caso analisador	34
6.2.1. Vínculo, território e longitudinalidade: a clínica do acontecimento ...	34
6.2.2. Construindo vínculos e quebrando protocolos	38
6.2.3. O não-lugar: a rede rígida	42
7. Conclusão.....	49
8. Referências	50

1. Introdução

Segundo a Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (2009), estima-se que haja hoje no Brasil aproximadamente 50 mil adultos e 24 mil crianças e adolescentes vivendo em situação de rua. A Política Nacional para Inclusão Social da População em Situação de Rua define essa população nos seguintes termos:

Grupo populacional heterogêneo, caracterizado por sua condição de pobreza extrema, pela interrupção ou fragilidade dos vínculos familiares e pela falta de moradia convencional regular. São pessoas compelidas a habitar logradouros públicos (ruas, praças, cemitérios, etc.), áreas degradadas (galpões e prédios abandonados, ruínas, etc.) e, ocasionalmente, utilizar abrigos e albergues para pernoitar (BRASIL, 2008, p. 8).

Para Silva (2006), existem vários fatores que concorrem para a existência da população em situação de rua (PSR). Segundo a estudiosa, fatores estruturais (ausência de moradia, falta de emprego, etc.) e fatores biográficos (rompimento de vínculos familiares, doenças mentais, etc.) têm grande importância para a existência do fenômeno, contudo, são muito variadas as causas para se estar na rua. Trata-se de um fenômeno multifacetado e que não pode ser tratado desde uma perspectiva monocausal.

Ao se observar mais atentamente a realidade da PSR, pode-se afirmar que esse grupo populacional sofre variadas formas de violação de seus direitos, inclusive direitos humanos. Outra característica marcante da população em questão é a utilização de diversas estratégias para sobrevivência. No que diz respeito à saúde, o acesso da PSR aos cuidados é bastante restrito, e essa exclusão pode se justificar, entre outros motivos, pela falta de espaço à atenção para as peculiaridades desse público. Segundo dados da pesquisa realizada pelo Ministério da Saúde, que ouviu aproximadamente 32 mil adultos em situação de rua, 18,4% dos entrevistados já passaram por experiências de impedimento de receber atendimento na rede de saúde, sendo que, ao todo, 29,7% afirmam ter alguma doença. Além disso, a maior parte dos indivíduos da população em questão que procura atendimento, o faz inicialmente em emergências/hospitais (43,8%) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

Considerando o princípio da equidade do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional da Atenção Básica (2001) instituiu as Equipes Consultório na Rua (eCR) através das Portarias 122 e 123, de janeiro de 2011 e 2012, respectivamente. Essas eCR são formadas por profissionais de diversas áreas da saúde e precisam lidar com as diferentes necessidades em saúde da população em situação de rua.

As eCR surgem a partir da reformulação das antigas equipes Consultório **de** rua, que faziam parte da Saúde Mental e realizavam a clínica com ações voltadas à parcela da PSR que utilizava substâncias psicoativas. Com a reformulação dessas equipes, visa-se a atender a PSR integralmente, tanto nas questões “do corpo” quanto nas “da mente”, ou “dos afetos” (SOUZA; MACERATA, 2015). Como uma equipe de atenção básica, a eCR é responsável pela coordenação do cuidado de seus usuários, são equipes multidisciplinares, cujas atividades devem ser realizadas de forma itinerante dentro do território e de forma integrada à Rede de Atenção em Saúde (RAS) e especialmente a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), por acolher pacientes com transtorno mental. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

O presente Trabalho de Conclusão de Curso é um sub-projeto dentro da pesquisa intitulada “Pesquisa avaliativa da rede de atenção psicossocial em São Luís-MA: modelos de atenção e gestão dos Centros de Atenção Psicossocial e de Consultório na Rua” aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa – (CAAE-55101816.8.0000.5087)

2. População em Situação de rua: interfaces entre habitação e saúde

O Consultório de Rua demarca, pelo menos, o encontro entre dois campos: Consultório (campo da saúde) e Rua (campo da habitação). A partir desse conceito, buscamos aprofundar uma reflexão sobre a problemática em torno da qual orbitam as equipes de consultório na rua e seu público alvo. Nesse momento, nosso esforço é o de demarcar um campo de ação e de práticas em saúde, conectando-as com questões sociais, como a habitação, a vida nas cidades e as desigualdades que interferem diretamente no processo saúde-doença. Ademais, interessa investigar de que maneiras essas questões comparecem nos processos de cuidado em saúde e nas ações do Consultório na Rua (CnR). De modo geral, trata-se de uma abordagem não patologizante ou medicalizante dos problemas sociais e de saúde das pessoas em situação de rua.

A dificuldade de acesso às diversas políticas públicas brasileiras configura um dos problemas vivenciados pela PSR. A moradia, por exemplo, é uma necessidade básica para produção e reprodução da força de trabalho, mas hoje o direito à moradia digna tem sido cada vez mais enxergado como bem de consumo e se tornado uma mercadoria. É o que aponta a arquiteta e ex-relatora da ONU para o direito à moradia adequada, Raquel Rolnik.

A mudança de paradigma é que a moradia se transformou em um setor econômico, mais do que numa política social. Passa-se a enxergar o setor da produção residencial como uma das novas fronteiras de expansão do capital financeiro (ROLNIK, 2016).

Percebe-se que, na disputa de interesses, o mercado imobiliário tem sobressaído e a Política Habitacional brasileira tem encontrado grande dificuldade para sua concretização. O modo desigual como as riquezas são produzidas e acessadas pelo conjunto da população define, em grande parte, o modo de apropriação e circulação nos espaços urbanos. Nesse contexto de grande desigualdade social, a especulação imobiliária, aliada às crises econômicas, tem tido um papel determinante na produção de populações sem

moradia e/ou em situação de rua. Como reiteram Vera da Silva Telles e Robert Cabanes:

Em sintonia com o que vem ocorrendo em outras regiões e países do planeta, na pauta dos debates estão as relações entre cidade e os fluxos globalizados do capital, produção do espaço e financeirização da economia, reconfigurações espaciais e segregação urbana, economia urbana e a nova geografia da pobreza, reestruturação econômica e vulnerabilidade social. (TELES; CABANES, 2006, p. 12)

Nesse sentido, cabe aqui realizar uma distinção entre População em Situação de Rua e a população que não possui domicílio adequado para viver. Para a Fundação João Pinheiro¹ (2017), além das pessoas que vivem em domicílios improvisados (embaixo de pontes, em prédios abandonados, entre outros), existem outros grupos de pessoas que se encontram em condição de vulnerabilidade habitacional, habitando espaços precários (domicílios rústicos), que não possuem madeira ou alvenaria alinhados na sua construção. Essas são consideradas habitações não apenas desconfortáveis, mas que podem trazer possíveis riscos à saúde dos moradores, servindo muitas vezes como habitat para vetores de doenças, como, por exemplo, as casas de taipa e de lona.

Ainda segundo a Fundação João Pinheiro (2017), outra situação que configura déficit habitacional são os casos em que uma família, por falta de condições financeiras, constrói um novo cômodo na casa de um parente, o popular “puxadinho”, passando a habitar no mesmo espaço duas famílias. E, por fim, engrossam essa lista indivíduos que ganham até 3 salários mínimos e comprometem 30% ou mais da renda com o pagamento do aluguel e os que vivem em imóveis alugados com média de 3 ou mais pessoas por dormitório (adensamento excessivo). Somando-se todas as famílias que vivem nas condições acima citadas, faz-se o cálculo do Déficit Habitacional Brasileiro.

O déficit habitacional, em 2015, era de 6.186.503 domicílios, sendo que, desse total, 51,5% correspondem ao ônus excessivo com aluguel, seguido pela coabitação, com 28,4%, e pela habitação precária e adensamento excessivo,

¹ A fundação João Pinheiro é uma entidade do Governo de Minas Geral de apoio técnico à secretaria de Estado de Planejamento e Gestão e demais sistemas operacionais do Estado. É responsável por realizar relatórios sobre o déficit habitacional brasileiro.

representando 14,9% do déficit habitacional brasileiro (FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO, 2017).

Percebe-se que o processo social de aumento da população que habita moradias inadequadas cria as condições para o surgimento de uma população vulnerável e exposta a compor o contingencial de PSR. Trata-se de um processo amplo e estrutural de desfiliação e exclusão social tal como aponta Robert Castel (2008). Para o autor, os modos de existência social são determinados pela associação entre trabalho e a inserção relacional e, a partir da intersecção dessas duas variáveis, é que possível definir zonas de existência social. Sobre essas zonas, o autor afirma que em um dos extremos está a integração – que se refere ao indivíduo com estabilidade no emprego e forte inserção relacional – e, no outro extremo, a desfiliação – como são classificados os indivíduos com expulsão do emprego e isolamento social.

O enfraquecimento do eixo do trabalho coloca atualmente milhares de famílias brasileiras em situação de vulnerabilidade. O dinamismo e a porosidade existente entre as fronteiras dessas zonas (trabalho e inserção relacional) apontam para a possibilidade de muitos indivíduos migrarem à condição de desfiliação social (GONTIJO; MEDEIROS, 2009).

Telles e Cabanes (2015) alertam para as mudanças das relações sociais de trabalho com a financeirização da economia e o surgimento de cada vez mais indivíduos vulneráveis, afirmando que estas são mutações de fundo que “mudam tudo na relação entre trabalho e cidade”. Segundo os cientistas sociais, se na década de 1960/1970 a questão urbana era definida sob o prisma do progresso desenvolvimentista e na década de 1980 se fortaleceu o processo de democratização e universalização dos direitos, a transição entre o século XX e XXI apresentam horizontes mais estritos e complexos que tendem a ser alvos de ações emergenciais na medida em que “o problema da pobreza urbana tende a deslizar e, no limite, a se confundir com os problemas da ‘gestão urbana’” (TELLES; CABANES, 2015, p. 62).

A existência dessa população, que vive na pobreza extrema, expõe o problema crônico de má distribuição de renda existente no país (MINISTERIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE A FOME, 2009). Para a

Oxfam² (2017), organização não governamental que busca reduzir a pobreza e a injustiça social, é impossível erradicar a pobreza sem reduzir drasticamente a desigualdade social. Segundo o relatório “A distância que nos une – Um retrato das desigualdades brasileiras”, de 2017, hoje, 1% da população global concentra mais riqueza que os 99% restantes. A pobreza é a realidade de mais de 700 milhões pessoas pelo mundo e, no Brasil, mais de 16 milhões de pessoas vivem abaixo da linha da pobreza. Com a crise econômica e política vivida pelo país desde 2016, o problema se agravou, levando o Brasil, que já ocupava um posto muito ruim, a cair 19 posições no ranking de desigualdade social da Organização das Nações Unidas (ONU). Além disso, o Coeficiente de Gini, índice que mede a distribuição de renda na população, revela que o Brasil é um dos 10 países mais desiguais do mundo, embora tenha um dos maiores Produtos Interno Bruto (PIBs) do globo.

A massa de miseráveis que o sistema produz e a qual as políticas públicas que não são capazes de assistir, acaba muitas vezes por ocupar espaços públicos e fazer deles seus espaços de vida. Entretanto, a presença de indivíduos ocupando a rua não apenas como o espaço de circulação entre espaços privados, mas ocupando-a como seus espaços de vida, causa incômodo às pessoas em geral (BRASIL, 2008).

No atual contexto global de restrição do Estado na garantia de direitos através de políticas públicas, denominado de racionalidade neoliberal, percebe-se um desafio que se apresenta para as pessoas em situação de rua: restrição do direito à moradia e restrição do direito à saúde.

Entretanto, Telles e Cabanes (2015) apontam uma importante chave metodológica segundo a qual não se deve abordar estes campos como segmentos separados uns dos outros (habitação, educação, saúde, entre outros). Para se evitar esse olhar “gestionário e homogeneizante” dos problemas das cidades, a autora aponta o território e seus processos singulares como perspectiva de análise.

² A Oxfam é uma confederação de 17 organizações e mais de 3000 parceiros que atua em mais de 100 países na busca de soluções para o problema da pobreza e da injustiça social através de campanhas, programas de desenvolvimento e ações emergenciais. Além disso, produz relatórios anuais sobre a dinâmica da desigualdade social no Brasil e mundo. É reconhecida pelo Fórum Econômico Mundial, ONU e outras instituições supranacionais.

Territórios: não se trata de um objeto do qual poderíamos fazer o inventário das características, variáveis e determinações. Não se confunde com o perímetro espacial dos locais de moradia, tampouco se reduz às “comunidades” de referência. É sobretudo um plano de referência que permite colocar a cidade em perspectiva. No plano dos tempos biográficos é toda a pulsação da vida urbana que está cifrada nos espaços e circuitos por onde as histórias transcorrem. No seu conjunto, na contraposição entre histórias e percursos diversos, são as histórias. Diferentes, mas simultâneas e situadas em um mesmo plano de atualidade (TELLES; CABANES, 2016, p. 16).

Para os autores, são essas histórias que podem oferecer o meio para se compreender a dinâmica da cidade: elas definem as formas de acessar seus espaços e entender as tramas dos seus atores, os meios como eles se apropriam dos espaços e recursos, e também as possibilidades e dificuldades de transformarem bens e recursos em “formas valiosas de vida”.

É justamente nessas tramas da cidade que se aloja a complicação atual e que será preciso, por isso mesmo, auscultar. É nessas tramas que os lances da vida são jogados, é aí que se processam as exclusões, as fraturas, os bloqueios, e também as capturas na hoje extensa e multifacetada malha de ilegalidades que perpassam a cidade inteira e que operam, também elas, como outras tantas formas de junção e conjugação da trama social. Aí também os elos perdidos da política, tragados que foram pelo princípio gestor que trata das “pontas”, da dita governança econômica e, de outro lado, da gestão do social e administração de suas urgências. No meio, quer dizer, em tudo o que importa, não existe o vazio que expressões como a de exclusão social podem sugerir, mas os fios que tecem a tapeçaria do mundo social, as tramas da cidade nas quais estão em jogo os sentidos da vida e das formas de vida (TELLES; CABANES, 2015, p. 16 e 17).

É, portanto, de uma perspectiva territorial que queremos entender os desafios de uma estratégia de saúde voltada para a população em situação de rua. Entendendo que nessas tramas, fissuras e fraturas da cidade se delineiam modos de vidas singulares. Como o Consultório na Rua se insere nessas tramas em meio aos desafios de acolher esses modos de vida? Que modos de cuidado estão sendo consolidados pelas Equipes de Consultório na Rua no cotidiano da cidade, imersas nas tramas territoriais?

3. A rua como espaço de cuidado: experiências clínico-políticas

Embora atualmente componha a Política Nacional de Atenção Básica, o Consultório na Rua surge inicialmente no campo da saúde mental, o Consultório de Rua. Logo, achamos importante recorrer às experiências clínico-políticas da desinstitucionalização em saúde mental como modo de demarcar um vetor constitutivo da clínica do Consultório na Rua. A desinstitucionalização da loucura e necessidade de articular redes territoriais é um campo de experiências e conceitos acerca da rua enquanto espaço clínico, tendo como marco histórico a experiência pioneira de Santos-SP no final da década de 1980.

3.1. A desinstitucionalização e a clínica do Acompanhamento Terapêutico

Em Santos, a experiência iniciada no hospital psiquiátrico da cidade, a Casa de Saúde Anchieta, revolucionou a forma de pensar o cuidado aos portadores de doenças mentais que viviam ali e repercutiu em todo o Brasil. Mesmo ainda sem o SUS, em 1989 uma equipe pensou em uma intervenção inovadora para mudar a realidade tenebrosa do hospital Anchieta. Após algumas denúncias públicas de maus-tratos e algumas mortes ocorridas na instituição, o então secretário de saúde Davi Capistrano, juntamente com o psicanalista Antônio Lancetti e outros profissionais encontraram uma brecha para intervir e propor uma solução inovadora para os problemas encontrados ali. A proposta para o hospício já superlotado, ao invés de aumentar as vagas, era gradualmente fechá-lo. A primeira atitude tomada foi cessar os maus-tratos que ocorriam sistematicamente na instituição e permitir aos pacientes uma gradual ressocialização. A proposta era que os “loucos” dali ganhassem novamente as ruas.

Durante o tempo da intervenção na Casa de saúde Anchieta, em Santos, que começou em 1989 e culminou em 1994, com o fechamento do hospital psiquiátrico, percebíamos que os pacientes mudavam ao transpor a porta do hospício, que um enxame de pessoas permanecia no limiar arquitetônico, entre o dentro e o fora do prédio, que essas saídas e entradas, as idas ao cinema, as andanças pela cidade constituíam novos settings altamente férteis para a produção de subjetividade e cidadania (LANCETTI, 2008, p. 21).

Essa experiência ia mostrando-se exitosa quando os doentes mentais iam conseguindo inserir-se novamente na sociedade e nas suas famílias, efetivando o que se tornaria algumas das principais diretrizes da Reforma Psiquiátrica Brasileira: a desinstitucionalização da loucura e a reabilitação psicossocial. Então, esse modo de tratar os pacientes, não mais no espaço fechado dos manicômios, mas sim reinseridos às famílias ou às ruas da cidade, teve como um de seus efeitos a criação de equipamentos de saúde territoriais e abertos, na lógica de hospitais-dia: os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS). Tais serviços, espalhados pela cidade, deveriam formar uma rede de atenção capaz de atender esses pacientes próximos às suas casas, de modo a desvinculá-los da Casa de Saúde Anchieta. Essa estratégia, então, resultou no fechamento do maior hospital psiquiátrico de Santos, inaugurando um amplo processo de reinserção da loucura no espaço da cidade, em que a rua/território se torna um espaço estratégico para as ações de cuidado.

Com a Reforma Psiquiátrica, surgiu a necessidade de novas abordagens terapêuticas. Um dos dispositivos que surgiram a partir dessa necessidade é o Acompanhamento Terapêutico (AT).

Quando o objeto da desinstitucionalização deixou de ser o manicômio e passou a ser a lógica manicomial, o que se produziu foi um movimento de desinstitucionalização da própria clínica. A necessidade, então, passou a ser a de criar não apenas novos lugares de acolhimento e de tratamento, mas novas lógicas: romper com a lógica dicotômica que opõe clínica/política, indivíduo/sociedade, dentro/fora, público/privado, e que refere o sujeito a um espaço privado, a uma experiência privatizante. Já não se trata de exilar os loucos nos hospitais psiquiátricos, mas de incorporá-los de outra maneira à vida da cidade. Tal aposta implicou na proposição de novos dispositivos clínico-políticos, entre eles, o Acompanhamento Terapêutico (AT) (GONÇALVES; BENEVIDES, 2013, p. 2).

Não se tem uma teoria específica do AT, o que se tem é um consenso de que esse dispositivo clínico-político surgiu num contexto rico em teorias e lutas, e teve seu nascimento com o trabalho denominado “Amigo Qualificado”. O amigo qualificado era um profissional com qualquer formação que se dispunha a ficar junto ao paciente fora da instituição e, se necessário, ajudá-lo em seus afazeres cotidianos (GONÇALVES, 2007). Posteriormente, o “amigo qualificado” passou a ser chamado de acompanhante terapêutico.

O AT não é um trabalho de solução de problemas, tampouco uma prática adaptacionista aos modos de funcionamento da cidade, das famílias ou dos serviços de saúde. Ao contrário, produz intervenções: não no sentido de assegurar a manutenção e/ou o reforço dos territórios já constituídos, restabelecendo alguma ordem, mas de conexão com os movimentos do invisível, com os fluxos que ainda não se atualizaram. Assim, o AT é um dispositivo que se monta sempre no limite dos saberes e das instituições, funcionando muitas vezes como articulador, mas também como desestabilizador das relações cristalizadas presentes nas famílias e também na rede dos serviços de saúde. Funcionando como um dispositivo que opera numa função limiar, o AT produz como efeito a desestabilização das oposições sujeito/objeto, clínica e política, rompendo com a lógica dicotômica (GONÇALVES; BENEVIDES, 2013, p. 4).

O AT surgiu no sistema público de saúde brasileiro na década de 1990, juntamente com a implementação do SUS, principalmente nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPs) e nos Residenciais Terapêuticos, reiterando a escolha pela atenção realizada no território (GONÇALVEZ, 2007).

A circulação feita a partir de um trabalho no território é potente para tornar possível a criação de uma efetiva rede de atenção: fechadas dentro dos serviços, as equipes correm os riscos da cronificação, além de tenderem a escolher os pacientes, buscando adaptá-los às suas especialidades, aos seus modelos terapêuticos (GONÇALVES; BENEVIDES, 2013, p. 3).

Esse dispositivo dá suporte para expansão das “redes vivenciais” dos pacientes acompanhados. O acompanhante terapêutico é capaz de mapear a rede social do acompanhado, construindo novos arranjos nessa rede, ajudando o paciente a apropriar-se das oportunidades relacionais que o território oferece. Ele fortalece os laços do acompanhado com os componentes desse território, criando redes de apoio, que vão desde família, amigos, colegas de trabalho, a instituições de saúde, de assistência em diversos níveis, entre outros. Assim, a função do cuidado deixa de ser apenas da instituição de saúde e é distribuída pelos diferentes pontos que constituem a rede de apoio, criando múltiplas referências ao paciente.

A relação não se restringe para a dupla analista-analisando ou acompanhante-acompanhado. O que vem à tona é a dimensão coletiva da clínica, a dimensão das redes de relações nas quais os processos de produção de saúde e de subjetividade se efetivam (GONÇALVES; BENEVIDES, 2013, p. 4).

Relacionando população em situação de rua e saúde mental, Marta Borba Silva (2005) considera que o atual atendimento em saúde mental à PSR acaba perpetuando a situação de “(in)visibilidade” do indivíduo, devido às ações conservadoras e às práticas cotidianas que dificultam o acesso dessa população às políticas de saúde, assistência social entre outros. Robert Castel (2008) reafirma a importância de se estabelecer e manter redes sociais, tanto as públicas como as, trabalhando juntas. Destaca-se aqui a necessidade de construir juntamente com o acompanhado novas redes de apoio, novos mecanismos de (re)inclusão social.

Cabe a nós, possivelmente, construir outros settings, despertar em nós uma escuta sensível ao inusitado e ao diferente, ou seja, estabelecer uma clínica ampla, tanto no sentido de expandir seus limites de atuação para um mais além do consultório, quanto objetivar a que (...) outros serviços (...) venham, em conjunto, beneficiar ao sujeito atendido (GOMES, 2003, p. 58).

O acúmulo de conhecimento do campo da saúde mental, em especial a clínica do AT, permite traçar um plano de referência para a análise e problematização das práticas do Consultório na Rua. Trata-se mais de tomar o AT como um vetor que interfere na prática do CnR do que tomá-lo como modelo. A questão geral que se coloca é a hipótese de que o CnR pode adotar um modo de cuidado que se aproxime mais de uma clínica do acompanhamento, uma clínica em movimento ou, em sentido oposto, a possibilidade de se adotar um modelo ambulatorial, um consultório tradicional na rua em vez de um consultório afeito aos desafios da rua.

As preposições “DE” e “NA” guardam uma sutil diferença que pode ser somente semântica como pode ser operacional. A preposição “de” designa o lugar de pertencimento e origem enquanto o “na” designa o lugar em que se encontra. “Na rua” quer dizer que se trata de um consultório, como outro qualquer, que está “na rua”. É um consultório que está na rua. Já a expressão “de rua” exprime que esse consultório emergiu dos conflitos singulares da rua, por isso ele é de rua, ou seja, ele é diferente dos demais consultórios, ele se origina da rua. Uma vez sendo transferido da área de Saúde Mental para a área da Atenção Básica, o consultório na rua preservaria as influências constitutivas de uma clínica do acompanhamento e do movimento ou tenderia a se instituir

num modelo tradicional de um consultório marcado pela atuação no espaço privado (consultório ou domicílio)?

3.2. Entre a saúde mental e atenção básica

A prestação de assistência à saúde da PSR traz diversos desafios de ordem social e subjetiva. Comumente, tratam-se de situações de comorbidades, em que as doenças orgânicas são acompanhadas de transtorno mental, e atravessadas por graves problemas sociais, exigindo um cuidado complexo, multiprofissional e que dialogue com outros setores da seguridade social. Como reitera Calvalcanti et al. (2001), em relação à PSR e doentes mentais crônicos:

O ponto de vista unicamente biomédico da situação (...) de que a medicação psicotrópica, junto a um tratamento obrigatório, poderia ser a solução para a situação dos moradores em situação de rua, doentes mentais crônicos (...) não garante uma boa evolução (...) os problemas resultam de uma interação entre sua patologia e as condições sociais em que estão imersos (...) sua recolocação se mantém como um problema de difícil solução (...) demanda tempo e uma capacidade de espera muito larga de parte da equipe que se ocupa deles, o que nem sempre é possível e factível (CALVALCANTI et al., 2001, p. 107-108).

Apesar de ser uma população vulnerável, somente a partir do fenômeno crack as pessoas que vivem em situação de rua passaram a ganhar certa prioridade nacional no âmbito do SUS. Entretanto, na esfera municipal, algumas experiências de saúde se dedicaram a consolidar modos de acolher e cuidar dessa população específica. Num contexto mais atual em torno do fenômeno do crack, é possível destacar, por um lado, experiências que adotam medidas higienistas, pautadas num discurso sensacionalista, e, por outro, aquelas que elegem estratégias de promoção de equidade e ampliação do acesso à rede de proteção social pautada nos direitos humanos. Desse modo, apresentaremos, em nosso trabalho, experiências mais afeitas a essa segunda vertente, iniciativas que consolidaram a rua como espaço da clínica³.

³ Uma experiência recente e com um foco específico nos usuários de Crack e moradores de rua é o Programa “De braços abertos”, da prefeitura de São Paulo, que mudou a ótica pela qual era vista o abuso de crack em um dos territórios centrais da cidade, popularmente conhecido como “cracolândia”. Após aproximadamente 15 anos de tentativas malsucedidas de acabar com o abuso de drogas naquele local, o programa de redução de danos “De braços abertos”, ao invés

Atualmente, a Atenção Básica prevê, através da Estratégia Saúde da Família, atendimento domiciliar, com foco nos grupos familiares. Entretanto, quando se deparam com indivíduos em situação de rua, as equipes não se encontram preparadas para prestar serviços a essa população nômade, distante do âmbito familiar, fora do mundo do trabalho. Prevalece para a ESF a concepção da rua enquanto espaço de ações coletivas, como controle de focos de doenças, insalubridade, falta de saneamento básico. Em suma: espaço de prevenção e promoção, mas quase nunca espaço de tratamento. O espaço de cuidado clínico propriamente dito fica reservado ao consultório nas UBSs ou no espaço privado do domicílio. A população de rua impõe um desafio a essa lógica que distingue e separa os espaços de ação coletiva e os espaços de ação individual. A clínica é tradicionalmente referida ao espaço da privacidade, do intimismo e do individual. A rua, enquanto espaço público e coletivo, provoca a formulação de uma outra concepção de clínica.

A rua ainda impõe outra maneira de considerar o território de vida no SUS. Geralmente as equipes de saúde consideram o seu território de abrangência através da matriz do domicílio: só são pacientes de uma área adscrita pessoas que vivem nos domicílios de tal área. Por esse e outros fatores (...) podemos dizer que a rua como território de vida impõe ao SUS rever seus conceitos de saúde, confrontá-los e negociá-los de outra maneira. (...) O modo de vida nômade dos moradores de rua desafia a lógica fixa de territorialização baseada na noção de domicílio utilizada pela atenção básica (SOUZA; MACERATA, 2005, p. 8).

Logo, refletir sobre a clínica dos consultórios na rua implica um processo analítico que parte de experiências que investiram na rua como espaço clínico. As políticas de saúde mental e atenção básica são referências nesse campo,

de considerar o uso de crack como um problema de segurança pública, passou a considerá-lo como uma questão de saúde. As ações do programa eram coordenadas por uma rede ampla, que envolvia as Secretarias Municipais de Saúde, de Assistência e Desenvolvimento Social, de Desenvolvimento, Trabalho e Empreendedorismo, de Segurança Urbana e de Direitos Humanos. O projeto oferecia aos usuários de crack um trabalho remunerado, alimentação e moradia nos hotéis do programa na região e as ações em saúde eram uma consequência e não uma condição para participar do programa. Essa nova abordagem holística da problemática mostrou-se bastante eficaz, já que após apenas um ano de programa, haviam sido realizados 54 mil atendimentos de saúde aos dependentes químicos, 321 usuários começaram a trabalhar com varrição e limpeza de praças, recebendo alimentação e remuneração diária, 21 entraram em processo de autonomia e começaram trabalhar fora do programa, a incidência de roubos a veículos reduziu 80%, os furtos a pessoas caiu 33% na região e o consumo de pedras de crack entre os 513 beneficiários do programa reduziu em média de 50% a 70%, de aproximadamente 10 a 15 pedras diárias para 5 (MARTINS, 2016).

entre os problemas de ordem singular e os problemas de ordem coletiva, apresentam conceitos fundamentais para se problematizar o Consultório na Rua.

3. Objetivos

4.1. Objetivo geral

- Analisar o modo de cuidado praticado pela equipe de Consultório na Rua (eCR) no município de São Luís – MA

4.2. Objetivos específicos

- Analisar aspectos do processo de trabalho da eCR na cidade de São Luís – MA em relação às abordagens iniciais, criação de vínculo e cuidado com o paciente no território existencial da rua
- Analisar aspectos da dinâmica territorial vivida pelos usuários atendidos pela eCR
- Analisar como a rede de saúde se comporta frente às demandas específicas do território existencial da população em situação de rua trazidas pela eCR

5. O método da cartografia: um caso analisador

O enfoque geral da pesquisa girou em torno da análise da atuação da equipe de Consultório na Rua de São Luís - MA, tomando um caso como analisador. Buscamos analisar que fatores interferem no acesso e no cuidado da população em situação de rua a partir da metodologia qualitativa de abordagem cartográfica em que foram utilizadas diferentes técnicas de coleta de dados (KASTRUP, 2007; FERIGATO E CARVALHO, 2011).

Para a cartografia a dimensão qualitativa e subjetiva da realidade deve ser apreendida enquanto um processo de produção (KASTRUP, 2007; PASSOS, KASTRUP, ESCÓSSIA, 2009; FERIGATO E CARVALHO, 2011). A subjetividade é, portanto, produzida social e historicamente por muitos vetores: políticos, econômicos, existenciais que podem ser locais, nacionais e/ou mundiais (DELEUZE; GUATTARI, 2009). Daí o sentido de cartografia, pois do mesmo modo que um território geográfico pode ser mapeado, os vetores que constituem um território subjetivo também (ROLNIK, 2003). Enquanto os mapas se apresentam enquanto cenas estáticas, cartografia expressa mapas em movimento, em processo e mudança. Interessa, portanto, acompanhar processos mais do que representar a realidade. Para se acessar essa dimensão produtiva e subjetiva da realidade é necessário estar aberto para os acontecimentos que ganham expressão durante o processo de pesquisa. Acontecimentos analisadores com potencial para desestabilizar a realidade cristalizada que tende a se apresentar como forma acabada.

A análise sobre os desafios de articulação de uma rede de cuidados passou pelo acompanhamento da relação que se estabelece entre os territórios existenciais dos usuários e os movimentos da rede de saúde, exigindo um exercício de composição de territórios existenciais distintos.

A habitação de um território existencial está mais ligada a uma disposição de composição do que à execução de normas técnicas. Não se visa a uma submissão ou um domínio do campo pesquisado, mas a um fazer com, compondo com os elementos envolvidos. Desde o trabalho de campo até a realização dos relatórios, a pesquisa cartográfica vai indicando ao aprendiz cartógrafo certo cuidado de composição. Esse aprender com acaba por cultivar no aprendiz a necessidade e a disposição do engajamento no campo pesquisado (ALVAREZ; PASSOS, 2009, p. 148).

Pesquisar os movimentos que criam um território existencial implica em uma atitude de abertura e imersão nestes territórios (ALVAREZ; PASSOS, 2009). Entretanto, o território existencial que queríamos habitar não estava construído de antemão. Frente aos problemas que queríamos responder foi estratégico habitar um território que se constituiu entre os serviços de saúde e os espaços da rua. Produziu-se, a partir dos diversos dispositivos de pesquisa, um “território-entre”. Desse modo, acompanhamos o espaço de reunião da eCR e a atividade de campo na rua. Os movimentos constituídos entre a rua e a rede de saúde serviram como analisadores para pensarmos a função territorial da rede de saúde, seu grau de abertura e os pontos de estrangulamento para os movimentos do território, sendo necessário uma perspectiva etnográfica e uso do diário de campo.

Lourau (2004), ao analisar os diários de Malinowski, constatou que o surgimento desta nova metodologia de pesquisa, dita etnográfica, produz alguns rompimentos com pressupostos epistemológicos da neutralidade científica. Ao ser publicado os diários do eminente antropólogo, que haviam sido mantidos em segredo por anos, Lourau (2004) indica o quanto a construção de métodos objetivantes é atravessada por processos subjetivantes, que indicam que a relação entre sujeito e objeto está atravessada por afetos. Trazer esta dimensão para o campo da pesquisa foi algo vivido por Malinowski e que Lourau identificou em seus diários de bordo. A partir dos diários, foi possível ver a emergência de um novo paradigma epistemológico, em que a pretensa neutralidade é posta em suspensão. Sobre a função do diário de campo na constituição de uma nova abordagem metodológica, inaugurada pela etnografia, Lourau (2004) destaca uma proposição embaraçosa em que é necessário fazer parte do campo pesquisado e ser afetado por ele.

A construção deste novo método, dito participante, passa pelas análises de como o sujeito da investigação encontra-se implicado com o campo de pesquisa. Mediante as divisões entre diário íntimo, diário de pesquisa e diário de campo, um campo implicacional que se delineia. Os diários carregam a pesquisa para um território em que as implicações do pesquisador estão em comunicação, mesmo que num “fora-texto”, com a construção do método de pesquisa de tal

modo que “as condições subjetivas da objetividade são postas no mesmo plano das condições objetivas da subjetividade” (LOURAU, 2004, p. 282).

A pesquisa a céu aberto inaugurada pela etnografia produz uma inflexão paradigmática para a qual o diário de campo se preserva enquanto uma potente técnica, uma vez que, por meio dela, é possível perceber o quanto objeto de pesquisa e sujeito pesquisador se co-produzem no ato de pesquisar. Inspirada na etnografia, a pesquisa-intervenção radicaliza os pressupostos daquela uma vez que por meio dos diários de campo, todo caso é amplificado, uma vez que este passa a incluir o sujeito observador como participante e interventor do/no caso. Incluir o sujeito da pesquisa como parte integrante do caso é, implica uma análise de implicação como método, uma vez que instaura-se, a partir da afecção produzida no pesquisador, um devir do processo de pesquisa, modulações moleculares do método que redefinem rumos, percepções e agenciamentos de investigação.

Tal perspectiva metodológica traz uma redefinição na abordagem do caso, tomá-lo como um analisador. Um analisador pode ser qualquer acontecimento que tenha a força de pôr a instituição em questão, que produza problematização e novas questões e que mobilize os diferentes atores. Um caso pode ser um analisador, mas ao invés do pesquisador escolher o caso é o caso que escolhe o pesquisador. Ele se apresenta, se impõe como um acontecimento. Como propõe Lourau a pesquisa-intervenção implica em ser analista institucional em tempo integral. Durante a pesquisa, alunos e professores, participaram na discussão de um caso de uma usuária em situação de rua. A equipe estava muito mobilizada com o caso que, como veremos se impõe como um analisador da rede.

Veremos que as representações do caso possuem brechas, elas não se totalizam na medida em que algo de novo e surpreendente insiste em comparecer na história. Fazer aparecer a singularidade do caso através da inserção de dúvidas e questionamentos é uma atitude de desmontagem do relato. Pesquisar, neste caso, é perseguir os pontos sem respostas, num exercício de problematização e menos na definição de verdades. Uma simples pergunta pode produzir uma intervenção na medida em que põe os diferentes sujeitos envolvidos para pensar algo novo. O caso é a expressão de uma produção subjetiva geradora de uma realidade concreta. Nesse sentido, tomá-lo

como um analisador da AB implica num exercício de desmontagem do mesmo como condição para a desestabilização de relações de saber-poder e constituição de outros modos de subjetivação.

Partimos de uma história e dos múltiplos sentidos que ela inclui: a vida singular de Firmina e o modo como a equipe se envolvia com o caso. Esse empreendimento investigativo insere o pesquisador no campo de pesquisa, como veremos, como um co-autor dos dados em ato. Desta forma, para tentar captar de forma mais fidedigna o narrar do caso, utilizamos a gravação durante a discussão, que posteriormente foi transcrita para realizar a análise.

Enquanto a montagem de um caso pode conduzir a uma representação da realidade desde um lugar externo e neutro, a desmontagem opera como um analisador dos movimentos da rede que permita desconstruir verdades e saberes cristalizados. O caráter produtivo e criativo do encontro que se efetua na pesquisa implica em tomarmos a cartografia enquanto o acompanhamento de um processo inacabado, expressão de um território vivo sobre o qual inserimos algumas inquietações e a partir do qual somos questionados e desestabilizados.

Nesse sentido, tomar o caso como analisador implica em apresentar a experiência dessa discussão (de sua montagem e desmontagem) em sua dupla dimensão: o caso de Firmina e a equipe como caso. E ainda um terceiro caso sempre presente: o modo como o pesquisador se insere entre o caso e a equipe, como o pesquisador se insere na produção de uma nova narrativa. O modo como a equipe lida com essa narrativa traz a sua montagem: as representações, as generalizações, os receios que permitem acessar um plano político de produção de subjetividade sobre a rua. Ao mesmo tempo em que comparece o modo como a rede lida, acolhe ou deixa de acolher o caso, a dimensão singular e processual da realidade.

6. Resultados

6.1. Abordagem no Mercado Central

Chegamos perto das 7h da noite ao Mercado Central, local onde grande quantidade de pessoas em situação de rua costuma frequentar/dormir, e a equipe com seu novo carro (uma caminhonete) já estava lá.

O local é um centro comercial onde pessoas vendem carne, verduras, temperos, entre outros produtos, em um grande salão com vários stands. Aos arredores desse salão existem outros tipos de comércios, como bares, restaurantes, venda de galinhas, etc. As instalações e a limpeza desse mercado sempre me pareceram bastante precárias. O mercado central é um local onde há muito movimento durante o dia, pois serve de ponto de saída de alguns ônibus e também vans do transporte alternativo, portanto, muitas pessoas circulam por ali diariamente. À noite, quando o salão é fechado e o movimento de ônibus e vans começa a cessar, as pessoas em situação de rua começam a se aglomerar em frente a esse salão, do outro lado da rua, onde a calçada é mais larga, o que parece permitir maior conforto às pessoas que estão ali.

Quando chegamos, a equipe do consultório já organizava os insumos para poder iniciar o atendimento. Nesse processo, eles deixavam à mostra apenas o que iriam usar. Enquanto isso, algumas pessoas já se aproximavam, parecendo já conhecer a equipe. Uns dos profissionais, enquanto organizava os materiais, explicava-me o motivo para organizar os insumos daquela forma: era uma forma que eles encontraram para evitar que os pacientes olhassem o que havia ali e pedissem, mesmo sem ter real necessidade daquele insumo (normalmente medicamento). Segundo ele, isso era muito comum, de modo que a equipe acabava tendo que negar, o que podia criar um possível atrito. Portanto, organizavam os materiais que seriam usados e ao final recolhiam tudo de maneira discreta a fim de evitar esse desgaste.

Após organizar as medicações, iniciou-se o atendimento propriamente dito, ali mesmo, nos arredores do carro. A equipe se dividia, e cada um atendia alguma demanda das pessoas que já haviam se aproximado do veículo. Uma coisa que chama atenção é que nem todas as pessoas se aproximavam para

receber atendimento, a maioria estava ali para conversar, ou para entender o que era “aquilo”, o que acontecia ao redor daquele carro. Também havia alguns enganados achando que ali iríamos distribuir sopa (já que é comum que instituições diversas distribuam sopa naquele lugar). Uma das pessoas que dormia ali me disse que “todo dia tinha sopa ali”.

Com o passar das horas, ficava cada vez mais perceptível a aflição da equipe com a falta de possibilidades para resolver os problemas das pessoas que buscavam ajuda. Essa dificuldade se apresentou de diversas formas durante a noite, mas a principal dificuldade que eu percebia era a falta de insumos e, de maneira mais geral, a falta de apoio da rede de atenção à saúde de São Luís.

Em determinado momento, um “paciente” se aproximou aparentando não conhecer a equipe e acabei fazendo a primeira abordagem. Ele era uma pessoa jovem, aparentava ter aproximadamente uns 25 anos, vinha com sua namorada que parecia ser mais velha e esta se mostrava bastante familiarizada com o Consultório na Rua. Foi ela quem o trouxe e insistiu para que falasse com alguém da equipe. Sem experiência alguma, me senti um pouco deslocada, e sem reais condições de fazer uma abordagem, mas todos os outros estavam atendendo e como seria estranho estar naquele território sem estabelecer nenhuma interação, me concentrei em perguntar o que ele sentia para tentar focar em resolver seu problema (talvez essa reação esteja ligada à forma como se dá a formação no nosso curso). Ele chegou e me disse que sentia palpitações, perguntei mais algumas coisas, que não me recordo bem, mas logo que alguém da equipe ficou “livre”, eu chamei para que me ajudasse. Após algum tempo conversando com um profissional ele mostrou o que provavelmente mais lhe incomodava naquele momento: era uma lesão na barriga originária de uma facada. Ele disse à equipe que não permitiu que realizassem uma intervenção cirúrgica conforme havia sido indicado pelo médico do Hospital Djalma Marques. Parece que não sentia necessidade de realizar aquela intervenção naquele momento. Agora a lesão estava cicatrizada, mas ele ainda referia sentir muita dor.

Para poder ajudar esse jovem, várias alternativas foram cogitadas, mas todas um pouco frustradas. Várias dificuldades entremeavam aquele atendimento, entre elas: a falta de parceria/comunicação entre os estabelecimentos que compõem a rede de saúde como um todo e, mais

especificamente, entre a rede e a eCR, o que impedia que ele fosse encaminhado a algum outro local com garantia de ser atendido; a incerteza de acolhimento nos outros pontos da rede de atenção à pessoa em situação de rua; a limitação de mobilidade da PSR, pelo preço da passagem de ônibus e pela distância aos outros pontos da rede; por fim, porque não havia nenhum analgésico que pudesse ser ofertado ao paciente. Para os profissionais ali presentes, sobrou apostar num encaminhamento ao hospital de emergência para realização de uma USG avaliativa (encaminhamento que talvez não fosse nem aceito no Hospital). E, como forma de garantir alguma institucionalidade, a médica fez um encaminhamento por escrito, no receituário.

Com esse caso foi possível atentar para uma peça importante para o cuidado em saúde. A relação que havia entre a equipe e o jovem era bastante frágil ainda. Nessas relações em que ainda não há vínculo construído e em que há necessidade de encaminhar e contar com os recursos da rede, a equipe tem grande dificuldade de atuar de modo satisfatório, pois será realizado um encaminhamento frágil para uma pessoa com quem se tem um vínculo também frágil. A sobreposição de fragilidades gera na equipe um impasse, uma quase paralisia, ou a impressão de estar atuando num campo em que se tem poucos elementos sob a governabilidade da própria equipe. Um duplo vazio se sobrepõe. Fiquei da dúvida se esta dificuldade de encaminhamento se processava em casos em que a equipe tem um vínculo mais bem estabelecido com o paciente.

Isso fica mais evidente quando comparece outra paciente, com a qual a equipe já tinha vínculo constituído e para quem já tinha sido conseguido consulta com um especialista, tendo sido inclusive articulado um carro para buscá-la e trazê-la outra vez para o mercado central.

Percebe-se que a relação da equipe com as pessoas em situação de rua é bastante saudável. Havia respeito mútuo e eles pareciam saber lidar com situações de estresse com certa facilidade. Havia um homem alcoolizado que ficava interrompendo repetidamente os profissionais da equipe e solicitando que realizassem um teste rápido de HIV, mas, quando os profissionais iam atender sua solicitação, ele não se deixava ser furado, perturbava outros pacientes e estava realmente tumultuando o trabalho, mas a equipe, durante todo o tempo, se mostrava muito paciente, lidando com a situação da melhor maneira possível.

Os profissionais demonstravam um bom entrosamento e trabalhavam como equipe multidisciplinar. Apesar dos pacientes preferirem, e quase todos serem organizados para falar com a médica, os outros profissionais realizavam testes rápidos, dispensavam medicações, verificavam se podiam atender as demandas das pessoas. Os profissionais da equipe se mostraram sempre bastante solícitos, inclusive quando não se tinha demanda física, quando a demanda era apenas algum tempo para conversas. Todos eram atenciosos às falas dos pacientes, por mais alucinadas que elas fossem. Desde o homem que era advogado e cineasta e filosofava sobre o mundo todo, até o mais retraído que não deixava acessar nenhuma informação sobre sua vida e de quem o pouco que “escapava” eram informações bem recebidas pela equipe.

Chama atenção o fato de que a equipe realizou todos os atendimentos ao redor da caminhonete e, por isso, não abordou nenhum morador que não veio até ela, era como se o carro fosse o consultório e as pessoas tivessem o dever de buscá-lo. Isso foi questionado durante a noite e a equipe, como resposta, nos disse que, ao final da noite, eles normalmente passam perguntando se alguém precisa de alguma coisa. Mas nesse dia não houve esse tipo de abordagem. Eles explicam também que as pessoas já conhecem a equipe e que quem precisa comumente vem até eles, pois preferem não invadir o espaço de privacidade dos grupos que ficam afastados. Mesmo estando na rua, as pessoas têm seus espaços e seus momentos. Entretanto, algumas pessoas se aproximaram pedindo sopa, evidenciando que nem todos sabem que se trata de uma equipe de saúde. Assim, pensamos que, apesar das vantagens de uma abordagem não invasiva, outros tipos de abordagem, mais ativas, podem ser uma abertura para pessoas que, embora estejam necessitando de um suporte, não estão em condições de sair de seu lugar e se dirigir até a equipe.

Essa pergunta trouxe uma inquietação que caminhou conosco por um bom tempo: qual era o tipo de clínica que a eCR realizava? A impressão que ficou era que em o CnR reproduzia a lógica ambulatorial, com o diferencial de ser no território da rua. Apesar de ser uma abordagem em que os profissionais ficam fixos num lugar e são os usuários que andam ao encontro da equipe, percebia-se o vínculo que a equipe tinha construído com alguns usuários, e notava-se, também, a maneira como os profissionais valorizam a escuta como instrumento de cuidado, mostrando indícios de que a clínica era mais ampliada.

Porém, nessa experiência, ficava claro que a clínica era estática, um consultório na rua, ou seja, um consultório com sua lógica tradicional da UBS no espaço da rua. Seria essa uma influência mais expressiva da clínica da atenção básica e uma baixa expressividade da clínica da saúde mental tal qual a clínica do acompanhamento terapêutico ou de uma clínica do movimento e peripatética? Essa questão nos moveu a buscar por respostas no caso que posteriormente iríamos discutir.

Essa noite acabou, cerca de 22h, quando a demanda dos pacientes cessou e todos começaram a organizar e guardar os insumos que ainda estavam fora de ordem.

6.2. Firmina: um caso analisador

6.2.1. Vínculo, território e longitudinalidade: a clínica do acontecimento

Um dos elementos importantes para prática menos mecanicista e mais abrangente em saúde é a construção do vínculo. Ele permite uma aproximação mais efetiva entre o profissional de saúde e o paciente. O psiquiatra e psicanalista Enrique Pichon Rivière (1970) afirma que “No vínculo está implicado e complicado tudo”. No caso eleito para análise e discutido com a equipe do Consultório na Rua (eCR), podemos perceber como se dá a construção do vínculo com a paciente assistida. Um dos profissionais, durante a discussão, se expressou da seguinte forma sobre as tentativas de aproximação com uma paciente que sempre se mostrou arredia:

A gente tentava essa aproximação, a parte (equipe) da tarde tentava, a gente da noite também sempre passava lá e tentava, mas sempre insistindo muito (...) (Excerto 1).

Segundo os profissionais da eCR, foram dois anos de trabalho em que eles apostavam em formas de aproximação com a paciente. Eles lembram que o primeiro contato foi à noite, no cais, enquanto ela andava. Então eles tentaram uma abordagem inicial, mas a profissional caracterizou-a como “resistente”,

afirmando ainda que “ela não queria aproximação”. A equipe explica que a paciente era uma “figura conhecida” naquela região do centro: “Todo mundo conhecia”. Sabia-se ainda que ela circulava pela cidade durante o dia e que costumava dormir no cais durante a semana e pelas noites dos finais de semana acomodava-se na rua do Teatro Odilo Costa Filho, no Reviver, carregando sempre muitas sacolas. Eles também referem que, antes da criação do CnR, ela era sempre vista andando com seu filho, “sempre olhava ela com esse filho dela”, “eram cheios de sacolas e ele do ladinho dela”. Uma profissional da equipe afirma que antes de entrar para eCR já a tinha encontrado e tentado uma aproximação, pediu para a paciente que tirasse uma foto e nesse momento ela teria sido mais receptiva, e apresentou-se como Dona Firmina. Enquanto equipe, eles persistiam na aproximação, porém, segundo relatam, ela continuava resistente e, sempre que eles tentavam se aproximar, “ela ameaçava agredir”.

Com o passar do tempo, a equipe começou a perceber que ela estava se mantendo mais sentada, que não circulava mais como antes e, falando com as pessoas que trabalham pela região onde ela costuma ficar, descobriram que ela havia sofrido um acidente e que teria machucado a perna.

(...) nesse momento que ela já ficou sentada, é porque ela já tinha sofrido algum acidente. A gente não sabe em que circunstância foi isso, na realidade ela não conseguia andar né, ela não conseguia mais andar. E aí ela ficou ali no Portinho (...) então, antes disso (...), ela andava, de manhã ela saía, não incomodava ela ali. E (sobre) como se machucou, a gente nunca soube do que foi, se alguém machucou ela, ou se teria caído, a gente não sabe como aconteceu isso, e ela não pode mais andar, com dificuldade para se locomover, então ela começou a passar o tempo todo ali né. E aí isso começou incomodar as pessoas (...) (Excerto 2).

Mesmo com a dificuldade de abordagem a equipe continuava tentando novas formas de aproximação, sempre investindo na construção gradativa de vínculo. Outras dessas tentativas foram narradas durante a discussão do caso, entre elas, destaco duas. A primeira foi quando uma das profissionais da equipe percebeu que a paciente era vaidosa (“porque ela sempre se maquia, gosta de maquiagem”) e, tendo recebido uns kits de maquiagem, decidiu doar um para ela. “Acho que é uma coisa bacana, porque ela é vaidosa, né, (...) uma coisa bacana para a aproximação dela”. A paciente aceitou inicialmente, mas, devido a alguns tumultos gerados quando outras duas mulheres resolveram abordar a

paciente no mesmo momento, ela acabou ficando incomodada e devolvendo o Kit. A outra tentativa, transcrevo aqui como a própria equipe me narrou:

A gente sentou pra discutir como é que poderia ser feito. Mas então essa aproximação que era o grande problema. A gente tentava de várias formas, a gente até definiu membros da equipe, que não ia todo mundo, definiu que somente iam algumas pessoas que parecia que ela tinha um pouco mais de vínculo. (...) Parece que depois que ela se machucou ela teve um pouco mais de vínculo comigo (...). E, às vezes, quando eu chegava (...), eu tirava o colete e ia assim meio como... sem ser muito invasivo (e perguntava) “E aí, como a senhora tá? Tudo bem?” mas ela reconhecia a gente (e respondia): “Ah, o carro de vocês tá ali né” (risos). E, assim, a gente tentava não insistir muito: “Como a senhora tá?” “Eu tô bem, bem, tudo bem, pode ir”. Ficava implícito isso: “Não, pode ir embora” (Excerto 3).

Nota-se uma progressão quanto à reação da paciente às abordagens da eCR. Inicialmente, ela reagia de forma agressiva, mas, gradativamente, ia se abrindo, aceitando (mesmo que num primeiro momento apenas) o kit de maquiagem e, posteriormente, respondendo aos cumprimentos e às perguntas, mesmo que com um comportamento esquivo, como reafirma um profissional “(...) ela não era grossa, não era mal-educada, mas sempre tentando encerrar assunto”.

Outro ponto que destacamos é que, a partir do momento em que ela se machuca e sua locomoção fica restrita a alguns poucos lugares, ela começa a “incomodar”, e as pessoas daquele lugar começam a exigir que seja tomada alguma atitude. Isso fica expresso em várias falas durante a discussão:

“Para tirar, para tirar ela de lá. Ela dizia, como é que a gente podia fazer pra tirar ela de lá?”, “E aí isso começou a incomodar as pessoas, inclusive até porque ali era o Portinho, tem acho que a capitania dos portos, alguma coisa que, o órgão maior chegou chamar até aquele negócio de travessia⁴ (...) eu não lembro a relação do travessia com órgão que gerencia o porto lá (...) sei que o mesmo órgão gerenciava os dois, então ela (a representante) fazia parte dos dois, então ela veio trazer em uma reunião que teve com a gente, ela veio trazer um tipo de queixa deles, a gente tinha que fazer coisa pra tirar ela (a paciente) de lá, porque assim, ela tava incomodando”, “E aí sempre a comunidade cobrando muito da gente que levasse ela né” (Excerto 4).

⁴ Projeto Travessia é um projeto do Governo do Maranhão que auxilia pessoas com deficiência para deslocamento de casa para casos de saúde, educação, trabalho, entre outros. O projeto conta com vans adaptadas para transportar as pessoas com deficiência.

É possível perceber a pressão para que a eCR adotasse um outro modelo de clínica, que resultasse em uma “solução” imediata, a despeito do desejo e do tempo da paciente. Essa inclinação às condutas autoritárias e higienistas (visto que o que incomodava era a presença dela ali) frequentemente surgem como formas de enfrentamento do problema quando se trata da população em situação de rua. A Política Nacional para inclusão da população em situação de rua é enfática ao afirmar que estratégias higienistas são incapazes de lidar com os problemas complexos da PSR.

As visões estigmatizantes da sociedade civil, e também do Estado, sobre a população em situação de rua costumavam restringir-se às pulsões assistencialistas, paternalistas, autoritárias e de “higienização social”. Essas perspectivas não poderiam dar conta do complexo processo de reinserção destas pessoas nas lógicas da família, do trabalho, da moradia, da saúde e das tantas outras esferas de que estão apartadas (BRASIL, 2008).

A escolha por essa forma de clínica, que preserva o desejo do paciente, respeita seu espaço, não impõe o tempo do profissional ao paciente e sim se molda ao tempo do paciente, dentro do território existencial desse indivíduo, que acompanha e permite que a vinculação aconteça, é a escolha por uma clínica que se assemelha muito ao trabalho proposto ao acompanhante terapêutico. Pode ser denominado também como clínica do acontecimento. Para Cabral (2005), o AT é realizado a partir dos acontecimentos que surgem da interação com os espaços e o tempo da cidade, numa “sucessão de acasos-acontecimentos que podemos tomar como regra fundamental dessa clínica em movimento”. Ainda segundo Cabral:

Podemos, então, pensar o acontecimento como possibilidade de encontro e, para que tal aconteça, deveremos ter a coragem de viver o acontecimento e de perder algo em si neste encontro com o outro, com a alteridade. Assim, o acontecimento poderá ser entendido como nada mais que um corte, uma ruptura, com aquilo que, de certo modo, paralisa e enclausura o sujeito em uma dada posição (CABRAL, 2005, p. 88).

Voltando ao caso, após aproximadamente 2 anos de trabalho no sentido de criar vinculação da paciente com a equipe, aparentemente o trabalho surtia apenas efeitos pequenos, sem muitos avanços. Então, em uma dessas abordagens rotineiras, a paciente pediu ajuda para equipe:

“(...) Nós fomos passando e ela simplesmente levantou os braços, como se tivesse (pedindo) ajuda, pedindo socorro. (...) paramos, com certeza acho que a dor aumentou, acho que não tava mais suportando e ela mesma disse que queria ir pro hospital” (Excerto 5).

É possível perceber agora que o trabalho realizado ao longo do tempo possibilitou uma relação de confiança na equipe. Ao se perceber em uma situação de maior vulnerabilidade, restrita àquele novo território existencial, sem capacidade de cuidar sozinha do seu problema de saúde, quando ela sente necessidade de pedir ajuda, a equipe serve como referência de cuidado para a usuária.

6.2.2. Construindo vínculos e quebrando protocolos

A partir do momento em que a usuária pede ajuda, a equipe se mobiliza para responder à demanda da paciente levando em consideração todas as especificidades que o caso abarcava. Como as normas impedem o transporte de pacientes no carro do CnR, a equipe seguiu o protocolo e chamou o SAMU para realizar o transporte:

“Entramos em contato com o SAMU. O SAMU, se não me engano, nesse dia não tava atendendo, ou se não podia naquele horário, não sei se... não sei o que foi que tinha dado naquele dia no SAMU, ligamos para nossa coordenadora se a gente podia fazer essa (transporte)” (Excerto 6).

A ausência do apoio do SAMU evidencia uma primeira dificuldade a ser superada, pois não responder àquele chamado da paciente naquele momento, poderia levar a resultados pouco desejáveis tanto para a paciente como para equipe. Portanto, nesse momento, eles criam uma alternativa para poder responder àquele chamado, aproveitando o acontecimento para reforçar o vínculo e fornecer auxílio à paciente.

“Quebrar esse protocolo e levar ela né. (risos) Levar... porque era pra gente não perder a oportunidade da vontade dela (...)” (Excerto 7).

Mesmo que para atender à necessidade dessa paciente, levando em conta a complexidade e a singularidade do caso, fosse preciso deixar de lado o protocolo rígido que seguem. A própria profissional alerta para isso:

“Ela desistir, ou então o Samu vir e ela não ter total confiança como ela tem com a gente. (...) a gente só iria sair dali depois que tivesse alguma posição certa, a gente ia resolver. Porque a gente é assim, quando a gente encontra um paciente, um morador de rua que tem necessidade de ir prum hospital, a gente só sai dali depois que o SAMU chega. A gente fica lá aguardando com os nossos primeiros procedimentos. A gente não sai! E com certeza a gente não iria sair e deixando ela lá, sabendo que ela necessitava de um hospital e mesmo aproveitando a oportunidade da vontade dela ir. Que ela abriu, que essa foi a melhor da história, foi a vontade dela ir. (...) a gente não ia perder essa oportunidade que ela deu pra gente” (Excerto 8).

Quando a equipe enxerga seu paciente para além de sua patologia, considerando os riscos e vulnerabilidades presentes, seu trabalho deve incluir projetos terapêuticos que abarquem as singularidades do paciente e não simplesmente a realização de procedimentos, o que, para Campos (2006), seria a redução do objeto.

Considerando essa peculiaridade presente no caso, que os impedia de não responder ao chamado da paciente naquele momento, eles realizaram o transporte da paciente no carro da eCR. Trata-se, portanto, de uma clínica que se desloca do seu lugar em função dos acontecimentos e necessidades.

Levaram-na ao Hospital Djalma Marques (Socorrão I), onde a paciente desejava ser atendida. Segundo a equipe, a paciente dizia já ter sido internada uma vez nesse hospital, portanto já tinha uma boa relação com a equipe de lá. Chegando lá, a paciente não pôde ser atendida, pois essa unidade de urgência não atendia pacientes com queixas ortopédicas. Assim, encaminharam-na para outra unidade, em outro bairro, o Socorrão II, mas a paciente insistia que queria ser atendida ali. “Ela não queria ir, porque dizia já ter vínculo com o Socorrão, porque ela disse já ter sido internada no hospital”, foram as palavras de um membro da equipe sobre o episódio durante a discussão de caso.

Tendo em vista essa dificuldade, a equipe começou a articular uma internação em uma Unidade Mista localizada na região do Itaqui- Bacanga, para realizar os exames necessários e, de lá, ser referenciada ao atendimento de maior complexidade. A articulação com a rede de apoio pela equipe é de extrema

importância, considerando que a eCR não possui condições de prestar a assistência adequada contando apenas com seus recursos. Cabe lembrar, entretanto, que a articulação não está totalmente sob a governabilidade da eCR. No caso em questão, a articulação estava sendo realizada, mas demorou quase um dia todo para poder ser concretizada.

“- A gente conseguiu que ela ia ser atendida, que ela fosse medicada. (...) foi assim, praticamente toda a equipe envolvida, porque parte da equipe da tarde já tava no final da tarde e ela tava no carro já com eles...
- Na verdade foi o dia inteiro!
- (...) tanto que eles foram até a secretaria e a gente (equipe da noite) assumiu com ele pra levar pra unidade mista.
- E foi convencimento, porque ela não queria trocar de equipe” (Excerto 9).

Aqui aparece um novo elemento que pode interferir na confiança profissional-paciente que está sendo criada. Com a troca de equipes, os profissionais que estão à tarde teriam que deixá-la com a equipe da noite. Com uma conversa, uma das profissionais esclareceu isso à paciente:

“(...) na verdade eu disse pra ela que eu não ia mentir pra ela. Eu disse. Ela segurou na minha mão e disse “você não vai embora”, aí eu disse que eu precisava ir, “tá?”, que eu tinha outros compromissos (...) que a doutora Cintia tava chegando, que eu só ia deixar ela lá na hora que eu passasse ela pra os cuidados de doutora Cintia. Que realmente no Socorrão ela não podia ficar lá, mas que a gente não ia abandonar ela, até a gente saber que ela estaria em boas mãos. A gente falou assim bem direitinho com ela e com muita firmeza pra ela” (Excerto 10).

Após a troca de equipes a paciente foi levada à Unidade Mista Itaqui-Bacanga. Segundo os profissionais que estavam no turno da noite, eles chegaram à Unidade no momento em que estava sendo realizada a troca de plantão dos trabalhadores dali. O enfermeiro da equipe relata como foi a articulação junto à Unidade Mista para o atendimento da paciente:

“A gente teve sorte porque por coincidência o rapaz que tava trabalhando lá na... fazendo ficha na urgência, ele também trabalha durante o dia lá na SEMUS e ele conheceu a gente, aí falei “preciso falar com o médico antes” queria explicar a situação pro médico antes... antes de atender né. (...) aí eu entrei e expliquei da situação, que era situação de rua, que a gente já tinha um bom tempo que tava tentando aproximação e ela tinha pedido essa ajuda e que a gente levou pra avaliar e tal tal, ele entendeu e ele falou para que tirasse do carro, aí tiramos do carro, como prioridade e foi logo atendida” (Excerto 11).

A mudança de equipe no acompanhamento da paciente, por conta dos horários de atuação das mesmas, possibilitou percebermos que eles trabalham de forma semelhante, considerando as singularidades do caso para guiar sua prática. Campos (2006) considera que reconhecer as singularidades presentes nos indivíduos permite que as abordagens terapêuticas eleitas sejam capazes de abarcar as diferenças e peculiaridades de cada caso.

A equipe ainda menciona que, durante esse processo, que durou quase o dia todo, eles tinham a percepção de que em cada etapa o vínculo da paciente com os profissionais ia se fortalecendo. Isso fica expresso na fala do enfermeiro da eCR:

“aí a gente percebia que esse vínculo com todos nós estava melhorando, ela já tava assim... queria que a agente não abandonasse ela, “por favor, não me deixa aqui”, que a gente ajudasse, que a gente pudesse ajudá-la, sempre garantimos pra ela que a gente ia ajudar, que não ia abandonar” (Excerto 12).

Os profissionais referem, ainda, que houve mais um momento de tensão com membros da equipe de enfermagem, que afirmavam que ali não era o local adequado para atendê-la, que o caso era para ser encaminhado para o Socorrão. A equipe tentou contornar essa situação explicando que a paciente estava em situação de rua, que havia tempo que buscavam aproximação e que naquele dia ela havia pedido ajuda e que não poderiam deixar de atender esse pedido, por isso Dona Firmina estava ali. Por fim, a equipe de enfermagem a recebeu, mas continuava insistindo que ali não era o “lugar para ela”.

Já no fim desse dia, reiterando o zelo com o vínculo criado com a paciente, a eCR resolveu deixar o número de telefone pessoal de um dos profissionais com ela, para que, caso precisasse de ajuda, ela pudesse contar com eles, mostrando ainda mais cuidado e garantindo a proximidade (o não abandono) da equipe com a paciente.

“Aí a gente fez... bem, deixou ela e garantiu que a gente não ia abandoná-la, que ia ficar junto dela e tudo. Aí (uma profissional) deu a ideia da gente deixar nosso telefone com ela, até pra mostrar que ela podia confiar e a gente deixou nosso telefone anotado num papel, deixei o telefone, o nome e a função...
- Quebrando o protocolo de novo? (risos)

- Deixamos o telefone (risos)” (Excerto 13).

6.2.3. O não-lugar: a rede rígida

Até aqui fica perceptível que a paciente ocupa vários “não-lugares” desde o início dessa história. Inicialmente, quando as pessoas do território dizem “pra tirar ela de lá”; depois, quando não a recebem no Socorrão I; e, por fim, de maneira mais clara, na fala da equipe de enfermagem da Unidade Mista para a qual a eCR termina por levar a paciente, quando dizem que “ali não era lugar pra ela”. Com o desenrolar da história, fica cada vez mais nítido que a rede não está preparada para receber a singularidade que o caso carrega, e, assim, outros “não-lugares” vão se mostrando no decorrer do tempo.

“No dia seguinte! Eu fiquei tão apavorada que eu fui bater lá, porque eles me ligaram de lá, eu fiquei com a sensação de que ... de que iam colocar na porta da rua. (...) Porque eles começaram a ligar insistentemente no meu telefone e dizendo que a gente tinha que pegar ela” (Excerto 14).

Segundo o Ministério da Saúde (2008) uma Unidade Mista deve prestar atendimentos em atenção básica, contendo também uma unidade de internação e podendo apresentar atendimento a urgência/emergência. No caso da Unidade Mista do Itaquí-Bacanga, ela possui atendimento de urgência/emergência e a paciente, inicialmente, estava em um leito de observação dessa unidade. O que se preconiza para internações em unidades de pronto atendimento é que a internação dure no máximo 24h; caso não haja resolução, o paciente deverá ser referenciado. No caso da paciente em questão foram realizados alguns exames e comprovado que existia uma fratura e, juntamente com a fratura, um projétil alojado, o qual, segundo as informações disponibilizadas, já estava ali há algum tempo. A partir desse diagnóstico, o médico que estava na unidade a indicou para uma cirurgia eletiva e deu “alta” à paciente. Entretanto, a paciente não conseguia se locomover, nem mesmo para sair andando da unidade.

Em um primeiro momento, podemos concluir que realmente não havia indicação de manter a paciente naquele serviço de urgência. Mas se ali não é lugar para ela, para onde ela vai? E os profissionais se perguntam sobre isso durante a discussão:

“ –Vocês podem vir buscar... ela tá liberada daqui, ela tá tendo alta
– Ela tá tendo alta, mas como? A gente leva ela pra onde? (...)
- Levar pra rua.(...)
- Ela não podia ficar ocupando leito (...), ela não tinha mais necessidade de ficar na unidade, o pensamento deles, ficar na unidade? Então liga pro consultório na rua buscar ela. E onde a gente ia colocar? Ela ia ter que voltar pra rua, nas condições que ela se encontrava e tudo (Excerto 14).

Essa pergunta: “A gente leva ela pra onde?” é capaz de evidenciar a dificuldade que a rede tem em se adaptar às singularidades que carregam os usuários em situação de rua e a incapacidade de se moldar para garantir cuidado integral a essa população. Junto ao quadro ortopédico, comparece outra dimensão que tornaria o manejo ainda mais complexo e desafiador.

A equipe afirma que suspeitava inicialmente que ela tivesse algum transtorno mental, pois ela costumava falar que sua mãe era uma ex-chacrete, além de confundir um dos profissionais da equipe com um ator famoso. Então, a médica do CnR, que é também psiquiatra, foi avaliá-la. Na primeira avaliação, a profissional chegou à conclusão de que não havia “nenhum indício de transtorno mental”. Já no dia posterior, numa segunda avaliação, a paciente afirmou ter recebido a visita de suas duas irmãs, sendo que os profissionais da Unidade Mista dizem que ninguém viera visitá-la:

Eu sei que ela falou também que as irmãs tinham visitado ela: “De manhã elas vieram aqui visitar”. Ninguém tinha ido lá! “Não, vieram aqui, minhas irmãs vieram” (Excerto 15).

Pudemos perceber que, conforme foi se sentindo acolhida pela equipe e sentindo mais confiança, Dona Firmina foi se abrindo e, com isso, sua história de vida, desconexa, permeada de delírios, traços de realidade entrecortados, uma narrativa esquizo, enfim, foi se revelando. Numa perspectiva psicanalítica, podemos dizer que a paciente havia transferido com a equipe, e, agora, a equipe estava incluída no inconsciente da paciente. Com esses e outros elementos, a médica não teve mais dúvidas quanto ao diagnóstico de transtorno mental. Assim, receitou uma medicação para o tratamento e foram comprar a medicação para a paciente, pois não tinha disponível na unidade. Mais uma vez, quebrando protocolos!

O diagnóstico de transtorno mental traz consigo novos não-lugares a essa paciente. Sobre isto, Souza e Macerata (2015) contribuem ao relacionar cuidado com o território da rua, as doenças orgânicas e a doenças mentais:

(...) pessoas que vivem nas ruas apresentam, de maneira muito evidente, questões de saúde consideradas do “corpo” e questões de saúde consideradas da ordem da “mente” ou dos “afetos” como demandas inseparáveis. Assim, estas acabam não sendo atendidas nem pela AB, por terem demandas de saúde mental, e nem pela SM, por terem demandas de ordem “biológica”. A rua torna constrangedora esta divisão, deixando sempre insuficiente os termos saúde física ou saúde mental: ela obriga que reconsideremos nosso vocabulário e nossos conceitos (SOUZA; MACERATA, 2015, p.8)

Dando continuidade ao caso sobre o qual temos nos debruçado, a paciente seguiu internada na Unidade Mista enquanto foram enviados relatórios solicitando vagas ou na casa de acolhimento da SEMCAS (casa que atende pessoas com vínculos familiares rompidos) e no Residencial Terapêutico (casas que atendem necessidade de moradia a pessoas portadores de transtornos mentais graves), para que ela pudesse sair da instituição em que se encontrava, já que a unidade não tinha perfil para manter a paciente. As respostas foram narradas pela assistente social da eCR

“A devolutiva do relatório foi que ela não poderia ir para essa casa (SEMCAS), porque ela não tinha perfil, devido a uma visita que essa coordenadora parece que, não tô lembrada... essa coordenadora fez uma visita a ela, lá na unidade né, e aí disse que ela não teria perfil da casa, porque ela teria transtorno” (Excerto 16).

Já a coordenação do Residencial solicitou que fosse feita uma visita à paciente juntamente com um profissional do CnR:

‘- E aí lá elas (coordenadoras do residencial terapêutico e da saúde mental) olharam, conversaram e tal, mas acharam que naquele momento ela tava bem orientada, falando tudo, dizendo que a gente nunca mais tinha ido lá. E aí que a gente tinha dito que ia tirar ela, porque assim, dentro desse processo todo, foram varias alternativas, que foram levadas até ela, né, varias expectativas, que foram criadas nela (...). Então foram várias coisas que criaram nela, que não foram supridas nenhuma. E aí, né, quando eu cheguei lá eu comecei... é assim, ela tava assim tão, ela ficou assim tão ansiosa... tão... eu nem sei dizer a palavra agora mas ela ficou assim tão ansiosa porque esperando que a gente fizesse alguma coisa que a gente ainda não tinha feito né (...) conversei com ela, a ... a pessoa da... coordenadora da residência terapêutica conversou também, nesse momento ela achou que ela tava orientada, que ela não tinha perfil de... que ela não

tava em surto e tal e várias coisas né. (...) Um médico entrou na sala (..) e disse que ela já estava lá muito tempo, ela não era perfil da unidade e tal. (...) E aí disseram (as coordenadoras) que “ah! mas ela não tem perfil (da residência terapêutica)... ela não tava em surto”, ela não tava em surto... não tava desorientada naquele momento.(...) - A gente fica de mãos atadas...’ (Excerto 17).

Também foi argumentado que a Residência Terapêutica não era adequada para receber pessoas com deficiência física. Durante esse processo os profissionais relatam que foi sugerido até mesmo a doação de uma cadeira de rodas para ajudar na locomoção da paciente, mas em momento algum foi possível encontrar um lugar para ela. Em uma casa ela não poderia entrar porque tinha transtornos mentais; em outra, não podia entrar porque seu transtorno mental não era grave o suficiente para justificar seu ingresso, ela não estava em surto.

Sobre esse tema, Saadi Tosi, ao discutir a teoria do não lugar do antropólogo Marc Augé, explica:

O excesso de espaço remete paradoxalmente ao encolhimento do mundo, e essa aparente ambiguidade altera escalas que incidem, em termos planetários, sobre concentrações urbanas, migrações populacionais e contribuem para a produção de não-lugares. Esses não-lugares se materializam: nos aeroportos, nas vias expressas, nas salas de espera, nos centros comerciais, nas estações de metrô e também nos campos de refugiados, ou seja, “lugares” por onde circulam muitas pessoas e bens, cujas relações são incapazes de criarem identidade de grupo (SAADI TOSI, 2014, p. 2).

Os não-lugares que a nossa paciente ocupa estão para além dos momentos que as grandes cidades produzem, eles abarcam espaços que a paciente não tem sequer o direito de ocupar. Até aqui, do que nos foi narrado pela eCR, o único momento onde a paciente tinha seu lugar era com a eCR, pois nem mais seu território era capaz de abrigar esse lugar. Sobre o território da rua e clínica de rua, Souza e Macerata afirmam:

O território existencial da rua se forma por relações de exclusão e pelo impulso nômade, por abrigar aquilo que na pólis não tem lugar, por ser um outro lugar possível. A sociedade tende a colocar o sujeito da rua como algo externo, não relacionado a si mesma. Ela toma esta experiência da rua, este território existencial, como propriedade e atributo em si dos sujeitos, não tendo relações com a sociedade mesma a não ser por vias de explicações muito vagas, gerais e abstratas. Essa tensão social, expressa no território da rua e nos sujeitos, que dela advém, constitui a zona de atuação da clínica de rua.

O que se cuida é dessa tensão, com essa tensão, que é de toda a cidade, embora expressa por sujeitos formados. De modo que, além das enfermidades, a clínica que queremos afirmar trabalha também com esta tensão social, com estas distâncias entre os modos de vida na cidade (SOUZA; MACERATA, 2015, p. 16).

Essa sucessão de eventos vai marcando a dificuldade da rede de saúde em encontrar um lugar para essa paciente, que acumula particularidades de uma mulher em situação de rua, deficiente física e com transtorno mental. Por fim, em uma tentativa de ajudar de alguma forma, outros pacientes que tiveram contato com Dona Firmina decidem postar nas redes sociais a história da paciente, com o intuito de encontrar sua família, e a estratégia tem êxito. Foram encontradas três irmãs, que vieram de Fortaleza visitar a paciente. O curioso foi que Dona Firmina havia afirmado, dias antes, que suas irmãs tinham lhe visitado.

“Tem outro ponto assim interessante disso aí, isso é mais recente, acho que foi o último episódio ou fato assim relevante dela foi das irmãs né, que vieram né, três irmãs de Fortaleza(...). Quando a gente soube, ficou todo mundo contente, uma maravilha, tá resolvido o problema dela, que as irmãs finalmente foram localizadas, vão... vão ajudar... (...) Mas aí depois veio a história que na verdade ela, segundo as irmãs, não foi isso? Me corrija se eu estiver errado, ela é filha da secretária da casa.

-Sim.

-Então, assim, ela é filha da empregada doméstica da casa.” (Excerto 18).

Quando a família surgiu, a eCR vislumbrou encontrar um lugar para ela, mas a possibilidade é frustrada, já que, segundo a equipe, as irmãs não estavam ali para levá-la, mas apenas para prestar ajuda. A própria história familiar de Dona Firmina, sendo filha da empregada doméstica com o patrão rico, indica um processo constitutivo de um não-lugar, sendo atravessado por questões de gênero e de classe. Embora nunca tenha sido reconhecida pelo pai, as irmãs pareciam nutrir uma certa preocupação caridosa, muito embora mantendo uma distância bem clara:

“as irmãs justificaram, elas não podiam levar, não podiam ficar com ela, elas vieram para tentar ajudar de alguma forma, também parece que ofereceram cadeira de rodas, o que fosse preciso, mas não iam levá-la” (Excerto 19).

Essa foi a última alternativa que havia aparecido para o caso da paciente até o dia em que o caso foi discutido com a equipe. Nesse momento, ela se encontrava há seis meses internada na Unidade Mista do Itaqui Bacanga.

É nesse ponto que a própria equipe eCR parece habitar um não-lugar entre a rede e o território. É importante notar que a rede de hostilidade atravessa os estabelecimentos territoriais, como os comércios locais, que exigiam a retirada dela do “Portinho”, e se estende até os estabelecimentos de saúde. Ao sustentar um vínculo em meio a essa produção social da exclusão, a eCN acaba entrando num impasse.

“E aí, como ela criou um vínculo com o consultório na rua, eles entenderam que o consultório na rua que tinha a tutela dela. Os outros serviços não deveriam fazer nada, o consultório na rua tinha que pegar ela, tinha que levar ela. O consultório na rua que tinha que resolver todas as demandas que outros serviços de saúde deveriam resolver” (Excerto 20).

É como se a rede forçasse a eCR a ocupar dois lugares extremos, ou tutela ou abandono. Se a eCR segue acompanhando, mesmo quando os usuários estão em outros equipamentos da rede, as demais equipes tendem a devolver o caso e não querer se responsabilizar pelo seguimento que lhes compete. O que produz muitas vezes uma ação tutelar pelo receio de negligência, maus-tratos ou abandono.

“Você precisa em um momento se distanciar dela para poder que o sistema... você tente fazer que o sistema ande, né. (...) Porque se eu ficar todo tempo lá dentro, eu imagino que se eu ficar lá, eles vão querer cada vez mais mandar pra mim, e não vão querer andar pra frente, jogam a responsabilidade pra mim” (Excerto 21).

Para que outras equipes assumam o caso, a eCR acaba se sentindo forçada a se afastar do caso, gerando uma descontinuidade do acompanhamento. Trata-se de um movimento sintomático da rede por não haver corresponsabilidade, que gera dois movimentos extremos. Souza e Macerata (2014) sugerem uma nova forma organizacional que poderia contribuir no cuidado à PSR, o que eles chamam de Equipes Multirrefenciais de Cuidado (EMC). As EMC são arranjos que contêm equipes de referência em diferentes serviços de saúde com a intenção de garantir o atendimento do paciente em

situação de rua. Assim, haveria, portanto, uma equipe de referência no território (no nosso caso, a eCR), outra na Unidade Básica de Saúde, outra no Pronto Socorro, no Caps, etc. Com esse tipo de arranjo, a equipe do território deve garantir apoio às outras equipes de referência, visto que “o território exerce uma função sobre a rede, uma abertura que exige reconstrução de modos de atender e gerir”. Concomitantemente, compartilha-se o cuidado do paciente em situação de rua, isto é, cria-se a corresponsabilização do cuidado.

7. Conclusão

A população em situação de rua sofre diariamente com a restrição aos seus direitos mais básicos e fundamentais, entre eles, os direitos humanos. A criação de um equipamento em saúde na intenção de resgatar essa população do completo abandono público se configura um ponto importante de resistência ao modelo hegemônico vigente, que, como pudemos perceber, leva à exclusão dessas pessoas no que se refere aos seus direitos mais essenciais, como moradia e saúde.

Apesar da resistência da rede em acolher as singularidades apresentadas pela população em situação de rua e da falta de habilidade de alguns profissionais ao ofertar assistência a essas pessoas, com o surgimento da eCR, essa demanda se transforma em uma demanda real, de maneira que o CnR acaba por transformar esses indivíduos, que, antes, pouco apareciam nas instituições de saúde, em uma demanda possível. O contato com a PSR nas instituições de saúde reforça cada vez mais a necessidade de compreender as especificidades dessa população para que se possa garantir assistência adequada.

O modo como a equipe de consultório na rua de São Luís se insere na vida dos indivíduos em situação de rua configura-se em uma prática clínica que respeita o tempo, a autonomia e o território existencial dessa população. Isso permite uma aproximação e a oferta de cuidado de modo compartilhado, que, como nos mostra a literatura a respeito, são necessários para a efetividade das ações e se encontram em campo oposto aos meios autoritários, que são, comumente, os mais empregados e, ao mesmo tempo, ineficazes quando se trata da PSR.

Apesar de enfrentar muitas dificuldades, o CnR se mostra como uma ótima estratégia do SUS para buscar a equidade e propiciar o atendimento à PSR, assegurando, assim, ao menos, algum acesso à rede de atenção à saúde a pessoas que, diariamente, sofrem com a restrição de seus direitos.

8. Referências

ALVAREZ, J. E PASSOS, E. **Cartografar é habitar um território existencial**. In Pistas do método da cartografia. Passos et al. (orgs.). Sulinas. Porto Alegre. 2009, pp. 131-149

BRASIL. **Política Nacional para Inclusão Social da População em Situação de Rua**. Brasília, 2008. Disponível em: http://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/cao_civel/acoes_afirmativas/Pol.Nacional-Morad.Rua.pdf. Acesso em: 20 de setembro de 2017.

CABRAL, K. V. **Acompanhamento Terapêutico como dispositivo da reforma psiquiátrica**: considerações sobre o *setting*. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social e Institucional – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2005.

CAMPOS, G. W. S. **Clínica e saúde coletiva compartilhadas**: teoria paidéia e reformulação ampliada do trabalho em saúde. In: Campos, G. W. S. et al. (Org.). Tratado de saúde coletiva. **Ed. Fiocruz**: Rio de Janeiro, 2006.

CASTEL, R. A. **Discriminação negativa-cidadãos ou autóctones?** Vozes: Petrópolis, 2008.

DELEUZE, G. E GUATARRI, F. **Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia**; vol. 1. Editora 34. Rio de Janeiro. 2009.

FERIGATO S, CARVALHO SR. **Pesquisa qualitativa, cartografia e saúde**: conexões. Revista Interface, Botucatu: v.15, n.38, p.663-75, jul./set. 2011

FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO. **Déficit habitacional no Brasil 2015**: resultados preliminares. Diretoria de Estatística e Informações. – Belo Horizonte: FJP, 2017.

GOMES, R. C. M. **Uma clínica diferente**: uma clínica da rua. In: Histórias e memória da Psicologia: trabalhos premiados no concurso comemorativo dos 40

anos da regulamentação da profissão do psicólogo no Brasil, 2003, Porto Alegre.

GONÇALVES, L. L. M. **A função de publicização do acompanhamento terapêutico na clínica: O contexto, o texto e o foratexto do AT.** Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal Fluminense. Niterói, 2007.

GONÇALVES, L. L. M.; BENEVIDES BARROS, R. D. A função da Publicização do acompanhamento terapêutico: A produção do comum na clínica. **Psicologia e Sociedade**, v. 25, n. spe. 2, 2013.

GONTIJO, D. T.; MEDEIROS, M. Crianças e adolescentes em situação de rua: contribuições para a compreensão dos processos de vulnerabilidade e desfiliação social. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n2/a15v14n2>. Acesso em: 20 de outubro de 2017.

KASTRUP V. **A funcionamento da atenção no trabalho do cartógrafo.** *Psicologia & Sociedade*; 19(1): 15-22, jan/abr. 2007

LANCETTI, A. **Clinica peripatética.** Hucitec: São Paulo, 2008.

LOURAU, R. **Analista Institucional em tempo integral.** In Sônia Altoé (org) pp. 186-198. São Paulo: Hucitec, 2004.

MARTINS, M. **Em São Paulo, boas notícias no combate ao Crack.** 2016. Disponível em: <https://www.brasildefato.com.br/2016/08/16/moradia-se-tornou-sinonimo-de-mercadoria-diz-a-ex-relatora-da-onu-raquel-rolnik/>. Acesso em: 05 de novembro de 2017.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Diretrizes de Organização e Funcionamento das Equipes de Consultório na Rua**, 2011. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0122_25_01_2012.html. Acesso em: 23 de outubro de 2017.

MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME. **Rua:** Aprendendo a contar. Pesquisa Nacional Sobre a População em Situação de Rua, Brasília, 2009. Disponível em: http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicação/assistencia_social/Livros/Rua_aprendendo_a_contar.pdf. Acesso em: 01 de dezembro de 2017.

OXFAM. **A distância que nos une:** um retrato das desigualdades brasileiras, 2017. Disponível em: https://www.oxfam.org.br/sites/default/files/arquivos/relatorio_A_distancia_que_nos_une.pdf. Acesso em: 10 de novembro de 2017.

PASSOS, E. E BENEVIDES DE BARROS, R. A cartografia como método de pesquisa-intervenção. In **Pistas do método da cartografia**. Passos et al. (orgs). Sulinas. Porto Alegre. 2009b, pp. 17-31

_____. **Por uma política da narrativa**. In **Pistas do método da cartografia**. Passos et al. (orgs). Sulinas. Porto Alegre. 2009b, pp. 150-171

PASSOS E, KASTRUP V, ESCÓCIA L. Apresentação. In: **Passos E, Kastrup V, Escócia L. Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade**. Porto Alegre: Sulinas; 2009, p. 6-15

RIVIÈRE, E. P. **O conceito de ECRO**. Aula n. 2, Curso de da Primeira Escuela Privada de Psicologia, Buenos Aires, 1970.

ROLNIK, S. **Cartografia Sentimental: transformações contemporâneas do desejo**. Porto Alegre: Sulinas; 2007

ROLNIK, R. **Guerra de Lugares: a colonização da terra e da moradia na era das finanças**. São Paulo, Boitempo, 2015

SAADI TOSI, L. J. **Não Lugares:** introdução a uma antropologia da supermodernidade. Revista Aurora, v. 8, n. 01, 2014.

SILVA, M. B. **“O louco de rua” e a seguridade social em Porto Alegre:** da (in)visibilidade social à cidadania? Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Pontífica Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2005.

SILVA, M. L. L. **Mudanças recentes no mundo do trabalho e o fenômeno da população em situação de rua no Brasil.** Dissertação (Mestrado em Política Social) – Universidade de Brasília, Brasília, 2006.

SOUZA, T. P.; MACERATA, I. M. A clínica nos consultórios na rua: territórios, coletivos e transversalidades. **Ayvu: Rev. Psicol.**, v. 01, n. 02, p. 03-23, 2015.

TELLES, V. S.; CABANES, R. **Nas tramas da cidade:** trajetórias urbanas e seus territórios. Editorial Humanitas: São Paulo, 2006.