

UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA – UNESP

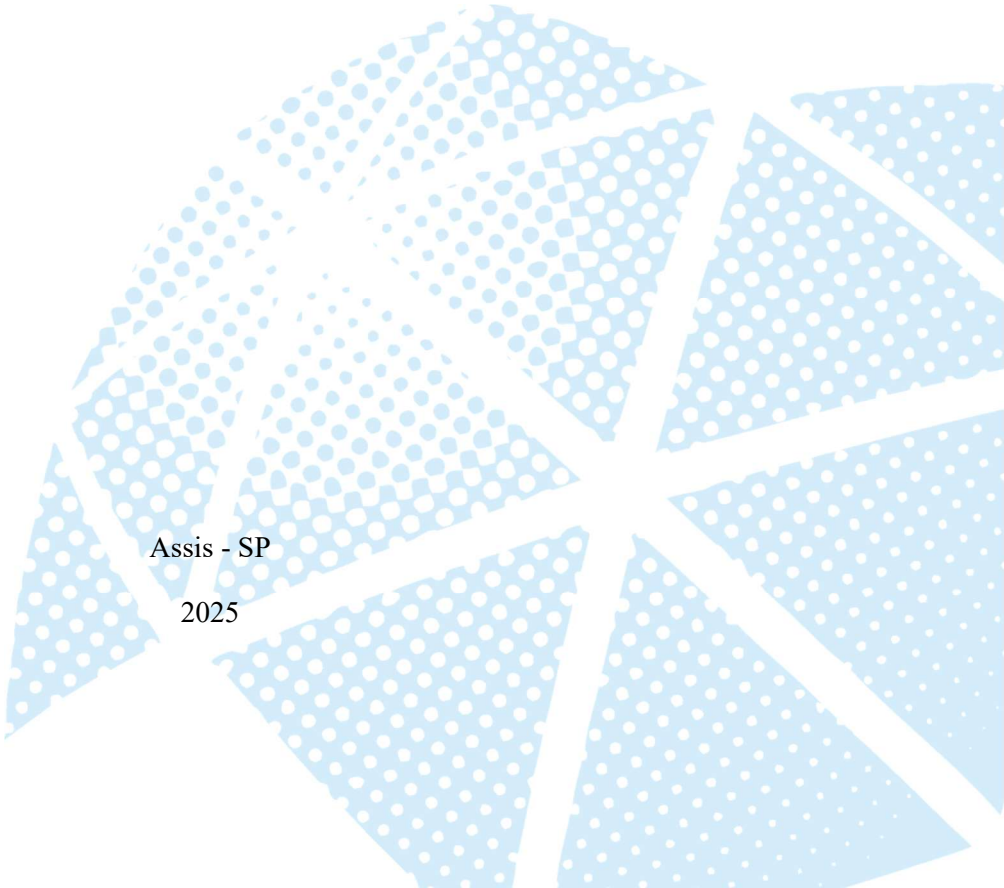
Faculdade de Ciências e Letras - Campus de Assis

GILSON GABRIEL DA SILVA FIRMINO

**Sinais que vêm da rua: nas trilhas dos agenciamentos
de produção de vida**

Assis - SP

2025



GILSON GABRIEL DA SILVA FIRMINO

**Sinais que vêm da rua: nas trilhas dos agenciamentos
de produção de vida**

Tese apresentada à Universidade Estadual
Paulista (UNESP), Faculdade de Ciências e
Letras, Assis, para obtenção do título de
Doutor em Psicologia e Sociedade.

Área de Concentração: Psicologia e
Sociedade

Orientador(a): Prof. Dr. Silvio Yasui

Assis - SP

2025

F525s

Firmino, Gilson Gabriel da Silva

Sinais que vêm da rua: nas trilhas dos agenciamentos de produção de vida / Gilson Gabriel da Silva Firmino. -- Assis, 2025

173 p. : fotos

Tese (doutorado) - Universidade Estadual Paulista (UNESP),
Faculdade de Ciências e Letras, Assis

Orientador: Silvio Yasui

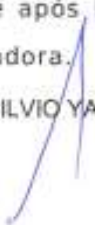
1. Cuidado em saúde na rua. 2. Consultório na Rua. 3. Histórias de vida. 4. Cartografia. 5. Estratégia de Atenção Psicossocial. I. Título.



ATA DA DEFESA PÚBLICA DA TESE DE DOUTORADO DE GILSON GABRIEL DA SILVA FIRMINO, DISCENTE DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA, DA FACULDADE DE CIÊNCIAS E LETRAS - CÂMPUS DE ASSIS.

Aos 19 dias do mês de novembro do ano de 2024, às 09:00 horas, por meio de Videoconferência, realizou-se a defesa de TESE DE DOUTORADO de GILSON GABRIEL DA SILVA FIRMINO, intitulada **Sinais que vem da rua: nas trilhas dos agenciamentos de produção de vida**. A Comissão Examinadora foi constituída pelos seguintes membros: Prof. Dr. SILVIO YASUI (Orientador(a) - Participação Presencial) do(a) UNESP/FCL - Assis, Prof. Dr. RICARDO SPARAPAN PENA (Participação Presencial) do(a) UFF/ Volta Redonda, Profa. Dra. ELIZABETH MARIA FREIRE DE ARAÚJO LIMA (Participação Virtual) do(a) USP/São Paulo, Profa. Dra. SIMONE MAINIERI PAULON (Participação Virtual) do(a) UFRGS/Porto Alegre, Profa. Dra. ARIANA CAMPANA RODRIGUES (Participação Virtual) do(a) ULBRA/Palmas. Após a exposição pelo doutorando e arguição pelos membros da Comissão Examinadora que participaram do ato, de forma presencial e/ou virtual, o discente recebeu o conceito final: Aprovado. Nada mais havendo, foi lavrada a presente ata, que após lida e aprovada, foi assinada pelo(a) Presidente(a) da Comissão Examinadora.

Prof. Dr. SILVIO YASUI

A handwritten signature in blue ink is written over the name "Prof. Dr. SILVIO YASUI". The signature is stylized, with a large, sweeping 'S' and 'Y'.



**Dedico este trabalho às forças que vêm
da rua e aos seus viventes...**

Agradecimentos

Agora, sou atravessado por um turbilhão de sentimentos que me trouxeram até aqui. Um grande filme passa na parede da minha memória alojada em meu corpo. Muitas decepções, dúvidas e incertezas se apresentaram antes mesmo do alvorecer dessa jornada, que, aos poucos, foi me ensinando a lidar com as dificuldades e os desafios que estariam por vir nesse doutorado.

Contudo, como eu desacredito do acaso, hoje, é com muita alegria e satisfação que eu venho agradecer à multidão presente nas ruas, encruzilhadas, esquinas e na infinidade de forças que habitam este trabalho e ter a convicção de que tudo foi como era pra ser. Assim, aproveito esse instante para agradecer a vida, o nosso bem mais precioso, por me proporcionar esse momento sagrado de celebrá-la e honrá-la a cada instante: toda a vida vale a pena se a alma não é pequena!

À minha amada esposa Juliana, amiga, companheira dessa e de tantas outras vidas nos mistérios da nossa passagem por esse mundo, presença vital e apaixonante na alegria do meu viver. Sempre comigo em todos os momentos, dos meus nossos sonhos sonhados junto... Te amo!

A todos os meus ancestrais, pois, sem eles eu não estaria aqui.

À minha família carnal; minha adorável mãe, Ana, sempre esforçada, carinhosa e dedicada; meu pai, Carlos, o Sr. Firmino, com sua simplicidade, generosidade e sabedoria na lida com o outro; minha irmã, Giane, afetiva e perseverante em acreditar no meu crescimento através do estudo. Obrigado por existirem, eu amo muito vocês!

Aos sagrados orixás Oxóssi, Oxum e Obaluaê, que regem as minhas forças nessa passagem pelo mundo. Okê arô Oxóssi! Ora iê iê ô mamãe Oxum! Atotô Obaluaê!

À minha família espiritual, por me sustentar, proteger, amparar e me orientar na minha jornada nessa vida. Exu Caveira, pomba-gira Cigana Esmeralda, exu-mirim Caveirinha, pai Tupinambá das Matas, vô Benedito, erê Paul e Seu Zé Pelintra. Meu saravá e benção à todos!

Aos meus padrinhos espirituais, a cabocla Jurema das Matas que me cuidou, protegeu e me apresentou caminhos de cura na lida com minhas dificuldades. Okê cabocla! Saravá cabocla Jurema! Ao meu padrinho, amigo, mestre e protetor, Seu Zé Pelintra, que, com o seu gingado e sua imensa sabedoria, me ensina a arte de driblar a morte com alegria, a enfrentar e vencer as batalhas cotidianas junto aos viventes da rua. Salve a malandragem! Saravá Seu Zé Pelintra!

Ao meu professor, supervisor de estágio, orientador de mestrado, orientador de doutorado e, acima de tudo, meu grande amigo e paizão, Silvio Yasui. Agradeço pela generosidade em compartilhar seu rico conhecimento, pela paciência gigante nos meus delírios doutorandos, pela confiança no meu trabalho, pelas orientações cirúrgicas acolhedoras e cuidadoras. Gratidão eterna por me guiar na aventura da produção do conhecimento, fazendo dessa árdua tarefa a produção de bons encontros com alegria e vivacidade, mesmo que à distância. Até hoje, persisto em seguir as sábias palavras do seu discurso como paraninfo da minha turma na cerimônia de formatura: “Sonhar sempre, sonhar do tamanho dos nossos sonhos!”

À Helô e ao Niko, por me acolherem com carinho em vossa casa.

À elegante e perspicaz Beth Lima, pelas contribuições fundamentais acerca do meu trabalho, pelas sugestões e apontamentos importantes deste percurso, pela disponibilidade em estar sempre prestes a ajudar, como, por exemplo, o fez na qualificação com honra e mérito. Você é muito especial!

Ao Ricardo Pena, amigo de sempre, parceiro em meu percurso profissional, que me incentivou e trouxe contribuições ímpares na construção dessa caminhada e do feito deste trabalho. Carismático, irreverente e alegre por onde passa, um batalhador da Saúde Coletiva e reinventor de modos mais genuínos de ser. Segundo ele, eu sou uma mistura de abelha operária, pensador e cartógrafo. Rir sempre! Fique sabendo que o mundo se torna um lugar muito melhor na sua presença!

À Ariana, com a sua leveza e fluidez implicadas com afetividade e ternura nos caminhos profissionais, do estudo e da vida. Celebrar esse momento contigo é algo extremamente valioso e fortalecedor nas trilhas da amizade.

À Simone Paulon, pela parceria e disponibilidade solícita em abraçar generosamente o convite para a composição da banca trazendo contribuições imprescindíveis.

À Disete, ao Justo e ao Bruno por aceitarem o convite de composição da banca sem titubear ou tremer na base. O mundo precisa de parceiros como vocês!

Ao grande amigo e compadre assisense Lairto. Amigo fraterno, acadêmico, profissional, ético, musical e gastronômico de longa jornada que eu carrego no meu coração. Obrigado por estar em minha vida!

Ao grande amigo De Leon Rodrigo, parceiro de muitas lutas dentro e fora dos muros do hospital psiquiátrico. Amigo leal nas construções cotidianas dos processos de trabalho, com ele aprendi o exercício de paciência mineira do “menino Rodrigo”.

À grande amiga e parceira de trabalho Francine, a quem eu agradeço imensamente por ter cruzado o meu caminho através do Consultório na Rua, onde fazemos parcerias profissional e na vida. Você me ensina muito com a sua inteligência, astúcia e perseverança. Além de muitas traquinagens... Gratidão!

À toda Tribo do Arco-Íris. Gratidão! Especialmente a Samantha e Thais, bruxas curandeiras que me apresentaram caminhos de cura e sabedoria através das sagradas medicinas da floresta, as quais eu tenho um imenso amor, respeito e reverência. HAUX HAUX!!!

Ao Templo de Umbanda Harmonia e Luz, que me acolheu e me proporcionou desenvolver a minha mediunidade. Gratidão! Um AXÉ especial ao pai Eduardo Peralles, mãe Daniela Lyra, Sandra Sideri. Todos fundamentais nesse processo.

À minha querida sogra Odila, que sempre me apoiou e me incentivou nessa empreitada. Gratidão, querida!

Ao Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira, onde construí a maior parte do meu percurso profissional na saúde mental de Campinas. Em especial, agradeço às unidades do Caps Esperança, local do início de minha trajetória, Núcleo de Retaguarda, onde fui instigado a realizar o mestrado e ao Consultório na Rua, unidade que eu trabalho atualmente e que foi campo da minha pesquisa de doutorado. Agradeço, também, a todos que de alguma forma contribuíram direta ou indiretamente com este trabalho. Com certeza vocês foram fundamentais!

Ah! Jamais poderia esquecer da Trufa, Capitu, Athena e Chiquinha, minhas cachorras que madrugadas adentro me acompanharam na escrita dessa longa viagem doutoranda. Amo vocês!!!

“A rua é a civilização da estrada.”

João do Rio

Resumo

A presente tese investiga os processos de cuidado em saúde destinados à população em situação de rua, com foco na atuação do Consultório na Rua (CnaR) de Campinas. A pesquisa, fundamentada na metodologia da cartografia, acompanha os agenciamentos que compõem a produção de vida e cuidado, considerando as particularidades dessa população e suas interações com o Sistema Único de Saúde (SUS). O autor parte de sua trajetória pessoal e profissional para traçar um panorama das interações entre saúde e sociedade, utilizando relatos de casos práticos, denominados “paisagens”, para explorar as complexidades da prática clínica e do cuidado prestado aos viventes das ruas. O estudo aborda ainda o impacto do estigma e preconceito associados à população de rua e como esses fatores influenciam tanto sua marginalização quanto o acesso a políticas públicas de saúde. Além disso, analisa a experiência do programa de rádio "Vozes da Rua" como um dispositivo de expressão e cuidado, onde a população de rua encontra espaço para compartilhar suas histórias e participar de atividades culturais, reforçando seu protagonismo social. A pesquisa aborda um panorama histórico e sociocultural sobre o processo de urbanização no Brasil e seu impacto na emergência e invisibilização da população em situação de rua. Também analisa a construção de redes de cuidado em saúde pública que vão além dos limites tradicionais da prática clínica, destacando a importância da intersetorialidade e da corresponsabilidade. As experiências vivenciadas pela equipe do CnaR são discutidas à luz de conceitos como vulnerabilidade social e produção de territórios existenciais, propondo novas formas de cuidado que privilegiam a autonomia e o protagonismo dos sujeitos em situação de rua.

Palavras-chave: Pessoas em Situação de Rua; Consultório na Rua; Produção do Cuidado; Cartografia; Atenção Básica; Estratégia de Atenção Psicossocial.

Abstract

This thesis investigates healthcare processes aimed at the homeless population, focusing on the work of the Consultório na Rua (CnaR) in Campinas. The research, based on the cartography methodology, follows the arrangements that shape life and care production, considering the particularities of this population and their interactions with the Brazilian Unified Health System (SUS). The author draws on personal and professional experience to provide an overview of the interactions between health and society, using practical case narratives, referred to as “landscapes”, to explore the complexities of clinical practice and care provided to street dwellers. The study also addresses the impact of stigma and prejudice associated with the homeless population and how these factors influence both their marginalization and access to public health policies. Additionally, it analyzes the experience of the “Vozes da Rua” radio program as a tool for expression and care, offering a space for the homeless population to share their stories and engage in cultural activities, thereby reinforcing their social protagonism. The research provides a historical and sociocultural overview of Brazil’s urbanization process and its impact on the emergence and invisibility of the homeless population. It also examines the construction of public health care networks that transcend the traditional boundaries of clinical practice, highlighting the importance of intersectorality and shared responsibility. The experiences of the CnaR team are discussed in light of concepts such as social vulnerability and the production of existential territories, proposing new forms of care that prioritize autonomy and empowerment for homeless individuals.

Keywords: Homeless Persons; Clinic on the Street; care production; Cartography; Primary Care; Psychosocial Care Strategy.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Campo fixo.....	51
Figura 2. Campo móvel	53
Figura 3. História de Vida	68
Figura 4. Carlão em seu barracão	82
Figura 5. Encontro cuidador no barracão transformado	100
Figura 6. Vozes da Rua	129
Figura 7. Vozes da rua 2.....	135

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAPS III - Centro de Atenção Psicossocial nível III

CAPSad - Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas

CdeR - Consultório de Rua

CETAD - Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas

CHOV - Complexo Hospitalar Ouro Verde

CnaR - Consultório na Rua

ESF - Estratégia Saúde da Família

IPEA - Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

MNPR - Movimento Nacional da População de Rua

ONG - Organização Não-Governamental

PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PEAD - Plano Emergencial de Ampliação de Acesso ao Tratamento e Prevenção em
Álcool e outras Drogas

PIEC - Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack

PSR - População em Situação de Rua

RAPS - Rede de Atenção Psicossocial

SPAs - Substâncias Psicoativas

SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SUS - Sistema Único de Saúde

UBS - Unidade Básica de Saúde

UFBA - Universidade Federal da Bahia

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	16
CAPÍTULO I – PRIMÓRDIOS: UM BREVE OLHAR ACERCA DO SURGIMENTO DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA E SUA RELAÇÃO COM O CAMPO DA SAÚDE	22
1. Um sobrevoo no tempo acerca do processo de urbanização das cidades: um elemento-chave para a problematização do surgimento da população de rua brasileira e sua ligação com o campo da saúde	22
1.1 A urbanização brasileira e a população de rua	22
1.2 População em Situação de Rua: caracterização e especificidades	32
1.3 Um dedo de prosa sobre e com o território	35
1.4 Consultório na Rua: protagonizando o cuidado a saúde junto à população de rua no SUS.....	42
CAPÍTULO II – A RUA E OS SEUS VIVENTES: HISTÓRIAS DE VIDA NO SEU ENCONTRO COM O CUIDADO	55
Guia de navegação rueiro: o nosso “prático” para trilhar os sinais que vêm da rua... 55	
Paisagens de cuidado póstumas narradas por um “pesquisador-cambono” em seu caminhar nômade.....	62
Paisagem Wilson.....	62
Paisagem Carlão.....	70
Paisagem Germínia	100
CAPÍTULO III – VOZES DA RUA: EXPERIMENTAÇÕES CUIDADORAS NOS ENCONTROS SINTONIZADOS COM AS EXPRESSIVIDADES QUE VÊM DA RUA.....	114
Iniciando a Nossa Conversa.....	114
CnaR de Campinas: breve delineamento de um território singular de oferta em saúde para a população em situação de rua.....	114
Esboço teórico-metodológico acerca de uma prática: As oficinas expressivas como norteadoras de um processo cuidador em movimento inacabado	115
Vozes da Rua: entre intervenção-expressiva e um fazer oficineiro	118
Nascemos do encontro... ..	118
Fazendo parcerias e iniciando um projeto.....	120
Sintonizando os devires: Takes-encruza de expressividades locutoras rueiras.....	124
TAKE-ENCRUZA 1 - Vozes da Rua: nosso pontapé-inicial nas vozes de Pedro e Kelli.....	125
TAKE-ENCRUZA 2: Bate-papo com o Sr. Osmar e suas produções	129

CAPÍTULO IV – O CAMINHO CARTOGRÁFICO ENQUANTO UMA PERSPECTIVA METODOLÓGICA	136
A cartografia enquanto aposta metodológica de produção e compartilhamento de conhecimentos	136
O caso-guia nômade: um caminhar metodológico na análise de redes de cuidado em saúde	140
Abrindo os trabalhos e caminhos do pesquisar: a estratégia da epistemologia das encruzilhadas e seu exercício tático junto às forças que vem da rua	144
CONSIDERAÇÕES FINAIS PROVISÓRIAS	152
REFERÊNCIAS	158
Decretos e Portarias	167
Filmes.....	168
ANEXO 1	169
Guia das entrevistas	169
Roteiro de entrevistas para usuários	169
Roteiro de entrevistas para trabalhadores e gestores	169
Roteiro de entrevistas para gestores.....	169
ANEXO 2	171
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE).....	171

INTRODUÇÃO

Em minha história de vida, o encontro oriundo da singularidade do meu viver com minha escolha profissional marca um entrecruzamento inaugural dos caminhos que percorri ao longo desses vinte anos de labuta no campo da saúde mental e coletiva. Na configuração desse “cruzo inaugural”, vão se tecendo, em ato, algumas marcações ao longo dessa trajetória vital-laboral, perpassando desde os primeiros estágios de graduação em minha formação como psicólogo até o programa de aprimoramento profissional (hoje, equivalente à residência multiprofissional), além de minhas passagens pelo CAPS III Adulto, pelo Núcleo de Retaguarda (extinta enfermaria de psiquiatria do Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira), que também foi campo do meu mestrado, até chegar ao lugar onde, neste momento, venho a falar e me assentar: o Consultório na Rua (CnaR) de Campinas.

Num processo de elaboração dessa jornada, não por acaso, revisitei as marcas temporais em minha memória corpórea, uma vez que compreendo o pensamento como relação construída numa íntima ligação do corpo encarnado na experiência existencial, sem nenhuma pretensão de neutralidade em relação às forças em jogo nos acontecimentos, encontros e tempos vividos. Nesse caminho, tentei realizar um exercício de produção de sentido acerca de algumas reminiscências iniciais da minha vida, destacando meus primeiros contatos com a diferença humana manifestada através da expressividade de algumas pessoas que me desassossegavam e denunciavam minha falta de compreensão desses jeitos e existires humanos no mundo. Pelas sensações que me atravessam neste momento, chamarei essa experiência de “Meu primeiro encontro com o diferente”. Explico: quando criança, ficava intrigado e instigado ao observar e pensar na figura do morador de rua, popularmente conhecido na minha cidade interiorana de origem como “mendigo” ou “homem do saco”, de onde brotavam várias histórias folclóricas e assustadoras sustentadas por ficções e crendices populares. Essa produção social através de narrativas anônimas geralmente expressava conteúdos embebidos em características de intenso estigma e preconceito, marcando, associando e vilipendiando esse famigerado personagem da nossa cultura brasileira, colonial, patriarcal, eurocêntrica e escravocrata. Por exemplo, em uma dessas histórias popularizadas, era muito comum dizer que esse homem vinha buscar as crianças desobedientes para levá-las em seu saco plástico até o “lobisomem”. Ou, então, que as crianças desobedientes seriam levadas por ele para a fabricação de sabão, daqueles tradicionais que nossas avós utilizavam para lavar roupas, entre outras coisas.

Nostalgias à parte, de fato, pouco se sabia e muito menos se elucidava sobre as histórias de vida dessa figura da rua, tampouco sobre sua realidade concreta e cotidiana, a qual produzia grande enigma e medo em várias gerações de crianças. Arrisco dizer que, por um longo tempo, essas histórias que marcaram o imaginário social e cultural exerceram um papel central na circunscrição e rotulação identitária do morador de rua, segregando-o e impedindo-o de se afirmar enquanto alguém que existe e é visível e singular em suas escolhas e em seus jeitos de ser e viver, ou seja, de expressar-se como pessoa em presença viva e repleta de possibilidades de existir e de protagonizar seus processos vitais cidadãos, mesmo tendo as ruas como sua morada.

Ao me lançar na difícil tarefa de tentar compreender esse contexto complexo da dimensão humana, alimentado pela curiosidade infantil, deparei-me com interlocutores em polos extremos. Pois, naquele momento, assim como muitas vezes hoje em dia, ora a população em geral classificava essa pessoa da rua como um “coitado”, “desvalido”, “vítima” das intempéries da vida e das mazelas do destino. Ou, de outro modo, o carimbo social o delimitava sob a chancela de um certo “vilão”, assemelhando-o a um “bode expiatório”, direcionando-lhe uma carga considerável de culpabilidade pelos males que assolam os ideais de uma sociedade muitas vezes fundamentada fortemente sob o baluarte da rigidez moral reacionária e opressora dos ditos “bons costumes” para uma convivência supostamente solidária, quase sempre calcada em cifras capitalísticas, ligadas aos valores aristocráticos maniqueístas de influência religiosa colonizadora.

Sendo assim, como carrego na gênese da minha matéria-corpo uma avidez de compreensão relacional “xereta” ao conhecimento que se desdobra em anseios de sabedoria, lancei-me ao desafio de lambuzar-me na bisbilhotagem traquina acerca do complexo fenômeno do ser humano ter as ruas como seu habitat. Um território onde essas pessoas desenrolam seus modos de ser, de viver, de levar a vida e trilhar seus caminhos, afirmando-se tais como se apresentam em sua diversidade e singularidade peculiar, a quem tem a árdua, difícil e arriscada missão de sobreviver um dia de cada vez.

Entretanto, a missão de produzir conhecimento formalizado e validado pela comunidade científica foi, aos poucos, se apresentando no percurso dessa jornada vivida de forma íntima e intensa na experiência do pesquisar. Assim, inicialmente, uma ressalva importante se faz necessária ao leitor, na medida em que o campo dessa pesquisa é o mesmo campo de trabalho e atuação profissional do pesquisador-psicólogo (ou psicólogo-pesquisador), fato que me colocou diante de um primeiro obstáculo que se configurou na escolha do modo como trilhar o caminho de construção e desenvolvimento da pesquisa.

Em outras palavras, refiro-me à escolha da metodologia científica. A escolha desse caminho abriu uma forma de compreensão e reconhecimento da ausência de neutralidade do pesquisador em relação ao objeto e campo de pesquisa, e vice-versa, num complexo movimento de fabricação de processos cocriadores de conhecimento expressados no caminhar pesquisador.

Em meio a esses processos, meu foco de interesse não buscou explicar de maneira única a causalidade originária do complexo objeto em estudo delineado como o cuidado em saúde na rua. Muito menos objetivei definir a sua finalidade como uma resposta fechada e definitiva diante da imensidão de sentidos envolvidos no universo-rua e sua relação com o campo sociocultural. De outra maneira, a escolha no modo de construir, habitar e percorrer este estudo intencionou orientar-se através do acompanhamento dos processos de produção de cuidado realizados pela equipe do Consultório na Rua de Campinas, SP, pela via da estratégia metodológica da cartografia, enquanto metodologia de pesquisa e intervenção no campo de estudo e não nos resultados finais do trabalho.

Compreendi que, de acordo com o desafio imposto nessa empreitada, a metodologia cartográfica proporcionaria aprimorar a atenção e a prudência do pesquisador e, simultaneamente, gerar uma ampliação da capacidade de captação do pesquisador no mergulho das intensidades dos afetos presentes no jogo de forças atualizado nos territórios do cuidado realizado em ato nos encontros cuidadores. Em sincronicidade, esse caminho metodológico fomentou o processo de produção de uma escrita aberta, sensível e intensiva em sua capacidade de dar forma e expressão às potencialidades dos encontros cuidadores em suas alteridades e vicissitudes. Outro aspecto importante do caminho cartográfico na escrita dessa pesquisa foi a ativação de processos de refinamento e astúcia no desenrolar das experiências de cuidado narradas, almejando desviar-se de possíveis capturas incompatíveis com a proposta de pesquisa, como, por exemplo, os riscos de assumir a defesa de pontos de vista fechados de forma unilateral e definitiva, num movimento de sobreimplicação com seus dogmatismos e militâncias cegas, ambos geralmente atravessados e alimentados por uma abundante carga moralizante.

Sendo assim, o presente trabalho almeja realizar um acompanhamento dos processos de produção do cuidado em saúde da população em situação de rua, compreendendo esses processos em permanente movimento e em estado de devir; portanto, inacabados. Logo, a experiência cartográfica se constituiu como uma aliada metodológica feiticeira na alquimia desta investida científica.

O CAPÍTULO I aborda a construção histórica da política de saúde destinada a essa população, vislumbrando uma tentativa de compreensão das condições de possibilidade de sua gênese no Brasil. Localizamos historicamente, em linhas gerais, que, especialmente, o fenômeno da urbanização das cidades constitui-se como fator nodal para pensar a vida humana em seu complexo processo de construção sociocultural na pólis, entrelaçado à dimensão imanente ao viver comunitário. Através de várias formas de se relacionar, compreender e dar sentido ao uso e ao viver no espaço urbano, podemos inferir que a urbanização nos reposiciona constantemente a problematizar inúmeras implicações existenciais singulares, coletivas e políticas. Na efetuação de seus processos em movimento, a urbanização produz conexões, engendra encontros, movimenta transformações no tecido vital das relações, mutabilizando o existir humano inacabado.

O CAPÍTULO II abre caminho para trazer algumas experiências no campo do cuidado vivenciadas pela equipe do Consultório na Rua de Campinas, SP, junto aos usuários do serviço, nomeados como “viveres da rua”. Aqui, a construção se compromete a pensar a existência humana comunitária, relançando-nos a superar a mera concepção do espaço urbano como um espaço geográfico por onde circulam pessoas diariamente, em seus deveres, afazeres e compromissos mil. Faz-se presente uma outra forma de atravessamento, pela qual transversamos e transformamos o sentido convencional das ruas em seu âmago. A rua que nos interessa é a rua talhada por signos com diferentes significações, onde habitam múltiplos sinais muitas vezes naturalizados nos encontros com as alteridades. De muitas formas, somos invadidos pelos sinais que vêm da rua, pois também somos rua, em processo de reterritorialização dessas forças em guerra e seus modos de afecção.

Estamos povoados pelas tensões constitutivas entre produção de vida e morte, que se atualizam no cotidiano dos vários modos de levar a vida que se ligam a nós. Sem pedir licença, somos tocados pelos sentimentos mais diversos, como medo, coragem, desprezo, piedade, horror, benevolência, interesse, compaixão, generosidade, desânimo, curiosidade, onipotência, alienação, ativismo, solidariedade, egoísmo, dentre outros. Curiosamente, mobilizados por esses e outros sentimentos, criamos formas, estratégias, táticas para afastamento ou aproximação com esses e outros sinais, desencadeando conexões ou não com as vidas que existem nas ruas (Merhy, 2014). Nessa via, a composição entre as múltiplas noções de território em conexão com o campo das práticas clínicas, e sobretudo com o campo do cuidado, é acompanhada nas experiências cuidadoras narradas nas cenas dos atendimentos, em suas vicissitudes e acontecimentos.

O contexto da rua nos convida frequentemente a repensar nossa compreensão sobre o viver e o conviver coletivamente e a refazer nossas concepções sociais e culturais. Cada meio social tem suas histórias, que produzem efeitos singulares com suas formas e marcas peculiares de expressão partilhada. Vários modos de expressão cultural promovem sua visibilidade da diversidade, influenciada por diferentes culturas, como nas festas e celebrações, na culinária, na dança, na música, no teatro; territórios onde o homem efetua sua existência, com suas consequências nos modos de viver e levar a vida (Lima; Yasui, 2014).

Dessa forma, o CAPÍTULO III lança mão de contar uma experiência de produção coletiva com a população de rua através do programa de rádio web “VOZES DA RUA”. Compreendemos que as ruas também se apresentam como potentes espaços de produção de expressividades, com seus múltiplos atores e sinais. Através de entrevistas, manifestações artísticas (músicas e poesia, por exemplo), debates politizados, as gravações dos programas se constituíram como interessantes possibilidades cuidadoras em conexão com este estudo. Em ritmo crescente e vertiginoso, as ruas compõem intensivamente imagens, cenários, fotografias e paisagens que nos sinalizam possibilidades para o encontro e o existir com o outro na pólis. Conforme coloca Luiz Antônio Simas: “é a miudeza que vela e desvela a aldeia, as suas ruas e as nossas gentes” (2020, p. 10).

Assim, em nosso trilhar pesquisador, interessa-nos contar uma história sobre a produção do cuidado em saúde nos meandros das ruas, avenidas, locais públicos, onde os caminhos das histórias de vida se encontram e desencontram, se cruzam e transmutam nas encruzilhadas do existir no mundo. Em nossa compreensão, partimos do princípio de que a processualidade das ações geradoras de conhecimento do nosso devir pesquisador será inspirada a partir do cuidado em saúde junto à população de rua de Campinas realizado pelo Consultório na Rua. Desejamos construir nossa narrativa e lugar de fala nessa pesquisa (afinal de contas, penso que somos muitos, o tempo todo, em todo o tempo...) primeiramente a partir do desdobramento inicial em produzir visibilidade dos processos existenciais da população de rua em sua singular relação com o campo da saúde.

Concomitantemente, o CAPÍTULO IV dá passagem ao constructo metodológico da pesquisa. Na caminhada elucidativa desse universo de vida rueiro, intencionamos localizar e cartografar o campo da produção das práticas clínicas vivenciadas pela equipe do Consultório na Rua de Campinas, enquanto uma possibilidade de oferta ao acesso à

saúde para essa população, mas também como um locus disparador de processos cuidadores que extrapolam os limites formais das práticas em saúde.

Contudo, salientamos a importância de deixar exposta de maneira clara e evidente a nossa escolha por pesquisar pelo viés de uma conexão necessária entre a prática concreta e em ato dos protagonistas do território da saúde (usuários, trabalhadores e gestores, dentre outros) e o território científico da produção e validação do conhecimento, proporcionando o cruzo de saberes, compondo em linhas múltiplas o nosso complexo, diverso e heterogêneo objeto de pesquisa – o cuidado em saúde na rua – como um orientador central da/na fabricação dos dados da pesquisa, bem como de nossa análise pluriversa acerca desse tema.

CAPÍTULO I – PRIMÓRDIOS: UM BREVE OLHAR ACERCA DO SURGIMENTO DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA E SUA RELAÇÃO COM O CAMPO DA SAÚDE

*A rua continua matando substantivos,
transformando a significação dos termos,
impondo aos dicionários as palavras que inventa.*
João do Rio

Este capítulo abordará brevemente, e em linhas gerais, a construção de um certo caminho de compreensão acerca do surgimento da população em situação de rua enquanto um agrupamento populacional integrante do contexto social brasileiro. Nessa via, revisitamos alguns referenciais históricos e sociológicos, trilhando um percurso que nos levou a verificar uma correlação intrínseca com o processo de urbanização das cidades.¹

Alertamos para o fato de que nossa intenção não está direcionada à fundamentação e defesa de uma causalidade única, verdadeira e suprema sobre a origem da população de rua. De outro modo, buscamos construir uma narrativa desse complexo fenômeno presente nas cidades brasileiras, visando orientar o nosso constructo de pesquisa a partir de uma composição atravessada por algumas condições de possibilidade favoráveis ao surgimento dessa população central em nosso estudo.

A seguir, empreendemos nosso esforço em recontar de maneira provisória e inacabada uma possível historicidade da população de rua brasileira e seu encontro com o campo da saúde, ambos atravessados pelo contexto da urbanização brasileira, enquanto um fio condutor da nossa narrativa – embora, de antemão, saibamos não ser o único.

1. Um sobrevoo no tempo acerca do processo de urbanização das cidades: um elemento-chave para a problematização do surgimento da população de rua brasileira e sua ligação com o campo da saúde

1.1 A URBANIZAÇÃO BRASILEIRA E A POPULAÇÃO DE RUA

Conforme já anunciado, é fundamental ressaltar que, neste estudo, não almejamos totalizar o entendimento pleno sobre a constituição histórica da política de saúde para a

¹ Este trabalho não abordou o aprofundamento do estudo em relação ao período do final da escravidão no Brasil. Contudo, afirmamos a relevância desse tema na composição da população em situação de rua e no processo de urbanização das cidades.

população em situação de rua. De outra forma, iniciamos nossa caminhada de compreensão com um breve e pontual retorno à história da urbanização brasileira enquanto um vasto e enriquecido território preparatório para as inúmeras composições das condições de possibilidade que compõem essa temática.

De modo geral, consideramos que o processo de urbanização das cidades se apresenta como um fator-chave para pensar a vida humana em sua complexidade e construção existencial na pólis, entrelaçado à dimensão imanente do viver comunitário. O processo de evolução e desenvolvimento urbano desencadeia inúmeros efeitos na constituição das cidades, tanto do ponto de vista infraestrutural, quanto pela produção coletiva do cotidiano, estabelecida na realidade construída essencialmente no universo das relações sociais.

Nosso foco,, aqui não se baliza na busca de uma verdade absoluta dos determinantes causais orientados por algum detalhamento e explanação unívocos. De outro modo, realizamos um esforço de localização do caminho da política de saúde para a população de rua, referente a um universo amplo, diverso e heterogêneo, talhado nas conexões e engendramentos socioculturais. Partindo dessa premissa, nos permitimos elaborar, de maneira singular, uma recriação provisória e inacabada de um percurso acerca da gênese e do desenvolvimento da urbanização das cidades, enquanto elemento central para desdobrar e desbravar algumas de suas inúmeras implicações na trama sociocultural, especialmente no que se refere ao cuidado em saúde voltado à população de rua.

Através do imenso caldo da diversidade no campo sociocultural, destacamos a relevância do sentido derivado dos encontros, das relações, ações, dos usos e dos viveres no espaço urbano, dos acontecimentos e suas transformações, sendo estes também uma fonte vital em nosso processo de produção de conhecimento e validação científica. Desse modo, inferimos que a urbanização nos instiga em nossas reflexões de pesquisa, gerando reposicionamentos constantes e impermanentes mediante a problematização das inúmeras implicações existenciais singulares, coletivas e, portanto, políticas.

No jogo do processo civilizatório² em que atravessamos e somos atravessados, rodamos na ciranda da vida com ginga de improviso para acompanhar a fabricação do

2 Compreendemos o processo civilizatório partindo da dimensão civilizatória que aposta na reinvenção de outros mundos, outras possibilidades de existência com suas expressividades construídas localmente em sua rotina cotidiana permeável ao desejo como afirmação da diferença e da vida em suas vicissitudes (Yasui, 2016).

existir comunitário sob uma ótica de pseudoestrangeiridade, entremeada através da luta diária pela reinvenção vida “excluída” de uma população muitas vezes abortada dos cordões umbilicais que tecem narrativas de uma história bastarda, esquecida, negada e violentada pelos regimes de produção de verdade confeccionados tradicionalmente na forja de um saber hegemônico eurocêntrico, embalado ao ritmo do seu agir interpretativo e dominador dos sentidos plurais da vida. Nesse contexto, a noção de exclusão se refere ao movimento coerção, punição e enquadramento social vivenciados diariamente pela população de rua na manutenção de sua rotina de vida, assim como na diversidade expressiva de seus modos singulares de existir, o que difere do sentido atribuído à exclusão como algo castrado, separado e totalmente alheio ao contexto existencial. Ao contrário, a exclusão aqui mencionada comporta um quantum de adaptação as conveniências sociais homogeneizantes vigentes em nossa sociedade capitalística, ainda que tenhamos a clara noção da exclusão da população de rua em relação aos meios de produção e ao acesso às políticas sociais.

Nesse caminho, os pareceres médicos do final do século XVIII no Rio de Janeiro, conforme descreve Machado *et al.* (1978), já apontavam o projeto de urbanização como ponto vital da política de saúde:

O projeto de urbanização, ao mesmo tempo que analisa, desvela a cidade como um todo organizado, articulado. Esquadrinhar, dividir, isolar implicam, por outro lado, em estabelecer relações entre elementos e objetos aparentemente dispersos e desvinculados mas que se agenciam, na medida em que qualquer desordem singular pode acarretar o mal funcionamento do todo. Assim, o olhar médico pretende dar conta de uma realidade integral, examinando não só as características naturais do Rio – clima, localização de morros, regime de chuvas e ventos, etc. – como também a cidade como construção do homem. (Machado *et al.*, 1978, p. 146)

A história nos revela que, durante os primeiros trezentos anos de sua existência (séculos XVI, XVII e XVIII), o Brasil, ainda como colônia portuguesa, desenvolveu sua urbanização sob forte influência da colonização, direcionada pelos interesses políticos e econômicos de Portugal. Esse processo evolutivo foi desigual, com maior concentração de cidades na costa litorânea, dado o objetivo de atender às demandas da metrópole.

A economia, sustentada na exploração de recursos naturais voltados para Portugal, utilizava majoritariamente mão de obra escravizada, com o povoamento urbano mais intenso no litoral, onde os portos funcionavam como centros de escoamento de produtos

agrícolas e minerais, principalmente ouro. Nesse contexto, as cidades se desenvolveram com forte presença militar e religiosa e com uma divisão social profundamente acentuada. A constituição dos espaços urbanos ocorreu de forma desordenada, sem planejamento formal, refletido na ausência de infraestrutura básica como pavimentação de ruas e saneamento, comprometendo a salubridade. A falta de condições mínimas de higiene impactava, por exemplo, o comércio de alimentos, criando desafios significativos para a saúde pública da época (Machado *et al.*, 1978).

Em linhas gerais, o campo da saúde dava os primeiros passos objetivando integrá-lo ao comando do império português, conforme descreve Paim (2009):

Quando o Brasil era uma colônia de Portugal, sua organização sanitária espelhava a da metrópole. Os serviços de saúde das tropas militares subordinavam-se ao cirurgião-mor dos Exércitos de Portugal. Já o físico-mor, diretamente ou por meio de seus delegados nas capitanias, respondia pelo saneamento e pela profilaxia das doenças epidêmicas e às questões relativas ao trabalho de médicos, farmacêuticos, cirurgiões, boticários, curandeiros etc. Os problemas de higiene eram de responsabilidade das autoridades locais. Assim, as câmaras municipais se preocupavam com a sujeira das cidades, a fiscalização dos portos e o comércio de alimentos. E desde aquela época os moradores das cidades solicitavam a presença de médicos, mediante cartas ao rei, apesar da dificuldade de serem encontrados profissionais dispostos a migrarem para o Brasil. (Paim, 2009, p. 25)

Durante o período colonial brasileiro, a população que habitava as ruas era composta principalmente por escravos libertos, mendigos, indígenas desalojados, crianças abandonadas, desempregados ou trabalhadores sem vínculo estável, além de pessoas marginalizadas pela sociedade, como vadios, bebedores, prostitutas e doentes mentais. Em um contexto de extrema miséria e ausência de políticas públicas assistenciais, essa população dependia da caridade religiosa. Embora essa população já fizesse parte da cena urbana no período colonial, seu processo de invisibilização e silenciamento social também era evidente, ficando a cargo da caridade oferecida pela Igreja a assistência necessária. A hospitalização nas Santas Casas da Misericórdia representava uma das poucas possibilidades de acesso à saúde, moldada, no entanto, pelos grilhões sacramentais, que atrelavam o cuidado à lógica caritativa e religiosa, mantendo essas pessoas subordinadas às normas e valores da Igreja.

O serviço de hospitalização da época colonial é, fundamentalmente, uma atividade assistencial, destinada sobretudo aos doentes pobres. Assistência promovida por ordens religiosas e, principalmente, pelas

Santas Casas da Misericórdia, aqui fundadas por irmandades de leigos que se encarregam também de sua administração. A assistência material e espiritual à doença é, ao menos no que se refere à hospitalização, uma recomendação religiosa: “O padre Vice-Provincial determinará, conforme as circunstâncias dos tempos e lugares, o que se há de fazer sobre haver nas aldeias hospital ou enfermaria perto da casa dos missionários, aonde se curem todos os enfermos da aldeia com toda a caridade, a quem não tem suas casas por extrema miséria, e pouca caridade dos seus, a qual os nossos procurarão suprir não só espiritual, mas também corporalmente como se costuma, socorrendo com os medicamentos, sustento e regalo, quanto a nossa pobreza der lugar, e tendo cuidado que lhes não falte quem os sirva e a este fim visitarão todos os dias a enfermaria, havendo-a, e a aldeia ao menos duas vezes na semana”. (Machado *et al.*, 1978, p. 66)

Contudo, a transferência da corte portuguesa ao Brasil em 1808 se apresenta como marco histórico desencadeante de transformações essenciais na relação entre Estado, sociedade, medicina e demais esferas da vida em geral. A constituição do espaço urbano, paulatinamente, vai agregando outros elementos importantes na construção e redefinição territorial, assim como a sua funcionalidade associada ao desenvolvimento político, econômico e sociocultural vigente, como, por exemplo, a abertura dos portos e da nova sede do governo, gerando demanda para a criação de novas instituições (militar, agricultura, museu etc.), colocando o conhecimento do Brasil Colônia enquanto objeto de intervenção da sede imperial. Um exemplo do funcionamento desse mecanismo de intervenção se refere aos portos, conforme relatado abaixo:

Um local da cidade é também privilegiado como o objeto da ação municipal: trata-se do porto, local de contato entre o interno e o externo, via de penetração de pestes. Fiscalização de embarque e desembarque que se relaciona com o aumento de importância dos portos como locais onde as mercadorias ficam à espera da partida das frotas de comércio e que tem como objetivo principal detectar doentes de um mal considerado contagioso e que pode propagar sua doença pela cidade ou exportá-la para o Reino. Fiscalização que atinge, portanto, o próprio doente. (Machado *et al.*, 1978, p. 41)

No livro “Nascimento da Clínica”, Michel Foucault explora a evolução da medicina e como esta se relaciona com o controle social e a política de urbanização. Foucault argumenta que a medicina desempenha um papel crucial na regulação e disciplina dos corpos, influenciando diretamente a organização dos espaços urbanos e as práticas de saúde pública. Para ele, não é por sua racionalidade técnica que a medicina se impôs, mas por ter inscrito na cidade os modos de vigilância e os processos de hierarquização que organizam o corpo social como um espaço disciplinado. Ela se torna

um elemento essencial na estruturação do espaço urbano através de uma política de saúde pública que visa não só curar, mas prevenir e controlar a população. Os corpos dos indivíduos são disciplinados e regulados através de uma rede de instituições médicas que permeiam a cidade (Foucault, 2004).

Mais adiante, o autor coloca que o papel do saber médico em sua relação intrínseca com o Estado compõe um processo de racionalização política em seu fundamento através do esquadramento e totalização da cidade operando de maneira analítica e sintética sobre o espaço, o tempo e o contato entre os homens, visando o asseguramento do controle social sob a forma de medicalização e prevenção norteadas pela noção de periculosidade.

A relação entre a medicina e a urbanização, conforme argumentado por Foucault, oferece uma base importante para entendermos como os processos de controle social e de saúde pública moldaram a configuração das cidades e a forma como seus habitantes são regulados. No entanto, a organização urbana não pode ser compreendida apenas pelo papel da medicina e da saúde pública; também deve ser analisada em seu contexto histórico mais amplo, especialmente no que diz respeito às transformações econômicas e sociais impulsionadas pela industrialização e pelo capitalismo. Nesse sentido, o desenvolvimento industrial e a expansão capitalista alteraram profundamente as dinâmicas sociais e urbanas, gerando novas formas de desigualdade e exclusão que impactaram diretamente na composição da população urbana e na emergência de grupos vulneráveis, como a população em situação de rua.

Com isso, é possível estabelecer uma relação entre o papel da medicina na estruturação do espaço urbano e o impacto da industrialização e do capitalismo na formação de desigualdades. Ambos os processos – o controle médico e a industrialização capitalista – contribuem para a organização dos espaços urbanos e a exclusão social, ainda que por vias distintas. Enquanto a medicina participa da regulação dos corpos e da prevenção de “perigos” sociais, o capitalismo, por meio da industrialização, agrava as desigualdades econômicas, desestruturando as condições de vida de uma parcela significativa da população.

Nesse sentido, para traçar um caminho que ajude a entender o surgimento da população de rua no Brasil, consideramos importante explorar os efeitos do capitalismo, especialmente da industrialização brasileira, como um vetor central na constituição desse grupo social. A evolução do sistema capitalista e o processo de industrialização no país estão diretamente ligados ao agravamento das desigualdades sociais e econômicas, gerando condições de pobreza extrema e excluindo progressivamente parte da população

dos meios produtivos e das políticas públicas assistenciais. Isso resulta em um processo de deterioração das condições mínimas de dignidade humana, deslocando esses sujeitos para as margens da sociedade e compondo um agrupamento populacional submetido a exclusões multifacetadas que moldam um problema social complexo.

É preciso compreender a industrialização brasileira como um fenômeno de industrialização tardia em comparação aos países desenvolvidos. Embora alguns investimentos no setor industrial tenham sido feitos ainda no século XIX (a trajetória de vida do Barão de Mauá é um exemplo), foi apenas no século XX, a partir da década de 1930, que o processo ganhou maior fôlego, consolidando-se no contexto capitalista. Como grande parte do mundo, o Brasil também sofreu os efeitos da crise de 1929, que resultou na quebra da Bolsa de Nova York. Essa crise levou o país a redirecionar sua política econômica, reduzindo o volume de importações para diminuir a dependência de produtos estrangeiros.

Entretanto, até esse ponto, a economia brasileira ainda era predominantemente agrária, caracterizada por um modelo agroexportador, escravocrata e dependente de capital e tecnologia estrangeira. A ausência de infraestrutura também foi um fator que retardou o processo de industrialização no Brasil, situando o país em uma posição de atraso industrial em relação às economias desenvolvidas.

Outro elemento histórico de destaque é o papel da Segunda Guerra Mundial como um grande impulsionador da industrialização brasileira. Durante esse período, o Brasil precisou atender às demandas internas em um cenário no qual, devido ao contexto geopolítico conturbado, a importação de produtos manufaturados estrangeiros se tornou cada vez mais difícil. Assim, nas décadas de 1930 e 1940, durante o governo de Getúlio Vargas, houve um maciço investimento estatal no desenvolvimento da indústria de base com o objetivo de impulsionar o setor produtivo, garantir o abastecimento interno e estimular o consumo. Essa transformação marcou a inserção do Brasil na categoria de país industrializado. Exemplos significativos dessa época incluem a criação de empresas como a Companhia Siderúrgica Nacional, a Petrobrás, a Eletrobrás, a Companhia Vale do Rio Doce e o Banco Nacional do Desenvolvimento.³

O que se destaca, em nosso estudo, é como esse contexto influenciou o movimento migratório brasileiro, particularmente o deslocamento populacional do campo para as

³ Desde 1982 este foi renomeado para BNDES (Banco Nacional para Desenvolvimento Econômico e Social), ampliando a sua atribuição.

cidades (especialmente para as da região sudeste), impulsionado pelo processo de industrialização tardia. Esse êxodo rural resultou em um mercado consumidor crescente, embora desigual, além de um aumento significativo na oferta de mão de obra para as indústrias. Mais importante ainda, esse processo gerou um impacto profundo na urbanização das grandes metrópoles. Neste sentido, é de fundamental importância refletir sobre a relação entre os processos de industrialização tardia e a urbanização das cidades, especialmente no que diz respeito ao surgimento e à ampliação da população de rua. A "incapacidade" do sistema capitalista (ou talvez o seu objetivo), marcado por uma industrialização tardia, em absorver plenamente esse contingente populacional migratório (mas não apenas este) no mercado formal de trabalho, tanto na indústria quanto em outros setores e serviços, contribuiu significativamente para o agravamento da exclusão social e a precarização das condições de vida, levando ao aumento dessa população marginalizada.

O fenômeno da urbanização pode ser caracterizado como o processo de transformação de uma sociedade, região ou território marcado pelo deslocamento da população do meio rural para o urbano. Esse processo, com o aumento das cidades, está fortemente relacionado ao êxodo rural. No Brasil, a urbanização se intensificou ao longo do século XX, especialmente a partir da década de 1950, quando o país passou de uma economia majoritariamente rural para uma economia industrial, o que trouxe profundas transformações nas esferas socioculturais da vida urbana.

Diversas consequências surgiram desse fenômeno, impactando diretamente o desenvolvimento das cidades. Entre elas, destacam-se o crescimento desordenado, a precariedade das condições habitacionais, a insuficiência da mobilidade urbana, o aumento da poluição, o desemprego, a intensificação da desigualdade social e econômica, o crescimento da criminalidade e a falta de acesso adequado a serviços essenciais como saúde, educação e lazer. De acordo com Santos:

A cidade em si, como relação social e de materialidade, torna-se criadora de pobreza, tanto pelo modelo socioeconômico, de que é o suporte, como por sua estrutura física, que faz dos habitantes das periferias pessoas ainda mais pobres. A pobreza não é apenas o fato do modelo socioeconômico vigente, mas, também, do modelo espacial. (Santos, 2013, p. 10)

Com variações singulares, a maioria das cidades brasileiras manifesta problemáticas em seu processo de urbanização, como os efeitos da migração interna

desordenada, o crescimento urbano desgovernado, o desemprego, a desigualdade social e econômica, o aumento da pobreza extrema e da favelização, a baixa qualificação da mão de obra devido à educação insuficiente e desigual, a falta de acesso universal à saúde e as deficiências na mobilidade urbana. Além disso, as desigualdades de gênero e raça também se fazem presentes, evidenciando as grandes carências na organização e funcionamento dessas cidades e seus impactos no desenvolvimento. Esse traço é resultado de um processo de urbanização moldado pela reconfiguração do capital produtivo no pós-Segunda Guerra Mundial.

A cidade moderna cresceu sob os desígnios das grandes corporações, que passaram a consumir os recursos públicos em nome do lucro, frequentemente em detrimento dos gastos sociais. Esse processo, conhecido como “urbanização corporativa”, foi impulsionado pela especulação imobiliária (Santos, 2013). Essa condição ampliou as desigualdades, reforçando a lógica da escassez, onde espaços privilegiados por infraestrutura e serviços eram hipervalorizados, enquanto outros eram negligenciados. Em diversas áreas, terrenos e imóveis eram mantidos vazios por seus proprietários, aguardando uma valorização futura, agravando a falta ou precarização de moradias para os mais pobres, quase sempre marginalizados e expulsos das áreas centrais, onde a população de rua muitas vezes encontra refúgio e subsistência.

Com o avanço da urbanização corporativa e a experiência traumática do regime militar nas décadas de 1960, 1970 e início de 1980, observou-se um enfraquecimento do protagonismo nos espaços políticos e do exercício da cidadania, ambos reprimidos no país. Paralelamente, emergia a cidade corporativa, cujo crescimento dependia das grandes empresas, que reformulavam as áreas urbanas para atender, prioritariamente, às suas necessidades de produção, circulação e consumo. Essa reconfiguração favoreceu o fortalecimento da classe média brasileira, ao passo que agravou o empobrecimento e as desigualdades socioeconômicas das classes inferiores, empurrando-as cada vez mais para os espaços periféricos da cidade.

Entretanto, ao considerarmos o espaço como uma instância social inseparável das ações humanas – com suas inúmeras características, como conhecimento técnico-científico, historicidade, economia, sociedade e cultura –, podemos redimensionar nossa compreensão sobre a urbanização. O território da vida vivida *in loco*, na sutileza do cotidiano, revela um campo onde as variáveis e condições de possibilidade são constantemente engendradas e difundidas com maior fluidez e adaptabilidade. Nesse

espaço permeado pelo consumo, as múltiplas relações de existência se entrelaçam e se transformam constantemente.

Nesse contexto de avanço da urbanização das cidades, e especialmente dos territórios, uma parcela da população acaba não se inserindo no modelo social, econômico e cultural idealizado pelos ditames do capitalismo, um sistema sofisticado e amplificado que impõe normas e valores diversos em quase todas as dimensões da existência. Em particular, referimo-nos a uma camada da população brasileira que vive permanentes processos de exclusão nas mais variadas esferas da vida (econômicas, sociais, habitacionais, de saúde etc.), seja em virtude dos efeitos da urbanização ou por não se enquadrar nas regras, ideais e valores sociais sustentados pelo capital, que funcionam como parâmetro regulador do processo normalizador das relações sociais de produção da vida em nossa cultura em seu sentido mais abrangente.

Em vista disso, antecipadamente alertamos para o fato de que, no início deste capítulo, forjamos este breve sobrevoo histórico como uma possibilidade de construção acerca do surgimento da população de rua em uma intrínseca relação com o processo de urbanização das cidades brasileiras.

Contudo, advertimos o leitor de que, nesse percurso, sob hipótese alguma cogitamos tomar nossa narrativa desse processo como causa mor ou pedra fundamental para todo o contexto explicativo do surgimento da população de rua. Apenas optamos por uma breve forma de rastreamento e localização de uma possível gênese desse coletivo comunitário, interligada às infindáveis mazelas e contradições que compõem nossa complexa trama sociocultural.

Além disso, a escolha de seguir esse caminho se fundamenta na impossibilidade de uma compreensão plena e totalizante da população de rua, o que acreditamos ser um ponto favorável em nosso estudo. Conjuntamente, também ressaltamos que, devido à nossa implicação como pesquisadores, fomos levados a delinear nosso campo de estudo, e, por estarmos em uma condição de seres humanos, possuímos capacidades relacionais e cognitivas limitadas diante da imensidão das forças vitais que constituem a experiência, o que nos leva a assumir certas preferências de escolha.

Portanto, deixamos em evidência a urbanização como um elemento-chave, uma espécie de fio condutor expressivo através do qual se desenrola a trajetória histórica da população de rua. Assim, podemos inferir que, ao mesmo tempo em que o fenômeno da urbanização contribuiu para o aumento dessa população, também gerou processos de invisibilidade e silenciamento desse contingente. No interstício desse processo

contraditório, a população de rua resiste e se afirma em seus modos de viver, desafiando as adversidades e promovendo uma geração profusa de diversidade em suas manifestações no campo social por meio de um agenciamento⁴ coprodutivo com outros segmentos da sociedade, balizado pelos territórios de vida *in loco*.

Embora já existisse desde o período colonial no Brasil, é no seio do processo civilizatório, evidenciado pela urbanização das cidades, que “nasce” a população de rua. Com a permissão de Foucault, nos inspiramos aqui na reinvenção de uma outra barca, a qual ousamos chamar de “a nau dos viventes da rua”.

1.2 POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA: CARACTERIZAÇÃO E ESPECIFICIDADES

A presença de pessoas que vivem e dormem de modo contínuo nos espaços públicos, ao longo dos anos, ganhou dimensões de um verdadeiro problema público nacional. Nas últimas cinco décadas, aqueles e aquelas que foram correntemente nomeados “moradores de rua” ou “pessoas em situação de rua” têm se tornado, progressivamente, um objeto de atenção e de ações específicas dos poderes públicos, emergindo como um alvo particular das políticas governamentais. Segundo Roy (2016):

A existência dessas pessoas vem se tornando cada vez mais problemática, e, à medida que ganha visibilidade urbana, política e midiática, elas presenciaram o surgimento de uma gama crescente de atores e lugares institucionais, de textos jurídicos, regulamentos e normas, de discursos e de políticas públicas relativas a elas próprias. (Roy, 2016, p. 115)

O termo “*população em situação de rua*” se apresenta como uma categoria oficial da ação governamental no Brasil. Entretanto uma terminologia diferente é utilizada pelo principal ator militante,⁵ se referindo a uma “*população de rua*” mobilizado pelo seu reconhecimento social e pelos seus direitos civis.

⁴ O conceito de agenciamento criado por Deleuze e Guattari configura amplos sentidos em árdua trilha. Ele comporta componentes heterogêneos, tanto de ordem biológica quanto de ordem social, maquina, gnosiológica, imaginária (Guattari; Rolnik, 1986). Em linhas gerais, neste trabalho, ele pode designar uma relação de dupla captura, de composição desejante nos processos de territorialização existenciais, produtor do novo em devir. Para maiores detalhes, indicamos também “Diálogos” de Deleuze e Parnet (1998) e Mil Platôs v. 5, de Deleuze e Guattari (2012b).

⁵ Movimento Nacional de luta e defesa dos direitos da População de Rua (MNPR) – criado em 2004.

Em nossa compreensão, ambas terminologias apresentam aspectos contraditórios e insuficientes em suas proposições de caracterização das pessoas que têm na rua o seu modo existencial de levar a vida. Nessa linha, Merhy, Cruz e Gomes (2019) colocam:

...chama a atenção a noção de que coletivos viventes na rua são considerados como “população em situação de rua” por falta de outra opção no seu desejo de viver, não levando em consideração que há muitos(as) que aí estão que não podem ser considerados nem população e nem em situação de rua, mas sim viventes nas ruas, onde se experimentam existencialmente, e muitos deles são optantes pela rua como o seu lugar de viver. (Merhy; Cruz; Gomes, 2019, p. 78)

Neste trabalho, utilizamos três terminologias: população em situação de rua, população de rua e viventes nas ruas, de acordo com a fluidez da escrita e em sintonia com nosso processo de produção e com os usos específicos dessas expressões: população em situação de rua (utilizada em documentos oficiais), população de rua (termo cunhado pelo MNPR) e viventes das/nas ruas (uma referência mais singularizante, com carga de sentido existencial).

Contudo, embora reconheçamos as diferenças de sentido entre elas, adotamos com maior ênfase a proposição população de rua, visando reafirmar a voz coletiva do MNPR. Incorporamos essa expressão como foco da singularidade desse grupo social, manifestada pelo movimento nas trilhas de produção de conhecimento dos sinais que emergem da rua.

São muitas marcas componentes da população de rua em sua enorme complexidade de existir, uma vez que cada sujeito vivencia diferentes vulnerabilidades, como redes vivas existenciais que são (Varanda; Adorno, 2004).

Em várias cidades, observamos um contingente significativo de pessoas que habitam as áreas centrais, transformando logradouros (praças, terminais rodoviários, pontos de ônibus e táxis, prédios e casas abandonados, viadutos e marquises, zonas de meretrício etc.) em locais de trabalho, socialização, transgressão e residência. Essas pessoas protagonizam um estranho paradoxo: ao mesmo tempo em que ocupam e tomam para si os espaços públicos de forma expressiva, resistente e reincidente, sua existência se revela cinza, opaca e invisível em sua singularidade.

Ao que parece, trata-se de uma massa sem rosto que só existe em termos gerais; no entanto, com nossos olhos sedentos por regularidades, identificamos os lavadores de carro, os vendedores de bala, meninos que pedem, meninas que se vendem, malabaristas e outros artistas de rua nos sinais vermelhos e nas praças centrais. Pessoas que equilibram

suas vidas no vai-e-vem da cidade. Nessa dinâmica homogeneizante, não importam os rostos, não importam os nomes, mas sim os papéis representados na cena social. Entre pena, medo, hostilidade e explicações simplistas, o fosso entre a “população em situação de rua” e o restante da sociedade se perpetua cotidianamente, naturalizando-se nas paisagens urbanas (Merhy, 2019).

Estima-se que, atualmente, há 236.400 pessoas no Brasil, aproximadamente, em situação de rua, de acordo com os dados do Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania (2023). Segundo Machado (2021):

Essa população tem exigido dos governos, nos últimos anos, políticas públicas específicas e serviços direcionados ao atendimento de suas demandas e necessidades. Em 2008, a Pesquisa Nacional sobre PSR, realizada pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS), já havia colocado a questão da PSR em evidência para a sociedade e para o governo brasileiro (BRASIL, 2009a), fornecendo subsídios para a formulação das políticas públicas implantadas a partir da primeira década dos anos 2000. (Machado, 2021, p. 12)

De acordo com a pesquisa mencionada, a população em situação de rua é, em sua maioria, do sexo masculino (82%), com idade entre 25 e 44 anos (53%), negra (67%) e de baixas condições socioeconômicas (52,6%). Em relação à escolaridade, 74% das pessoas entrevistadas sabem ler e escrever, 17,1% não sabem escrever e 8,3% apenas assinam o próprio nome. Além disso, 70,9% dessa população exercem algum tipo de atividade remunerada, enquanto 15,7% pedem dinheiro como principal meio de sobrevivência. As principais razões que levam ao movimento de ida para as ruas são o alcoolismo/drogas (35,5%), desemprego (29,8%) e conflitos familiares (29,1%).

Quanto ao tempo de permanência na rua, praticamente metade da população (48,4%) dorme nas ruas há mais de dois anos, 30% há mais de cinco anos, 22,1% costumam dormir em abrigos e 8,3% alternam as noites na rua ou em abrigos. Vale ressaltar que 24,8% não possuem qualquer documento de identificação e 88,5% afirmaram não receber benefícios dos órgãos governamentais. O perfil deste segmento populacional, conforme apontado pela pesquisa, denota uma condição importante de vulnerabilidade social e reafirma a necessidade de políticas que atendam às suas demandas e especificidades (Brasil, 2009a).

Quanto à saúde da população em situação de rua, consideramos um fenômeno multidimensional e complexo. Por se tratar de uma população composta por uma diversidade de pessoas de todas as faixas etárias e com as mais diversas singularidades,

existem inúmeras especificidades no atendimento em saúde dirigido a essas pessoas: são mais vulneráveis aos problemas de saúde, à violência e às variações climáticas. É comum que sua alimentação seja incerta e desequilibrada e que mantenham relações sexuais desprotegidas. O acesso a água limpa e a locais adequados para higiene pessoal e necessidades fisiológicas geralmente é escasso, assim como para dormir. A isso somam-se questões relativas ao estigma e ao olhar preconceituoso dos transeuntes e munícipes, que pode se manifestar em medo, raiva, nojo ou mesmo em um “não olhar”. Um sentimento de invisibilidade permeia essa população (Teixeira, 2015).

Diante da complexidade das situações vividas pela população em situação de rua e suas necessidades e demandas, torna-se fundamental a construção de redes de cuidado compartilhado e implicado, operando de forma intersetorial com outras esferas do poder público, assegurando o pleno acesso às políticas sociais.

De igual importância, ressaltamos a produção existencial singular dos viventes da rua em suas mais variadas dimensões, fato que acrescenta uma diversidade de elementos para o acesso, a oferta e o desenvolvimento da abertura de outros caminhos nos rumos do cuidado junto à essa população, conforme descreve o autor:

Ao mesmo tempo, esses sujeitos desenvolvem potentes mecanismos de resiliência, de adaptabilidade à rua, criam seus códigos, e novas formas de viver, de se comunicar e de se integrar com uma comunidade de pessoas, que pela própria condição adversa de vida, têm sua própria ética e seus próprios códigos de conduta. Na passagem à vida nas ruas, desenvolvem-se mecanismos para lidar com a nova realidade, que implicam, por exemplo, a reprodução, na rua, das mesmas dinâmicas que eram anteriormente vividas em família. (Teixeira, 2015, p. 33)

Em outras palavras, como nos ensinam os ditos populares: “É preciso separar o joio do trigo para não colocar tudo no mesmo balaio”. Exercício ético, exercício de vida...

1.3 UM DEDO DE PROSA SOBRE E COM O TERRITÓRIO

Retomando a nossa caminhada, sentimos a necessidade de trazer à cena algumas considerações acerca do território em suas nuances e potencialidades. De maneira geral, o conceito de território se faz presente em vários campos do conhecimento, tais como geografia, sociologia e antropologia, somente para citar alguns. Ao nos aproximarmos do contexto da saúde coletiva, o conceito de território se atualiza em várias dimensões e agrega múltiplos sentidos. Podemos citar a legislação e os documentos que regem as

políticas de saúde, conforme, por exemplo, define a portaria nº 2.436/17, que aprovou a PNAB:

Para efeitos desta portaria, considera-se Território a unidade geográfica única, de construção descentralizada do SUS na execução das ações estratégicas destinadas à vigilância, promoção, prevenção, proteção e recuperação da saúde. Os Territórios são destinados para dinamizar a ação em saúde pública, o estudo social, econômico, epidemiológico, assistencial, cultural e identitário, possibilitando uma ampla visão de cada unidade geográfica e subsidiando a atuação na Atenção Básica, de forma que atendam a necessidade da população adscrita e ou as populações específicas. (Brasil, 2017)

Porém, ao ampliarmos o tema, de acordo com geógrafo Milton Santos, em sua visão inovadora da geografia, o território se refere a um campo vivo, dinâmico, repleto de inter-relações, englobando as características físicas de uma dada área somando-se as marcas produzidas pelo homem. Assim,

Ele seria formado pelo conjunto indissociável do substrato físico, natural ou artificial, e mais o seu uso, ou, em outras palavras, a base técnica e mais as práticas sociais, isto é, uma combinação de técnica e política. (Santos, 2002, p. 87)

Nessa perspectiva, território se compõe por uma dimensão ampliada e dinâmica, na qual a inseparabilidade de estrutura, função e processo entre a sociedade e o espaço geográfico assegura uma visão integrada dos diversos processos sociais, econômicos e políticos (Lima; Yasui, 2014). Desse modo, ao falamos em território nesse estudo, nos orientamos a compreendê-lo como território relacional, em composição de múltiplos elementos distintos que manifestam desde um espaço geográfico circunscrito atravessado pelas práticas sociais cotidianas das pessoas que ali habitam e desenvolvem os seus modos de levar a vida. O território:

Ele diz respeito à construção e à transformação que se dão entre os cenários naturais e a história social que os homens inscrevem e produzem: memória dos acontecimentos inscrita nas paisagens, nos modos de viver, nas manifestações que modulam as percepções e a compreensão sobre o lugar; relações que surgem dos modos de apropriação e de alienação desse espaço e dos valores sociais, econômicos, políticos e culturais ali produzidos; modos múltiplos, contíguos, contraditórios de construção do espaço, da produção de sentidos para o lugar que se habita por meio das práticas cotidianas. (Lima; Yasui, 2014, p. 597)

Vivo e dinâmico, consideramos o território enquanto um agente ativo e imbricado no transcurso da história. É importante ressaltarmos que esse mesmo território composto de natureza e cultura pode ser também o lugar de controle das subjetividades, no qual o poder⁶ se exerce minuciosamente em suas mais variadas faces na microfísica da vida cotidiana dos sujeitos, bem como sobre os coletivos comunitários e da população de maneira geral (Foucault, 1979; 2001; 2008), sintonizados aos sabores e conveniências do mercado como senhor do tempo e espaço do ali vivido. Contudo, conforme nos alertou Foucault (2002), onde há a incidência do poder é onde se exerce a resistência, o território permanece como lugar de produção ininterrupta de modos de vida pluriversos e de relações que escapam ao controle. Desse modo:

Se o território é, simultaneamente, espaço de inscrição da racionalidade dominante e lugar de emergência de formas de resistência, o deslocamento espacial da atenção, do asilo ao território, não garante uma prática em ruptura com as formas de poder que se exercem sobre a vida. Do asilo aos novos serviços substitutivos que inscrevem sua ação em seu território de abrangência, poderíamos apenas passar de uma prática disciplinar para uma prática de controle. (Lima; Yasui, 2014, p. 598)

Ao trazermos o conceito de território em algumas dimensões, somos mobilizados a repensar a oferta de cuidado dos serviços da rede de saúde de acordo com a influência determinante de um processo de coprodução social, operado pelos equipamentos construídos em certos territórios destinados a determinadas populações. Em especial, ao abordarmos o conceito de território neste estudo, permitimo-nos compreendê-lo sob olhares distintos, porém conectados no plano de imanência comum das existências, num entrelaçamento com a produção de cuidado realizada concretamente e em ato nos encontros cotidianos promovidos pela equipe do CnaR de Campinas e a população de rua. Em relação a esse pensar, Lima e Yasui colocam:

Assim, se a discussão das relações entre território e produção de cuidado envolve o território como área sobre a qual o serviço deve assumir a responsabilidade sobre as questões de saúde, ela também deve ir além e pensar o território como espaço e percurso que compõem as

⁶ Aqui, destacamos que as relações de poder (e também do saber), em conformidade com os trabalhos de Foucault (1986; 1999b), se configuram como relações de múltipla produção, diferindo-se, então, de outras interpretações que colocam a ação do poder efetuada através das relações de opressão. De outro modo, o poder se exercita em um sentido de positivação de orientação através de ações sobre as ações do outro. O poder incita, provoca, convoca, ativa etc. gerando a produção de processos de subjetivação de sujeitos e coletivos, por exemplo.

vidas cotidianas das pessoas e dos usuários de serviços de saúde, espaço relacional no qual a vida pulsa. Isto sem esquecer o território como espaço no qual se produzem modos de ser, de se relacionar, de amar, de consumir, alguns engajados na grande máquina capitalista, outros que resistem a sua captura. (Lima; Yasui, 2014, p. 599)

Para além de pensar e agir de acordo com a espacialidade e suas características físicas, é necessária a problematização do olhar e dos modos de produção do cuidado em saúde. De outra maneira, formulamos algumas perguntas norteadoras para o desenrolar da clínica relacionadas à potencialidade dos encontros produzidos nos territórios da vida pulsante das ruas: Quais modos de vida estão sendo produzidos ali no território? Quais são as condições de possibilidade para operar a clínica nesses lugares? Que parâmetros utilizamos para avaliar os efeitos dos atos cuidadores produzidos no espaço do encontro? Estamos produzindo coeficientes de emancipação cidadã ou processos de assujeitamento de maneira sedutora e sofisticada em nosso pomposo glossário científico?

Sem nenhuma pretensão de responder conclusivamente a essas questões, dialogamos com elas, considerando-as como pontos-chave na elucidação do processo de produção de cuidado em saúde nos territórios, sobretudo em um contexto de rua atravessado por muitos vetores de sentido que envolvem uma diversa gama de pessoas, lugares, políticas oficiais e extraoficiais e processos de diferenciação nas concepções e modos de viver de todos os atores sociais em jogo (usuários, trabalhadores e gestores), que muitas vezes escapam aos padrões socioculturais vigentes, capitaneados pelo modo capitalístico de produção.

Assim, seja através dos documentos oficiais que constituem a política pública, das características físico-espaciais e socioculturais, entre outras, a pertinência e composição dos mapas da vida manifestam sua singularidade na rotina da vida cotidiana, entrelaçadas à temporalidade e ao movimento do território. Este, por sua vez, dobra, desdobra, redobra e transforma infinitas possibilidades de existências, assim como a expressão da vida que pulsa nesse lugar. Mais ainda, o conceito de território, em sua operacionalidade vital, expande o gradiente de seu alcance e transmuta o território do cuidado em saúde.

As relações entre clínica, território e subjetividade introduzem a noção de ‘território existencial’, que envolve espaços construídos com elementos materiais e afetivos do meio, que, apropriados e agenciados de forma expressiva, findam por constituir lugares para viver. (Lima; Yasui, 2014, p. 599)

Desse modo, a intensa experiência da população de rua, que agrega contínuos processos de exclusão na precariedade de suas existências, aponta para um elevado grau de desterritorialização, ou seja, de saída de um certo território existencial (mas que também pode implicar a saída de um espaço físico concretamente) abandonando as características territoriais enquanto referências familiares, próprias, singulares. Contudo, a inseparabilidade com os processos de reterritorialização, no curso ininterrupto da vida, abrem outros caminhos na construção de novos territórios que não consistem em retornar a sua origem. Em outras palavras:

Na perspectiva da clínica, trata-se, então, de acompanhar, cuidar e investir em movimentos de reterritorialização para que estes possam operar a criação de uma nova terra na qual seja possível traçar linhas de vida. É preciso sustentar a construção de territórios existenciais, mesmo que efêmeros e nômades, que possam se abrir, estabelecendo relações com outras vidas e com outros mundos. E esses territórios não coincidem necessariamente com aqueles circunscritos pelos serviços, e podem aí constituir vetores de desterritorialização. (Lima; Yasui, 2014, p. 600)

Contudo, se onde há a incidência do poder há resistência (Foucault, 1979), de maneira semelhante, os processos de territorialização existencial também expressam sua provisoriidade como uma característica fundamental do seu processo de produção vital, compondo um certo quantum de abertura, traçando linhas de fuga e possibilitando a reterritorialização de suas forças indomáveis no tempo e no movimento de seus devires, que irão repovoar outros mapas existenciais, o que chamamos aqui de processo de reterritorialização.

Dessa maneira, o CnaR, enquanto um serviço de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) destinado à população de rua e em vulnerabilidade, ao receber a alteração na rota de sua inscrição na política de saúde, migrando do campo da saúde mental para o campo da atenção básica (Portaria nº 2.488 de 21 de outubro de 2011), diante da diversidade e intensidade das forças de resistência que o atravessavam, acabou por desencadear um redirecionamento do seu existir nos planos de imanência. Reconfigurou sua potência de agir na produção do cuidado em saúde, contribuindo para a reterritorialização de outras paisagens existenciais do campo da saúde coletiva e reterritorializando seu existir.

A propósito, ao realizarmos este breve apontamento sobre a territorialidade do CnaR, além de definir seu papel como uma estratégia de cuidado em saúde, reafirmamos

que ele é um território possível de produção de vida, habitando a complexa fronteira delineada pelas contradições e paradoxos do contexto brasileiro, especialmente do microcosmo da cidade de Campinas, com seus predicados, qualidades e defeitos que expressam a “dor e a delícia de ser o que é” ou o que está se tornando...

Dentre tantos territórios existenciais, as ruas da cidade talvez sejam os lugares que mostram, de maneira nua e crua, onde as pessoas que ali habitam atuam e se fabricam como redes vivas em conexão com a multiplicidade de territórios existenciais singulares e coletivos. Nesse sentido, o CnaR também se faz rua na relação direta com a imensidão da tessitura das redes vivas dos territórios existenciais. É na contramão do conhecimento instituído vigente, calcado em uma visão científica tradicional da relação sujeito-objeto, que o CnaR trava sua batalha diária na produção do cuidado, não se eximindo da dimensão relacional do encontro como intercessor, o que muitas vezes gera problematizações, confusões e dificuldades em seu processo de produção. Para Merhy *et al.* (2014), a rua exerce um papel fundamental na mudança ético-política de um outro processo de produção do cuidado:

É essa a rua que nos interessa. A rua que comporta alegrias, dores, sabores, desafios. Preenchida por signos e diferentes sentidos, a rua é lugar de múltiplos sinais, que acabam sendo naturalizados nos encontros com as alteridades. De muitas maneiras, os sinais que vêm da rua nos invadem porque também somos a rua. Cravados de tensões constitutivas entre produção de vida e morte, presentificam-se, no cotidiano do andar a vida de todos nós. Sentimentos como medo, compaixão, horror, desprezo, piedade, generosidade, interesse, curiosidade, todas essas afecções circulam entre nós sem pedir licença. Muitas vezes, é precisamente a partir desses sentimentos que somos levados a pensar formas de aproximação e/ou afastamento desses sinais e, conseqüentemente, da forma como entramos em conexão ou não com essas vidas. (Merhy et al. , 2014, p. 155)

Em consonância com essa proposição, a jornada realizada pelo CnaR é borrada, lambuzada e recheada por essas e outras inúmeras afecções da labuta cotidiana nos processos de produção do cuidado, demonstrando diariamente o quanto os serviços de saúde e seus trabalhadores não estão imunes às forças da vida, tampouco contaminados pela neutralidade passiva apregoada pelos cânones científicos de uma modernidade eurocentrada e encasteladora, com suas muralhas e calabouços que aprisionam a liberdade de pensar, agir e guiar-se por meio da experiência cuidadora gerada nos atos de encontro, na magia envolvente da vida aquecida pelo fogo imponderável do presente inominável que habita o entre das relações humanas.

Sendo assim, é no território da rua da cidade que o CnaR também se faz território em mutação, conectado intimamente com esse espaço e operando em uma linha tênue entre as forças em disputa pelo cuidado.

Por exemplo, em uma dessas disputas, o paradigma vigente funciona na direção da permanência das linhas duras de cuidado, onde o usuário se torna mero objeto de intervenção das práticas médicas tradicionais, desconsiderando o contexto e a singularidade de seus modos de viver e, especialmente, seu protagonismo no cuidado de si.

De forma muito frequente, o mundo da rede de cuidados é pautado pela ideia de uma forte centralidade nas suas próprias lógicas de saberes, tomando o outro que chega a este mundo – o usuário – como seu objeto de ação, como alguém desprovido de conhecimentos, experiências. Nesse encontro só há espaço para reafirmar o já sabido, o saber que eu porto em relação ao outro, a maneira que o profissional da saúde considera ser a ‘correta’, discursando para aquele que nada sabe sobre qual é o modo ‘mais saudável, a melhor forma de viver’. Esse encontro, assimétrico, e sua assimetria não provêm do fato de não incluir a diferença, mas de transformar as diferenças em desigualdades de saber e de formas de vidas, onde há uma propriedade exclusiva de certo saber de alguns em relação aos outros. (Merhy *et al.*, 2014)

Em outro polo, a força dos mapas da produção de encontros cuidadores do CnaR se expressa em territórios sintonizados com as linhas intensivas e sensíveis nos planos da vida enquanto potência emancipatória de pessoas no exercício de autonomia e cidadania, implicadas na construção artesanal do cuidado de si em sua relação singular com a complexidade de seu contexto de vida em jogo. Aqui, há a inclusão da diversidade, das alteridades existenciais do outro, dos coletivos, da comunidade e, principalmente, dos operadores da saúde como possíveis mobilizadores e disparadores desse processo de produção do cuidado, promovendo o sentir-se e olhar para si e para seu território existencial em suas vicissitudes.

Portanto, o CnaR, enquanto território intercessor de produção de processos cuidadores de saúde em mutação, nos convida a criar, desfazer e recriar novos territórios de existência no plano sociocultural, em movimento de agenciamento com a população de rua. Nessa trilha, o embate das forças vitais em disputa evoca os sujeitos implicados (usuários, trabalhadores e gestores) a habitar um paradoxo que aponta caminhos distintos e inseparáveis entre a tutela alienante e excludente e um cuidado mais autônomo e cidadão. Entretanto, cabe a todos os atores envolvidos, especialmente aos trabalhadores

do CnaR, questionar se esse território do cuidado opera em sintonia com o protagonismo cidadão e a ampliação da autonomia dos sujeitos ou, de outra forma, se o território-estratégia do CnaR não passa de uma sutil, sedutora e sofisticada oferta de ortopedia e adaptação aos modos de vida hegemônicos de nossa sociedade capitalística desigual por excelência, devoradora do acesso ao direito à vida como valor maior.

Talvez uma pista interessante seja pensar que a construção de territórios cuidadores implica nossa própria reinvenção na relação com a experiência da condição-rua. Dito de outro modo, pensar, sentir e viver de maneira diferente – intensamente diferente – o devir-rua que habita em nós.

1.4 CONSULTÓRIO NA RUA: PROTAGONIZANDO O CUIDADO A SAÚDE JUNTO À POPULAÇÃO DE RUA NO SUS

1.4.1 SUS: Pontuando alguns aspectos históricos...

Ao adentrarmos no SUS, deparamo-nos com um sistema amplo, diverso e inacabado, em contínuo processo de produção de saúde. Mais além, o SUS compõe o pacto social da Constituição Brasileira de 1988, objetivando a construção de uma sociedade mais democrática e solidária. A multiplicidade e complexidade do processo “saúde-doença” nos convidam a repensar outras formas de dimensionamento dos infinitos lugares e possibilidades para efetivar nossa militância maior: a defesa incondicional da reinvenção da vida. Aqui, diferentemente da conotação de algo complicado a ser resolvido, a complexidade se refere ao caráter contextual, multidimensional, transdisciplinar e inacabado que o pensamento assume, almejando superar as análises de especialistas que reduzem o olhar sobre o objeto (“doença” ou “loucura”), limitando assim seu campo relacional.

A história nos conta um vasto e enriquecido enredo da constituição do SUS ao longo de décadas de luta pela consolidação da saúde enquanto um direito de todos e um dever do Estado. Nesse caminho, podemos citar, por exemplo, o nascimento do Movimento Sanitário Brasileiro (Arouca, 2003; Campos, 2007) e o Movimento da Reforma Psiquiátrica (Yasui, 2010) como apenas alguns dos coletivos protagonistas desse processo. É importante ressaltar que não faz parte do escopo deste trabalho detalhar esses movimentos e essa história; para isso, recomenda-se a leitura dos textos citados.

Um ponto de destaque no processo de produção do cuidado no SUS é a aposta que vem sendo construída há algum tempo: o trabalho de saúde em rede. Por trabalho de saúde em rede, nesta pesquisa, compreendemos um amplo conjunto de recursos disponíveis e interligados em um determinado território que podem ser ativados através dos movimentos dos usuários com suas necessidades, demandas ou desejos. É importante ressaltar que, nessa perspectiva, não podemos afirmar a preponderância ou hegemonia de um polo central que realize a gestão total do processo; ao contrário, tratamos de processos de gestão compartilhada em permanente transformação para a ampliação da emancipação e autonomia dos atores envolvidos (Campos, 2001; 2003). Seu campo de ação vai além das ofertas dos estabelecimentos de saúde “*strictu sensu*”, destacando a dimensão da intersectorialidade com outras esferas da vida, como Trabalho, Habitação, Assistência Social, Ministério Público, Organizações Não-Governamentais (ONGs), Universidade, Lazer, Artes, Esportes, Cultura, Entretenimento e Festas, entre outros.

Potencialmente, a aposta do trabalho em rede incita à construção permanente de um campo político⁷ que busca recriar possibilidades concretas de mudança das relações de concepção e produção da saúde e, principalmente, pretende efetivar transformações nas relações sociais tornando nossa sociedade mais solidária, fraterna e equânime, seja no plano das singularidades ou dos coletivos.⁸

Desse modo, salientamos que mesmo com a sua legitimação no campo jurídico, o trabalho de saúde em rede, conforme, por exemplo, institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), não garante por si só a efetivação de sua proposta. Uma rede de cuidado em saúde é tecida por múltiplas pessoas e pela diversidade de experiências, nos encontros cotidianos que ocorrem na permanente construção do campo relacional, sob condições de imprevisibilidade. Nesse contexto, o fator humano também entra em cena, orientando novos direcionamentos e ações de cuidado ao longo do processo. No caso da população em situação de rua, consideramos esse aspecto como primordial para o desenvolvimento da clínica operada no CnaR.

⁷ Aqui, utilizo a interpretação de Arendt (2004), que afirma que o sentido da política é a liberdade baseada na pluralidade dos homens, na convivência entre diferentes. É nessa relação que nasce o espaço para transformações sociais.

⁸ Para um maior aprofundamento do conceito de rede exposto neste trabalho, afirmo que, no contexto da Reforma Psiquiátrica e no campo da saúde mental, a rede possa ser compreendida enquanto Rizoma (termo emprestado da botânica), onde não existe um polo central de ordenamento dos sistemas, mas os elementos locais dimensionam e atualizam lógicas transformadoras e em transformação dos sistemas em jogo (Deleuze; Guatarri, 1980; Guatarri; Rolnik, 1986).

1.4.2 O CnaR e suas origens

É importante esclarecer as origens do CnaR e destacar sua diferença em relação ao Consultório de Rua (CdeR), pois não se trata apenas de uma mera mudança de nomenclatura, mas sim de uma transformação na missão do serviço, no foco de suas práticas e na sua inserção na Política Nacional de Saúde. Ambos destinam-se à atenção à saúde da população em situação de rua e em situação de vulnerabilidade.

Vale destacar que o decreto presidencial nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009, caracteriza a PSR como um grupo populacional heterogêneo que possui em comum a pobreza extrema, vínculos familiares interrompidos ou fragilizados, a inexistência de moradia convencional regular e que utiliza logradouros públicos e áreas degradadas como espaço de moradia e sustento, de forma temporária ou permanente, além de unidades de acolhimento para pernoite temporário ou moradia provisória. Por outro lado, o conceito de vulnerabilidade se amplia para incluir a visão epidemiológica associada à vulnerabilidade social. Morais (2009) em sintonia com os estudos de Abramovay et al. (2002) define a vulnerabilidade social como um “resultado negativo da relação entre a disponibilidade dos recursos materiais ou simbólicos dos atores e o acesso às estruturas e oportunidades sociais, econômicas e culturais que provêm do Estado, do mercado ou da sociedade” (p. 20). Assim, a PSR encontra-se vulnerável nessas duas dimensões: epidemiológica e social.

O CdeR foi um projeto pioneiro idealizado por Antônio Nery Filho, professor da Universidade Federal da Bahia (UFBA) e realizado pelo Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas (CETAD) – extensão da UFBA –, na cidade de Salvador, em 1999. Seu objetivo era atender crianças e adolescentes em situação de rua e usuárias de substâncias psicoativas (SPAs). O projeto se expandiu, absorvendo financiamento e apoio governamental, e acabou sendo implantado junto ao primeiro CAPS AD de Salvador Oliveira (2009) e Brasil (2010).

Com o êxito dessa experiência em outras cidades, o CdeR passou a ser uma das estratégias do Plano Emergencial de Ampliação de Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e Outras Drogas (PEAD) no SUS em 2009 e foi incorporado, em 2010, ao Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack (PIEC), visando à ampliação do acesso aos serviços de saúde e à melhoria e qualificação do atendimento à PSR por meio de ações de rua (Ministério da Saúde, 2010). Portanto, o CdeR está vinculado às políticas de saúde mental e à atenção integral aos usuários de SPAs.

A partir da demanda expressa pelo Movimento Nacional da População em Situação de Rua e em resposta à mudança de cenário, que aprofundou a preocupação com a saúde integral dos moradores de rua (sejam usuários de substâncias psicoativas ou não), a portaria nº 122, de 25 de janeiro de 2011, integrou o CdeR à atenção básica da RAPS, criando também o CnaR. Essa iniciativa ampliou o atendimento integral à saúde, incluindo pessoas que sofrem com transtornos mentais, consumo de crack, álcool e outras drogas, promovendo o compartilhamento do cuidado e a realização de ações conjuntas com Unidades Básicas de Saúde (UBS), Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e serviços de urgência e emergência (Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011), tendo a redução de danos como forma de abordagem (Portaria nº 122, de 25 de janeiro de 2012).

Essa remodelação assistencial integral para as pessoas em situação de rua levanta uma importante questão exposta pela Política Nacional de Atenção Básica (Portaria nº 2.488, de outubro de 2011): a responsabilidade pela atenção à saúde da população de rua, assim como de qualquer cidadão, recai sobre todos os profissionais do SUS, com um enfoque especial na atenção primária. Assim, o CnaR se torna uma porta de entrada para essa população aos serviços de saúde, estando preparado para lidar com questões de saúde relacionadas ao uso de álcool e outras drogas, mas não se restringindo a elas.

No entanto, a população em situação de rua tem pouco acesso aos equipamentos de saúde e, quando o faz, não é incomum encontrar relatos sobre as dificuldades que enfrentam, frequentemente associadas ao estigma e ao preconceito de profissionais de saúde e da população em geral devido à aparência dos usuários. Além disso, a necessidade de realizar um cadastro no SUS, que exige a apresentação de documentos e um endereço residencial, contribui para a dificuldade de acesso. Apesar desses desafios, a proposta do CnaR se consolida como uma estratégia importante para a produção de saúde junto à população de rua.⁹

1.4.3 O Consultório na Rua de Campinas: alguns elementos de um serviço construído para operar em redes de cuidado em saúde

Conforme amplamente reconhecido em nível nacional e internacional, a rede formal de saúde do município de Campinas se destaca como um importante centro de

⁹ Destacamos que o CnaR atende pessoas que moram e vivem na/da rua. Um exemplo dessa demanda também são as(os) profissionais do sexo e parte das pessoas do movimento LGBTQIA+, que também têm dificuldades em acessar os serviços de saúde pelas questões citadas acima.

referência no cuidado à saúde, abrangendo suas diversas áreas. Essa experiência oferece uma contribuição valiosa para o Brasil. No que diz respeito ao CnaR de Campinas, essa trajetória ganha contornos específicos, uma vez que esse dispositivo de saúde está inserido na Política Nacional de Atenção Básica (Portaria nº 2.488, de outubro de 2011). No município, sua gestão e responsabilidade recaem diretamente sobre a Prefeitura Municipal de Campinas (PMC). O CnaR campineiro foi implementado em 2012 em uma parceria de cogestão entre a prefeitura e o Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira, um hospital psiquiátrico filantrópico centenário, reconhecido por sua história de protagonismo no campo da saúde mental e pelo seu reconhecimento social na região desde o início do século XX.

Para conhecimento de todos, damos a seguir a notícia estampada no “O Estado de São Paulo”, no dia 9 de maio de 1.917:

“DEMENTES – CAMPINAS – 8 – Na cadeia pública existem, aguardando vaga para serem internados no Juquery, 21 dementes.

São, portanto, 21 pessoas presas de enfermidade cruel que vegetam em calabouços sem nenhum conforto, sem hygiene, esperando que a comiseração humana vá em seu auxílio e sepultando-se, entretanto, cada vez mais fundamente nas trevas da loucura. Este fato é constante em nossa cidade contra elle temos reclamado muitas vezes. Se o hospital de Juquery não tem capacidade para o elevado número de doentes que necessitam de tratamento alli ministrado, porque não estabelecer outro estabelecimento com igual fim?

Em calabouços ou cellas como as das cadeias, sem tratamento médico que lhes é indispensável e sem a hygiene e conforto que necessitam, não podem os infelizes dementes achar curativo para a sua tremenda enfermidade.” (Passos, 1975, p. 8)

Naquele período, em Campinas, havia um número considerável de pessoas doentes recolhidas nos porões da cadeia local, vivendo em condições sub-humanas. Devido a superstições sobre o contato com esses indivíduos, que se acreditava poder transmitir doenças mentais, eles eram mantidos sem as mínimas condições de hygiene e dignidade enquanto aguardavam uma vaga no Hospital Psiquiátrico do Juqueri, em Franco da Rocha, SP. É importante destacar que o isolamento e a reclusão dos considerados indesejados sempre foram os princípios centrais do manicômio, reforçados pelo conhecimento científico da época, que legitimava esse processo de exclusão. Assim, as pessoas aprisionadas na cadeia poderiam estar ali por diversos motivos além de transtornos mentais, como situações de rua e miserabilidade, por exemplo. Portanto, é possível deduzir que o fenômeno da população em situação de rua em Campinas já

indicava uma demanda por atenção do poder público, mesmo no alvorecer deste hospital filantrópico.

Entretanto, é a partir do início da década de 1990 que ocorre uma mudança radical nos rumos do Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira. A partir desse momento, estabelece-se, no âmbito legal, uma parceria formalizada de cogestão com a prefeitura municipal, alinhada aos princípios da reforma psiquiátrica brasileira, por meio de um convênio cuja renovação é negociada a cada dois anos.

É fundamental destacar a relevância da parceria de cogestão entre a gestão pública estatal municipal e a pública filantrópica nos rumos da saúde em Campinas. Sua importância configura-se como um marco histórico, desencadeando a construção e ampliação da rede de saúde mental no município. No entanto, devido à complexidade do contexto político municipal, essa parceria gerou inúmeros efeitos que, em parte, desvirtuaram o caráter de sua missão principal, voltada para a construção, ampliação e gestão compartilhada entre o Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira e a PMC no que tange à rede de saúde mental.

Parte desse desvio se deve às constantes mudanças na gestão municipal, que introduziram alterações nos interesses políticos e econômicos envolvidos, criando um cenário de difíceis e contínuas negociações. Essas flutuações políticas colocaram em risco a manutenção e permanência do convênio estabelecido entre as partes, além de outros desafios que comprometeram a efetividade da gestão compartilhada e a consolidação de uma rede de saúde mental que atendesse plenamente às necessidades da população.

Assim, em sua trajetória híbrida, o CnaR de Campinas surge em 2012 de uma intersecção entre o público estatal e o público filantrópico, habitando um interessante paradoxo: oficialmente, insere-se na política pública de saúde no âmbito da Atenção Básica (assim como os demais consultórios na rua em território nacional), que, em Campinas, é gerida diretamente pela PMC. No entanto, na prática, o CnaR Campinas funciona como mais uma unidade de saúde vinculada e sob a gestão do Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira, instituição que coordena a maioria dos serviços de saúde mental no município.

Dentre as várias justificativas e explicações para esse cenário, que envolvem tanto o universo da gestão pública quanto a gestão do cuidado nos seus mais diversos níveis, destaca-se o tensionamento midiático vivido pelo município naquele período da criação do CnaR. Esse contexto estava relacionado, sobretudo, à pressão para produzir respostas ao complexo tema do uso de álcool e drogas, especialmente o crack. Esse cenário encontra

eco no programa nacional “Crack, é possível vencer”, lançado em dezembro de 2011 pelo Governo Federal, que direcionou um conjunto de ações para o enfrentamento ao crack e outras drogas, influenciando diretamente as políticas e práticas locais (Ministério da Justiça e Segurança Pública, 2013).

Não pretendemos, aqui, realizar uma análise aprofundada dos efeitos desse paradoxo no processo de produção de saúde do CnaR, nem encontrar soluções definitivas para esse arranjo interinstitucional improvisado na política de saúde municipal. Nossa compreensão se alinha em assumir a dimensão das potencialidades provenientes dessa mistura híbrida que compõe o marco inicial desse serviço, bem como os seus efeitos no atual *modus operandi* do CnaR que caminham em prol de um objetivo com maior relevância, a saber, a produção do cuidado em saúde. Pois, mesmo se constituindo sob a insígnia do improviso político institucional a partir do cruzamento profano na política pública campineira, sua existência se faz fundamentalmente necessária na viabilização ampla do acesso à saúde universal, integral e equânime destinado aos viventes da rua, tradicionalmente excluídos desse direito, dentre outros.

Atualmente, essa rede de saúde mental de Campinas está organizada em cinco regiões distritais de saúde (Norte, Noroeste, Sul, Sudoeste e Leste) e vivência, em ato, diversos processos de desinstitucionalização, oferecendo uma multiplicidade de serviços que atendem a diferentes dimensões do cuidado em saúde mental.

A estrutura formal da rede é composta por: seis CAPS III; quatro CAPS AD (um deles recentemente transformado em CAPS AD III); CnaR; três CAPS I; oito Centros de Convivência; três Pontos de Cultura; Oficinas de Geração de Renda; Serviços Residenciais Terapêuticos; aproximadamente sessenta Centros de Saúde (alguns com equipes de saúde mental); o Complexo Hospitalar Ouro Verde (CHOV), que dispõe de leitos de retaguarda para internações em hospital geral; e o Serviço de Atenção Móvel de Urgência (SAMU).

O CnaR de Campinas iniciou suas atividades em 2012. Atende o município, mas referencia a região central (distrito Leste) e demais distritos do município quando solicitado, havendo muitas vezes atendimento compartilhado com o equipamento solicitante (da saúde, assistência social etc.) ou mesmo com municípios.

1.4.4 CnaR: a equipe e seu funcionamento

De acordo com Merhy (2002) a equipe é o principal instrumento de intervenção/invenção/produção dos cuidados em saúde. Seu processo de produção se dá pelo agenciamento de afetos para produzir vínculos na negociação de interesses divergentes, na pactuação para um projeto de cuidado, enfim, nas relações que emergem no encontro entre a demanda e o sofrimento do usuário com o trabalhador, sua subjetividade e sua “caixa de ferramentas”.¹⁰

Em Campinas, campo de nossa pesquisa, o CnaR iniciou suas atividades oficialmente em 24 de setembro de 2012, sendo da modalidade III¹¹. Atualmente, conta com uma equipe multiprofissional composta por uma gestora, um psicólogo, uma terapeuta ocupacional, duas enfermeiras, três técnicas de enfermagem, três agentes de ação social (redutores de danos), uma assistente social, quatro médicos, dois motoristas e um assistente administrativo. Atende o município, mas referencia a região central (distrito Leste), responsável por uma população em situação de rua em torno de 2324 pessoas, segundo os dados do Ministério dos Direitos Humanos e Cidadania (Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania, 2024). Hoje, a equipe já possui mais de 5000 prontuários de usuários atendidos em seus doze anos de existência. O processo de trabalho basicamente se divide em duas modalidades nomeadas como campo fixo e campo móvel.

No campo fixo, o processo de trabalho da equipe envolve atendimentos semanais em locais pré-estabelecidos, onde, provisoriamente, monta-se um ponto de atendimento para a população de rua, organizando o acolhimento e a triagem de demandas de saúde, além da manutenção de atendimentos multiprofissionais de rotina. Esses pontos de atendimento são realizados sempre no mesmo dia e horário da semana e, neles, ocorrem atendimentos médicos e de enfermagem, coleta de exames laboratoriais, papanicolau, além de orientações sobre saúde bucal, em parceria com a unidade básica de saúde referenciada. A equipe também participa de campanhas e discussões que buscam reduzir o estigma e oferecer suporte aos usuários. Além disso, são oferecidas oficinas expressivas de música e terapia ocupacional, atendimento psicológico e de assistência social, bem como orientações para promoção da saúde voltadas para a população em situação de rua. Concomitantemente, realiza-se a articulação do cuidado em rede de serviços de saúde,

¹⁰ Entendido aqui no sentido utilizado por Merhy (2002) como o conjunto de saberes de que se dispõe para a ação de produção dos atos de saúde.

¹¹ Modalidade III – seis profissionais (três nível superior + três nível médio) acrescido pelo profissional médico, segundo a portaria 122.

assistência social e outros parceiros, visando garantir maior acessibilidade e integralidade no cuidado, de forma intersetorial (Firmino; Carvalho, 2019).

O campo móvel opera sob uma lógica distinta. Nele, a equipe se desloca pelo município, com ou sem o uso de transporte próprio (uma van), realizando busca ativa de usuários em situação de maior vulnerabilidade em articulação com os serviços de saúde e assistência social ou mesmo em resposta a demandas espontâneas de munícipes mediante a avaliação da equipe. Este campo é caracterizado por maior versatilidade e fluidez nas ações, tanto em relação ao território geográfico de atuação – podendo ocorrer dentro da área de referência do CnaR (região central localizada no distrito de saúde leste) como também em outras regiões do município. Outra característica é a abertura radical à dimensão inesperada dos encontros, pois, em diversas situações, a equipe circula por territórios desconhecidos, com características singulares e diferentes atores sociais. Por isso, um critério fundamental para a realização dessas ações é o atendimento compartilhado com outras unidades de saúde e/ou assistência social que solicitem apoio, na perspectiva do matriciamento, ampliando os horizontes de acesso e a oferta de cuidado integral à saúde de maneira intersetorial.

Figura 1. Campo fixo



Fonte: Arquivo pessoal do pesquisador

Em consonância com o Manual Sobre o Cuidado à Saúde Junto à População em Situação de Rua (Brasil, 2012b), a demanda de atendimento do CnaR se destina às pessoas que “moram” na rua, como também àquelas que fazem da rua seu meio de vida e se encontram em condição de vulnerabilidade social. Esse grupo inclui, por exemplo, profissionais do sexo, usuários abusivos de drogas e/ou com transtornos mentais, crianças e adolescentes de abrigos, pessoas em situação de mendicância, ambulantes e artistas de rua, entre outros.

Quanto ao modo de funcionamento do CnaR de Campinas, Firmino e Carvalho colocam:

Em sua dinâmica de trabalho, a equipe do CnaR é norteada pela lógica da Redução de Danos (BRASIL, 2005). Os profissionais do CnaR quando estão em atividade, são conhecidos pelos usuários como “os amarelinhos” (pois utilizam de camisetas amarelas), o que funciona como sinalizador visual para os usuários. O veículo de locomoção da equipe é uma van estilizada em cores chamativas, o que também facilita a visualização do serviço nos territórios de atuação. (Firmino; Carvalho, 2019, p. 140)

As abordagens consistem em várias estratégias sintonizadas com a singularidade do campo a ser desbravado. Consideramos que a construção do vínculo tem um papel fundamental para a realização do nosso trabalho. Um dos insumos de abordagem é o copo com água gelada. O que para muitos é algo simples, para quem vive e permanece na rua é precioso: água limpa, gelada e potável. Muitos usuários, hoje, se aproximam em busca dessa água quase sempre presente conosco e, através dessa aproximação, se abre uma possibilidade para uma conversa singela e descontraída semeadora de vínculo. Muitas vezes, passamos nos locais e os cumprimentamos, cultivando a regularidade de nossa presença. Insumos de redução de danos são disponibilizados (água, piteira para cachimbo, folhetos, protetor labial, gel lubrificante, preservativos feminino e masculino) com explicações para uso e jamais distribuídos à mercê do nada, da ausência do sentido pelo qual se inscreve e veicula a aproximação de pessoas criando relações cuidadoras passíveis de reinventar outros processos vitais no caminhar das ruas.

As demandas apresentadas na rotina diária do serviço se caracterizam pela diversidade semelhante a população geral, ainda que, por vezes, assumam tons mais graves pelo estado de vulnerabilidade e risco vivenciados pelos usuários. Para Jannuzzi (2019):

Figura 2. Campo móvel



Fonte: Arquivo pessoal do pesquisador

A equipe lida em sua rotina com questões relativas as doenças crônicas não transmissíveis, doenças infecciosas, gestação, anticoncepção, doenças sexualmente transmissíveis, uso de álcool e outras drogas, afecções dermatológicas, ferimentos por causas externas e questões de saúde mental. (Januzzi *et al.*, 2019, p. 62)

São muitos desafios que se apresentam para a equipe do CnaR, que trabalha junto à população de rua. Dentre alguns, podemos citar a garantia de acesso, a construção de vínculo, a busca pela inserção nos tratamentos, a efetivação do cuidado integral, o acompanhamento contínuo e longitudinal da saúde, o compartilhamento e a construção coletiva do cuidado de saúde em rede e intersetorial, o cadastramento.

São inúmeras as histórias atravessadas pela produção do cuidado vividas pelo cotidiano da equipe. Dessa forma, pensar e agir nesse contexto pressupõe uma plasticidade subjetiva (Lancetti, 2015) nos atendimentos, mas também incita a uma considerável ampliação da habilidade de comunicação social e intermediação de conflitos junto aos territórios de vida dessa população, bem como da capacidade de construir interlocução com os demais serviços da saúde, assistência social, jurídico etc. Ao mesmo modo, transita para uma radicalização da compreensão multifacetada do processo de saúde-doença que proporcione situar a Saúde Mental no Campo da Saúde Coletiva, gerando uma diversidade de dispositivos territorializados de atenção e de cuidado, onde produção de saúde e produção de subjetividade estão entrelaçadas e indissociáveis conforme proposto pela Estratégia de Atenção Psicossocial (Yasui; Costa-Rosa, 2008).

CAPÍTULO II – A RUA E OS SEUS VIVENTES: HISTÓRIAS DE VIDA NO SEU ENCONTRO COM O CUIDADO

*A rua nasce, como o homem,
do soluço, do espasmo.
Há suor humano na argamassa
do seu calçamento.*
João do Rio

Guia de navegação rueiro: o nosso “prático”¹² para trilhar os sinais que vêm da rua

O desafio de contar histórias na perspectiva cartográfica nos encorajou a fabricar modos transigentes ao nosso campo de pesquisa, o que, para nós, se tornou um grato problema na medida em que fomos lançados a uma dimensão cocriadora sincera ao jogo das forças presentes nessa audaciosa missão de produzir um conhecimento visceral.

Sem “tremer na base” e intensamente afetados pelas sabedorias entregues a cada encontro com o nosso campo de pesquisa, formulamos um contorno¹³ fronteiro (portanto, permeável e em movimento), provisório e permanentemente inacabado de forma e expressão para as experiências cuidadoras vivenciadas com os usuários-guia nômades. Em vista disso, escolhemos trabalhar com a proposta das paisagens de cuidado.

Nessa proposta, as paisagens de cuidado se diferenciam das formas tradicionais de estudo de casos clínicos. Elas são constituídas por composições, expressividades, temporalidades e movimentos, contrastando com as figuras estáticas de um mapa convencional. Tampouco se manifestam como imagens fotográficas, pinturas ou representações em telas (celulares, computadores, cinema etc.). As paisagens de cuidado referem-se às experiências dos encontros cuidadores vividos **em ato, no momento do encontro** – pedaços de imanência, como definidos por Deleuze e Guattari (2010), que se abrem à experimentação no processo de escrita e à experimentação pluridimensional do leitor no encontro com o texto.

¹² A praticagem do Brasil é a atividade que conduz os navios em segurança na entrada e saída dos portos, tanto na sua navegação no canal de acesso quanto na atracação e desatracação junto aos portos. Nesse trabalho, emprestamos essa função para afirmar a orientação e condução do leitor em sua navegação nos territórios do cuidado através dos sinais que vem da rua.

¹³ Diferentemente de enquadre ou moldura, que podem fazer referência a uma ideia de limites fechados. Ao contrário, a nossa proposta se configura enquanto fronteira que se remete a um limite permeável ao movimento e à passagem.

As paisagens possuem um amplo espectro existencial: têm cores, perspectivas, luminosidades, volumes, cheiros, sons, sabores, toques, texturas, espacialidades, tempos e movimentos – e muito mais. Em suma, as paisagens não são estáticas nem um "copia e cola" banal, especialmente quando se atrevem a manifestar forma e expressividade no território do cuidado.

No processo do pesquisar, a tensão existente entre a busca dos objetivos propostos (conforme explanado no capítulo introdutório) e dos meios para sua produção redireciona o pesquisador-cartógrafo a visitar sua caixa de ferramentas para orientar-se frente a algumas dimensões desse contexto. Em vista disso, recorreremos ao uso de entrevistas para delinear algumas coordenadas, traçando alguns mapas de percurso, estratégias e táticas na rota do desafio da realização de nossa missão neste trabalho.

Segundo Deleuze e Parnet: “Uma entrevista poderia ser simplesmente o traçado de um devir. [...] Não há palavras próprias, tampouco metáforas [...] Há apenas palavras inexatas para designar alguma coisa exatamente” (1998, pp. 10-11). Nesse território-pesquisa, buscamos acompanhar os movimentos dos usuários-casos-guia com uma implicação prudente em meio às forças coletivas presentes em seus acontecimentos e devires. Assim, a utilização de entrevistas revelou-se uma ferramenta essencial na construção de intercessores para o nosso fazer-pensar no e com o território do cuidado.

Somadas a outras fontes de informação, como sites da web, artigos de revista, registros documentais institucionais (prontuários), registros de arquivo pessoal (agendas pessoais e diários de bordo), programas de rádio web e imagens fotográficas, nos disponibilizamos a abrir nosso corpo pesquisador para a construção transversal deste trabalho. Assim, a entrevista constituiu-se como uma ferramenta preciosa nesse processo, produzindo uma diversidade de materiais na configuração dos mapas do usuário-guia em seu caminhar pelas estações de cuidado na saúde coletiva e em seus modos de levar a vida.

Por meio do encontro entre entrevistador e entrevistado, ampliamos a abertura para as pequenas histórias do cotidiano, os acontecimentos e o inusitado, gerando múltiplas composições rizomáticas. Nas entrevistas, pudemos delinear conexões, territórios existenciais e coengendramentos maquínicos, interligados pela tessitura complexa das redes vivas habitadas pelo entrevistado em seu trânsito e contato com o usuário-guia, atualizadas no encontro com o entrevistador.

Apoiando-nos na explanação de Tedesco, Sade e Caliman (2014) e inspirados pelo livro *Diálogos*, de Deleuze e Parnet (1998), discutimos a entrevista como prática fundamental em nosso trabalho:

...uma entrevista se aproxima de uma conversa [...] diríamos que a entrevista funciona, não como uma conversação entre sujeitos preestabelecidos, mas como uma conversa que procede por interseções, cruzamentos de linhas, agenciamentos coletivos de enunciação. Um som qualquer ouvido durante a entrevista ou uma fala aparentemente sem sentido podem disparar processos imprevistos. Questões aparentemente desconectadas com a conversa podem traçar linhas de vizinhança ou de indiscernibilidade. Uma conversa não é condicionada por especificidades, ela se faz nos encontros. (Tedesco; Sade; Caliman, 2014, p. 110)

Em outros termos, a entrevista possibilitou abrir caminho para o encontro de uma voz que narrasse o movimento em curso no ato-pesquisa, sob a afecção dos sinais da rua, agenciado pelo encontro entre entrevistador e entrevistado, nomadizando a própria experiência de criação do/no conhecimento.

As entrevistas também permitiram que os objetivos deste trabalho ganhassem materialidade por meio da construção das narrativas dos protagonistas envolvidos nos mapas de cuidado (para um detalhamento dos entrevistados, vide anexo). Essa prática proporcionou uma abertura discursiva em seus jogos de enunciação, cruzando narrativas sobre alguém – no caso, o usuário-guia.

Sobre esses cruzos, Simas e Rufino colocam:

São essas táticas, fundamentadas nas culturas de síncope¹⁴, que operam esculhambando as normatizações. Os cruzos atravessam e demarcam zonas de fronteira. Essas zonas cruzadas, fronteiriças, são lugares de vazio que serão preenchidos pelos corpos, sons e palavras. Desses preenchimentos emergirão outras possibilidades de invenção da vida firmadas nos tons das diversidades de saberes, das transformações radicais e da justiça cognitiva. (Simas; Rufino, 2018, p. 22)

Dessa maneira, a prática do cruzo nas entrevistas é composta de transgressão de atravessamentos, sucateamento e antidisciplina antirracista/anticolonial. Ressaltamos a

¹⁴ Culturas que, em seu arcabouço, possibilitam criar um traçado tático contra as formas de normalização e planificação dos modos de ser. Os autores se inspiraram no conceito musical de síncope, que se refere a uma alteração inesperada no ritmo causada pelo prolongamento de uma nota emitida em tempo fraco sobre um tempo forte. É nesse espaço entre as duas marcações de ritmo que a síncope habita.

sua dimensão como uma rasura que não procura a negação plena das compreensões afetadas Simas e Rufino (2018). De outro modo, a astúcia do cruzo busca o encantamento¹⁵ das mesmas, dialogando intensivamente com a antropofagia cartográfica.

O cruzo alimenta o aumento da abertura comunicacional, desestabilizando os padrões instituídos na hierarquia organizacional, assim como a homogeneização comunicativa indiferenciada entre os protagonistas na micropolítica institucional. Ao aproximarmos a prática do cruzo na experiência da entrevista, verificamos a importância do efeito multiplicador das vozes das histórias narradas. Ele alimentou esta pesquisa como valiosa base de dados e, simultaneamente, produziu movimentação das linhas enunciativas e seus componentes intensivos, corroborando na formação de processos de subjetivação efetuados em zonas de indeterminação temporária coabitadas em agenciamento usuário-cuidador em foco.

Um ponto relevante desse processo consistiu em tomar a palavra como geradora de multiplicidade de sentidos, afirmando “o protagonismo de quem fala e a função performativa e autopoietica das narrativas” (Barros; Passos, 2012, p. 156). A referência à dimensão da produção das memórias dos entrevistados, atualizadas nas entrevistas e, posteriormente, na construção das narrativas, apresenta recortes orientados por certas regras de enunciação.

Aqui, a entrevista produz efeitos no processo de coemergência entre o dizer e o dito, onde a ingerência dos fatos empíricos sobre os signos e a intervenção dos signos sobre os fatos do mundo contribuem como importantes efeitos, ampliando a vivacidade da linguagem na performance da fala em ato. Portanto, a palavra tem poder, e a entrevista intervém diretamente na experiência do dizer. Os efeitos dessa experiência compartilhada, produzida e apresentada na prática languageira da conversa em curso, tornam-se objeto privilegiado da cartografia (Tedesco; Sade; Caliman, 2014).

Destacamos a relevância de esclarecer o uso das entrevistas como uma ferramenta cartográfica na pesquisa e, sobretudo, sua conexão com a criação do pensamento produzido em sintonia com uma matéria-prima selecionada para a evolução do trabalho: as narrativas.

Assim, a entrevista enquanto ferramenta cartográfica se constituiu como um modo de produzir pensamento do “entre”, abrindo passagem para a multiplicidade germinada

¹⁵ De acordo com Simas e Rufino “...a perspectiva do encantamento implica na capacidade de transcendência da condição de morte – imobilidade – que assola os conhecimentos versados em monologismos/universalismos.” (2018, p. 34)

no encontro em ato. No entrecorpos que se racham palavras-coisas, certezas, perspectivas, abrindo multiplicidades intensivas, passagens, cenas, movimentos, paisagens, histórias de vida, territórios existenciais mutantes no atual do encontro.

Nesse trabalho, nos alinhamos ao pensamento de Deleuze quanto ao uso das entrevistas em sua potência intercessora:

O essencial são os intercessores. A criação são os intercessores. Sem eles não há obra. Podem ser pessoas – para um filósofo, artistas ou cientistas; para um cientista, filósofos, artistas – mas também coisas, plantas, até animais, como em Castañeda. Fictícios ou reais, animados ou inanimados, é preciso fabricar seus próprios intercessores. É uma série. Se não formarmos uma série, mesmo que completamente imaginária, estamos perdidos. Eu preciso de meus intercessores para me exprimir, e eles jamais se exprimiriam sem mim: sempre se trabalha em vários, mesmo quando isso não se vê. (Deleuze, 2010, p. 160)

Intercessorar o trabalho das/nas entrevistas, incitar o pensamento criativo que a experiência cartográfica abre em seu fazer-saber. Cultivar a arte da micropolítica do encontro, produzindo abertura aos acontecimentos da fala em sua relação ao lugar-intercessor disparado no entrevistar. Criar consistência intensiva, dar forma e expressividade às falas para que, em outro momento a partir de um processo intercessor-artesão, o pesquisador se orientasse na construção das narrativas, lapidadas e avaliadas em ressonância e eco ao seu próprio corpo-cartógrafo pela materialização na escrita-pesquisa.

Desse modo, salientamos que algumas prudências se constituíram como sinalizações importantes para explorar a pesquisa através da elaboração das entrevistas, tais como: a realização de entrevistas semidirigidas; de serem realizadas numa atmosfera trivial com tranquilidade e desenvoltura; a experiência do pesquisar entrevistador se situou no plano onde a investigação dos processos se realize efetivamente em sua molecularidade, diagramada na micropolítica das relações imbricadas na multiplicidade da vida em agenciamento com o território-pesquisa.

As narrativas localizadas no capítulo II trazem à baila uma constelação do processo de produção de sujeitos e seus processos de subjetivação, das composições daquilo que se produz ali, onde os eventos institucionais acontecem na efervescência dos encontros em ato em conexão com as políticas públicas, com a gestão da clínica e seus desdobramentos no plano do cuidado enquanto território das tecnologias leves (Merhy, 2007).

Portanto, sem técnica pré-estabelecida, mas norteada pela ética do pensamento como experimentação, a entrevista cartográfica nômade se acoplou como ferramenta deste estudo em agenciamento no encontro e gerou processos de acontecimentos que a experiência do entrevistar permitiu. Viver a estrangeiridade da escuta e adentrar o território desconhecido do entrevistado em suas linhas de enunciação, de força e seus processos de subjetivação desenhou uma grafia, um caminho interessante no percurso desta pesquisa. A entrevista, em seus movimentos nômades, proporcionou o agenciamento o coletivo das vozes da rua enquanto sinais primordiais, viralizados na polifonia dos casos. Desnaturalizou a produção de conhecimento, permeabilizou afecções e vitalizou nossa vontade de saber. A escolha na utilização das entrevistas nômades se encontrou em consonância com a perspectiva metodológica cartográfica, situando uma posição do cartógrafo em sua sensibilidade intensiva, pois “a atenção cartográfica que, através da criação de um território de observação, faz emergir um mundo que já existia com virtualidade e que, enfim, ganha existência ao se atualizar” (Kastrup, 2012, p. 50).

Enquanto fonte de informações, as entrevistas foram gravadas para transcrição. O critério de escolha dos entrevistados foi a relevância do seu envolvimento em algum momento no cuidado ao(s) usuário(s)-guia. Em seguida, construímos algumas narrativas mediante a avaliação do material coletado para posteriormente criar a nossa versão dos casos-guia, conforme localizado no capítulo II.

As narrativas fazem parte do conjunto dos dados produzidos ao longo da pesquisa. Elas foram fabricadas através da coleta, seleção e avaliação do conteúdo das entrevistas realizadas ao longo do trabalho. A construção das narrativas visou a apreensão de múltiplas histórias singularizadas por cada entrevistado em suas memórias relacionadas ao usuário-guia.

Os dados foram classificados em três planos:

- O material dos narradores (fonte documental dos prontuários do estabelecimento Consultório na Rua do Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira e fontes orais referentes às entrevistas realizadas individualmente);
- O material do narrado conforme nossa leitura, como histórias de vida, de enfermidade, da relação dos usuários com o(s) serviço(s), do tratamento e seus efeitos, do entrevistado no cuidado, do acesso e barreira, da curiosidade atual e de possíveis contribuições na experiência do contato com os usuários. Também

acrescentamos com valor importante a escuta atenta à indicação proposta para entrevistas futuras feita pelo entrevistado.

- O material construído a partir da nossa narração, como se fosse um roteiro baseado na linha da constituição de documentário sobre as paisagens.

Entrevistados: para maior segurança de que o sigilo sobre a identidade dos entrevistados foi preservado, escolhemos, neste momento, utilizar as narrativas a seguir com a identificação de *Narrativas Rueiras*. Essa estratégia também nos permitiu relacionarmos com as narrativas em sua dimensão coletivizada, gerada pelas múltiplas singularidades componentes nas entrevistas, assim como em todo processo-pesquisar. O nome escolhido se deve ao modo pelo qual cada entrevistado captou os sinais rueiros a partir do encontro intercessor com o usuário-guia no território do cuidado. A mesma identificação também foi utilizada no capítulo III, onde as narrativas localizaram o diálogo entre os participantes do programa de rádio web, bem como alguns trechos da gravação em estúdio, material este que também se tornou narrativa no processo de pesquisa. Outro ponto a ser destacado nas narrativas rueiras é a preservação das falas das pessoas na íntegra, o que, em nossa compreensão, preservou com máxima fidedignidade a maneira pela qual cada um(a) experienciou captar os sinais rueiros.

No anexo, registramos o guia das entrevistas referente à abordagem de alguns temas relevantes ao usuário-guia, assim como detalhamos brevemente um modo de como escutamos as mesmas. Também se encontra ali o desenho das entrevistas realizadas através de um roteiro de orientação.

É importante sinalizarmos que outros recursos também foram incorporados para a construção dos procedimentos metodológicos como a utilização do diário de campo, agendas, vídeos e, principalmente, o corpo-memória do cartógrafo pesquisador. Neste último recurso em especial, é necessário dizer a importância da ativação e intensificação das dimensões e regimes de sensibilidade alcançados pelo seu corpo-memória através das experiências de expansão de consciência no encontro com algumas medicinas da floresta, também conhecidas como “plantas de poder”.¹⁶ Sem sombra de dúvida, essas experiências agregaram, dentre muitas coisas, um fino trato da sensibilidade do pesquisador no campo

¹⁶ Em todo o planeta, há uma diversidade de plantas de poder usadas dentro de contextos ritualísticos para diversos fins. Aqui, especificamente, citaremos as medicinas da ayahuasca, rapé, sananga e shururumã, às quais também se agregaram aos recursos metodológicos conforme foi colocado acima.

de pesquisa (que também é o campo de trabalho), lapidando a sua percepção no acesso às marcas inscritas em seu corpo-memória.

Em tempo, ressaltamos que foram tomados os devidos cuidados em relação a utilização das entrevistas realizadas nesse trabalho, havendo a aprovação do comitê de ética (parecer nº 5.826.640) autorizando o seu uso, bem como na captação de recursos audiovisuais conforme estabelecido no termo de consentimento livre e esclarecido também aprovado pelo comitê.

Paisagens de cuidado póstumas narradas por um “pesquisador-cambono”¹⁷ em seu caminhar nômade.

PAISAGEM WILSON

Encruzilhada¹⁸ 1: Reminiscências de um encontro com uma existência em sua reta final

Foi em meados de novembro de 2017 que a equipe do CnaR visitou o Sr. Wilson, que pernoitava em um CAPS AD III de Campinas. Ao encontrá-lo, nos deparamos com a imagem de um homem deitado no leito, emagrecido e respirando de forma ofegante, oscilando entre inspirações difíceis, como se lutasse para obter o ar que lhe faltava, e expirações interrompidas por tosses engasgadas, como um carro velho tentando funcionar, mas que já dá sinais de que está prestes a se aposentar. Seu olhar anuviado, distante e opaco, foi subitamente interrompido por nossa presença. A partir daquele momento, nos tornamos responsáveis por trazer vida ao movimento lateral de suas pupilas, que se iluminaram, acompanhadas por um sorriso discreto, sincero e afetuoso, que há tempos parecia ausente. Com sua voz quase inexistente, ele balbuciou: "Os amarelinhos, que bom que vocês vieram!"

¹⁷ Referência à função de cambono (ou cambone) das religiões afro-ameríndias, como a umbanda, por exemplo. Em linhas gerais, sua função é a de auxiliar e servir aos mentores e guias espirituais (também conhecidos como entidades) durante os trabalhos ritualísticos. Por vezes, acaba sendo uma espécie de tradutor da linguagem e expressões das entidades que estão dando consulta.

¹⁸ As encruzilhadas são campos de possibilidade e lugares de encantamentos para todos os povos (Simas; Rufino, 2018) e, assim, reafirmamos as mesmas como integrantes na narrativa dessa pesquisa onde elas acolhem cada passagem narrada. Portanto, cada passagem dentro dos casos-guia é uma encruzilhada.

Sem hesitar diante desse importante sinalizador vital, cada profissional da saúde que estava ali presente se manifestava ao seu modo. No meu caso, fui ao seu encontro, olhei diretamente em seus olhos, segurei a sua mão e proferi: “Olá Sr. Wilson, viemos, estamos aqui. Precisamos terminar o seu projeto!” (risos). Aos poucos, a atmosfera opressiva da terminalidade existencial de Wilson, que parecia impregnar e paralisar aquele quarto isolado no leito-noite do estabelecimento de saúde mental, começou a se transformar. Outras composições de processos de evidenciação expressivas apontavam para algo diferente entre o espaço-tempo-movimento do sensível relacional que, simultaneamente separa e une usuários de serviços de saúde e seus profissionais cuidadores nos encontros do cotidiano da clínica.

Wilson, o protagonista da imagem acima, iniciou seus atendimentos no CnaR em fevereiro de 2016 com suspeita de câncer na garganta, hipótese diagnóstica levantada por um hospital do município, confirmada meses depois, desencadeando uma evolução rápida e devastadora em seu corpo já desgastado pela intensidade das experiências de vida de sua jornada até então. O efeito desse acontecimento inexorável sobre o seu ser provocou redirecionamentos na sua inserção no campo da saúde. Devido à complexidade e gravidade do quadro clínico, ele passou a receber cuidados intensivos e foi incluído na oferta de cuidado integral do leito noite do CAPS AD III, onde recebeu acompanhamento paliativo até seu falecimento em dezembro de 2017.

Como nem tudo são flores, é importante destacar que, nessa trajetória de vida, Wilson passou por albergue e abrigos da Assistência Social, habitou provisoriamente algumas pensões no centro da cidade e, por algumas ocasiões e momentos, as ruas e esquinas do espaço urbano com toda a sua excentricidade. Tudo isso regado etilicamente nas inúmeras retomadas de uso abusivo de bebida alcoólica (também nomeadas popularmente como “recaídas”), quase sempre acompanhadas por episódios de crise existencial, manifestada através de agudização e agravamento do estado geral de saúde física, mental, emocional, social, dentre outras tantas.

Entretanto, ao revisitarmos nossas memórias acerca da história de vida de Wilson, verificamos o delineamento de uma existência singular pulsante em seu caminho processual. Especialmente, partimos de um olhar no qual o recorte existencial da história de cuidado com o CnaR se constitui como elemento centralizante (mas não o único...) de nosso devir pesquisador. Ampliaremos a nossa capacidade de construir uma narrativa de sua trajetória de vida conosco alinhando a sintonia dos encontros cuidadores com o propósito desse estudo. Nessa trilha, é fundamental considerarmos a importância em

ativar nossa capacidade de rememorar esses episódios fundamentais da produção de vida na via do trabalho cotidiano da saúde.

Porém, não temos a pretensão de fazer um resgate temporal cronológico e linear, tampouco uma descrição literal e única da veracidade dos fatos, mesmo porque nosso estudo não se constitui tal qual um inquérito, muito menos como uma biografia. De outro modo, nossa orientação cartográfica é balizada pela/na capacidade de construção de narrativa(s) em dimensão expressiva da existência compartilhada nas veredas do cuidado, mais precisamente, nos encontros. Partimos da premissa de que o sentido e a verdade compreendidos de forma massificada e unilateral pouco contribuem para darmos passagem, forma e expressão escrita dos afetos entrelaçados dos/nos encontros e acontecimentos em seus territórios existenciais vitalizantes da matéria expressiva real e virtual.

Encruzilhada 2: Prelúdio de uma trajetória de cuidado em saúde

Assim, uniformizados com nossa famosa camiseta amarela, nós, integrantes da equipe de saúde do CnaR, fomos realizar nosso campo de trabalho, oferecendo atendimentos em saúde em uma sexta-feira ensolarada de abril de 2016, em frente a um albergue municipal para pessoas em situação de rua, como já era parte da rotina semanal do serviço. Naquele dia, o trabalho transcorria como esperado para uma equipe que atende essa população: acolhimento inicial dos usuários, montagem da nossa barraca com a organização dos insumos de enfermagem, triagem das demandas de saúde para estruturar o fluxo de atendimento formal do serviço e a organização de nossa breve permanência, negociada com os protagonistas sociais do território.

Naquele dia, o diálogo ocorria tanto pelo caminho formal, representado pelos funcionários do albergue, quanto pela via informal – e não menos importante – através dos líderes locais e dos trabalhadores das "biqueiras" (também conhecidos como traficantes) no entorno da instituição, muitas vezes vilipendiada pela comunidade local, com suas diversas expressões sociais presentes no universo campineiro.

Nesse contexto, após várias passagens pelo CnaR, Wilson reapareceu para atendimento.

Ele era uma pessoa que, apesar de todas as dificuldades que ele tinha, ele tentava se sobressair né?! Não deixar abalar. Mas, devido as várias

internações, várias complicações, ele entrava em depressão, mas mesmo assim ele era uma pessoa que descontava nas outras pessoas... Eu ficava bem impressionada porque todos os outros usuários brigavam e ele não. Ele não brigava, ficava quietinho... conversava com a gente, tinha sonhos e nunca se abalava de uma tal maneira pra dizer que “Ah! A melhor coisa pra mim é morrer!” [...] Eu, por exemplo, ficava tão ruim quando eu via a situação dele que me dava força. Então, a força dele que eu acho que me marcou muito.

[...] A entrada dele no serviço foi porque ele foi pedir uma ajuda porque ele tava com uma dor e aí ele queria um remédio... e aí a gente começou a tratar dele de dor, pra remédio. Eu ainda não tinha chegado perto dele, conversado com ele, nada. E aí pediram pra fazer um exame e foi quando descobriram que ele tava com câncer, né?! Aí eu acompanhei ele em tudo, levei ele no médico e fiquei mais próxima dele.

[...] Ele tinha um serviço, uma casa, pagava aluguel... mas, com o passar do tempo, com aquelas dores, ele ficou faltando muito no serviço e acabou por perder o emprego. Na realidade, eu cheguei a entrar em contato com o dono da firma, explicar o que tava acontecendo. Aí ele (Wilson) entrou em desespero porque ele não tinha dinheiro para pagar o aluguel, não tinha ânimo pra fazer comida, então ele veio pra rua. Aí, tentamos o albergue pra ele onde ele ficou e, junto, batalhando pra conseguir uma casa de passagem ou alguma outra casa. Nesse meio tempo, ele bebia, mas não de maneira exagerada. Depois que ele perdeu tudo, ele começou a beber muito, aí fizemos o encaminhamento ao CAPS também. Mas, primeiro, ele foi pra uma casa de passagem e fazia o acompanhamento num CAPS.

[...] Nesse meio tempo (após exames), saiu a cirurgia dele. Cirurgia de câncer na laringe. Mas a médica que fez a cirurgia viu a situação dele e conseguiu fazer uma cirurgia não muito invasiva, não precisou colocar a tráquea. Conseguimos o benefício após a cirurgia e, com tempo, ele começou a se definhando por causa da doença. Então, isso aí deixou a gente bem triste. Mas quem acolheu ele foi o CAPS AD, que tinha uma casa que tinha equipe, era uma casa de acolhimento transitório. (narrativas rueiras, 2023)

Dessa maneira, após passar pelo atendimento médico, Wilson me procurou para retomar um tema que já havíamos conversado e construído em atendimentos anteriores: a sua vontade de fazer um livro autobiográfico. Devido à sua perseverança nessa proposta, questionei sobre o que o levou a sustentar esse pedido. De forma serena, ele respondeu: “Pra mim, vai ser muito importante, eu carrego por muitos anos uma mágoa dentro do meu peito que eu preciso me livrar.” Sem titubear, fui até a nossa van, peguei caneta e papel e me disponibilizei a escrever e testemunhar o seu relato daquilo que seria o primeiro capítulo de seu livro. E assim foi...

Campinas, 15 de abril de 2016

LIVRO SOBRE MINHA VIDA - CAPÍTULO I¹⁹

“Nasci em 1957 às cinco horas da manhã no Hospital das Clínicas da maternidade de São Paulo. Não conheci minha mãe; com dois anos de idade até hoje, fui criado com meu pai, mas quero que vocês entendam. Sempre na casa de um e outras pessoas que pagavam para tomar conta. Com o tempo, fomos morar junto com o irmão dele e a cunhada, só que teve um momento que nós não nos entendemos. Começamos a ter discussões e papai não tomava conhecimento do caso porque ele *tava* tendo um caso com a cunhada e o meu tio foi descobrindo.

Quando eu fiz sete anos, estava eu e o meu tio em casa, ele levantou de madrugada, comprou uma lata de soda cáustica e uma garrafa de pinga tatuzinho e tomou dois copos cheio. Quando foi de manhã, acordei e ele me convidou para passear e eu falei que não podia deixar a casa sozinha porque não estava nem minha tia, nem meu pai. Ele pegou, se arrumou e saiu sozinho. Meu pai foi chegar em casa era de noite. Ele chegou, eu falei do acontecido, peguei e mostrei as coisas que ele tinha feito, depois e eu e meu pai saímos à procura dele. Fomos em delegacias e hospitais, chegamos em casa às quatro horas da manhã. Quando nós chegamos em casa, ele estava chegando com um pano amarrado no rosto como se estivesse com caxumba. Diretamente, papai pegou um táxi e o levou para o hospital. Quando o médico o examinou, chamou meu pai no particular e disse que não tinha mais jeito porque a soda tinha comido tudo por dentro. Com dois dias, veio a falecer. Com uma semana depois de falecido, a primeira coisa que aconteceu: meu pai estava dormindo com a viúva.

Com o tempo, depois do acontecido, ficou morando eu, meu pai e a minha tia, que é a viúva. Ela começou me maltratar sem eu fazer nada, apanhava todos os dias de manhã dormindo de fio de ferro, ficava todo roxo. Punha eu ajoelhado em cima da tampinha de refrigerante o dia todo, mas também no milho e feijão.

¹⁹ De acordo com a vontade do usuário, preservamos o título dado por ele a esse projeto pessoal. Na realidade, como a dinâmica dos atendimentos realizados na rua muitas vezes não segue uma regularidade e constância, só foi possível a construção da escrita do primeiro capítulo. Quanto à escrita, esta se manteve fiel ao relato de Wilson.

Com o tempo, eu não tava aguentando mais, aos oito anos de idade peguei e fui na delegacia sozinho e contei para o delegado. Mostrei as marcas no corpo e o delegado pediu que eu entregasse uma intimação para ela. Pois eu esperei meu pai no portão até uma hora da manhã, mostrei o papel e, no outro dia, às treze horas, fomos à delegacia. O delegado conversou com ele e acabou descobrindo que os dois tinham arma de fogo em casa. Ficou eu na delegacia enquanto o investigador foi com os dois buscar as armas. Quando chegou na delegacia, o delegado pediu que meu pai viesse embora comigo e seguiu a minha tia. Daí pra cá, até hoje eu não tenho notícia.

Vamos nós correndo novamente eu e meu pai só. Mas cada pessoa que ele arrumava para cuidar de mim eu sofria, apanhava todos os dias. Um dia, um padre queria me internar num colégio, meu pai não deixou e ele amigou com uma mulher e fomos morar em Francisco Morato, mas não viveram muito tempo juntos, porque uma noite ela saiu atrás dele que estava num bar. Quando ele chegou em casa, começou a bater na mulher, eu me escondi embaixo de uma mesa na cozinha. Ela saiu correndo em volta da casa gritando, falando para ele que, ao invés dele bater, por que ele não a mata. Ele pegou, foi no quarto com um revólver e saiu atrás dela para matar, mas não conseguiu. Pegou ela, levou-a para a estação de trem à noite e ela desapareceu. O nome dela era Ilda.

Papai foi jogando, me levava pro bar pra assistir televisão à noite e ficava jogando dominó com os amigos dele. Uma noite, ele pegou, arrumou uma briga para mim com outro menino e apostava dinheiro com os amigos para ver quem venciam a briga. Mas tem um problema: quando eu perdia a briga, chegava em casa, tomava outra surra e ele me dizia: “Isto é pra você aprender! Você tem de ser igual ao seu pai! E prepare-se que amanhã você vai de novo!”

In memoriam

Encruzilhada 4: Algumas faces da complexidade do cuidado e seu desfecho

Durante os quase dois anos de acompanhamento do Sr. Wilson, foi necessária a construção de uma ampla rede de suporte integral em saúde, em parceria com a assistência social, para consolidar um projeto terapêutico singular delineado a partir de suas necessidades apresentadas até então.

Figura 3. História de Vida



Fonte: Arquivo pessoal do pesquisador.

No início, a assistência social municipal teve uma participação mais presente. A necessidade de abrigo temporário do usuário, garantida pelos direitos previstos nas diretrizes da política de assistência social, somava-se à complexidade do seu quadro de saúde, que começava a sinalizar um agravamento gradual. Naquele momento, apesar da necessidade crescente de condições adequadas para o tratamento clínico de uma pessoa com câncer, Wilson ainda mantinha certa autonomia em sua vida cotidiana.

É importante salientar o impacto simbólico sociocultural gerado acerca dessa patologia, sobretudo no território da trama construtiva da rede de suporte ao usuário com câncer em situação de rua. Visto que, se, para pessoas com maior acesso às políticas públicas brasileiras, o enfrentamento das inúmeras dificuldades acerca dessa doença se

constitui numa missão hercúlea, imaginem esse contexto para uma pessoa em situação de rua, com seus laços familiares rompidos e ou deteriorados, em uso abusivo de bebida alcoólica, desempregado sem condições plenas de realizar o seu exercício de cidadania com dignidade existencial...

Assim, um território múltiplo de ações foi, aos poucos, se formando e compondo um projeto integral de cuidado intersetorial no âmbito do abrigo municipal. No entanto, novos desafios também emergiam ao longo desse processo.

Eu compreendia o tratamento dele porque eu tinha que aprender e eu fiz isso perguntando. Perguntando de como eu poderia fazer isso junto dele e passando uma segurança no que ele poderia tá fazendo conversando com outras pessoas do que ele tinha. Eu conversava muito com a nossa equipe do CnaR e a equipe do CAPS pra eu poder tá ajudando ele.

[...] Havia dificuldade no tratamento dele. Por exemplo, antes de internar, a gente ficou esperando um tempo para fazer a internação e havia conversado com a médica dele e ela viu que realmente o câncer tava grande porque ele já não tava engolindo mais. Chegou uma parte da vida dele que ele não comia nada sólido e tinha que comer sopa ou pastosa (dieta) e, no albergue onde ele tava, essa comida vem de fora, então fica difícil... Eles pediam pra vir líquida, pra vir batida a comida dele, mas, não era sempre que vinha. E nós sabíamos que se ele não se alimentasse ele não teria condições de operar.

[...] Outra dificuldade foi depois da operação, que ele foi pra lá ele falava “onde que eu vou ficar, quem vai cuidar de mim?” Porque ele precisava de um lugar específico ou de uma cuidadora porque ele precisava cuidar do curativo.

[...] Olha, eu acho que o tratamento foi bom, mas poderia ter sido melhor. Porque, se nós tivéssemos aqui no município uma casa de cuidado... porque ele poderia tá indo pra essa casa de cuidado antes da cirurgia, poderia tá lá se cuidando, se alimentando melhor, se preparando pra cirurgia grande como foi e depois retornando para casa de cuidado para acolhimento e os cuidados necessários. Foi bom porque, apesar de tudo isso, ele conseguiu ficar num albergue, nós conseguimos uma casa de passagem que não era ideal porque não havia enfermeiro, só tinha monitor. E, depois disso, com a piora que ele foi tendo, ele acabou ficando num CAPS, que também não era o lugar pra ele ficar também. Mas foi bom porque ele foi atendido com prioridade para a cirurgia, e ele teve qualidade de vida, vamos dizer, ele morreu mas ele tava num lugar acolhedor com as pessoas que cuidavam dele.

[...] O Sr. Wilson é que me puxou! (risos) Sempre que ele vinha até nós ele pedia para eu acompanhá-lo porque ele dizia que eu dava segurança. No começo eu ficava receosa porque nós e ele sabíamos que o final dele era o falecimento. Então, eu ficava receosa de mim mesma, do meu sentimento, de como eu iria ficar, de me envolver. Mas com o tempo, o Sr. Wilson foi me cativando de uma tal maneira que, se eu não fosse

acompanhá-lo, eu me sentia mal. Ele me puxou para uma realidade de cuidado que eu tive de aprender, e eu fiz isso perguntando.

[...] Eu me envolvi intensamente com o caso dele. A aparência dele era de uma pessoa idosa, então eu considerava ele como se fosse meu avô, ou um tio... Sr. Wilson era uma pessoa muito calma. Como todo mundo, ele poderia explodir, mas, ao contrário, ele falava “Não adianta dar o passo maior que a sua perna. Não adianta você querer ter tudo na vida sem ter qualidade”. Então ele falava muito assim comigo. O Sr. Wilson me ensinou a não ter medo de perder as pessoas, eu tinha medo de me aproximar demais das pessoas e elas morrerem. Eu ficava abalada, e o Sr. Wilson, eu acho que ele percebeu muito isso, então ele trabalhava muito isso comigo também. (narrativas rueiras, 2023)

Em dezembro de 2017, entre idas e vindas ao abrigo, casa de passagem e CAPS AD, após aproximadamente um ano de intenso e desgastante tratamento de uma neoplasia de cabeça e pescoço, o Sr. Wilson veio a falecer. Seus últimos momentos de sua realidade encarnada se passaram no leito noite do CAPS sob os cuidados desta equipe em parceria com o CnaR. Sem nenhum contato familiar, em seu processo de despedida, manifestou de forma simples e tranquila a sua gratidão pelo cuidado oferecido.

PAISAGEM CARLÃO

Encruzilhada 1: Aproximações

Em uma tarde de quinta-feira, em abril de 2016, o CnaR de Campinas estava em reunião de equipe, conforme previsto em seu cronograma semanal. De acordo com o objetivo desse arranjo institucional, esse espaço destina-se a problematizar, de forma coletiva e democrática, diversos temas do cotidiano, promovendo a elaboração e construção contínua do processo de trabalho. Entre os temas discutidos, estão, por exemplo: a organização das ofertas de cuidado, levando em conta o contexto atual (político, econômico, social, cultural e violências, entre outros); a dinâmica dos campos de atuação, sejam eles fixos ou móveis, considerando toda a sua complexidade logística, infraestrutural e funcional; questões burocráticas e administrativas relacionadas aos registros e protocolos de atendimentos, além de alinhamentos de acordos institucionais para a manutenção da rotina de trabalho, incluindo a gestão do contrato de cada profissional (papel, frequência, férias etc.).

É importante destacar a centralidade e relevância das reuniões de equipe e seus impactos no processo de trabalho do CnaR como um todo. A partir delas, ocorre um

constante redirecionamento, tanto singular quanto coletivo, das ações produtivas dessa unidade de saúde. Um dos desafios em curso nessa proposta é o exercício do poder de forma democrática, continuamente reconstruído por meio da exposição, do diálogo crítico e propositivo, em que a equipe busca pactuar coletivamente seu modo de produzir saúde. Esse espaço organizacional, no qual se busca criar um local de discussão, reflexão, elaboração e construção contínua dos projetos terapêuticos singulares (PTS), também é um lugar em que contradições, desentendimentos e desafios humanos se apresentam. É necessário garantir que o cuidado com o furor emocional dos participantes ou os equívocos de cada um não interfira de maneira prejudicial no andamento das ofertas clínicas do CnaR.

Nunca é demais lembrar da profunda implicação dos profissionais que compõem esse coletivo. Embora o envolvimento dos trabalhadores seja intenso, com a atualização constante e cotidiana de suas ações impulsionadas pela vontade de agir e transformar certas realidades sociais que o "mundo-rua" nos impõe, esses mesmos profissionais também precisam de cuidado e suporte. Isso é essencial para que os processos de produção de cuidado não naufraguem no mar das ilusões geradas pelo ego e pela vaidade do ser humano, que insistem em emergir em todos nós.

Mesmo assim, há uma aposta na democracia e uma democracia de apostas que formam o estar ali com o outro no rumo de construir possibilidades no/em comum,²⁰ jamais iguais. A reunião de equipe é um arranjo organizacional privilegiado, cuja compreensão, orientação e condução dos casos clínicos guiam nossas práticas singulares, sendo um elemento central na preparação das ofertas clínicas para cada contexto específico na relação com os usuários do serviço. Nessa perspectiva, foi durante uma acalorada discussão de caso em uma reunião de equipe que me deparei com Carlos – ou melhor, “Carlão”, como ele gostava de ser chamado.

Recordo algumas falas dos profissionais do CnaR durante aquele momento:

A situação do Carlão é muito precária, o local onde ele fica é muito sujo, fedido, cheio de entulho, acúmulo de coisas velhas, tem fezes humanas, de animais e alimentos apodrecendo.

²⁰ Aqui, o comum se refere à prática política de construção coletiva no alinhamento decisório das ações de cuidado disputadas entre os atores envolvidos nesse processo social de produção e cooperação. Portanto, embora sejam definidos coletivamente alguns direcionamentos de ação cuidadora, a diversidade de opiniões se faz presente, não sendo dissolvida numa unidade e igualdade de opiniões consensual, tampouco unilateral.

[...] Não sei o que podemos fazer por ele. É um acumulador, paciente difícil, às vezes, ele deixa entrar para fazer o curativo nas escaras. Mas, quando ele tá de mau humor, ele recusa a nossa presença, nos xinga e manda a gente ir embora. Na verdade, nem sei se seríamos nós ou o Centro de Saúde da região que deveria fazer esses curativos. De acordo com o conselho de enfermagem, nós não temos respaldo pelas condições de fazer esse procedimento naquele local.

[...] A Assistência Social informou que, por inúmeras vezes foi, solicitada a acessar o barracão do Carlão acumulador pra tirar ele e outros usuários que moram lá, mas eles falaram que, como ele tem problemas de saúde, então o caso é da saúde.

[...] O 156 [setor da prefeitura destinado a reclamações] da prefeitura tá bombando! Tem moradores vizinhos que tão reclamando da presença deles lá no barracão e querem tirar eles de lá por conta da sujeira gerada pelo acúmulo de objetos. Tem sete denúncias na vigilância sanitária e uma hora acho que eles irão ter de tomar providências mais sérias. A guarda municipal também já foi acionada pra resolver essa situação.

[...] Eu não consigo atender ele. Eu passo mal com aquele cheiro e aquela sujeira. Ali é muito sujo, fedido, eu não aguento ficar naquele lugar, eu não consigo oferecer uma escuta e um acolhimento em saúde mental nessas condições.

[...] Ele deve ter algum problema mental. Tem de tomar haldol. Não é caso de internação?

[...] E você, da saúde mental, Gilson, o que você acha?

Respondi: Para avaliar o contexto, eu preciso conhecê-lo, me parece um caso bem interessante. (narrativas rueiras, 2023)

Deste modo, após muitas discussões e suposições sobre as mazelas e querelas institucionais de todas as ordens somadas aos vetores sociais do que a situação expunha, pactuamos coletivamente em equipe (ainda que sem um consenso) que os profissionais vinculados e com maior proximidade ao usuário iriam apresentá-lo a mim. Além disso, eles se comprometeriam a compor comigo uma rotina semanal de atendimentos para que pudéssemos avaliar o “contexto-Carlão” que tanto reverberava no município. Um PTS estava germinando.

Encruzilhada 2: O pouco que sabíamos

Carlão teve o primeiro contato com o CnaR em janeiro de 2013²¹ no campo fixo que era realizado na Praça Rui Barbosa, localizada atrás da Catedral de Campinas, no

²¹ Dado referente a fonte de informação de registro em prontuário.

coração central do município, mas efetivamente desenvolveu uma relação de cuidado contínuo a partir de fevereiro de 2016.

Acho que o que mais me chamava a atenção no Carlão era a articulação dele na rua.

[...] Um cadeirante. Era uma pessoa, por exemplo, que tinha autonomia pra certas coisas e outras coisas que ele precisava de ajuda. Eu acho que isso deixava ele bastante entristecido, chateado e algumas vezes até mais preocupado e nervoso, né.

[...] Eu me lembro d'a gente abordá-lo na rua, principalmente na Catedral. Teve também a participação dele em fórum, na época tinha aquele fórum na rua... deve ter sido por aí que acessamos ele pela primeira vez, mas eu acho que foi abordando ele, eu não tenho certeza.

[...] Foi alguém que passou um e-mail de que tinha um morador nessa casa que tinha sido abandonada e, segundo o próprio Carlão, o proprietário deixou ele ficar lá para que ele pudesse tomar conta da casa, mas né?! (risos) Cuidar da casa era bem complexo porque ele não conseguia cuidar nem dele e aí a gente chega lá como um serviço de apoio. Só que daí começou a vir denúncias pelo mal cheiro, quantidade de coisas e de lixo que tinha lá dentro, enfim... foi isso.

[...] Uma das primeiras abordagens que eu lembro do Carlão é ele questionando o trabalho, a falta de atendimento, a falta de cuidado, indo para alguns serviços e reclamando que não tinha atendimento. E, depois, a gente questionava muito como é que, se ele não tinha atendimento, se ele tinha os curativos? (narrativas ruerias, 2023)

Era uma pessoa cadeirante e sempre estava acompanhado por muitos cães, utilizava sonda externa para excretar líquido através da urina em condições precárias de higiene, além de apresentar escaras de pele na região sacral devido ao longo tempo de permanência sentado. Esta última era a sua principal queixa de cuidado em saúde direcionada ao CnaR.

Quando a gente é chamada para fazer o atendimento do Carlão, o que mais me chamou a atenção é o estado deplorável, né?! De condição sub-humana que se encontrava esse usuário. Até entender toda a história de vida e que ele tinha uma questão de que ele tinha tomado tiros e ficado numa cadeira de rodas. Enfim, foi bem impactante pra mim o Carlão, de todos esses anos de consultório. Eu acho que, de toda essa população vulnerável na rua, de rua, enfim, o Carlão me surpreendeu. Mesmo porque aquelas escaras, que hoje é aquela lesão por pressão, era surreal em quantidade, em tamanho e na questão da higiene propriamente dita. O autocuidado prejudicado, a crítica empobrecida, ele tá vivendo dentro do lixo... Aliás, tava integrado né?! Ele fazia parte de tudo aquilo.

[...] Ele tinha um local de permanência que era uma garagem aonde [sic] a gente o atendia, e ele ficava aqui com mais outros usuários, dois ou três cachorros... Fazia uso de Uripem, como se fosse uma sondinha pra poder urinar e mesmo assim era meio que improvisado. Na verdade, ele fazia isso com uma camisinha, uma mangueira improvisada lá para cair num reservatório que era uma garrafa de Coca-Cola de dois litros. As escaras eram devido à pouca mobilidade, então... como ele fazia o uso da cadeira de rodas, ele tinha pouca mobilidade por conta desse tiro que ele tomou na coluna e aí ele começa a permanecer muito tempo deitado numa posição só, não tinha condições de fazer uma mudança de decúbito... ele não conseguia, na verdade, super emagrecido e tudo mais.

[...] O que mais me chamou a atenção foi o fato de ver a situação que ele tava. Uma pessoa cadeirante que vivia não totalmente em situação de rua, que tava em passagem de rua, mas ainda assim vulnerável. E, depois, foi ver a forma em que ele vivia, porque talvez, se ele estivesse na rua nesse primeiro momento quando a gente viu, a gente se impressionaria menos. Porque ele morava numa casa onde era totalmente um caos, muito suja, cheio de rato, barata, fezes, urina. Isso me chocou muito. (narrativas rueras, 2023)

Pouco ou quase nada se sabia sobre a história de vida de Carlão, além de suas diversas passagens por alguns serviços da Assistência Social. Esses contatos geralmente tinham como objetivo regularizar sua documentação, além de algumas tentativas frustradas de inseri-lo em uma moradia “fixa”²² de caráter assistencial e ou religioso. Carlão, sendo bastante questionador e politizado,²³ afirmava que não iria para os locais indicados pela “força-tarefa” assistencial, pois não eram locais adaptados à sua condição de cadeirante, deixando-o em estado de extrema dependência da “boa vontade” alheia, o que lhe causava constrangimento e feria a sua autonomia como cidadão em seu direito de locomoção. Além disso, ele argumentava que os locais sugeridos comprometeriam grande parte de seus gastos, considerando o benefício que recebia do INSS, o que, de fato, demonstrava coerência.

Contudo, apesar de fortalecido na realidade do seu contexto de vida, a sua condição físico-orgânica de pele gritava por cuidados em saúde. Essa necessidade se somava aos sinais de incômodo social gerados pela complexidade de sua existência em “seu barracão”, um espaço repleto de objetos imagináveis e inimagináveis, misturados à

²² Especificamente, aqui é uma referência aos abrigos da assistência social, de instituições religiosas ou mesmo pensões.

²³ Inclusive, possuía reconhecimento e lugar de destaque pela população de rua por ser uma figura de referência na mediação de conflitos do complexo território de vida rueira da região central, além de sempre tecer críticas concretas acerca do efeito de algumas políticas públicas direcionadas à população de rua em suas mais variadas faces, sejam elas da Assistência Social, Saúde ou Segurança Pública, dentre outras.

sujeira e às mais variadas formas de animais e insetos que habitavam aquele ecossistema surreal. Esse local não tinha água, mas contava com energia elétrica, conectada ilegalmente pelos conhecidos “gatos” clandestinos.²⁴

Encruzilhada 3: O encontro

E lá fomos nós, paramentados com o amarelo dos nossos uniformes, dentro de nossa van estilizada na mesma cor. Naquele instante, éramos os trabalhadores designados do plantão vespertino para atender Carlão em seu famigerado mocó em uma terça-feira ensolarada. Nossa equipe era composta por uma técnica de enfermagem, uma assistente social, uma redutora de danos e eu, o psicólogo, “a bola da vez”. Minha estratégia para esse primeiro contato vislumbrava um horizonte otimista: me apresentar, proporcionando um acolhimento simples e discreto, destacando a presença física e expandindo a capacidade de escuta, na tentativa de ganhar, aos poucos, a confiança do usuário e possibilitar a criação de um vínculo relacional que ampliasse as condições de proporcionar processos cuidadores ao longo da construção do almejado PTS²⁵ idealizado e discutido em nossa reunião.

Nessa via, perseverarei incitar a abertura para que aquele encontro clínico semanal se consolidasse como energia motriz na experimentação e construção em ato de outros territórios de cuidado com maior abertura aos processos vitais em existencialização sob as forças indomesticáveis-temperantes do movimento em devir. Dito de outro modo, a composição desse caminho se configurava pelo ponto de partida de um lento e discreto agir em presente e constante preparo e atenção para que as condições de possibilidade do território do cuidado fossem potencializadas. Num momento posterior, porém não segmentado, me voltava ao plantio e o cultivo dos encontros, propondo efetuar a colheita dos seus frutos através de processos de reavaliação coletiva e permanente de nossas ações. Em suma: plantar bons encontros para colher frutos cuidadores no âmbito da atenção psicossocial.

²⁴ Nome popular dado às conexões de acesso à energia elétrica clandestinamente instaladas de forma precária e ilegal. Também é conhecido como furto de energia elétrica.

²⁵ É um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, sendo este conjunto um produto da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar. Um de seus objetivos principais é aprofundar as possibilidades de intervenção sobre determinado caso. Costuma ser utilizado em situações mais complexas, contudo, eventualmente, também pode ser usado em qualquer equipe para discussão e responsabilização de problemas complexos (Lopes, 2014).

Uma aposta simples e ao mesmo tempo complexa experimentada na junção entre a Política Nacional de Saúde Mental e a Política Nacional da Atenção Básica, conforme sinaliza estrategicamente o CnaR em sua lida cotidiana ao defender visceralmente os princípios e diretrizes do SUS, estejam estes localizados em qualquer área social. Foi nessa empreitada ditada ao ritmo do passo lento-cadenciado em tessitura artesã que o agir clínico rueiro convida em sua magia do estar ali com o outro em suas veredas e seus modos de construção e reinvenção de si, nos redimensionando na alquimia da vida em seus mistérios inomináveis. Não seria esse um caminho interessante aberto pelo CnaR para problematizarmos o cuidado integral em saúde?

Todavia, um aprendizado importante e vivido diariamente no CnaR é o desenvolvimento da capacidade de realização do nosso trabalho de acordo com a flexibilidade, adaptação e resiliência a todo e qualquer tipo de adversidade. Pois, sabemos de maneira clara e concreta que a força vital que vem das ruas não cabe totalmente na moldura de nossas programações para o cumprimento de qualquer tipo de protocolo, regimento ou previsão de quaisquer ordens normativizantes-normalizadoras, embora, na realidade sociocultural atual, por exemplo, através das instituições de ensino e formação acadêmica, bem como na ignorância e desinformação, em outros campos sociais, muitas vezes digam o contrário. Nessa via, ao problematizarmos o nosso agir no CnaR, nos alinhamos à proposta de Antônio Lancetti ao falar sobre a plasticidade psíquica:

Plasticidade psíquica refere as mutações subjetivas dos cuidadores que protagonizam experiências promissoras e as transformações que ocorrem nos usuários da Rede de Atenção Psicossocial. (2015, p. 138)

Quando falamos da rua em sua multiplicidade de sinais e sensações, também promovemos um encontro entre o acúmulo da nossa bagagem pessoal de experiências singulares de vida e um campo de afetação intenso recheado pelo bombardeio de expressividades estéticas em sua diversidade e complexidade existencial que impulsionam o inesperado disruptivo. No caldo dessa potência estética, brotam intensidades irrepresentáveis que compõem outras formas de viver a rotina diária. Em vista disso, Rodrigues e Gondar afirmam:

Pensamos que a plasticidade psíquica pode ser encarada como potência estética, a partir da qual se constrói um processo sublimatório que permite não apenas a criação das obras de arte, mas também as experiências criativas da vida cotidiana. Em outros termos: a

flexibilidade e a criatividade do psiquismo e de seus circuitos se encontram indissociavelmente ligadas à possibilidade de acessar a dimensão estética e sensível que nos constitui cotidianamente, mesmo que de forma violenta. Essa dimensão estética reanima o território estrangeiro interno, sempre recriado e alargado pela realidade externa. (Rodrigues; Gondar, 2018, p. 250)

Dessa maneira, em sintonia com a plasticidade psíquica, o nosso estado de presença enquanto operadores no ato cuidador junto à população de rua é simultaneamente receptor e ativador na composição processos de trabalho mais permeáveis de reinvenção permanente na saúde mental e coletiva. Dito de outro modo, ao navegarmos entre o movimento e repouso da maré dos processos de produção de cuidado no campo da saúde, aproveitamos o seu balanço e a sua fluidez para sentirmos, aprendermos, adaptarmos e nos fortalecemos diante das adversidades das tormentas diárias para a abertura de outros mares e assim por diante. Afinal de contas, como diz o dito popular: “Mar calmo não faz bom marinheiro”. E, assim, também nos reinventamos no encontro com o outro.

Igualmente, não descartamos os protocolos oficiais (nem poderíamos...), dada a sua importância construída e consolidada pelo conhecimento científico validado pelas fontes tradicionais de ensino, assim como pelas legislações vigentes, que alicerçam, regulamentam e financiam as políticas públicas baseadas na justificativa dos procedimentos realizados nas inúmeras ações que envolvem o campo da saúde. De outra maneira, o que fazemos questão de destacar aqui é que, para efetivar a essência da missão que envolve o CnaR, torna-se condição primordial exercermos uma postura de defesa incondicional da reinvenção da vida como eixo central de nossa existência enquanto produtores de processos cuidadores. Esse processo nos convida a um longo e contínuo preparo de nossa prática cuidadora, onde o primordial é atuar em territórios existenciais não submetidos à moralidade e às forças reacionárias atuantes. Além disso, não se trata apenas de mantermos a proximidade e o vínculo com os usuários que acompanhamos em suas discretas e quase imperceptíveis mudanças, mas de mantermos viva a perspectiva da potência do que cada um pode em seu existir nômade.

Para tal, é fundamental habitar esse território da produção do cuidado em saúde rueiro com implicação ética vitalista amalgamada na habilidade do lidar com as adversidades geradas, muitas vezes, pelo próprio sistema do dispositivo saúde em suas mais variadas faces. Nunca é demais lembrar: A vida não cabe em protocolos! Mas, nesse

contexto, para existirmos enquanto profissionais produtores do cuidado em saúde, precisamos dialogar com eles...

Na verdade, eu entendia que ele não aceitava a condição dele, ele não aceitava a não resolatividade de um problema. Ele queria que as escaras fechassem... ele queria que todas as escaras fechassem... Ele queria que, por um milagre, tudo sanasse, né?! Mas, ao mesmo tempo, ele não fazia nenhum movimento para que isso acontecia [sic] e tinham algumas questões que não iam melhorar. Iria melhorar a infecção, o cuidado, mas ele não iria voltar a andar, ele não iria tirar a sonda, e as escaras só iam fechar se ele tivesse um atendimento correto, num lugar correto, num ambiente correto, como foi no final. Mas não sei nem se fecharia no nível que era a escara dele.

[...] Porque ele foi abrir a porta e aí a porta soltou e quebrou e o Carlão ficou enlouquecido com o nosso profissional. Daí ele teve que mandar arrumar a porta... enfim, a equipe teve de ficar um tempo afastada por conta disso até refazer vínculo e ele entender que foi um descuido e tudo mais, né?! Afinal, era a porta da casa dele. (narrativas rueiras, 2023)

Desse modo, aportamos em nosso destino, o famoso “barracão do Carlão”. Este espaço físico, conforme diziam, era um antigo estabelecimento comercial, mais precisamente um restaurante o qual há algum tempo se tornara um local de invasão para esse grupo de pessoas em situação de rua. Inicialmente, ele havia sido invadido por Carlão, que, através de seu posicionamento como líder engajado, coordenava aquele local onde residiam outros moradores em situação de rua, cada qual com o seu repertório de vida. A porta de entrada do barracão ainda se mantinha originalmente como de um estabelecimento comercial. Era metálica e de enrolar, se encontrando constantemente e precariamente fechada. Adiante, ao aproximar de nossa presença, fomos recebidos aos latidos de uma matilha de cães vira-latas seguido por uma voz masculina ao fundo:

“Quem é?”

Respondemos: “Somos do consultório na Rua, podemos entrar?”

“Podem. Deixa os cachorros sair pra dá uma volta, puxa um pouco a porta pra cima e entra.” (narrativas rueiras, 2023)

E assim o fizemos sob a recepção de dois cães sem raça definida,²⁶ cujos nomes de eram Pingo e Costela, que saíram abruptamente em disparada. Ao adentrar a casa, senti

²⁶ Também conhecido popularmente como vira-lata.

uma densidade atmosférica que pesava sobre meu corpo, parcialmente justificada pelo grande amontoado de objetos, tralhas e trechos variados, somados à sujeira acumulada e ao cheiro desagradável que impregnava cada molécula daquele ambiente peculiar. Não bastasse isso, a sensação de estar sendo assado em brasa, devido ao calor extremo que dominava o lugar, tornava tudo ainda mais sufocante.

“O que vocês vieram fazer aqui? Eu já falei que eu posso fazer o meu curativo...” disse Carlão.

“Viemos ajudá-lo nesse procedimento, caso você ache necessário. Também viemos apresentar o psicólogo da equipe para se você quiser conversar um pouco com ele.” Lançou a técnica de enfermagem, que possuía um vínculo importante com o usuário.

“Mas eu não preciso, eu mesmo faço o meu curativo,” retrucou.

E ela insistiu:

“Acho melhor você conversar com ele. A sua situação tá complicada, já tem sete denúncias contra vocês na vigilância sanitária, uma hora vocês poderão ser retirados daqui. Por favor, conversa com ele que ele pode te ajudar”. (Nesse momento, eu me perguntava no meu íntimo: “Que raio de ajuda eu posso oferecer? Mas enfim...”).

“Tá, mas eu não preciso disso...” (narrativas rueiras, 2023)

Nesse instante, um esclarecimento se faz necessário. No curso dos processos cuidadores vividos na clínica do CnaR, muitas vezes diante de inúmeras situações inesperadas e ou desafiadoras, lançamos mão do uso de nossos processos intuitivos singulares e coletivos para avaliar, decidir e direcionar ações e ou intervenções no contexto vivido em/no ato cuidador. São processos existenciais sensíveis e intensivos repletos por afecções de altíssima complexidade e sofisticação compostos pelo agenciamento de forças expressadas no ali do encontro em contínua transmutação de tempo-espaco-movimento. Em outros termos: o viver possui razões ao mesmo tempo desconhecidas e íntimas no encontro com o outro e, nesse paradoxo, também construímos o cuidado.

Dessa forma, ao mergulhar naquele universo existencial de Carlão, fui atravessado pela vastidão de histórias que se faziam presentes naquele barracão encortiçado²⁷ envoltas em um mistério enigmático, mas ao mesmo tempo concreto e real. Senti que os caminhos

²⁷ Nesse contexto, essa palavra qualifica o barracão como um cortiço, que se refere a uma habitação coletiva e degradada de pessoas pobres.

do cuidado em saúde poderiam se abrir por meio de uma aposta clara, direta e concreta, em uma espécie de “papo-reto”²⁸ sem curvas, rodeios e melindres junto ao usuário. Como uma espécie de diálogo objetivo, direto enquanto forma de “jogar limpo” na construção possível de um território de vida cuidador a partir do encontro com Carlão, driblando a imposição normalizadora do meio social por vezes característica aos diversos operadores institucionais do Estado.

Junto a isso, essa aposta de intervenção buscava tensionar a responsabilização compartilhada produtora de modos de levar a vida em suas formas e expressões singulares, porém, implicadas e corresponsáveis na ação política que mira construir o comum coletivo em contrapartida no do igual aniquilador, domesticador e normalizador introjetado ao longo de nossa história colonial.

Logo, me apresentei e me coloquei a escutá-lo. Aos poucos, ele começou a relatar brevemente sua trajetória pessoal até chegar ali, mencionando outras invasões a locais abandonados e algumas tentativas frustradas de viver em pensões.

“Mas por que você veio falar comigo?” perguntou-me. (narrativas rueiras, 2023)

Nesse momento, percebi uma abertura para expor de forma objetiva as razões e o motivo principal de estarmos ali, fatores que certamente nos colocavam muitos desafios em nossa missão enquanto trabalhadores da saúde, considerando as múltiplas condições de adversidade presentes. Enfaticamente, falei:

“Estamos aqui para tentar ajudá-lo no cuidado de sua saúde. Pra isso, gostaríamos de combinar se tudo bem nós virmos semanalmente te auxiliar nos curativos, e aí você vai me contando um pouco da sua história pra pensarmos juntos no que podemos contribuir com sua saúde. Tudo bem? O que você acha?” (narrativas rueiras, 2023)

Com olhar consternado e boca torcida numa expressão mista de dúvida e desconfiança, Carlão balançou a cabeça lentamente aceitando a nossa proposta. Aos poucos, na balada da sinceridade singela espontânea, se iniciava mais uma história cuidadora.

²⁸ Compreendido, aqui, como diálogo aberto e sincero sem margem para rodeios e/ou eufemismos. Sublinhamos a importância dessa estratégia de ação em várias situações e casos conduzidos pelo CnaR, dada a complexidade do universo rua em nosso fazer cotidiano.

Eu me aproximo do Carlão como eu geralmente me aproximo, como era com outros usuários, né?! O primeiro cuidado era pra gente cuidar do curativo, e aí depois o cuidado foi de começar a conversar mesmo, de entender aquilo tudo que ele tava passando, porque que ele era daquele jeito, porque que ele tinha essa necessidade...

[...] Eu tinha uma compreensão do tratamento dele, um entendimento. Porque, no começo, você olhava pra aquele cara amargo... a gente consegue entender, pô, ele tava numa cadeira de rodas. Mas, o porquê dele tá numa cadeira de rodas que era o pior! Aí eu comecei a entender que esse era um processo da vida dele mesmo, de tudo o que ele tinha passado, essa mágoa, essa cara feia... porque o Carlão era uma pessoa que não sorria. Mas, depois de um tempo, ele começou a sorrir, e aí eu percebi que era uma vivência onde ele levou um tiro, um tiro que não era pra ser pra ele, que a vida colocou ele nessa situação. (narrativas rueiras, 2023)

Encruzilhada 4: O universo Carlão e sua história repleta de institucionalidades

Conforme explanado até aqui, maio de 2016 se tornou uma data marcante na reconstrução de toda a nossa oferta de tratamento, reformulada em reunião de equipe. Aquele velho e deteriorado barracão, localizado em uma antiga rua de Campinas, nos mostrava, em sua expressividade de tons e cores, cheiros fétidos, sons e ruídos indeterminados e inanimados, o dessabor impalatável das infinitas sujeiras e podridões que compunham o lugar. Era uma imensa e desafiadora artimanha de sobrevivência dos viventes alocados ali, em meio a dificuldades reais e concretas, entrelaçadas a realidades existenciais tão díspares do nosso modo normativo e padronizado de viver.

De forma nua e crua, a nossa repulsa de estar ali nesse conjunto de múltiplas privações e degradações inerentes em grande parte ao processo civilizatório vivido pela população de rua por si só já nos provoca um abalo de nossas supostas verdades e certezas até então inquestionáveis. Todavia, compreendemos que esse contexto também produz a vivacidade propulsora capaz de produzir efeitos de grande potencial de reorganização e reestruturação de nosso campo de força relacional ativando outros registros de sensibilidade catalizadores da criação de outras formas de reposicionamento em nossos modos de compreensão do/no universo Carlão de vida.

E, dentro dessa crítica toda dele, ele tinha um apego demais por aquelas coisas dele. E tudo aquilo que eu via era lixo, e ele viu que ele via outra coisa. (narrativas rueiras, 2023)

Figura 4. Carlão em seu barracão



Fonte: Arquivo pessoal do pesquisador.

Nesse contexto, Carlão se construiu como protagonista na construção desse território de existência. Do ponto de vista coletivo, vivíamos grande dificuldade, pois, para além da necessidade de nos reinventarmos enquanto uma equipe de saúde disposta a realizar o nosso ofício recheado de obstáculos estabelecidos no território-barracão, igualmente éramos questionados com regularidade pelos vários atores sociais do

município. Seja por meio das vias institucionais públicas ou seus órgãos competentes, esperava-se que apresentássemos respostas ou soluções possíveis para o pseudocao social ali instalado. De modo geral, as queixas da comunidade reivindicavam a limpeza do barracão, com seus acúmulos de objetos e sujeira, além de manifestarem grande incômodo com a simples presença de pessoas em situação de rua e vulnerabilidade. A ausência de uma infraestrutura mínima de existência expunha, de maneira expressiva e visível, as inúmeras barreiras de acesso à inclusão e aos direitos previstos pelas políticas sociais, conforme orienta a Constituição Brasileira. E, assim, entremeados pelos nossos limites profissionais/pessoais e ao higienismo sanitário e social seguíamos em nosso agir militante do SUS.

Aos poucos, começávamos a conhecer Carlão em sua história de vida singular que o levou até aquele lugar, ainda que esse processo, por vezes, não se apresentasse de forma “lisa” ou tranquila. Vale lembrar as frequentes alterações de humor e os conflitos de Carlão com nossa equipe, especialmente nos primeiros encontros durante seu acompanhamento no CnaR. Nesses momentos, foi crucial aprimorarmos nosso exercício de paciência e resiliência, ampliando e qualificando nossas avaliações clínicas, assim como nossa capacidade de manejo e intervenção dos/nos encontros cuidadores.

Também não podemos deixar de destacar o papel ativo dos demais viventes do barracão, que sempre nos demonstraram apoio, admiração e agradecimento pelo nosso trabalho, reforçando a importância das relações que construímos ali, em meio a tantas adversidades.²⁹

Na via do nosso perseverar constante, paulatinamente conhecíamos um outro universo existencial Carlão em seus modos de ser e de levar a vida. O mesmo, gradualmente se apresentava mais tranquilo e receptivo às orientações, aos procedimentos clínicos especialmente relacionados aos curativos e aos demais cuidados de enfermagem, bem como nos atendimentos psicológicos combinados ao uso da medicação psiquiátrica proposta com objetivo de apaziguamento dos sintomas relacionados ao seu agravamento do estado mental.³⁰

²⁹ Lembramos que não foram poucas as vezes que éramos recebidos no barracão por essas pessoas a contragosto de Carlão, fato que nos provocava um reposicionamento perspicaz na forma de abordagem dos atendimentos.

³⁰ Nesse período, destacamos os sintomas de heteroagressividade verbal direcionada sobretudo à equipe devido à sua impaciência e ao incômodo de receber-nos em seu barracão, assim como à ausência de juízo crítico em relação ao seu estado de adoecimento geral.

Mas a minha aproximação com ele foi realmente um cuidado básico, um cuidado específico relacionado a enfermagem mesmo. De fazer o tratamento, de fazer a troca da sonda externa. Eu lembro que a gente fez o curativo dele no chão, colocamos um lençol de papel e a gente começou a fazer todo o procedimento de debridamento, de curativo, enfim, pra poder cuidar, e até que ao longo do tempo teve um êxito, né?! Mas, como ele ficava muito tempo sem tomar banho, aí não teve jeito, as escaras acabavam abrindo novamente. (narrativas rueiras, 2023)

Esse processo complexo e articulado de cuidado singular no clinicar coletivo aos poucos foi alargando possibilidades de acolhimento ao novo e de abertura do usuário ao acesso às suas memórias em conexão com as diversas experiências vividas, proporcionando vias de reconstrução de sua história de vida. Discretamente, Carlão ia se mostrando mais tranquilo, gentil e receptivo ao nosso contato, chegando até mesmo a nos pedir desculpas por sua “irritabilidade e má educação” na tensão dos desencontros relacionado as nossas várias tentativas frustradas de atendê-lo.³¹ Outros caminhos existenciais iam se abrindo simultaneamente, ligados como elementos ativadores de um reconhecimento acerca da realidade concreta de si, assim como a construção de processos de autopermissão para problematizar o seu contexto de sobrevivência e escolher sobre o direcionamento dos passos seguintes na caminhada inerente à sua jornada existencial.

Salientamos que o contexto da rua guarda surpresas e acontecimentos ímpares que reverberam também no território do cuidado em saúde. Referimos mais propriamente ao tempo e ao movimento do desenrolar de nossas práticas corriqueiras de trabalho, atrelado à sintonia do/no encontro com o universo existencial do usuário-rua, que traz consigo um mundão de vida e possibilidades. Durante os encontros subsequentes, entre curativos, orientações de autocuidado e escuta psicológica, Carlão contou um pouco mais sobre sua história de vida. Contou que trabalhou em vários lugares e em várias funções: marceneiro, metalúrgico, entregador de gás, office boy, “guardinha”.³² Afirmou que sempre gostava de trabalhar e sonhava em trabalhar autonomamente como professor de capoeira em academia de artes marciais, pois para ele lá não haveria patrão para incomodá-lo.

Em seu relato, disse ter vindo para Campinas em 4 de julho de 1977 após inúmeras passagens por instituições de abrigamento de menores, uma vez que não conhecera os seus pais e demais familiares.³³ Chegou a nomear que seu “segundo aniversário” ocorreu

³¹ Lembramos que, em algumas dessas tentativas, fomos recebidos aos xingos, protestos e mau humor e, em outras, sequer éramos recebidos.

³² Também conhecido atualmente como jovem aprendiz.

³³ Chegou a dizer que talvez tivesse uma irmã, porém não tinha conhecimento de seu paradeiro.

em 5 de maio de 1985, data do episódio fatídico em que levou um tiro após um desentendimento obscuro em uma padaria campineira.³⁴ Nesse momento, com um maior vínculo construído, conseguimos orientá-lo a realizar os curativos de suas escaras no Centro de Saúde. Caso fosse necessário para a realização desse procedimento, a equipe do CnaR se prontificaria a encontrá-lo nesse serviço. No mais, continuaríamos realizando outros atendimentos no próprio barracão, inclusive a medicação psiquiátrica injetável que neste momento já fazia parte do seu tratamento.

Encruzilhada 5: Encontro na praça do mercado municipal: colhendo efeitos e seus desdobramentos do cuidar na rua

Era uma quarta-feira ensolarada em Campinas. Como de costume em nossa rotina de trabalho, era dia de atendimento do CnaR no campo fixo, localizado na praça do mercado municipal. Em linhas gerais, o processo de trabalho do CnaR se divide em duas frentes: campo fixo e campo móvel.

Os profissionais do CnaR são conhecidos pelos usuários como “os amarelinhos”, devido às camisetas amarelas que utilizam, o que facilita sua identificação visual. A van estilizada, com cores chamativas, também se destaca nos territórios de atuação, tornando o serviço facilmente reconhecível e acessível aos que dele precisam.

Especialmente nessa quarta-feira, durante a realização do campo, fomos surpreendidos pela presença de Carlão acompanhado por outros usuários pertencentes ao seu barracão, bem como de sua matilha de vira-latas inseparáveis. Estava mais tranquilo do que o de costume, afável e receptivo ao nosso contato, o que nos surpreendeu e saltou aos nossos olhos a tonalidade dessas transformações em seu comportamento. No início, se aproximou da oficina expressiva de desenho,³⁵ tecendo comentários sobre o mundo do trabalho, colocando a importância das oficinas enquanto uma oferta de tratamento psicológico além de gerar alguma renda.³⁶

³⁴ Nesse fato traumático em sua vida, Carlão sempre justificou que foi confundido com outro menor que roubou a padaria e ele acabou tomando um tiro de uma segurança do estabelecimento.

³⁵ Na época, coordenada por uma terapeuta ocupacional da residência multiprofissional de uma universidade parceira

³⁶ Nesse momento, foi sondado junto ao usuário a possibilidade de inserção em um equipamento de geração de renda da rede de saúde mental do município que trabalha na via das oficinas, porém, o mesmo imediatamente descarta essa oferta devido à sua dificuldade de mobilidade.

No princípio, eu não tive tanto contato com ele. Ele vem mais específico pela questão clínica, acho que ele vem por aí. Mas, depois, quando eu fiquei sabendo um pouco da história dele, que ele tinha vontade de fazer capoeira, como eu sou professor de capoeira, eu usei esse viés da capoeira pra construir um vínculo maior com ele. E veio também pelo viés de eu ser homem, porque, como tinham mulheres na enfermagem, então tinha toda essa questão de fazer curativo nele e ele ter de ficar e mostrar as partes íntimas do corpo, e aí eu fui acompanhando e consegui construir mais esse vínculo.

[...] Mas eu lembro que o vínculo maior foi na capoeira. O Carlão tinha uma história de vida muito complicada porque o Carlão, até então, ele era uma pessoa que andava e tinha uma vida normal. E aí, parece que ele foi atingido por uma bala que não era para ele, daí acarretou d'ele ir pra cadeira de rodas, então ele já carregava essa mágoa. Ele falou que gostaria de fazer capoeira, mas não conseguia daí eu falei que a capoeira não era somente fisicamente, a gente pode tocar, cantar e, mesmo na cadeira de rodas, a gente pode fazer movimentos. Então, eu lembro que foi por esse vínculo. Ele começou a colar ali na oficina. Pouco ele participava tocando, mas ele ficava ali no meio ouvindo as músicas.

[...] E aí eu lembro que, nesse momento, a nossa entrada, da equipe toda, foi mais fácil. Ele começou a entender que a gente tava lá pra cuidar dele. Nesse momento, tivemos uma abertura para entrar na casa dele. Ele deu uma amolecida e facilitou o nosso trabalho. (narrativas rueiras, 2023)

A seguir, Carlão veio até mim com respeito e leveza falando mais de si, de sua história de vida, afirmando “Tenho mais tempo para falar de mim”. De repente, ele se abriu sobre a sua sexualidade, revelando o quanto valorizava suas práticas sexuais, ainda que, após o episódio que resultou em sua paraplegia, isso exigisse dele esforço e criatividade para manter esse aspecto de sua vida. Falou sobre o uso de SPAs e que já usara *cannabis*, mas que, por hora, apenas bebia cerveja ocasionalmente.

Um ponto primordial desse encontro foi o tema relacionado à sua moradia, especialmente em relação à invasão do barracão. Ao questioná-lo, Carlão abre um sorriso maroto, justificando que, ao acumular aquele tanto de tranqueiras mil, aumentava a dificuldade de o expulsarem daquele local, o que, para ele, se configurava como importante estratégia de “barreira” de defesa redutora de sua expulsão daquele espaço meticulosamente invadido e arduamente habitado para além de qualquer manifestação de caráter esquizofrênico, conforme muitas vezes rezam os manuais psiquiátricos e/ou psicanalíticos. Mais do que isso, no jogo da sobrevivência, essa estratégia se configurava como uma estratégia singular de redução de danos à expulsão humana intensamente

apoiada por setores conservadores, imobiliários, higienistas e predatórios de boa parte do cosmos campineiro.³⁷

Posteriormente, Carlão pediu desculpas ao redutor de danos pela hostilidade que havia demonstrado no primeiro encontro no barracão, quando foi necessário quase arrombar a porta de metal para que nossa equipe pudesse entrar. Sua atitude marcou um gesto significativo de reconhecimento e mudança em relação ao vínculo com a equipe.

No desfecho desse surpreendente dia de atendimentos, Carlão recebeu cuidados de enfermagem voltados para o autocuidado, com ênfase nas suas persistentes escaras. A equipe do CnaR, após avaliação clínica, sugeriu a necessidade de uma avaliação dermatológica especializada em um hospital do município para qualificar o manejo clínico de seu caso. Após alguns segundos de escuta atenta, Carlão acolheu as orientações e, de forma reflexiva, pontuou: “Eu pensei bem e acho que devo escutar mais vocês.”

E, no clarão escaldante do sol daquele final da manhã inusitado, Carlão iria embora aos gritos de comando à sua matilha viralatônica inseparável e na companhia solidária dos parças de rua que empurravam sua cadeira de rodas.

Encruzilhada 6: Re-existindo³⁸ à flor da pele

Aos poucos, notávamos que o vínculo e a confiança de Carlão com o CnaR estavam se fortalecendo, proporcionando uma nova relação dele com seu corpo e seus modos de produção de outros cuidados de si. Seu deslocamento em busca do nosso contato, seu interesse pelo seu processo de adoecimento, bem como pelas orientações direcionadas ao tratamento, somavam-se para disparar formas de exercício de autonomia, numa proporção equilibrada entre saúde, assistência social e habitação, entrelaçando várias dimensões de sua vivência cotidiana. Isso reconfigurava de forma discreta, gradual e marcante cada encontro com nossa equipe.

Nesse momento, a série de acontecimentos na evolução de seu processo vital nos levou a presenciar um novo marco em sua evolução clínica: sua ida, de livre e espontânea

³⁷ É importante destacar que, mesmo sendo um espaço invadido, Carlão mantinha contato com o proprietário do imóvel em intensa negociação de permanência. Essa situação era pactuada entre ambos, devido ao gigantesco atraso nos pagamentos de IPTU (o que gerava um custo colossal...) associado à deterioração do imóvel, muito provavelmente questionada pelos órgãos competentes.

³⁸ Neologismo surgido na escrita desse trabalho. Aqui, ele e suas derivações, como re-existência, se referem ao ato de existir em resistência.

vontade, para uma consulta em um hospital municipal, para uma avaliação clínica especializada relacionada às suas escaras.

Imediatamente, ao sabermos dessa informação inesperada, nos prontificamos a visitá-lo no hospital para nos apropriarmos mais do contexto e compormos uma proposta de trabalho em rede, com o intuito de ampliar o suporte de cuidado em parceria com a equipe clínica hospitalar, além de garantir a continuidade de um tratamento qualificado após a alta.

Ao chegarmos lá, encontramos um Carlão tranquilo, afável ao nosso contato, com boa aparência e higiene pessoal. Ele nos solicitou se poderíamos trazer um jogo de “caça-palavras” para passar o tempo maçante no hospital. Perguntamos como estava.

Estou bem, como vocês me falaram que era importante eu passar por uma melhor avaliação, resolvi vir diretamente. Mesmo eu sendo um cadeirante, eu não gosto de ficar dependendo dos outros. (Carlão)

Em seguida, pontuamos a importância de sua iniciativa em cuidar de sua saúde de forma efetiva. Salientamos que, apesar de estar em um estabelecimento hospitalar, era notável sua desconstrução da relação com o adoecimento e sua reconstrução no cuidado de si. No entanto, destacamos que outros aspectos de sua vida tinham igual importância nesse processo de recomposição e ainda mereciam maior atenção. Em especial, para viabilizar um tratamento de forma qualificada e integral, avaliávamos como uma possibilidade importante a inclusão do cuidado e a reorganização de seu espaço de permanência no barracão ocupado, dado o estado de “insalubridade” geral daquele local, que comprometia a melhoria de sua qualidade de vida, sob o nosso ponto de vista.

Vale lembrar que, embora Carlão tivesse fortalecido o vínculo com o CnaR, o tema relacionado ao seu barracão era um ponto delicado de sua existência e difícil de abordar, dada sua resistência em tratar do assunto. Somava-se a essa resistência o fator da singularidade do usuário, especialmente diante das oscilações em seu estado emocional.

Era aquela coisa de eu fazer o procedimento, a técnica e ele falou: “Ôpa, se eu não tiver vontade eu não vou querer que você faça o curativo.” E várias vezes ele recusou o curativo. E aí eu tive de entender. Eu pensava “Caramba, eu vim aqui, uma equipe de saúde, vim trazer todos esses insumos, viemos num local insalubre para fazer o curativo daí ele falava que não queria...” Então, eu entender que ele não queria e ele tava no direito dele foi complicado pra mim. Mas, depois que você entende, você também leva isso para outros usuários. Ele exercia essa

autonomia, mas ao mesmo tempo, ele tinha uma crítica empobrecida por que ele deixa eu pensando várias vezes se ele tinha algum outro tipo de transtorno, que ele provavelmente tinha, mas eu não consigo nomear. Mas... é muito louco, né?! (narrativas rueiras, 2023)

Esse ponto apresentava uma relação intrínseca com os demais campos do cuidado, representando um obstáculo paradoxal na realização das práticas clínicas do CnaR. Por um lado, o desenvolvimento das ações de cuidado era dificultado pela sazonalidade emocional do usuário; por outro, esse funcionamento “carlônico”³⁹ nos confrontava com nossa ignorância diante da alteridade existencial do outro, especialmente aquele em situação de rua. Essa alteridade tinha a capacidade de implodir nossos referenciais culturais, inclusive aqueles relacionados à nossa missão como profissionais operadores do campo da saúde, muitas vezes contaminados pelo preconceito social em relação à PSR. Outrossim, pelo nosso furor curador a todo custo e de qualquer modo, muitas vezes pactuado na via de um imperativo curador soberano mais alinhado a uma ortopedia social (Foucault, 1986) de cunho moralizante e excludente.

E, assim, novos modos e expressividades de Carlão se manifestavam, nos trazendo ensinamentos importantes no lidar de nossas práticas clínicas no campo da saúde mental e atenção psicossocial. Um ensinamento chave nesse processo foi lidar com a agressividade do usuário, declarada muitas vezes diante de sua opinião opositora à nossas condutas de manejo e intervenção mediante ao transcorrer da avaliação clínica em geral.⁴⁰

Pra ser sincero, o Carlão não era uma pessoa fácil de se atender. Uma pessoa que, muitas vezes, a gente chegava lá e ele não queria conversar. Muitas vezes, a gente chegou lá e a porta tava fechada. Teve uma situação que foi muito engraçada, tava eu e outra pessoa da equipe, quando fomos abrir a porta, nós quebramos ela. Foi foda, pensamos: “Nós quebramos a porta, e agora, o que a gente faz?” O Carlão ficou irritado, mas ele aceitou. Ele entendeu que a gente tava lá pra cuidar dele. Então, ele superou falando “Tudo bem, vamo arrumar?” E aí fizemos uma gambiarra lá e conseguimos arrumar. A gente tava com o vínculo tão legal que ele não mandou a gente embora, só reclamou.

[...] A agressividade dele, né?! Comigo, foram poucas vezes, mas, com a equipe, foi mais, ele se via acuado. Entre várias outras coisas, a gente tentava explicar pra ele e ele falava: “Olha, faz tanto tempo que eu tô com isso aqui e não vai ser você agora que vai me convencer.” E aí, pra

³⁹ Adjetivo que, neste contexto do trabalho, se manifesta para fazer referência ao usuário-guia, portanto, guarda uma função de adjetivo existencial de Carlão com seu jeito singular de ser.

⁴⁰ Aqui, fazemos menção às diversas avaliações profissionais em curso e não somente as avaliações da categoria médica, embora reconheçamos inquestionavelmente o peso sociocultural e decisório desta para direcionar e influenciar os rumos posteriores do tratamento em saúde.

mim, enquanto profissional, eu tinha uma frustração ali, mas o Carlão foi muito mais especial pra mim nesse sentido do que eu acho que eu como profissional pra ele. Pelo menos, é o que eu acho. Especial de vínculo mesmo, de eu ter convivido com ele. (narrativas rueiras, 2023)

Posteriormente, o usuário recebeu alta hospitalar e foi encaminhado para um leito noturno no CAPS III Adulto. No entanto, sua permanência nesse serviço foi breve, pois ele não se manteve no leito proposto pelas equipes do CAPS e do CnaR.

Os atendimentos do CnaR continuaram com regularidade no barracão, com foco no acompanhamento e avaliação em saúde mental através de atendimentos psicológicos e do uso de medicação psicotrópica injetável de depósito, prescrita pelo médico e aceita por Carlão. Apesar de seguir o tratamento, Carlão frequentemente questionava os efeitos colaterais da medicação, que incluíam prostração, lentificação e sonolência, tornando sua vida nas ruas ainda mais desafiadora.

Outro eixo importante dos atendimentos era a problematização do estado de insalubridade do barracão. O grande acúmulo de objetos e tranqueiras colaborava para perpetuar a sujeira, comprometendo não apenas a sobrevivência de Carlão, mas também a qualidade e a eficácia das intervenções clínicas do CnaR. Nesse ponto, a equipe já havia negociado com o usuário a transferência da realização dos curativos para o Centro de Saúde mais próximo, considerando o contexto precário do barracão.⁴¹

Encruzilhada 7: Alternâncias, variações e mudanças de rota na frequência do cuidado

O segundo semestre de 2016 foi marcado por grandes mudanças no cuidado de Carlão, o que desencadeou transformações importantes no seu repertório e seus modos de levar a vida cotidiana.

Os curativos das escaras em seu corpo permaneciam sob a responsabilidade do Centro de Saúde mais próximo, e o vínculo estabelecido entre esta unidade e Carlão se

⁴¹ É importante lembrar que, em meio às dificuldades relacionadas à dinâmica da equipe, o fator sujeira se constituía como um obstáculo concreto para a realização do procedimento de curativo, gerando um clima de perseguição dos membros da equipe da categoria enfermagem sobre alguma possível denúncia ao seu conselho de classe responsável, caso algo mais grave acontecesse. À princípio, parece algo sem importância, porém esse ponto acarretou em calorosas e apimentadas discussões durante as reuniões semanais de equipe.

mantinha estável mesmo que o desenrolar desses procedimentos resguardasse algumas limitações.⁴²

Paralelamente, os atendimentos interdisciplinares de psicologia e enfermagem do CnaR com Carlão no barracão mantinham-se semanalmente como uma oferta clínica essencial na esfera da atenção psicossocial, visando alcançar uma maior compreensão de seus processos de subjetivação, além de uma avaliação contextual e global que possibilitasse a construção de um cuidado terapêutico negociado e direcionado para os caminhos futuros de seu tratamento.

Nesse ritmo, Carlão reiterava constantemente os efeitos colaterais da medicação psicotrópica e, de maneira pontual e discreta, participou de algumas oficinas de desenho realizadas no campo do mercadão. Aos poucos, a equipe cuidadora de referência fazia pontuações sobre a complexa situação de seu barracão quase inabitável, e isso gerava formas mais serenas e tranquilas de elucidação para Carlão acerca desse contexto. Com o tempo, notamos que suas resistências em relação ao tema se abrandavam, permitindo que ele comesse a repensar, junto conosco, sua permanência naquele espaço.

Esse processo se configurou como um importante canal de diálogo e negociação permanente entre a equipe e Carlão, sem a separação rígida de nossas atribuições clínicas, formatadas em nosso arsenal de ferramentas conceituais. Diferentemente, desde o início dos atendimentos, nossa postura foi balizada por um diálogo aberto e sincero, no formato de “papo reto,” condizente com a linguagem da rua. Essa estratégia visava garantir a compreensão de todos, sem restrições, firulas ou camuflagens, que muitas vezes mais atrapalham do que contribuem para a construção de um cuidado em saúde coletivo e cidadão, especialmente quando lidamos com a população em situação de rua.

Percebíamos a necessidade de um cuidado mais intensivo com o Carlão. Em alguns momentos em que ele tava pior, a gente precisava tentar dar um suporte. Porque, pra ele, era difícil aceitar alguns cuidados, pelo menos no começo. Depois, quando a equipe continua nesse processo de cuidado é que ele vai entendendo que a gente tá mais parceiro dele e aí é possível refazer algumas coisas. (narrativas rueiras, 2023)

A partir disso, ampliamos possibilidades para muito além de uma simples e violenta insistência e convencimento inquisitório de “caça às bruxas” que legitimasse a

⁴² Muitas vezes, o usuário apenas retirava os insumos de curativo e o realizava sozinho, o que não era apropriado devido ao contexto insalubre em relação à higiene de seu barracão, bem como pela dificuldades de acesso pela localização dessas lesões em seu corpo.

sua retirada forçada (e de todos...) da ocupação ilegal e imoral na perspectiva de um sanitarismo higienista cego, extremista e intransigente imbuído através atos violentos em seu agir tirano. Ao contrário, a boa e velha sabedoria popular do “conversando a gente se entende” com respeito a integridade e dignidade humana desembocou no acordo pactuado entre equipe e usuário para a limpeza e reorganização do espaço barracão coletivamente, com destaque ao papel protagonista de Carlão durante toda a intervenção; afinal de contas, aquele era o seu habitat residencial, sua morada, seu lar.

Não demoramos muito em levar essa novidade para a nossa reunião de equipe. Em meio a comentários pessimistas – do tipo “Não sei se ele vai continuar aceitando”, “Vai durar pouco tempo porque ele vai voltar a acumular” ou ainda “Ele só tá aceitando porque tá tomando haldol.”⁴³ Porém, não desanimamos em levar adiante a intervenção construída com muita labuta e suor agregados ao odores fétidos que espraíavam pelo imundíssimo barracão.⁴⁴

Logo em seguida, realizamos uma reunião ampliada com o serviço de abordagem social de rua da assistência social para a atualização do tratamento em curso, bem como para uma articulação estratégica intersetorial objetivando avaliar a tentativa de benefício junto ao INSS, visando a garantia do direito à renda, conforme era recorrentemente reivindicado pelo usuário para a melhoria da sua subsistência de maneira geral.

Encruzilhada 8: Desdobramentos: da limpeza e reorganização do barracão ao rompimento provisório

A data de 18 de agosto de 2016 se tornou um marco importante no histórico de tratamento de Carlão desde que passou a ser acompanhado pelo CnaR. Foi nesse dia que, após muitos atendimentos alinhados pelo diálogo franco e diplomático sob a corda bamba vincular com o usuário, nós realizamos coletivamente a limpeza e reorganização do barracão.

Para essa intervenção, foi necessária uma ampla rede de articulações entre os agentes do cuidado integral em saúde, tais como o CnaR, o Centro de Saúde local, o Distrito de Saúde regional e a Vigilância Sanitária, só para citar alguns.

⁴³ Medicação psicotrópica antipsicótica prescrita ao usuário.

⁴⁴ Nunca é demais lembrar que, de acordo com Merhy (2002), no contexto da saúde, todos atores disputam permanentemente o cuidado.

Todavia, as ações concretas de limpeza e reorganização ficaram sob a responsabilidade do CnaR, da Vigilância Sanitária e, claro, de Carlão. Este, limitado pela sua condição de locomoção, teve um papel protagonista nesse processo que foi o de participar na coordenação das ações, mediando a retirada gradual do mar de inúmeros objetos resultante de anos de acumulação naquele espaço reduzido que compunha um certo microcosmo existencial para lá de excêntrico. Sua função se configurou numa espécie de filtro vivo do movimento das camadas trecos, tranqueiras e sujeita retirados aos montes.

Tudo transcorria com uma velocidade, ritmo e dinâmica cadenciados. Arrisco-me a dizer que, sob certo ponto de vista, havia uma atmosfera de harmonia entre a diversidade das pessoas ali atuantes, conectadas a suas atribuições profissionais entrelaçadas no espectro do mapa instituído naquele momento, em sua dimensão e formas perenes. Em determinado momento, fui abordado discretamente por uma trabalhadora da vigilância sanitária que compunha a ação. Ela ressaltou a importância da participação de Carlão nesse processo, mas também enfatizou que era essencial não levarmos tudo embora durante a intervenção. Segundo sua experiência com usuários nomeados como acumuladores, era fundamental deixar alguns pertences no local, por seu valor afetivo e simbólico. Ela explicou que, com frequência, esses usuários se entristeciam ou até mesmo desenvolviam um quadro clínico de depressão quando viam seus pertences removidos por completo.

Mobilizado por essa fala, cujo conteúdo trazia um valioso aprendizado de cunho empírico, muitas vezes negligenciado pelos saberes e poderes vigentes na hierarquia do campo da saúde, decidi realizar uma observação mais atenta daquele processo. Arrisquei levantar a cabeça e tomar uma certa distância para olhar aquela cena de maneira mais ampla. Foi então inevitável notar a expressão de Carlão. Ele estava quieto, com uma fisionomia marcada por consternação e frustração, demonstrando, em alguns momentos, um certo isolamento no meio daquele fuzuê. Mesmo que o coletivo estivesse aberto a acolhê-lo e incluí-lo como peça fundamental de toda a intervenção, sua expressão deixava claro que a situação o afetava profundamente.

Tivemos de trabalhar numa rede imensa pra poder tentar fazer o cuidado dele. Eu acho que a história, bem resumidamente, é isso.

[...] E a gente, então, se reúne junto com outros equipamentos. Se eu não me engano, da vigilância e mais alguém pra poder limpar o local e aí a equipe se disponibiliza pra ir e, na verdade, a gente começa a

descobrir a “caixinha de pandora” ali, né?! E, nesse momento que ele aceita o cuidado, foi muito invasivo... imagina eu entrar na sua sala e tirar tudo aquilo que você tem e você tá no meio daquilo, porque ele ficou o tempo todo lá. Só que ele permitiu que fosse feito, tinha muita coisa no barracão, desde revista pornográfica até gibi. Tinha até uma enciclopédia Barsa, você acredita! (risos) E aí a gente arrumou e organizou tudo, foi muito louco porque a gente organizou como se organizasse a casa da gente. Então, cada um que participou organizou conforme a sua rotina diária como referência sua.

[...] Até então, a gente fez uma limpeza na casa dele, de ir lá tirar toda a sujeira, produzir um ambiente mais agradável pra ele. A gente fez um mutirão junto com outra equipe de saúde, onde nós fomos até o território que ele morava e fizemos uma baita limpeza na casa dele. Lógico, com a permissão dele. E aí foi interessante porque não fomos indelicados, a gente teve uma delicadeza pra chegar lá. Nós só jogamos fora o que realmente era pra ser jogado e com a permissão dele. Eu acho que esse foi o maior sucesso que teve. Por mais que tenha sido um tempo curto de vida, a gente conseguiu produzir um tipo de cuidado que ele entendeu que ele precisava cuidar dele mesmo.

[...] Ele participou da ação e falava intervindo: “Esse não!” “Esse pode!” “Ô perai que eu vou olhar!” E aí, no final, algumas vezes ele falou: “Poxa vocês levaram tudo da minha casa...” Mas, no final, ele falava que tinha sido melhor, que ele tava mais confortável, ele oscilava bastante no humor. Então, ficava nesses altos e baixos aí. (narrativas rueiras, 2023)

No mês seguinte, após reavaliarmos a ação, consideramos importante trazer Carlão para nossa base de apoio, onde ele poderia tomar banho e realizar cuidados de higiene pessoal e estética, como cortar o cabelo e as unhas e fazer a barba com o auxílio dos profissionais do CnaR. Assim, após o convite, fomos buscá-lo com a nossa van e o plano foi executado. Interessantemente, as pessoas mais próximas a ele notaram a permanência de um certo silêncio, algo estranho ao seu humor cotidiano, além de sinais de entristecimento e abatimento, que já haviam se manifestado durante a ação no barracão.⁴⁵

Mais adiante, após todos esses acontecimentos, a equipe considerou importante uma possível ampliação da rede de cuidados em saúde. Tentamos acionar a unidade de atendimento domiciliar para discutir o caso e, se fosse possível, realizar uma visita conjunta ao barracão, visando uma composição entre os serviços para a realização dos curativos das escaras de Carlão. Contudo, essa proposta não se mostrou viável,

⁴⁵ Esse fato proporcionou um movimento contraditório na equipe do CnaR, pois a maioria da equipe considerou que o usuário estava melhor em vista das mudanças. Porém, os profissionais de referência mais próximos avaliavam um movimento diferenciado da forma trivial como Carlão se apresentava emocionalmente, o que não era visto com otimismo por este grupo.

principalmente devido às condições habitacionais e familiares do usuário, que não atendiam aos requisitos fundamentais para a efetivação desse outro serviço.⁴⁶

No entanto, uma mudança radical ainda estava por vir na evolução do tratamento de Carlão, impedindo a efetivação dessa e de quaisquer outras propostas de cuidado. Como já foi mencionado neste trabalho, a complexidade e o mistério da vida não cabem nos parâmetros e protocolos estipulados. O fator humano se afirma como singularidade, agenciado ao imponderável do devir, que muitas vezes irrompe em estados de imprevisibilidade, incertezas e indefinições inexplicáveis, distantes das normatizações e dos enquadramentos da existência – especialmente no contexto das instituições de saúde, que muitas vezes operam com formatações rígidas dos processos vitais, tanto singulares quanto coletivos.

Dessa maneira, Carlão foi se distanciando da equipe do CnaR e desapareceu por cerca de dez meses. Quando o reencontramos, em julho de 2017, fomos surpreendidos por um acontecimento inesperado: Carlão decidiu reconfigurar o contato conosco, afirmando de forma austera e com tons de agressividade que não precisávamos mais procurá-lo, pois ele sabia onde nos encontrar. Desde então, ele declarou que faria os curativos das escaras no Centro de Saúde mais próximo.

Essa atitude mobilizou muito a equipe de forma contraditória, pois parte da mesma se sentia “traída” diante da “ingratidão” exteriorizada por ele. O outro grupo compreendia essa atitude como uma maneira de ele exercitar a sua autonomia frente aos próprios efeitos do tratamento em curso.⁴⁷ Posicionamentos à parte, o fato em comum e trabalhado em supervisão de caso durante reunião de equipe era de que havíamos nos antecipado e atravessamos o tempo de compreensão, elaboração e decisão vivenciado por Carlão. Ainda que ele aceitasse as nossas ofertas cuidadoras, inclusive participando ativamente do seu tratamento. Contudo, nem sempre os processos de produção do cuidado em saúde entram em consonância com os processos de produção das subjetividades singulares em curso, sobretudo em um serviço cuja boa parte da equipe resiste em compreender e até mesmo nega a inseparabilidade de ambos os processos. Com isso, novos aprendizados se apresentavam com suas temporalidades nos indicando e reorientando as nossas ações

⁴⁶ Dentre os critérios de inserção para a unidade de saúde de atendimento domiciliar, um deles, de fundamental importância, é a presença de um cuidador, o que não era viável no caso de Carlão.

⁴⁷ Há, ainda, uma terceira parte da equipe não mencionada, que é a turma do “tanto faz como tanto fez”, pois esta, por exemplo, tem como norte de sua implicação a famosa (e questionável...) justificativa do “estamos aqui somente para receber o nosso salário.”

posteriores, juntamente a outros contornos e manejos relacionais possíveis no encontro com o universo Carlão de ser.

Encruzilhada 9: Reconfigurações no território do cuidado e o desfecho: da recomposição do tratamento ao encontro com a morte

Os dois últimos anos da passagem de Carlão por nosso planeta foram marcados pelas reconfigurações nos planos do cuidado, com destaque para esse novo momento relacional entre ele e a nossa equipe.

Após muito ser discutido e debatido em nossas reuniões, no início de 2018, o CnaR recebia informações através do Centro de Saúde local de que o usuário comparecia com regularidade, retirando insumos para curativos de suas escaras, procedimento realizado por ele mesmo. Vez ou outra, quando o encontrávamos pontualmente nas ruas, sua fala se repetia: “Caso eu necessite, eu sei onde achar vocês.”

Certa vez, a equipe do CnaR foi atender outra usuária em um local diferente de permanência e, surpreendentemente, encontraram Carlão visitando essa mesma usuária, que por um bom tempo havia morado em seu barracão. Ele estava tranquilo, compartilhando momentos de sociabilidade e entretenimento, assistindo TV e fazendo comentários sobre o contexto daquele momento, abordando temas como política, economia e outras questões atuais. Embora essa situação representasse uma experiência trivial e cotidiana para qualquer pessoa, ela foi impactante para alguns membros da equipe, dada a dificuldade que tinham em compreender a multiplicidade de experiências vividas por Carlão⁴⁸ ao longo de sua trajetória de vida. Mesmo que as adversidades relacionadas à vulnerabilidade da vida na rua frequentemente se sobressaiam e pareçam dominar as demais dimensões da vida, o fato demonstrava a complexidade do sujeito, algo que costuma ser negligenciado nos diversos estabelecimentos de saúde.

Entretanto, recebemos informações de outros usuários do barracão, que nos acessavam em nossos campos de atuação, de que Carlão estava apresentando alterações importantes em seu quadro clínico, o que gerava a necessidade de uma avaliação de sua saúde. Essa situação foi reafirmada pelo próprio Carlão.

⁴⁸ Aqui, estendemos essa afirmação ao demais usuários. Esse fenômeno, infelizmente, se apresenta como algo comum no campo da saúde, dada a dificuldade de compreensão e resistência de grande parte dos profissionais dessa área em ampliar o seu escopo de compreensão, bem como na superação dos preconceitos atuantes junto a população de rua.

Assim, devidamente autorizados por ele, tentamos novamente retomar a regularidade dos atendimentos no seu local de permanência. Ao chegarmos lá, ele nos permitiu a entrada, demonstrando cordialidade e tranquilidade. No entanto, ao final da nossa avaliação clínica,⁴⁹ voltou a reafirmar o seu posicionamento de que caso necessitasse dos nossos atendimentos, ele saberia onde nos achar.

Num outro dia, Carlão foi nos achar no campo do Largo do Pará. Com clareza, destreza e objetividade de quem está calejado na lida com a burocracia brasileira, nos solicitou relatório médico para resgate de sua aposentadoria que havia sido bloqueada pelo INSS. Ao encontrá-lo, cumprimentou-me calmo e afetivamente e mostrou a organização de seus papéis devidamente incluídos num saco plástico dentro de uma pasta de documentos que retirara de sua surrada e suja mochila acomodada detrás de sua necessária, porém precária, cadeira de rodas sem um pedal de apoio e repleta de dispositivos gambiarizados⁵⁰ de acordo com a necessidade contextual. Mal sabia eu que esse seria o meu último encontro com Carlão em vida, o que talvez poderia ter me motivado a estender a nossa prosa sempre interessante.

Ao entrarmos em outubro de 2019, fomos surpreendidos novamente. Recebemos vários contatos de um hospital do município para discussão de caso, uma vez que o Carlão estava internado com deterioração do quadro clínico devido a uma piora acentuada na região sacral. Dessa forma, foi realizada uma reunião ampliada com participação do hospital, CnaR e do serviço de abordagem social para esclarecimentos do caso clínico, PTS e construções possíveis e intersetoriais no pós-alta hospitalar. Nesse período, embora Carlão estivesse debilitado fisicamente, apresentava um bom humor e uma lucidez fora do convencional, além de referir estar sendo bem tratado naquele estabelecimento. Manifestava-se esperançoso pela alta, porém se recusava veementemente a ir para alguma forma de abrigamento deixando claro a sua história de vida e o seu jeito de ser no mundão muitas vezes cruel em sua sina, mas também generoso em proporcionar-lhe a oportunidade de trilhar os seus caminhos com uma dignidade e integridade *sui generis*.

Infelizmente, o quadro de Carlão piorava rapidamente, com as lesões de suas escaras na região sacral evoluindo gravemente, quase como “portais de aviso” de um fim

⁴⁹ Neste dia, Carlão estava com sintomas de diarreia, disúria e hematúria.

⁵⁰ Neologismo surgido na escrita desse trabalho. Aqui, ele se refere a uma solução improvisada e criativa (e muitas vezes provisória...) para resolver um problema em contexto adverso. No caso, as conexões de objetos necessários as necessidades do usuário (sonda de camisinha, mochila, água etc.) mediante as péssimas condições de conservação do seu aparelho de locomoção.

próximo. Após um procedimento cirúrgico, poucos dias depois, Carlão faleceu em 3 de dezembro de 2019.

Foi um usuário que a gente teve um processo muito legal de trabalho com ele, né?! E que eu acho legal que deu certo. Infelizmente, hoje ele não tá mais aqui por questões da vida, de tudo o que ele passou... mas, apesar de todo esse caos, de todo esse trabalho que a gente fez, deu muito certo pra ele e foi muito positivo. Ele, nesse momento que a gente se aproximou dele, ele resgatou coisas que ele tinha deixado na vida dele. Que era a questão da autoestima, do próprio auto cuidado. De olhar pra ele mesmo.

[...] Eu avalio que foi muito bom, muito objetivo. A equipe teve uma delicadeza. Tanto o pessoal da enfermagem, da redução de danos, da saúde mental, acho que todo mundo se empenhou, porque todo mundo foi lá fazer a faxina na casa dele. Teve uma delicadeza da equipe mesmo.

[...] Muita contribuição cara! Eu sou uma pessoa nojenta, sedo sincero. Eu tenho um problema com cheiro, sou aquela pessoa que toma três banhos por dia porque eu tenho um problema muito grande com cheiro. E, quando eu entrei no consultório na rua, esse foi o meu maior desafio. Eu entro em qualquer lugar, converso com qualquer pessoa, eu não tenho esse problema porque eu consigo e faço qualquer tipo de atividade. E ter sido jogado numa situação dessa foi um baita aprendizado que eu me superei. Porque olhar aquela pessoa ali toda machucada, fragilizada e eu ter de falar para mim que eu consigo... então, pra mim, foi uma superação. Ainda eu tenho esse problema com cheiro, mas, depois que eu tive esse contato com o Carlão, eu melhorei muito em relação a isso. Porque eu lembro que era uma época que meu filho nasceu e aí eu tinha que limpar e trocar meu filho. Imagina só! Aí nisso me ajudou a superar essa coisa de ter de trocar a fralda e ter de limpar uma pessoa. Pô, cara, foi um baita aprendizado.

[...] Acho que o contato com ele teve contribuições. Na medida em que a gente consegue olhar para esse caso pensando na questão até de outros casos semelhantes, né?! O Carlão foi realmente um caso grave e complexo que precisou em alguma medida que todos da equipe acabassem ajudando e contribuindo na participação. E aí você pensa em outros caso semelhantes de acumulação que, trazendo a teoria na prática, acho que pra outros casos isso iria facilitar. (narrativas rueiras, 2023)

Tive a honra e a satisfação de participar do seu cerimonial funeral lotado de pessoas das mais diversas áreas: da saúde, da assistência social, dos abrigos religiosos de caridade, da mídia informal e, claro, de algumas pessoas da população de rua que vieram celebrar a despedida de Carlão, que estava em processo de passagem de uma realidade

carnal para outra ainda muitas vezes inacessível à maioria das pessoas.⁵¹ Naquele momento, experimentei uma sensação de surpresa e profundo agradecimento a um usuário que tanto nos ensinou sobre a importância de acreditar no potencial cuidador que possuímos, um potencial que transcende os limites do óbvio, do reducionismo e da segregação.

Mais além, Carlão nos instigou e mobilizou a construir e conduzir processos de cuidado de maneira inclusiva e compartilhada, amalgamados na superação de expectativas e previsões estagnadas nas muralhas mentais que muitas vezes enclausuram os bons e vitais encontros – encontros que acendem a chama da vida. Esses encontros têm a capacidade de aproximar vidas em suas redes e multidões existenciais complexas, permitindo o trânsito de expressividades singulares e coletivas, inscritas no real do viver, com sua concretude, sinceridade e ternura. Tudo isso aconchegado na singela sutileza de estar presente no encontro, onde damos passagem a outros mundos e universos possíveis, desejantes, mas muitas vezes não desejados.

Carlão, gratidão por ter existido e por nos ensinar a trilhar alguns caminhos do cuidado.

In memoriam

⁵¹ Importante registrar a grande quantidade de homenagens recebidas por Carlão, o que reafirmou ainda mais o seu carisma e popularidade. Inclusive chegou a receber coroas de flores, banners etc. por parte da comunidade local.

Figura 5. Encontro cuidador no barracão transformado



Fonte: Arquivo pessoal do pesquisador

PAISAGEM GERMÍNIA

Preparando os primeiros passos de uma prática a porvir, mas também podemos chamar de “O início de tudo”

20 de julho de 2015 traz uma marca importante em minha trajetória no CnaR. Esta data se refere ao meu primeiro dia de atuação enquanto psicólogo nessa unidade de saúde

com a qual eu me mantenho ligado profissionalmente até os dias atuais, inclusive como pesquisador desse/nesse campo de estudo.

Em minha memória corporal, propus-me a realizar uma viagem de retorno à atmosfera afetiva que me envolvia naquele momento. Pois, apesar de não ser um iniciante no campo da saúde, eu sentia que era fundamental abrir-me ao novo contexto da rua, que momentos depois seria apresentado a mim com todo o seu vigor, independentemente do que eu pudesse pensar, e muito menos opinar, com base em meu arcabouço de valores pessoais. Aliás, as reminiscências das sensações daquela manhã seca e ensolarada de uma segunda-feira de julho eram compostas por insígnias de curiosidade, incerteza, superação de adversidades e frustrações, as quais eram alavancadas na contramão do nosso meio sociocultural capitalístico, recheado de determinações unilaterais e moralizantes direcionadas aos viventes da rua, destituindo quaisquer possibilidades de ampliação do escopo contextual para análises mais profundas.

Portanto, apesar de minha vasta experiência profissional em outros estabelecimentos de saúde e do forte apego à minha “onipotência curadora”, minuciosamente coconstruída nas armadilhas formativas da saúde – seja na formação em psicologia ou na atuação profissional –, eu me via atravessado pela plenitude de um não-saber. Esse não-saber, que mais tarde se consolidaria como um importante caminho de aprendizado, revelou-se como uma chave para compreender a imensa universidade da vida que também é o universo da rua.

Sendo assim, essa paisagem de cuidado almeja dar forma e expressão a uma experiência cuidadora de uma mulher gestante em situação de rua. De acordo com Barros e Moreira:

A condição da mulher em situação de rua representa uma fratura e vulnerabilidade social da existência, pois está exposta a diversas violências, tais como: estupro, abusos físicos, compartilhamento do seu corpo pelos homens do grupo no qual ela está inserida, o que pode ocasionar uma gestação indesejada. (Barros; Moreira, 2022, p. 39 *apud* Costa, 2015)

Era aproximadamente nove da manhã de julho, com o sol escaldando nossos corpos semidesidratados pela baixa umidade, característica dessa estação (inverno), enquanto estávamos dentro de uma antiga perua rústica. Nossa equipe havia sido acionada por telefone por um serviço de abordagem de rua da assistência social e juntos nos

dirigimos para realizar um atendimento conjunto a uma usuária em um “mocó”⁵² nas proximidades de um bairro perto de nossa base de apoio.

A descrição que recebemos era a seguinte: uma mulher de 24 anos, gestante de aproximadamente seis meses, em situação de rua, sobrevivendo de maneira precária em uma casa invadida, com o autocuidado comprometido e usuária de crack. Por uma inspiração momentânea, decidimos nomeá-la, aqui, como Germínia.

Encruzilhada 1: Primeiras etapas de um Pré-Natal rueiro

Como Germínia já era uma usuária conhecida e acompanhada pela Assistência Social, havia mais algumas informações sobre seu histórico. Sabia-se que ela já tinha um filho de 6 anos, nascido prematuramente em um outro “mocó” de um município vizinho após um parto realizado por ela mesma, tendo sido posteriormente socorrida por uma ambulância de urgência municipal. Naquela época, Germínia relatou que fazia uso abusivo de crack, consumindo cerca de 40 pedras por dia. Chegou a ser internada duas vezes em uma comunidade terapêutica, porém evadiu em ambas as internações sem finalizá-las.

A gente encontrou com ela na rua. De novo, foi o serviço de abordagem de rua que localizou uma moça que tava gestante pedindo no semáforo. Ela se fazia de muda no semáforo pra conseguir dinheiro e aí, quando a gente conheceu ela, demoramos um pouco pra se aproximar, mas ao conseguirmos, ela falava. “Eu fingia de muda, né?!” (risos). Eu acho que ela vinculou justamente porque a gente não foi perguntar pra ela sobre a gestação, nós fomos olhar pra ela. Ela tinha um monte de lesão de pele que ela arranhava e tirava pedacinhos da pele e aí a gente perguntava se ela queria alguma pomada, algum cuidado. E foi assim que nós fomos se aproximando dela. (narrativas rueiras, 2023)

Quando a conhecemos, Germínia relatou estar usando aproximadamente quatro pedras de crack por dia. Embora essa quantidade indicasse uma redução em comparação com seu uso anterior, essa diminuição não se refletia em melhorias no seu estado geral de saúde. Ela se apresentava com uma aparência franzina e suja, visivelmente subnutrida e desidratada, com vários ferimentos e escoriações nos braços e rosto, causados por ela mesma durante o uso de crack.

⁵² Nome popularmente dado para os locais de permanência da população de rua. Podem conter os pertences das pessoas que ali estão e/ou se constituírem como locais de uso de substâncias psicoativas de origem lícita e ou ilícita.

Germínia se expressava de maneira extremamente tímida e desconfiada, com pouquíssima verbalização e uma voz cada vez mais baixa, tanto em volume quanto em conteúdo. Ela só se manifestava quando interagiu com figuras com as quais tinha algum vínculo, especialmente da assistência social e do CnaR, e mesmo assim falava apenas quando diretamente solicitada.

Eu acho que foi a forma como ela engravidou. Como várias meninas em situação de rua, fruto de uma violência sexual não desejada. E aí, quando a gente encontrou ela, ela já estava num estágio bem avançado da gestação que a gente não poderia interromper e a preocupação não era com ela, era com a gestação. Então, todo mundo falava “Ela tá grávida e faz uso de crack,” mas ninguém perguntava se ela queria a gestação, como é que foi que ela engravidou. Então, isso pra mim foi mais marcante. (narrativas ruelas, 2023)

Nessa toada, ao ser questionada sobre o uso de crack, Germínia nos contou que tinha começado a usá-lo há aproximadamente dez anos, período em que também relatou ter sofrido repetidos episódios de abuso sexual, perpetrados por pessoas próximas e familiares. Em relação ao núcleo familiar, ela mencionou sua mãe, dizendo que ela morava em uma cidade vizinha e sofria de algum transtorno mental grave, tendo sido internada diversas vezes em hospitais psiquiátricos, mas que já não mantinha contato com ela. Quanto ao pai, Germínia contou que ele formou outra família, mas também não manteve proximidade com ele. Ela destacou que sua última morada fixa foi com uma tia próxima, com quem mantinha algum contato pontual.

A partir desse contexto, iniciamos os primeiros acessos e abordagens junto à usuária em seu local de permanência, o despedaçado “mocó”. Esse local era uma casa desocupada, sem água ou energia elétrica, disponível para locação ou venda, situada em um bairro próximo à base de apoio do CnaR. Sua aparência refletia o desgaste natural pelo desuso, somado ao descuido com a manutenção. No entanto, suas características arquitetônicas indicavam que não era uma casa tão antiga.

No cenário degradado do quintal, o mato que proliferava incluía uma variedade de ervas daninhas, que se misturavam ao matagal e ao entulho do terreno baldio vizinho, formando um incômodo ecossistema que abrigava uma fauna indesejável, composta por ratos, cobras, lagartos, baratas e outros insetos inclassificáveis por mim, um psicólogo amante da natureza, mas não biólogo.

Havia algumas paredes de tijolo aparente com o seu leve brilho envernizado e empoeirado, visível através dos raios solares que teimavam em entrar naquele recinto.

Além disso, notava-se a presença de poucos utensílios de cozinha desgastados, que pareciam acolher uma infinidade de fungos e bactérias, e alguns lustres desatualizados e quebrados, com vidros talhantes.

O que mais nos chamou a atenção foi a sensação de que, no passado, ali certamente viveu uma família. Germínia, no entanto, nos afirmou que, apesar das condições precárias, sentia-se segura e protegida naquele espaço, mesmo sobrevivendo sozinha e usando crack isoladamente naquela casa “não muito engraçada”, que tinha teto, mas quase nada mais.

Naquele momento, a nossa visita domiciliar, muito incomum, já começava a compor estratégias para construir uma linha de cuidado audaciosa, traçando um caminho a ser percorrido junto com Germínia no mano a mano, artesanalmente, na clínica construída pacientemente nos encontros. Pois, não é demais lembrar que a demanda instalada clamava por urgências e múltiplas avaliações, mas, como estamos no campo da saúde, focamos em nossa missão de aos poucos ofertar cuidados de maneira discreta e menos invasiva possível, vislumbrando garantir a consolidação do vínculo para sequencialmente acompanharmos a sua evolução, em especial, uma que já se anunciava como um centro de nossas ações: o pré-natal e o parto.

Nesse delicado processo de construção, algumas estratégias simples se mostraram bastante eficazes, como pedir autorização com civilidade para adentrar o mocó; limitar o número de pessoas que entravam, priorizando aquelas que já tinham algum vínculo estabelecido; dialogar com Germínia de maneira singela e acessível e não focar exclusivamente no tema da saúde sob o ponto de vista clínico tradicional. Em vez disso, ampliamos nossa abordagem, valorizando sua história de vida, evitando tratá-la como um mero objeto de interesse para nossas intervenções.

Acima de tudo, nossa aposta cuidadora trilhava caminhos desejantes para garantir o acesso integral à saúde, de maneira inclusiva e cidadã, sempre valorizando ao máximo a participação efetiva de Germínia.

Não foi nas primeiras consultas que a gente começou a fazer o pré-natal, acho que foi um pouco mais pra frente de falar de fazer o pré-natal, de falar de cuidado. Mas aí eu não lembro se ela pediu ou se a gente convenceu ela a ir para o hospital psiquiátrico para um cuidado porque ela tava em situação de vulnerabilidade e de rua, fazendo um uso de substância intenso. Até pra comer era difícil, eu lembro que, às vezes, a gente comprava marmita pra ela. (narrativas rueiras, 2023)

Se, em uma suposta condição de “normalidade” sociocultural, a gestação e o parto já se configuram como fontes de tensões, debates, discussões e reflexões, imagine em situações como esta, onde a avaliação contextual e nossas apostas de intervenção clínica facilmente se tornam capturadas e enclausuradas pelos seus próprios regimes de produção de verdade e de sentido. O que está em jogo não é apenas o cuidado em si, mas a capacidade de transcender as normas e expectativas estabelecidas, ampliando o campo de ação para lidar com a complexidade e a singularidade da experiência de vida da usuária, além dos condicionantes sociais que a cercam...

Pra mim, era primeiro tentar olhar para ela e, depois, acho que era uma redução de danos do que era possível fazer ali, porque era tanta vulnerabilidade junto, né?! Gestação fruto de uma violência sexual que foi pouco abordada, carregar uma gestação não desejada, a questão do uso [de SPAs]. A questão da culpa social: “Ah, você tá gestante e você faz uso de drogas! Você não quer a criança! Você é uma má mãe! Você vai vender essa criança!” Tiveram pessoas que chegaram a falar isso. Então, acho que eu consegui fazer com ela foi tentar fazer uma redução de danos para ajudá-la a passar por isso da forma menos dolorosa possível. (narrativas rueiras, 2023)

Salientamos que os viventes das ruas destacam-se pela diversidade e multiplicidade existencial que compõem suas vidas enquanto parte integrante de si mesmos. Nesse mapa complexo, observamos a presença de mulheres que passaram pela experiência da gestação, o que nos mobiliza a problematizar esse tema e sua relação com nossa clínica. Assim, entendemos que o cuidado à saúde das gestantes em situação de rua deve ser compreendido em suas singularidades. Um olhar sensível, atento e desprovido de valores moralizantes em relação a esse grupo possibilita a abertura para outras estratégias de cuidado, caracterizadas pelo direito ao acesso universal e integral, pela corresponsabilização e pelo zelo, tanto da genitora quanto da criança e da comunidade ao redor.

Essas práticas de cuidado se realizam de forma peculiar, levando em consideração vários vetores de análise e avaliação, como tempo, espaço e movimento – ou, em outros termos, os territórios existenciais. Nesse sentido, a dimensão da visibilidade se constituía como um componente primordial no prisma de nossa compreensão da singularidade de Germínia, em seus modos de levar a vida na contramão dos ideais e valores predominantes na sociedade.

Especialmente, o próprio paradoxo que envolve a passagem da invisibilidade para a visibilidade das mulheres⁵³ que se tornam gestantes:

Há um paradoxo entre a visibilidade e invisibilidade feminina: enquanto mulher, essas vulnerabilidades muito provavelmente passaram invisíveis. Entretanto, a partir do momento em que ficaram grávidas, essas mulheres se tornaram visíveis, principalmente aos julgamentos de uma sociedade que está mais propensa a condenar moralmente do que oferecer acolhimento e cuidado. (Rios, 2017, p. 55).

Encruzilhada 2: Pré-natal em curso, caminhos se abrindo...

Nossos encontros com Germínia foram germinando novidades e possibilidades. Curiosamente, ela tinha uma aparência juvenil, se apresentava timidamente com um sorriso maroto e desanuviado, por vezes até com ares de puerilidade, assemelhando-se a uma criança perdida e desorientada em busca de uma referência, de uma orientação contextual pelo sentido que o outro dá em situações enigmáticas e desconhecidas do viver. De certa forma, lembrava o comportamento típico de crianças curiosas que nos bombardeiam de perguntas muitas vezes desconcertantes e irrefutáveis buscando respostas e sentidos simples e objetivos para algo extremamente complexo no existir humano.

Nesses encontros, pouco a pouco, fomos aprendendo a lidar, a “descobrir” – ou melhor, multiplicar e reinventar – outras Germínias na relação disparada pelos nossos fazeres-saberes clínicos. Nossas interações oscilaram entre consultas multidisciplinares no pré-natal e o acompanhamento em exames de ultrassom, que, naquele momento, indicavam uma gestação de aproximadamente vinte e cinco semanas (cerca de sete meses).

A realização desse exame demandou da equipe sensibilidade e delicadeza no manejo com a usuária respeitando o seu tempo em consonância com os tempos das avaliações clínicas. Sincronicamente, essa intervenção também foi fruto de uma articulação minuciosa em rede de cuidado intersetorial com uma profissional do serviço de abordagem de rua da assistência social, com a qual a usuária mantinha um vínculo sólido, tornando-se figura de referência central de Germínia em todo o processo de cuidado. Foi a partir dessa pista importante que reconhecemos uma via de entrada

⁵³ Aqui, nos referimos especificamente às mulheres gestantes em situação de rua, embora, em certa medida, também estendemos essa acepção às demais mulheres gestantes.

facilitadora junto à usuária não somente nessa ação como durante toda a sua trajetória de cuidado. Logo, o exame se desenrolou de forma coletiva entre a equipe do CnaR e o serviço de abordagem. Saúde e assistência social em parceria, fomos acompanhar Germínia desde o acesso no mocó com toda a preparação e atenção para ida ao exame.⁵⁴

Aos poucos, com muita discrição, íamos acessando a história de vida de Germínia. Quando perguntamos sobre seu estado civil, ela nos disse que era solteira, mas se identificava como homossexual, frequentando esporadicamente a casa de uma companheira “ficante” com quem também compartilhava o uso de SPAs. O mecanismo de seu consumo de crack desdobrava-se em outras frentes, inclusive envolvendo a exposição de seu corpo como moeda de troca para manter seu prazer viciante, realizando programas com homens para sustentar minimamente o uso, numa espécie de armadilha existencial capitalizada por uma economia de prazer ao mesmo tempo necessária e maldita.

De acordo com o seu relato acerca da relação de parceria com o objeto-droga, Germínia afirmava um uso solitário de crack em seu mocó. Fato este que nos chamou a atenção e nos orientou a ampliar nossas possibilidades de análise e intervenção, uma vez que, nos últimos tempos, ela afirmava estar vendo vultos e ouvindo vozes mesmo sem o uso. Esse quadro alucinatório geralmente se manifestava na forma de vozes de homens e mulheres que falavam que ela era “surda-muda”, papel performatizado por ela quando mangueava⁵⁵ nos semáforos e nas ruas.

Embora nossa percepção inicial diante desse mecanismo pudesse gerar sentimentos de impotência e fracasso ou até a tentação de rejeitar essa condição de existência *sui generis* em relação aos nossos referenciais e valores morais, optamos por adotar uma abordagem diferente. Buscamos abraçar outras formas de relação com esse universo entorpecido e cristalizado na repetição do uso desenfreado de crack, um consumo sem contornos e sem qualquer ponderação ligada a um sentido socialmente partilhado.

⁵⁴ O exame de ultrassom foi realizado numa Policlínica municipal. É importante colocar que, para além de um agendamento, também foi necessário uma conversa prévia de sensibilização desse estabelecimento via coordenação visando garantir o acesso a esse procedimento através de um trato humanizado na recepção e acolhimento junto à usuária, além da agilização na realização do exame, dada a ansiedade, agitação, impaciência e baixo limiar de tolerância de Germínia gerados pelo stress na quebra de sua rotina, inclusive nesse breve período de interrupção do uso de crack.

⁵⁵ De acordo com a gíria da linguagem rueira, significa prática de pedir esmolas e de mendicância diversa.

Mais que isso, passamos a compreender esse universo como uma composição de processos constituintes de um certo mapa estratégico de sobrevivência e, caso desejássemos avançar na produção de cuidado de Germínia, seria necessário irmos para além do abraço ao novo relacional, mas sim construirmos com ela outras movimentações em parceria cuidadora. Tal qual uma dança em dupla, onde aprendemos a dançar de acordo com o encontro com o corpo do outro, seus movimentos, expressões, cheiros, nos ajustando ao ritmo e às singularidades de Germínia .

Encruzilhada 3 - Pré-natal e seus efeitos na construção da ampliação do cuidado

No intuito de favorecer a uma compreensão contextual, recorreremos às palavras de Barros e Moreira:

As gestantes em situação de rua vivenciam uma tríade condição: mulher-maternidade-rua. Um quadro que consequentemente pode potencializar a vulnerabilidade, o que torna complexo, ainda mais, o fenômeno e a compreensão que modulam a temática de estudo em questão. Afinal, maternar nas ruas é levar em consideração uma gama de contingências, pois a exposição à violência, associada à escassez de acesso aos bens serviços fundamentais para a vida, impacta o contexto dessas gestações. (2022, p. 55 *apud* Costa, 2015)

Nesse caminhar, uma gama de ofertas institucionais da saúde e da assistência social foi recorrentemente solicitada na composição de um PTS ampliado. Entre as ações, houve tentativas de inserção de Germínia em abrigos da assistência social, porém essas iniciativas não obtiveram sucesso devido ao processo de fissura ao uso de crack, que a impedia de permanecer nesses locais em regime de abstinência total.

Na saúde, acabou sendo inserida no circuito saúde mental. Inicialmente, foi acolhida num CAPS III Adulto, inclusive com inserção leito-noite logo após a triagem realizada pelo serviço. Entretanto, não conseguiu finalizar a proposta do leito recebendo alta a pedido. Destacamos as muitas dificuldades deste serviço na condução do tratamento, em especial quanto ao uso da hipótese diagnóstica evidenciada através do dilema configurado pelo binômio psicose-dependência química, mas sobretudo pela dificuldade de compreender e apostar na estratégia da redução de danos como uma via de cuidado.⁵⁶

⁵⁶ É muito comum essa dificuldade se apresentar nos serviços de saúde mental não destinados diretamente ao tratamento de pessoas com alguma dependência química. Embora os motivos

Em outro momento, foi tentada a inserção de Germínia em um CAPS AD III Adulto, porém não foi possível dar continuidade ao processo devido à falta de sucesso no vínculo com o serviço em duas tentativas. Na primeira, logo após o exame de ultrassom, ela foi acompanhada para o acolhimento e triagem, mas, devido à sua agitação e ansiedade, não conseguiu permanecer e pediu para que a levássemos embora. Na segunda tentativa, embora tenha iniciado algum tratamento, sua permanência foi breve, e ela acabou ficando “desaparecida” por alguns dias. Quando foi acessada pelo serviço de abordagem de rua da assistência social, Germínia relatou que tinha medo de frequentar o CAPS, pois encontrava ali pessoas envolvidas com o uso de drogas na rua, especialmente algumas ligadas à violência e ao tráfico.⁵⁷

Com o tempo implacável correndo contra nós, estimávamos que restavam em torno de 15 dias para o parto. Durante esse período, nossa equipe realizou várias buscas ativas, algumas em parceria com outras unidades de Saúde e Assistência Social. Em nosso alinhamento coletivo, caso a encontrássemos, ofereceríamos a possibilidade de uma internação psiquiátrica, com o objetivo de apaziguar os sintomas, fossem eles relacionados à dependência química ou ao quadro psicótico, além de articular o trabalho de parto, que já se configurava como cesariana.

Vale destacar que essa proposta foi construída a duras penas, em um intenso processo de disputa pelo cuidado, debatido acaloradamente em nossa equipe. Uma parte defendia a importância de poder acompanhá-la enquanto fazia uso de crack, apostando em sua autonomia e responsabilização, ainda que de forma precária. A outra parte da equipe defendia a internação psiquiátrica, para garantir um cuidado mais “administrado” e “protegido”, vendo isso como uma estratégia singular de redução de danos. Essa abordagem gerou bastante polêmica, uma vez que a internação, embora não convencional, era compreendida por alguns como a melhor maneira de reduzir os riscos à saúde de Germínia e do bebê.

sejam diversos, as barreiras de acesso ficam bem evidentes pelo desconhecimento dessas equipes em relação às metodologias da clínica pautada pela estratégia de redução de danos ou mesmo pela recusa dos profissionais na lida com essa demanda em virtude de posicionamentos pessoais orientados por um conservadorismo reacionário pautado pela simples e pura oferta de abstinência ao uso.

⁵⁷ Essa queixa é recorrentemente verbalizada entre alguns usuários dos serviços de tratamento do eixo álcool e outras drogas. Contudo, é necessário um olhar e avaliação atentos na singularidade de cada caso para verificação do real motivo da não vinculação com o serviço em virtude da complexidade de cada contexto, o que não fecha demais possibilidades e interpretações.

A vida comporta seus mistérios e inexplicações. Durante uma busca ativa, ao encontrarmos Germínia, ela nos surpreendeu ao solicitar a internação e assim o fizemos sem rodeios, como consequência desse acontecimento. Entretanto, poucos dias após o início dessa intervenção-limite (a internação psiquiátrica), fomos tensionados por Germínia, que exigiu a alta hospitalar mesmo sem a realização do parto. Em nossa avaliação, essa solicitação estava diretamente ligada ao processo de fissura pelo uso de crack.

Apesar disso, levamos em consideração seu pedido e optamos por realizar uma reunião ampliada entre os serviços envolvidos no projeto de vida de Germínia (Saúde e Assistência Social). A reunião contou com a presença e participação ativa da própria Germínia, valorizando seu papel no processo e recusando a ideia de tratá-la como um mero objeto de nossas intervenções. O objetivo era decidir, de forma potencialmente coletivizada, os próximos encaminhamentos.

Ao final da reunião, pactuamos, embora sem pleno consenso, pela continuidade da internação psiquiátrica até o trabalho de parto. Inicialmente, Germínia recusou essa decisão, mas posteriormente, acabou acolhendo a proposta, aceitando permanecer internada até o momento do parto.⁵⁸

Então, ela foi ao hospital psiquiátrico e aí foram essas mil reuniões que a gente teve no hospital e em equipe. Inclusive, tiveram algumas reuniões em que a gente chamou ela pra reunião e então ela falava “Me dá remédio pra dormir porque eu sonho com o crack, eu quero crack.” E aí o cuidado, a gente conseguiu fazer pensando nela e do que seria depois desse final de gestação também, porque não era uma gestação desejada. (narrativas rueiras, 2023)

Encruzilhada 4 - O parto e a alta

Durante a internação psiquiátrica, Germínia passou por diversas consultas de retorno na obstetria de um hospital geral que realizava acompanhamento do pré-natal, considerado de alto risco. Nessas consultas, a usuária comparecia acompanhada por um profissional do hospital psiquiátrico e pela equipe do CnaR.

Foi um momento de muita atenção, dada a grande quantidade de exames em meio à dinâmica da internação psiquiátrica com o uso de várias medicações para apaziguar os

⁵⁸ Um dado interessante é que, mediante essa reunião, a usuária aceitou permanecer internada, não sendo necessário transformar essa internação na modalidade involuntária.

sintomas psicóticos bem como a fissura em relação ao uso de crack. Os exames apontavam para uma gestação em torno de 38 semanas com pouca movimentação do bebê.

Foram muitas dificuldades. A questão do trabalho em equipe com outras equipes num momento em que a gente não tava muito acostumado a trabalhar a gestação na rua. Mas ainda tinha pouquíssima abertura com os outros serviços, pois eu lembro que a gente foi fazer um ultrassom com ela no hospital geral e era um “horror” chegar com uma gestante usuária de substâncias, ainda muito julgamento e a própria assistência social fixada sua atenção somente no bebê. Então, acho que teve uma dificuldade da falta do trabalho em rede, foi difícil o manejo da medicação na rua, teve dificuldades da própria gestação e isso repercutir na saúde dela e depois acho que foi a questão d’ela ter desaparecido. (narrativas rueiras, 2023)

Entretanto, dias depois, recebemos a informação do hospital psiquiátrico de que Germínia havia sofrido uma queda de uma escada. Embora não tenha batido a barriga, queixava-se de dores intensas no lado esquerdo do corpo. Por isso, a levamos para atendimento no hospital geral onde já fazia acompanhamento do pré-natal. Nesse período, com a proximidade do parto, o tema da guarda da criança voltou a ser discutido com maior intensidade. Ao ser consultada, expressou a vontade de continuar seu tratamento de saúde, mas mencionou que gostaria que a criança, ao nascer, ficasse aos cuidados de uma tia com quem ainda mantinha contato.

A assistência social entrou em contato com essa tia, que informou já ter conversado com a família e aceitou acolher tanto Germínia quanto o bebê. A mãe de Germínia também foi consultada, mas ela só aceitaria acolhê-la no pós-internação e pós-parto, sem a criança. Ao receber essa notícia sobre o posicionamento da família, Germínia ficou muito animada, dizendo que gostava muito dessa tia, com quem havia morado na adolescência, e mencionou que poderia tentar ser mãe, já que anteriormente não havia conseguido.

Diante desse complexo e delicado contexto, e após a última avaliação médica, que indicou que o bebê não estava se movimentando, foi decidido que ela deveria ser internada no hospital geral para a realização de uma cesariana de urgência. Germínia acatou a decisão, embora tenha se queixado de fissura pelo uso de crack e solicitado medicações.

O parto cesariano foi realizado sem maiores complicações, e ela deu à luz uma menina. Sua tia, que acompanhou o procedimento, foi orientada pela assistência social a providenciar a segunda via da documentação de Germínia para viabilizar o registro da

criança. A tia também mencionou que o pai de Germínia iria buscá-la para levá-la à casa da mãe em um município vizinho, após a internação.

E depois entrou a família dela na jogada. A gente queria entender se ela queria mesmo doar essa criança ou se tinha uma pressão familiar para ela entregar a criança. Eu me aproximei mais dela eu acho que por conta de tentar olhar pra ela e não só para a gestação. E ela tinha essa coisa de falar pra mim: “Me dá remédio porque senão eu vou sair e usar crack.” Eu acho que é super importante da gente conseguir ter esse vínculo do paciente falar que quer usar mesmo. (narrativas rueiras, 2023)

Antes da alta hospitalar, houve uma reunião ampliada entre a assistente social do hospital, o Consultório na rua e a tia dela. A tia reiterou sua disposição para acolhê-la e, mesmo sem poder ficar com ela de forma constante, confirmou que a família havia feito um combinado para revezar os cuidados com a criança. Após essa discussão, a alta hospitalar ocorreu de forma tranquila e dentro dos procedimentos normais.

Quanto à guarda da criança, esta foi estendida aos familiares, graças a uma importante parceria e articulação entre a assistência social e a Defensoria Pública. Germínia sempre se mostrou muito ambivalente em relação a ficar com a criança, mas, ao final, optou por deixá-la com sua família, que se ajustou nos termos da lei, apesar das desavenças judiciais envolvendo a disputa pela guarda entre o avô e a tia. Após as articulações entre as equipes de saúde envolvidas no tratamento, ela recebeu alta do hospital psiquiátrico, com a continuidade do cuidado sendo articulada para o período pós-alta, inclusive em relação à medicação.

Germínia retomou certa proximidade com sua família, mas também voltou ao uso de crack. Passou por outros CAPS III Adulto e CAPS AD III devido à mudança de território no município, mas não deu continuidade ao tratamento de forma consistente. Chegamos a acessá-la em alguns dos campos móveis de trabalho do CnaR, com o mesmo quadro clínico de uso abusivo de crack e sintomas psicóticos, mesmo sem o uso de outras substâncias. Em outra ocasião, ela foi levada pelo serviço de abordagem de rua a um de nossos campos fixos para participar da campanha de vacinação contra a gripe, um fato que nos surpreendeu bastante.

A gente conseguiu diminuir o uso do crack. Eu acho que, pensando que observamos um uso de crack na gestação, que vai ter um impacto na gestação, como tem um impacto na saúde dela também, a medicação acho que ajudou a segurar um pouco essa impulsividade pelo uso e aí

segurou ela um pouco. E tirou ela um pouco da vulnerabilidade, porque o consumo dela era importante e a colocava em outras situações de violência e vulnerabilidade. Mas não foi só diminuir o uso do crack e sim diminuir toda a vulnerabilidade que tem a ver com o uso do crack. A gente conseguiu, apesar de ser uma intervenção medicamentosa, potente, a gente conseguiu ali ao menos reduzir essa exposição dela a todas as outras vulnerabilidades.

[...] A gente não sabe muito o que aconteceu com ela pós-parto.

[...] Eu acho que foi um grande aprendizado porque até então nós não tínhamos uma paciente que fizesse uso tão intenso de crack. E também me colocou em contato com essa outra questão que tem a rua, que é estar exposta a tudo. Ser mulher na rua é a “última das últimas”. Você sofre tudo, sofre violência da sociedade, das outras pessoas que estão em situação de rua, violência porque você vai querer o crack e vai se prostituir, ou pior, vai ser estuprada. E aí isso foi muito forte e a questão de que, para ela, foi só mais uma violência. Apesar d’ela não querer essa gestação, foi só mais uma violência.

[...] Então, isso me fez refletir muito a questão da violência. O quanto que a gente falha enquanto sociedade e nem tenta resolver essa questão. Todo mundo fala da violência, da violência do assalto, a cidade que tá mais violenta. Mas e esse tipo de violência que é banalizada desde sempre? É uma vida inteira de violência! Então, mais do que o uso de substância, mais do que a gestação na rua, pra mim fica isso dela. Eu lembro que ela era uma moça muito sofrida de violências sequenciais. (narrativas rueiras, 2023)

Por fim, até o momento, não encontramos mais Germínia. O mistério da sua existência persiste e, mesmo à distância, podemos imaginar que ela continua trilhando seus caminhos, criando formas de sobreviver e existir em meio à complexidade da vida nas margens...

CAPÍTULO III – VOZES DA RUA:⁵⁹ EXPERIMENTAÇÕES CUIDADORAS NOS ENCONTROS SINTONIZADOS COM AS EXPRESSIVIDADES QUE VÊM DA RUA

*Na vida quem perde o telhado,
em troca recebe as estrelas.*
Tom Zé

Iniciando a Nossa Conversa

CNAR DE CAMPINAS: BREVE DELINEAMENTO DE UM TERRITÓRIO SINGULAR DE OFERTA EM SAÚDE PARA A POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA.

Inegavelmente, a história nos mostra que o fenômeno da urbanização das cidades se desenha como fator crucial para pensar a vida humana em toda a sua construção sociocultural. Nesse contexto, a rua se caracteriza como locus central por onde se efetivam práticas e políticas sociais diariamente.

No entanto, ao refletirmos sobre a importância da rua como um espaço fundamental para a manifestação da vida e dos costumes, onde a cultura local se constrói no cotidiano, somos provocados a repensar seu significado, que vai além de ser apenas um espaço geográfico. A rua que nos interessa neste escrito é atravessada pela diversidade de pontos de vista, onde ocorrem encontros entre a multiplicidade de cidadãos, seus movimentos, trabalhos, afazeres, referências culturais e seus modos de ocupação, influenciados pelo tempo, pelo clima, compondo, assim, um universo existencial repleto de possibilidades.

Dessa forma, a amplitude, a diversidade e a complexidade do existir humano em seu campo de sobrevivência são compostas por múltiplas formas de conhecimento, expressividades e sentidos, advindos das mais variadas práticas sociais. Esses elementos constituem certos domínios de saber que sustentam a gestão sobre a vida humana coletiva. Nesse sentido, o campo da saúde opera como um elemento-chave e intencional na gestão do processo de produção de políticas de controle sobre a vida. Além disso, a saúde talvez seja uma das poucas políticas públicas (estatais ou não) capazes de produzir intervenções concretas e imediatas na vida dos cidadãos, com um alcance capilarizado e irradiado pelo

⁵⁹ Vozes... 2018.

tecido social, determinando certas condutas existenciais de indivíduos e coletivos em seus processos vitais.

Assim, a população de rua se apresenta como um parceiro privilegiado para o acompanhamento dos efeitos desse processo, pois evidencia, de maneira única, a interação entre políticas de saúde e as dinâmicas de sobrevivência nas margens/bordas da sociedade.

Desse modo, parte do acesso ao cuidado em saúde da população em situação de rua é promovido pelas equipes de CnaR. Essas equipes têm o objetivo de articular e prestar atenção integral à saúde dessa população, visando minimizar os efeitos do processo de marginalização e exclusão em relação ao acesso aos serviços de saúde.

*ESBOÇO TEÓRICO-METODOLÓGICO ACERCA DE UMA PRÁTICA: AS OFICINAS EXPRESSIVAS
COMO NORTEADORAS DE UM PROCESSO CUIDADOR EM MOVIMENTO INACABADO*

Apesar de não ser uma prática recente, as oficinas expressivas têm sido amplamente utilizadas na área da saúde. No entanto, sua proposta ainda se insere em um movimento de contra-hegemonia em relação às práticas clínicas tradicionais que predominam nesse campo. Ao longo dos últimos anos, observamos que, em diversos pontos que compõem a rede de saúde mental e saúde coletiva, essas oficinas têm se consolidado cada vez mais como dispositivos fundamentais nos processos de cuidado.

Elas oferecem um espaço para que os usuários possam se expressar de forma criativa, simbólica e terapêutica, promovendo não só o cuidado individual, mas também o fortalecimento dos laços sociais e comunitários. Esses dispositivos desafiam as abordagens convencionais ao ampliar as formas de intervenção, colocando o sujeito no centro de seu processo de cuidado de maneira mais inclusiva e participativa. Para Galetti:

O dispositivo a que chamamos oficina é geralmente convocado quando se fala em novas propostas terapêuticas. Seu uso tem sido freqüente e quase corriqueiro na clínica "psi" para designar um amplo espectro de experiências terapêuticas e extra-terapêuticas, de diferentes formatos e composições. Quase sempre amparado, na crítica, à Psiquiatria tradicional e, portanto, respaldado pelas concepções da Reforma Psiquiátrica, o universo das oficinas não se define por um modelo homogêneo de intervenção e nem tampouco pela existência de um único regime de produção; ao contrário, é composto de naturezas diversas, numa multiplicidade de formas, processos e linguagens. (2004, p. 21)

As oficinas têm se configurado como objetos de estudo em vários trabalhos no campo da saúde (Lima, 1997; Rauter, 2000; Galletti, 2004). Como importantes ferramentas no processo de produção expressiva e compartilhamento do homem no mundo da cultura, elas enaltecem a dimensão da produção de subjetivações humanas e, sobretudo, na produção de possibilidades vida e de mundos. De acordo com Rauter:

As oficinas serão terapêuticas ou funcionarão como vetores de existencialização caso consigam estabelecer outras e melhores conexões que as habitualmente existentes entre a produção desejante e produção de vida material. Caso consigam conectar-se com o plano de imanência da vida, o mesmo plano com base no qual são engendradas a arte, a política e o amor. (2000, pp. 269-270)

Lugar de possíveis transformações, as oficinas expressivas, enquanto oferta de cuidado, ampliam o acolhimento das alteridades no aconchego de suas turbulências. Elas incitam a ressignificação existencial e a reinvenção dos sujeitos e das relações sociais, muitas vezes capturadas e enclausuradas na rotina cristalizada dos moldes identitários urbanos. Provocam abalos na massificação da vida cotidiana ao mesmo tempo que afirmam o direito à cidade e ao exercício político da cidadania.

No contexto do CnaR de Campinas, as oficinas expressivas compõem um conjunto de práticas que se situam nas fronteiras entre saúde e arte. Através do “fazer-junto-algo”, fabricamos coletivamente uma acessibilidade diversa ao cuidado em saúde, resultando em produtos de expressividade que manifestam existências e trocas sociais. Essas oficinas contribuem estrategicamente para o acolhimento dos usuários, corroborando na construção dos PTS. Mais além, elas se alinham com a infinidade de projetos de vida forjados nas redes construídas e protagonizadas pelos próprios usuários, ampliando as possibilidades de um cuidado de si mais autônomo, solidário e cidadão.

Na experiência relatada aqui, enfatizamos que, durante nosso fazer oficinairo, não seguimos um padrão descrito em manuais teóricos. Ao contrário, adotamos princípios éticos advindos da vivência nas ruas como operadores da saúde. Por exemplo, acreditamos que nossas próprias experiências sensíveis no cotidiano da rua são válidas na produção de atos de cuidado. Essas experiências, vividas em nossos campos de atuação, nos ajudam a aguçar e lapidar nossa sensibilidade, ativada pelo “estado de presença” (Liberman, 2010). Através dos encontros clínicos no CnaR, experimentamos o “acontecimento-rua” em nós, com sua explosão de afetos materializados no contato com as pessoas em seus devires-usuários da saúde. Assumimos o compromisso com o “corpo

como uma questão que se impõe” (Orlandi, 2004), compondo-se como “passagem”, “matéria moldável”, lugar de experimentação, criação e reflexão, onde se busca ampliar a capacidade de afetar e ser afetado pelos encontros (Lieberman, 2010).

Embora a fabricação de algum produto seja um dos objetivos das oficinas, não tomamos isso como uma finalidade única e definitiva. O processo de construção torna-se o elemento central e extremamente valioso na teia de redes cuidadoras. Para nós, é crucial considerar os movimentos e composições que emergem do meio. Assim, desvios de caminho, mudanças de rota e a desconstrução de planejamentos durante o fazer das oficinas, em companhia dos usuários, são muito bem-vindos. Abraçamos as dimensões do espontâneo e do imprevisto, que flertam intensamente com o imprevisto e a criação como potências transformadoras de territórios existenciais.

Nesse sentido, o agenciamento entre os territórios da saúde e da arte torna-se um campo fecundo para repensar os processos clínico-cuidadores desencadeados pelas oficinas ao mobilizar novos sentidos e experiências de cuidado e transformação. Para Lima:

No contemporâneo, são muitas as formas de arte que não se materializam numa coisa ou objeto e, em alguns casos, existem apenas no momento em que as experimentamos e depois se desfazem com a efemeridade daquilo que é mais da ordem da duração que da extensão. (Lima, 2012, p. 49)

Nosso ímpeto oficineiro desejante se lança para além da tarefa focada no produto final. Ao contrário, afirma seu existir no acompanhamento do processo de produção expressiva, nos convidando a percorrer trechos, trilhas, veredas, picadas, trincheiras, ladeiras, encruzilhadas e tantas outras formas de expressão existencial-linguageira que possam ser geradas, abraçadas e delineadas nos encontros clínico-cuidadores vivenciados no cotidiano de nossa práxis. Acessar, encontrar, vincular e habitar os movimentos em composição na relação com os territórios existenciais dos usuários, da equipe e da rua é um desafio constante, essencial para sustentar nossas propostas de oficina.

Nesse contexto, uma analogia interessante se configura: as oficinas expressivas podem ser vistas como máquinas construtoras de “moradas” de subjetivações provisórias e potenciais, reterritorializando territórios existenciais efêmeros, provisórios, menores,

mas nem por isso menos vitalizantes. Apostamos nos processos de produção arteirística⁶⁰, tendo na “arte do encontro” uma estratégia cuidadora norteadada pelo bom encontro enquanto motor desejante maquínico dos processos de criação e reinvenção de si.

Vozes da Rua: entre intervenção-expressiva e um fazer oficinairo

NASCEMOS DO ENCONTRO...

Dentre as várias conversas que permeavam o primeiro semestre de 2016, foi especialmente uma entre o psicólogo e o redutor de danos, ambos trabalhadores do CnaR de Campinas, que marcou o nascimento da proposta de um programa de rádio web, tema em destaque neste escrito. Estávamos nos momentos finais de uma árdua e ensolarada manhã em um de nossos campos fixos e, como de costume, desmontávamos coletivamente nosso aparato de atendimento, guardando gradualmente toda a parafernália necessária para o trabalho com a população em situação de rua (barraca, cadeiras, mesas, insumos etc.).

Enquanto realizávamos essas tarefas, mergulhados em nossas memórias corporais e afetivas, começamos uma reflexão desprestenciosa, mas profundamente implicada, sobre nosso cotidiano de trabalho. Falávamos sobre a missão do nosso serviço, os encontros com os usuários e com a rua e as possibilidades de oferecer tratamento em saúde para essa população. Aos poucos, alguns pontos de referência se configuraram em nosso descontraído bate-papo.

Na lembrança desse diálogo com sua diversidade de temática, um tema em particular nos chamou a atenção: a importância do nosso trabalho para os usuários. Refletíamos sobre como eles eram atendidos de diversas maneiras, sobre a forma como realizávamos os acolhimentos e sobre nossa responsabilidade diante de situações-limite, que frequentemente geravam impasses no tratamento singularizado. Conversamos também sobre os intermináveis processos de exclusão dos direitos dos cidadãos em situação de rua, amplificados de forma “nua e crua” no tecido social e cultural brasileiro,

⁶⁰ Neologismo procedente da escrita aqui empreendida. Significa a soma de arteira e artística, que qualifica o estado do processo de produção de matéria expressiva realizada nas oficinas do CnaR. Essa palavra traz uma carga lúdica de desprendimento em relação a qualquer compromisso e ou rigor estético que de alguma forma possa enclausurar o sentido do produto da oficina em algum molde ou mesmo classificá-lo através de uma ótica vanguardista.

e como esse contexto atravessava nosso trabalho e influenciava diretamente nossas práticas clínicas.

Influenciados por esse horizonte, nos percebíamos incomodados, inquietos e indagadores em nosso agir profissional militante da saúde (Merhy, 2002) cada vez mais solidificado (e muitas vezes delimitado...) pelo fazer nuclear de nossas práticas de trabalho.

Junto a essas reflexões, agregavam-se também temas relacionados à arte da/na rua e à imensidão de produções artísticas (nomeadas assim ou não...) que evidenciavam as expressões dos sujeitos em sua multiplicidade de manifestações, formas e composições. Essas produções tinham a capacidade de provocar a população que circulava por esses espaços urbanos e, ao mesmo tempo, gerar a produção de um campo de afetação a partir dos territórios-rua habitados pela intensividade e efemeridade que os breves encontros-intervenções artísticos proporcionavam.

“Já pensou na quantidade de artistas de rua e dessas produções existem circulando por aí?”

“Qual é o alcance, a visibilidade dessas produções artísticas?”

“Como esses artistas desenvolvem seus processos de criação?”

O que levam esses artistas a adotar a rua como local de sua exposição? Para quê(s) serve(m) essas produções artísticas?”

E um ponto em especial nos desestabilizava: “Quem são essas pessoas-artistas que têm em comum suas produções estéticas manifestadas de forma militante, marginal e existencial no território-rua?”

Diante disso, contaminados por esses e muitos outros desassossegos, fomos problematizando a labuta do nosso fazer diário. A partir desse incômodo compartilhado, nosso pequeno gérmen dual dialogante começou a construir uma proposta que pudesse, de alguma forma, tocar nesses pontos tão caros para quem almeja práticas de cuidado intersetoriais. Buscávamos um agir nas/das fronteiras dos territórios da saúde, arte, comunicação e cultura, transversalizando as potencialidades desses territórios.

Ao mesmo tempo, mirávamos na tarefa de produzir visibilidade e expressão para essas práticas artísticas (ou não...), trazendo-as à cena e compartilhando-as com a sociedade. Queríamos entrelaçar esse fazer com um processo de produção de cuidado de si que acolhesse as singularidades dos usuários em seus processos de diferenciação subjetiva desde o encontro inicial, realizado nos acessos em nossos campos de atuação do CnaR, até a conclusão do “produto final”: a gravação dos programas de rádio web.

O Vozes da Rua vem com a ideia de dar visibilidade às histórias das pessoas. Pessoas que, às vezes, são esquecidas e acabam sem a oportunidade de contar o que elas fazem, o que elas fizeram. Essa ideia nós pensamos juntos justamente para estar trazendo essa oportunidade d'as pessoas contarem quem são elas. E aí, quando a gente chega na rua, nós observamos pessoas que desenvolvem vários trabalhos artísticos, repleto de pessoas com n histórias de vida, e que essas pessoas precisam ser ouvidas de uma forma ou de outra.

[...] A gente faz parte do equipamento Consultório na Rua que é do Cândido Ferreira e, no Cândido Ferreira, tem uma rádio comunitária e aí pensamos em começar esse programa. Pra gente trazer essa galera pra ter a oportunidade de contar sua história e d'ela ser transmitida em vários lugares. E, nisso, a gente focou em várias pessoas, mas especialmente aquelas que tinham algum trabalho artístico, porque muitas vezes essas pessoas não têm a oportunidade de dizer e expressar a sua arte. E, nisso, tivemos a oportunidade de conversarmos com músicos, poetas. Foi um trabalho muito rico, de muito conhecimento e aprendizado.

[...] São pessoas que têm uma história na rua e fora dela. Na verdade, a ideia é resgatar essa história que, muitas vezes, tá esquecida. Muitas vezes, essas histórias são deixadas para trás pelo uso abusivo de alguma substância, pela violência, pelo descaso. Essas pessoas, esse potencial artístico tá adormecido ali e ele precisa ser despertado. E, junto com esse potencial artístico, também tem a história de vida que essas pessoas representam, as histórias de vida que elas têm pra dizer.

[...] Essas histórias vêm repletas de coisas que só elas sabem, né?! É necessário que essas pessoas estejam falando um pouco delas. E muitas delas conseguem se expressar através da música, de uma poesia. Tivemos a oportunidade de ter grandes diálogos com essas pessoas. E aí, nisso, a gente acaba também se conhecendo porque a gente vê essas histórias e, apesar de cada um possa ter a sua história, elas são muito similares, tudo começa de um ponto. (narrativas rueiras, 2023)

Assim, ao final do percurso de retorno à nossa base de apoio, após uma manhã intensa de trabalho em um dos campos fixos de atuação do CnaR, começava a se fecundar uma proposta que resultaria do encontro entre profissionais da saúde, pessoas em situação de rua e a própria rua como um acontecimento em nós. Desse processo, germinava um projeto de intervenção-expressiva, inspirado por nosso fazer oficinairo. Foi então que nasceu o programa de rádio web “Vozes da Rua”.

FAZENDO PARCERIAS E INICIANDO UM PROJETO...

Conforme estamos percorrendo, o presente trabalho se refere a um projeto em curso na cidade de Campinas, SP, desde 2016. Trata-se de um programa de rádio web

realizado mensalmente no Ponto de Cultura Maluco Beleza⁶¹ sob coordenação de um psicólogo e um redutor de danos do CnaR em parceria com um monitor audiovisual do Ponto de Cultura. Contamos também com o apoio de um músico violonista voluntário, além da participação comunitária da população em situação de rua.

O programa Vozes da Rua nasceu da ideia gerada pelos profissionais do CnaR de desenvolver múltiplas conexões junto à população de rua (conforme descrevemos anteriormente) utilizando como ferramenta estratégica a feitura coletiva de um programa de rádio web em intenso diálogo com os territórios da Arte, Comunicação e Cultura. Em sua existência, foram realizados programas abordando vários temas, tais como: biografia de artistas, poesias, saúde, uso de substâncias psicoativas, redução de danos, luta antimanicomial, reforma psiquiátrica, copa do mundo, eleições, racismo, entrevistas, além de muita música, inclusive com espaço para divulgação de músicas de autoria própria dos participantes.

Nas gravações do programa, realizadas presencialmente, é fundamental destacarmos que, em nosso processo de criação, mesmo tendo um esboço do “esqueleto” da estrutura do programa, como por exemplo, a definição dos temas e a organização de um breve roteiro, nosso fazer quase sempre se lambuzou pela dimensão do espontaneísmo, do improviso e do bom humor como temperos especiais no desenrolar de nossa práxis. Modo este que reverberou num estado de alegria contagiante entre todos os participantes, além de agregar leveza e plasticidade nas gravações, imprimindo movimentos dignificantes de uma estética singela, porém genuína em seus imprevistos muito bem vindos.

Outra frente de produção do programa **Vozes da Rua** ocorreu através da captação de sons das/nas ruas, utilizando um gravador sonoro que levávamos aos campos de atuação do CnaR. Nesse processo, coletávamos uma diversidade de material falado (depoimentos, entrevistas, declarações e protestos anônimos) e/ou cantado nas oficinas de música realizadas junto aos usuários do serviço. Também captávamos expressões de transeuntes e artistas de rua, ou não, que por ali passavam naquele momento.

⁶¹ Segundo Reginaldo Moreira: “Desde 2008, o Projeto Maluco Beleza foi reconhecido pelo Ministério da Cultura como um dos Pontos de Cultura do Brasil. A iniciativa do governo federal foi de revelar manifestações culturais produzidas nas comunidades brasileiras, revelando a diversidade do povo deste país e investindo na continuidade dos projetos.” (2014, p. 89). Desde então, após investimentos federais, as ações de rádio se ampliaram, agregando vários cursos de capacitação comunitários, sendo instalados um estúdio e uma sala de inclusão digital em suas dependências físicas.

Posteriormente, essa matéria-prima vocal era levada à ilha de edição do Ponto de Cultura, onde selecionávamos os trechos a serem incorporados aos novos programas, ampliando a polifonia das expressões captadas, em consonância com os temas propostos em cada edição.

Por exemplo, se o tema proposto abordava o uso de substâncias psicoativas, optávamos por inserir conteúdo vocal que dialogasse com essa temática, inclusive depoimentos sobre as vivências da população em situação de rua em relação às suas estratégias diárias de sobrevivência. O objetivo era dar voz a práticas de cuidado de si mais livres de preconceitos e opressões, especialmente considerando a polêmica que o tema envolve. Aos poucos, fomos aprendendo a sintonizar e a compor/recompor esteticamente esse material, sempre nos deixando atravessar pelos nossos “devires roteiristas”⁶² em constante processo de criação.

A rua se configura como um território fértil para a produção de múltiplas expressividades das pessoas que ali habitam em suas variadas formas de levar a vida. Os usuários que circulam nesses espaços nos oferecem, por meio dos encontros diários com o CnaR, um vasto repertório existencial. Muitas vezes, essas expressões são ofuscadas ou oprimidas pela dureza das vivências urbanas, com suas linguagens e regras impostas pela micropolítica⁶³ das relações nesses territórios, que nem sempre, mas frequentemente, se apresentam como ambientes demasiadamente arriscados.

Mesmo com nossa prática aguerrida como operadores locais na produção de cuidado em saúde, constatamos no dia a dia inúmeras barreiras que endurecem e estagnam esses processos produtivos. Isso torna difícil a desestabilização das concepções tradicionais e hegemônicas no campo da saúde, fortemente calcadas no paradigma saúde-doença e traduzidas no modelo “queixa-conduta” que costuma reger as relações de cuidado.

Portanto, fomos mobilizados a enveredar num movimento de criação disruptivo provocador de algumas rachaduras, fissuras, buracos no modo tradicional de se pensar e fazer processos de produção em saúde. Outro ponto a ser destacado é a ausência e/ou

⁶² Simplificadamente, o devir é compreendido neste trabalho enquanto um vir-a-ser. “É potência de acontecer, diferindo de si sem jamais confundir-se com o estado resultante dessa mudança.” (Fuganti, 2012)

⁶³ A micropolítica se designa como um fluxo que nasce “entre” os corpos, manifestando como as diferentes estratégias de entrelaçamento de linhas de vida geram diferentes modos da produção da subjetividade. Então, micropolítica advém da cartografia no modo de acompanhar processos de produção de real social (produção desejante), singulares em movimentações no plano de composição e decomposição imanentes na criação de mundos (Rolnik, 2011).

deterioração de canais de manifestação da população em situação de rua, seja pelo viés artístico, pelo vetor reivindicador de direitos e deveres ou mesmo sob outras formas de manifestar-se politicamente. No desejo de abalar esses processos enrijecedores, de alargar, esticar e ampliar nosso campo relacional de encontros e práticas clínicas, bem como o universo de possibilidades, potencialidades e expressividade que os processos vitais compõem em seus movimentos de transformação permanente, fabricamos o programa Vozes da Rua.

Eu acho que essa é uma oferta que eles não estão acostumados a ter. A oferta clínica é muito importante e boa, mas não pode ser só essa oferta. E aí a gente vem com a idéia da arte, da música, daí a gente acaba criando momentos que as pessoas esqueceram ou momentos que eles não tiveram. Eu avalio que esse tipo de trabalho tem um grande potencial porque ao mesmo tempo em que estamos ali proporcionando arte a gente proporciona uma escuta. É um recomeço das coisas que estão escondidas e adormecidas. Precisamos buscar esse lado também, é muito interessante. O lado clínico é importante, mas também tem que ter o lado que é o lado de você explorar outras coisas, não só remédio, internação e CAPS ali. Mas oferecer um leque de opções onde as pessoas podem estar se expressando. ... Essa parte onde você pode ser quem você é realmente, acho que ela é surpreendente. (narrativas rueiras, 2023)

Nossa aposta afirmava a rua como um acontecimento e uma fonte potente de proliferação de múltiplos sinais, onde nossos corpos, em estado permanente de presença, conexão e encontro, funcionavam como captadores dessas expressividades. Esses sinais emergiam em regimes de intensividade, vetorizando forças que moviam os processos de subjetivação protagonizados nas vozes singulares dos habitantes das ruas. Esses coletivos evanescentes, com suas vozes e histórias, se espalhavam pela imensidão dos territórios existenciais do “ali vivido”, dando forma a um tecido social pulsante, muitas vezes invisível, mas sempre repleto de potencialidades e expressões singulares que desafiavam a homogeneização da vida urbana.

A experiência do Vozes da Rua irradia em nós algumas mostras de afirmação da potência da vida sustentada através da ética do encontro como princípio fundamental na produção de expressividade estética intensiva, transmutada na relação inominável com o outro em sua pura alteridade que agrega o viver comum. Nesses encontros múltiplos lançados no campo da experimentação radialista, sintonizamos nossa sensibilidade para além dos códigos sociais que marcam com seus vetores de poder-saber a existência de corpos-sujeitos rebelados e vitalmente indefinidos no seu movimento do existir em

permanente transformação mutabilizante. Uma ferramenta construtora de territórios relacionais e existenciais inacabados em sua provisoriedade imanente, a experiência Vozes na Rua expressa a transmissão de linguagens rueiras ligadas à malha do tecido sociocultural passíveis de acolhimento social nos movimentos e ritmos cadenciados em suas gírias, gingas e malandragens.

SINTONIZANDO OS DEVIRES: TAKES-ENCRUZA DE EXPRESSIVIDADES LOCUTORAS RUEIRAS

Confesso ao leitor a grande dificuldade em transmitir de maneira fidedigna a nossa experiência vivida nas gravações de rádio do programa Vozes da Rua (2018). Deixamos manifesta a parcialidade de nossa posição enquanto profissionais de saúde diante de todo processo de feitura dos programas, ao passo que, para narrarmos esses pedaços de intensidades expressivas do vivido no ali-do-encontro, não nos contentaremos em transcrever ao pé-da-letra essas gravações. Sinceramente, não acredito em uma exibição neutra e “tradutora” dos múltiplos afetos em irradiação frequencial nas ondas web pelos quais fomos intensamente atravessados nos encontros realizados.

Tampouco nos agarraremos inexoravelmente aos processos de fabricação dos mitos identitários de origem dos sujeitos envolvidos, que, muitas vezes, se prestam apenas a marcar e codificar processos de singularização das pessoas, delimitando ou mesmo impedindo outras possibilidades do existir em coletivização com o outro. Navegando na maré da contrariedade de expectativas, optamos por um movimento oposto em nossa narrativa desse processo, mas nem por isso classificaremos este modo como o mais “correto”.

Ao contrário, nos alinhamos na produção de uma narrativa na qual possamos vislumbrar o ato de tocar com magnitude e dignidade o efeito proporcionado pela experiência de nossa lida com as pessoas e suas vozes que vêm da rua em toda sua carga de multiplicidade e intensidade de sinais captados por nós nos encontros realizados para as gravações do programa. Mais ainda, que estes encontros foram gerados de outros encontros nas/com as ruas desenvolvidos em permanente processo de desconstrução do adestramento de nosso olhar, bem como da gama de discursos do “óbvio” produzidos cotidianamente acerca dos sujeitos que têm na rua o habitat de suas existências. Nessa trilha, tatearemos atenciosamente os seus processos de singularização transformadores de seus territórios existenciais inacabados, performatizados (e não representados) pelo devir-se locutor como uma forma manifestar e dar passagem para outras expressões de si.

Entretanto, chamo a atenção do leitor quanto à “necessidade” de certa preparação. Explicamos: sintonizaremos a breve narrativa de nossa experiência numa mistura do processo de realização dos programas Vozes da Rua, onde pretendemos discorrê-lo na forma de uma passagem nomeada aqui como take-encruza.⁶⁴ Tomamos de empréstimo este termo técnico da comunicação para forjar uma aposta de nosso desejo de que o leitor possa ter uma dimensão do território de afetação gerado pela experiência Vozes da Rua em suas potências, minúcias e traquinagens maquinicas. Tal como num mergulho nas intensidades e ruagens⁶⁵, abriremos algumas comportas de expressões existenciais, dando passagem aos muitos corpos e afetos reterritorializados nomademente nas ondas desses programas de rádio web.

TAKE-ENCRUZA 1 - VOZES DA RUA: NOSSO PONTAPÉ-INICIAL NAS VOZES DE PEDRO⁶⁶ E KELLI⁶⁷

Foi numa manhã de quarta-feira que presenciamos o encontro de Pedro e Kelli. Após acessarmos ambos em nossos campos de atuação e sermos envolvidos pela composição de suas experiências singulares e sensíveis no território artístico-musical, onde suas histórias de vida se cruzavam, decidimos convidá-los para participar da gravação do primeiro programa do projeto **Vozes da Rua**, que ainda engatinhava em seus primeiros movimentos.

Havia alguns dias que Pedro acessava o Consultório na Rua. Aparecia sozinho, muito afável e simpático com seu violão a entoar músicas receptivas daquelas que facilmente caem no gosto popular, devido à simplicidade e sinceridade no conteúdo romântico de suas letras somadas aos refrãos convidativos aos ouvidos de quem as escuta livremente pela primeira vez. Contudo, apesar de acessar o CnaR por mais de uma vez, Pedro jamais se inseriu no trajeto “convencional”⁶⁸ de quem busca esse serviço, vindo

⁶⁴ Em linhas gerais, trata-se de um termo técnico do campo da comunicação audiovisual que significa tomada, que começa no momento em que se liga o microfone e perdura até que este seja desligado. É o parágrafo de uma locução. Aqui, agregamos “encruza”, fazendo uma referência a encruzilhada, conforme já colocado anteriormente.

⁶⁵ Neologismo gerado na escrita deste trabalho: a soma da rua com paisagens, compreendidas, aqui, como paisagens vivas em movimento, tal como trabalha Suely Ronik no desenvolvimento de sua experiência cartográfica, em especial no livro *Cartografia Sentimental* (2011).

⁶⁶ Nome fictício para preservar a identidade do usuário.

⁶⁷ *In memoriam*.

⁶⁸ Aqui, chamamos de convencional o usuário com demandas de saúde clara e objetiva num sentido mais tradicional do termo.

apenas para participar da oficina de música coordenada por nosso redutor de danos. Se nomeava como um artista independente, que havia percorrido diversos lugares no Brasil e no mundo, como Salvador, São Paulo e Lisboa, compartilhando um pouco de sua arte através de músicas de sua própria autoria.

Já Kelli fizera outro caminho. Ela acessou o CnaR pela primeira e outras vezes defronte ao albergue municipal, um de nossos campos de atuação fixo. Lá de longe, caminhava atravessando paulatinamente aquela rua sem saída a passos curtos, cantando peculiarmente com sua voz intensa, marcante, feminina por excelência, porém, de tons mais graves (e raros...) um clássico da música popular brasileira (MPB) eternizado na voz do cantor João Bosco:

Cores do mar, festa do sol
 Vida é fazer
 Todo o sonho brilhar
 Ser feliz, no teu colo dormir
 E depois acordar
 Sendo o seu colorido
 Brinquedo de papel machê

Em seu estilo direto e sem rodeios, Kelli se manifestava sem pudores, afirmando estar em situação de rua devido ao rompimento dos laços afetivos e familiares. Ela se declarava como mulher homossexual e contava ter trabalhado como cantora profissional, atuando como *backing vocal*⁶⁹ ao lado de alguns cantores de samba, além de exercer o papel de “puxadora-intérprete” de enredos de samba em escolas do grupo de São Paulo. Com a mesma sinceridade, Kelli mencionava suas passagens pelo sistema prisional, decorrentes do envolvimento com o complexo universo das drogas, uma relação arriscada cuja herança ainda perdura, refletida no uso abusivo de substâncias psicoativas, lícitas e ilícitas.

No meio desse uso intenso de “doce veneno” prazeroso e viciante, que muitas vezes lhe conferia um alívio imediato para as dores do adoecer e do existir, Kelli afirmava sua singularidade, vivendo um cotidiano “para-além-droga”, ainda que esse modo de vida no limiar dos riscos comportasse danos. Esses danos traziam inúmeras consequências, tanto físicas quanto psíquicas, sociais, econômicas e outras.

⁶⁹ Em linhas gerais, trata-se da função de um integrante ou convidado de uma banda musical para cantar em parceria com o vocalista principal sem ultrapassá-lo enquanto voz principal. Pode cantar junto ou em momentos específicos da música.

Um detalhe importante no contexto de sua vida era o fato de Kelli usar uma bolsa de colostomia, consequência de um câncer de colo de útero. Esse fator a levava a acessar o CnaR com certa frequência em busca da bolsa, um artefato primordial para sua sobrevivência e qualidade de vida.

Pedro e Kelli... Kelli e Pedro, se encontraram num dia de campo fixo do CnaR, flexibilizaram seus lugares e modos de levar a vida e, nesses momentos em que o fazer artístico musical tem poderes e saberes genuinamente intensivos, em inomináveis peripécias dos insondáveis mistérios, houve o encontro. Histórias de vida separadas no tempo e no espaço e, ao mesmo tempo, unidas pelo cruzamento relacional de seus caminhos, protagonizados nas letras e melodias musicais entoadas no desenrolar do ali e agora que o “vulcão” de intensidades rua explode nesse território singular de produção de uma certa estética bastarda, marginal, errática,⁷⁰ porém hospedada nos abraços das forças criadoras instaladas provisoriamente defronte aquele famigerado e indigesto albergue municipal.⁷¹

Assim, numa manhã de quarta-feira fomos gravar no estúdio de rádio web do Ponto de Cultura. Imediatamente, fomos surpreendidos pela leveza e espontaneidade dos nossos “convidados-locutores” diante dos microfones:

Estou aqui... ou melhor, estamos aqui na companhia de nossos amigos para a realização do Vozes da Rua. (narrativas rueiras, 2023)

É um programa que tá abrindo oportunidades a todos aí que têm o seu dom e o seu sonho para realizar, né?! É uma chance para todos nós onde participamos em várias situações e em situações de rua também. Pra você que tá nos ouvindo, falamos pra você que nada está perdido, tá bom! Tudo tem uma chance e um recomeço! E você ouvindo o Vozes da Rua que faz parte da sua voz também, falamos pra você que você é importante para nós! (narrativas rueiras, 2023)

Falou tudo, né! Com certeza! Portanto, jamais desista dos seus sonhos! (narrativas rueiras, 2023)

Seguindo o programa, após essa inusitada abertura, ocorreram apresentações de músicas ao vivo, inclusive de autoria própria com direito à divulgação do trabalho nas

⁷⁰ Compreendida como movimento de errância, de deslocamento, tal como o movimento dos andarilhos.

⁷¹ Mesmo considerando a importância da função desse serviço para a população em situação de rua, deixamos registrada a nossa indignação com suas precárias e degradadas condições de instalação física, assim como de estalagem.

mídias e redes sociais. Também editamos (com a colaboração técnica de nossa parceria com o monitor audiovisual do Ponto de Cultura) as falas captadas por nossos gravadores durante nossas abordagens realizadas nas ruas numa informal, brevíssima e anônima enquête de opinião sobre o que era a rua para a pessoa consultada,⁷² mais ou menos assim:

Para você, o que é a rua? (narrativas rueiras, 2023)

A rua para mim é uma experiência vivida e de vida. Eu acredito que, na rua, você pode aprender várias lições e levar essas lições para o resto da vida de forma que você possa ajudar pessoas... (narrativas rueiras, 2023)

Rapaz, agora você me pegou! Eu ainda não defini o que é a rua... para mim, a rua... é um refúgio! Pra mim, é um refúgio! (narrativas rueiras, 2023)

A rua simplesmente é uma área de sobrevivência, onde que a gente aceitamos desaforo, mas sempre estamos dispostos a lutar. A rua é uma luta, é uma guerra! (narrativas rueiras, 2023)

Na sequência, ainda houve tempo para tocarmos/cantarmos uma música de improviso em estilo “*jam session*”, criada na espontaneidade do encontro realizado naquela pequena e generosa cabine de gravação, a qual acolheu a atmosfera de experimentação daquelas existências em suas pequeninas e extraordinárias expressividades que ali passaram. Entretanto, já nos aproximávamos do desfecho do primeiro capítulo de nossa aposta de oferta cuidadora em suas composições misturadas no caldo dos microacontecimentos rachadores das ensimesmadas lógicas enclausurantes do cotidiano urbano.

Ao som de uma versão mixada da música “Azul da Cor do Mar”, do cantor Tim Maia, aparecendo, em seu início, a captação de som realizada por nós através do gravador portátil durante uma oficina de música realizada em um de nossos campos, aos poucos, sintonizam nossos corpos a esses movimentos musicais amadores na finalização dessa breve empreitada empreendida coletivamente. Gradualmente, a mesma canção vai se transformando em sua versão original onde a inesquecível interpretação do mestre do soul brasileiro anuncia o momento crepuscular dessa primeira experiência vivida no programa Vozes da Rua expressada nesse take:

72 Reafirmamos o anonimato das pessoas consultadas para a preservação da identidade das mesmas, assim como para abrir nossa experiência com a rua sem nos fixarmos aos moldes identitários convencionais que possam condicionar os ouvintes.

Ah! Se o mundo inteiro me pudesse ouvir
Tenho muito pra contar, dizer que aprendi...

Após a gravação do primeiro programa, nos abraçamos, tiramos fotos e agradecemos uns aos outros por aquele momento vivido. Foi um encontro generoso, onde demos passagem a novas expressividades do nosso existir, celebrando intensamente o imenso valor que a vida nos presenteia por meio desses minúsculos, subversivos atos e acontecimentos, quase despercebidos em meio à turbulenta rotina diária.

Figura 6. Vozes da Rua



Fonte: Foto de arquivo pessoal do pesquisador

TAKE-ENCRUZA 2: BATE-PAPO COM O SR. OSMAR⁷³ E SUAS PRODUÇÕES

Osmar frequentava o CnaR havia alguns anos. Dono de uma vasta história pelos serviços de saúde, geralmente acessava nosso serviço num certo estado de embriaguez, o que, inevitavelmente, balizava nossas ações enquanto oferta de saúde possível naquele momento. Nesse processo de acolhimento, seu jeito sistemático e exigente nos desafiava a uma abordagem cuidadosa e estratégica. Uma diretriz se tornou crucial para efetivarmos nossa “tarefa-saúde” na relação com Osmar: embora ele acessasse o CnaR com regularidade, consolidando um vínculo com a equipe, ele não aceitava esperar junto com

⁷³ *In memoriam.*

os demais usuários durante a triagem de demandas, demonstrando impaciência e descontentamento incomuns.

Diante disso, ao longo de nossa história de cuidado com Osmar, construímos, a partir de nossas experiências de atendimento e discussões acaloradas nas reuniões de equipe, uma estratégia de manejo que permitisse alargar sua abertura ao cuidado. Nosso objetivo era entrar em seu campo relacional de forma que viabilizasse algum tipo de intervenção, além de transformar a convivência pela via da cordialidade.

Para isso, era comum abordá-lo em um de nossos campos de atuação, geralmente em algum campo fixo. Nessas ocasiões, desenrolávamos uma conversa “despretensiosa” com a intenção de ir aos poucos tateando seu território existencial, abrandando os ânimos. Essa estratégia nos permitia ampliar o escopo de nossa avaliação e, assim, propor alguma intervenção ou simplesmente respeitar o momento, dependendo do que emergisse de cada encontro.

É digno de nota que o seu uso contínuo e abusivo de álcool o levou a realizar tratamento num CAPS AD III do município. Essa relação problemática no uso de bebida alcoólica, segundo relatos do próprio Osmar, relaciona-se com sua história de vida recheada de perdas importantes (mãe, irmã, namoradas, trabalho, bens etc.), pontos centrais em sua trajetória como “beberrão inveterado”. Estas e outras marcas em seu existir foram se agenciando paulatinamente em seus movimentos vitais, gerando um radical deslocamento na rotina de vida que desembocou em sua permanente circulação e estadia pelas ruas campineiras.

Na complexidade do contexto de sua vivência embriagada, é necessário destacarmos mais um fator mobilizador de sua infindável procura pelo CnaR. Especificamente, Osmar apresentava um severo problema renal, caracterizado pela formação de pedras calcificadas que obstruíam o canal urinário, provocando-lhe fortíssimas dores e alterações ao urinar. Após várias consultas médicas, coletas e realização de exames, foi indicada a necessidade de um procedimento cirúrgico para a retirada das incômodas pedras alojadas em seus rins.

Com essas pedras no caminho de Osmar e após inúmeras crises de dores renais associadas ao uso abusivo de álcool, seu quadro de adoecimento se agravou de forma integral, tornando necessária sua inserção no leito noturno do CAPS AD III que frequentava. Essa intervenção clínica acabou se tornando ainda mais relevante que sua proposta inicial de tratamento.

Explicamos: Osmar também era um exímio compositor e músico, tendo trabalhado em algumas bandas que tocavam em bailes comemorativos de clubes de Campinas. Através de composições próprias, ele participava ativamente das oficinas de música promovidas pelo CnaR, CAPS AD III e Centros de Convivência, além de realizar apresentações em eventos por meio de um projeto musical autônomo, formado por usuários da saúde mental e trabalhadores.⁷⁴

Sua facilidade e habilidade para compor impressionavam a todos. Se lhe disséssemos uma palavra, um tema ou qualquer outro estímulo e o desafiássemos a compor uma música, isso já seria o disparo para que, em pouco tempo (às vezes minutos), Osmar, como um bom mágico, tirasse um “coelho da cartola”. Assim, sem hesitar, estrategicamente o convidamos para um bate-papo no programa **Vozes da Rua**, aproveitando sua criatividade e sua capacidade única de expressão artística.

E, novamente, numa manhã de quarta-feira, estávamos lá no estúdio de gravação do Ponto de Cultura. Após nossa conhecida vinheta de apresentação,⁷⁵ iniciamos o programa anunciando a presença ilustre do nosso convidado Osmar, que rapidamente sintonizado com a proposta de um bate-papo descontraído, tomou a palavra e foi se apresentando:

Tudo bem, jovens? Obrigado pelo convite de vocês e nós vamos fazer aqui uma brincadeirinha ao vivo com vocês, tá bem?! Eeee... atualmente tem meus pessoal que me acompanha, tá?! Então, naturalmente, hoje eu vô tá fazendo um [som] natural e acompanhamento com dois violões, tá bem? Então e essa música, o nome dela passou a se chamar Luciana.

Foi num domingo,
um final-de-semana
Que eu briguei com Luciana,
E não fui mais lhe procurar.
Depois me preocupei,
Com a nossa separação,
a nossa grande união,
podia enfim se acabar...
Agora toda vez, que discutimos ou brigamos,
Ou cometemos algum engano,
Que possa nos separar,
Basta um telefonema,

⁷⁴ A título de curiosidade, essa banda inclusive tocou uma música de composição de Osmar em homenagem às populações indígenas durante um evento universitário. Nele, foi realizado um espetáculo teatral indígena com usuários da saúde mental e em situação de rua, juntamente com alguns trabalhadores da saúde e estudantes. A música se chamava “Grito Ianomâmi” e compunha o espetáculo enquanto trilha sonora. Todo o processo de criação artística do evento foi construído coletivamente nos ensaios realizados no CAPS AD III onde Osmar também realiza o seu tratamento.

⁷⁵ Refere-se ao curto som de chamada para identificar o programa. Geralmente ela é veiculada no início e no final do nosso programa.

Para resolver o problema,
E o nosso amor de novo,
Então recomeçar... (narrativas rueiras, 2023)

Nas linhas afetivas de Osmar, ele explicava que esta música nasceu de um romance juvenil escolar em que pesou um pedido de sua namorada Ana Lucia para que ele fizesse uma música em sua homenagem. Todavia, como encontrava dificuldade em cadenciar as rimas, optou pela inversão do nome de sua produção musical para Luciana. Além disso, destacou que os modos de comunicação de aproximadamente vinte anos atrás não eram tão diversificados e acessíveis como nos dias atuais. O principal meio de contato com outras pessoas era através de telefones públicos, os populares orelhões, alimentados por fichas, como descrito na letra da música. Habilidade, capricho e esmero se agregavam na composição de uma memória afetiva romântica dos tempos remotos de um existir na convencionalidade e simplicidade dos prazeres enamorados que singularmente, nesse contexto, a vivência atualizada das reminiscências e marcas de uma paixão permitiu reencontrá-las. Fichas que caem do tempo dos orelhões telefônicos, ligações revisitadas no cantar... Coisas do amor.

Falando em coisas, a próxima música da sequência do programa chamada “Aquela Coisa” nos conta um pouco sobre uma expressividade entorpecida.

Aaaaaaaaaah! Aaaaaaaaaah!
Põe aquela coisa na banca, deixa a fumaça subir
Diga pra galera que a entrada é franca, não paga pra se destruir
Sinta os teus olhos vermelhos e a cabeça a viajar
No coração, aquele desejo de um dia se recuperar
Ah! Sensação de viver a me embriagar!
2222 foi a conta veneno pra se envenenar...
Agora a cabeça está pronta, está pronta pra embarcar!
Para o planeta dos “faz-de-conta” que querem se reajustar...
Mas pra quem se julga muito, veja só que marcação
Transa na verdade uma porcária e fica dizendo que é do bom
Fuma na verdade uma porcária e fica dizendo que é do bom
Então põe aquela coisa na banca, deixa a fumaça subir... (narrativas rueiras, 2023)

Na sequência do programa, Osmar compartilhou de forma crítica o projeto de sua música Aquela Coisa, que, segundo suas palavras, remete ao “mundo de ilusões” produzido pelo uso de drogas. Ele refletiu sobre a qualidade duvidosa das substâncias psicoativas oferecidas tanto no mercado clandestino do tráfico quanto no mercado legal, como no caso do álcool. Apesar de tratar de um tema profundamente enraizado em sua

própria vivência problemática, Osmar não se esquivou de discutir a complexidade dessa relação.

Um ponto interessante que ele destacou foi a importância da responsabilidade pessoal no uso de drogas. Em *Aquela Coisa*, ele enfatizou que, embora as substâncias possam ter forte influência nos comportamentos, é essencial que o usuário não justifique seus atos exclusivamente pelos efeitos das drogas. Osmar trouxe à tona a necessidade de reconhecer a autonomia e a corresponsabilidade nas ações, mesmo quando estas são realizadas sob o efeito de substâncias. Essa reflexão, vinda de alguém com vasta experiência nesse universo, trouxe profundidade ao debate e à própria música, promovendo um olhar mais consciente sobre os desafios e responsabilidades que envolvem o uso de drogas:

Aquela Coisa é, de repente, a pessoa pega uma bebida destilada, toma e acha que tá agitado e a bebida não fez efeito, entendeu? Com outras drogas, é a mesma coisa. Tem muita droga que o pessoal usa aí que não passa de esterco. A pessoa acha que tá muito louca, essas coisas... então ela tá querendo embarcar pra um planeta imaginário dela, entendeu? Só que, simplesmente, ela tá usando uma porcaria e tá achando que tá agitada, que é “do bom” e não tem nada a ver... (narrativas rueiras, 2023)

Outros modos de lidar com as sensações prazerosas produzidas no uso de drogas? Aprendizado de estratégias e táticas de autocuidado em saúde na perspectiva de uma política de redução de danos a partir de sua trajetória de vida e de uso de substâncias psicoativas? Valores morais introjetados na relação com um contexto sociocultural de intolerância, violência e opressão calcado nas infundáveis ações policiais da guerra às drogas? Impossível responder plenamente estas e outras questões acerca do tema das drogas levantadas a partir dessa música. Contudo, Osmar nos transmite, com sua melodia, uma manifestação expressiva em *Aquela Coisa*. Um universo multifacetado onde o tema do uso das drogas, que perpassa a história da humanidade, traz até nós a produção de um campo de afetação sensível e provocador em nossa suposta “zona de conforto” existencial.

Ao apagar das luzes de nosso descontraído e improvisado bate-papo no *Vozes da Rua*, houve tempo para perguntarmos a Osmar como era para ele ser um artista na rua, além de sua relação com o trabalho.

Olha, às vezes, dependendo do lugar que você se encontra, você vê no pessoal de rua muita discriminação, entendeu?! E a maioria deles

próprio dá sequência nessa atividade. Então, por exemplo, eu no momento tô parado, mas eu passei um tempo na rua trabalhando e você não tinha um bom retorno de dinheiro, então... não vai dar para juntar alguma coisa. E aí ia ver uma pensão para dormir e ficava mais caro. Eu já comecei dando sequência no trabalho e achei um lugarzinho na rua, em cobertura de padaria, barzinho, de loja em que a pessoa falava que podia dormir aí, só deixando limpinho para o dia seguinte porque ela ia trabalhar. Eu tive uma boa convivência na rua. Depois que eu perdi a minha irmã e minha mãe, aí eu já não fui mais atrás dessa de querer alugar esse lugar, comprar carro, moto, porque esse foi um passado meu que eu já tive. Eu já tive bar, moto, carro, só que, depois... eu tive uma reviravolta em que eu tive que passar tudo pra frente.

[...] Eu trabalho com várias coisas: manutenção, pintura, jardinagem, entendeu?! Eu trabalho com vários tipos de obra, em lanchonete, auto lanche, só que, hoje, no momento, eu tô com um probleminha de saúde. Então, eu não pego muita coisa pra fazer, porque se deve segurar um compromisso de que não pode faltar e tal... eu sempre trabalhei, eu sei fazer muita coisa, mas, hoje, na situação, tem muita coisa em que não se tem oportunidade... mas, às vezes, tem firma aí que a pessoa tem um diploma, mas ela não sabe fazer o que você faz sem ter um diploma, entendeu?! Eu tive um conhecimento, sempre aprendendo, então, a nossa vida é uma coisa onde tudo que for novo você tem de saber um pouquinho... (narrativas rueiras, 2023)

Em sua longa jornada de vida nas ruas, entrecortada na diversidade dos tempos e movimentos, Osmar expressa intensivamente alguns caminhos cruciais percorridos em seu viver singular e, ao mesmo, tão comum em nosso meio social. Suas trilhas profissionais transladam fronteiras da padronização existencial e, principalmente, nos dão a dimensão da sua ligação vital com suas estratégias de sobrevivência rueiras em permanente negociação na micropolítica das relações cotidianas sob o prisma da coabitação de espaços urbanos. Mas, como diz o dito popular “Nem tudo na vida são flores”, pois tal panorama tem como um “marco inicial” suas perdas parentais (irmã e mãe) verbalizados por ele como acontecimentos que rasgam sua composição de vida anterior, gerando outros modos de habitar o mundo e as ruas em sua abertura à diversidade de fazeres e ao novo inesperado no delineamento de uma existência onde se faz necessário “saber um pouquinho”, nem que seja através de um singelo programa de rádio web...

Eu acho que esse cuidado é um cuidado revolucionário que não exclui o cuidado tradicional. Mas traz um ponto de interrogação: “Será que aquelas pessoas realmente elas só necessitam ali de um atendimento ou necessitam de outras coisas?” Que nem a música do Titãs: “A gente não quer só comida, a gente quer comida diversão e arte.” Então, a gente tem de buscar isso.

[...] O cuidado é o cuidado da alma, porque a arte produz o cuidado da alma. O dois cuidados são importantes, mas eu falo que esse cuidado da arte que é o cuidado da alma revolucionário porque ele consegue ir além de barreiras que talvez esse cuidado tradicional não consegue atingir. E juntos, os dois [cuidados] é um baita de um potencial que a gente tem na mão.

[...] Eu só queria agradecer e dizer que, enquanto tiver essas ideias, enquanto tiver alguém batendo tambor, tocando um violão, cantando alguma música, alguém fazendo qualquer tipo de manifestação cultural ou qualquer expressão do corpo, sempre vai ter uma outra esperança, além daquela que a gente tá acostumado. (narrativas rueiras, 2023)

Figura 7. Vozes da rua 2



Fonte: Arquivo pessoal do pesquisador

CAPÍTULO IV – O CAMINHO CARTOGRÁFICO ENQUANTO UMA PERSPECTIVA METODOLÓGICA

*Eu queria usar palavras de ave para escrever.
Onde a gente morava era um lugar imensamente e sem nomeação.*
Manoel de Barros

A cartografia enquanto aposta metodológica de produção e compartilhamento de conhecimentos

Nos últimos tempos, têm se intensificado os debates acerca do papel da produção do conhecimento em relação a alguns temas candentes que marcam as peculiaridades da história do nosso país, tais como: racismo, violência, desigualdade social e econômica, machismo, misoginia e homofobia, dentre outros. Em vários contextos de análise contemporânea, fica em evidência a singularidade pela qual o processo de colonização brasileiro se consolidou ao longo de sua história, com destaque para a influência direta da colonização europeia, cujo objetivo principal era a exploração dos recursos naturais de forma predatória desde a chegada do homem branco europeu. Consideramos que esse traço da história colonial produziu desdobramentos centrais na construção identitária brasileira no plano sociocultural que perdura até os dias atuais.

Em vista disso, o campo da produção do conhecimento não escapou da captura de um *modus operandi* fortemente influenciado pelos cânones europeus. Nessa via, o saber científico navegou pelos paradigmas da modernidade e do positivismo, onde, de maneira geral, o conhecimento “verdadeiro” é o conhecimento validado, preferencialmente, a partir de condições de causalidade, bem como da neutralidade em relação ao objeto de conhecimento determinado, promovendo uma “revelação” do resultado pesquisado por critérios de cientificidade que rumam na produção da verdade científica como meta a ser alcançada e validada, encapsulando o sentido desse conhecimento produzido. Aqui, fica fortemente marcada a influência do pensamento cartesiano sobre o modo de fazer ciência, onde a concepção de separação entre sujeito e objeto dita a “exclusão” dos efeitos presentes na experiência integrada à natureza em seu sentido mais amplo, transformador e inacabado, sobretudo no que se refere às chamadas ciências humanas.

Dessa forma, em nosso trilhar pesquisador, foi muito comum nos depararmos com as limitações das ferramentas epistemológicas à disposição no campo da saúde, principalmente quando nos relacionamos com a produção de conhecimento desse/nesse

campo em seu espectro multidimensional, com alargamento do campo de experiência. Assim, nosso interesse pela forma de fabricação da pesquisa se orientou especialmente através do potencial de captação sensível à intensidade dos fenômenos, acontecimentos e experiências que envolviam o cotidiano do tecido social campineiro, sobretudo quando habitamos o território pluriversal das multiplicidades da rua. Dito de outro modo: no meio desse “fuzuê”, há algo a mais. Ou então, como diz a sabedoria popular: “No meio desse angu tem caroço...”

Ao nos depararmos com os desafios levantados ao longo deste projeto, a saber, o reconhecimento e a avaliação dos efeitos das práticas e saberes clínicos em redes de cuidado em saúde, se fez necessário um empenho na tarefa da escolha por uma opção metodológica que caminhasse com a amplitude, diversidade e complexidade das forças constituintes do campo de pesquisa. Dessa maneira, o uso de recursos metodológicos que nos permitissem acompanhar os processos produtivos do campo a ser desbravado, assim como sua inseparabilidade e implicação com o pesquisador. Concomitantemente, nossa opção por esses recursos metodológicos primou pela afirmação de traços de indeterminação do objeto em permanente transformação.

Assim, o caminho metodológico escolhido neste trabalho foi o da cartografia como perspectiva metodológica. Consideramos a cartografia como um horizonte metodológico onde o conhecimento é produzido no caminhar do percurso de pesquisa. Se radicalizarmos essa proposta, a cartografia pode ser considerada um antimétodo (Rolnik, 2011), confrontando o paradigma da ciência moderna. Nossa escolha pela cartografia apontou divergência em relação aos modelos científicos tradicionais, na medida em que o nosso encontro com a complexidade do cuidado na rua nos pediu que buscássemos outras maneiras de compreensão das experiências cuidadoras construindo modos mais sensíveis de produzir conhecimento, demonstrando o forte impacto do campo na construção deste estudo.

Para nós, o cartógrafo, em seu mergulho nas intensidades (portanto, implicado), operou em antropofagia, deglutindo e metabolizando os mapas instituídos, dando língua aos afetos que pedem passagem através do seu habitar nos territórios existenciais em composição nos movimentos na pesquisa (Rolnik, 2011). Nesse ponto, o processo de construção da “contação”⁷⁶ das histórias de cuidado capitaneadas pelo CnaR através das

⁷⁶ Forma lúdica de narrar que estimula a imaginação e transmite conhecimento sem perder o objetivo do conteúdo narrado.

paisagens de cuidado extrapolou os limites de uma linearidade formal, enrijecida, dualista, fechada, determinista e encapsulada pelos regimes de produção de verdade universal calcados na ciência moderna ocidental. Na cartografia, recorremos a Suely Rolnik:

...diferente do mapa: representação de um todo estático – é um desenho que acompanha e se faz ao mesmo tempo que os movimentos de transformação da paisagem. Paisagens psicossociais também são cartografáveis. A cartografia, nesse caso, acompanha e se faz ao mesmo tempo em que o desmanchamento de certos mundos – sua perda de sentido – e a formação de outros: mundos que se criam para expressar afetos contemporâneos, em relação aos quais os universos vigentes tornaram-se obsoletos. (Rolnik, 2011, p. 23)

Nossa escolha pela cartografia nos possibilitou desconstruir o universo representacional no qual se acopla a um suposto estado de isenção frente às variáveis que compõem a/na relação do objeto da pesquisa e o cartógrafo. Também possibilitou lançar um traçado exploratório que desmontou capturas, engendrou produção de conexões inéditas, inventou novas saídas, vislumbrou e criou, ao mesmo tempo, novos territórios existenciais em suas dobras advindas de processos de subjetivação dos atores em jogo (Pelbart, 2009). Ao nos relacionarmos com o nosso objeto de pesquisa – o cuidado em saúde na rua –, apostamos que a experiência cartográfica nos proporcionou elementos de compreensão e análise que nos permitiram captar os sinais rueiros que nos foram apresentados em sua intensividade vibrátil nos planos sensíveis dos/nos encontros e dos/nos acontecimentos pertinentes nas intercessões relacionais muitas vezes despercebidos no cotidiano dessas práticas de cuidado em saúde.

Visualizamos, através de vários estudos (Machado, 2021; Azevedo, 2016, Macerata, 2015), que as práticas do CnaR operam permanentemente com articulação em diversas redes de cuidado em saúde, gerando múltiplos efeitos nos territórios de vida. Entretanto, ao constataremos a aposta municipal na oferta do CnaR ao atendimento à população de rua, alargando o acesso ao SUS, fomos provocados a pensar no caminho de pesquisa cartográfico como possibilidade plausível para acompanhar esses processos de produção da clínica praticada ali.

A cartografia possibilitou enveredar pelo “caminhar que traça, no percurso, suas metas” (Barros; Passos, 2012, p. 17). Sendo assim, o caminho cartográfico sustentou, em sua composição, uma reversão metodológica, incluindo também como proposta a abertura de análise dos resultados construídos em consonância com produção dos dados. Os dados

foram reconhecidos como pontos-chave de referência para abertura de caminhos que viabilizaram o acompanhar dos movimentos e composições dos efeitos das práticas em rede de cuidados em saúde. Concretamente, a utilização dos instrumentais de intercessão para a localização dos “efeitos-rede” inicialmente se delineou através de entrevistas que possibilitaram a construção das narrativas. Estas, sob o devido trato seletivo ativado pela atenção do cartógrafo em seu fazer artesão, colocaram em cena a coexistência da extensividade e a intensividade dos dispositivos de oferta de cuidados em saúde e seus enlaçamentos nos planos da territorialidade em seus movimentos e dissidências ao instituído dos estabelecimentos de saúde.

Em outros termos, podemos dizer que caminho cartográfico não se propôs a colocar ponto final de análise, mas construiu referências, marcações, cadenciamentos em processos do pesquisar. Mais precisamente, “A diretriz cartográfica se faz por pistas que orientam o percurso da pesquisa sempre considerando os efeitos do processo de pesquisar sobre o objeto da pesquisa, o pesquisador e seus resultados” (Barros; Passos, 2012, p. 17).

No desenvolvimento metodológico, caminhamos alinhados com Suely Rolnik, em *Cartografia Sentimental*, sobre o manual do cartógrafo. Para ela, o cartógrafo leva no bolso “um critério, um princípio, uma regra e um breve roteiro de preocupações” (2011, p. 67) que se define por cada cartógrafo ao longo do percurso. Desse modo:

O critério do cartógrafo é, fundamentalmente, o grau de abertura para a vida que cada um se permite a cada momento.

O princípio do cartógrafo é extramoral: a expansão da vida é seu parâmetro básico e exclusivo, e nunca uma cartografia qualquer, tomada como mapa.

A regra do cartógrafo, então, é muito simples: é só nunca esquecer de considerar esse “limiar”. Regra de prudência (Rolnik, pp. 68-69, 2011).

Portanto, a cartografia, como um modo de produção de conhecimento, possibilitou a construção de marcas no plano da experiência, acompanhando os múltiplos efeitos gerados ao longo do próprio percurso da investigação. Neste trabalho, essas marcas remetem aos efeitos das práticas clínicas produzidas nas redes de cuidado em saúde processualizadas pelas ações da unidade de saúde CnaR no município de Campinas. A unidade atua como uma estação de cuidado integrante dessa rede, estabelecendo conexões com as Políticas Públicas, com o SUS e com a Estratégia de Atenção Psicossocial em seu processo permanente de construção no campo da Atenção Básica.

Enfim, o nosso caminhar cartográfico operou como profusor de uma gama de encontros desencadeadores de agenciamentos de forças no potencial de análise dos dados produzidos no pesquisar. Desestabilizou padrões de compreensão dos fatos, fenômenos e acontecimentos no território do cuidado através do trânsito pelas paisagens. Na contramão dos cânones da ciência moderna, a perspectiva do caminho cartográfico trilhado aqui se mostrou aliado à desconstrução dos modos universalizantes interpretativos da vida, fugidío aos determinismos. De maneira concomitante, nos preparou para não cedermos às capturas sedutoras de concepções que sustentam a defesa de pontos de vista cegos, sobreimplicados, pseudolibertários em sua positividade tóxica e acrítica recheados de vazio simbólico tão comum aos regimes totalitários.

Em outras palavras, para dar língua aos afetos que pediram passagem no caminhar cartográfico, foi necessário um mínimo de corpo, de território vital coabitado no território de pesquisa sem estabelecimentos prévios, mas em movimentos expansivos de constante impermanência e aberturas a outros processos de reterritorialização, de como “ter sempre um pequeno pedaço de uma nova terra” Deleuze e Guattari (2012a, p. 27). Como nos alerta Foucault:

Não se trata de libertar a verdade de todo sistema de poder – o que seria quimérico na medida em que a própria verdade é poder – mas de desvincular o poder da verdade das formas de hegemonia (sociais, econômicas, culturais) no interior das quais ela funciona no momento. (Foucault, 1999, p. 14)

O caso-guia nômade: um caminhar metodológico na análise de redes de cuidado em saúde

No período de 2009 a 2011, foi desenvolvida uma pesquisa no município de Campinas, SP, a partir da proposta e coordenação do professor Dr. Emerson Elias Merhy, ligado à UFRJ, na qual foi pesquisado o tema do acesso e barreira em uma complexa rede de cuidado em saúde mental. Esta pesquisa contou com a participação de um coletivo de trabalhadores e gestores que, enquanto pesquisadores, desenvolveram uma estratégia metodológica para mapear e analisar os processos de produção da/na rede de ofertas de cuidado em saúde mental. Mais ainda, analisar alguns efeitos das práticas em saúde mental produzidas pela rede formal de ofertas atreladas aos estabelecimentos de saúde, mas, sobretudo, seus desdobramentos no plano do cuidado para além da rota formal de circulação do usuário. Segundo Merhy:

Agora, vale destacar aquelas outras feitas na proposta inicial, quando apontamos que a grande questão dessa investigação era tentar compreender um pouco mais sobre a dinâmica do acesso e da barreira no cuidado em saúde mental, em uma cidade que tinha como característica uma complexa rede de cuidado substitutivo ao manicomial, como o é Campinas. Procurando ir além de só entender essa dinâmica do ponto de vista da relação entre demanda e oferta por serviços de saúde, tentando trazer para a cena do objeto de estudo a noção de acesso e barreira no plano do cuidado em si. (Merhy, 2011, p. 2)⁷⁷

Dessa maneira, recorro ao trabalho citado acima, tomando de empréstimo sua estratégia metodológica utilizada: o caso guia nômade.

No plano do cuidado em saúde mental, o usuário é um “nômade” pelas redes de cuidado, inclusive como forte protagonista de sua produção (Lancetti, 2006).

A partir disso, a pesquisa citada demonstrou que:

Os usuários das redes de saúde, não se portam como usuários exclusivos desses locais de grande territorialização, pois são “nômades” no sentido de que são produtores de redes de conexões não previstas e conhecidas no mundo do cuidado, que fogem dos lugares que os serviços de saúde instituem como lugares para eles. Nessa direção, a metodologia não pode se ater à construção de itinerários terapêuticos, pois tem que andar com eles e descobrir a produção, muitas vezes em ato, de novas conexões. (Merhy, 2011, p. 11)

Dialogar com a realidade dos viventes da rua e transformar o produto desse encontro em conhecimento produzido foi algo extremamente intenso e desafiador. E isso se deve a inúmeros fatores.

Um deles podemos citar em relação aos usuários. Assim como nos mostraram a constituição dos seus complexos processos vitais, seja de um ponto de vista objetivo pautado numa realidade concreta precarizada, sobrevivendo em condições de extrema dificuldade, ou subjetivo, onde a manifestação de suas singularidades entra em cena com modos bem peculiares de levar a vida re-existindo a tudo e a todos, muitas vezes sob a constância das mais diversificadas formas de violência naturalizadas pela sociedade

⁷⁷ Para um maior aprofundamento referente à diferenciação do plano do cuidado e o plano da oferta formal dos estabelecimentos de saúde, sugiro leitura de “Saúde: a cartografia do trabalho vivo em ato”, de Merhy (2002).

capitalística⁷⁸ em que vivemos, atacando a reduzida dignidade que lhes resta, foi algo que nos chamou a atenção em nosso processo de construção metodológica.

Um arcabouço de labirintos existenciais, tais como espécies de “quebra-cabeça” esparramados sob a superfície imanente ao campo de pesquisa. De maneira impactante, a nossa presunção acadêmica acerca do contexto de vida dos usuários-guia que não se enquadram aos padrões normativos de nossa sociedade foi sendo paulatinamente demolida, tal como as paredes e muros das construções antigas de regiões urbanas onde a especulação imobiliária caminha a passos largos.

Algumas questões vieram à tona: Quais instrumentos metodológicos possíveis iríamos utilizar no estudo de vidas tão precarizadas, fragmentadas e quase destituídas de sua própria história existencial? Como operacionalizar esses instrumentos metodológicos junto aos atores do/no cuidado, de maneira que os processos de produção do cuidado em saúde se apresentassem em sua forma genuína, intensiva e vibrátil⁷⁹ no plano relacional, sem capturar-se na camuflagem das modulações científicas tradicionais do campo da saúde que geralmente delimitam, subjugam e até mesmo depreciam a importância da dimensão subjetividade? Como o pesquisador iria dialogar com os dados produzidos em conexão com a perspectiva cartográfica?

Um interessante caminho metodológico de pesquisa estava se formando. Entretanto, o próprio modo nômade do caminhar dos usuários nos trouxe pistas para encontrar saídas a esse desafio, na medida em que literalmente abrimos o nosso corpo-cartógrafo (Lieberman; Lima, 2015) ao mergulho nos afetos rueiros nômades. Mobilizados pela experiência de pesquisa de Merhy (2011), assim como de Firmino (2016), optamos por trabalhar na captação dos sinais da rua através do acompanhamento dos caminhos percorridos pelos usuários-guia em seus territórios de existência e suas marcas produzidas nos encontros com os atores do cuidado.

Porém, a complexa dinâmica de vida dos viventes da rua, conforme citada anteriormente, somada à dinâmica estabelecida no cuidado em saúde proporcionado pelo funcionamento singular do CnaR, que é um serviço *sui generis* componente da atenção

⁷⁸ Ao contrário de “capitalista”, que diz respeito a um sistema econômico, “capitalístico” significa um modo de vida, trabalho, existência, subjetivamente centrado em referências subjetivamente orientadas pela organização social de consumo. Na produção do cuidado no campo da saúde, pode-se dizer que o capitalístico se relaciona a um processo de trabalho altamente consumidor de procedimentos, em detrimento de processos mais relacionais, o centramento em territórios existenciais que trazem lógicas próprias da subjetividade capitalísticas (Guattari; Rolnik, 1986).

⁷⁹ Referência ao corpo vibrátil que é “todo aquele seu corpo que alcança o invisível” (Rolnik, 2011, p. 31).

básica (ver capítulo I), impunha adaptações na escolha dos instrumentos metodológicos, seus usos e a avaliação do acompanhamento desse processo pelo cartógrafo.

Nessa toada, aos poucos, percebemos a importância de recolher os efeitos da produção do cuidado aos viventes da rua, nos sintonizando aos seus modos de vida e entrelaçando-os ao nosso modo de produzir conhecimento. Desse maneira, nascia uma estratégia cartográfica nômade orientada a partir do relato de cada experiência dos atores do cuidado com os usuários-guia nas entrevistas. Posteriormente, o material das entrevistas foi selecionado na forma de narrativas rueiras (ver capítulo I) e conduzido através de um encadeamento sequencial que possibilitasse construir enredos de existências-rua dos usuários-guia num fio condutor desse processo, o qual, no caso, era alinhado artesanalmente pelo pesquisador cartógrafo em sua escuta atenta⁸⁰ alimentada pelo conteúdo das narrativas rueiras.

Então, tivemos a ideia de construir espécies de “roteiros de vida” em agenciamento com a produção do cuidado em saúde do CnaR através de instrumento metodológico ativado pelos operadores do cuidado em saúde do serviço (as entrevistas), que forneceram material para a produção das narrativas as quais compuseram os enredos-movimentos das/nas paisagens de cuidado.

No plano geral da pesquisa, também foram agregadas outras fontes de material escrito e audiovisual. Um exemplo disso foi a utilização de imagens de arquivo pessoal do pesquisador, as quais permitiram uma outra composição de linguagens não verbais em agenciamento com a linguagem verbal e escrita numa composição mais ampla da pesquisa, delineando forma e expressividade das/nas paisagens cuidadoras. Também podemos dizer o mesmo em relação às narrativas rueiras produzidas a partir das gravações do programa de rádio web **Vozes da Rua** (ver capítulo II), com a ressalva de que estas se diferenciaram das entrevistas no modo de captação dessas vozes, porém o processo de feitura artesão do pesquisador cartógrafo se manteve.

Contudo, apesar de uma boa dose de audácia metodológica, é importantíssimo ressaltar o limite de nossa investida. Pois, de maneira alguma almejávamos totalizar a história de vida dessas pessoas pelo crivo institucional pesado da saúde com seus marcadores de poder. De outro modo, assumimos a importância do papel do CnaR na vida desses cidadãos, compreendendo esse serviço como uma chave de acesso possível

⁸⁰ Neologismo surgido na escrita. Aqui, significa a união entre a atenção e ativa, portanto uma atenção ativa do cartógrafo na captação dos sinais da rua relevantes nas narrativas para realizar o encadeamento e costura necessários na construção do enredo das paisagens de cuidado.

para adentrar o território existencial dos viventes rueiros, cartografá-los nomademente para narrar e partilhar essas histórias a partir do campo da ciência. A despeito de qualquer questionamento, deixamos claro o nosso posicionamento de recusa a qualquer forma interpretativa única e totalitária sobre a vida dos usuários-guia, o que, em nossa opinião seria uma forma requintada de reprodução de práticas opressoras⁸¹ no modo de produzir conhecimento.

Assim, acompanhar os usuários em seus modos de andar e levar a vida, bem como ter conhecido seus territórios singulares, nos permitiu recolher as diversas narrativas dos atores implicados na construção e transformação de certos modos de cuidar. Para tanto, realizamos entrevistas semiestruturadas com estes atores, cujos temas seguem em anexo.

Ressaltamos que, para além do campo da saúde coletiva, a estratégia metodológica do caso-guia nômade permitiu configurar-se como casos traçadores do cuidado formalizado e/ou informalizado na rede de saúde de Campinas e mesmo outras redes de territórios existenciais que os usuários realizam suas conexões em seus modos de viver extrapolando os limites restritos do campo da saúde.

O critério central de escolha dos usuários-guia se orientou pela complexidade dos casos, que apresentaram necessidades intensivas de cuidado, com grande potencial de utilização de recursos e de serviços da rede de saúde, assim como uma interface com outros setores como, por exemplo, Justiça, Assistência Social, Habitação.

Portanto, os casos-guia nômade em seu potencial produziram agenciamentos de múltiplos vetores em suas linhas interpretativas e, sobretudo, em conexões com várias dimensões do plano do cuidado. Para nós, isso se constituiu como elemento fundamental no processo de produção de conhecimento cartográfico alinhado a proposta desse estudo.

Abrindo os trabalhos e caminhos do pesquisar: a estratégia da epistemologia das encruzilhadas e seu exercício tático junto às forças que vem da rua

Gostaria de iniciar contando um breve relato. Antes de ingressar no doutorado, após os dias extenuantes de trabalho no CnaR, entre as anotações dos meus atendimentos e a reorganização da minha agenda pessoal, eu dedicava valiosos momentos de pausa na rotina dessa correria cotidiana para fazer breves reflexões, devaneios, pensamentos soltos acerca do meu lugar nesse processo. Especialmente, eu gostava de me dedicar a esse

⁸¹ Mas também podemos dizer manicomializantes.

exercício ao retornar caminhando para a minha residência no final do turno, especificamente no crepúsculo da tarde. De alguma forma, sentia que esse hábito funcionava como válvula de escape das muitas intensidades vividas naquele dia, além de ir, aos poucos, literalmente “passo a passo”, me desligando das maluquices do mundo do trabalho em saúde que muitas vezes detona a nossa saúde.

No caminho, várias paisagens urbanas se apresentavam, como, por exemplo praças e seus transeuntes, padarias e mercados movimentados, lojas em busca de clientes e uma gama de trabalhadores do proletariado com suas roupas e artefatos simulacros de grandes grifes internacionais disputando corpo-a-corpo um lugar no busão abarrotado com gente saindo pelo ladrão, uma vez que nem todos têm condições de usufruir da mobilidade urbana através de aplicativos de celular... Assim como a figura do “morador de rua”, na minha infância, mencionada lá no início desse estudo, me instigava, o mesmo eu posso dizer em relação à cidade. Em cada rua, praça, esquina, monumento, parques, viadutos etc. existem, para além do espaço físico, culturas locais onde se vive e pratica o espaço através das mais variadas formas de sociabilidades comunitárias.

Desse modo, foi nesse caminhar até a minha casa, percorrido um bocado de vezes, que foi se consolidando o meu desejo de pesquisar as trilhas dos agenciamentos de produção de vida pelos sinais rueiros a partir do meu lugar enquanto psicólogo rueiro que sou (ou seria, estou?) no meio de todo esse furdunço. Nisso, revisitando o meu percurso teórico-metodológico, eu ficava desassossegado pensando e me perguntava: “Além dos caminhos metodológicos já percorridos e incorporados no meu jeito de fazer ciência, o que mais eu poderia incluir nessa empreita visando intensificar a aproximação com os sinais da rua na produção do cuidado, de tal maneira que eu fosse apenas um veículo para que eles pudessem se expressar quase por si próprios? ”

Isso reverberava o meu ser nas mais diversas dimensões, colocando de maneira perspicaz a importância de dar forma e expressão e criar língua aos afetos rueiros que a todo momento me encruzilhavam na diversidade das possibilidades que pediam passagem do/no pluriverso rua e seus efeitos sobre o pesquisar. De acordo com Liberman e Lima:

O trabalho do cartógrafo exige um tipo de presença para delinear processos sempre em curso, pois os caminhos são construídos ao mesmo tempo em que se transita por eles, uma experiência cuja tarefa não é apenas produção individual, mas, também, coletiva. (Liberman; Lima, 2015, p. 184)

E como delinear os processos dos sinais da rua foi um elemento contundente direcionado ao corpo-cartógrafo (Lieberman; Lima, 2015), pois habitar as trilhas dos agenciamentos de produção de vida na produção de conhecimento me exigiu acessar outros registros e regimes de sensibilidade diante do imponderável invisível-indizível, mas não menos intensivo que persiste em se apresentar nos encontros cuidadores na rua. Esse aspecto me gerou uma sensação assertiva de que os sinais da rua em suas forças coletivas e imponentes estavam participando visceralmente no processo de construção do caminhar pesquisador e, ao mesmo tempo, o desenrolar desse processo seria aberto por esses próprios sinais. Dito de outro modo: a rua manifestava suas forças num encontro entrecruzado com o pesquisador-psicólogo que ainda não captava os seus sinais afirmativos, tampouco compreendia minimamente os efeitos dos mesmos no direcionamento dos caminhos metodológicos a percorrer.

Em consonância com esse caminhar, a história cotidiana vivenciada pelos encontros cuidadores no CnaR gradativamente sinalizava que esse seria um caminho fértil na construção metodológica. Esse aspecto se ressaltava enquanto um componente de um grande arcabouço de modos de se produzir saúde semeadores de conhecimentos singulares operacionalizados na miudeza da vida através dos encontros intercessores com os viventes da rua, reescrevendo histórias de vidas singulares no encontro com o cuidado.

Dialogando intensamente com essas questões e desacreditando do acaso, foi nesse período que, por diversas razões que a razão desconhece, eu acabei me encontrando com a religião de umbanda,⁸² a qual, dentre tantas outras questões, despertou o meu interesse e desejo em acessar outras formas de conhecimento genuinamente brasileiras que pudessem gerar condições de possibilidade e de ação na produção de um conhecimento visceral de nossa terra, nosso chão, nossas ruas. Mais que isso, também servir enquanto estratégias de resistência e principalmente de afirmação em relação aos modos de produção de conhecimento coloniais epistemicidas.⁸³ Nas palavras de Krenak:

Definitivamente não somos iguais, e é maravilhoso saber que cada um de nós que está aqui é diferente do outro, como constelações. O fato de podermos compartilhar esse espaço, de estarmos junto viajando não significa que somos iguais; significa exatamente que somos capazes de atrair uns aos outros pelas nossas diferenças, que deveriam guiar o

⁸² Ou foi ela que me encontrou..?

⁸³ Em linhas gerais, o epistemicídio é a destruição de conhecimentos, saberes e culturas não assimiladas pela cultura ocidental. É um subproduto do colonialismo instaurado pelo avanço imperialista europeu sobre os povos das Américas, África e Ásia. Para maior aprofundamento, ler Boaventura de Sousa Santos.

nosso roteiro de vida. Ter diversidade, não isso de uma humanidade com o mesmo protocolo. Porque isso até agora foi só uma maneira de homogeneizar e tirar nossa alegria de estar vivos. (Krenak, 2020, p. 33)

Psicólogo, macumbeiro⁸⁴ e, posteriormente, doutorando, eu me lancei na busca de outros referenciais metodológicos para a construção da pesquisa. O desafio estava colocado na medida em que, muito além de encontrar uma voz possível para narrar a complexidade do território do cuidado em suas minúcias e seus “divinos detalhes”, foi necessário encontrar um corpo pesquisador possível de habitar esse campo com astúcia, leveza e prudência na captação dos sinais rúeiros, labuzando-se pelos mesmos sem se impregnar. Desse modo:

Para tanto é necessário sustentar um exercício de desaprendizagem do já sabido, um exercício de desinstitucionalização do prescrito. Um exercício que convoca como parte integrante do processo da pesquisa a problematização e invenção de si e do mundo. O pesquisador não é neutro, pelo contrário, produz ação política, ativa e, nessa produção, contamina-se ao dar passagens para múltiplos processos de subjetivações e de fabricação de mundos. (Abrahão, 2014, p. 157)

Notei que, a partir de então, eu estava numa situação permeada de incertezas e imprevisibilidades, porém, em certa medida, compreendia também que tal situação me proporcionava a abertura do meu ser às mais variadas e inusitadas possibilidades de trilhar caminhos em composição. Afinal de contas, minha intuição apontava que tanto a cartografia quanto o caso-guia nômade, se mantinham firmes na jornada e ao aguardo de outro caminho componente dessa empreitada cartográfica. Em outras palavras, eu me encontrava numa encruzilhada metodológica.

Na sequência, para a minha grata surpresa, eu me encontrei com a obra de Luiz Antonio Simas e Luiz Rufino. Nessa obra muito diversa e original, me chamou a atenção a maneira pela qual os autores articulavam o seu pensamento ao contexto da cultura brasileira com audácia epistêmica e, simultaneamente, uma intimidade ímpar com as singularidades culturais brasileiras na via de um enfrentamento subversivo aos cânones coloniais ocidentais do pensamento.

⁸⁴ Definição de caráter brincante e político, que subverte sentidos preconceituosos atribuídos de todos os lados ao termo repudiado e admite as impurezas, contradições e rasuras como fundantes de uma maneira encantada de se encarar e ler o mundo no alargamento das gramáticas. O macumbeiro reconhece a plenitude da beleza, da sofisticação e da alteridade entre as gentes. (Simas; Rufino, 2018, p. 5)

Naquilo, que me interessou ao estudo, bebi na fonte desses autores, principalmente na articulação conceitual proposta em diálogo permanente com as práticas das culturas de diáspora⁸⁵ reconstruídas pelas práticas dos terreiros das religiões afro-ameríndias. Isso não quer dizer que tomei como caminho cartográfico na via de uma “hermenêutica” religiosa normativa do tipo ‘copia, cola e obedece’ durante o caminhar. De outra maneira, os terreiros, conforme trabalham esses autores, constituem um amplo e sofisticado manancial de práticas de saberes e conhecimentos que inspiram construções epistêmicas em composição ao enfrentamento colonial do pensamento. Essa estratégia dialogou permanentemente com o constructo metodológico pesquisa, no modo pelo qual eu captava os sinais rueiros, trabalhando a minha sensibilidade junto a eles, no cuidado ao meu estado de presença em relação às intensidades invisíveis que se atualizavam nesses encontros com as forças rua, seja pela via do trato das vozes das entrevistas, pela leitura e escrita desenvolvida até aqui, assim como o trabalho com as imagens fotográficas. Aos poucos, afirmei o meu trabalho artesão pesquisador nas calçadas e sarjetas decoloniais, borrando as fronteiras normalizadoras do fazer ciência sob a insígnia dos cânones ocidentais.

Assim, o caminho cartográfico nômade-macumbeiro praticado nessa trilha criou um complexo campo de possibilidade atravessado pelas forças da rua tal como se manifestam as encruzilhadas. Conforme colocam Simas e Rufino, as encruzilhadas “são lugares de encantamento para todos os povos” (2018, p. 17). Mas não só:

A encruzilhada é o tempo e o espaço onde se desferem os contragolpes do homem comum... Desobediência e inconformismo são também fundamentais para a produção de uma certa “cisma epistêmica” que favoreça a tática da deseducação. A educação brasileira versada nas carteiras das escolas e universidades não pode estar isenta de uma crítica que exponha os seus limites. Por mais que reconheçamos que existe uma pluralidade de práticas e contextos educativos, sabemos que o modo dominante constitui-se como um projeto que não contempla a diversidade. Ao contrário, produz tudo que está fora de seus limites como incrível e subalterno. (Simas; Rufino, 2018, p. 20)

E mais:

⁸⁵ As culturas de diáspora se referem aos sistemas de reorganização de mundo que foram fragmentados pelo horror da experiência da escravidão. São culturas condutoras de sentido na recriação de mundo operacionalizadas na dimensão da reinvenção dos fluxos de vida, sua reconstrução no campo material e simbólico. Alguns exemplos dessas culturas podemos verificar nas religiões de matriz afro-ameríndia e o samba.

A encruzilhada, afinal, é o lugar das incertezas, das veredas e do espanto de se perceber que viver pressupõe o risco das escolhas. Para onde caminhar? A encruzilhada desconforta; esse é o seu fascínio. O que dizemos dessa história toda é que as nossas vidas nós mesmos encantamos. Há que se praticar o rito; pedimos licença ao invisível e seguimos como herdeiros miúdos do espírito humano, fazendo do espanto o fio condutor da sorte. Nós que somos das encruzilhadas, desconfiamos é daqueles do caminho reto. (Simas; Rufino, 2018, p. 23)

Especialmente em relação ao nosso trabalho de pesquisa, as encruzilhadas se constituíram como campos de possibilidade e ganharam destaque nas paisagens de cuidado. Foi através delas que se estabeleceu a sequência do material narrado. A cada encruza, uma cena, seus movimentos e expressividades existenciais das mais diversas entrecruzadas na fina lâmina de sentidos provisórios e inacabados na imensidão de saberes gerados das vertentes do ali, do encontro pela fala de cada um sobre e com o usuário-guia desencadeando multidões de sinais-guia-rueiros nas trilhas cuidadoras.

Mas a encruzilhada é também a morada de algumas ações táticas chamadas de cruzos:

Assim, a prática do cruzo é transgressiva de atravessamento, sucateamento e antidisciplina. Cabe ressaltar que a dimensão do cruzo como uma rasura não busca a negação total das compreensões afetadas; a arte do cruzo busca o encantamento das mesmas: desamarramos para atar de outra maneira, engolimos para cuspir de forma transformada. [...] Nesse sentido, a relação com diferentes saberes potencializaria a prática do cruzo, em um exercício dialógico e polirracionalista. (Simas; Rufino, 2018, p. 27)

Nos relacionamos com o exercício tático do cruzo na elaboração das narrativas rueiras, onde, após selecionarmos as mesmas de acordo com cada intensidade relevante, foi necessário incluí-las na encruzilhada de referência, o que implicou um exercício de pensar a relação semântica no movimento singular-coletivo e vice-versa, deixando abertura à polifonia expressiva dos vários atores do cuidado em seu processo de encanto⁸⁶ do invisível real ali vivido no território do cuidado e reconstruído na costura da trama das marcas-memórias inscritas nos corpos de cada protagonista do cuidado em saúde.

⁸⁶ Para Simas e Rufino: “Um saber encantado é aquele que não passa pela experiência da morte. A morte é aqui compreendida como o fechamento de possibilidades, o esquecimento, a ausência de poder criativo, de produção renovável e de mobilidade: o desencantamento.” (2018, p. 34) Portanto: “O encanto pluraliza o ser, o descentraliza, o evidenciando como algo que jamais será total, mas sim ecológico e inacabado” (2020, p. 8).

Em relação ao modo como se efetuou a função-pesquisador nesse trabalho, cabem algumas pontuações que partem da estratégia de pesquisa singularizada dentro do escopo maior da pesquisa em geral. Nos referimos especialmente ao modo pesquisador-cambono trabalhado até aqui. Sobre o cambono:

A figura do cambono como símbolo que compreende uma série de fazeres/saberes é potente para pensarmos a atitude do pesquisador que se orienta pelos saberes assentados nas epistemologias das macumbas. O cambono é aquele que se permite afetar pelo outro e atua em função do outro. No desempenho de suas atividades, participa ativamente das dinâmicas de produção e circulação de saberes. Assim, o cambono é aquele que opera, na interlocução, com todas as atividades que precedem os fazeres/saberes necessários para as aberturas de caminhos. (Simas; Rufino, 2018, p. 37)

Ao longo do trabalho, ficou gradativamente evidente o nosso funcionamento em diálogo com processos mais duros do ponto de vista da construção dos dados, principalmente relacionados às entrevistas. Foi fundamental sustentarmos a nossa presença em corpo aberto ao imprevisto, às adaptações e a tudo mais que pudesse tentar obstruir o nosso caminhar no pluriverso rueiro, narrado em sua potência, movimento e condição de imprevisibilidade abraçados por nós em nossos não saberes bem-vindos sob a forma de ignorância doura. Estendemos para outras dimensões da pesquisa no “ato de praticar a cisma como uma arte de inacabamento” (Simas; Rufino, 2018, p. 40). Lembrando que essa tática também foi potente na medida em que praticamos o exercício do jogo de transmutação dos nossos saberes sobre o campo de pesquisa e o cuidado em saúde em ignorâncias, desencadeando o cismar de nós mesmos como ativador de reposicionamentos em relações de simetria no contato com o outro.

Nosso “devir cientista” transitou com o bailar da gafeira desenrolado pelo malandro Seu Zé Pelintra,⁸⁷ que, em seu agir flexível ao outro e adaptado às adversidades e contradições da vida, promoveu ensinamentos ontológicos vitalísticos em seus

⁸⁷ Entidade espiritual que se manifesta nos terreiros de religiões de matriz afro-ameríndia. Em sua característica singular, apresenta sua iconografia através da figura arquétipo do malandro, geralmente (quase sempre...) vestido de terno branco, gravata vermelha, chapéu panamá e sapato bicolor. Em suas consultas espirituais, traz ensinamentos de vida com grande influência do contexto malandro das ruas, onde a flexibilidade e adaptação movimentos do agir no mundo são cruciais na manutenção da existência e superação das adversidades em terras brasileiras. Mesmo com tamanha sabedoria de vida, ainda assim Seu Zé Pelintra é uma das entidades espirituais que mais são vilipendiadas com o peso colonial do preconceito moralista, conservador, entristecido e desencantado pela intolerância religiosa e racial.

movimentos de adequação transgressora, que tem morada em cada grão de terra do sagrado solo brasileiro.

Assim, para o malandro ou valentão, o ser esperto é saber ler as entrelinhas do que é escrito, é ele que conhece as frestas e pratica as dobras na linguagem encruzando os tempos/espacos, praticando o mundo no viés. (Simas; Rufino, 2018, p. 86)

Então, no pesquisar, pelintramos as maneiras de trilhar os agenciamentos de produção de vida no território do cuidado, acolhendo e partilhando as transgressões aos cânones, mas jogando o jogo da ciência, fazendo, do pouco, muito num processo permanente de inacabamento do trabalho de produção de conhecimento, com perspicácia, habilidade e leveza na ginga epistêmica dos sinais que vêm da rua.

Para isso, em nosso andarilhar cartógrafo-macumbeiro, nos encontramos nas esquinas do conhecimento, pois: “É na encruzilhada que se praticam os ebós epistêmicos⁸⁸” (Simas; Rufino, 2018, p. 23), reconstruída aqui como encruzilhadas nas paisagens cuidadoras. Todavia, com a licença do orixá Exu, o dono da encruza, também expandimos a concepção de encruzilhada a todos os envolvidos na pesquisa, assim como à própria pesquisa. As encruzilhadas enquanto campo de possibilidades se apresentam guardando seus mistérios, suas magias e seus encantamentos ainda por vir no ato do pesquisar cartográfico-nômade-macumbeiro.

Contudo, tal como numa boa gira de umbanda, o rito preparatório para a abertura dos nossos trabalhos de pesquisa se fez necessário ao agregarmos três elementos em nosso patuá metodológico:⁸⁹ alegria, respeito e prudência. Assim, o modo de realizar o nosso estudo se sintonizou na inspiração da integração do sagrado com a ciência assentados nas práticas do chão brasileiro. De acordo com um ponto cantado de umbanda famoso: “Umbanda tem fundamento, é preciso preparar.” Igualmente, cruzamos essa afirmação com as práticas de produção de conhecimento, também conhecidas como ciências.

⁸⁸ Aqui, compreendido como oferta materializada pela diversidade de saberes, práticas e conhecimentos.

⁸⁹ Compreendido, aqui, como um amuleto de proteção ao caminho metodológico.

CONSIDERAÇÕES FINAIS PROVISÓRIAS

*Viver – Isto significa para nós,
transformar continuamente em luz
e flama tudo o que somos,
e também tudo o que nos atinge.*
Nietzsche

À guisa de um fechamento de ciclo desse estudo, anunciamos o crepúsculo do nosso caminhar pesquisador mediante a afirmação dos inúmeros atravessamentos vividos em todo esse processo de produção de conhecimento e suas marcas em nosso corpo-cartógrafo. Lembramos que este momento se orienta a partir de olhares, encontros, acontecimentos, afetos e tudo o que for possível habitar através da nossa voz acerca do árduo e intenso caminho de se fazer ciência “à contrapelo”, no contrafluxo colonial, onde a singularidade das muitas histórias de vida no cotidiano do cuidado em saúde se reinventam no singelo das miudezas da vida.

Nessa via, afirmamos que a nossa análise do acompanhamento dos processos da pesquisa será sempre recorte, jamais verdades absolutas. Assim, destacamos o percurso histórico do surgimento da população de rua explorado pelo pesquisador na trilha da urbanização brasileira como um caminho possível adotado para narrar certas condições de possibilidade na formação desse contingente populacional, embora tenhamos clareza e convicção de que esse caminho não seja o único, tampouco o verdadeiro. Mas, sim, levamos em conta a potencialidade e abrangência do fenômeno da urbanização das cidades enquanto um elemento-chave nesse processo gerador de conexões com vários vetores sociais temáticos, como, por exemplo, a desigualdade socioeconômica, o racismo, a exclusão de acesso às políticas públicas e o uso abusivo de substâncias psicoativas, apenas para citar alguns deles.

Destacamos o lugar de fala do pesquisador imbricado visceralmente nas múltiplas dimensões dessa empreitada. A partir dele, o devir psicólogo-cartógrafo-macumbeiro do CnaR realizou um trato necessário de sua implicação para, simultaneamente, nomadizar-se nos territórios de pesquisa de maneira a encontrar momentos de pausa nessa jornada, os quais conferiram um aterramento necessário no acompanhamento desses processos cuidadores. Consideramos esse ponto como fator primordial na sustentação de nossa caminhada, uma vez que driblamos os riscos iminentes de capturas, como, por exemplo,

de sermos envolvidos por sobreimplicação⁹⁰ e sucumbirmos diante das intensidades presentes e atuantes nesse estudo.

Um movimento se apresentou na escrita através de processos de desterritorialização em expansão, sobretudo nos casos-guia. Porém, se tornou via essencial desacelerarmos nosso ímpeto produtivo em paragens nas trilhas escritas do cuidado. Nesses momentos, visamos circunscrever minimamente processos de reterritorialização aconchegante de nossa expressividade gráfica, delineando, assim, um pouco de chão necessário para o alinhavo de cada paisagem de cuidado. Dito de maneira macumbística: fechamos o nosso corpo-pesquisador. Asseguramos a nossa proteção pela prudência fundamental de uma caminhada enraizada no chão sagrado da vida.

Em relação ao CnaR, alguns pontos merecem destaque para a problematização de sua missão no SUS, especialmente na tensão vivida entre o campo da atenção básica e o campo da saúde mental atravessados pelo território do cuidado.

Sem sombra de dúvida, o CnaR se configura como um serviço inscrito na política nacional da atenção básica com toda a densidade tecnológica pertinente a esse campo. Observamos que a especificidade do território de atuação – RUA – viabiliza a construção de um campo de práticas que possibilitam (mas não garantem...) abrir caminhos para processos de produção de saúde mais abertos, flexíveis e permeáveis à realidade de vida concreta dos usuários em seus modos de levar a vida. Nesse percurso, a dimensão da criatividade dos trabalhadores e da gestão do serviço se apresentaram como componentes potentes para a garantia de acesso universal à saúde.

Outro desafio diz respeito à integralidade do cuidado. Conforme se expressaram nas paisagens de cuidado, os projetos terapêuticos singulares, em geral, assumiram uma tendência a focalizar-se em alguns profissionais, o que é perfeitamente compreensível numa dinâmica de trabalho em equipe balizada nas relações vinculares ali estabelecidas em consonância com as diversas ofertas clínicas. Entretanto, esses processos jamais se davam de forma tranquila e consensual por toda a equipe do CnaR. Ao contrário, eles eram intensamente disputados, onde, em sua maior parte, eram definidos sob a forte influência de um discurso médico tradicional de cunho biologicista, sustentados principalmente, em boa parte, por profissionais não médicos, o que nos chamou a atenção.

⁹⁰ Compreendido aqui como uma impossibilidade de analisar a implicação. Isso se deve a vários fatores, como, por exemplo, a defesa inflexível e assertiva sobre um tema ou ponto de vista que inviabilize análise contextual.

Não se trata de negarmos, aqui, a importância do saber médico⁹¹ no campo da saúde, mas o modo como o mesmo muitas vezes se instala nesses estabelecimentos e no tecido social acaba gerando critérios de existência enrijecidos e uma reprodução de vida normativizante, dependente, objetificada e empobrecida do ponto de vista da emancipação dos usuários do serviço. Além disso, enfraquece e desvitaliza a produção coletiva do cuidado em saúde, despotencializando as dimensões de construção inter- e transdisciplinar que, em composição entre os vários saberes e práticas profissionais, agregam potência e refinamento na produção dos encontros e atos de saúde. De qualquer maneira, a rua, com seus sinais nas paisagens de cuidado, nos ensinou a re-existência na fabricação de processos subversivos de adequação transgressora ao cânone do discurso médico tradicional, rompendo normativas deterministas e fragmentadoras dos corpos viventes na rua encarnados em seus modos de vida marginalizados. Nesses ensinamentos, dobramos os processos de mortificação e estagnação, agregando os pares da equipe CnaR interligados a um projeto comum de fazer saúde em territórios rueiros, para neles travarmos a batalha em caminho inverso, trazendo à tona e deixando em evidência que o mesmo território da existência-margem dos viventes da rua é também o território das potências e da produção de vida sustentadora do desejo.

Desse modo, também aprendemos com o estudo que os sinais que vêm da rua amenizam as fronteiras divisoras do cuidado hierárquico e compartimentalizado tradicionalmente instituídos no campo da saúde, apesar de ainda encontrarmos inúmeras dificuldades e obstáculos de toda ordem a serem superados. Mais adiante, os sinais demonstraram grande capacidade de transmutar essas fronteiras disciplinares e, principalmente, enaltecer e potencializar a dimensão da reinvenção da vida como valor maior entre todos os viventes, sejam eles rueiros ou não. E é também a partir desse ponto que compreendemos a composição de um território fronteiriço de cuidado em saúde habitado pelo CnaR, no rastro da estratégia de atenção psicossocial por um fazer nômade subalterno que cria um amálgama formado pelas práticas de saúde do campo da atenção básica e do campo da saúde mental. Em outros termos, sem purismos ou militância setorial cega, afirmamos que, no campo da atenção básica, também se produz estratégias de atenção psicossocial.

Contudo, compreendemos que essa elaboração só foi possível porque ela ocorreu numa ancoragem materializada no CnaR enquanto uma estratégia de cuidado para a

⁹¹ Ou de qualquer outra área da saúde.

população de rua, na qual apostamos a duras penas a sustentação de um trabalho em saúde orientado majoritariamente pela estratégia de redução de danos (ERD). Essa trilha parte de um escopo e um conjunto ampliado de práticas e saberes que rumam muito além de um mero compilado de ações somente destinados aos usuários com uso abusivo de substâncias psicoativas. Aqui, a ERD borra as fronteiras do seu campo de compreensão e suas categorizações mais conhecidas para reconectar-se com a dimensão ética da reinvenção da vida no território do cuidado em diferenciação ao território da clínica.⁹²

Em relação às paisagens de cuidado, recebemos valiosos aprendizados impossíveis de discorrer em sua totalidade e plenitude, o que, em nossa opinião, caminharia na contramão de todo o constructo maquínico fabricado nesse estudo, que intenciona mergulhar o leitor num campo de forças da rua, coproduzindo sentidos pelo agenciamento realizado nesse encontro. Entretanto, partilhamos algumas reflexões que compuseram os ingredientes no feitio e cruzamento de nosso ebó epistêmico.

Um elemento de destaque se refere aos usuários participantes das paisagens. Trata-se de pessoas em situação de extrema vulnerabilidade social e risco que, em sua imensa maioria, já não estão materialmente entre nós, seja em virtude de seus falecimentos ou, como outros poucos, por não serem encontrados, de forma que não sabemos sobre o seu paradeiro.

Isso nos chamou a atenção na medida em que, pelas histórias de vida reconstruídas no encontro dessas pessoas com o CnaR, pudemos acessar elementos essenciais na compreensão mínima de como esses cidadãos constroem os seus modos de levar a vida, expandindo em nós essa experiência e, posteriormente, nos orientando a problematizar o campo do cuidado destinados aos viventes da rua.

Outro ponto em relação a esse fato foi constatar essas vidas marcadas pelo acontecimento-rua como uma experiência singular e radical de rompimento, levando-os à situação de rua. Aqui, para nós, foi muito intensa a dimensão diaspórica em analogia com o fenômeno da diáspora africana no período da escravidão. A diáspora faz referência ao exercício de extrema violência imposto pela escravidão com a retirada forçada dos escravizados de seus países de origem, assim como uma tentativa de aniquilamento dos mesmos através do extermínio e dilaceração de sua cultura, seu arcabouço simbólico. De

⁹² Aqui, afirmamos uma diferença importante entre os territórios da clínica e do cuidado. O território da clínica se remete a um conjunto de práticas de saúde envolvidas num certo campo disciplinar, seja ele médico ou outro. O território do cuidado se remete a uma dimensão ampliada da vida que supera (mas não nega) os limites determinados pelos campos disciplinares da saúde.

forma semelhante, pensamos que, ao passar pela experiência de se transformar em viventes da rua, há “algo de diáspora” na quebra dos padrões de vida do passado, tornando necessária a condição permanente da reconstrução de si. De maneira semelhante, como as culturas de diáspora necessitam reconstruir seu campo simbólico de práticas sociais e laços comunitários coletivamente, os viventes da rua também o fazem de maneira parecida ao praticar o território rua, reconstruindo sentidos de vida para si na relação com o outro e a comunidade que os circunda.

Esse sinal rueiro foi algo em comum a todos os viventes da rua integrantes dessa pesquisa. Conjuntamente, nos serviu como uma valiosa orientação para a problematização do fazer-saber do CnaR. Pois, ao habitar os territórios existenciais nas ruas, o serviço vai praticando o espaço com preparo, movimento e regularidade em suas ações, evocando a dimensão cuidadora em toda a sua complexidade num tenso processo gerador de encontros e inusitados. Em consonância, os viventes da rua, ao experimentarem a incorporação dessas ofertas, para além de “sanar” seus processos de adoecimentos através de uma clínica dura orientada pela lógica de queixa-conduta, em outro viés, possibilitam aberturas à passagem de outros modos de reinvenção de si no encontro com/no território do cuidado, conforme verificamos nas paisagens cuidadoras e no programa de rádio web Vozes da Rua.

Logo, a colheita dos efeitos cuidadores, vivenciada pelas redes existenciais transitadas pelo CnaR nas trilhas dos agenciamentos de produção de vida desse estudo, tem proporcionado incontáveis ensinamentos encruzilhados na atmosfera do encontro, reconhecimento e emancipação dos viventes da rua e suas coletividades. Nessa jornada, foi fundamental o aprendizado do exercício da prática de humildade, simplicidade e perseverança enquanto componentes-chave facilitadores de nosso desenvolvimento no campo da pesquisa rumo a uma escrita mais genuína possível, o que, para nós, foi ficando gradativamente mais evidente.

Enfim, os sinais que vêm rua direcionam também aos caminhos abertos para a cocriação do exercício de autonomia cidadã, na via de um protagonismo atravessado pela possibilidade de abrir-se a um devir encantado,⁹³ com sua força afirmativa e política, sua dança e ginga, seus sinais...

⁹³ Chamamos de devir encantado um vir-a-ser, uma possibilidade de existência em encantamento. Para Simas e Rufino: “Nesse sentindo, o encantamento dribla e enfeitiça as lógicas que querem apreender a vida em um único modelo, quase sempre ligado a um senso produtivista e utilitário. Daí o encante ser uma pulsação que rasga o humano para lhe transformar em bicho, vento, olho d’água, pedra de rio e grão de areia. O encante pluraliza o ser, o descentraliza, o evidenciando

como algo que jamais será total, mas sim ecológico e inacabado” (2018, p. 08). Conforme o nosso estudo, consideramos que o território do cuidado tem potência e abertura ao atravessamento de devires em encantamento, como, por exemplo, acompanhamos nas experiências cuidadora aqui desenvolvidas, sejam aquelas compostas por viventes da rua não presentes, ou em outras, onde os viventes da rua já faleceram, atravessaram a experiência do tempo e compuseram as paisagens de cuidado e o programa de rádio web.

REFERÊNCIAS

ABRAHÃO, Ana Lúcia et al. O pesquisador in-mundo e o processo de produção de outras formas de investigação em saúde. In: GOMES, Maria Paula Cerqueira; MERHY, Emerson Elias Merhy (orgs.). **Pesquisadores IN-MUNDO**: um estudo da produção do acesso e barreira em saúde mental. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014. pp. 155-170.

ABRAMOVAY, Miriam *et al.* **Juventude, violência e vulnerabilidade social na América Latina**: desafios para políticas públicas. Brasília : UNESCO, BID, 2002.

AMARANTE, Paulo (coord.) **Loucos pela Vida**: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1998.

AMARANTE, Paulo. A (clínica) e a reforma psiquiátrica. In: AMARANTE, Paulo (coord.) **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Nau, 2003. pp. 45-65.

AMARANTE, Paulo. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

ARENDT, Hannah. **O que É Política?** 5. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2004.

AROUCA, Sergio. **O Dilema Preventivista**: contribuições para a compreensão e crítica da medicina preventiva. São Paulo: Editora Unesp, 2003; Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.

ASSIS, Machado. **O Alienista**. São Paulo: Ática, 1988.

AZEVEDO, Bruno Mariani de Souza. **A aposta no encontro para a produção de redes de cuidado em saúde**. Orientador: Sérgio Resende Carvalho. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências Médicas, Unicamp, Campinas, 2016.

BAREMBLITT, Gregorio F. **Compêndio de Análise Institucional e Outras correntes**: Teoria e Prática. Belo Horizonte: Editora FGB/ IFG, 2012.

BARROS, Keila Cristina Costa; MOREIRA, Rita de Cássia Rocha. **Mulheres da maloca**: cuidado, gestação e situação de rua. Rio de Janeiro: Autografia, 2022.

BARROS, Manoel de. **Meu quintal é maior do que o mundo**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2015.

BARROS, Regina Benevides; PASSOS, Eduardo. Por uma política da narratividade. In: PASSOS, Eduardo; KASTRUP, Virgínia; ESCÓSSIA, Liliana da. **Pistas do método da cartografia**: Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade. Porto Alegre: Ed. Sulina 2012. pp. 150-171.

BEZERRA, Benilton. Desafios da Reforma Psiquiátrica no Brasil. **PHYSIS: Revista Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, pp. 243-250, 2007.

BIRMAN, Joel. **Arquivos do mal-estar e da resistência**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2006.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação. **Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua**. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, 2009a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Mental. **Consultórios de Rua do SUS**. Material de trabalho para a II Oficina Nacional de Consultórios de Rua do SUS. Brasília: Ministério da Saúde/EPJN-FIOCRUZ, set. 2010. 48 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual sobre o cuidado à saúde junto a população em situação de rua**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Justiça e Segurança Pública. **Conheça o Programa Crack, é possível vencer**. GOV.BR. Brasília, 6 ago. 2013. Disponível em: <https://www.gov.br/mj/pt-br/assuntos/noticias/conheca-o-programa-crack-e-possivel-vencer>. Acesso em: 16 fev. 2025.

BRASIL. Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania. **Relatório sobre pessoas em situação de rua no Brasil**. Brasília: Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania, 2023. Disponível em: https://www.gov.br/mdh/pt-br/navegue-por-temas/populacao-em-situacao-de-rua/publicacoes/relat_pop_rua_digital.pdf. Acesso em: 09 fev. 2025.

BRASIL. Ministério dos Direitos Humanos e Cidadania. **Observatório Nacional dos Direitos Humanos** [Base de dados Online]. Brasília, c2024. Disponível em: <https://observadh.mdh.gov.br/>. Acesso em: 16 fev. 2025.

CAMPOS, Gastão Wagner Sousa. **Um Método para Análise e Co-Gestão de Coletivos**. São Paulo: Hucitec, 2007.

COIMBRA, Cecília Maria Bouças; NASCIMENTO, Maria Livia. Sobreimplicação: práticas de esvaziamento político? In: NASCIMENTO, M. L.; ARANTES, E.; FONSECA, T. G. (Orgs.). **Práticas psi: inventando a vida**. Niterói: EDUFF, 2007. pp. 27-38. Disponível em: http://www.slab.uff.br/images/Aquivos/textos_sti/Cec%C3%ADlia%20Coimbra/texto2.pdf. Acesso em: 15 jan. 2016.

COSTA, Jurandir. Freire. **O ponto de vista do outro**. Rio de Janeiro: Garamond, 2010.

COSTA-ROSA, Abílio; LUZIO, Cristina Amélia; YASUI, Silvio. Atenção psicossocial: rumo a um novo paradigma na saúde mental coletiva. In: Amarante, P. (Org.). **Arquivos de saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Nau Editora, 2003. pp. 13-44.

DELEUZE, Gilles. **Conversações (1972-1990)**. São Paulo: Editora 34, 1992.

- DELEUZE, Gilles. **Lógica do sentido**. São Paulo: Perspectiva, 2015.
- DELEUZE, Gilles; GUATTARI, Félix. **Mil Platôs**. v. 1. Rio de Janeiro: Editora 34, 1995.
- DELEUZE, Gilles; GUATTARI, Félix. **Mil Platôs**. v. 2. Rio de Janeiro: Editora 34, 2005.
- DELEUZE, Gilles; GUATTARI, Félix. **O que é a Filosofia?** São Paulo: Editora 34, 2010.
- DELEUZE, Gilles; GUATTARI, Félix. **Mil Platôs**. v. 3. Rio de Janeiro: Editora 34, 2012a.
- DELEUZE, Gilles; GUATTARI, Félix. **Mil Platôs**. v. 5. Rio de Janeiro: Editora 34, 2012b.
- DELEUZE, Gilles; PARNET, Claire. **Diálogos**. São Paulo: Editora Escuta, 1998.
- DELGADO, Pedro Gabriel. A psiquiatria no território: construindo uma rede de atenção psicossocial. **Saúde em Foco**: informe epidemiológico em saúde coletiva, ano VI, n. 16, pp. 41-43, 1997.
- DELL'AQUA, Giuseppe; MEZZINA, Roberto. Resposta à crise. In: AMARANTE, P. (coord.) **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Nau, 2005. pp. 161-194.
- DE SOUSA SANTOS, Boaventura. **O fim do império cognitivo**: a afirmação das epistemologias do Sul. São Paulo: Autêntica, 2019.
- DOSTOYÉVSKI, F. **Crime e castigo**. São Paulo: Editora 34, 2002.
- ESCÓSSIA, Liliana; KASTRUP, Virgínia; PASSOS, Eduardo (orgs.). **Pistas do método da cartografia**: Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade. Porto Alegre: Editora Sulina, 2012.
- FIGUEIREDO, Mariana. Dorsa; ONOCKO-CAMPOS, Rosana. Saúde Mental na atenção básica à saúde de Campinas: uma rede ou um emaranhado? **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, v. 14, n. 1, pp. 129-138, 2009.
- FIRMINO, Gilson Gabriel da Silva. **O cuidado em saúde mental e o agir em rede**: como se agencia um caso de intensa complexidade? Orientador: Silvio Yasui. Dissertação (mestrado em Psicologia) – Faculdade de Ciências e Letras de Assis, UNESP, Assis, 2016.
- FIRMINO, Gilson G. S.; CARVALHO, Thiago F. R. B. VOZES DA RUA: expressões do cuidado produzido nos encontros sintonizados com a rua. In: CARVALHO, Sérgio Resende *et al.* (orgs.). **Vivências do cuidado na rua**: produção de vida em territórios marginais. Porto Alegre: Rede Unida, 2019. pp. 139-154.

- FOUCAULT, Michel. **Doença Mental e Psicologia**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1975.
- FOUCAULT, Michel. **História da Sexualidade I: a vontade de saber**. Rio de Janeiro: Graal, 1979.
- FOUCAULT, Michel. **Vigiar e punir: nascimento da prisão**. Petrópolis: Vozes, 1986.
- FOUCAULT, Michel. **O nascimento da Clínica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1987.
- FOUCAULT, Michel. **O que é um autor?** Niterói: Vega, 1992.
- FOUCAULT, Michel. **A Verdade e as Formas Jurídicas**. Rio de Janeiro: NAU, 1999a.
- FOUCAULT, Michel. **Microfísica do Poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1999b.
- FOUCAULT, Michel. **Problematização do sujeito: Psicologia, Psiquiatria e Psicanálise**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1999c. (Coleção Ditos & Escritos)
- FOUCAULT, Michel. **Os anormais**. São Paulo: Martins Fontes, 2001.
- FOUCAULT, Michel. **História da Loucura na Idade Clássica**. São Paulo: Perspectiva, 2002.
- FOUCAULT, Michel. **A Ordem do Discurso**. São Paulo: Loyola, 2004.
- FOUCAULT, Michel. **O Poder Psiquiátrico: curso dado no Collège de France (1973-1974)**. São Paulo: Martins Fontes, 2006.
- FOUCAULT, Michel. **Segurança, território, população**. São Paulo: Martins Fontes, 2008.
- FOUCAULT, Michel. **Estatégia de Poder-Saber**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2012. (Coleção Ditos & Escritos, v. IV)
- FOUCAULT, Michel. **Eu, Pierre Rivière, que degolei minha mãe, minha irmã e meu irmão...** Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2013.
- FREUD, Sigmund. **Mal-estar na Civilização** [1930]. Rio de Janeiro: Imago, 1980b. (Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, v. XXI)
- FUGANTI, Luiz. **Devir**. In: FONSECA, Tania Mara Galli; NASCIMENTO, Maria Livia; MARASCHIN, Cleci (orgs.). **Pesquisar na diferença: um abecedário**. Porto Alegre, 2012. pp. 75-79.
- GALLETTI, M. C. **Oficina em Saúde Mental: instrumento terapêutico ou intercessor clínico?** Goiânia: Editora da UCG, 2004.

GOFFMAN, Erving. **Manicômios, Prisões e Conventos**. São Paulo: Perspectiva, 2005.

GOLDBERG, Jairo. **Clínica da Psicose: um projeto na rede pública**. Rio de Janeiro: Te Corá, 1996.

GUATTARI, Félix. **Caosmose: um novo paradigma estético**. São Paulo: Editora 34, 1992.

GUATTARI, Félix. **Psicanálise e transversalidade: ensaios de análise institucional**. Aparecida: Ideias e Letras, 2004.

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

ILLICH, Ivan. **A Expropriação da Saúde: nêmesis da medicina**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **Estimativa da População em Situação de Rua no Brasil**. Brasília: IPEA, 2020.

JANUZZI, Alcyone A. et al. Saúde Mental na Rua: A Importância Da Construção Do Vínculo. In: ONOCKO-CAMPOS, Rosana; EMERICH, Bruno Ferrari (comps.). **Saúde Loucura 10: Tessituras da clínica - Itinerários da reforma psiquiátrica**. São Paulo: Hucitec, 2019. pp. 59-74.

JUSTO, José Sterza; NASCIMENTO, Eurípedes Costa. Errância e Delírio em Andarilhos de Estrada. **Psicologia, Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v. 18, n. 2, pp. 177-187, 2005.

KASTRUP, Virgínia. O Funcionamento da Atenção no Trabalho do Cartógrafo. In: ESCÓSSIA, Liliana; KASTRUP, Virgínia; PASSOS, Eduardo (orgs.) **Pistas do método da cartografia: Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade**. Porto Alegre: Editora Sulina, 2012. pp. 32-50.

KRENAK, A. **Ideias para adiar o fim do mundo**. São Paulo: Companhia das Letras, 2020.

LANCETTI, Antonio. **A clínica peripatética**. São Paulo: Hucitec, 2006.

LANCETTI, Antonio. **Contrafissura e plasticidade psíquica**. São Paulo: Hucitec, 2015.

LIBERMAN, Flavia. **Delicadas coreografias**. Perdizes: Summus, 2008.

LIBERMAN, Flavia. Por uma clínica dos encontros entre corpos. In: LIMA, Elizabeth Araújo; FERREIRA NETO, João Leite; ARAGON, Luís Eduardo (orgs.), **Subjetividade contemporânea: desafios teóricos e metodológicos**. Curitiba: Editora CRV, 2010. pp.115-128.

LIBERMAN, Flavia; LIMA, Elizabeth. Araújo. O corpo de cartógrafo. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 19, n. 52, pp. 183-193, 2015.

LIMA, Elizabeth Araújo. Artes menores: criação de si e de mundos nas ações em saúde mental. In: AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho; CAMPOS, Fernanda Nogueira (orgs.). **Saúde mental e arte: práticas, saberes e debates**, São Paulo, 2012.

LIMA, Elizabeth Araújo. Oficinas, laboratórios, ateliês, grupos de atividades: dispositivos para uma clínica atravessada pela criação. In: COSTA, C. M.; FIGUEIREDO, A. C. (orgs.) **Oficinas Terapêuticas em Saúde Mental: sujeito, produção e cidadania**. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2004. pp. 59-81.

LIMA, Elizabeth Araújo. Por uma arte menor: ressonâncias entre arte, clínica e loucura na contemporaneidade. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, São Paulo, v. 10, n. 20, pp. 317-329, 2006.

LIMA, Elizabeth Araújo; YASUI, Silvio. Território e Sentidos: espaço, cultura, subjetividade e cuidado na atenção psicossocial. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 102, pp. 593-606, 2014.

LIMA, Elizabeth. Araújo. **Arte, Clínica e Loucura: território em mutação**. São Paulo: Summus, 2009.

LIMA, Elizabeth. Araújo. **Clínica e criação: a utilização de atividades em Instituições de Saúde Mental**. 1997. Dissertação (Mestrado, Psicologia Clínica) – Pontífica Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 1997.

LINS, Daniel Soares. Nietzsche: vida nômade – estadia sem lugar. In: DAVINA, Marques; GISELE, Girardi; WENCESLAO, Machado de Oliveira Júnior. **Conexões: Deleuze e territórios e fugas e...** v. 5. Campinas: ALB, 2014; Brasília: CAPES, 2014.

LONDERO, Mario Francis Petry.; PAULON, Simone. A clínica enquanto acontecimento. **Cadernos de Subjetividade**, São Paulo, v. 9, n. 14, pp. 103-111, 2012.

LOPES, L. E. (org.) **Caderno de atividades - tutor: curso atenção integral à saúde de pessoas em situação de rua com ênfase nas equipes de consultórios na rua**. Rio de Janeiro: EAD/ENSP, 2014.

LOURAU, René. Genèse du concept d'implication. **Revista POUR**, Paris, n. 88, pp. 12-18, 1983.

MACERATA, I. M. Traços de uma clínica de território: intervenção clínico-política na atenção básica com a rua. Tese (Doutorado em Psicologia) – Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2015.

MACHADO, Marcelo Pedra Martins. **As práticas dos Consultórios na Rua: perspectivas para o monitoramento e avaliação do campo**. 2021. 261f. 2021. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

=

MACHADO, Roberto *et al.* **Danação da norma: a medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil.** 1978.

MAGNANI, J. G. A Rua e a evolução da sociabilidade: os Urbanitas. **Revista Digital de Antropologia Urbana**, v. 1, n. 0, outubro 2003.

MERHY, Emerson Elias. **O Conhecer Militante do Sujeito Implicado:** o Desafio de Reconhecê-lo como Saber Válido. Campinas: Mimeo, 2002.

MERHY, Emerson Elias. **Saúde:** a cartografia do trabalho vivo em ato. São Paulo: Hucitec, 2007.

MERHY, Emerson Elias. Desafios de desaprendizagens no trabalho em saúde: em busca de anômalos. In: LOBOSQUE, A. M. (org.). **Caderno Saúde Mental:** Os desafios da formação. Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública de Minas Gerais, 2009. v. 3.

MERHY, Emerson Elias. A clínica do corpo sem órgãos, entre laços e perspicácias. Em foco a disciplinarização e a sociedade de controle. **Lugar Comum**, n. 27, pp. 281-306, 2009.

MERHY, Emerson Elias. Pesquisa Saúde Mental – acesso e barreira em uma complexa rede de cuidado: o caso de Campinas. **Relatório Final, CNPq:** 2011. Disponível em: <https://sites.google.com/site/projetopesquisasm2009/>. Acesso em: 12 jul. 2015

MERHY, Emerson Elias. **Educação Permanente em Movimento** – uma política de reconhecimento e cooperação, construindo encontros no cotidiano das práticas de saúde. Texto escrito por Emerson Elias Merhy como contribuição para o DGES – SGTES-MS. Porto Alegre, 2013. Disponível em: <http://eps.otics.org/material/entrada-outros-ofertas/artigos/ep-uma-politica-de-reconhecimento-e-cooperacao-construindo-encontros-no-cotidiano-das-praticas-de-saude/view?searchterm=merhy+uma+politica>. Acesso em: 12 jul. 2015.

MERHY, Emerson Elias; AMARAL, Harari (orgs.). **A reforma psiquiátrica no cotidiano II.** São Paulo: Hucitec, 2007.

MERHY, Emerson Elias; CRUZ Kathleen Tereza da; GOMES, Maria Paula Cerqueira. Sinais que vêm da rua: o outro no seu modo de existir como pesquisador-intercessor. In: CARVALHO, Sérgio Resende *et al.* (orgs.). **Vivências do cuidado na rua:** produção de vida em territórios marginais. 1. ed. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2019. pp. 75-108.

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

MORAIS, Normanda Araujo de. **Trajetórias de vida de crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade social:** entre o risco e a proteção. 2009. Tese (Doutorado em Psicologia) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2009.

- MOREIRA, Reginaldo. **A comunicação como dispositivo terapeutizante: mais mediação, menos medicação**. Rio de Janeiro: Rizoma, 2014.
- MORIN, Edgard. **Ciência com Consciência**. 6. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2002.
- NIETZSCHE, Friedrich. **Humano, demasiado humano**: um livro para espíritos livres. São Paulo: Companhia das Letras, 2005.
- OLIVEIRA, Miriam Gracie Plena Nunes de. Consultório de rua: relato de uma experiência. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal da Bahia, Instituto de Saúde Coletiva, Salvador, Bahia. 2009. 151p.
- ORLANDI, L. B. L. Corporeidades em minidesfile. In: GALLI FONSECA, T.; ENGEL-MAN, S. (orgs). **Corpo, arte e clínica**. Porto Alegre: UFRGS, 2004. pp. 65-87.
- PAIM, Jairnilson Silva. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.
- PAIM, Jairnilson Silva; FILHO, Naomar Almeida. Saúde coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas? **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 32, n. 4, pp. 299-316, 1998.
- PASSOS, Benedito da Cruz. **Retrospecto da vida do Sanatório Dr. Candido Ferreira** (ex-Hospital de Dementes de Campinas). Campinas: Empresa Gráfica e Editôra Palmeiras, 1975.
- PASSOS, Izabel Friche (org.) **Poder, normalização e violência**: incursões foucaultianas para a atualidade. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2008.
- PELBART, Peter Pál. **Da clausura do fora ao fora da clausura** – loucura e desrazão. São Paulo: Brasiliense, 1989.
- PELBART, Peter Pál. Prefácio. In: LIMA, E. A. **Arte, clínica e loucura**: território em mutação. São Paulo: Summus, 2009. p. 14.
- RAUTER, Cristina. Oficinas pra quê? Uma proposta ético-estético-política para oficinas terapêuticas. In: AMARANTE, P. **Ensaio**: subjetividade, saúde mental, sociedade. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000. pp. 267-277.
- RIOS, Ariane Goin. **O fio de Ariadne: sobre os labirintos de vida de mulheres grávidas usuárias de álcool e outras drogas**. 2017. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, Campinas, 2017. 227p.
- RODRIGUES, Alexandra Arnold; GONDAR, Jô. Elementos para repensar a sublimação: pulsão de morte e plasticidade psíquica. **Tempo psicanalítico**. Rio de Janeiro, v. 50, n. 1, pp. 236-257, jun. 2018. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-48382018000100012&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 23 out. 2023.

- ROLNIK, Sueli. **Cartografia Sentimental: transformações contemporâneas do desejo**. Porto Alegre: Sulina; Editora da UFRGS, 2011.
- ROSEN, George. **Uma História da Saúde Pública**. São Paulo: Hucitec / Unesp / Abrasco, 1994.
- ROTELLI, Franco; LEONARDIS, Ota de; MAURI, Diana. **Desinstitucionalização, uma outra via**. In: ROTELLI, Franco; LEONARDIS, Ota de; MAURI, Diana (orgs). *Desinstitucionalização* São Paulo: Hucitec 1990. pp. 17-59.
- ROY, Damien. **Micropolíticas da “População em Situação de Rua”**: interações face a face e recorte situacional de um objeto da ação pública. *Novas faces da vida nas ruas*. São Carlos: EDUFScar, 2016.
- SANTOS, Boaventura Sousa. **Um Discurso sobre as Ciências**. Porto: Afrontamento, 1987.
- SANTOS, Milton. **O país distorcido**. In: RIBEIRO, W.C. (Org.). São Paulo: Publifolha, 2002.
- SANTOS, Milton. **A Urbanização Brasileira**. 5. ed. São Paulo: Edusp, 2013.
- SIMAS, Luiz Antonio. **O corpo encantado das ruas**. 6. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2020.
- SIMAS, Luiz Antonio; Luiz Rufino. **Fogo no mato: a ciência encantada das macumbas**. 1. Ed. Rio de Janeiro: Mórula, 2018.
- SIMAS, Luiz Antonio; RUFINO, Luiz. **Encantamento: sobre política de vida**. Mórula Editorial, 2020.
- TEDESCO, Silvia Helena; SADE, Cristian; CALIMAN, Luciana Vieira. A entrevista na experiência cartográfica: a experiência no dizer. In: PASSOS, Eduardo; KASTRUP, Virgínia; TEDESCO, Silvia (orgs.). **Pistas do método da cartografia: a experiência da pesquisa e o plano comum**. Porto Alegre, Ed. Sulina 2014. pp. 92-127.
- TEIXEIRA, Mirna; FONSECA, Zilma. **Saberes e práticas na atenção primária à saúde: cuidado à população em situação de rua e usuários de álcool, crack e outras drogas**. 2015.
- TEIXEIRA, Ricardo. As redes de trabalho afetivo e a contribuição da saúde para a emergência de outra concepção de público. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, supl. 1, 2005.
- VARANDA, Walter; ADORNO, Rubens de Camargo Ferreira. Descartáveis urbanos: discutindo a complexidade da população de rua e o desafio para políticas de saúde. **Saúde e sociedade**, v. 13, p. 56-69, 2004.

YASUI, Silvio. **Construção da Reforma Psiquiátrica e o seu Contexto Histórico**. 1999. Dissertação (Mestrado, Psicologia e Sociedade) – Universidade Estadual Paulista, Assis, 1999.

YASUI, Silvio. **Rupturas e Encontros**: desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2010.

YASUI, Silvio. **Vestígios, desassossegos e pensamentos soltos**: atenção psicossocial e a reforma psiquiatria em tempos sombrios. Tese (Livre Docência) – Faculdade de Ciências e Letras, Universidade Estadual Paulista, Assis, 2016.

YASUI, Silvio; COSTA-ROSA, Abílio. A Estratégia Atenção Psicossocial: desafio na prática dos novos dispositivos de Saúde Mental. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 78/79/80, pp. 27-37, jan./dez. 2008.

VOZES DA RUA. Locução de: Gilson Gabriel da Silva Firmino e Thiago França Rio Branco Carvalho [S. l.] **Rádio Maluco Beleza**, 2018. Disponível em: <https://mega.nz/folder/vuohlYrR#05C951bAhvY0tABHVEEXCg>. Acesso em: 25 fev. 2019

Decretos e Portarias

BRASIL. Governo Federal. Decreto nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009. Institui a Política Nacional para Inclusão Social da População em Situação de Rua e seu comitê intersectorial de Acompanhamento e Monitoramento e dá outras providências. **Diário Oficial da União [da] República Federativa do Brasil**: Brasília, 24 dez. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.059, de 04 de julho de 2005. Destina incentivo financeiro para o fomento de ações de redução de danos em Centros de Atenção Psicossocial para o Álcool e outras Drogas - CAPSad - e dá outras providências. **Diário Oficial da União [da] República Federativa do Brasil**: Seção 1, Brasília – DF, p. 41, 5 jul. 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.190, de 4 junho de 2009. Institui o Plano Integrado de Enfrentamento do Crack e outras Drogas, cria o seu comitê Gestor e dá outras providências. **Diário Oficial da União [da] República Federativa do Brasil**: 4 jun. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União [da] República Federativa do Brasil**: 21 out. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Rede de Atenção Psicossocial. **Diário Oficial da União [da] República Federativa do Brasil**: Republicada no DOU nº 96, de 21 mai. 2013, Seção 1, pp. 37-38. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em: 20 jan. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 122, de 25 de janeiro de 2012. Define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua. **Diário Oficial da União [da] República Federativa do Brasil**: 25 jan. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 123, de janeiro de 2012. Define os critérios de cálculo do número máximo Equipes de Consultório na Rua por Município. **Diário Oficial da União [da] República Federativa do Brasil**: 25 jan. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 148, de dezembro de 2011. Define as normas de funcionamento e habilitação do Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, do Componente Hospitalar da Rede de Atenção Psicossocial, e institui incentivos financeiros de investimento e de custeio. **Diário Oficial da União [da] República Federativa do Brasil**: 31 jan. 2012. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0148_31_01_2012.html. Acesso em: 20 jan. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.615, de 26 de julho de 2012. Altera o item II do artigo 9º e os artigos 12º e 13º da Portaria nº 148/GM/MS, de 31 de janeiro de 2012, que define as normas de funcionamento e habilitação do Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, do Componente Hospitalar da Rede de Atenção Psicossocial e institui incentivos financeiros de investimento e de custeio. **Diário Oficial da União [da] República Federativa do Brasil**: 26 jul. 2012. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1615_26_07_2012.html. Acesso em: 20 jul. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União [da] República Federativa do Brasil**: 21 set. 2017. Disponível em: https://www.saude.df.gov.br/portarias-federais/-/document_library/EpIB5xJvAGIH/view_file/70864. Acesso em: 20 jul. 2016.

Filmes

ESTAMIRA. Direção de Marcos Prado. Rio de Janeiro: Zazen, 2006. (115 min), son., color.

PROCURA-SE Janaína. Direção de Miriam Chnaiderman. São Paulo: Sequência 2007. (54 min.), son., color.

TERRITÓRIOS Marginais. Direção de Julio Matos. Campinas: Laboratório Cisco, 2019 (28 min.), son., color.

ANEXO 1

Guia das entrevistas

Pretende-se abordar os seguintes temas referentes ao usuário-guia:

- ✓ Percepção do entrevistado em relação ao usuário-guia.
- ✓ Sua história em relação ao usuário-guia.
- ✓ Participação no cuidado.
- ✓ Percepção da articulação da rede no cuidado.
- ✓ Percepção do entrevistado em relação aos efeitos produzidos pela rede de cuidados.
- ✓ Relação dos efeitos produzidos em redes de cuidado e suas conexões com as Políticas Públicas.
- ✓ Transformações do entrevistado diante do usuário-guia.
- ✓ Contribuições que a relação com o usuário-guia possa ter produzido.

Roteiro de entrevistas para usuários

- 1- Você conhece o Consultório na Rua?
- 2- O que mais lhe chamou a atenção?
- 3- Como foi a sua entrada no serviço?
- 4- Como foi/é a sua história com o Consultório na Rua?
- 5- Você compreendia/compreende o seu tratamento? Como?
- 6- Você participa do seu tratamento? Como?
- 7- Havia/há dificuldade(s) em relação ao seu tratamento? Qual(is)?
- 8- Como você avalia os efeitos do seu tratamento?
- 9- O que você perguntaria ao Consultório na Rua?
- 10- Em sua opinião, o contato com Consultório na Rua trouxe alguma(s) contribuição(ões)? Qual(is)?
- 11- Você indicaria alguém para a entrevista?

Roteiro de entrevistas para trabalhadores e gestores

- 1- Você conhece o Sr.(...)?
- 2- O que mais lhe chamou a atenção?
- 3- Como foi a entrada dele no serviço?
- 4- Como foi sua história em relação a ele?
- 5- Você compreendia o tratamento dele? Como?
- 6- Você participava do cuidado dele? Como?
- 7- Havia dificuldade(s) em relação ao tratamento dele? Qual(is)?
- 8- Como você avalia os efeitos do tratamento oferecido ao Sr(...)?
- 9- O que você perguntaria a ele?
- 10- Em sua opinião, o contato com ele lhe trouxe alguma(s) contribuição(ões)? Qual(is)?
- 11- Você indicaria alguém para a entrevista?

Roteiro de entrevistas para gestores

- 1- Você conhece o Sr.(...)?
- 2- O que mais lhe chamou a atenção?
- 3- Como foi a entrada dele no serviço?
- 4- Como foi sua história em relação a ele?

- 5- Você compreendia o tratamento dele? Como?
- 6- Você participava do cuidado dele? Como?
- 7- Havia dificuldade(s) em relação ao tratamento dele? Qual(is)?
- 8- Como você avalia os efeitos do tratamento oferecido ao Sr(...)?
- 9- O que você perguntaria a ele?
- 10- Em sua opinião, o contato com ele lhe trouxe alguma(s) contribuição(ões)? Qual(is)?
- 11- Como você avalia a gestão do cuidado no Consultório na rua?
- 12- Você indicaria alguém para a entrevista?

Destacamos, agora, alguns pontos fundamentais na orientação do como escutar as entrevistas. Elaboramos um minirroteiro de questões deixando abertura para, caso necessário podermos voltar a consultar as fontes na busca e verificação de maiores informações. São eles:

- Quem fala?
- O que fala?
- Quando fala?
- Como fala?
- De onde fala?
- Sobre o que fala?
- O que revela sobre o caso?
- E sobre o agenciamento produzido pelo caso?
- O entrevistador perguntaria novamente, ou gostaria de saber mais sobre algo que não foi possível, ou não foi pensado na hora da entrevista?

ANEXO 2

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) (Resolução 466/2012 - Conselho Nacional de Saúde)

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa “Sinais que vem da rua: nas trilhas dos agenciamentos de produção de vida”, sob a responsabilidade do pesquisador GILSON GABRIEL DA SILVA FIRMINO.

Este termo deverá ser elaborado em duas vias. Depois de lido, rubricado e assinado, uma via ficará em poder do PARTICIPANTE ou de seu representante legal e a outra via em poder do pesquisador responsável.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da Faculdade de Ciências e Letras – UNESP/Campus de Assis. Qualquer dúvida quanto aos aspectos éticos poderão ser esclarecidas nos telefones (18) 3302-5607 e (18) 3302-5830 ou pelo e-mail cep@assis.unesp.br, ou diretamente com o pesquisador no telefone (19) 99104-3080 ou e-mail gasifir@gmail.com.

Objetivo geral: O presente trabalho pretende analisar os efeitos da produção de cuidados disparados pelas práticas clínicas e de gestão a casos complexos desenvolvidas na equipe do Consultório na Rua de Campinas.

Objetivos específicos:

A. Mapear e analisar as ofertas de cuidado em saúde, produzidas pela equipe do Consultório na Rua de Campinas por meio do compartilhamento de um ou mais Projeto(s) Terapêutico(s) Singular(es) (PTS)(s) construído(s) a partir de um caso(s)-guia(s) orientador(es);

B. Caracterizar a função do cuidado intensivo em um serviço de atenção à saúde a população de rua que compõe a rede de serviços de saúde em Campinas;

C. Analisar os impasses e os avanços do cuidado a casos complexos e sua relação com as Políticas Públicas de Saúde Mental e Coletiva.

Para isto, é necessário esclarecê-lo(a) em relação a alguns procedimentos:

Será realizada uma entrevista semiestruturada, para levantamento das experiências e para realização de estudo de caso. A entrevista será realizada pelo pesquisador, respeitando o local e o horário escolhidos pelo entrevistado(a). O depoimento será gravado em fita cassete ou gravador digital e poderá ser devolvido ao entrevistado(a) e/ou interrompido no momento em que este assim o desejar, em qualquer fase da pesquisa, visto que sua participação é voluntária. Destacamos que, caso necessário solicitaremos aos entrevistados a utilização de recursos audiovisuais (imagens, fotos, vídeos, escritos, reportagens etc.) para mediante a sua autorização realizarmos a ampliação da coleta de dados.

Serão garantidos ao(a) entrevistado(a) anonimato, privacidade e sigilo absoluto em relação às informações e declarações prestadas verbalmente e/ou por escrito antes, durante e depois da realização da pesquisa.

Será garantido o contato em qualquer etapa do estudo, com o pesquisador GILSON GABRIEL DA SILVA FIRMINO que pode ser encontrado no endereço institucional: Rua Antônio Prado, nº430, Sousas, Campinas/SP. Telefone (19) 3758-8600.

- As informações obtidas não serão utilizadas em prejuízo das pessoas, inclusive em termos de autoestima, prestígio e/ou econômico/financeiros. As gravações estarão seguras e serão inutilizadas após a pesquisa.
- Após a entrevista, a transcrição de gravação será realizada pelo pesquisador e apresentada aos(as) entrevistados(as) para revisão e aprovação quanto à fidedignidade do que foi dito.
- Será garantida a liberdade de interromper a pesquisa a qualquer momento sem prejuízos para o entrevistado.
- Não haverá despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo. Também não haverá compensação financeira relacionada à sua participação.
- As entrevistas e os dados levantados serão de relevância para a incorporação tecnológica da Atenção Psicossocial na esfera do cuidado intensivo aos casos graves de alta complexidade inseridos nos equipamentos do Sistema Único de Saúde.

Por se tratar de uma pesquisa onde não será utilizado procedimento invasivo, o trabalho pode apresentar riscos relacionados à integridade moral dos envolvidos, uma vez que serão realizadas entrevistas. Desse modo, este estudo é norteado pelo princípio fundamental da dignidade humana a todo e qualquer cidadão assegurado pela Constituição Brasileira enquanto um fundamento basilar de nossa nação. Sendo assim, o pesquisador se compromete a dar o suporte psicológico e o(s) encaminhamento(s) necessário(s) aos participantes que possam de alguma forma sofrer possíveis efeitos iatrogênicos no processo de pesquisa, ou mesmo caso sintam-se feridos e ou prejudicados em sua integridade moral.

Concluída a pesquisa, seus resultados serão divulgados e ficarão acessíveis a qualquer pessoa.

CONSENTIMENTO

Eu, _____, RG: _____, abaixo assinado, concordo em participar, como PARTICIPANTE, da pesquisa “Sinais que vêm da rua: nas trilhas dos agenciamentos de produção de vida”. Fui devidamente informado(a) e esclarecido(a) pelo pesquisador GILSON GABRIEL DA SILVA FIRMINO sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido, ainda, que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade.

Declaro, ainda, que () concordo / () não concordo com a publicação dos resultados desta pesquisa, ciente da garantia quanto ao sigilo das minhas informações pessoais e ao meu anonimato.

Local e data _____, ____ de _____ de ____.

Assinatura do Participante

Eu, GILSON GABRIEL DA SILVA FIRMINO , pesquisador responsável pelo estudo, obtive de forma voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido do PARTICIPANTE para a participação na pesquisa.

Assinatura do Pesquisador