

JULIA DE ARAUJO MAGALHÃES

ARTICULAÇÕES TERRITORIAIS:
uma cartografia da atenção à população em situação de rua

ASSIS
2015

JULIA DE ARAUJO MAGALHÃES

ARTICULAÇÕES TERRITORIAIS:
uma cartografia da atenção à população em situação de rua

Dissertação apresentada à Faculdade de Ciências e Letras de Assis – UNESP – Universidade Estadual Paulista para a obtenção do título de Mestre em Psicologia (Área de Conhecimento: Psicologia e Sociedade).

Orientador: Silvio Yasui

ASSIS
2015

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Biblioteca da F.C.L. – Assis – UNESP

M188a	Magalhães, Julia de Araujo Articulações territoriais: uma cartografia da atenção à população em situação de rua / Julia de Araujo Magalhães. Assis, 2015. 84: il. Dissertação de Mestrado - Faculdade de Ciências e Letras de Assis - Universidade Estadual Paulista. Orientador: Dr. Silvio Yasui 1. Políticas públicas. 2. Saúde mental. 3. Sistema Único de Saúde (Brasil). 4. Pessoas desabrigadas. I. Título. CDD 362.1 614.0981
-------	--

Ao Sebastião

AGRADECIMENTOS

À minha mãe, por me mostrar o caminho nos territórios confusos;

Ao Sílvia pelas orientações e ensinamentos no percurso da pesquisa;

Às Cristinas, e ao Ricardo, e á Ana, pelas leituras e contribuições ao longo desse processo;

Aos colegas do grupo de orientação, sempre parceiros, pelas trocas e conversas;

Aos amigos por me acompanhar na construção de um coletivo tão potente.

À minha família pelo acolhimento em qualquer momento;

Às meninas da minha casa, pelo carinho e pelo suporte;

Às agentes, pelo modo como me receberam e me mostraram seu cotidiano de trabalho, possibilitando meu estudo e meu crescimento;

Ao meu filho por me trazer o novo, e me fazer diferir.

MAGALHÃES, J. A. de. **Articulações territoriais:** uma cartografia da atenção à população em situação de rua. 2015. 85p. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Faculdade de Ciências e Letras, Universidade Estadual Paulista, Assis, 2015.

RESUMO

Na atenção à população em situação de rua e vulnerabilidade social, percebe-se a necessidade permanente de construção de dispositivos para a qualificação da intervenção das equipes técnicas nas Políticas Públicas. Isso se coloca como um desafio importante para a área da Saúde Mental, considerando os princípios de universalização, equidade e integralidade do cuidado do Sistema Único de Saúde (SUS). A articulação intersetorial é fundamental nesse campo, pois a Assistência Social é uma área que possui ampla experiência de trabalho com essa população; e, diante da fragilidade dos vínculos entre os albergues e as unidades de saúde, é difícil garantir a continuidade da atenção à saúde dessa população, com grande mobilidade, pouca institucionalização e condições múltiplas de moradia e documentação. A fim de aprofundar o conhecimento sobre as práticas existentes nesse campo, cartografamos modos como são realizados atendimentos por agentes comunitários do Consultório na Rua. A cartografia nos ajuda a analisar as discursividades locais, explorar os limites e mapear linhas de fuga, que nos levam a vislumbrar outros modos de cuidado e de vida se insinuando, com outras formas de composição com o poder. O campo da pesquisa foi realizado na Unidade Básica de Saúde da República, situada no centro da cidade de São Paulo. Problematicamos essa composição tomada pelas práticas de promoção da saúde, com suas especificidades e peculiaridades, e identificamos as forças tanto de submetimento e padronização quanto as emancipatórias de participação inventiva e autônoma. Apresentamos uma descrição dos processos de trabalho, que mais apareceram no contato com as agentes, e que são potentes na consolidação de um trabalho clínico: as idas à campo, e aprofundamos na análise do conceito de território e a maneira como ele atravessa a atenção à saúde dessa população; o Acolhimento; as reuniões, por sua importância na construção de um coletivo multidisciplinar para olhar os usuários como um todo; aprofundamos também na análise das finalidades e condições de trabalho; e das articulações e tensões com outras secretarias. Concluímos que, neste programa, as agentes exercem um trabalho clínico pois seu fazer envolve uma importante função de escuta e de construção de vínculo com os usuários.

Palavras-chave: Consultório na Rua, Cartografia, Território.

MAGALHÃES, J. A. de. **Territorial Articulations:** a cartpgraphy of attention to the homeless people. 2015. 85p. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Faculdade de Ciências e Letras, Universidade Estadual Paulista, Assis, 2015.

ABSTRACT

The attention to the social vulnerable and homeless people demands devices for qualifying the intervention of technical teams in Public Policy. This is an important challenge for the field of mental health, considering the principles of universality, equity and comprehensive care of the Brazilian health system – SUS. Intersectoral coordination is crucial in this field because social assistance is an area which has extensive experience working with this population. Besides, given the fragility of the links between hostels and health facilities, it is difficult to ensure continuity of health care of this population, with high mobility, low institutionalization and housing and documentation multiple conditions. In order to increase the knowledge of existing practices in this field, we made a cartography of the actions of the “Consultório na Rua” Program agents. Cartography helps us analyze local discourses, explore the boundaries and map lines of flight, which lead us to glimpse other modes of care and life creeping with other forms of composition with power. Field research was conducted at the primary care service in the center of São Paulo. The research made possible to question this health promotion practices, with their specificities and peculiarities, and identify the strengths of both subjugation and standardization as the emancipatory inventive and autonomous participation. There is a description of work agents processes, which can create a clinical work: visits to the field, and analysis of the concept of territory and the way it crosses the health care of this population; reception; meetings. Ana analysis of the objectives and working conditions; and connections and tensions with other departments. We conclude that this program and the agents perform a clinical work because their practice involves an important listening function and bonds with users.

Keywords: Consultório na Rua, Cartography, Territory.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
2 POLÍTICAS PÚBLICAS ESPECIALIZADAS NA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA	20
2.1 Apresentação	20
2.2 Consultório na Rua	22
2.3 O campo de experimentação em São Paulo	24
2.4 Promoção de Saúde	26
2.5 Agentes Comunitários de Saúde	28
2.6 O estado da arte da política voltada para população em situação de rua	29
3 OS MOVIMENTOS DO CAMPO	32
3.1 Modo de pesquisar	32
3.2 O campo da pesquisa: impressões e expressões	37
3.3 Acolher a multiplicidade	44
3.4 Construindo coletivos	46
3.5 Processos de trabalho	51
3.6 Articulações intersetoriais	59
4 TERRITÓRIOS EFÊMEROS	63
4.1 Trabalho no território vivo da saúde	67
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	75
REFERÊNCIAS	81

1 INTRODUÇÃO

O município de São Paulo, com características de uma grande Metrópole, sofreu uma aceleração em seu crescimento, com urbanização desordenada e crescente desigualdade social. Nesse processo, uma parcela da população foi sendo excluída do acesso ao trabalho e aos bens e serviços em nossa sociedade, o que teve como consequência o aumento significativo das pessoas em situação de rua e vulnerabilidade social.

Vasconcelos (2010) considera um desafio e uma das prioridades do campo da saúde mental, atualmente, a atenção a esses indivíduos desfilados socialmente, que apresentam perda ou grande fragilização dos laços relacionais ou familiares, o que é somado aos longos períodos de desemprego, e muitas vezes a essa situação de vida nas ruas, ao uso de álcool e outras drogas. São histórias pessoais e comunitárias que carregam um elevado nível de segregação urbana e social, de dificuldades de acesso e permanência escolar ou de capacitação para o trabalho. Pessoas e comunidades que estão sujeitas à violência cotidiana, a criminalidade, a exploração sexual e a mortes violentas, além da circulação em ambientes vulneráveis com possível presença de organizações do tráfico de drogas. O autor analisa que essas pessoas desconhecem, ou não têm acesso, ou têm medo dos serviços de saúde mental e assistência existentes, e levanta a hipótese de que isso se deva ao autoritarismo frequente da intervenção pública nesse campo.

O *Censo da População em Situação de Rua na municipalidade de São Paulo* (SÃO PAULO, 2011) e um panorama geral dos outros Censos realizados com essa população mostram como essa questão está se agravando, se complexificando e exigindo uma atenção maior no campo da saúde e, mais especificamente, da saúde mental.

O primeiro recenseamento de moradores de rua da cidade de São Paulo foi realizado em fevereiro de 2000 pela Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas (Fipe), contratada pela Secretaria de Assistência Social (SAS) da Prefeitura de São Paulo. Na ocasião, foram recenseados 8.706 moradores de rua. Destes, 5.013 foram encontrados nos logradouros da cidade e 3.693 nos albergues. Já no ano de 2003, foram recenseadas, pela Fipe/SAS, 10.399 pessoas em situação de rua, sendo

4.213 nas ruas e 6.186 em albergues. O censo de 2009, realizado pela mesma Fundação em parceria com a SAS, mostrou um aumento da população dessa população, contando com 13.666 pessoas em situação de rua, sendo 6.587 pessoas dormindo na rua e 7.079 pessoas acolhidas em instituições.

O último estudo da população em situação de rua em São Paulo – Censo (2011) e caracterização socioeconômica (2012) –, realizado pela Fundação Escola de Sociologia e Política, Núcleo de Pesquisa em Ciências Sociais (FESP-SP), mediante contrato com a Secretaria Municipal de Assistência e Desenvolvimento Social da Prefeitura do Município de São Paulo (SMADS), indica 14.478 indivíduos em situação de rua, estando 53% dessa população abrigada em centros de acolhida da rede de assistência conveniada com a prefeitura. Além disso, a pesquisa mostra que a grande maioria (64%) está situada na região do Centro da cidade. A diferença encontrada quando considerados os diversos censos sugere um aumento gradativo da população, e que a condição do morador de rua é flutuante, fator que exige um planejamento criterioso das ações para esta população.

Nessa última pesquisa, os levantamentos mostram que a maioria dessa população é composta de homens, principalmente adultos e sozinhos, que morava antes em casa própria, e com tempo médio de permanência na rua de cinco anos. Diversas motivações explicam a vida nas ruas, entre elas, questões relacionadas ao trabalho, à saúde e à violência; falta de documentação; grande mobilidade, entre outras, revelando um grupo específico e diversificado. Canônico *et al.* (2007) afirmam que algumas pessoas escolhem morar na rua, onde a liberdade se sobrepõe às regras familiares e trabalhistas.

[...] pode-se perceber que o problema da população em situação de rua não é essencialmente econômico, pois boa parte trabalha, ganha quantias similares ao salário mínimo e tem um razoável nível de escolaridade. [...] fica a percepção de que o problema do indivíduo em situação de rua na cidade de São Paulo é mais de natureza psico-social do que apenas econômico. (SÃO PAULO, 2011, p. 88).

De outra parte, a cartilha de formação política do Movimento Nacional da População em Situação de Rua (2010, p. 8) indica que “hoje a história é outra. Estamos organizados em um movimento que veio para ficar na cena urbana e política”.

Além disso, a presença significativa de um grupo de usuários de drogas, principalmente o crack, foi se configurando no Centro da cidade, espaço que ficou conhecido como “cracolândia”. A cracolândia pode ser entendida como um lugar móvel, acompanhando o movimento dessas pessoas que o compõem. Nas palavras dos integrantes do Desentorpecendo a Razão (DAR), Coletivo Antiproibicionista de São Paulo, em um texto institucional publicado no site do grupo:

Eles são a renitência, o que não pode ser absorvido, o que é oculto, visível e se refaz, com uma organicidade espacial que transcende os espaços. São os consumidores da nova pedra de Sísifo, vivem uma recusa que em algum lugar questiona a lógica do trabalho brutal, alienado e indigno. Eles são, muitas vezes, justamente aqueles que se recusaram (em algum lugar) a fazer parte da lógica do trabalho, das paredes, das grades. O crack é um lugar e uma recusa. (DESENTORPECENDO A RAZÃO, 2014, s/p).

Esse fenômeno ganhou grande visibilidade social e na mídia, assim como nas Políticas Públicas. Em julho de 2009, foi desenvolvido um projeto municipal intersecretarias¹ o *Centro Legal*, com foco de atuação nessa região. Foram contratados para atuar nesse projeto 90 Agentes Comunitários de Saúde de Rua (ACSR), 20 enfermeiros e 2 auxiliares de enfermagem que, por meio de abordagens, orientações e encaminhamentos, buscam vincular as pessoas em situação de rua aos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS), para possibilitar oportunidades de recuperação física, psíquica e social. No entanto, essa operação foi bastante marcada por intervenções policiais acompanhadas de internações involuntárias e compulsórias.

Contudo, Canônico *et al.* (2007) nos lembram que, além das iniciativas do terceiro setor que buscam tirar essas pessoas da rua impulsionadas pelo objetivo de reinserção social, devemos atentar para os interesses políticos e econômicos envolvidos nessas ações de limpeza urbana, e afirmam a necessidade de articular as ações do poder público e privado, e da sociedade civil, considerando os interesses da população em questão.

Entendemos que o crack não pode ser visto como a única questão das pessoas envolvidas, nem desvinculada de um contexto social; o uso de drogas está, muitas vezes, associado ao sofrimento psíquico, ao desamparo, à falta de

¹ A Secretaria da Saúde atua principalmente em conjunto com as Secretarias Municipais de Assistência e Desenvolvimento Social, Habitação, Gestão, e com o Ministério Público e a Guarda Civil Metropolitana.

oportunidades e de redes afetivas, relacionais, culturais e econômicas. Ou seja, não adianta indicar (ou forçar) um tratamento, se não oferecermos alternativas e oportunidades de vida para esses sujeitos

A estratégia de pacificação das favelas do Rio de Janeiro, por exemplo, ocorreu com ocupação militar, seguida de instalação de uma Unidade de Polícia Pacificadora (UPP) permanente no território, que trataria de estabelecer um diálogo entre os atores sociais e canalizar as demandas para a rede de políticas. Fleury (2012) aponta que o objetivo inicial do estabelecimento de uma nova ordem policial coercitiva confronta-se com a construção de uma esfera pública ampliada por meio da expansão da cidadania aos moradores destes territórios e sua integração à cidade, evidenciando enormes tensões e contradições desta estratégia de ampliação dos direitos de cidadania por meio da militarização do campo social.

Para desenvolver esse trabalho, Bróide e Bróide (2012) propõem identificar as ‘âncoras’ que mantêm os sujeitos e os grupos amarrados à vida, e fazer delas pontos de partida e estruturação de uma possível intervenção. Essa perspectiva se relaciona com a nova proposta construída pela prefeitura em 2013, denominada *Operação De Braços Abertos*, que buscou se diferenciar da política anterior.

O programa realiza uma expansão da mirada, ou seja, o foco não é a droga, pois parte-se do reconhecimento da desvantagem e vulnerabilidade das pessoas da cracolândia como resultante de muitos outros fatores. O ponto de partida do projeto foi a construção realizada junto com a população em questão, os próprios dependentes, de modo que ele pôde ser estruturado a partir das necessidades relatadas. Segundo a equipe da área técnica de saúde mental, em texto de fevereiro de 2014, no qual que era apresentado o programa, o “*De Braços Abertos* é pensado como um Projeto em constante transformação. Ele não é uma ação isolada. Ao contrário, além de operar integradamente, ele já está conectado às redes de saúde e de saúde mental” (SÃO PAULO, 2014, p. 3).

A ação, coordenada pela Secretaria de Saúde, em parceria com outras secretarias, realocou os moradores em hotéis sociais na região, com oferta de refeições, capacitação profissional e oportunidades de trabalho, como, por exemplo, limpeza urbana e jardinagem. Recentemente, apareceram alguns barracos no local, que ficou conhecido como “favelinha da Rua Helvétia”, configurando uma

concentração de pessoas vulneráveis à dependência química. Os moradores dessa “favelinha” foram os primeiros a serem realocados.

“Acreditamos que boa parte dessas pessoas vai, por meio do trabalho, se reerguer, se reestruturar. Estaremos juntos: a assistência social, a Secretaria do Trabalho e da Saúde. O tratamento não é obrigatório” afirma o secretário José de Filippi Junior (*apud* DESENTORPECENDO A RAZÃO, 2014, s/p). O entendimento de que o problema social explicitado nessa região ultrapassa em muito o consumo, abusivo ou não, de uma substância, assim como a baixa exigência, a ausência de imposições e a busca de abordagens que não envolvem necessariamente abstinência ou internação são extremamente favoráveis à adesão das pessoas, para que não apenas entrem, mas permaneçam no programa, e são também aspectos fundamentais para atender às especificidades dessa população em condições de extrema vulnerabilidade e incerteza.

As estratégias de tratamento que partem da busca e da exigência da abstinência surgem da mesma lógica fracassada do proibicionismo em seus aspectos mais gerais, pois são autoritárias, impositivas, e ineficientes. Entende-se que a política pública deve partir do fato “de que as pessoas usam drogas, querem fazê-lo e que o uso abusivo é que deve ter seus danos minimizados (DESENTORPECENDO A RAZÃO, 2014, s/p).

Nas palavras de Antonio Lancetti (2014, p. 1):

Durante o cadastramento das pessoas que estavam morando na favelinha das Ruas Dino Bueno e Helvetia, um senhor disse: eu montei o barraco e eu quero desmontá-lo.

E foi assim que essas pessoas foram aceitando a ocupação desse território conhecido como cracolândia pelo poder local. A via pública foi liberada sem violência, sem expulsão: com diálogo e inclusão.

'Cada táuba que caía', disse Adoniran Barbosa, 'doía no coração' e continua doendo a cada desocupação autoritária, expulsiva, a cada incêndio de favela.

Os integrantes do Centro de Convivência É de Lei e do Coletivo DAR consideram que o programa *De Braços Abertos* foi uma forma de intervenção estatal diferenciada nesse território e com essa população, por não se basear na repressão e por carregar princípios da redução de danos. Ao mesmo tempo, questionam alguns pontos, como a continuidade do projeto, o trabalho em parceria com o governo do estado, que provocou relações do Programa com as Comunidades

Terapêuticas, e a especificidade do público atendido. Em suas palavras: “A ideia de hotel social é bem melhor que os albergues-galpões-de-gente, mas por que só essa população, em meio a mais de quinze mil pessoas em situação de rua, recebe o auxílio?” (DESENTORPECENDO A RAZÃO, 2014, s/p). De fato, nesse sentido, a mídia parece exercer uma influência importante sobre as ações do governo. E concluem:

Como fazer com que o Centro seja das pessoas, de todas as pessoas, todos nós, incluindo os usuários e o resto da população? É preciso acolher e oferecer possibilidades de lazer, cultura, inclusão dessas pessoas, além de formas de aproximação destas com a população em geral, para reduzir o preconceito e o estigma. (DESENTORPECENDO A RAZÃO, 2014, s/p).

O fortalecimento dessas atuações alternativas é urgente, porque enquanto não propusermos saídas às demandas que surgem, clínicas e instituições com perspectivas manicomializantes, como algumas das comunidades terapêuticas, estão aparecendo e se fortalecendo. Retomando Vasconcelos (2010), o autor afirma a necessidade da articulação intersetorial, por considerar que

[...] a simples oferta de leitos é ineficaz sem a continuidade do tratamento intensivo na rede de atenção psicossocial, mas negar a sua importância intrínseca, quando devidamente integrada a uma atenção psicossocial de base territorial, é não reconhecer a gravidade do quadro que vivemos. (VASCONCELOS, 2010, p. 55).

O programa *De Braços Abertos* vem com essa proposta, mas precisaria ampliar e incluir outras secretarias.

Devemos lembrar que essas reflexões estão inseridas no contexto da saúde pública brasileira, que foi sendo constituído historicamente. O SUS é uma política de Estado com participação social, assegurada pela Constituição Federal de 1988, que, no art. 196, afirma que a saúde é um dever do Estado e um direito de todos (princípio de universalidade), e entende a saúde como uma resultante de fatores sociais e econômicos. No entanto, a entrada dessa população no sistema se deu de maneira tardia, prejudicada pela dificuldade desse atendimento, pela ausência de trabalho em rede e pela forte presença de uma visão assistencialista nesse campo (SOUZA; SILVA; CARICARI, 2007).

Hoje, entende-se que, para realizar um bom atendimento com quem está nas ruas, é necessário ir às ruas. De acordo com o princípio de equidade, o atendimento na área da saúde para a população em situação de rua é algo a ser construído com a própria população, a partir da demanda das pessoas.

Os serviços para esta população na saúde propõem uma nova forma de atendimento que está em plena construção e implantação: o Consultório na Rua. Essa é uma estratégia de trabalho que está sendo posta em prática atualmente, definida pela Portaria nº 122 (BRASIL, 2011). Trata-se de uma política recente, de 2012, que derivou da Estratégia Saúde da Família especializada nessa população. Tem como proposta ampliar o acesso e ofertar atenção integral à saúde, por meio das equipes e serviços da Atenção Básica. Evidenciou-se ainda a necessidade de intersetorialidade das políticas de saúde e da articulação com outras áreas, como a da assistência social.

Muito se produziu e se falou em relação à articulação entre os serviços da rede de saúde. Para a atenção dessas populações, é necessário expandir os limites e realizar uma articulação maior, visando a real inclusão e participação social dos nossos usuários. Ou seja, pensar de forma intersetorial medidas assistenciais integradas, nos planos local e regional. Mas, para desenvolver essa ideia, precisamos aprofundar o conhecimento sobre as práticas existentes nesse campo.

Vasconcelos (2010) fala da necessidade de inserir as lutas do campo da Saúde Mental por uma cidade permeada por diferenças no campo da conquista dos direitos sociais de cidadania, incorporando os princípios da Reforma Psiquiátrica no campo mais geral da saúde e das políticas públicas. Segundo o autor,

avanços mais significativos e amplos na saúde mental só serão possíveis se conseguirmos avançar a luta popular-democrática no seu conjunto, o que implica condições de vida/trabalho e políticas sociais mais condizentes com os interesses históricos da maioria da população. (VASCONCELOS, 2010, p. 28).

A articulação intersetorial busca garantir maior efetividade das ações públicas ao reconhecer a complexidade e multidimensionalidade dos problemas e dos caminhos para se atingir a integralidade do cuidado, articulando investimentos e ações interdisciplinares e multiprofissionais concretas, provenientes de várias linhas da política social, em um campo determinado.

Especificamente na produção de saúde de pessoas em situação de rua, a articulação, principalmente com a assistência social, é ainda mais urgente, já que a demanda da população muitas vezes extrapola o alcance da área da saúde. Nas palavras de Souza, Silva e Caricari (2007, p. 812):

No âmbito da Saúde Pública, a atuação do Estado transcende o atendimento a estas pessoas em condições precárias de vida e de saúde, extrapolando para o que se refere à articulação de políticas públicas integradoras das populações com necessidades especiais, tendo em vista os princípios de universalização, equidade e integralidade preconizadas pelo SUS.

Além disso, a Assistência Social é uma área com ampla experiência de trabalho com essa população e, diante da grande mobilidade dessas pessoas e da ausência de vínculos entre os albergues e as Unidades de Saúde, é difícil garantir a continuidade do tratamento dessa população, na maioria das vezes, sem moradia e documentos.

No entanto, devemos sempre atentar para os riscos de nossa prática, pois

[...] se a ideia de rede parece evidente, ela não pode deixar de ser problematizada como um instrumento de captura ou de manutenção do errante na panóptica social – uma rede que, como redes de pesca, confinam a presa não pela sua imobilização total, mas pela contenção de seus movimentos e pelo impedimento da ultrapassagem dos limites que impõe. (JUSTO, 2012, p. 75).

Em resposta a isso, podemos colocar o que Foucault diz: “nem tudo é ruim, mas tudo é perigoso” (FOUCAULT, 1995, p. 256). Dessa forma, não estamos questionando a importância de articular uma rede para oferecer os serviços de atenção à saúde dessa população; apenas afirmando que devemos manter essa discussão para não cair num fazer desprovido de sentido ou puramente aprisionador. Isso quer dizer que devemos nos manter atentos às dimensões regulatórias, próprias de qualquer política pública, e às dimensões emancipatórias e de empoderamento individual e comunitário.

No trabalho com pessoas em situações de extrema vulnerabilidade social, percebe-se a necessidade permanente de construção de dispositivos para a qualificação da intervenção das equipes técnicas nas Políticas Públicas (BRÓIDE;

BRÓIDE, 2012), especialmente no atendimento às pessoas e populações em situação de rua.

As pesquisas sobre essa população, muitas vezes, procuram compreender porque essas pessoas vivem de um modo tão diferente do usual e do esperado socialmente (CANÔNICO *et al.*, 2007). Nessa perspectiva, a importância de realizar pesquisas na área é contribuir no processo de divulgação do problema social, fomentar a discussão e, possivelmente, favorecer a elaboração e o desenvolvimento de Políticas Públicas mais efetivas no trabalho com essa população, num esforço constante de superação das ações isoladas, e afirmando o trabalho intersetorial como fundamental para assistir esse grupo.

O momento de grande visibilidade e debate que o fenômeno das vidas nas ruas adquiriu, recentemente, na mídia, somado aos movimentos já iniciados com a Reforma Psiquiátrica brasileira, possibilitou o surgimento dessa pesquisa.

Dizendo de outra forma, a experiência de realizar uma pesquisa é um agenciamento coletivo de enunciação. Esse mergulho agencia tanto sujeito e objeto quanto teoria e prática no mesmo plano de produção. Segundo Fonseca, Nascimento e Maraschin (2012), agenciar remete a um processo de criação, que pode ser científico, no qual uma junção de elementos produz algo novo. Esse cruzamento implica a produção dos processos singulares dos elementos envolvidos, e exige uma renúncia ao já sabido e uma entrega ao estranhamento em si.

O pesquisador é sempre atravessado pelas questões do mundo, é produzido como ser histórico, inscrito num espaço e numa certa temporalidade; contudo é sempre um corpo singular que se encontra com uma questão.

Pesquisar é, portanto, habitar locais até então desconhecidos.

Do mesmo modo, “Escrever é agenciar, ato que comporta tanto o indivíduo que escreve quanto a língua que ele mobiliza para escrever.” (FONSECA; NASCIMENTO; MARASCHIN, 2012, p. 30). Trata de se expressar apropriando-se de regimes semióticos ou de produção de signos. Esse agenciamento de mãos escrevendo e língua posta em movimento desarranja modos estabelecidos de dizer

e fazer, e cria outros, provocando uma mudança tanto na subjetividade quanto na língua em questão.

De acordo com a linha da cartografia, a pesquisa é sempre uma intervenção política porque produz saber, produz verdade. A criação de novos dispositivos de saber-poder, articulados a outros dispositivos, pode instituir e regular as práticas sociais. Ao afirmar um outro modo possível de pensar o trabalho da saúde com a população moradora de rua, que também não é único, criamos a possibilidade de outros modos serem inventados. Por ressonância, chega-se à liberdade de poder pensar diferentemente e, assim, escapar, em certa medida, do poder estabelecido, produzindo um novo jogo com suas forças.

Nesse sentido, é importante levantar o estado da arte da política para a população em situação de rua, localizando o Consultório na Rua; analisar as práticas de produção de cuidado do Consultório na Rua no Centro da cidade de São Paulo; cartografar o modo como é realizado o atendimento à população em situação de rua, porque outras formas de atenção também se insinuam, identificando as práticas desenvolvidas pelos trabalhadores da saúde e reconhecendo os saberes produzidos no cotidiano desse trabalho, assim como relacionando-os aos conhecimentos transdisciplinares produzidos da área. Vislumbramos e queremos fortalecer e dar visibilidade a essas novas formas, norteados pela reflexão sobre os modos de vida que estão sendo produzidos em cada uma dessas intervenções.

Para desenvolver essa reflexão, o foco recairá nos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) que trabalham dentro das equipes do Consultório na Rua, no Centro da cidade de São Paulo. A partir disso, coloco as questões de pesquisa: como é o atendimento à população em situação de rua realizado pelos Agentes Comunitários do Consultório na Rua? As formas de atenção a essa população caminham em qual direção – de autonomia e empoderamento ou de poder, controle e exclusão? Quais são as forças de submetimento e padronização, e quais as emancipatórias de participação inventiva e autônoma?

No capítulo intitulado “Políticas públicas especializadas na população em situação de rua”, expomos e discutimos as políticas públicas existentes nesse campo. No capítulo seguinte, “Os movimentos do campo”, apresentamos a metodologia de pesquisa de campo utilizada, e, em seguida, os dados obtidos na

pesquisa de campo. Em “Territórios do efêmero”, problematizamos a noção de território a partir da experiência de mobilidade que essa população nos apresenta. Por fim, apresentamos as Considerações Finais da pesquisa.

2 POLÍTICAS PÚBLICAS ESPECIALIZADAS NA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA

2.1 Apresentação

A área da Assistência Social tem ampla experiência no trabalho com a população em situação de rua. Em 2005, incorporou as pessoas que vivem nas ruas como prioridade de atenção, estabelecendo a criação de programas e serviços específicos voltados para elas; nesse mesmo ano, aconteceu o I Encontro Nacional sobre População em Situação de Rua. Em 2009, foi instituída a Política Nacional para a População em Situação de Rua e o Comitê Intersetorial para seu acompanhamento e monitoramento (BRASIL, 2009).

Atualmente, no portal da Prefeitura de São Paulo, a Coordenadoria de Proteção Social Especial, que atua no âmbito da criação de Políticas Públicas em consonância com o Sistema Único de Assistência Social (SUAS) e a Constituição Federal de 1988, apresenta uma rede de atendimento socioassistencial voltada à população em situação de rua, composta por abordagens sistemáticas nas ruas, realizadas pelos Agentes Psicossociais (APS), em pontos de concentração dessa população, seguidas de possíveis encaminhamentos; apresenta, ainda, diversos serviços como os núcleos de convivência, centros de acolhida e centros de acolhida especiais (para públicos específicos). Além disso, há uma rede para estímulo à geração de renda e capacitação profissional, e Programas como o *Operação Baixa Temperatura*, voltado para proteger a população do frio no inverno.

O Centro de Referência Especializado de Assistência Social (Creas) é uma unidade onde são ofertados serviços a famílias e indivíduos em diversas situações de violação de direitos humanos, entre eles pessoas em situação de rua. Além de oferecer acompanhamento multiprofissional, tem a função de promover a integração e articulação dos serviços fortalecendo a rede socioassistencial para garantir a proteção social do sujeito.

Na área da saúde, em novembro de 2004, começou a ser implantada, na cidade de São Paulo, pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS), em parceria com o Centro Social Nossa Senhora do Bom Parto, o Projeto *A Gente na Rua*, que, além

de atendimentos na unidade, também realizava abordagens *in loco* dos moradores em situação de rua e vulnerabilidade social. O objetivo desse projeto era atender as necessidades mais específicas, ou seja, prevenir, detectar e tratar os agravos mais frequentes da vida nas ruas, promovendo o acesso ao SUS e a reinserção social. O trabalho da equipe funcionava como o Programa Saúde da Família (PSF), mas com o diferencial de ser uma Estratégia Saúde da Família Especial – para moradores em situação de rua e vulnerabilidade social.

Souza, Silva e Caricari (2007) relatam que, antes, o atendimento básico era realizado nos próprios albergues e instituições, pois o acesso às unidades de saúde era dificultado pela exigência de documentos, restrição de atendimento na demanda espontânea, fragilidade da ação intersetorial e preconceitos dos profissionais e dos usuários. O projeto acima descrito foi a entrada do setor saúde no trabalho com esta população.

Em relação à criação desse serviço, Canônico *et al.* (2007) colocam que foi impulsionada por um movimento ocorrido em 26 de junho de 2003, dia conhecido como “O grito dos excluídos”, no qual a população reivindicava o direito à saúde. Os autores se referem à crescente organização do movimento social dessa parcela da população, que foi adquirindo cada vez mais força.

Para Ferreira Neto *et al.* (2009), a marca da Reforma Sanitária brasileira foi a participação popular de vários contingentes da sociedade civil. O PSF é uma ferramenta de promoção de saúde, que surge como eixo reorientador do SUS e intensifica os deslocamentos preconizados pela política de Promoção da Saúde. No entanto, eles problematizam o cenário atual, assentado em alicerces diferentes do início da Reforma, uma vez que já se estabeleceu e institucionalizou uma base jurídico-formal e administrativa.

A importância desse programa voltado especificamente para essa população eram as especificidades na saúde provocadas por esse modo de vida. Carneiro Junior *et al.* (2010) apontam a prevalência maior de algumas condições da população de rua quando comparada às da população geral, como tuberculose, gestações, alcoolismo e uso de drogas. No portal da prefeitura, as particularidades do trabalho apresentadas envolvem principalmente estratégias de captação e

adesão para o tratamento de hipertensos, diabéticos e busca ativa de gestantes e sintomáticos respiratórios.

Além disso, há diversos fatores que comprometem a estrutura individual com a permanência na rua, como o frequente rompimento com a família e situações de violência doméstica, sexual e moral, que agravam ainda mais as capacidades físicas e mentais dos sujeitos, aumentando o risco de aparecimento de sofrimento mental (CANÔNICO *et al.*, 2007). E, ainda hoje, algumas exigências institucionais de referências sócio-familiares e de moradia, e a ausência de um sistema integrado, dificultam a continuidade do tratamento dessa população com grande mobilidade, mesmo dentro dos grandes centros urbanos.

2.2 Consultório na Rua²

Atualmente, essa estratégia se desdobrou em um novo programa, que garante maior liberdade aos trabalhadores com flexibilização das tarefas. Em 25 de janeiro de 2011, foi publicada uma Portaria que define as diretrizes do que passou a ser chamado de Consultório na Rua. Nela, lê-se que as equipes de saúde da família que atendiam pessoas em situação de rua poderão ter sua habilitação modificada para equipes de Consultório na Rua (eCR). A partir da constituição do vínculo do usuário com o serviço, a ideia é que os profissionais da própria unidade passem a atender os usuários.

As equipes de Consultório na Rua devem realizar as atividades de forma itinerante e, quando necessário, utilizar os serviços de saúde do território, desenvolvendo ações em parceria com as equipes dessas unidades. As práticas são caracterizadas por uma busca ativa das pessoas e o cuidado aos usuários de álcool, crack e outras drogas. Cabe a essas equipes desempenhar

[...] suas atividades *in loco*, de forma itinerante, desenvolvendo ações compartilhadas e integradas às Unidades Básicas de Saúde (UBS) e,

² A diferença entre o Consultório de Rua, vinculado à Política Nacional de Saúde Mental, e o Consultório na Rua, vinculado à Política Nacional de Atenção Básica, não é apenas uma questão de nomenclatura, mas uma mudança nas diretrizes estratégicas deste dispositivo. O Consultório na Rua trabalha também com prevenção do consumo e da dependência de crack, álcool e outras drogas, mas entende que não é apenas a atenção em relação ao consumo e à dependência dessas substâncias que a população em situação de rua necessita.

quando necessário, também com as equipes dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), dos serviços de Urgência e Emergência e de outros pontos de atenção, de acordo com a necessidade do usuário (BRASIL, 2011).

E, quando necessário, utilizarão as instalações das UBS presentes no território.

Ou seja, não se espera que a demanda chegue aos centros de saúde; os trabalhadores vão a campo, agem preventivamente, ao mesmo tempo em que, ao garantir a permanência do contato entre o usuário e o agente comunitário, mesmo após o atendimento, trabalham no sentido de manter o vínculo com o próprio centro de saúde e, conseqüentemente, a continuidade do tratamento e o acompanhamento efetivo das pessoas. Concomitantemente, o trabalho deve ser guiado por uma ética que vise dimensionar as práticas, de forma que elas incluam a participação do usuário como condição da construção, realização e efetividade dessas ofertas de atenção à saúde.

O CR, inserido nas redes de saúde e intersetorial, na intenção de produzir uma terapêutica singular para cada pessoa/coletivo em situação de rua, tem uma importante função de articulação entre os serviços. Segundo Londero (2014), diante da fragilidade dessas redes, sempre em movimento e a construir-se, o CR, além de servir como um serviço de atenção aos moradores ou pessoas em situação de rua, torna-se um instrumento de problematização dos modos de cuidado que atravessam a assistência em saúde. Com sua prática em trânsito, os trabalhadores percorrem a rede de saúde e intersetorial buscando articulações para atender aquelas pessoas que, até então, encontravam-se invisíveis para a saúde.

A iniciativa de, efetivamente, configurar uma equipe multiprofissional em trânsito na cidade – nômade e no entre das paisagens socioculturais de cada território (geográfico, cultural, existencial, profissional, disciplinar) –, coloca o sistema de saúde em xeque ao trazer à tona um tipo diverso de população, que problematiza os modos estruturados de produzir saúde e as características de rede utilizadas na organização dos serviços e suas prioridades. O CR, ao interagir em diferentes cenários com a população de rua, presentifica, no cotidiano, um conjunto inusitado de necessidades em saúde para a rede de cuidados.

São estranhas as histórias de vida na rua e suas necessidades de saúde também. O CR, ao acolher, em exercício de alteridade, as pessoas em situação de rua e ao levar tais casos à rede de cuidados, produz, cotidianamente, estranhamentos na própria rede. Com o estranhamento, emergem situações observadas e sentidas, para as quais não se têm respostas prontas e pelas quais somos significativamente arrastados para

fora de nossa zona de conforto do diagnóstico e recomendações ao autocuidado no domicílio. A rede é tensionada por uma demanda, por ora invisível, de uma população até então inexistente. O CR mostra uma nova cara, um novo ponto de conexão de rede ou de redes, recoloca desafios e interroga a construção de que participamos para um SUS que diga respeito a todos. (LONDERO; CECCIM; BILIBIO, 2014, p. 254).

Para exercer esse trabalho, estão previstos processos de educação permanente das equipes, com o propósito de qualificar a assistência a esses usuários e contemplar a abordagem das diferentes necessidades de saúde da população em situação de rua, bem como desenvolver competências para a prática da redução de danos, com a incorporação de temáticas e reflexões sobre uso, abuso e dependência de substâncias psicoativas e as formas de abordagem a usuários de álcool e drogas.

As equipes poderão ser compostas pelos seguintes profissionais de saúde: agente social, técnico ou auxiliar de enfermagem; enfermeiro; técnico em saúde bucal; médico. Passou-se a contratar também assistentes sociais, psicólogos e terapeutas ocupacionais para dar suporte às equipes, considerando as necessidades peculiares deste segmento da população e na perspectiva de desenvolvimento de um trabalho em parceria com outros setores e secretarias. Os profissionais devem cumprir carga horária mínima semanal de 30 horas, sendo que o horário de funcionamento do CR deve se adequar às demandas das pessoas em situação de rua, podendo ocorrer no período diurno e/ou noturno, em todos os dias da semana.

A ideia de fortalecer o trabalho integrado das equipes com os serviços tem também a intenção de que, diferentemente das práticas que norteavam a estratégia saúde da família, os profissionais da unidade possam participar do atendimento a esses usuários, a fim de promover maior integração social.

2.3 O campo de experimentação em São Paulo

Inicialmente, o programa contou com três equipes do Programa de Agente Comunitário de Saúde (PACS) nas Supervisões Técnicas³ Pinheiros, Sé e Mooca. Em maio de 2008, elas foram ampliadas e seu número aumentou, passando para 24

³ Supervisões Técnicas são divisões administrativas da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura de São Paulo.

Equipes de Saúde da Família Especiais, sendo a maioria distribuída na Coordenadoria Centro-Oeste, e apenas três na Coordenadoria Sudeste. No início do ano seguinte, mais três equipes foram contratadas para a região Centro-Oeste, totalizando 27. As equipes eram compostas por um médico, um enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem e cinco ACS de rua.

Atualmente, as equipes dos Consultórios na Rua possuem as seguintes modalidades (BRASIL, 2011):

Modalidade I: equipe formada, minimamente, por quatro profissionais, sendo dois profissionais de nível superior e dois profissionais de nível médio;

Modalidade II: equipe formada, minimamente, por seis profissionais, sendo três profissionais de nível superior e três profissionais de nível médio.

Modalidade III: equipe da Modalidade II acrescida de um profissional médico.

Outro ponto importante a ser enfatizado em relação aos Agentes Comunitários de Saúde de Rua (ACS) é que, no início, eles eram egressos do segmento social em situação de rua. Posteriormente, houve uma nova orientação da Secretaria Municipal de Saúde no sentido de que os ACS ingressantes não precisam mais ser egressos desse segmento populacional (CARNEIRO JUNIOR; JESUS; CREVELIM, 2010). Já a Portaria nº 122, de janeiro de 2011, retoma essa questão, afirmando que os agentes terão, preferencialmente, experiência prévia em atenção a pessoas em situação de rua e/ou trajetória de vida nas ruas. Assim, podemos problematizar as mudanças provocadas por essas alterações no andamento do Programa.

As equipes, desde o início, deveriam prestar assistência *in loco*, conforme a necessidade, e atuar de forma integrada com outros segmentos da comunidade, criando vínculos e compromissos compartilhados na tarefa de promover saúde (CARNEIRO JUNIOR; JESUS; CREVELIM, 2010). Isso caracteriza um trabalho em permanente processo de criação e construção.

2.4 Promoção de Saúde

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) está estruturada na lógica de atenção básica à saúde, gerando novas práticas setoriais e afirmando a indissociabilidade entre os trabalhos clínicos e a promoção da saúde.

As práticas do Consultório na Rua, como práticas de promoção de saúde, provocam deslocamentos no sentido de compreender a saúde como produção social. A promoção de saúde, como é definida por Souza, Silva e Caricari (2007), consiste no processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle desse processo, com o objetivo de promover a qualidade de vida e reduzir a vulnerabilidade e os riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes – modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais.

A promoção de saúde, inserida numa estratégia global para organização dos serviços de saúde, é entendida, como propõem Ferreira Neto *et al.* (2009), como um campo marcado por polaridades de forças e tensões. Simultaneamente, reflete uma ótica das formulações neoliberais e individualistas voltada para a regulação e a vigilância, carrega o deslocamento nas políticas de saúde da centralidade da assistência médica, convocando todos para a gestão dos cuidados em saúde, e propõe uma compreensão ampliada do processo, que tira a ênfase posta no corpo doente e trabalha com uma pluralidade de determinantes.

Nesse sentido, é importante apresentar as questões que Foucault levanta acerca da biopolítica e que contribuem para pensar a serviço de que essa prática se coloca. Devemos atentar, então, ao conjunto de saberes e poderes que são utilizados como técnicas de dominação da vida, o biopoder (FERREIRA NETO *et al.*, 2009). Poder sobre a vida, uma forma de controle mais sutil e imperceptível, capilarizada, que se dá em todos os espaços do cotidiano e em todas as esferas da vida, recaindo sobre a própria produção de subjetividade. Isso quer dizer que o controle da sociedade sobre os indivíduos não é somente ideológico, nem opera apenas na consciência, mas começa no corpo, com o corpo, enquanto força de produção e força de trabalho. “Foi no biológico, no somático, no corporal que, antes

de tudo, investiu a sociedade capitalista. O corpo é uma realidade bio-política. A medicina é uma estratégia bio-política” (FOUCAULT, 1982, p. 40).

Portanto, a medicina moderna é uma medicina social; não é apenas uma medicina individualista que valoriza as relações médico-doente, mas como dimensão coletiva tem por base uma certa tecnologia do corpo social. Essa medicina opera sobre a saúde e os corpos para controlá-los e torná-los mais aptos ao trabalho.

Caracterizando a relação entre saber e poder, Foucault, em *Microfísica do Poder* (1982), afirma que do exercício da autoridade do seu saber provém o domínio de poder do médico. O autor coloca, nesta obra, a psiquiatria como um saber que, por estar ligado a diversas instituições, tem relações mais nítidas com as estruturas políticas e econômicas da sociedade, o que evidencia o entrelaçamento dos efeitos de poder e de saber.

Entretanto, sobre o poder, o autor afirma que, se fosse apenas repressivo, não teria eficácia. Ele fala de uma relação entre saber e poder de mútua implicação; em suas palavras,

[...] o que faz com que o poder se mantenha e que seja aceito é simplesmente que não pesa só como uma força que diz não, mas que de fato ele permeia, produz coisas, induz ao prazer, forma saber, produz discurso. (FOUCAULT, 1982, p. 8).

A partir do momento em que a população se beneficia de um sistema de assistência e saúde, deve, por isso mesmo, se submeter a vários procedimentos médicos que se revelam como vigilância e controle. No entanto, não há poder sem resistência. A resistência é o espaço existente para enfrentar ou escapar das práticas dominantes. Foucault (1982, p. 96) fala de “reivindicar o direito das pessoas não passarem pela medicina oficial, o direito sobre o seu próprio corpo, o direito de viver, de estar doente, de se curar e morrer como quiserem”.

Para ele, a liberdade é uma prática ético-política de invenção de novos modos de subjetivação, novas formas de coexistência, contrapondo-se aos processos de dominação historicamente estabelecidos. Essa discussão é fundamental quando estamos tratando de uma população com realidades tão diferentes do modelo dominante na sociedade capitalista.

Para Ferreira Neto *et al.* (2009), a promoção de saúde não só enfatiza a Atenção Básica mas traz o imperativo da saúde e do estilo de vida saudável. O

autocuidado pode ser visto como um elemento disciplinar dos corpos, e a responsabilidade individual traz o perigo de culpabilização dos pacientes e despolitização do problema. Mas traz também um campo de escolha que abre a possibilidade de experimentação e contestação, acentuando a autonomia e a corresponsabilização, como produto da experiência e não da Política. Isso quer dizer que a promoção conta com dimensões regulatórias, próprias de qualquer política pública, e com dimensões emancipatórias e de empoderamento individual e comunitário.

Nessa perspectiva, acompanhamos os trabalhadores do Consultório na Rua para conhecer a vida dessa população com maior profundidade e nos aproximarmos dessa cultura, não a fim de defender um tipo de vida ou estrutura familiar, mas, como propôs Lancetti (2009), para valorizar os saberes e a força dessas pessoas.

2.5 Agentes Comunitários de Saúde

Para Canônico *et al.* (2007), a parceria com os equipamentos sociais da região é muito importante, pois para pensar a promoção de saúde num sentido ampliado, para além de questões como higiene e alimentação, é necessário resgatar o morador em situação de rua enquanto cidadão. Os autores destacam a importância do agente de saúde nesse processo, já que não apenas desenvolvem ações básicas de saúde no território, mas acompanham os usuários em seus locais de moradia, nas ruas, vinculando-os às UBS, e, muitas vezes, encaminhando-os para outros serviços, como Poupatempo, cartório e bancos, para que possam tirar seus documentos pessoais. Esse trabalho de caminhar junto não produz apenas as ações de vigilância.

No entanto, as autoras afirmam que esse trabalho está em construção e é desafiador, pois é preciso somar ao interesse em atender essa população a habilidade de escuta como seu principal instrumento de trabalho. Além de ser uma forma de promover a atenção à saúde mental desde a atenção básica, é importante conhecer a história de vida da pessoa, as adversidades que enfrenta e atentar para suas queixas, de maneira a levantar suas necessidades reais. Ademais, consideram

importante trabalhar a sensibilização dos trabalhadores de saúde, e da sociedade civil, no intuito de compreender a população em situação de rua.

Olhando mais atentamente para o trabalho dos agentes, eles exercerão as seguintes atribuições (BRASIL, 2011): trabalhar junto aos usuários de álcool, crack e outras drogas, na perspectiva da Redução de Danos, com os insumos de proteção à saúde; realizar atividades educativas, culturais e lúdicas; acompanhar o cuidado das pessoas em situação de rua e encaminhar ou mediar o processo de encaminhamento para a rede de saúde e outros setores das políticas públicas.

Lancetti, em *Clínica Peripatética* (2009), fala sobre a condição paradoxal dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), que são ao mesmo tempo membros da comunidade e integrantes da equipe de saúde. Para ele, a potência terapêutica desses trabalhadores está em conseguir construir vínculos especiais com os usuários. O autor ainda coloca que os ACS vivem a mesma realidade e se identificam com os usuários, mas estão articulados com a equipe e o campo da saúde. Na prática, segundo Lancetti (2009), eles operam constantemente em tensão na experiência da clínica antimanicomial ou praticada no dia a dia da produção de saúde mental. Para o autor, os Agentes Comunitários, assim como a organização sanitária, são o dedo do Estado na comunidade, entram nos territórios, educam, promovem a tolerância e muitos empreendimentos coletivos no sentido da velha prática médica, pois se inserem no ambiente doméstico, íntimo e no território existencial das pessoas; mas de um Estado constituinte por produção biopolítica, praticam uma ação revolucionária porque criam espaços para comunicação entre singularidades e processos sociais de cooperação e produção. Para ele, a ideia não é defender um tipo de estrutura de vida ou familiar, mas ativar o comum, e valorizar e investir nas redes comunitárias.

2.6 O estado da arte da política voltada para a população em situação de rua

Souza, Silva e Caricari (2007) estudaram instituições que atendem à população adulta em situação de rua, no centro da cidade de São Paulo, a partir de seus objetivos, das ações desenvolvidas e a da articulação entre as tais instituições. Segundo os autores, a visão assistencialista vem sendo substituída gradativamente

por um discurso de inclusão social, empoderamento e cidadania, que pode ser encontrado nas missões e atividades desenvolvidas nas instituições. No entanto, é importante atentar para o fato de que o discurso não garante a direção ético-política das ações feitas em seu nome, pois o discurso também está perpassado pela questão do poder. A diferença entre o que está escrito nos documentos e a capilaridade dos serviços, ainda submetidos à tradição da assistência médico-centrada, também é apresentada por Ferreira Neto *et al.* (2009).

Voltando ao estudo realizado por Souza, Silva e Caricari (2007), os autores perceberam que os profissionais das instituições assistenciais, assim como a população de um modo geral, veem a pessoa em situação de rua como alguém desprovido de tudo, inclusive de história, vontades, valores e costumes. Assim, com o intuito de resolver o problema do outro, e ancorados no saber técnico, acabam impondo modelos próprios, com práticas isoladas e centralizadas, e desconsiderando o direito de decisão dessas pessoas. Isso indica que ainda prevalece a visão assistencialista no imaginário social e nas ações das instituições e que há pouca conversa com os representantes da população em situação de rua e pouca escuta de suas necessidades, o que acaba sustentando e cronificando a situação de vida nas ruas.

Nesse estudo, eles reafirmam a necessidade de parcerias, ações integradoras e intersetoriais e troca de informação entre os atores envolvidos para atenuar ou solucionar esse problema de grande complexidade. E propõem trabalhar no sentido da emancipação do sujeito. Em suas palavras, “a formação de uma rede social pautada em ações intersetoriais, na perspectiva da Promoção da Saúde, é uma possibilidade na construção e gestão de políticas públicas inovadoras” (SOUZA; SILVA; CARICARI, 2007, p. 810).

Para eles, as ações intersetoriais e intersecretariais carecem da participação mais efetiva do setor trabalho e habitação. Assim, é necessário continuar tecendo e fortalecendo a rede, e

[...] o setor saúde exerce uma influência positiva no processo de articulação das ações na composição dessa rede de serviços, devido a sua trajetória histórica na elaboração de uma política pautada nos princípios dos SUS (SOUZA; SILVA; CARICARI, 2007, p. 814).

Para Carneiro Junior, Jesus e Crevelim (2010), a Estratégia Saúde da Família Especial responde às necessidades na cidade de São Paulo; afirmam que a política adotada para a atenção à saúde da população de rua promoveu o acesso à atenção básica e processos de trabalho específicos.

Contudo, apontam questões para serem consideradas em análises e intervenções futuras, no intuito de seguir aprimorando o atendimento: integralidade, novas estratégias de cuidado aos que apresentam transtornos mentais (organização do cuidado com abordagens terapêuticas mais específicas, como o estabelecimento de acompanhantes terapêuticos), longitudinalidade e intersetorialidade nas ações, ou seja, efetivação da política intersecretarial, tanto no nível micro, com discussões conjuntas entre os agentes públicos das áreas sociais sobre planos de cuidado, dificuldades no manuseio de certas situações encontradas, quanto no nível macro, com a criação de centros de serviços e oportunidades de trabalho, moradia, educação (CARNEIRO JUNIOR; JESUS; CREVELIM, 2010).

Nesse sentido, no cotidiano de trabalho desses importantes atores que são os Agentes Comunitários, surgem muitas demandas, às quais eles respondem exercendo uma função de Acompanhante Terapêutico (AT) – caracterizado pela escuta, pela possibilidade de ir a morada do sujeito e em outros espaços desenvolver trabalhos individuais e com a família, e pela articulação e construção de redes de atendimento, promovendo a inclusão e reinserção social.⁴

Um relato de projeto de capacitação apresentado por Carneiro Junior, Jesus e Crevelim (2010) expõe as discussões realizadas sobre a situação de rua, peculiaridades do processo saúde-doença-cuidado nessa população, características dos serviços, e possíveis resistências, que foram desafiadoras na organização e no desenvolvimento do Projeto, e aponta a falta e a importância de uma supervisão técnica intensiva e particularizada, pois alguns agentes apresentaram a necessidade de intervenções assistenciais, em especial no campo da saúde mental.

⁴ Palombini (2004) relata uma experiência de capacitação de Agentes Comunitários como ATs na cidade de Porto Alegre.

3 OS MOVIMENTOS DO CAMPO

3.1 Modo de pesquisar

Uma meta existe para ser um alvo
mas quando o poeta diz: meta
pode estar querendo dizer o inatingível

Gilberto Gil. *Metáfora*.

A pesquisa se desenvolveu da seguinte maneira: primeiramente realizamos um levantamento bibliográfico, identificamos as pesquisas realizadas sobre as Políticas Públicas e as de Saúde direcionadas à população de rua. Seguido de uma pesquisa de campo com os ACS do Consultório na Rua que operam no território, onde fizemos uma observação participante com acompanhamento do trabalho no serviço e fora dele, e realização de grupos de conversa, atentando, entre outras temáticas levantadas, para as articulações territoriais que acontecem, ou faltam, neste trabalho. Tudo isso foi registrado num Diário de Campo pela pesquisadora.

Esse modo se mostrou apropriado aos propósitos da pesquisa, já que interessava analisar o posicionamento dos trabalhadores na constituição das equipes e a maneira pela qual isso se reflete na organização e no processo de trabalho, pois entendemos que a forma como os profissionais acolhem, atendem e escutam essas pessoas revela o projeto e o objetivo que o serviço tem no trabalho com essa população.

A fim de garantir o aprofundamento de alguns temas da pesquisa, a partir da discussão em grupo sobre a experiência e os relatos de alguns trabalhadores, analisamos as histórias, as trajetórias de vida e do trabalho, as relações com as pessoas da comunidade e do serviço, buscando levantar as diferenças e semelhanças entre as estratégias, as mudanças provocadas por essas transformações; além das dificuldades e os saberes que essa função traz sobre a articulação no território e sobre a atenção a essa população.

Porém, é importante levar em conta que, além de estudar os profissionais, não deixamos de nos perceber, enquanto pesquisadores, no processo de pesquisa.

O conhecimento produzido, então, é um conhecimento sobre esse encontro, desse corpo com esse objeto de pesquisa.

Assim, o que é produzido não é apenas individual, já que toda pesquisa singular fala também de um coletivo. É um processo singular do pesquisador, e quanto mais singular, maior é a potência de ressoar (LIMA; ARAGON, 2010). Parte-se do pressuposto de que todo pesquisador implicado tem seu papel no processo de construção dos conhecimentos, sem ideia de neutralidade. O autor está colocado desde sua escolha, sua questão, seu recorte.

A proposta de realizar um grupo com os agentes comunitários do Consultório na Rua, existente no centro da cidade de São Paulo, segue na superação da dicotomia indivíduo-sociedade, indo em busca do plano coletivo de forças⁵, pois produz uma narrativa grupal, possibilitando a desidentificação das falas.

A UBS República foi escolhida para a realização da parte prática da pesquisa por se localizar no Centro, que concentra um maior contingente da população em questão e pertencer à Coordenadoria da Sé, uma das pioneiras nesse trabalho. A Coordenadoria da Sé compreende 10 equipes de Consultório na Rua, 3 dessas são referenciadas na UBS República, sendo que 1 delas está situada no Complexo Prates. Então, os grupos aconteceram com os agentes das duas equipes que trabalham na UBS; eles foram convidados a participar após o contato inicial com a instituição.

A partir disso, levantamos os saberes dos ACS, como saberes populares. Procuramos fazê-lo buscando identificar os diferentes saberes possíveis – será que foram sepultados pelos saberes médicos? – e relacioná-los com as outras formas de conhecimento sobre esse território. Desse modo, foi realizado um primeiro encontro grupal para apresentação da pesquisa, em seguida acompanhamos momentos variados do cotidiano desses trabalhadores. E, ao final, uma nova conversa para debate de alguns pontos levantados pela pesquisadora.

Do ponto de vista do lugar onde esse trabalho se situa, ele está situado na borda; diz de algo que já é possível perceber, sentir e criar, mas que ainda não está visível, pois cada época tem um regime de visibilidade e dizibilidade produzido pelo dispositivo social, isto é, cada época diz, vê e faz ver tudo o que pode segundo suas

⁵O plano coletivo das forças se refere à força de produção e transformação dos contornos estáveis do que denominamos formas, objetos ou sujeitos. A cartografia é a prática de construção desse plano.

condições de enunciação e seus campos de visibilidade (FOUCAULT, 2000). Para nos ajudar na análise das discursividades locais, na exploração dos limites e ultrapassagens possíveis e a mapear linhas de fuga, onde funcionam outros modos de vida, que escapam do poder, utilizamos o método da cartografia. Com ele, o pesquisador assume uma postura de busca pelos saberes que emergem do fazer e da criação de dispositivos, concretos e locais (KASTRUP; BARROS, 2009).

Cartografar é mapear um território e explorar a natureza, percorrendo espaços e nele identificando lugares - territórios dotados de sentido - ou descobrindo paisagens - recortes do espaço organizados pela estética do olhar (PESAVENTO, 2003, p. 103).

O método cartográfico opera uma (re)invenção metodológica, ou uma inversão: coloca o caminho antes da meta. É uma metodologia mais aberta, flexível, sem uma forma rígida e nem regras fechadas, guiada por pistas. É um “caminhar que traça, no percurso, suas metas” (PASSOS, BARROS, 2009a, p. 17) e que vai se construindo ao acompanhar os processos em movimento das subjetividades e dos territórios (KASTRUP; BARROS, 2009). A pesquisa, nesse método, não pode ser iniciada com um problema muito fechado, pois cartografar é lançar-se ao cultivo de uma experiência. Em sua prática, o cartógrafo guia-se por uma ética implicada no colocar-se como ponto singular de uma infinidade aberta de relações, sem que sua ação se ampare em normas que funcionam como formas *a priori*, impostas do exterior à ação (ESCÓSSIA; TEDESCO, 2009, p. 106).

Descrever, intervir e criar efeitos-subjetividade ao mesmo tempo. Dessa forma, assume-se a importância de perceber os efeitos desse percurso de investigação sobre o objeto, o pesquisador e a produção de conhecimento. Especificamente nas pesquisas na área da saúde:

[...] o objeto exige um procedimento que possa incluir sua dimensão subjetiva, já que toda prática de saúde se faz no encontro de sujeitos, ou melhor, pelo que se expressa nesse encontro. Tomar os sujeitos e o encontro entre eles como objeto de pesquisa nos impõe um outro sentido para o rigor metodológico, aquele que nos força a pensar as condições de possibilidade para o exercício crítico-clínico que toda pesquisa em saúde, toda prática clínica exige. (PASSOS; BARROS, 2009b, p. 151).

Além disso, entende-se que toda pesquisa é intervenção, pois conhecimento e transformação tornam-se inseparáveis, indissociáveis; e a intervenção como

método favorece “o trabalho da análise das implicações coletivas, sempre locais e concretas” (PASSOS; BARROS, 2009a, p. 19). Transformar para conhecer. E conhecer é criar uma realidade de si e do mundo, com suas consequências políticas. “Conhecer o caminho de constituição de dado objeto equivale a caminhar com esse objeto, constituir esse próprio caminho, constituir-se no caminho”. (PASSOS; BARROS, 2009a, p. 31).

O conceito de implicação se refere às forças inconscientes que se atravessam instituindo uma determinada realidade institucional, considerando que as pessoas e as relações entre elas configuram um sistema em rede⁶, um rizoma⁷, que conecta termos dando consistência ao espaço intermediário.

Analisar é desestabilizar o instituído; analisar as implicações é mapear as relações entre forças, e não entre formas, que atentam para a dimensão inconsciente das instituições. Intervir é mergulhar no plano de implicações – dinâmica de propagação das forças instituintes, características dos processos de institucionalização –, apontando sempre no sentido que vai do uno ao coletivo.

A cartografia é um método segundo o qual toda pesquisa tem uma direção clínico-política e toda prática clínica é, por sua vez, intervenção geradora de conhecimento. Assim, o pesquisador tem, no campo, um posicionamento semelhante ao do clínico, sua atenção é flutuante, aberta e sem foco, concentrada – concentração que se dá pela sintonia com o problema –, até que algo o toque, toque seu corpo (KASTRUP, 2009).

A direção clínico-política para o trabalho diz respeito a aumentar o coeficiente de transversalidade (PASSOS; BARROS, 2009b). Operar na transversalidade – considerando o plano em que a realidade se comunica e os traçados que configura, e analisar as linhas que compõem esse traçado – para fazer comunicar, dentro da rede macro de organização da sociedade (em eixos hegemônicos), conectar devires minoritários⁸.

⁶O conceito de rede tem como elemento constitutivo o nó. A rede não é definida por sua forma ou limites externos, é um todo aberto, não é uma totalidade fechada, dotada de superfície e contorno definido. Ao contrário, é capaz de crescer através de seus nós em todas as direções; o que a define são suas conexões, seus pontos de convergência e de bifurcação. (KASTRUP, 2004, p. 80).

⁷Rizoma é um conceito que, metaforizando as raízes da grama, se refere a um sistema no qual todos os elementos estão interligados diretamente um ao outro, numa espécie de rede, em oposição a organizações em que algo centraliza as ramificações. Ver DELEUZE; GUATTARI, 1995.

⁸Guattari denominou *caosmose* estes movimentos de desarranjos e criação de novos arranjos de produção da realidade. A esse respeito ver Guattari (1992).

Toda experiência cartográfica acompanha processos, mais do que representa estados de coisa; intervém na realidade, mais do que a interpreta; monta dispositivos, mais do que atribui a eles qualquer natureza; dissolve o ponto de vista dos observadores, mais do que centraliza o conhecimento em uma perspectiva identitária e pessoal. O método da cartografia implica também a aposta ético-política em um modo de dizer que expresse processos de mudança de si e do mundo. (PASSOS; BARROS, 2009b, p. 169).

Passos e Barros (2009b) chamam nossa atenção para o exercício de uma política de narratividade⁹ que expresse processos em mutação. Nessa concepção, o sujeito é uma unidade, uma individualidade, uma forma, mas também um modo de subjetivação que revela frestas, linhas de fuga, intempestivo, impulsionando para a criação, e que escapam aos processos massificantes de produção de subjetividades. Cada caso é tanto uma propriedade de si quanto uma abertura para a sua dissolvência, uma maneira própria de se dissolver, um percurso de devir. Toda propriedade de si guarda, portanto, um fundo de impropriedade, de impessoalidade que faz da experiência clínica uma prática nunca completamente privada ou particular, mas pública, isto é, atravessada pela *polis*, pela política. Nas palavras dos autores:

Aqui cada caso mais do que ser um caso, é caso como-um, caso onde o um é menos unidade, individualidade e menos regra geral que homogeneiza os casos e mais o um-expressão, índice de qualquer outro caso; aberto, portanto, a muitos num continuum de intensidades que compreende diferenças. (PASSOS; BARROS, 2009b, p. 169).

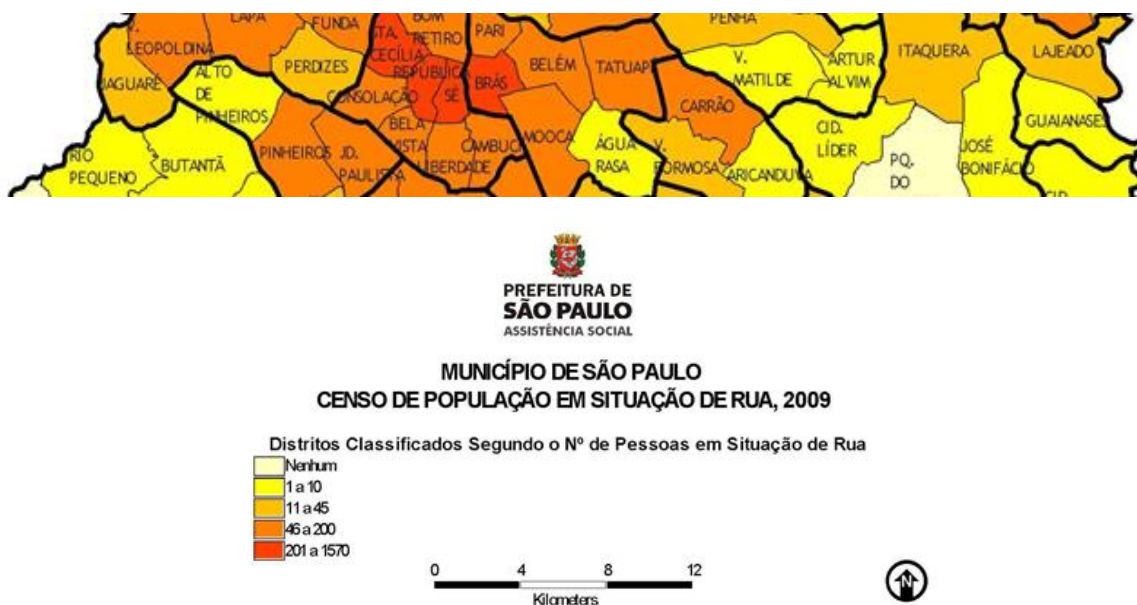
Na cartografia, a pergunta refere-se não à identidade dos corpos, mas às forças que os habitam e que podem fazê-los diferir. Não se pretende representar algo, mas permitir visualizar outras coisas. Dar voz, escutar os profissionais, cartografar o momento do programa, em movimento: trata-se de uma pergunta a serviço da produção da diferença e da invenção de novos modos de existência e de encontro. Essa pesquisa se constitui como mais um elemento provocador de mudanças, produtor de dissensos e tensões.

⁹Política, num sentido ampliado, se refere a tudo que está relacionado à cidade, é a forma de atividade humana que, ligada ao poder, coloca em relação sujeitos, articulando-os segundo regras ou normas, podendo ser macro, representada pelo Estado, ou se fazer em arranjos locais, por microrrelações.

3.2 O campo da pesquisa: impressões e expressões¹⁰

O campo da pesquisa foi a Unidade Básica de Saúde da República, situada no centro da cidade de São Paulo, uma região com grande número de pessoas vivendo na rua e grande concentração comercial (Figura 1). Segundo o censo realizado em 2011, abriga 55% dos moradores de rua do município (6832 pessoas). Duas equipes de Consultório na Rua estão sediadas nessa UBS (a equipe 8 e a equipe 9). A Unidade está inserida na Subprefeitura da Sé, uma das subprefeituras de maior contraste social da cidade¹¹. Essas características direcionaram a pesquisa a ser realizada nesse território para garantir uma amostra significativa do contexto geral.

Figura 1 – Mapa de localização



Fonte: SMADS/Fipe, Censo de População em Situação de Rua, 2009.

O contato foi realizado inicialmente com o gestor da Unidade, em reuniões para apresentação e discussão do projeto. Esses encontros deram início às visitas à

¹⁰ As falas dos agentes e pessoas ouvidas durante o desenvolvimento da pesquisa foram reproduzidas tal qual foram ditas e registradas no diário de campo, preservando-se os desvios gramaticais e o alto grau de informalidade, uma vez que a oralidade é expressão singular, indicadora de pertencimento afetivo a um grupo ou comunidade, e os sujeitos falam a partir de uma determinada situação.

¹¹ Cartilha de apresentação da Coordenação das Subprefeituras da Prefeitura de São Paulo.

instituição, possibilitando olhares. Nesse primeiro momento, não identifiquei a diferença entre os profissionais do Consultório na Rua e da Unidade.

A Unidade localiza-se num prédio de esquina, e o espaço é grande e fechado. As salas estão localizadas no andar de cima, onde acontecem também os atendimentos. Subi, me identifiquei na recepção e aguardei. Vi muitos Agentes Comunitários de Saúde, com seus jalecos, transitando pela unidade, e muitos usuários aguardando atendimento. Não havia filas, mas muita gente sentada nas cadeiras, dispostas em fileiras. Sentei também e fiquei ouvindo as conversas, sentindo-me mais uma no meio de toda aquela gente, invisível: ninguém me percebia. Meu olhar buscava pessoas em situação de rua e encontrava, estavam lá – algumas pessoas descalças, com muitos pertences, sentadas em meio aos outros, em meio a nós, igualmente invisíveis.

O gestor explicou-me os procedimentos a serem realizados antes de iniciar a pesquisa. Procurei, então, a diretoria de gestão de pessoas, que me orientou a encaminhar o projeto, assim como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e o comprovante de vínculo com a universidade para a coordenadoria Centro Oeste. O projeto foi lido pelo supervisor técnico da Sé, e fizemos uma reunião para alguns apontamentos e para tirar dúvidas sobre o projeto. Como orientado por ele, foram realizadas alterações e atualizações no projeto, em razão das mudanças recentes na política de saúde voltada para a população em situação de rua, e o reencaminhamos para ele. Em seguida, o coordenador regional de saúde emitiu um parecer favorável à realização do projeto, que foi acrescentado à Plataforma Brasil para possibilitar o início da pesquisa. Esses trâmites do Comitê de Ética atrasaram significativamente a realização da pesquisa, mas demonstram um comprometimento ético e um interesse por parte dos gestores em relação às pesquisas realizadas na área.

Após a aprovação pelo Comitê, conversei com uma enfermeira de cada equipe e combinamos um horário comum para que eu pudesse me apresentar para as agentes de ambas as equipes e contar um pouco sobre o meu trabalho.

No primeiro encontro com as agentes, senti que elas tinham uma forte necessidade de falar: contaram muitos casos e apresentaram angústias ligadas à profissão. Percebi que já existia uma grupalidade constituída entre elas, pois se

conheciam bem, demonstravam conversar sobre as questões do trabalho, apresentando posicionamentos semelhantes, e falavam de casos em comum. Posteriormente, pude perceber divergências sutis, mas importantes, e também que a grupalidade e troca de informações é mais interna a cada equipe como consequência das reuniões semanais que acontecem para discussão dos casos. Além disso, identifiquei diferenças no funcionamento e na dinâmica das equipes.

Cada equipe é composta por 1 médico, 2 enfermeiras, 1 assistente social e 2 agentes sociais, além de 6 agentes de saúde. Tive a oportunidade de acompanhar ambas as reuniões de equipe, momentos variados durante o Acolhimento¹² e realizei saídas para diversas regiões com as agentes. Nesses momentos, somados às conversas que eles possibilitavam, pude construir uma compreensão mais aprofundada desse fazer.

A organização é feita da seguinte maneira: cada agente é responsável por uma microárea, mas elas sempre saem para as ruas em dupla. Isso é organizado em uma escala feita pelas enfermeiras; e, às vezes, quando surge algum imprevisto, as duplas podem ser alteradas, uma agente substituindo a outra. Existe uma separação entre as equipes nesse sentido, mas elas têm contato em outros momentos, por exemplo, no Acolhimento, que é específico para população em situação de rua, do qual participam duas agentes, sendo uma de cada equipe. A escala também inclui quem estará nesse Acolhimento para abordar as pessoas que chegam na Unidade.

No Acolhimento, além das duas agentes, uma enfermeira e um médico permanecem de plantão na Unidade para os casos de pessoas em situação de rua que chegam sem atendimento previamente agendado. As agentes ficam sentadas na sala de entrada da UBS e abordam as pessoas que elas já conhecem ou que aparentam estar em situação de rua, quando estas chegam. Elas contam que foi decidido trabalhar dessa maneira, pois as pessoas que ficavam no Acolhimento da Unidade não recebiam bem os moradores de rua. Posteriormente, entendi que a decisão de participar do Acolhimento foi do gerente e das enfermeiras. A maioria delas não gosta de ficar lá, em suas palavras: “o Acolhimento melhorou, mas piorou

¹² A palavra acolhimento está sendo utilizada tal como as agentes o fazem, ao referirem os momentos em que elas ficam na porta de entrada da Unidade para receber os usuários que chegam. Esse termo será discutido mais adiante.

pra nós porque é mais uma demanda que nós temos que responder". Segundo as agentes, aumentou muito o trabalho, uma vez que acabam atendendo pessoas com residência fixa também e, quando acontecem imprevistos, uma tem que cobrir as outras, *"quando alguém tá de férias dobra o trabalho das outras"*.

As reuniões de equipe são semanais. Esse funcionamento constrói uma forte parceria no trabalho dentro das equipes, mas, ao mesmo tempo, promove um distanciamento dos outros profissionais da Unidade porque não há espaços comuns com eles. As agentes falam que a dificuldade na construção da rede se deve ao preconceito dos outros profissionais no atendimento a essa população, inclusive dos funcionários da própria UBS. Teoricamente, os médicos da unidade deveriam atender os usuários que lá chegam, e o Acolhimento deveria ser unificado; mas, segundo elas, *"eles dizem: 'vocês ficam trazendo esse moradores de rua pra cá!', quando na verdade não somos nós que trazemos. Eles tem o direito de vir"*.

Cada equipe atende mais de 2000 pessoas, incluindo o que eles chamam de pacientes inativos, cujos cadastros foram desativados porque não encontraram mais o usuário na região (os cadastros são desativados após 6 meses sem o paciente aparecer). Porém, atualmente, eles atendem 542 pessoas (ativos). São aproximadamente seis os pacientes que necessitam de um acompanhamento diário (principalmente para entrega de medicação), mas há pacientes com medicação em caixinhas separadas na farmácia da unidade – em torno de 25 vêm buscar medicação diariamente e mais alguns vem semanalmente.

Para as agentes, não mudou nada com a alteração da Estratégia de Saúde da Família específica para população em situação de rua para o Consultório na Rua (CR). Elas reclamam, pois as exigências permaneceram as mesmas: o horário de funcionamento, por exemplo, não mudou; o preenchimento de formulários continua sendo feito da mesma maneira; não há atendimento nas ruas – *"falavam que viria um carro com equipamentos, o carro veio, mas a unidade toda usa e ele não está equipado para atendimentos, serve apenas para o transporte da equipe em algumas situações"* – entre outras dificuldades e queixas.

As agentes têm histórias pessoais diversas. Algumas são novas na profissão, outras estão há mais tempo, em geral, entre dois e oito anos. Assim, todas entraram antes do surgimento do Consultório na Rua. A maioria mora na Zona Leste, uma

mora no Centro, três na Zona Norte e duas na Sul. Uma das agentes me explicou que o Consultório na Rua não exige que o agente resida perto do local de trabalho. Afirmou que os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) é que devem residir na região; mas o cargo delas é de agente de saúde, e essa seria a diferença. Outra agente disse que o cargo nem aparece na Portaria, que elas foram incorporadas só pelo acúmulo de experiência.

Contudo, na Portaria, Art. 4º, 2º parágrafo, está escrito: “todas as modalidades de eCR poderão agregar Agentes Comunitários de Saúde, complementando suas ações” (BRASIL, 2010). Um dos diferenciais da função dos ACS era o fato de morar na região onde atuam. A potência da intencionalidade da política se perde também na prática. O fundamento ético-político dessa exigência é garantir o vínculo e o conhecimento do território. É importante que a pessoa que vai cuidar conheça o território, de modo que, para trabalhar no Centro, é necessário conhecê-lo, levando em consideração o fato de ele ser muito diferente durante o dia e durante a noite. Além disso, morando na mesma região onde trabalha o ACS participa de um mesmo universo simbólico, de uma mesma cultura dos usuários.

Sobre os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), Lancetti (2009) fala da potência terapêutica do seu trabalho, que adviria de conseguirem construir vínculos especiais com os usuários, principalmente pela proximidade e semelhança das condições de vidas. Para o autor, os ACS vivem na alma da periferia e estão articulados com a clínica praticada pelos médicos e enfermeiros, que busca defender a vida, e pela clínica da saúde mental, que busca reduzir as internações psiquiátricas, o suicídio e o homicídio, e gerar uma subjetividade cidadã e livre. São trabalhadores afetivos e sua potencialidade terapêutica reside na função preventiva e na capacidade de incidir nos processos de subjetivação (LANCETTI, 2009). Nesse sentido, possivelmente, seria interessante inclusive que os agentes tivessem passado pela experiência de morar na rua, a fim de garantir uma proximidade maior com os usuários e uma melhor construção de vínculo.

Do ponto de vista da proximidade entre agentes e usuários, vale notar que todas as agentes são mulheres, enquanto os usuários são em sua maioria homens. Isso poderia dificultar a aproximação, mas, pelo que elas contam, parecem estabelecer uma boa relação com eles. As agentes dizem que, ao contrário, as

mulheres são as mais difíceis de acessar, por questões como agressividade e não aceitação do tratamento, e, às vezes, também, por preconceito em relação aos profissionais da saúde, em quem não parecem confiar. Na conversa em grupo, desenvolvemos coletivamente a reflexão de que possivelmente isso estaria associado a situações de violência experimentadas por essas mulheres, e poderia ser uma forma de se defenderem.

O “trabalho feminino” muitas vezes é associado a atividades de cuidado, de produção e reprodução dos afetos e da vida. Hardt (2003) afirma a importância desse tipo de trabalho denominado imaterial, isto é, um trabalho que produz um bem imaterial, como um serviço, conhecimento, ou comunicação. Para ele, uma das faces do trabalho imaterial é o trabalho afetivo envolvendo contato e interação humana. Serviços de saúde, por exemplo, baseiam-se essencialmente em atividades de cuidado e no trabalho afetivo. Segundo o autor, mesmo sendo corporal, somático e afetivo, este trabalho é imaterial no sentido de que seus produtos são intangíveis, tais como: um sentimento de tranquilidade, bem estar, satisfação, excitação, paixão – ou mesmo uma sensação de estar conectado ou pertencer a uma comunidade. Nessa perspectiva, o que o trabalho afetivo produz são redes sociais, formas comunitárias, biopoder. O que se cria nessas redes de comunicação e cultura do trabalho afetivo são formas de vida. Produzindo subjetividades coletivas, sociabilidade, sociedade, vida, esse trabalho vivo revela um grande potencial na produção biopolítica. Nas palavras de Negri e Lazzarato (2001, p. 38), o trabalho imaterial estabelece “não somente uma nova qualidade do trabalho e do prazer, mas também novas relações de poder e, por consequência, novos processos de subjetivação”.

Uma das equipes veio do Projeto *Centro Legal*¹³, que tinha uma estrutura diferente: 12 horas de trabalho para 36 horas de descanso. A agente achava bom, pois elas só ficavam na rua, passavam na Sede só no começo e no fim do dia para assinar o ponto, e não tinha prontuário para evoluir. No entanto, não havia Assistente Social, nem Agente social na equipe.

¹³ Projeto intersecretarial com foco de atuação na região da Cracolândia. A esse respeito ver p. 11 desta dissertação.

Certo dia, as agentes comentavam o boato de que uma equipe seria transferida para o Programa *De Braços Abertos*¹⁴ na Zona Norte e na Zona Sul da cidade de São Paulo. As que moravam perto queriam ir, as outras não. Duas que residiam na Zona Leste conversavam: *“se for assim, eles vão ter que me mandar embora”, “residência eu também não quero... tem muita coisa”, “eu vim pra trabalhar com pop de rua”, “e também a gente que tá acostumada com essa população, é muito mais difícil, não acostuma. Com o povo de residência eu converso assim igual eu converso com você. Pop de rua tem todo um outro jeito de lidar, eu gosto disso, do desafio”*.

No grupo de encerramento realizado com as agentes, elas demonstraram, de maneira mais explícita, insatisfações em relação ao trabalho, pois já tinham construído um vínculo de confiança comigo. Começaram logo dizendo: *“Você quer saber se mudou alguma coisa? [em relação a nossa conversa em grupo anterior, no início da pesquisa de campo] Não mudou nada, na verdade, só piorou”*. Por que piorou? – perguntei. *“Piorou porque cada dia é uma coisa diferente e ninguém avisa. Muda tudo e é pra ontem”*. Falam da desorganização do serviço e da política. *“E a gente não é consultado pra nada”*, complementa outra agente, *“por mais que você detenha um conhecimento, isso não é reconhecido”*, escancarando uma desvalorização do agente de saúde. Além disso, elas sentem que as equipes de CR são as mais desvalorizadas na unidade.

A seguir apresento uma descrição mais detalhada dos processos de trabalho citados, que apareceram com maior frequência no contato com as agentes, e que são potentes na consolidação desse atendimento clínico. Problematizaremos a ideia de acolher e o conceito de Acolhimento. Relataremos cenas das reuniões por sua importância de construção de um coletivo multidisciplinar para olhar para os usuários como um todo. E aprofundaremos na análise das finalidades e condições de trabalho; e das articulações e tensões com outras secretarias.

No capítulo seguinte, relataremos as experiências de idas ao território; aprofundando na análise do conceito de território e a maneira como ele atravessa a atenção à saúde dessa população.

¹⁴ Programa coordenado pela Secretaria de Saúde, em parceria com outras secretarias, com foco de atuação na região da cracolândia. A esse respeito ver p. 12 desta dissertação.

3.3 Acolher a multiplicidade

No Acolhimento, duas agentes são escaladas para receber as pessoas que chegam à unidade. Segundo a cartilha da rede humanizadas (BRASIL, 2010), a ideia de acolhimento nos serviços de saúde já acumula uma farta experiência em diversos serviços do SUS. O Acolhimento voltado para população em situação de rua foi criado por entender-se que, como diretriz da Política Nacional de Humanização (PNH) nas práticas de saúde, ele não é apenas receber o usuário, mas implica escutar suas queixas, medos e expectativas, identificar riscos e vulnerabilidades (acolhendo também a avaliação do próprio sujeito), bem como se responsabilizar em dar uma resposta ao problema. No entanto, o termo ainda é utilizado associado a um espaço e a um local, com profissional específico para fazê-lo. Devemos lembrar que “o acolhimento na porta de entrada só ganha sentido se o entendemos como uma passagem para o acolhimento nos processos de produção de saúde” (BRASIL, 2010).

O Acolhimento é um processo, associado aos princípios de universalidade e atenção integral, que busca garantir acesso aos usuários com o objetivo de escutar todos os pacientes, resolver os problemas mais simples e/ou referenciá-los se necessário. Além disso, ele proporciona uma reorganização do trabalho ao sair da lógica médico-centrada, pois constrói, ao mesmo tempo, a autonomia do usuário e a responsabilização do trabalhador.

A acolhida consiste na abertura dos serviços para a demanda e a responsabilização por todos os problemas de saúde de uma região. Prevê plasticidade, que é a capacidade de um serviço adaptar técnicas e combinar atividades de modo a melhor respondê-los, adequando-os a recursos escassos e aspectos sociais, culturais e econômicos, presentes na vida diária. Ao sentir-se acolhida, a população procura, além dos seus limites geográficos, serviços receptivos e resolutivos. (SCHIMITH; LIMA, 2004, p. 1487).

O acolhimento, tal como as agentes usam o termo, se limita ao momento de receber os usuários que chegam na unidade; entretanto, percebi que ele continua em termos de encaminhamento e acompanhamento do tratamento, pois são identificadas as demandas de cada usuário. Por exemplo, alguns são acompanhados a consultas externas, outros têm caixinhas na unidade para retirar

medicação semanal ou diariamente, outros ainda não conseguem se organizar para isso, então as agentes levam os remédios, e assim por diante. Nas consultas isso também acontece, pois passaram a ser realizadas pelos médicos do CR, já que o atendimento não era acolhedor quando realizado pelos da unidade.

Algumas vezes as acompanhei no acolhimento. Houve momentos em que havia menos gente, mas, em média, aparecem umas 30 pessoas por dia na Unidade, entre cadastrados e não cadastrados. Pude sentir como é o funcionamento desse acolhimento – as agentes se aproximam e conversam com as pessoas que chegam, caso não sejam cadastradas, isso não é feito na hora. Um dia, apareceu um homem que elas já conheciam, mas não era do território. Chegou à Unidade querendo se cadastrar e dizendo onde ficava. A agente responsável ficou de ir procurá-lo no local.

Há banhos na Unidade, que também recebe doações de roupas e as distribuem para a população. Em relação aos banhos, as agentes disseram que antes não era liberado para todos, apenas para quem tinha consulta marcada. Conversaram com o gestor, porque entenderam que quem está querendo tomar banho está querendo se cuidar, cuidar de sua saúde e higiene, isso significa uma possível mudança; desde então, passou a ser liberado para quem chega.

Os usuários com atendimento marcado sentam e esperam na companhia de quem está no acolhimento. Todos os espaços da agenda do médico que não são destinados para atividades regulares são abertos para marcação de consultas de 30 em 30 minutos.

As agentes que estão no acolhimento também recebem as pessoas que chegam com alguma emergência, assim, precisam identificar o grau de urgência e responder rapidamente à situação.

No meio de uma reunião, apareceu uma emergência na Unidade: um usuário que foi mordido por um cachorro na mão, e estava perdendo muito sangue; a primeira informação que chegou é que talvez ele tivesse perdido um dedo. A agente que estava no acolhimento chamou a agente de referência do sujeito, que desceu para conversar com ele. Depois ela voltou dizendo que as coisas já estavam resolvidas e encaminhadas, que o médico tinha limpado e feito um curativo para estancar o sangue e que ele foi levado para o hospital para receber os pontos.

Às vezes, a Unidade se torna bem agitada. Certo dia, apareceu um usuário que tinha tomado uma facada de um outro que também é conhecido pelas agentes e, ao mesmo tempo, tinha uma usuária que estava fazendo bagunça, gritando, “*causando*”.

Podemos perceber que a equipe de CR trabalha no sentido de acolher a população com as mais diversas demandas. Como porta de entrada do sistema de saúde, muitas coisas aparecem nesse espaço, os profissionais têm que estar preparados para o inesperado e têm que poder responder com improvisação, sustentação dentro da equipe e articulação de rede externa. Em relação à imprevisibilidade presente nesse trabalho, Londero, Ceccim e Bilibio (2014, p. 6) afirmam:

Num certo sentido, este desafio está colocado para todo e qualquer serviço de saúde, porém, estas exigências, na rua, parecem impor-se de forma intensa, persistente e inusitada. A falta de paredes. A não presença da mesa. O encontro em locais moventes. A luz do sol, o vento, o frio, o calor. A sujeira, o forte odor. A conversa sobre saúde em roda de uso de drogas. O medo da polícia e da chuva. Estranhas sensações, intempestivas alegrias.

As agentes parecem habituadas com a variedade e gravidade das situações que acontecem. Contudo, seria interessante propor um trabalho com os outros profissionais da UBS de sensibilização e aproximação da população em situação de rua.

3.4 Construindo coletivos

As reuniões de equipe são semanais, com duração de duas horas, aproximadamente. Todos os integrantes da equipe participam. Estas reuniões são importantes para a construção da grupalidade na equipe e possibilitam conversas sobre temas relacionados ao trabalho e, especialmente, sobre os casos atendidos. Durante a reunião de uma equipe, a outra coloca dois agentes no acolhimento. Se houver alguma emergência, chamam alguém da equipe que está em reunião. Quinzenalmente ocorre um encontro para discussão de temas, intercalando com as discussões de caso, que acabam predominando nas reuniões. Também

quinzenalmente um profissional do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) participa da reunião.

As equipes apresentaram dinâmicas muito diferentes, o que demonstra uma certa liberdade dos profissionais em relação ao exercício de sua função, mas, ao mesmo tempo, revela a ausência de um acompanhamento dos processos do trabalho.

Na reunião de uma das equipes, os integrantes discutem os casos atendidos pelas agentes de saúde de referência e pelas agentes sociais, que também acompanham os mesmos usuários, de acordo com os papéis de encaminhamento e marcação de consulta que estão nas mãos da enfermeira – é ela quem coordena e pega os prontuários. Falam também da organização da equipe, por exemplo, substituição nas férias de alguém. Esse momento é interessante porque assim todos os integrantes da equipe ficam sabendo de todos os casos, mas as discussões acabam se limitando à situação específica, sendo que a dinâmica da reunião poderia aproveitar melhor a discussão de um caso para trabalhar os outros. Fica evidente uma certa autoridade médica, pelo lugar que este profissional ocupa, atrás da mesa, e por sua postura ao longo da reunião. Mas as agentes enfrentam, discordam, discutem, debatem, demonstrando um empoderamento do cargo e da função delas¹⁵.

O processo de afirmação das agentes em relação ao seu papel provoca um movimento em direção a sair da lógica medicamentosa e médico-centrada. Segundo Dimenstein (2005), o PSF tem como uma das propostas descentralizar a relação médico-paciente em proveito da relação usuário-equipe. No entanto,

[a] integração do PSF com as políticas de saúde mental, [...], implica também transformações profundas nas práticas de saúde institucionalizadas. A lógica dos 'especialismos', ainda muito arraigada à cultura médico-hospitalocêntrica, encontrada entre os técnicos e mesmo entre a população usuária, dificulta a implementação de novas formas de cuidado. Tal lógica pressupõe relações hierarquizadas de saberes e poderes entre os diferentes membros da equipe e desta com os usuários. Isso quer dizer que é preciso pôr em curso alterações na forma de organização dos serviços, pautadas por mudanças nos saberes instituídos que delimitam quem é competente e quem tem autoridade para lidar com a loucura. Tal perspectiva conduz inevitavelmente a uma discussão a respeito do caráter ideológico do mandato social das profissões envolvidas no

¹⁵ Relataremos adiante uma discussão sobre atendimento *in loco*, entre os profissionais, que exemplifica essa afirmação.

campo da saúde e da "vaidade" que atravessa o mundo "psi", que sedimenta a saúde mental como espaço privativo dos profissionais que nele atuam. (DIMENSTEIN, 2005, p. 26-27).

A equipe discute por volta de 30 casos em cada reunião, apenas acompanhando alguns, e se aprofundando mais em outros. Surgem principalmente questões como ausências em consultas marcadas e necessidade de fazer um exame. Identifiquei também muitas falas de pessoas que mudaram de território.

Um exemplo de deslocamento foi o de uma usuária do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) que mudou de lugar, e quando os profissionais foram conversar com ela, a usuária disse: *“Tô passeando, eu sou assim, eu gosto de passear”*. Eles entenderam como resistência o fato de ela não estar mais indo aos serviços, e o pessoal do CAPS ficou de se organizar para procurá-la no território. Assim, o grande desafio não é realizar o trabalho no território, mas nesse contexto de desterritorialização.

Outro exemplo foi o de um homem que encontramos diante da Secretaria de Saúde, tinha acabado de voltar de uma ocupação e estava bebendo muito. A agente perguntou: *“você vai voltar pra rua?”*, e ele respondeu: *“Não... estou só de passagem”*. Seu cadastro ainda não tinha sido desativado porque não fazia mais de seis meses que ele havia saído e, segundo a agente, retornara há três dias. Estava com uma mulher acompanhada de três filhos, que a agente nunca tinha visto nessa região. A mulher não quis ser cadastrada porque, segundo ela, não estava em situação de rua, mas em uma ocupação.

Já a reunião da outra equipe ocorre num espaço externo à UBS para evitar interrupções. No entanto, em um dia, por exemplo, ocorreu uma emergência. Chegou uma mulher na Unidade, que tinha marcado consulta e ninguém havia conseguido encontrá-la para desmarcar (em razão da alteração do horário da reunião), que ficou brava porque não seria atendida e começou a *“quebrar tudo”*. A agente de referência foi chamada e foi até lá conversar com ela, ofereceu um outro horário e remarcou.

Nesta reunião senti um clima um pouco disperso, mais dinâmico e menos organizado, cada uma fazendo suas coisas, algumas conversas paralelas aconteciam. Houve atraso para começar, porque estão se adaptando a esse novo horário. A mudança de horário se deve a agenda do médico, que é novo na equipe –

segundo a enfermeira, a equipe ficou sem médico e só com uma enfermeira durante bastante tempo. Notei que as relações eram mais horizontais – isso pode estar relacionado ao fato de o médico ser novo na equipe, provocando um clima acolhedor por parte das pessoas, que explicavam coisas para ele, e ele, por sua vez, mais humilde, valorizando e escutando as contribuições de todas. Todos levam pautas. Falam com mais profundidade dos pacientes que estão precisando, e não é a enfermeira quem pergunta a partir de suas anotações.

Por exemplo, o médico trouxe uma pauta: os atendimentos na Tenda¹⁶, toda sexta-feira, terão consultas marcadas? Temos como levar os prontuários? A enfermeira explica que há apenas cinco cadastrados lá, com algum histórico, que passaram por atendimento e estão dando segmento ao tratamento. Como vão de carro, sugere que levem todos os prontuários da agente de referência da região para experimentar.

Em relação aos casos, pressão alta e tuberculose são questões de saúde que aparecem bastante nas conversas. Uma enfermeira analisa, brincando, as demandas mais frequentes para cada agente: para uma seria gestação; para outra, tuberculose, hipertensão, soro positivo para HIV, mas a agente discorda – *“não, eu sou transtorno psiquiátrico”*; ouve-se, então, um burburinho: *“não, nem vem, isso é todo mundo!”*.

Contam muitos casos ligados ao álcool e outras drogas também. Uma das agentes é responsável por uma microárea que abrange uma parte da cracolândia. Elas costumam ir até lá em grupos, de pelo menos três ou quatro pessoas, para se acompanharem e apoiarem, por ser uma região mais perigosa.

Conversamos sobre o De Braços Abertos, programa que foi instalado ali recentemente. Elas criticaram. Uma delas diz que acha que foi só uma manobra política para tirar os usuários da rua no momento da Copa, que o projeto seria abandonado em breve. Outra conta que, quando entrou no Hotel Social, o prédio construído pela prefeitura para abrigar os antigos moradores da Favelinha da Helvécia, ficou muito assustada com a precariedade, o tamanho, a sujeira. Viu facas. Sentiu que tudo que acontecia na rua agora estava velado, acontecendo lá dentro, escondido, em termos de violência, estupro, além das drogas.

¹⁶ Tenda é um Centro de Convivência da Secretaria de Assistência Social

Quando há casos mais difíceis, elas são orientadas pelos outros profissionais. A nutricionista e a fisioterapeuta do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) são referências da equipe e participam das reuniões, quinzenalmente.

Contaram de uma usuária com questões de saúde mental que fica no Terminal Bandeira. Tiveram bastante dificuldade em acessá-la, pois é muito sozinha e xinga todos que se aproximam. Também parecia ter seus delírios, pois falava de um marido que ninguém nunca viu, entre outras coisas. As agentes iam se complementando em relação à história dela. Sabe-se que teve filhos, mas há alguns pontos que ainda não estão claros para ninguém. O interessante é que elas dizem: *“nós não duvidamos dela, quando ela fala do seu marido, nós perguntamos, damos continuidade à conversa, porque se você falar pra ela que ela não tem marido, ela fica revoltada”* – demonstrando os aprendizados adquiridos no processo de trabalho. Relataram um dia em que era aniversário dela, e, como estratégia de aproximação, as agentes levaram um bolo para comemorar, e isso a deixou muito feliz –, *“talvez porque ela nunca teve isso, ou pelo menos fazia muito tempo que não acontecia”*. Essa cena revela uma invenção clínica que modificou a relação dela com as agentes, possibilitando uma construção gradual de confiança.

Além da discussão dos casos, nessas reuniões as enfermeiras passam a escala dos acolhimentos e têm a responsabilidade de entregar o fechamento mensal.

Um exemplo de discussão que pode surgir diz respeito às questões administrativas, como a relação da equipe com os outros profissionais da Unidade que respondem pelos mesmos casos, como o pessoal da farmácia, que entrega a medicação para os usuários que buscam na Unidade.

Somadas a essa reunião semanal, há as reuniões para construção de rede. Toda primeira quinta-feira do mês acontece a reunião com o CAPS: uma enfermeira participa do CAPS II e a outra do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD). E há a reunião do Serviço Especializado em Abordagem Social da Sé (SEAS/Sé) (criança e adolescente) da qual a Assistente Social participa acompanhada de uma agente. O espaço da reunião de equipe também é aproveitado para falar de questões que precisam ser levadas para essas reuniões.

Há uma reunião dos ACS que ocorre uma vez por mês. É um espaço mais informal, descontraído. Nessa reunião, tive a oportunidade de perceber algumas ideias que estão surgindo: uma enfermeira falou sobre montar um grupo de convivência social e organizar encontros, pensando a construção de um espaço cultural na sala dos agentes, na UBS – mas isso parece ter ficado um pouco no ar. Mencionaram também a comissão LGBT que está sendo montada – há um médico novo, contratado só pra isso, e a primeira reunião aconteceria naquele dia.

Ficou evidente que a reunião é essencial para esse tipo de trabalho, para oferecer suporte e sustentação às atuações. É um espaço importante também para dar apoio e reconhecimento para que as agentes possam continuar a realizar o trabalho que fazem.

Nas narrativas e descrições das reuniões acompanhadas, observei a organização dessas reuniões e a variedade de temas abordados, evidenciaram-se ainda questões que se referem às relações de poder, aos processos de trabalho e também elementos relativos à articulação com outros serviços, que serão analisados mais adiante.

3. 5 Processos de trabalho

Para além das questões institucionais, é possível dizer que esse programa pratica uma clínica desterritorializada. As funções dos profissionais da saúde, nesse caso, são ampliadas e flexibilizadas; e o lugar onde atuam não é mais no interior dos consultórios com seus jalecos, mas na rua. Como manter sua identidade nos mais diferentes espaços? Como manter-se profissional da saúde quando a demanda é por um banho ou uma muda de roupa?

É necessária uma identificação dos profissionais com a clínica em questão. Nas palavras de Lancetti (2009, p. 113):

Para início da ação, precisa-se da entrega do terapeuta à causa e da sua disponibilidade para trabalhar em ambiente não protegido. [...] Psicólogos, psiquiatras, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais ou enfermeiros podem estar investidos de poder médico, vestindo avental, devidamente diplomados, até com curso de pós-graduação, mas sua ação será insignificante ou nada será se não se acharem imbuídos da atração pela loucura e pela impossibilidade e gosto de cuidar e produzir mudança. Da paixão pela diferença.

O processo de seleção dos profissionais precisa levar isso em conta. E, além disso, deveria existir (e isso está previsto na Portaria¹⁷) uma capacitação e acompanhamento desses trabalhadores.

Por ser um serviço desprovido de uma casa para centralizar suas ações – de ordem itinerante e com uma temporalidade singular em relação à lógica instituída no cuidado –, há um sofrimento pela angústia inerente a tal prática desterritorializada. É claro que investimento afetivo e angústia se processam em qualquer relação profissional em saúde, entretanto, trabalhar com essas populações e com o que elas demandam invoca um investimento “afetivo” que parece peculiar a esse serviço, pois tal trama de cuidado ocorre em lugares inesperados, em tempos ora acelerados e ora vagarosos, com pessoas a quem os serviços não viam. (LONDERO; CECCIM; BILIBIO, 2014, p. 4).

Em termos de formação, são realizadas discussões sobre determinados temas, organizadas dentro das reuniões de equipe. Além de participação em cursos ou atividades externas, como seminário sobre o De Braços Abertos e cursos sobre abordagem de álcool e outras drogas e redução de danos, que eu presenciei. No entanto, não há espaços para escuta e cuidado dos trabalhadores, para que eles possam elaborar seus medos e frustrações.

É preciso ressaltar que, em relação aos espaços de formação, há divergências de posicionamento; em uma reunião, uma agente reclamou que as agentes da outra equipe foram em atividades de formação externa sobre as quais elas não ficaram sabendo. Enquanto a enfermeira respondia que não havia chegado nada para ela, mas que ela iria verificar, porque achava muito importantes esses espaços. Enquanto isso o profissional da medicina falava: “*a gente já conversou sobre redução de danos...*”, como quem diz que não havia necessidade de elas fazerem esse curso.

Um dos alicerces no qual se baseia essa forma de atuação é o atendimento *in loco*. Enquanto as agentes vão para a rua quase todo dia, os médicos acabam fazendo aproximadamente três saídas por mês. Presenciei discussões em relação a isso e, para exemplificar, vou relatar uma situação ocorrida em uma reunião de equipe com os diferentes profissionais.

¹⁷ “Art 7º: As eCR terão acesso a processos de educação permanente, contemplando-se, dentre outros, a abordagem das diferentes necessidade de saúde da população em situação de rua, bem como o desenvolvimento de competências para a prática da redução de danos.” (BRASIL, 2011).

O grupo estava falando de uma parte da cracolândia, onde o reforço do policiamento provocou muitas mudanças. *“A gente não conhece mais os pacientes que estão lá”*. A agente que cuida da região propôs que eles colhessem o sangue lá no território, na perua, já que muitos eram novos. Só que surgiram divergências com o profissional da medicina, que falou do risco, por conta da alta concentração de usuários de drogas e traficantes; da vulnerabilidade na “Kombi”; e reclamou de condições inadequadas de atendimento: *“porque atendendo no meio do barulho, eu tenho que ficar gritando, todo mundo ouvindo, não dá!”*. Contou histórias de momentos em que se expôs a situações desse tipo, e disse que não fará isso de novo, exigindo que se criassem condições melhores de atendimento e segurança. E continuou falando de seu “pavor”, que só se sente segura se ficar sentada do lado da polícia, *“mas aí ninguém vai”*. A agente contesta: *“Imagina eu! Indo lá todo dia...”*, colocando-se numa posição de horizontalidade enquanto profissional da saúde, e negando a estrutura hierárquica estabelecida dentro da equipe.¹⁸

Devemos levar em consideração que a formação em medicina não envolve a preparação para essa outra forma de exercer a prática médica. Essa fala demonstra a pouca adaptação a essa forma de trabalho, uma atuação mais engessada; mas, ao mesmo tempo, reflete algo que muita gente sente – o medo. Muita gente sente, mas poucos têm coragem de falar. Certo dia, uma agente contou sobre um usuário: *“Outro dia, ele perguntou pra mim: – Você tá com medo, né? – Que isso, medo de quê? – Você tá com medo...”*.

Continuando a descrição da cena... A enfermeira, então, sugeriu que intensificassem as visitas, possivelmente diárias, *“pra gente conhecer mais eles, eles conhecerem mais a gente”*, e depois realizar a coleta de sangue, fazendo uma ponte entre as agentes e o outro profissional. *“Temos que perceber e anotar como é o movimento ali nos diferentes horários. Comércio, base comunitária, etc.”*, explicou. Além disso, trouxe a ideia de marcar uma reunião com o pessoal do CR de lá e conversar para saber do histórico de saúde de cada um deles, para não precisar refazer o que já foi feito.

Em seguida, uma agente se disponibilizou a ir com a Agente de Referência por ter já trabalhado durante três anos na craco (modo como elas se referem à cracolândia) e ter um vínculo estabelecido com alguns usuários. Outras agentes se colocam à disposição para ajudá-la, e eu também. Ficou combinado que elas começarão na sexta-feira seguinte, a agente social também vai junto. E na segunda à tarde a enfermeira também vai poder ir, e eu acompanharei. Por fim, a enfermeira reforçou: *“Não dá pra ir só em duas! Sempre três ou quatro.”*¹⁹

Isso demonstrou uma rede de sustentação que a equipe promove no trabalho, mas da qual o profissional da medicina parece não fazer parte.

¹⁸ Trecho do Diário de Campo, São Paulo, agosto/2014.

¹⁹ Trecho do Diário de Campo, São Paulo, agosto/2014.

Depois surgiu também a demanda de atendimento *in loco* em outra região, mas o profissional da medicina se negou. “*Ali é tranquilo*”, disse a agente. Mas, ele olha para mim e, meio se justificando, fala como eles são inconvenientes, chegam muito perto, querem dar beijo, e você tem que pôr limites. As agentes se identificam com essa fala e começam a contar situações desse tipo e como elas lidam com isso.²⁰

Outras situações evidenciaram questões desse mesmo profissional. Uma agente conta que dois usuários estão saindo de um território, pois disseram que “*tá vindo muito maloqueiro pelo Paissandú*”, e eles estão com medo até de dormir lá. O profissional da medicina fala, de uma forma simplista, que, se eles estão com medo, deviam dormir do lado da polícia. No entanto, a enfermeira explica: “*eu, que não to devendo nada, me sinto protegida pela polícia... pra eles é diferente, eles têm medo*”. E a agente acrescenta que eles também não têm a mesma relação com a polícia que nós e, muitas vezes, a polícia não intervém nesses casos, em que um morador de rua rouba o outro. Esse discurso evidencia uma diferença de classe social, que prejudica o conhecimento da realidade do outro. Isso afeta o profissional e atravessa os processos de trabalho, interferindo nas relações estabelecidas com os usuários e na escuta que os profissionais podem oferecer.

Em outro momento, falam de um caso que requer internação em Campos do Jordão, e o mesmo profissional se irrita com o paciente: “*Não pode ser tudo do jeito que ele quer. Ele nunca vem nas consultas marcadas, ele quer tudo no tempo dele*”.

A visão de que o usuário deve cumprir o estabelecido pela equipe, e de que são responsáveis pelas falhas do programa, leva-nos a questionar: será possível estabelecer um vínculo verdadeiro enquanto o trabalhador necessitar da obediência do usuário? Ao concebermos o usuário enquanto sujeito, esse pode ser autônomo e julgar quais as orientações que irá respeitar (SCHIMITH; LIMA, 2004)

Londero, Ceccim e Bilibio (2014, p. 8) apresentam questionamentos interessantes sobre tal prática:

Será que os objetivos do CR em oferecer um serviço de cuidado em saúde inclusivo são compatíveis com o querer do usuário (o “seu” não morrer)? E se ele quiser apenas ser importante para alguém (o “seu” estar vivo), ele terá de ficar participando de ações que não quer? Esta é a única maneira de conseguir certa atenção? Até quando? E, se não atender as expectativas da

²⁰ Trecho do Diário de Campo, São Paulo, agosto/2014.

equipe de saúde, o usuário será deixado de lado porque não cumpre as combinações sobre o cuidado (então pode/deve morrer)?

Por fim, o caso de um sujeito que parou de tomar medicamento porque disse que não estava tendo tempo de beber, porque dormia muito, e, completa a gente, “*agora tá fugindo de nós*”. Na defensiva, o profissional da medicina me explica que não foi erro de medicação, ele queria parar e agora diz que quer morrer bebendo e fumando maconha, “*e parece que vai atingir seu objetivo*” complementa de maneira raivosa. O profissional da medicina está, desde 2010, nesse trabalho, e antes trabalhava na cracolândia.

A partir da perspectiva da análise dos processos de trabalho, pode-se pensar que a falta de segurança real a que estão expostos esses profissionais diariamente acaba prejudicando a disponibilidade interna deles para esse tipo de trabalho. Além disso, as dificuldades que aparecem no cotidiano do trabalho são potencializadas por não existirem espaços para que os profissionais possam falar e cuidar dessas questões.

Já o profissional da medicina da outra equipe, que é novo nesse trabalho, atua de forma diferente.

A agente pergunta para o médico: “O remédio *tem que ser dado à noite? Pois a agente responsável sai às 17 horas, acho que ela quer dar a medicação porque o paciente é dela, mas outras duas agentes podem entregar às 18 horas*”. Ao que uma outra agente contrapõe, discordando: “*Não, o paciente não é dela, o paciente é da equipe*”. O médico diz que o remédio dopa, mas tudo bem dar um pouco mais cedo; o que temos que ver é a real necessidade de tomar e continuar tomando, “então devemos marcar consulta e realizar exame de sangue”. Isso demonstra uma adaptação da prática médica à população em questão.²¹

No caso das agentes, as condições de trabalho somam-se aos baixos salários. A hipótese das agentes sobre só haver mulheres no trabalho deve-se a isso.

Um dia houve greve geral dos ACS por reivindicação salarial. No dia seguinte, quando cheguei na Unidade, encontrei uma agente que estava no Acolhimento. Conversei um pouco com ela sobre esse episódio, e ela disse que não pôde ir

²¹ Trecho do Diário de Campo, São Paulo, agosto/2014.

porque teve uma consulta médica, mas que outras agentes do CR foram. Elas sentem que o salário é baixo para o trabalho que fazem.

Segundo reportagem publicada no *sítio* do Sindicato dos Agentes Comunitários de Saúde, Agentes de Combate às Endemias, Agentes de Proteção Social, Agentes de Promoção Ambiental e Acompanhantes Comunitários (Sindicomunitário)²², a reivindicação era de aumento de 19% sobre o atual piso da categoria, que é de R\$1.100,00. A manifestação dos grevistas reuniu cerca de duas mil pessoas no vão livre do Museu de Arte de São Paulo (MASP), na Avenida Paulista, às 10 horas da manhã, chegando a quase cinco mil ao todo durante a manifestação.

Embora esses profissionais não tenham formação superior específica na área da saúde, eles são fundamentais para esse trabalho. Lancetti (2009), referindo-se a uma situação na qual os profissionais têm que se reinventar na forma de trabalhar, afirma:

Esse estado instituinte favoreceu a formação de equipes onde o agente comunitário de saúde não se transformou num subordinado do médico. Quanto ensinamos e quanto aprendemos com agentes comunitários de saúde! A regra fundamental do funcionamento das equipes é fazer circular o saber – tanto o técnico e o científico, como o cultural e o popular. (LANCETTI, 2009, p. 92).

No caso das agentes, surgem muitas frustrações relacionadas ao trabalho, pelo fato de elas considerarem que ele só é bem sucedido quando conseguem tirar o sujeito da rua, com um possível retorno para a família. Para elas, todo o resto é fracasso. Por exemplo, contaram de um sujeito com questões de saúde mental, em que acompanharam várias conquistas. No início, ele era muito agressivo, violento e pouco sociável, estava sempre sozinho e não queria aproximação com elas. As agentes tiveram que tirar o colete de identificação da prefeitura para se aproximar desse senhor, de modo a ir criando um vínculo. Posteriormente começaram a associar a própria imagem ao trabalho da saúde. Atualmente, ele toma medicação psiquiátrica diariamente e está inserido no laço social, tanto com as agentes quanto com outros moradores de rua, *“mas ele não quer sair da rua por causa dos seus gatos”*, complementam as agentes, em tom decepcionado. Mas talvez não seja só

²²Disponível em: <<http://www.sindicomunitario.org.br/index.php/noticias/206-agentes-comunitarios-realizam-mobilizacao-historica-no-centro-de-sao-paulo>>. Acesso em: out. 2014.

por causa dos gatos, talvez esse seja o lugar onde ele possa viver seus delírios mais tranquilamente... Ele mora num lugar precário, embaixo de uma ponte, de difícil acesso, com muitos gatos. Elas falam preocupadas, pois ele está ficando velho (com mais de 80 anos) e, tomando remédios psiquiátricos, pode cair em virtude dos efeitos colaterais da medicação. Mas o modo como falam dessa localidade, demonstra também certo preconceito: Como alguém pode morar num lugar desses e estar bem?

O que será que podemos entender como trabalho resolutivo ou efetivo para o CR? É um caso com um tratamento bem sucedido, a meu ver, em termos de socialização e aceitação ou adesão ao tratamento. Disse isso a elas. As agentes concordaram – “é...”, num tom que indicava concordância e discordância ao mesmo tempo –, mas continuaram preocupadas com o fato de ele não querer sair da rua, por causa dos gatos.

De onde vem essa ideia de que a resolutividade está em voltar para casa? Qual o sentido do conceito de adesão ao tratamento para uma população flutuante? Por que o tratamento tem que ser pensado em longo prazo e não pela potência de um encontro? Lembrando Foucault (1982), na biopolítica, o controle incide na própria produção de subjetividade, resultando em padronização dos processos e dos sujeitos. Ou seja, está no imaginário social a ideia de que as pessoas devem se fixar, morar em casas; é um pensamento moral e normatizante, que não comporta esse outro modo de vida, possivelmente mais livre e coletivo.

As agentes também relatam demandas externas para que elas tirem os sujeitos da rua... Com os sujeitos retornando às famílias ou moradias fixas, elas ganham visibilidade e obtêm um reconhecimento em retorno do seu trabalho.

É preciso ressaltar, nesse sentido, a importância da articulação intersetorial não só para a construção do trabalho em rede, mas para que os outros setores possam compreender melhor o trabalho do CR.

A esse respeito, relataram um episódio em que a urbanização fez uma “limpa” na casa de um dos moradores atendido por elas, e que isso afetou a relação dele com o serviço. “*Pra ele, é tudo a mesma coisa*” disseram, “*e a gente caminha na contramão das outras intervenções públicas*”. Essas intervenções e abordagens deveriam ser pensadas conjuntamente.

Nas palavras delas: *“Na cobrança do dia a dia todos colocam como obrigação nossa: vai tirar aquele homem dali”* – tanto a população quanto os profissionais dos serviços. Falam ainda do pouco reconhecimento, pois *“ninguém vê nosso trabalho, nem o gerente da unidade”*. *“A própria secretaria de saúde não entende o que a gente faz. Demandam remoção daquele pessoal que fica em frente ao prédio deles. Demonstrando que esperam uma política higienista, que não é o nosso papel.”*

Percebi que é necessário sair da idealização, e me deparei com o fato de que a universidade também está distante dos serviços. Se existe gente que demanda sair da rua, é interessante também criar estratégias para responder a essa demanda. No entanto, quero resgatar a importância de olhar para a singularidade: tem um, ali, que não quer.

Um dia, no acolhimento, uma mulher conta sua história pessoal. Mãe de vários filhos que foram criados pela família, diz que agora tem um que está com ela. Diz ter saído da rua, que ninguém merece essa vida, que se libertou das drogas, e que o filho está na escola (a agente não acredita). Sua mãe vive na rua há muitos anos e não quer sair por nada. Mais tarde proponho a seguinte reflexão para a agente: Por que será que ela não quer sair da rua? Na sua visão, *“está acomodada. Querendo ou não eles têm várias vantagens na rua, de onde moram, de ganharem coisas, comidas, esmolas, etc. Não precisarem trabalhar”*.²³

Outro exemplo bastante curioso para problematizarmos as atuações do CR é o de uma mulher que tem uma companheira e *“é muito apaixonada por ela”*, nas palavras das agentes. Atualmente, trabalha com reciclagem, e está mais organizada. Elas estão querendo alugar uma casinha, mas a família não as quer juntas, e a proíbe de ver a companheira. A equipe pensa em investir em um albergue fixo ou em uma passagem para Pernambuco, onde mora a família dela. A Assistente Social fez um contato com a família: *“A Irmã que é daqui não quer ela, agora não tá mais nem atendendo o telefone pra falar com a gente... talvez o irmão de Pernambuco aceite”*. A passagem é fácil de conseguir, mas tem que ter certeza de que a mulher quer. Porque se ela for, é sem a namorada. Aparentemente, a solução pensada pela equipe é separá-las, para que ela possa retornar para a família. Por que retornar para a família se foi de lá que ela saiu, sendo que ela está construindo uma nova família, uma nova rede, com novos vínculos?

²³ Trecho do Diário de Campo, São Paulo, julho/2014.

Após ter identificado essas questões, no grupo de encerramento, coloquei a pergunta para problematizar com elas: O que é um trabalho bem sucedido? A primeira coisa que elas respondem foi: *“tirar a pessoa da rua e colocar em algum lugar; sair da área, preferencialmente pra casa da família ou construção de um outro projeto pessoal”*. Mas logo problematizam: *“ninguém assegura que ele vai permanecer no lugar pra onde ele for”*. Em seguida complementaram com: *“aderir ao tratamento, vir na consulta marcada”* – dizendo que tudo isso é muito difícil. Depois, ao longo da conversa, algumas disseram que não é pretensão delas tirá-los de nenhum lugar, e que eles têm o direito de ir e vir. No entanto, todas concordam que há exigências em relação a isso, mas concluem que isso elas não vão conseguir sozinhas.

Então, continuei perguntando: E eles querem sair da rua? Responderam em coro: *“Não!”*. Para elas, o motivo é a conveniência, pois eles não têm nenhum compromisso, não precisam pagar nada, *“vivem em outra realidade”*. Segundo elas, *“a comunidade ajuda para que eles fiquem na rua”*, e o governo também, uma vez que nos bairros não existem tantas políticas públicas: *“se eu preciso de alguma coisa, eu tenho que correr atrás; já os moradores de rua tem tudo”*.

Nesse ponto, as questões de classe social emergem e interferem no trabalho de forma diferente, pela aproximação e identificação; mas podem, da mesma maneira, prejudicar o acolhimento oferecido. Retomando Lancetti (2009), o autor fala a respeito da proximidade e semelhança das condições de vida entre os agentes e os usuários, eles também utilizam os serviços públicos de seus bairros; entretanto, mas no caso do CR, um modo de vida permanece distante do outro.

3.6 Articulações intersetoriais

As agentes sentem muito a necessidade de articulação intersetorial, falam principalmente em relação a construir projetos com as Secretarias de Trabalho e de Habitação. Segundo elas, as políticas estão mal colocadas e mal direcionadas, pois não há porta de saída. E perguntam: *“cadê a lei que não funciona pra essas crianças que estão na rua, quando, por exemplo, o conselho tutelar não vem buscar crianças em situação de rua?”*.

Ao mesmo tempo, há parcerias fortes com outros equipamentos da saúde e da assistência social, o que possibilita que realizem encaminhamentos e possam conseguir vagas.

No caso da Assistência Social, os principais parceiros são os Centros de Convivência, como a Tenda, e os albergues. Para conseguir vaga fixa em albergue, o usuário tem que começar com pernoite, para que a instituição possa avaliar a permanência. Em albergues de outras regiões, o contato é feito pelo Centro de Referência Especializado em Assistência Social (CREAS). Já em relação às vagas em Hotel Social, estas são ainda mais difíceis de conseguir. Novamente, deve-se primeiro entrar no regime de pernoite, havendo permanência, o usuário é encaminhado. Mas há uma regra no Hotel Social: é preciso trabalhar.

No caso da rede de saúde, quando os usuários mudam de território, a equipe faz um contato com a Unidade que os atendia anteriormente, para que não seja necessário repetir nenhum procedimento; ou eles encaminham para dar continuidade ao tratamento em outro local.

No período da pesquisa, alguns pacientes saíram da área e foram para uma Ocupação Artística, na Casa Amarela, localizada na Rua da Consolação. Eles combinaram de visitá-los e depois encaminhar para a UBS de referência da região, considerando que é o pessoal de residência que cobre as ocupações, e não o CR.

Outras vezes, os usuários continuam sendo atendidos por eles, e o encaminhamento é para algum serviço especializado. No entanto, com seus funcionamentos burocráticos, frequentemente os equipamentos de saúde não facilitam a construção dessa rede, por exemplo, quando se trata de marcar consulta. Segundo as agentes, muitas vezes a demora acaba prejudicando todo um vínculo em construção. *“Com essa população é assim: tudo tem que ser na hora deles; eles não têm paciência para esperar...”*.

[...] um paciente demorou muito para se vincular com as agentes e com o serviço. A aproximação inicial teve que ser feita sem o colete de saúde da prefeitura, pois ele tinha muito preconceito em relação às políticas. Aos poucos ele foi construindo uma relação de confiança com a agente. Porém, certa vez foram a uma consulta que tinham marcado, esperaram por mais de duas horas e o médico acabou não indo. *“Ele ficou muito bravo”* – disse a agente, *“e com razão”*, acrescentou. Disse que o médico o tinha desrespeitado, que ele tem outras coisas para fazer, que os seus gatos não podem ficar sozinhos... Dessa forma, ele está reivindicando seus direitos em relação ao atendimento oferecido, pois entendemos que política pública

deve ser de qualidade para todos os usuários, uma vez que é um direito e não um favor. No entanto ele dizia para a agente: “*você me enganou!*” – não conseguia entender que não tinha sido erro dela. Isso acabou prejudicando a relação dele com os trabalhadores da saúde como um todo, e agora estão tendo que reconstruir essa confiança passo a passo.

Mais adiante isso fica ainda mais difícil. Na reunião, a agente conta que ele “*tá mais distante de nós do que a gente imaginava*”. Ela já vinha conversando com ele sobre a consulta seguinte e aparentemente ele parecia topar. Quando viu a agente chegar, no dia, já foi logo dizendo: “*não vai dar pra mim ir*”, ou seja, ele lembrava, “*tô esperando a menina que traz o remédio*”, justificou. “*Olha pra mim*”, ela respondeu, “*eu sou a menina que te traz os remédios*”. “*Mas eu tô esperando também uma moça que vai trazer a comida dos gatos*”. E foi se aproximando do cabo de vassoura. Com medo, ela se afastou. Chamou a agente social, mas foi difícil com ela também. Nessa reunião, a médica sugeriu internação compulsória e teve respaldo da equipe, justificando que é um caso de esquizofrenia, psicose, muito antissociável, com delírios e dose baixa de medicação em razão do local de moradia, para evitar algum acidente. Aproveitou para recuperar um pouco a história e mostrar que esse afastamento tem a ver com o episódio anterior (ocorrido há dois meses), mas elas parecem desgastadas demais para investir mais uma vez no tratamento. Para elas, depois disso, ele só manteve o contato com o serviço por causa do leite que recebe.²⁴

As dificuldades encontradas na construção do trabalho em rede acabam prejudicando ainda mais sua consolidação, pois, em alguns momentos, os profissionais pareciam desgastados também para investir num diálogo institucional.

Por exemplo: um paciente que não pode comer feijoada, mas na quarta-feira esse é o almoço oferecido no centro de acolhida. A equipe pensa em conversar com o pessoal de lá, mas concluem que não adianta porque eles não vão ter esse olhar de cuidado, “*é muita gente pra eles*”. O que pensar dessa “desistência” em relação à ação em parceria? Talvez não fosse melhor insistir, falar com eles, mesmo com esse histórico? Dá para “exigir” isso delas?²⁵

Em outro caso, elas se colocaram de maneira diferente. Era um caso que precisava passar pelo dermatologista – alguém questiona se poderia ser pelo *Pele Saudável*; trata-se de uma clínica escola, e o agendamento é mais rápido do que na Santa Casa, que é muito lento e complicado. No entanto, o médico passa medicação que não tem no posto, mas elas dizem que podem conversar sobre isso com o profissional que for atender, pois o usuário não tem condição de comprar remédios.

²⁴ Trecho do Diário de Campo, São Paulo, agosto/2014.

²⁵ Trecho do Diário de Campo, São Paulo, agosto/2014.

4 TERRITÓRIOS EFÊMEROS

Para Justo (2000), é muito difícil avaliar uma condição de vida como essa, principalmente quando confrontada com as possibilidades que estas vidas teriam em qualquer outro espaço social. Vidas em trânsito podem viver seus desejos e delírios sem o incômodo de qualquer tipo de interdição ou veto. Além disso, mesmo que, às vezes, sobrevivendo da mendicância, conseguem prover o próprio sustento, angariar simpatia, e sentem-se reconhecidos pelos outros, ainda que pela via da autoimputação de um dever ou missão.

Em oposição às leituras que afirmam um processo de exclusão social, o autor constrói a ideia de que a forma de vida nômade reflete, de maneira radical, as tendências do contemporâneo de desenraizamento e desterritorialização. A sociedade, segundo ele, coloca o sujeito numa movimentação incessante, com provisoriedade e imprevisibilidade do cotidiano e sem vinculações sociais e afetivas que assegurem um mínimo de estabilidade e garantias de sobrevivência. Guattari (1992) também analisa a sociedade contemporânea como o mundo da técnica e da desterritorialização. A sociedade capitalista vende modos de ser e subjetividades que não podem parar, pois estão capturadas e ansiosas pelo consumo. Para Justo, a situação de isolamento e solidão dessas pessoas, e as relações socioafetivas bastante rarefeitas, também refletem o modo como se vive hoje o individualismo, a abreviação e transitoriedade dos vínculos.

Justo (2000) diz ainda que a população habitante das ruas passa longe das portas de entrada dos serviços de saúde, especialmente de saúde mental, pois estes estão estruturados para atender uma clientela territorializada. Para ele, a saúde não está preparada para assistir uma população nômade, em trânsito, e, continua o autor, provocativo, talvez até por isso mesmo a psiquiatria enquadre a compulsão ao deslocamento como uma patologia – a chamada dromomania.

Os andarilhos não podem parar, precisam se deslocar, tal como qualquer outra pessoa está sempre correndo em busca de algo mais, seja uma melhor oportunidade de trabalho ou uma nova tecnologia. O mundo pós-moderno estimula, mas, quando transborda, controla. (JUSTO, 2000, p. 206).

No caso da atenção à saúde dessa população que habita as ruas da cidade, é preciso levar em conta que, com essa grande mobilidade, dormindo cada dia em um lugar, as pessoas acabam carregando seu território em seu corpo.

É necessário considerar que o setor saúde não tem muita experiência no atendimento a essa população, até pouco tempo atrás ainda se exigia documentos e comprovantes de residência nas UBS. O trabalho de abordagem nas ruas é relativamente novo, e o Consultório na Rua está em pleno processo de implantação. Os profissionais desse campo sentem a necessidade de reinventar sua prática no trabalho com essa outra forma de organização da vida. Há uma preocupação importante relacionada à continuidade do tratamento, que a própria formação em saúde pressupõe. Como vimos, a fragilidade da rede potencializa essas dificuldades; razão pela qual a saúde precisa de articulação intersetorial, pois não há saúde sem educação, sem trabalho, ou sem cultura.

Contudo, se o território, como sugere Deleuze (1992), é o lugar do controle, os processos de desterritorialização poderão ser pensados também como processos de resistência que engendrariam novas territorialidades.

Mas para prosseguir nossa reflexão acerca dos serviços de base territorial, é necessário aprofundar a discussão sobre o conceito de território, explorar as múltiplas possibilidades e trabalhar a concepção a que estamos nos referindo. Trabalhar a noção de território é também trabalhar a noção de clínica: que clínica estamos querendo construir?

Lima e Yasui (2014) introduzem a noção de território existencial a partir de interfaces entre clínica, território e subjetividade, afirmando que ele implica certos espaços, mas não se define pela delimitação geográfica. De acordo com os autores, os territórios existenciais são “construídos com elementos materiais e afetivos do meio, que, apropriados [...] de forma expressiva, findam por constituir lugares para viver.” (LIMA; YASUI, 2013, p. 599).

A experiência de morar na rua é bastante marcada por desterritorialização, ou seja, por movimentos de saída, de partida de um território, abandonando o que é conhecido e familiar ali, em direção ao novo, o desconhecido, o diferente. Esses movimentos de desterritorialização são seguidos por processos de reterritorialização

nesse novo lugar – a construção de um novo território²⁶. No entanto, essa desterritorialização, às vezes, se reterritorializa em territórios mínimos, efêmeros, e por vezes paradoxais, quando se faz da própria desterritorialização um território subjetivo.

Porém, o território não é apenas permanência e tradição, é também lugar de passagem, de movimento, de produção incessante, que atualmente são potencializadas e “atravessadas pela lógica do capitalismo globalizado que intervém dissipando e desintegrando as fronteiras entre o local e o global, modificando relações, gerando modos conformados e conformistas de existir” (LIMA; YASUI, 2014, p. 598).

Assim, é preciso construir um mínimo de contorno, de território existencial, enfim, uma morada que possa funcionar como ancoragem e proteção contra o caos. As marcas vão constituindo essa ancoragem. Ao mesmo tempo, essa morada é percorrida por movimentos de desterritorialização.

Desse modo, pode-se começar a entender o território não apenas como território institucional, ou seja, delimitação geográfica sobre a qual um determinado serviço se torna responsável, devendo atender às pessoas com domicílio naquele local.

O acompanhamento no território pode ser ampliado, no sentido em que esse território do entre, do meio, do deslocamento, do trânsito, habitado por essa população, é expressivo. E até debaixo de uma ponte se cria territórios. Ou seja, estamos nos referindo a uma morada, a um território existencial. Há muitos modos possíveis de ocupar os espaços. Nós, enquanto profissionais da saúde, precisamos conseguir acolher esse outro jeito de viver a cidade. Trata-se de uma invenção cotidiana de como construir e se relacionar com isso, de criar novos territórios e agenciamentos, de viver a territorialização e a desterritorialização, continuamente.

Para Monken *et al.* (2008), compreender o território nesta perspectiva abre possibilidades para as análises em saúde e para o entendimento contextual do processo saúde-doença, especialmente em espaços comunitários e tendo como

²⁶Deleuze e Guattari (1997 *apud* Lima; Yasui, 2014, p. 601) “dizem que quando o caos ameaça é muito importante traçar um território e, se for preciso tomar o próprio corpo como território, territorializar o corpo. [...] segundo os autores, instalamo-nos em territórios para deles poder fugir”, para traçar linhas de desterritorialização, abrir o território para “que algo ou alguém entre ou então para que nós mesmos sejamos lançados para fora, como se o próprio território ‘tendesse a abrir-se para um futuro, em função das forças em obra que ele abriga’ [...]”.

dimensão temporal o cotidiano. Os autores destacam, como elementos importantes, a copresença, a vizinhança, a intimidade, a emoção, a cooperação e a socialização com base na contiguidade. Esta sociabilidade do cotidiano é constituída de pessoas, empresas, instituições, formas sociais e jurídicas, e formas geográficas. Assim, após analisarem outros aspectos do conceito de território, aproximando-o do campo da saúde, Lima e Yasui (2013, p. 597) concluem afirmando que “o território da saúde coletiva é composto de produções coletivas, com materialidade histórica, social e configurações espaciais singulares compatíveis com a organização político-administrativa e institucional do setor”.

Organizar um serviço territorial que opere segundo a lógica do SUS é escutar a vida que pulsa neste lugar. Pensar na organização da atenção básica em uma cidade é mapear os distintos territórios, com suas histórias sociais, políticas e econômicas de ocupação e de uso dos espaços. Histórias que determinam os lugares e as formas de acesso, incluindo os territórios de trânsito.

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 – é importante ressaltar que esses territórios não coincidem necessariamente com aqueles circunscritos pelos serviços e podem aí constituir vetores de desterritorialização.

A esse respeito, lembro de certo momento no acolhimento, em que uma usuária, sentada na cadeira, após um banho, conversou comigo afirmando a importância de estabelecer um território próprio. Falando sobre o trabalho de reciclagem e as possibilidades de moradia, diz que desistiu de albergue, porque tem que começar com pernoite, e considerava ruim não ter a garantia de dormir sempre no mesmo lugar; na rua, ela já tem o seu canto.

O fato de morar na rua não impossibilita os sujeitos de constituírem territórios de existência: ser morador de rua é um território criado que possibilita afirmação, reconhecimento e identificação entre as pessoas nessa situação. Mas é um território que traz a marca de uma “acentuada singularidade, e isso não tem lugar numa

sociedade na qual impera uma política de subjetivação neurótica” (ROLNIK, 1997, p. 89).

Estamos nos referindo a um deslocamento de uma clínica centrada no sintoma, para uma clínica inserida em processos de produção de saúde e de subjetividade voltados para a criação de novos territórios e sentidos.

Isso nos exige ampliar o olhar sobre o território para além dos deslocamentos no espaço físico e, a partir dos modos de vida que estão sendo produzidos ali, pensar que clínica pode ser realizada. As ações dos serviços devem se pautar em uma concepção do território que inclui as vidas que passam, mas não se estabelecem ali, com porosidade.

4.1 Trabalho no território vivo da saúde

[...] no atravessamento do território geográfico com o território existencial
somos obrigados a fabricar mundos.
(LANCETTI, 2009, p. 109).

Na primeira vez em que eu fui para rua com elas, fomos levar medicação para um senhor que mora no Vale do Anhangabaú. Elas já tinham me falado dele, e depois falaram de novo na reunião. Entendi que elas vão para a rua com uma demanda definida; às vezes, essa saída pode ser para cadastrar novos usuários, outras vezes, para algum acompanhamento específico. Quando chegamos ao local de moradia desse senhor, entregamos o remédio para ele tomar, e a agente o lembrou da consulta que haviam marcado para a segunda-feira seguinte, de manhã. Ela iria passar para buscá-lo e acompanhá-lo até o médico.

Posteriormente, acompanhei a equipe na ida à Tenda 9 de julho. Às sextas-feiras, no período da tarde, a enfermeira e o médico, juntamente com duas agentes da equipe, vão realizar os atendimentos lá. No dia em que eu fui, foram três agentes e uma enfermeira; levávamos o médico, que era novo na equipe para conhecer os usuários e o espaço, onde ele realizará os atendimentos semanalmente. A Tenda é um Centro de Convivência da Secretaria de Assistência Social. Nela acontecem algumas oficinas, há espaço para os usuários tomarem banho e lavarem suas roupas, e uma sala com TV, onde muitos ficam assistindo. Ao mesmo tempo, há

uma sala que foi cedida para que fossem realizados os atendimentos de saúde. Acompanhou-nos uma Agente Ambiental da Unidade para construir uma oficina na Tenda.

Enquanto estávamos lá, alguns usuários já conhecidos vieram conversar conosco. Havia uma mulher que chorava muito por ter apanhado do marido. O médico realizou dois atendimentos que tinham mais urgência. Houve ainda uma emergência: uma usuária que teve uma convulsão e de quem a enfermeira cuidou, e depois cadastrou, juntamente com a agente de referência, e marcou uma consulta para ela na Unidade; ao final do processo, ela saiu dizendo: *“espero que ela vá...”*.

Outra saída que eu acompanhei – bem interessante para observar a construção da rede – deu-se com a Equipe 9, representada por uma enfermeira, a assistente social e duas agentes; e com dois profissionais do CAPS AD, um educador físico e um redutor de danos. Fomos ver o pessoal que fica na frente da Secretaria. Há uma demanda para que eles sejam retirados de lá, então surgiu a proposta de realizar um trabalho de parceria entre os serviços.

Passamos na Praça da República, em um lugar com alguns moradores fixos. Lá, encontramos um homem que estava resistente em relação ao tratamento e que, aos poucos, foi se abrindo para conhecer o CAPS; contou de suas questões de saúde mental, e falou que sentiu “uma energia boa com esse pessoal da saúde”. Ao final, foi cadastrado. Encontramos ainda um casal de namorados: o homem tinha tomado pontos na cabeça, a enfermeira explicou a necessidade de tirá-los. Conversaram um pouco, ele contou que a família tem três casas – uma na Brasilândia, uma em Franco da Rocha e outra em Mongaguá. A mulher era bem agressiva, e, pelo que as agentes relataram sempre se recusa a fazer o cadastro.

Percebi que como eles já conhecem os usuários, nem conversam com aqueles que não gostam de conversar, que não querem fazer o cadastro. Isso é uma forma de se proteger de uma possível violência, mas é também uma estigmatização. Para exemplificar, houve um momento em que fui falar com a mulher, e a agente me orientou a não conversar com ela, pois ela era muito agressiva.

Foi interessante notar como a rede vai sendo construída pelos casos. A proposta era organizar a Copa da Inclusão, montar os times e construir uma oficina de futebol, conjuntamente. Isso porque existe essa demanda de tirar alguns

moradores de rua que ficam em frente ao prédio da Secretaria Municipal de Saúde, onde há uma parte coberta. Segundo a enfermeira, em reunião, os superiores questionaram o Consultório na Rua que acreditavam não estar fazendo nada com eles: “*não tá adiantando...*”, disseram. Ao que ela respondeu dizendo que essa população é difícil e que não adere ao tratamento. Resolveram então convocar o CAPS para realizar um trabalho com essas pessoas, mas isso tudo é relatado pela enfermeira com um tom de competição na reunião, como se a equipe do CAPS fosse dar conta disso sozinha. Na base, a rede foi sendo construída pelas pessoas: com conversas potentes, disseram inclusive que pretendem combinar saídas conjuntas mais sistemáticas (talvez semanalmente).

Depois fomos para frente do prédio da Secretaria Municipal de Saúde. Ali estavam três travestis, uma delas disse que não gostam de futebol, e propôs vôlei. As outras concordaram. Os profissionais aceitaram a ideia e começaram a pensar: “*precisamos achar um espaço, talvez em uma escola...*”. Outro sujeito contou um pouco da sua vida, disse que tinha trabalho, fez faculdade, falou como quer sair da rua e o quanto é difícil... Segundo a agente, ele é dependente de múltiplas drogas. Fala num tom de culpabilização individual, desconsiderando o fenômeno da população em situação de rua como uma questão social. Conversando sobre o CAPS, ele diz que não acredita nessa forma de tratamento, acha que tem que ser com internação mesmo. Falam da possibilidade de um dia que ele ir até a UBS, de um carro levá-lo até o CAPS para que ele possa conhecer. E ele aceita.

Algumas vezes sinto que é um pouco agressivo chegar um monte de gente para conversar com eles. Noto que os trabalhadores se abaixam, ficam de cócoras, como uma maneira de se aproximar das pessoas que ali estão.

Os imprevistos atravessam o cotidiano de trabalho do programa assim como a pesquisa. Outro dia, tínhamos marcado de ir ao território da cracolândia, mas houve uma mudança de planos em virtude de uma emergência em um outro território. Essa saída ficou para o dia seguinte. Mas, de todo modo, decidiram acionar a equipe de CR de lá, antes de intervir como tinham conversado em reunião. Chegado o dia seguinte, fizemos então a saída. Fui com a agente de referência e mais duas ao Hotel Social e na Rua Guaianases. Passamos pelo fluxo: muita gente, algumas barracas, pessoas dormindo, pessoas andando, pessoas fumando. Alguns

conversavam. Todos cercados pelos carros de polícia. A cracolândia parece ter perdido sua característica de mobilidade. Na entrada, uma Base Comunitária Móvel (BCM). Na outra saída, que dá acesso, mais um carro. Um homem estirado no chão; outro se aproxima e fala com ele, dizendo para ele ir pelo menos para a sombra. Ele não se mexe.

Chegando ao Hotel Social, a usuária que procurávamos não estava. Encontramos um agente de saúde da equipe responsável pelo local, a agente passou para ele o horário da consulta, e pediu para lembrá-la que a agente viria buscá-la no dia marcado. Conversaram um pouco sobre o caso dela.

Nesse caminho, encontramos dois pacientes da outra equipe, que mandaram lembranças à agente. Uma estava grávida, e iniciou uma conversa comigo. Disse que não estava fazendo pré-natal, mas que todas as vezes em que foi na UBS “as pessoas” se surpreenderam ao constatar como o bebê estava bem.

Na reunião, a agente tinha falado sobre ela: tem 31 anos, teve sete ou oito filhos, todos abrigados, e a gestação está com 33 semanas. Quando chamada para ir a Unidade, disse: *“Ah tia... eu vou, mas hoje não, vou segunda-feira”*. Ia tomar banho e injeção. O companheiro vai com ela, mas os profissionais não têm certeza se ele é o pai. Estão juntos há um ano e meio. O médico deixa as receitas no prontuário e também o pedido para colher sangue para fazer o exame. Como ela não aceita nenhum tratamento para ela, a enfermeira sugere que falem de escutar o coração do bebê, como estratégia para trazê-la, pois o foco da atenção dela está voltado para o bebê. E diz, preocupada: *“Teremos problema no pós-parto, porque ela não sai da maternidade com o bebê, e ela quer porque ela acha que esse filho vai segurar esse marido que está com ela agora”*.

Essa frase da enfermeira revela uma decisão sobre a qual elas têm conhecimento, mas não alcance para interferir, mesmo sendo o serviço mais próximo dela. Elas parecem angustiadas em relação a isso, demonstrando marcas do trabalho que ficam em seus corpos. A pesquisadora também entrou em contato com isso, não só pelos relatos, mas no seu corpo, pois é complicado saber que a mãe vai ser separada do seu filho e não poder fazer nada, por causa do seu lugar.

Naquele dia, a outra agente que estava conosco também encontrou pacientes seus fora dos respectivos territórios e conversou com eles. Conversamos com uma

mãe que estava com dois filhos, os outros, segundo ela, estavam na escola, mas a agente achou que era mentira. Uma das filhas é muito agressiva. A agente diz que é o jeito de quem foi colocada pela mãe para prostituição logo cedo, e conta a história de uma outra criança que foi violentada.

Na volta, deixamos o remédio para um usuário. Ao retornar à UBS, elas iriam preencher os prontuários. Segundo elas, foi um dia bem tranquilo para aquela região. Não teve nenhuma emergência, mas “*Nem sempre é assim*”, disseram.

No momento em que o serviço sai para a rua, que é a ideia do Consultório na Rua, ele se encontra com a vida. Dessa forma, muitas coisas escapam ao serviço, pois ele não tem como dar conta, e nem é essa a ideia, do controle da vida dos usuários. Essa é a contradição, o paradoxo e a tensão desse programa. Os profissionais e os pesquisadores que se propõem a entrar ali estão nessa encruzilhada: tem que entrar em contato com isso, as marcas ficam no nosso corpo, e algumas atuações não serão responsabilidade deles.

As saídas têm a ver com a proposta de atendimento *in loco*, associado ao princípio de responsabilidade territorial do SUS. Como dissemos, território é diferente de região administrativa. Território é o lugar onde as pessoas vivem. De modo que o território passa a ser compreendido não só como espaço físico, mas como um “sentir-se em casa” (GUATTARI; ROLNIK, 2005, p. 323), pois a concepção de território inclui como a vida ocupa aquele lugar e as marcas deixadas, culturais, históricas, etc., incorporando uma dimensão simbólica e uma dimensão material. O Programa Saúde da Família, inserido na estratégia de Atenção Básica, deveria, portanto, responder a um território vivo, uma vez que compreendemos que o território é flutuante, e as pessoas irão cruzar as fronteiras.

No entanto, a Portaria é diferente da prática. As alterações institucionais vêm de cima, e passam por cima dos vínculos estabelecidos. “*Ninguém pergunta pra nós*”, repetem as agentes. Falam do problema de quebra de vínculo; “*muda tudo, passa o prontuário pra colega, como se fosse assim, só isso. Isso nos desmotiva*”. É a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e a prefeitura que determinam o território, decisão que vem de cima pra baixo. E, segundo afirmam as agentes, são inúmeras as vezes em que muda.

No caminho para a Tenda, por exemplo, fomos com uma perua *Kombi* da prefeitura e, olhando a rua, a enfermeira, que está há pouco mais de um ano na Unidade, foi contando que aquele território tinha sido deles, mas depois foi alterado, passando para outra unidade. Mudança vinda de cima, autoritária, burocrática, que desconsidera a realidade do serviço. Agora elas não podem mais passar ali a pé, vestidas com o uniforme da saúde, porque eles abordam com demandas, perguntam por que elas não vão mais lá; "*eu quero ser atendido por você*", dizem, pedem para marcar consultas ou outros atendimentos. E elas não podem mais responder por esses usuários. A agente, que já está há oito anos, sente isso mais ainda, pois tinha um vínculo forte e longo com eles. "*Como eu posso dizer pra eles que agora não sou mais eu que atendo eles?*" – questiona.

Com essa população, a questão é ainda mais complexa, pois eles não estão enraizados em algum território específico. São pessoas com grande mobilidade, que os serviços precisam acompanhar em sua movimentação e modos de vida. Enquanto isso não for feito, eles ficam, de fato, desassistidos em vários momentos.

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, deve ir além e pensar o território como espaço e percurso que compõem as vidas cotidianas das pessoas e dos usuários de serviços de saúde; espaço relacional no qual a vida pulsa. Sem esquecer-se do 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, 2013, p. 599).

Se desconsiderarmos as pessoas e as relações, estaremos olhando para o mapa e não para o vínculo. Dessa forma, os arranjos administrativos vão nos distanciando da clínica. E a rua evidencia isso. Possibilitando-nos perceber um processo de maquinaria, de dessensibilização ao sofrimento do outro. A burocratização dos serviços serve como anteparo do profissional em relação às dores dos usuários.

Na cracolândia, por exemplo, uma usuária pediu ajuda, estava passando muito mal, com a barriga cheia de água, porque não tinha feito a diálise. "*Senta um pouco que a gente vai chamar alguém daqui*", disseram, e não fizeram nada. As agentes saíram pensando que a enfermeira tinha razão ao dizer que não era para passarmos por ali por causa das demandas que poderiam surgir, e às quais elas não

iriam poder responder. Mas por que? – questionei. *“Porque não é nosso território...”*. Tentei problematizar. Mas elas encerraram o assunto dizendo que realmente era muito difícil isso, e que demora até você se acostumar – sugerindo que eu me acostumaria com o tempo.

Falam ainda do controle do trabalho, que é feito pela cúpula – como elas chamam o grupo de superiores, do gerente da unidade para cima. *“Eles sempre dizem pra gente dar conta do nosso trabalho, e não abraçar uma demanda maior: Cuidem dos seus pacientes, dos demais deixem que alguém cuide. Agora quem, ninguém sabe”*. Elas têm que preencher a produção diária e entregar para a enfermeira, e os usuários que não pertencem a área delas não são contabilizados na produção. Por exemplo, ir para o território com a colega (nas duplas) não consta como visita no fechamento mensal, mas como outras atividades. Essa produção está diretamente relacionada ao salário, e elas sentem medo, se sentem ameaçadas, escutaram falas como *“caiu muito a produção”*; como consequência da diminuição do tempo sem ver o usuário para desativar o prontuário - de 6 para 3 meses. Segundo elas, não existe espaço de conversa para alterar, elas não são escutadas em suas demandas relativas ao cotidiano de trabalho. Em outras palavras:

Os processos de “anestesia” de nossa escuta e de produção de indiferença diante do outro, em relação às suas necessidades e diferenças, têm-nos produzido a enganosa sensação de salvaguarda, de proteção do sofrimento. Entretanto, esses processos nos mergulham no isolamento, entorpecem nossa sensibilidade e enfraquecem os laços coletivos mediante os quais se nutrem as forças de invenção e de resistência que constroem nossa própria humanidade. Pois a vida não é o que se passa apenas em cada um dos sujeitos, mas principalmente o que se passa entre os sujeitos, nos vínculos que constroem e que os constroem como potência de afetar e ser afetado. Com isso, podemos dizer que temos como um dos nossos desafios reativar nos encontros nossa capacidade de cuidar ou estar atento para acolher [...] (BRASIL, 2010, p. 8).

O processo do trabalho em saúde, por sua natureza, tem que responder a essas exigências e, ao mesmo tempo, flexibilizá-las. E tem que se construir dessa forma. Para isso, é necessário resgatar a potência criativa do trabalhador – buscar soluções para os casos e para contornar essas barreiras.

Outra regra que permeia o trabalho é a de que, depois da terceira remarcação, se o sujeito perder a consulta, não pode mais remarcar. Um caso

relatado foi de um sujeito que antes não perdia nada, mas teve uma recaída importante e já perdeu a consulta marcada duas vezes. As agentes dizem que têm que buscar o sujeito logo cedo, antes que comece a beber, e ele está sabendo que é a última tentativa. Essa regra é mais um exemplo de procedimento que poderia ser flexibilizado em determinados casos.

No grupo de encerramento, me contaram da Ficha E, alteração que tinha acontecido há uma semana. Seria um cadastro único, que entra em um sistema acessado por todas as Unidades, para facilitar; mas para elas dificulta. Segundo as agentes, a dificuldade advém do aumento do trabalho, pois o cadastro único exige mais dados do que o anterior, entre outras coisas, e é só com o número que eles estão preocupados, e não com o cuidado. Não há capacitação, e eu percebi que elas estavam assustadas com a mudança e o fato de terem que se adaptar rapidamente. Explicaram de maneira um pouco confusa, pois ainda não estava claro para elas como isso iria se dar na prática, que a partir de então a primeira UBS que realizar o cadastro de um sujeito, permanecerá como referência mesmo se ele mudar de território e for atendido por outra Unidade.

No fim, uma das agentes me perguntou pra onde iria essa pesquisa, pois ela tinha interesse de que isso chegasse até os políticos que pensam e constroem os programas, pois *“eles não sabem da realidade dos serviços”*.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Consultório na Rua é um dispositivo de atenção e cuidado em saúde e saúde mental, que, interligado com outros serviços de saúde, em uma espécie de rede, provoca uma intervenção no território, na própria política voltada para a população em situação de rua e nas outras relações dos usuários, não promovendo apenas uma atuação na esfera individual.

Identificamos nesse programa forças de construção de autonomia e empoderamento dos sujeitos e, ao mesmo tempo, forças de controle e exclusão, em permanente embate. Há linhas de submetimento e padronização, como a ideia de voltar para casa e para as famílias, mas identificamos também escutas verdadeiras desses sujeitos, que caminham em direção da construção de vidas autônomas e inventivas e da participação social emancipatória. Nesse sentido, encontramos tanto perigo quanto oportunidades. Assim, o presente trabalho não apenas respondeu às questões que tínhamos posto, como também levantou outras.

Alguns conceitos trabalhados nessa pesquisa são polissêmicos, e as pessoas os têm usado em sentidos variados, sem atentar para eles. Por exemplo, pudemos perceber que as agentes falam do Acolhimento com o sentido de recepção, mas demonstram também um cuidado para ouvir e perceber a real necessidade do sujeito e responder a ela. Do mesmo modo, elas utilizam Território para se referir a um espaço físico ou região administrativa, mas se aproximam do conceito de território existencial quando questionam as alterações que não levam em conta a vida que habita aquele lugar.

Concluimos que o trabalho da equipe do CR, mais especificamente o trabalho das Agentes Comunitárias de Saúde, é um trabalho clínico, onde as funções dos profissionais da saúde são ampliadas e flexibilizadas; e o lugar onde eles atuam, modificado: não mais dentro da instituição, mas na rua. Assim, trata-se de uma outra clínica, uma clínica nômade. Uma clínica coletiva, multiprofissional e transdisciplinar, que procura oferecer atenção integral aos usuários, olhando o sujeito como um todo. Adaptando-se às mais diversas demandas, entra em contato com a vida, nos atendimento na rua, nos banhos, e nos festas de aniversário.

Como aponta Lancetti (2009), é uma clínica praticada em movimento, praticada fora dos *settings* tradicionais e dos espaços de reclusão convencionais. Uma nomadização da clínica, com o que se inauguram outras formas de engate terapêutico, bem como outras possibilidades de conexão com os fluxos da cidade e da cultura.

No entanto, essa clínica não se define pelo fato de os profissionais estarem nas ruas. Para além da ideia de sair para a rua, essa clínica está pautada na ideia de saúde, e não na ideia de normalidade. Centrada nos percursos e nas conexões, volta seu olhar para a diferença, e assume um posicionamento político em relação às desigualdades de oportunidades, ao mesmo tempo em que luta contra a produção homogeneizante de subjetividades. Rolnik (1997, p. 95) nos chama atenção para os riscos desse fazer:

Deslocar-se concretamente [...] em nada garante uma sensibilidade ao fora como nascente de linhas de tempo e, menos ainda, uma capacidade de acolher a dor da desestabilização que o surgimento de tais linhas provoca. [...] é prudente precaver-se do perigo de constituir na rua [...] um novo dentro absolutizado, uma nova insensibilidade às reverberações das diferenças que se engendram no fora da subjetividade. Perigo de parar de nomadizar no tempo e de sedentarizar-se numa nova seção do supermercado de saúde mental, para a infelicidade de nossos paciente e de nós mesmos.

Num contexto de desterritorialização generalizada, procura-se inventar linhas de fuga e investir nas existentes, aptas a relançarem o movimento na direção de outras possibilidades de subjetivação. Fazer uma clínica, nessas condições, implica olhar para as subjetividades – dos usuários, dos profissionais e dos pesquisadores. O corpo, que está lá, oferecendo cuidado, também é atravessado por inúmeras sensações. Nas palavras de Rolnik (1997, p. 95) “a singularidade é uma marca de todo nômade”.

Embora a ideia de clínica geralmente seja utilizada referindo-se ao trabalho de psicólogos e médicos, Foucault (1998) diz que, antes de ser um saber, a clínica era uma relação universal da humanidade consigo mesma.

Afirmamos que o trabalho que as agentes comunitárias de saúde realizam também é clínico, pois seu fazer envolve uma importante função de escuta e de construção de vínculo com esses sujeitos. Essa clínica, pautada na busca por produzir bons encontros, é uma atuação que as agentes já realizam, mas para a

qual não se sentem completamente autorizadas, tanto em razão da hierarquia presente na equipe quanto da definição de papéis de cada categoria, que ora estão demarcados e ora se misturam, assim como os diferentes saberes, fazeres e poderes.

Nessa configuração, no trabalho em saúde na atenção básica, o saber médico e biologizante 'impede' outra produção de cuidado em saúde por parte de outros trabalhadores, em especial os ACS que não se sentem empoderados para realizar práticas de cuidado, acolhimento e estabelecimento de redes de circulação para os usuários a partir do conhecimento que adquirem com a experiência diária no território onde trabalham. (DIMENSTEIN; CAMURI, 2010, p. 809).

A política não deixa clara a função dos agentes. Por um lado, há diferenciação de papéis dentro da equipe, ausência de capacitação ou acompanhamento, por outro, deparamo-nos com o corpo clínico das agentes em contato direto com a população.

Em alguns momentos, elas falaram da função de escuta que muitas vezes assumem em seu cotidiano de trabalho, mas quando reconheci a importância desse fazer, acrescentaram que frequentemente os usuários demandam uma escuta qualificada, de um profissional da área. Como disseram: *“muitos são doentes da alma, e não do corpo”*. Entendi essa demanda também pela ausência de um psicólogo na equipe, para discussão dos casos na reunião, apoio ou até acompanhamento de alguns usuários.

Para ilustrar a importância e, ao mesmo tempo, a dificuldade que existe em escutar essa população, cito um caso relatado pelas agentes, em que o sujeito se encontrava hospitalizado. Em casos como esse, elas têm que acompanhar o processo para manter o vínculo, e, no momento da alta, o CR tem que ir buscar o paciente e procurar um centro de acolhida. Esse sujeito não estava comendo, então recebeu o diagnóstico de falta de apetite. Contudo, quando as agentes foram conversar com ele entenderam que ele achava que era comida demais, pois não estava acostumado com isso na rua: *“eles querem que eu tome café da manhã, almoce, lanche e jante, é muito”* – ele disse.

A clínica dos agentes comunitários é composta por todos esses elementos que foram levantados: acolher, acompanhar, construir vínculos, escutar. O que há

de clínico, em vários desses momentos sobre os quais nos debruçamos, é a atenção, a escuta e o cuidado.

Nas diferentes tecnologias de trabalho, essas seriam as chamadas tecnologias leves – das relações, do acolhimento e do cuidado. As tecnologias duras são as inscritas nas máquinas e instrumentos, ou seja, nos equipamentos. As tecnologias leve-duras são os saberes bem estruturados, os quais podem se observar, por exemplo, na clínica, a epidemiologia e os diagnósticos. Para Dimenstein e Camuri (2010), o trabalho em saúde é essencialmente relacional e intercessor; nele, as “tecnologias leves” devem conduzir a produção do cuidado, atuando na função criativa dos serviços e estabelecimentos de saúde. Em suas palavras:

Essas tecnologias, entendidas como o conjunto de conhecimentos e ações aplicadas à produção de algo, têm a potência de criar estratégias para a produção de processos cuidadores como o acolhimento e os vínculos a partir das relações e dos afetos resultantes dos encontros entre os trabalhadores da saúde e os usuários. (DIMENSTEIN; CAMURI, 2010, p. 806).

No entanto, o CR não consegue romper com a valorização dos saberes médicos, ocorrendo o que Merhy *et al* (2011) afirmam observar em outros locais onde a ESF foi implantada:

[...] alteração nos processos de trabalho, sem, contudo, haver uma inversão das tecnologias de trabalho, que continuam operando a partir de uma razão instrumental, estruturados pelo ato prescritivo do médico, que induz ao alto consumo de procedimentos centrados nos profissionais. (MERHY *et al.*, 2011, p. 101).

Nas instituições e nos trabalhos com equipes interdisciplinares, pensamos uma clínica sem especialismos, pois as questões da saúde não podem ser tratadas como problemas de um grupo restrito, mas como partilha de responsabilidades e transversalização dos conhecimentos. A equipe constitui uma estrutura privilegiada de acolhimento para os usuários e suas questões de saúde, se os profissionais que a compõem puderem articular as diferentes formas de abordagens, práticas terapêuticas e atividades com os usuários, ampliando de modo significativo o campo terapêutico. Consideramos que a reunião da equipe tem a possibilidade de fazer

circular os conhecimentos e funções, além de empoderar os profissionais para atuar nos diferentes campos.

Entender a clínica, como propõem Passos e Barros (2000), enquanto transdisciplinar implica pensar o campo da clínica em sua potência de se criar e recriar sempre.

Tomar, enfim, em análise, os funcionamentos e seus efeitos, experimentar ao invés de conjecturar, ocupar-se dos maquinismos que insistem na produção de outros modos de existência, esquecer-se de si e de sua história e encontrar-se na criação, parecem ser algumas faces desta clínica transdisciplinar. (PASSOS; BARROS, 2000, p. 79).

A clínica transdisciplinar implica criar algo novo na passagem de uma área de conhecimento a outra, num processo de nomadização também entre os saberes. Portanto, a função analítica também é coletiva, e pode estar em qualquer um da equipe. Para Guattari (2004), apreender a problemática de um sujeito implica trocar informações dentro da equipe, mas também está intimamente relacionada com o ambiente institucional e as atividades propostas, que são de responsabilidade da equipe no seu conjunto.

No interior das equipes, devemos enfrentar as tentativas das diferentes especialidades de se apossarem de seu campo específico, bem como a compartimentalização dos conhecimentos, ampliando o que Guattari (2004) chama de coeficiente de transversalidade das equipes. Pois somente com um alto grau de transversalidade num grupo pode-se desencadear um processo analítico nos indivíduos. “A transversalidade no grupo é uma dimensão contrária e complementar às estruturas geradoras de hierarquização piramidal e modos de transmissão que esterilizam as mensagens”. (GUATTARI, 2004, p. 116).

O coeficiente de transversalidade se refere ao grau de cegueira de cada membro da equipe e do corpo de funcionários da instituição. Conforme aumentarmos a visibilidade deles, caminhamos em direção a uma maior troca dentro da equipe e a uma melhor comunicação entre seus integrantes. No entanto, devemos atentar para o fato de que, nesse caso, esse processo se refere a um grupo maior do que aquele composto pelos membros de uma equipe de Consultório na Rua. E o aumento do coeficiente de transversalidade precisa se dar na instituição como um todo, incluindo as demais equipes da unidade e o grupo de gestores.

Essa pesquisa caminha nesse sentido, com a proposta de validar e dar consistência acadêmica para esses trabalhadores, com a proposta de ecoar suas intervenções, pois são muito valiosas e, muitas vezes, desqualificadas. Queremos olhar para o que as Agentes Comunitárias de Saúde do Consultório na Rua fazem, e ressoar suas falas, pois elas precisam ser ouvidas, percebidas e reconhecidas em seus fazeres e saberes diversos.

REFERÊNCIAS

BARROS, L. P.; KASTRUP, V. Cartografar é acompanhar processos. In: PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. **Pistas do método da cartografia: Pesquisa-intervenção e produção de subjetividades**. Porto Alegre: Sulina, 2009. p. 52-75.

BRASIL. Decreto nº 7.053 de 23 de dezembro de 2009. Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 24/12/2009. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2009/Decreto/D7053.htm>. Acesso em: 12 abr. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 122, de 25 de janeiro de 2011. Define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua. **Diário Oficial da União**, 26/01/2012. [Retificada: onde se lê 25 de janeiro de 2011, leia-se 25 de janeiro de 2012. Não altera a publicação no DOU]. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0122_25_01_2012.html>. Acesso em: 12 abr. 2014.

_____. 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.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. Departamento de Proteção Social Especial. **SUAS e População em Situação de Rua**. Brasília: Ministério de Desenvolvimento Social, 2012.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. 2. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_praticas_producao_saude.pdf>. Acesso em: 12 abr. 2014.

BRÓIDE, J; BRÓIDE, E. **O Atendimento em Situações Sociais Críticas**. A Construção de um Método: O Plano Individual de Atendimento. 2012. Disponível em: <<http://www.promenino.org.br/noticias/arquivo/o-atendimento-em-situacoes-sociais-criticas-a-construcao-de-um-metodo-o-plano-individual-de-atendimento-parte-i>>. Acesso em: 12 mar. 2014.

CANÔNICO, R. et al. Atendimento à população de rua em um Centro de Saúde Escola na cidade de São Paulo. **Revista da Escola de Enfermagem**, São Paulo, v. 41, n. especial, dez. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v41nspe/v41nspea09.pdf>>. Acesso em: 12 out. 2012.

CARNEIRO JUNIOR, N.; JESUS, C. H.; CREVELIM, M. A. A Estratégia Saúde da Família para a equidade de acesso dirigida à população em situação de rua em grandes centros urbanos. **Saude & Sociedade**, São Paulo, v. 19, n. 3, set. 2010. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/sausoc/article/view/29683>>. Acesso em: 12 out. 2012.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. **Mil Platôs: capitalismo e esquizofrenia**, v. 1. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1995.

_____. **Mil Platôs: capitalismo e esquizofrenia**, v. 4. São Paulo: Ed. 34, 1997.

DELEUZE, G. Post-scriptum sobre as sociedades de controle. In: **Conversações**. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1992. p. 219-226.

DESENTORPECENDO A RAZÃO - DAR. Centro Antiproibicionista de São Paulo. **Bem vindos os braços abertos: que venham sem os punhos fechados**. 2014. Disponível em: <<http://coletivodar.org/2014/02/bem-vindos-os-bracos-abertos-que-venham-sem-os-punhos-fechados/>>. Acesso em: jul. 2014.

DIMENSTEIN, M.; CAMURI, D. Processos de Trabalho em Saúde: práticas de cuidado em saúde mental na estratégia saúde da família. **Saúde & Sociedade**, São Paulo, v. 19, n. 4, p. 803-813, 2010.

DIMENSTEIN, M. et al. Demanda em saúde mental em unidades de saúde da família. **Mental**, Barbacena, v. 3, n. 5, p. 23-42, nov. 2005. Disponível em <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/mental/v3n5/v3n5a03.pdf>>. Acesso em: jan. 2015.

ESCÓSSIA, L.; TEDESCO, S. O coletivo de forças como plano de experiência cartográfica. In: PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. (Org.). **Pistas do método da cartografia: Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade**. Porto Alegre: Sulina, 2009. p. 92-108.

FERREIRA NETO, J. L. et al. Apontamentos sobre promoção da saúde e biopoder. **Saude & Sociedade**, São Paulo, v. 18, n. 3, p.456-466, set. 2009. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/sausoc/article/view/29615>>. Acesso em: 19 out. 2012.

FLEURY, S. Militarização do Social como Estratégia de integração – o caso da UPP do Santa Marta. **Sociologias**, Porto Alegre, ano 14, n. 30, p. 194-222, 2012.

FONSECA, T. M. G.; NASCIMENTO, M. L.; MARASCHIN, C. (Org.). **Pesquisar na diferença – um abecedário**. Porto Alegre: Sulina, 2012.

FOUCAULT, M. **Microfísica do Poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1982.

_____. **Nascimento da Clínica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1998.

_____. **As palavras e as coisas**: uma arqueologia das ciências humanas. 8. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

_____. Sobre a genealogia da ética: uma revisão do trabalho. In: RABINOW, P.; RABINOW, H. **Michel Foucault**: uma trajetória filosófica (para além do estruturalismo e da hermenêutica). Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995. p. 253-278.

GUATTARI, F. **Caosmose**: um novo paradigma estético. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1992.

_____. **Psicanálise e Transversalidade**. São Paulo: Ideias e Letras, 2004.

GUATTARI, F., ROLNIK, S. **Micropolítica**: cartografias do desejo. 7. ed. rev. Petrópolis: Vozes, 2005.

HARDT, M. O Trabalho Afetivo. In: PELBART, P. P.; COSTA, R (Org.). **Cadernos de Subjetividade**: O Reencantamento do Concreto. São Paulo: Hucitec, 2003. p. 143-157.

JUSTO, J. S. Saúde Mental em Trânsito: loucura e a condição de itinerância na sociedade contemporânea. In: BOARINI, M. L. (Org.). **Desafios na atenção à saúde mental**. Maringá: EDUEM, 2000. p. 203-234

_____. **Vidas errantes**: políticas de mobilidade e experiências de tempo-espço. Londrina: Eduel, 2012.

KASTRUP, V.; BARROS, R. B. Movimentos-funções do dispositivo na prática da cartografia. In: PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. (Org.). **Pistas do método da cartografia**: Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade. Porto Alegre: Sulina, 2009. p. 76-91.

KASTRUP, V. A rede: uma figura empírica da ontologia do presente. In: PARENTE, André (Org.). **Tramas da rede**: novas dimensões filosóficas, estéticas e políticas da comunicação. Porto Alegre: Sulina, 2004. p. 80-90.

_____. O funcionamento da atenção no trabalho do cartógrafo. In: PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. (Org.). **Pistas do método da cartografia**: Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade. Porto Alegre: Sulina, 2009. p. 32-51.

LANCETTI, A. Cada táuba que caía não doía no coração. **Brasil 247**, 16 de janeiro de 2014. Disponível em: <<http://www.brasil247.com/pt/247/artigos/127216/Cada-t%C3%A1uba-que-ca%C3%ADa-n%C3%A3o-do%C3%ADa-no-cora%C3%A7%C3%A3o.htm>>. Acesso em: set. 2014.

_____. **Clínica Peripatética**. São Paulo: Hucitec, 2009.

LIMA, E. A.; ARAGON, L. E. Agenciamento coletivo de clínica: conceitos se fazendo nos encontros. In: LIMA, E. A.; FERREIRA NETO, J. L.; ARAGON, L. E. (Org.).

Subjetividade Contemporânea – desafios teóricos e metodológicos. Curitiba: CRV, 2010. p. 129-148.

LIMA, E.; YASUI, S. Território e Sentidos: espaço, cultura, subjetividade e cuidado na atenção psicossocial. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 102, p. 593-606, jul./set. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38n102/0103-1104-sdeb-38-102-0593.pdf>>. Acesso em: 20 out. 2014.

LONDERO, M. F. P.; CECCIM, R. B.; BILIBIO, L. F. S. Consultório de/na rua: desafio para um cuidado em verso na saúde. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 18, n. 49, apr./june 2014, Epub, p. 261-260, apr. 30, 2014. Disponível em: <Disponível em: <http://issuu.com/revista.interface/docs/revista_49>. Acesso em: 12 set. 2014.

MERHY, E. E. et al. Diálogos pertinentes: micropolítica do trabalho vivo em ato e o trabalho imaterial: novas subjetivações e disputas por uma autopoiese anticapitalística no mundo da saúde. **Lugar Comum**, Rio de Janeiro, n. 33-34, p. 89-103, jan.-ago. 2011. Disponível em: <http://uninomade.net/wp-content/files_mf/110803120320Lugar%20Comum%2032_33%20completa.pdf>. Acesso em: 12 set. 2014.

MONKEN, M. et al. O território na saúde: construindo referências para análises em saúde e ambiente. In: CARVALHO, A. et al. (Org.). **Território, ambiente e saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 23-41.

Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/upload/ArtCient/21.pdf>>. Acesso em: 12 jun. 2011.

MOVIMENTO NACIONAL DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA. **Conhecer para Lutar**. São Paulo: Instituto Pólis, 2010. Disponível em: <<http://www.polis.org.br/uploads/887/887.pdf>>. Acesso em: 12 abr. 2014.

NEGRI, A. LAZZARATO, M. **Trabalho Imaterial**: formas de vida e produção de subjetividade. Rio de Janeiro: DP&A, 2001.

PALOMBINI, A. L. **Acompanhamento Terapêutico na rede pública – a clínica em movimento**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2004.

PASSOS, E.; BARROS, R. B. A cartografia como método de pesquisa- intervenção. In: PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. **Pistas do método da cartografia: Pesquisa-intervenção e produção de subjetividades**. Porto Alegre: Sulina, 2009a. p. 17-31.

_____. A Construção do Plano da Clínica e o Conceito de Transversalidade.

Psicologia: Teoria e Pesquisa, Brasília, v.16, n.1, p. 71-79, jan./abr. 2000.

Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ptp/v16n1/4390.pdf>>. Acesso em: 12 abr. 2014.

_____. Por uma política da narratividade. In: PASSOS, E.; KASTRUP, V;

ESCÓSSIA, L. **Pistas do método da cartografia: Pesquisa-intervenção e produção de subjetividades**. Porto Alegre: Sulina, 2009b. p. 150-171.

PESAVENTO, S. J. Um roteiro para Clio. In: FONSECA, T. M. G.; KIRST, P. G.

(Org.). **Cartografias e Devires** – a construção do presente. Porto Alegre: Ed. da UFRGS, 2003. p. 103-111.

ROLNIK, S. Clínica Nômade. In: EQUIPE DE ACOMPANHANTES TERAPÊUTICOS

DO INSTITUTO A CASA (Org.) **Crise e Cidade: acompanhamento terapêutico**. São Paulo: EDUC, 1997. p. 83-97.

SÃO PAULO (Município). Secretaria de Assistência e Desenvolvimento Social.

Fundação Escola de Sociologia e Política. **Censo e caracterização**

socioeconômica da população em situação de rua na municipalidade de São Paulo. São Paulo: SMADS/Fipe, 2011.

_____. (Município). **Programa de Braços Abertos**. Texto elaborado pela

Área técnica de Saúde Mental e Antônio Lancetti. Fev 2014. [Este texto foi apresentado verbalmente pelo Senador Eduardo Suplicy em sessão plenária do Senado Federal. Disponível em:

<<http://www.senado.gov.br/atividade/plenario/sessao/disc/getTexto.asp?s=091.4.54.O&disc=87/3/S>>. Acesso em: 12 jun. 2014.

_____. Portal da Prefeitura. Disponível em:

http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/assistencia_social/populacao_em_situacao_de_rua/index.php?p=3183. Acesso em: out. 2012.

SCHIMITH, M. D.; LIMA, M. A. D. S. Acolhimento e vínculo em uma equipe do

Programa Saúde da Família. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p.1487-1494, nov./dez. 2004 Disponível em:

<<http://www.scielo.org/pdf/csp/v20n6/05.pdf>>.

SINDICATO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE, AGENTES DE

COMBATE ÀS ENDEMIAS, AGENTES DE PROTEÇÃO SOCIAL, AGENTES DE PROMOÇÃO AMBIENTAL E ACOMPANHANTES COMUNITÁRIOS -

SINDICOMUNITÁRIO. **Agentes Comunitários realizam mobilização histórica no**

centro de São Paulo. 2014. Disponível em:
<<http://www.sindicomunitario.org.br/index.php/noticias/206-agentes-comunitarios-realizam-mobilizacao-historica-no-centro-de-sao-paulo%20Acesso%20em%20outubro%20de%202014>>. Acesso em: nov. 2014.

SOUZA, E.; SILVA, S. R. V.; CARICARI, A. M. Rede social e promoção da saúde dos "descartáveis urbanos". **Revista da Escola de Enfermagem**, São Paulo, v. 41, n. especial, p. 810-814, dez. 2007. Disponível em:
<<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v41nspe/v41nspea11.pdf>>. Acesso em: out. 2012.

VASCONCELOS, E. M. Desafios Políticos no campo da Saúde Mental na Atual Conjuntura – uma contribuição ao debate da IV Conferência Nacional. In: Vasconcelos, E. M. (Org.) **Desafios Políticos da Reforma Psiquiátrica Brasileira**. São Paulo: Hucitec, 2010.