

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
ESCOLA DE ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

CRISTINE MORAES ROOS

“Se esta Rua fosse minha... caminhos rizomáticos de um Consultório na Rua”

Porto Alegre

2014

CRISTINE MORAES ROOS

“Se esta Rua fosse minha... caminhos rizomáticos de um Consultório na Rua”

Tese de doutorado apresentada a banca avaliadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito para a obtenção do grau de Doutor em Enfermagem.

Linha de Pesquisa: Políticas, avaliação e atenção em saúde e enfermagem

Orientador: Prof. Dr. Jacó Fernando Schneider

Porto Alegre

2014

**Catálogo na publicação: Biblioteca da Escola de Enfermagem – UFRGS**  
**Ficha Catalográfica**

CIP - Catalogação na Publicação

Roos, Cristine Moraes

Se esta Rua fosse minha... caminhos rizomáticos  
de um Consultório na Rua / Cristine Moraes Roos. --  
2014.

109 f.

Orientador: Jacó Fernando Schneider.

Tese (Doutorado) -- Universidade Federal do Rio  
Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de Pós-  
Graduação em Enfermagem, Porto Alegre, BR-RS, 2014.

1. Cartografia. 2. Redução de danos. 3. Saúde  
mental. 4. Atenção primária à saúde. 5. Consultório na  
rua. I. Schneider, Jacó Fernando, orient. II. Título.

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da UFRGS com os  
dados fornecidos pelo(a) autor(a).

**CRISTINE MORAES ROOS**

**Se esta rua fosse minha... Caminhos rizomáticos de um consultório na rua.**

Tese apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Doutora em Enfermagem.

Aprovada em Porto Alegre, 06 de novembro de 2014

**BANCA EXAMINADORA**

  
\_\_\_\_\_  
Prof. Dr. Jacó Fernando Schneider

Presidente – PPGEN/UFRGS

  
\_\_\_\_\_  
Profa. Dra. Simone Maineri Padon

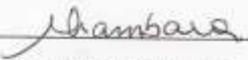
Membro – PPGPSI/UFRGS

  
\_\_\_\_\_  
Profa. Dra. Christine Wetzel

Membro – EENF/UFRGS

  
\_\_\_\_\_  
Profa. Dra. Agnes Olschowsky

Membro – PPGENF/UFRGS

  
\_\_\_\_\_  
Profa. Dra. Marinés Tambara Leite

Membro – UFSM

Dedico este trabalho à professora  
Águida Wichrowski Kopf (*in memoriam*).

Um agradecimento especial à sua delicadeza e sensibilidade.

## *Agradecimentos*

*Ao Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da UFRGS por me acolher desde o início do Mestrado e à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pelo apoio financeiro através da concessão da bolsa de estudos durante todo o período de realização do doutorado.*

*Agradeço à coragem de meu orientador que, rizomático, propiciou o engendramento de planos de experimentação em minha tese-aventura nômade. Obrigado por não querer prevenir a criação em nome da fidelidade às formas ou modelos, aceitando minha tentativa de transmutar permanentemente os códigos.*

*Agradeço à equipe do Consultório na Rua de Viamão que me incluiu no seu caminhar, desde o começo de tudo. Especialmente à Isabel, quero dizer que tua força muitas vezes me fez desistir de desistir de caminhar até aí...*

*Agradeço a quem me viu crescer. Agradeço a quem se dispôs a me abraçar e amar. Aos amigos que mesmo quietos sei que estão ao meu lado, agradeço. Àquele que se abriu ao outro e que se deixou ser afetado, agradeço.*

*E agradeço profundamente ao universo que sempre ampara.*

Livrem-se das velhas categorias do Negativo (a lei, o limite, as castrações, a falta, a lacuna) que por tanto tempo o pensamento ocidental considerou sagradas, enquanto forma de poder e modo de acesso à realidade. Prefiram o que é positivo e múltiplo, a diferença à uniformidade, os fluxos às unidades, os agenciamentos móveis aos sistemas. Considerem que o que é produtivo não é sedentário, mas nômade.

(Foucault, Uma introdução à vida não fascista, pref. à ed. norte-americana de *O Anti-Édipo*).

## RESUMO

O Consultório na Rua (CR) se constitui num dispositivo de saúde que é composto por uma equipe multiprofissional itinerante que visa a atenção integral à população em situação de rua. As equipes de consultório na rua (eCR) integram o componente da atenção básica da Rede de Atenção Psicossocial. Entre as atividades da eCR está incluída a busca ativa e o cuidado dos usuários de álcool, crack e outras drogas, além disso, a equipe multiprofissional lida com os diferentes problemas e necessidades de saúde da população em situação de rua. Suas atividades são realizadas *in loco*, desenvolvendo atividades compartilhadas e integradas às Unidades Básicas de Saúde (UBS) e, quando necessário, também com as equipes dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), dos serviços de Urgência e Emergência e de outros serviços, de acordo com as necessidades do usuário. O objetivo deste trabalho é avaliar os efeitos de coletivo no consultório na rua de Viamão, narrando a experiência de sua articulação. Trata-se de uma pesquisa de natureza qualitativa, com abordagem cartográfica, realizada com a eCR de um município da região metropolitana de Porto Alegre, Estado do Rio Grande do Sul, no período de março a novembro de 2012. A cartografia é um método formulado por Gilles Deleuze e Félix Guattari que visa investigar um processo de produção, acompanhando-o. A colheita dos dados deu-se através da observação de informações documentais, anotações em diário de campo provenientes das supervisões clínico-institucionais que acompanhei e idas a campo com os trabalhadores da eCR, bem como o relatório de atividades e relatório do mapeamento territorial do mesmo, além do manejo de entrevista feita com a equipe do CR. A experiência no Consultório na Rua reafirma a atenção em saúde no território e amplia as suas possibilidades de intervenção, na medida em que não visa apenas um fim específico mas permite a abordagem de diversas questões em saúde e também sociais, através de uma escuta sem estigmas, sem repressão, possibilitando a construção de caminhos singulares, com uma aposta no sujeito e no laço que com ele se possa estabelecer. O cenário epidemiológico atual do consumo prejudicial de substâncias psicoativas e as consequências sanitárias e sociais para os usuários e a comunidade instiga à criação de estratégias e intervenções com

vistas à prevenção, promoção da saúde, tratamento e redução de danos sociais. A prática no espaço da rua deve incorporar o saber, a experiência e a cultura das pessoas que o constituem e deve ser construída a partir de uma relação interpessoal baseada no vínculo, no acolhimento e na escuta qualificada. Esta pesquisa mostrou-se relevante no sentido em que a mesma poderá contribuir para a avaliação da efetividade de dispositivos de cuidado e políticas públicas no Brasil, dando visibilidade para práticas inovadoras em saúde.

Palavras-chave: Cartografia. Redução de danos. Saúde mental. Atenção primária à saúde. Consultório na rua.

## ABSTRACT

The “Consultório na Rua” (CR) constitutes a health device that consists of a traveling multidisciplinary team that aims to provide comprehensive care to the homeless population. The teams practice on the street (eCR) integrate the component of primary care Network for Psychosocial Care. Among the activities of eCR is included active surveillance and care of alcohol users, crack and other drugs, in addition, the multidisciplinary team dealing with different problems and health needs of the population homeless. Its activities carried *in loco*, developing shared activities and integrated into the Basic Health Units (BHU) and, when necessary, with teams from the Centers for Psychosocial Care (CAPS), the Emergency and Emergency services and other services, according to user needs. The objective of this study is to evaluate the effects of collective in the office on the street Viamão, narrating the experience of a joint. This is a qualitative research, with cartographic approach held with staff off ‘consultório na rua’ of a municipality in the metropolitan region of Porto Alegre, State of Rio Grande do Sul, in the period from March to November 2012 . Cartography is a method formulated by Gilles Deleuze and Félix Guattari which aims to investigate a production process, accompanying him. The collection of data took place through the observation of documentary information, notes / field diary from the clinical and institutional supervision that accompanied and field trips with workers in the CR, and the report of activities of territorial mapping and report the same besides the management interview with the team from CR. Experience in CR reaffirms the health care in the territory and expands the possibilities of intervention, in that it seeks not only to a specific purpose but allows the approach to various issues in health and social well through a wiretap without stigmas without repression, allowing the construction of singular paths with a bet on the subject and the bond that can be established with him. The current epidemiological scenario of harmful use of psychoactive substances and the health and social consequences for users and the community instigates the creation of strategies and interventions aimed at prevention, health promotion, treatment and reduction of social harm. The practice in the street space should incorporate the knowledge, experience and culture of the people who are and must built from an interpersonal relationship based on the bond, in welcoming and qualified hearing. This research proved relevant in the sense that

may contribute to the evaluation of the effectiveness of care and public policy devices in Brazil, giving visibility to innovative practices in health.

Keywords: Cartography. Harm reduction. Mental health. Primary health care. Office on the street.

## RESUMEN

El “Consultório na Rua” (CR) constituye un dispositivo de salud que consta de un equipo multidisciplinario itinerante que tiene como objetivo proporcionar una atención integral a la población sin hogar. Los equipos practican en la calle (eCR) integrar el componente de la red de atención primaria de Atención Psicosocial. Entre las actividades de eCR se incluye la vigilancia activa y la atención de los consumidores de alcohol, crack y otras drogas, además, el equipo multidisciplinario que trata con diferentes problemas y necesidades de salud de la población sin hogar. Sus actividades se llevan a cabo in situ, el desarrollo de actividades compartidas e integradas en las Unidades Básicas de Salud (UBS) y, cuando sea necesario, con los equipos de los Centros de Atención Psicosocial (CAPS), los servicios de emergencia y de emergencia y otros servicios, de acuerdo con las necesidades del usuario. El objetivo de este estudio es evaluar los efectos de la colectiva en la oficina en la calle Viamão, que narra la experiencia de una articulación. Se trata de una investigación cualitativa, con enfoque cartográfico celebrado con el personal del ‘consultorio na rua’ de un municipio de la región metropolitana de Porto Alegre, Estado de Río Grande do Sul, en el periodo comprendido entre el marzo hasta noviembre, 2012. La cartografía es un método formulado por Gilles Deleuze y Félix Guattari que tiene como objetivo investigar un proceso de producción, que lo acompañaba. La recogida de datos se llevó a cabo a través de la observación de la información documental, notas / diario de campo de la supervisión clínica e institucional que acompañó y viajes de campo con los trabajadores en la Recopilación, y el informe de actividades de mapeo territorial e informar del mismo además de la entrevista con el equipo de gestión de la CR. La experiencia del CR reafirma la atención de la salud en el territorio y amplía las posibilidades de intervención, ya que no sólo busca un propósito específico, pero permite el acercamiento a diversos temas de la salud y el bienestar social a través de una intervención telefónica sin estigmas sin represión, lo que permite la construcción de caminos singulares con una apuesta sobre el tema y el vínculo que se puede establecer con él. El escenario epidemiológico actual del uso nocivo de sustancias psicoactivas y la salud y las consecuencias sociales de los usuarios y la comunidad instiga a la creación de estrategias e intervenciones dirigidas a la prevención.

promoción de la salud, tratamiento y reducción de daños sociales. La práctica en el espacio de la calle debe incorporar el conocimiento, la experiencia y la cultura de la gente que es y debe ser construido a partir de una relación interpersonal basada en la unión, en la audiencia acogedora y cualificada. Esta investigación resultó relevante en el sentido de que puede contribuir a la evaluación de la efectividad de los dispositivos de atención y de política pública en Brasil, dando visibilidad a las prácticas innovadoras en materia de salud.

Palabras clave: Cartografía. Reducción de daños. Salud mental. Atención primaria de salud. Oficina en la calle.

## SUMÁRIO

<b>1 CAMINHOS DE ABERTURA: O ATO DE CRIAÇÃO DE UM DEVIR CARTÓGRAFA – Problemática da Pesquisa-Intervenção.....</b>	<b>14</b>
<b>1.1 Análise de Implicação – Compondo o plano da pesquisa.....</b>	<b>16</b>
<b>2 CONSTRUINDO A CAIXA DE FERRAMENTAS.....</b>	<b>23</b>
<b>2.1 Acompanhando o Processo: origem e trajetos da Redução de Danos .....</b>	<b>24</b>
<b>2.2 Rede de Atenção Psicossocial .....</b>	<b>31</b>
<b>2.3 O Consultório na Rua: dispositivo de produção de cuidado.....</b>	<b>36</b>
<b>3 A PROCESSUALIDADE DE UM DESEJO.....</b>	<b>43</b>
<b>3.1 Traçados Metodológicos: Tessitura Conceitual.....</b>	<b>43</b>
<b>4 SOBRE O TERRITÓRIO POLÍTICO-EXISTENCIAL: ESBOÇANDO UMA PAISAGEM.....</b>	<b>50</b>
<b>4.1 Paisagens que compuseram o território.....</b>	<b>51</b>
<b>4.2 A Saúde Mental em Viamão.....</b>	<b>54</b>
<b>5 PROCEDIMENTOS DE COLHEITA DE DADOS - OS INSTRUMENTOS DA CARTOGRAFIA E A EMERGÊNCIA DO DISPOSITIVO CONSULTÓRIO NA RUA.....</b>	<b>57</b>
<b>5.1 Trajetos do Consultório na Rua: disparador entrevista e a experiência na fala.....</b>	<b>71</b>

Trajeto 1: Tecendo a Rede com os Serviços/ Interinstitucionalidade.....	78
Trajeto 2: Vínculo.....	78
Trajeto 3: Preconceito / imaginário social.....	79
Trajeto 4: Institucionalização / Assistencialismo – o trabalho desafiante, novo, diferente.....	79
Trajeto 5: Instrumental / Deficiências.....	79
Trajeto 6: Vivência que te leva a construir a prática – no Processo.....	80
Trajeto 7: Mudança, fragmentação do trabalho –rotatividade da equipe.....	81
Trajeto 8: Acesso aos serviços – a Rua como acesso universal da Rede.....	81
Trajeto 9: O Consultório na Rua como dispositivo facilitador do acesso.....	81
Trajeto 10: Espaço das Relações: Ethos da Equipe .....	82
6 DESVIANDO UM POUCO O CAMINHO PARA CONTAR ESTÓRIAS.....	86
Desvio I: Caminhar com o <i>Adriano</i> .....	86
Desvio II: Caminhos da <i>Paulinha</i> .....	87
7 DESFECHO OU INTERRUPTÃO? (Caminho de despedida e abertura).....	89
REFERÊNCIAS.....	91
APÊNDICE A - CONSENTIMENTO LIVRE E INFORMADO PARA PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA.....	97
APÊNDICE B - ROTEIRO DA ENTREVISTA.....	98
APÊNDICE C- ANOTAÇÕES DO DIÁRIO DE CAMPO.....	99
ANEXO - APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA.....	104

## **1 CAMINHOS DE ABERTURA: O ATO DE CRIAÇÃO DE UM DEVIR CARTÓGRAFA – Problemática da Pesquisa-Intervenção**

As paisagens foram surgindo no percurso, ao explorá-las, outras e mais outras paisagens foram emergindo, o que possibilitou articular novos modos de agir em saúde e revelou um processo criativo e inventivo de cuidar daqueles que não têm possibilidade alguma de acessar os dispositivos da saúde. A inclusão da diferença comandada por investimento de desejo e interesse, e o modo como reproduzimos, ou não, subjetividades dominantes no processo de trabalho em saúde mental, mostrou-se um desafio para a constituição de uma equipe de consultório na rua (eCR), para que efetivamente viessem a ser um dispositivo, fazendo passar as linhas de fuga para a invenção, produção de vida e subjetividade, tanto das pessoas por eles cuidadas quanto deles mesmos.

E como escrever sobre tudo isto, das vivências que me atravessaram, me desterritorializaram da cômoda forma de fazer pesquisa ao qual até então estava acostumada? Fui descobrindo que, afinal de contas é nesse emaranhado que se produz diferença na saúde! São estas linhas de fuga que viabilizam os movimentos instituintes de produção do novo. O vir a ser.

Nesse percurso, foram empreendidos enormes esforços para engendrar um processo criativo, numa construção conjunta de um trabalho que foi se delineando dinâmico, instável, de interação (a)efetiva entre a pesquisadora e os trabalhadores do consultório na rua, configurando uma realidade muitas vezes cheia de sofrimento, sonhos e desencantos, saberes e crenças, encontros festivos e inúmeras rev(ira)oltas ao instituído. Instituído este, que muitas vezes seguia num desencontro de desenvolvimento de autonomia do projeto, tão rico ao campo das ações voltadas àquelas pessoas que usam ou abusam de substâncias psicoativas.

Nas supervisões e nos demais agenciamentos com a eCR, buscou-se olhar para as implicações afetivas e cuidadoras (não apenas as técnicas) que fazem suportar os desafios do cotidiano de trabalho em saúde mental. Tentou-se uma escrita dentre os muitos possíveis, para elaboração de um projeto de tese, com prazos e outras exigências acadêmicas...

A Cartografia foi o método possível para acompanhar este processo, pois esta pesquisa iria requerer procedimentos mais abertos e ao mesmo tempo mais inventivos, ou seja, neste contexto metodológico, os artifícios de produção de realidade vislumbrariam expressar-se de múltiplas maneiras.

Além disso, a opção pela abordagem cartográfica deu-se pela concepção de um modo outro de pesquisar, tendo em vista que este é um método participativo crítico-político-estético, que nasce de um pensamento pós-estruturalista, a-positivista e não binário/maniqueísta. Esta, não desvela nem representa, mas acompanha o processo na sua potência, na sua diferença. Provoca desvios, inclusões, opondo-se ao modelo hegemônico de “fazer ciência” (postura neutra).

Na tessitura desta narrativa, convido a todos que queiram me acompanhar para que se preparem, pois começam a ser traçados os **esboços dos caminhos trilhados por uma equipe de Consultório na Rua**, a partir dos encontros realizados entre os ‘corpos’ que direta ou indiretamente participaram do processo cartográfico e das alterações e mutações ocorridas no mesmo e que definirá em um recorte de tempo-espço a sua ação no mundo e no trabalho.

Aqui ‘corpo’ não se refere apenas aos corpos humanos, mas, “a corpos sonoros, corpos de uma ideia, de uma língua, de uma coletividade, de instituições [...] diz respeito às relações de movimento e repouso e de velocidades e lentidões entre as partículas e a outra se refere ao poder de afetar e ser afetado dos corpos. Os corpos não devem ser definidos por sua forma, função, órgãos, substância ou como sujeito, mas pelos modos que se reporta a essa complexa relação de corpo e pensamento” (ROLNIK, 2006, p.67).

Este estudo foi realizado nos locais de atuação da eCR "Se essa rua fosse minha", ou seja, nos espaços da rua. No momento, este era desenvolvido no centro da cidade de Viamão (Rio Grande do Sul) por uma equipe volante constituída por quatro agentes redutores de danos - hoje também denominados agentes sociais (BRASIL, 2012). Assim, esta cartografia foi criando vida e produzindo sentidos. O Consultório na Rua era um projeto piloto e já era sabido por quem fosse trabalhar nele que o mesmo teria início e fim pré-determinados, pois o contrato de trabalho findaria em novembro.

Ingressam em cena os afetos engendrados em prol de movimentos rizomáticos sem delimitação precisa de início e fim e de acontecimentos singulares de natureza incorporal constituídos por diferentes atravessamentos, em que o pesquisador já está implicado no campo de observação, de que sua intervenção modifica o objeto de estudo, transformando-o (ALTOÉ, 2004).

### **1.1 Análise de Implicação**

Constantemente aparecem pessoas arrastadas pela corrente de um rio (fator de risco), algumas em perigo de se afogar (enfermidade) fazendo com que alguns socorristas se precipitem a resgatá-las. Tão ocupados estão salvando vidas, que não têm tempo para averiguar por que tantas pessoas se afogam. No ponto de vista de cada um, pensam, as pessoas caem na água, devido seus próprios erros, ou, são empurrados por algo, ou ainda, caem devido à má sorte (GRUP IGIA, 2000, p. 12).

Esta é uma parábola muito conhecida na Espanha e utilizada na saúde pública. Ela compara os profissionais da saúde a socorristas que exercem suas atividades à beira de um rio torrencial, rio este que pude compreender ser o real de muitos sujeitos pelos quais direcionei minhas ações de cuidado. Fazendo uma conexão com esta parábola para adaptá-la ao consumo de drogas, teríamos influentes sociais dedicando-se a empurrar os usuários de drogas ao rio, outros, instalando centros na beira deste mesmo rio chamados 'programas livres de água' para as pessoas realmente motivadas a sair do rio e paralelamente, os agentes da redução de danos, proporcionando salva-vidas e oferecendo cursos de natação.

Foi no decorrer de minha experiência profissional que compreendi que há vidas outras, mantidas por fios tênues e cortantes, verdadeiros fios de navalha, verdadeiros rios torrenciais... Na saúde mental enquanto agentes de promoção de vida e cuidado, certamente seremos afetados por situações delicadas, controversas, inusitadas, fluidas.

Meu objeto para este estudo foi sendo forjado a partir de minha implicação com o mesmo. A implicação é um conceito proveniente da Análise Institucional e se refere à ação que vai sendo produzida num processo de análise entre o interventor e o "objeto" de análise, relação esta que é parte integrante deste processo. A

implicação não é um processo apenas psíquico, nem inconsciente, mas de uma materialidade múltipla e variada. Ao mesmo tempo, um processo político, econômico, etnológico, heterogêneo (RIGONI, 2006). Partindo deste ponto de vista, considero interessante traçar algumas páginas que contem como surgiu a ideia e se desenvolveu a presente tese até a produção do material aqui apresentado.

Em minha trajetória profissional, após as experiências de atuação em saúde mental na academia durante a graduação em enfermagem, foi de fundamental importância a experiência de ter me especializado em uma Residência Integrada em Saúde Mental (ou Aperfeiçoamento Especializado em Saúde Mental), no período de Fevereiro de 2005 à Janeiro de 2007. Nesta época, partindo de um convênio existente entre o Ministério da Saúde e a Universitat Rovira i Virgili (Tarragona, Espanha) - instituições que fomentaram esta formação vislumbrou-se a oportunidade de vivenciar um intercâmbio nos serviços de saúde mental europeu, com foco especial ao cuidado aos usuários de substâncias psicoativas, pautado nos pressupostos da reforma psiquiátrica e de redução de danos (RD). Tal experiência produziu o desejo de pesquisar de maneira aprofundada as questões acerca da temática de uso ou abuso de substâncias bem como as ofertas de cuidado disponíveis no contexto da saúde.

Tais experiências influenciaram para que buscasse ingressar no curso de Mestrado em Enfermagem, do Programa de Pós Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (PPGEnf UFRGS), onde realizei uma Revisão Integrativa (ROOS, 2011), que teve como tema as ações de redução de danos voltadas aos usuários de drogas. Para a problematização deste trabalho, a inspiração veio por meio de autores como Gilles Deleuze, Félix Guattari, Reneé Lourau, Peter Pál Pelbart, Sueli Rolnik, Gregório Barembliitt, entre outros. Constatou-se nesta pesquisa que as pessoas desejam que a sua diferença seja contemplada, mas as ofertas de conexão feitas no “mundo do cuidado” ainda são padronizadoras e nem sempre aceitam os desvios da diferença e que as ações de RD possibilitariam a construção de um saber coletivo e de uma prática mais rica de possibilidades. Além disso, verificou-se que a RD ajudaria a ampliar o olhar da atenção ao grupo familiar e ao contexto social, promovendo resultados mais efetivos do que aquele que reduz o sujeito a sua doença ou a substância que porventura

utilize. Também foi possível concluir que a RD não se propõe a prescrever uma verdade e os agentes de redução de danos constantemente encontram-se no desdobramento das polêmicas que surgem no seu cotidiano de práticas, onde se trabalha com o 'real' e não com um 'ideal', que ainda incide sobre as ações de muitos profissionais da área da saúde.

A partir desta pesquisa, dei continuidade às minhas investigações o que me conduziu na busca pelo processo de inserção no doutorado, com o intuito de aprofundar a compreensão dos processos instituintes de trabalho, num contexto inovador e rico de possibilidades, como os novos dispositivos de atenção e cuidado à saúde que vêm sendo fomentados para um contingente populacional vulnerabilizado, como por exemplo o consultório na rua, cuja diretriz de cuidado está pautada nos pressupostos da redução de danos.

Para tanto, foi imprescindível realizar, além das disciplinas obrigatórias do doutorado, o Curso de Análise Institucional – Principais Conceitos e Intervenção, no Instituto de Psicologia Social de Porto Alegre Pichón-Rivière<sup>i</sup>. A partir de então tive mais aproximações e experimentações com um campo teórico, que abordava questões relacionadas à produção do desejo e da subjetividade, à micropolítica do processo de trabalho em saúde e ao movimento institucionalista<sup>ii</sup> e onde a cartografia<sup>iii</sup> se mostrou como um método capaz de evidenciar o complexo e

---

<sup>i</sup> Instituto de Psicologia Social de Porto Alegre Pichon-Rivière - R Miguel Tostes, 998 cj 24 Bairro Rio Branco Porto Alegre – RS.

<sup>ii</sup> Como o próprio nome já aponta, o Movimento Institucionalista indica que não se trata de uma escola ou de uma teoria, mas sim de um ajuntamento de conceitos provenientes das mais variadas esferas do conhecimento. Tampouco se trata de uma colcha de retalhos onde tais conceitos são justapostos, capturados em sua força disruptora. Ao considerar o Movimento Institucionalista como 'um conjunto heterogêneo, heterológico e polimorfo de orientações', Baremlitt, um dos institucionalistas mais conhecidos no Brasil, aponta a característica comum do movimento: a sua aspiração em deflagrar, apoiar e aperfeiçoar os processos autoanalíticos e autogestivos dos coletivos sociais. Ao partir da compreensão da sociedade como um tecido de instituições que se interpenetram e articulam entre si, para regular a produção e a reprodução da vida humana, trabalha com a idéia-chave que nas instituições podem distinguir-se duas vertentes importantes: a do instituinte e do instituído. A primeira constitui-se nos momentos de transformação institucional, isto é, aquelas forças produtivas de códigos institucionais, enquanto que a vertente do instituído é o efeito da atividade instituinte, a função, aquilo que tende a conservar a instituição. (Baremlitt, G. Compêndio de análise institucional e outras correntes: teoria e prática. 2. ed. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1994).

<sup>iii</sup> A cartografia é um método formulado por G. Deleuze e F. Guattari (2009) que visa acompanhar um processo e não representar um objeto. Trata-se sempre de investigar um processo de produção. De saída, a idéia de desenvolver o método cartográfico para utilização em pesquisas de campo no estudo da subjetividade se afasta do objetivo de definir um conjunto de regras abstratas para serem aplicadas. Não se busca estabelecer um caminho linear para atingir um fim. [...] Todavia, sua construção caso a caso não impede que se procure estabelecer algumas pistas que têm em vista descrever, discutir e, sobretudo, coletivizar a experiência do

dinâmico modo operativo de cada trabalhador na sua ação cotidiana, inclusive sua produção subjetiva em ato, que lança o cuidado em saúde e ao mesmo tempo, produz o próprio trabalhador enquanto sujeito no mundo (FRANCO; MERHY,2011).

Cabe salientar que, a proposta deste projeto de tese vincula-se a um projeto denominado “ViaRede - Avaliação qualitativa da rede de serviços de saúde mental para atendimento a usuários de crack”, que já foi avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética da UFRGS (CONEP UFRGS) sob o nº 16740 (ANEXO 1), e que estava em fase de desenvolvimento no cenário de estudo (2012 e 2013). O objetivo do projeto de estudo ViaRede foi avaliar qualitativamente a rede de serviços de saúde mental para atendimento a usuários de crack no município de Viamão/RS.

Minha entrada no campo de pesquisa iniciou no mês de março de 2012, e através desta inserção tomei conhecimento de outro trabalho que estaria sendo iniciado, o projeto piloto da política de saúde mental do município “Consultório na Rua – Se esta rua fosse minha...”<sup>iv</sup>. Na aproximação com a equipe do Consultório na Rua foram tecidos encontros, afetos, “fluxos de intensidade em conexões, a produzirem a realidade social”, e estes agenciamentos passaram a compor esse texto e, sobretudo os extra-textos escritos, deletados e reescritos, em um processo de desterritorialização e de conjugações<sup>v</sup> (FRANCO; MERHY,2011).

Um processo de desterritorialização está relacionado às linhas de fuga, mas nesse caso, fugir não é renunciar às ações. Os vetores de desorganização ou de "desterritorialização" são precisamente designados como linhas de fuga. Fugir pode ser entendido como perder sua estagnação ou sua clausura; esquivar, escapar. Se fugir é fazer fugir, é porque a fuga não consiste em sair da situação para ir embora, mudar de vida, evadir-se pelo sonho ou ainda transformar a situação. Fazer a situação fugir implica uma redistribuição dos possíveis que desemboca - salvo situações de repressão obtusa - numa transformação ao menos parcial,

---

cartógrafo (Passos, E.; Kastrup, V.; Escóssia, L. (Orgs.). *Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade*. Porto Alegre: Sulina, 2009).

iv Projeto Piloto implantado em Viamão-RS, conforme Portaria nº 122, de 25 de janeiro de 2012, que define as diretrizes de organização e funcionamento das equipes de Consultório na Rua (disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/111897-122.html>).

v Um fluxo é algo de intensivo, de instantâneo e de mutante, entre uma criação e uma destruição. É só quando um fluxo está desterritorializado que chega a fazer a sua conjugação com outros fluxos, que o desterritorializam por seu turno e inversamente (Deleuze, G; Guattari, F. *Mil Platôs: Capitalismo e esquizofrenia*, Vol. 1. São Paulo: Ed. 34, 2009).

perfeitamente improgramável, ligada à imprevisível criação de novos espaços-tempos, de agenciamentos institucionais inéditos. Em todo caso, o problema está na fuga, no percurso de um processo desejante cujo resultado só valerá, por sua vez, por suas linhas de fuga, e assim por diante. Portanto, trata-se de fato de uma saída, mas esta é paradoxal (ROLNIK, 2006; ZOURABICHVILI, 2004).

Tendo como “fator de afetivação” inicial estes acontecimentos citados anteriormente, começo essa viagem andando confortavelmente pelos territórios existenciais<sup>vi</sup> que me encantavam, e onde me sentia segura, confortável. Com minha entrada no campo empírico, ao me deparar com a realidade pulsante, iniciou-se o processo de desmanche “do meu mundo” e de criação de outros, desterritorializações onde procurei encontrar novas facetas para as novas composições que se esboçaram e começaram a se formar.

Assim, situar-me neste devir-cartógrafa disparou como pressuposto a ideia de que existe um fluxo de conexões contínuas, numa lógica molecular de agenciamentos de forças instituintes, mas que, ao mesmo tempo, não se despotencializam pelo fluxo das forças instituídas e totalizantes do nível molar. Ou seja, a produção subjetiva do meio em que se vive e trabalha é marcada por uma constante desconstrução e construção de territórios existenciais, segundo certos critérios que são dados pelo saber, mas também e fundamentalmente seguindo a dimensão sensível de percepção da vida, e de si mesmo, em fluxos de intensidades contínuas entre sujeitos que atuam na construção da realidade social (FRANCO; MERHY, 2011). O que existe são intensidades, pedindo e buscando pontes para sua travessia (ROLNIK, 2006).

Esta percepção segundo a qual os sujeitos na cena do trabalho, operam em fluxos de conexão entre si, é inspirada na ideia de Rizoma (DELEUZE; GUATTARI, 2008) e significa um movimento dinâmico, que opera em conexão entre diversos planos de existência e intensidades, os platôs. Aparece, portanto, como um movimento em fluxo horizontal e circular ao mesmo tempo, ligando o múltiplo,

---

<sup>vi</sup> Aqui, território existencial refere-se a um conjunto dos projetos e das representações nos quais vai desembocar, pragmaticamente, toda uma série de comportamentos, de investimentos nos tempos e nos espaços sociais, culturais, estéticos, cognitivos. Será ele que dará sentido à existência em um determinado momento. De modo geral, esse tipo de postura produz sujeitos mais potentes e amplia os espaços de liberdade, pois não insere tantos elementos invasivos no espaço de ação (Guattari, F e Rolnik, S; Micropolítica, Cartografia do Desejo. 9ed. Petrópolis, RJ: Ed. Vozes, 2005).

heterogêneo em dimensão micropolítica de construção de um mapa, que está sempre aberto, permitindo diversas entradas e ao se romper em determinado ponto, se refaz encontrando novos fluxos que permitem seu crescimento, fazendo novas conexões no processo (FRANCO; MERHY, 2011; ZOURABICHVILI, 2004; DELEUZE; GUATTARI, 2008).

Apostou-se na tese que é possível explorar estas forças para produzir novos modos de cuidar na saúde mental, ou seja, emergiram outras paisagens psicossociais que foram reveladas a partir do processo de produção de realidades na saúde.

Atendimentos individuais, processos grupais, visitas domiciliares, acolhimento, redução de danos no consultório na rua quando olhados sob essa perspectiva funcionam como dispositivos que interconectam diferentes encontros, diferentes espaços coletivos de conexões.

Saúde, doença e intervenção praticadas pela economia do contemporâneo produzem prescrições, sintomas, mortes, tratamentos e curas, mas também uma sensibilidade específica aos modos de produção de vida ou de adoecimento, aos modos de produção coletiva de novas subjetividades (FRANCO; MERHY, 2011).

Mas, afinal, onde gostaríamos de chegar, ou melhor, potencialmente, onde poderíamos chegar com uma proposta como essa? Como a estratégia de redução de danos operou nas experimentações de trabalho no consultório na rua? Quais as relações possíveis entre estratégia de redução de danos e consultório na rua? Quais (ou como) efeitos-subjetividades do território transversalizaram o trabalho da equipe do consultório na rua? Como o consultório na rua se constitui como um dispositivo produtor de saúde? A redução de danos poderia ser considerada uma estratégia de cuidado, avançando no seu papel inicial de estratégia de prevenção de riscos e danos? Em que medida experiências como essa poderiam contribuir para a transformação dos modos de cuidar em saúde?

São muitas as perguntas suscitadas e não temos a pretensão de responder a todas elas, apenas nos propomos a descrever como realizamos essa experiência, tangenciando esses pontos de interrogação.

Quero salientar que a intenção desta tese foi **acompanhar a experiência de articulação de um consultório na rua**, que emergiu com aberturas intensivas,

ativadoras de encontros, conectividade, alianças, compondo forças de amplificação do modo de cuidar em saúde. Interessou **avaliar os efeitos de coletivo no consultório na rua de Viamão**.

## 2 CONSTRUINDO A CAIXA DE FERRAMENTAS

Historicamente, a trajetória da Reforma Psiquiátrica (RP) Brasileira deu-se muito em função da desconstrução dos manicômios como lugar privilegiado de tratamento da loucura e paulatina reversão desse lugar a partir da produção de uma rede substitutiva à internação psiquiátrica.

Entende-se que toda reforma é desencadeamento de processos que abalam as práticas-técnicas, sociais e políticas da inscrição a ser formada. Os fluxos da RP são forças de composição que afirmam a vida. Nesta perspectiva, Fonseca; Engelman e Perrone (2007), afirmam que

A característica da RP é o embate e a tensão, sendo esse o modo de configurar-se a prática social da inacabável tarefa de reconciliação do homem com o homem. Para reconciliar o que foi silenciado àquilo que foi autorizado pela moral vigente, tornam-se necessários atos de contínua luta, que, agenciados uns aos outros, constituirão ressonâncias de suas proposições para fazerem frente às carcomidas, mas ainda ativas, muralhas manicomiais (p.9).

Assim, é importante possibilitar que o nosso tempo se situe à altura dessa tarefa de conciliação, buscando a construção de movimentos que possibilitem outras moradas no mundo para sujeitos que até pouco tempo tinham o manicômio como único lugar para viver, sendo este apontado por uma “moral esquadrinhante e fundamentada em valores transcendentais à vida e à diferença” (FONSECA, 2007, p.46).

Nossa conduta deve ir além da sustentação de programas governamentais, buscando, num movimento crítico e contínuo, ampliar as problematizações conceituais, sociais e políticas, consolidando condições para agenciamentos coletivos que certamente poderão repercutir em movimentos outros pelo direito à vida. No lugar da rigidez, a flexibilidade; em lugar da solidez, o alastramento. Como um rizoma. Reconciliação como recomposição de coletivos (FONSECA; ENGELMAN; PERRONE, 2007, p.10).

## 2.1 Acompanhando o Processo: origem e trajetos da Redução de Danos

A redução dos danos (RD) relacionada ao uso de drogas tem origem no Comitê Rolleston, de 1926, que concluía que a manutenção de usuários por meio do emprego de opiáceos era o tratamento mais adequado para determinados usuários (RIGONI, 2006). No Brasil, a história da RD possui muitas sinuosidades difíceis de serem abordadas em sua totalidade. É no contexto da reabertura política, da Constituição Federal de 1988 e no cenário das lutas pela Reforma Sanitária e Psiquiátrica que acontece a inserção da RD no Brasil (ROOS, 2011).

De acordo com a Lei 8.080, no art. 7º, incisos III e IV, as ações e serviços públicos e privados que integram o SUS obedecem aos princípios e diretrizes que coadunam como a “preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral; igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie”. Nesse sentido, a RD, enquanto diretriz de trabalho do SUS, consolida o exercício dos seus princípios como: universalidade, equidade e controle social (RIGONI, 2006; BRASIL, 2003).

Em 2004, a RD passa a ser vista como um paradigma na Política de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas, lançada pelo Ministério da Saúde. O foco desta política, como o próprio nome indica, não se assenta exclusivamente sobre os Serviços Especializados em DSTs/Aids e Programas de Redução de Danos (PRDs) com ações de trocas de seringas visando a diminuição da contaminação pelo HIV/Aids, mas sim na constituição de ações em RD que transversalizem<sup>vii</sup> os serviços da rede assistencial do SUS, em especial os serviços de saúde mental (como os Centro de Atendimento Psicossocial - CAPS) e os serviços de atenção básica (Estratégia Saúde da Família-ESF, Núcleos de Apoio a

---

<sup>vii</sup> A transversalidade corresponde ao modo como a RD passou a multiplicar vínculos para as Unidades Básicas de Saúde (UBS); Serviços de Atendimento Especializados para portadores de HIV/AIDS (SAE), CAPSad e, também, os coletivos das associações de redução de danos. A RD tornou-se um método que trabalha com a transversalidade através de diferentes espaços de atenção e gestão, multiplicando os vínculos afetivos e criando novas referências subjetivas. A transversalidade é uma das diretrizes da atual Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas. Esta diretriz vem sendo proposta como ponto fundamental no fortalecimento de um sistema de saúde que se pretende unificado, objetivando a produção de uma maior comunicação entre as diferentes práticas e saberes as quais atravessam o campo da saúde. (BRASIL, A política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas. Brasília, 2003a).

Saúde da Família-NASF, Unidades Básicas de Saúde-UBS) (CRUZ, 2000; CONTE, 2004).

Nesse sentido, a Portaria Nº 1.028/GM de 1º de julho de 2005 regula as intervenções de saúde dirigidas aos usuários e dependentes de álcool e outras drogas e considera que estas devem ser ampliadas e estar baseadas na melhoria da qualidade de vida das pessoas (BRASIL, 2005). Além disso, em seu Art. 2º, “define que a redução de danos (sociais e à saúde) desenvolva-se por meio de ações de saúde dirigidas a usuários ou a dependentes que não podem, não conseguem ou não querem interromper o referido uso, tendo como objetivo reduzir os riscos associados sem, necessariamente, intervir na oferta ou no consumo” (BRASIL, 2005, p. 1).

Deste modo, a RD constitui-se nacionalmente como estratégia de Saúde Pública, descendente de uma concepção pragmática, de intervenção em território que articula controle social e trabalhadores da saúde, contribuindo com a noção de integralidade do cuidado, fortalecendo o acolhimento nos serviços de saúde e a promoção de sujeitos protagonistas do seu processo de cuidado, como contraponto à idealização de planos terapêuticos pautados somente na lógica da abstinência (CRUZ, 2000).

Portanto, hoje, o que melhor caracteriza o conceito de Redução de Danos é a singularidade no contrato com o usuário. Significa estabelecer vínculo, facilitar o acesso às informações e orientações, estimular a ida ao serviço de saúde (quando necessário), utilizando propostas diversificadas e construídas com cada usuário e sua rede social. Para tanto, consideram-se o desejo e a demanda dos usuários, assim como as possibilidades para compor um acompanhamento com combinações em comum acordo, chamado de plano terapêutico singular (PTS).

Originalmente, a Redução de Danos estava voltada para a prevenção de doenças de transmissão sangüínea entre Usuários de Drogas Injetáveis - UDI. A natureza de seus propósitos chegou a ser identificada apenas como uma prática de trocas de seringas. Todavia, progressivamente, passou a ser vista pela essência de seus princípios: respeito aos usuários de drogas pelo direito aos seus produtos de consumo e as suas práticas (ACSELRAD, 2000).

A Redução de Danos apresentada inicialmente como uma estratégia em saúde pública questiona consensos colocados de antemão em torno do usuário e das drogas e reconhece diferentes relações de uso de drogas, uma vez que há a disposição de escutar quem está envolvido com o uso de drogas, possibilitando o reconhecimento da função que esse uso ocupa em sua vida (ACSELRAD, 2000).

Criam-se as condições de trabalho favoráveis ao acolhimento desses sujeitos, construindo com eles esquemas de proteção e de autocuidado, essenciais para o exercício da cidadania dos usuários de drogas. As ações de RD abrem possibilidades de diálogo com diferentes instâncias. Permitem dialogar com os profissionais de diferentes áreas, permeando-as, problematizando alguns imperativos construídos a partir de uma visão moralista e repressiva da realidade dos sujeitos que usam drogas. Na RD, são contempladas a liberdade de escolha e a responsabilidade pessoal (CRUZ, 2000; BASTOS, 2003).

Para ampliar as possibilidades de atenção e acolhimento, faz-se necessário considerar a articulação que ocorre em um contexto para determinado sujeito e o encontro com as substâncias. A lógica repressiva coloca o acento na droga, resultando em baixa resolutividade e significativos danos. Para seguir apostando nos sujeitos, faz-se necessário escutá-los e aceitar o consumo de drogas independentemente dos aspectos legais que isso envolve. Trabalhar com saúde pública e drogas significa aceitar que o consumo ocorre, que nem sempre o consumo leva à dependência e que há diferentes riscos ligados ao uso de drogas (RIGONI, 2006; BASTOS, 2003).

Para ilustrar a dicotomia entre o modelo (ainda) hegemônico chamado de proibicionista (de combate/guerra às drogas) face o dispositivo potencializador que é a redução de danos sintetizou-se no quadro abaixo as suas principais diferenças:

Quadro 1 - Diferenças entre o modelo Proibicionista de atenção ao usuário de drogas e o modelo da redução de danos.

MODELOS	PROIBICIONISTA	REDUÇÃO DE DANOS
Problema focado	O uso de droga em si	Danos/ usos de drogas
Política de drogas	“Guerra às drogas”	Tolerante/ pragmática
Prioridade	Repressão ao uso de drogas ilícitas e tráfico	Redução de danos à saúde individual e coletiva
Postura em relação à droga	Moralismo: estigmatização do usuário de drogas.	Realística/ pragmática*
Papel/posição do Estado	Controle do cidadão  - Provê serviços p/ os usuários de drogas.  Também centrado em Políticas Públicas de Segurança	- Prega direitos dos usuários de drogas (inclusive o uso de drogas)
Prevenção de drogas Ilícitas	“sociedade livre de drogas”	Dano/risco associado ao abuso
Sistema atenção à saúde  Serviços  Programa de cuidado	Atendimento médico individual  “alta exigência=excludente  Tutelar (medicação e controle)  Objetivo: abstinência	Serviços e técnicas variadas  “baixa exigência” ** = inclusivo  Psicossocial (Plano Terapêutico Singular e Autonomia)  “busca ativa” #  Ampliação das possibilidades reais e singulares de cuidado para cada sujeito
Prevenção AIDS entre usuário de drogas/ usuário de drogas injetáveis.	Dificultada por restrições legais	Articulada como prioridade de saúde pública
Estruturas de Gestão	Jurídico Normativas	Co-gestão, com participação de coletivos diversos

Fonte: Roos, 2014.

\*\*Alta ou Baixa exigência refere-se a serviços com critérios de inclusão no tratamento com graus distintos de exigência ampliando a aceitação para pacientes interessados em cuidar de algum aspecto da saúde sem necessariamente tratar-se da dependência de drogas em si. #busca ativa de usuários de drogas em seu meio [agentes saúde, redutores de danos, agente social].

As ações de redução de danos constituem um conjunto de medidas no campo da saúde pública voltadas para minimizar as consequências adversas ao uso de drogas. O princípio fundamental que as orienta é o respeito à liberdade de escolha, tendo como pressuposto que alguns usuários não conseguem e não querem parar de usar drogas, mas esses precisam ter os riscos minimizados para a infecção pelo HIV e hepatites, além das questões de violência, acidentes e outras doenças. Cito a listagem de algumas destas ações: promover acesso a informação; incentivar a liberdade de pensamento e expressão; integrar o trabalho entre serviços; estimular ao exercício de uma reflexão baseada no conhecimento de si e dos danos decorrentes do uso/abuso de drogas; integrar, além da prevenção às DST/aids, outros programas e estratégias.

Em 2012, o Ministério da Saúde desenvolveu um manual com orientações para a atenção à população em situação de rua (BRASIL, 2012). Neste material, definiu algumas características para o profissional “agente social” (antes denominado de “reduzidor de danos” - salienta-se que esta será a denominação que utilizaremos nesta pesquisa):

Entende-se por agente social o profissional que desempenha atividades que visam garantir atenção, a defesa e a proteção às pessoas em situação de risco pessoal e social, assim como aproximar as equipes dos valores, modos de vida e cultura das pessoas em situação de rua. É necessário que este profissional tenha habilidades e competências para: trabalhar junto a usuários de álcool, crack e outras drogas, agregando conhecimentos básicos sobre Redução de Danos, quanto ao uso, abuso e dependência de substâncias psicoativas; realizar atividades educativas e culturais; dispensação de insumos de proteção à saúde; encaminhamentos para Rede de Saúde e intersetorial; acompanhar o cuidado das pessoas em situação de rua. Recomenda-se ainda que este profissional tenha preferencialmente, experiência prévia em atenção a pessoas em situação de rua e/ou trajetória de vida em situação de rua (p.14).

O caráter de engajamento político dos agentes sociais é fator importante, podendo estabelecer um paralelo com a psiquiatria democrática italiana: “...uma das sortes que tivemos em nosso trabalho foi que a nossa união não emanava da profissionalização, mas da finalidade política” (BASAGLIA, 1979, p.23). Com esta configuração de trabalhadores inseridos na comunidade, a RD pode ir ao encontro das pessoas que usam drogas e oferecer um maior número possível de alternativas

preventivas, de suporte psicossocial e promoção de saúde, tanto para o usuário quanto para o grupo social.

O agente social opera num sentido de “busca ativa” das pessoas em situação de vulnerabilidade (usuários ou não de drogas), mapeando suas redes sociais, locais de uso, práticas de risco, com o intuito inicial de formação de vínculos com o usuário. É através deste vínculo que os trabalhadores realizam os “contratos terapêuticos” com os usuários em campo: combinações que passam pela troca de insumos (seringas, cachimbos, distribuição de preservativos) e encaminhamentos, sempre respeitando o momento e a vontade do usuário.

Ao mesmo tempo em que a posição do agente social se mostra como um lugar específico para ter acesso a essas pessoas e seu cotidiano, esse acesso é limitado pelas mesmas questões que o possibilitam. Ao se aproximar oferecendo cuidado, algo “bom”, os assuntos costumam geralmente girar em torno da saúde e da situação de vida. Como forma de falar de saúde e das razões por que “não está se cuidando”, o usuário em alguns momentos se coloca como vítima da situação, expressando a partir desta relação o que imagina que a população em geral espera de seu sofrimento. Fala de seu cotidiano como se não fosse necessário que agisse para manter esta forma de viver frente a todos os acontecimentos e as necessidades do dia a dia, como comer, dormir ou conseguir dinheiro para fumar, por exemplo. Junto a isso, dá para perceber em alguns momentos o desconforto de alguns ao falar de coisas moralmente não aceitas, como fazer sexo em troca de dinheiro ou roubar.

Mas nesse trabalho o que possibilita a construção de afetos entre o agente social e o usuário é a maneira de estar com, de cuidar de fato possibilitando uma “educação para autonomia” (ACSELRAD, 2000), em que, ao invés de se identificar qualquer tipo de uso como um uso dependente, esclarecem-se as diferentes relações estabelecidas com a droga e as diferentes possibilidades de ação educativa.

Embora esta concepção de cuidar no território tenha crescido no fim dos anos 60 e início dos anos 70, quando em vários países europeus foram desenvolvidos trabalhos de rua, ainda hoje o trabalho do agente social é confuso e discriminado. O trabalho com populações marginais, desenvolvido na rua, recebe diversas

denominações: “street work” (trabalho de rua); “street-corner-street” (trabalho de esquina); “animation jeunesse mobile” (animação móvel de jovens); “consulation de rue” (consulta na rua) e “travail de rue” (trabalho de rua) (DELBO, 2006).

Na França, ao longo das décadas de 70 e 80, o crescimento do consumo de drogas ilícitas foi fazendo com que as equipes de trabalho de rua se tornassem especializadas em usuários de drogas (DELBO, 2006).

O trabalho desenvolvido em 1986, com educadores de rua, em locais centrais de Paris era composto por uma equipe que variava de voluntários ex-toxicômanos ou não, técnicos e estagiários. Ao longo da evolução do programa, ocorreu uma profissionalização do trabalho, no duplo sentido: tanto na equipe que se torna “mais profissionalizada” (tanto na sua composição, quanto na estruturação do trabalho), quanto nas ações sócio-educativas, voltadas para os usuários de drogas, que passam a ter caráter de re-inserção na sociedade (DELBO, 2006).

No Brasil, a formação necessária para ser um agente social de redução de danos é a exigida no edital do concurso. Geralmente, é requisitado que o profissional tenha ensino fundamental ou médio completo e que, depois de aprovado, participe do curso de formação de agentes de redução de danos, oferecido pela administração do programa social. Também é comum que o profissional atue na área onde mora, pois assim tem facilidade de acesso às famílias e à comunidade e mais liberdade de organização de eventos e palestras.

Embora a abstinência seja obviamente o meio mais seguro para evitar os problemas decorrentes do uso de drogas, entre as estratégias de redução de danos não se incluem programas de tratamento orientados exclusivamente para essa meta. Entretanto, não é correto pensar que Redução de Danos é sinônimo de legalização de drogas ilícitas. Esse modelo simplesmente reconhece e aceita que o uso de drogas sempre existiu e sempre existirá.

Trabalhar com saúde pública e drogas significa aceitar que o consumo ocorre, que nem sempre o consumo leva à dependência e que há diferentes riscos ligados ao uso de drogas (RIGONI, 2006; BASTOS, 2003). Para ampliar as possibilidades de atenção e acolhimento, faz-se necessário considerar a articulação que ocorre em um contexto para determinado sujeito e o encontro com as substâncias. Para seguir

apostando nos sujeitos, faz-se necessário escutá-los e acolher o consumo de drogas independentemente dos aspectos legais que isso envolve.

É, portanto, um movimento instituinte de abordagem clínica-política, diferenciando-se de outros programas jurídicos-institucionalizantes e moral-prescritivos. Implica num repertório de cuidado integral e instersetorial, inseridos no contexto do usuário, em sua rede de relações sociais e afetivas, incluindo um conjunto de estratégias singulares e coletivas voltadas para as pessoas que usam, abusam ou dependem de drogas, designando-se a identificação e minimização dos fatores de vulnerabilidades sociais, econômicas e de saúde, bem como a potencialização dos fatores de proteção, cidadania e defesa da vida.

## **2.2 Rede de Atenção Psicossocial**

A Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas é orientada pelas diretrizes da Reforma Psiquiátrica e da Lei nº 10.216 – superação do modelo asilar e garantia dos direitos de cidadania da pessoa com transtornos mentais. Nessa perspectiva, prioriza iniciativas que visam garantir o cuidado integral centrado nos territórios, na perspectiva da garantia de direitos com a promoção de autonomia e o exercício de cidadania, buscando progressiva inclusão social.

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) – Portaria GM/MS nº 3.088/2011 – preconiza o atendimento a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. A RAPS é formada por sete componentes: Atenção Básica em Saúde, Atenção Psicossocial Especializada, Atenção de Urgência e Emergência, Atenção Residencial de Caráter Transitório, Atenção Hospitalar, Estratégias de Desinstitucionalização e Reabilitação Psicossocial. Os principais pontos de atenção da RAPS são as Unidades Básicas de Saúde, Núcleos de Apoio à Saúde da Família, Consultórios Na Rua, Centros de Convivência, Centros de Atenção Psicossocial nas suas diferentes modalidades, Atenção de Urgência e Emergência, Unidades de Acolhimento, Serviços de Atenção em Regime Residencial, Leitos de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas em Hospitais Gerais e Serviços Residenciais Terapêuticos.

Esta portaria tem como objetivos:

I - ampliar o acesso da população em geral; II - promover o acesso das pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas e suas famílias aos pontos de atenção; III - garantir a articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências (BRASIL, 2011).

A operacionalização da RAPS está sendo desenvolvida em regiões priorizadas no Plano de Enfrentamento ao Crack (“Crack, é possível vencer”). As ações de saúde do Plano de Enfrentamento ao Crack, Álcool e Outras Drogas estão inseridas no âmbito da formação da RAPS. As ações de saúde do Plano estão articuladas com ações de assistência social, prevenção, formação e segurança (polícia comunitária) coordenadas entre União, Estados e Municípios.

Lançado pelo Governo Federal ao final de 2011, o Programa *Crack: É possível Vencer* é uma ação interministerial – Ministérios da Justiça, da Saúde, da Educação, da Assistência Social e Combate à Fome e Secretaria de Direitos Humanos com a finalidade de aumentar a oferta de cuidado e atenção integral aos usuários e seus familiares, reduzir a oferta de drogas ilícitas e promover ações de educação, informação e capacitação.

Sendo assim, as ações em saúde mental devem acontecer em rede na lógica da integralidade em todos os níveis de atenção à saúde, articulando-se com outras políticas sociais, valorizando os setores da cultura, educação, trabalho, assistência social etc.

Na última década, com o avanço das Políticas de Saúde Mental, ampliou-se a oferta de serviços substitutivos, com a criação/institucionalização de Residências Terapêuticas, Centros de Convivência, Centros de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil (CAPSi), Centros de Atenção Psicossocial para usuários de álcool e outras drogas (CAPS AD), Centros de Atenção Psicossocial 24 horas (CAPS III), Leitos de Saúde Mental em Hospital Geral e etc.

Contudo, nota-se que nos anos mais recentes, os agravos de saúde referentes ao uso abusivo e nocivo de álcool e outras drogas passaram a ganhar destaque nas políticas públicas, no que se refere ao reconhecimento da questão do

uso de drogas como sendo responsabilidade do campo da saúde, em um suposto detrimento de setores da justiça e da segurança.

Mesmo após algumas conquistas, como a aprovação da Lei 10.216n a prática de cuidados aos usuários de drogas não ocupava o discurso de seu texto. Logo após, em 2002, a Portaria 336, ao caracterizar as diferentes modalidades de Centros de Atenção Psicossocial, inclui os CAPS AD como um dos serviços centrais na organização da nova rede substitutiva de cuidado aos usuários de álcool e outras drogas. Contudo, somente em 2003, através da “Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas”, é que o Ministério da Saúde assume de forma mais veemente a “necessidade de superar o atraso histórico de assunção desta responsabilidade pelo SUS”, reafirmando “que o uso de álcool e outras drogas é um grave problema de saúde pública” (BRASIL, 2003). Esta política se alinha, assim, com o projeto de Reforma Psiquiátrica no que se refere ao reconhecimento da necessidade da reversão de modelos assistenciais e o direito à saúde:

A ausência de cuidados que atinge, de forma histórica e contínua, aqueles que sofrem de exclusão desigual pelos serviços de saúde, aponta para a necessidade da reversão de modelos assistenciais que não contemplem as reais necessidades de uma população, o que implica em disposição para atender igualmente ao direito de cada cidadão. Tal lógica também deve ser contemplada pelo planejamento de ações voltadas para a atenção integral “às pessoas que consomem álcool e outras drogas” (BRASIL, 2003, p.5).

E aproxima ainda mais, a estratégia de Redução de Danos ao campo da Saúde Mental, pois “reconhece cada usuário em suas singularidades, traça com ele estratégias que estão voltadas não para abstinência como o único objetivo a ser alcançado, mas para a defesa de sua vida” (BRASIL, 2003, p.10).

Nesse cenário apontado, algumas iniciativas do Governo Federal merecem destaque: o lançamento, em 2009, do 'Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde-SUS' (PEAD), instituído pela Portaria nº 1190, de 04 de junho de 2009; e o 'Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas' (PIEC), instituído pelo Decreto Presidencial nº 7179 de 20 de maio de 2010.

Baseado no PEAD e no PIEC, o Ministério da Saúde passou a financiar através do SUS, Projetos de Consultórios na Rua, Casas de Acolhimento Transitório (CAT), Escolas de Redutores de Danos - que propiciaram o surgimento de experiências de diversificação e expansão de dispositivos assistenciais para os usuários de álcool e drogas, para além da instalação dos CAPS AD. Esses dispositivos, de certa forma já estavam sendo implantados pelo país de maneira desigual, seja por resultados de projetos piloto localizados (a exemplo do Consultório de Rua de Salvador/BA), seja pelo esforço de outras políticas que também incidem sobre esse campo problemático de atenção aos usuários de drogas.

Em 2011, com o avanço na incorporação de projetos voltados para o cuidado de usuários de álcool e drogas à Política Nacional de Saúde Mental, o Ministério da Saúde institui a Portaria Nº 3.088, que estabelece a “Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde”. Nota-se que a proposição da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) alinha-se a Lei 10.216 ao atualizar a proposta de uma rede substitutiva de cuidados em saúde mental. Contudo, destaca-se também sua ampliação basicamente com pontos de atenção mais ligados à temática de álcool e drogas em relação às temáticas dos transtornos mentais.

O cuidado em saúde mental preconizado por uma rede atenção psicossocial voltada para pessoas com sofrimento mental e com necessidades decorrentes de uso ou abuso álcool e outras drogas, que incluem os novos dispositivos citados até aqui, caracteriza-se num primeiro momento por uma tentativa de que estes dispositivos se instalem de acordo com a legislação vigente em saúde mental nos países.

A caracterização desses dispositivos passa também pela capacidade das redes locais de saúde expandirem efetivamente sua capacidade de cuidado nesse sentido e de produzirem Projetos Terapêuticos Singulares potentes, juntamente com seus usuários, na perspectiva da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

A Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, traz um elenco de considerações acerca desta rede:

Considerando a necessidade de que o SUS ofereça uma rede de serviços de saúde mental integrada, articulada e efetiva nos diferentes pontos de atenção para atender as pessoas com demandas decorrentes do consumo de álcool, crack e outras drogas; e Considerando a necessidade de ampliar e diversificar os serviços do SUS para a atenção às pessoas com necessidades decorrentes do consumo de álcool, crack e outras drogas e suas famílias, resolve: Art. 1º Fica instituída a Rede de Atenção Psicossocial, cuja finalidade é a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2011).

A partir do paradigma de Reforma Psiquiátrica Brasileira, reconhece-se que nos anos mais recentes, os agravos de saúde referentes ao uso abusivo de álcool e outras drogas passaram a ganhar destaque. Assim, as diretrizes norteadoras da RAPS apontam o teor do cuidado desejável a este contingente populacional:

Art. 2º Constituem-se diretrizes para o funcionamento da Rede de Atenção Psicossocial:

I - respeito aos direitos humanos, garantindo a autonomia e a liberdade das pessoas;

II - promoção da equidade, reconhecendo os determinantes sociais da saúde;

III - combate a estigmas e preconceitos;

IV - garantia do acesso e da qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar;

V - atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas;

VI - diversificação das estratégias de cuidado;

VII - desenvolvimento de atividades no território, que favoreça a inclusão social com vistas à promoção de autonomia e ao exercício da cidadania;

VIII - desenvolvimento de estratégias de Redução de Danos;

IX - ênfase em serviços de base territorial e comunitária, com participação e controle social dos usuários e de seus familiares;

X - organização dos serviços em rede de atenção à saúde regionalizada, com estabelecimento de ações intersetoriais para garantir a integralidade do cuidado;

XI - promoção de estratégias de educação permanente; e

XII - desenvolvimento da lógica do cuidado para pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, tendo como eixo central a construção do projeto terapêutico singular (BRASIL, 2011).

Tais transformações no cuidado deste contingente populacional, resultam de uma disputa pelo modelo de atenção em saúde mental no país em que está em jogo afirmar práticas a favor da vida, em que o outro, moribundo ou não, seja acolhido em suas dores visíveis e invisíveis.

### **2.3 O Consultório na Rua: dispositivo de produção de cuidado**

Em 1997, o professor Antônio Nery Filho, coordenador do Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas (CETAD/Universidade Federal da Bahia), após a produção de uma pesquisa etnográfica sobre meninos e meninas de rua, usuários de substâncias psicoativas na cidade de Salvador / Bahia, percebeu que estes jovens pouco chegavam ao CETAD e quando o faziam, dificilmente davam continuidade ao tratamento. Com isto, concebeu a ideia do Consultório de Rua. Entre 1999 e 2006, esta experiência foi desenvolvida em Salvador, mostrando-se como uma estratégia adequada para intervenção junto aos usuários de drogas em situação de rua (OLIVEIRA, 2009).

No Brasil, esta experiência somada à magnitude do consumo prejudicial de drogas, associada ao contexto de exclusão, vulnerabilidade e risco das pessoas em situação de rua, fizeram com que o Ministério da Saúde, em 2009, propusesse o Consultório na Rua como uma das estratégias do Plano Emergencial de Ampliação de Acesso ao Tratamento e Prevenção em álcool e outras Drogas no Sistema único de Saúde - PEAD. Em 2010, também foi incorporado ao Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas – PIEC (OLIVEIRA, 2009).

Em documento elaborado pelo Ministério da Saúde sobre os Consultórios na Rua, fica clara a importância do avanço nesta área:

O cenário epidemiológico atual do consumo prejudicial de substâncias psicoativas, especialmente álcool, cocaína (na forma de cloridrato ou pó, crack, merla e pasta base) e inalantes, e as graves consequências sanitárias e sociais para os usuários e a comunidade, têm convocado diferentes setores do governo e da sociedade civil para a criação de estratégias e intervenções com vistas à prevenção, promoção da saúde, tratamento e redução de danos sociais e à saúde (BRASIL, 2010b, p.4).

Cabe salientar que antes de o CR se tornar um serviço da atenção básica do SUS ele se chamava “Consultório de Rua” e estava vinculado às políticas de saúde mental e atenção integral a usuários de drogas (observe a figura abaixo que ilustra esta transformação):

Figura 1 – Esquema da estruturação do Consultório na Rua



Fonte: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica, 2012.

De acordo com dados do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, entre março de 2007 e agosto de 2008, em 71 municípios recenseados (BRASIL, 2008), foram encontradas 31.922 pessoas morando nas ruas. Entre os principais motivos para viver na rua, estão o consumo de álcool e drogas (35,5%), desemprego (29,8%) e desavenças familiares (29,1%).

Essa população sofre com riscos à saúde relacionados à violência; variação climática; alimentação incerta; relações sexuais desprotegidas; falta de acesso à água limpa e locais para higiene pessoal e necessidades fisiológicas; sono inadequado; e muitos outros fatores. Os moradores de rua também sofrem com

questões psicossociais, e o estigma é um grande motivo de sofrimento emocional para eles (BRASIL, 2008).

Além disso, este censo elaborou o seguinte conceito para as pessoas em situação de rua:

O conceito de população em situação de rua refere-se às pessoas que estão utilizando, em um dado momento, como local de moradia ou pernoite, espaços de tipos variados, situados sob pontes, marquises, viadutos, à frente de prédios privados e públicos, em espaços públicos não utilizados à noite, em parques, praças, calçadas, praias, embarcações, estações de trem e rodoviárias, à margem de rodovias, em esconderijos abrigados, dentro de galerias subterrâneas, metrô e outras construções com áreas internas ocupáveis, depósitos e prédios fora de uso e outros locais relativamente protegidos do frio e da exposição à violência. São também considerados componentes da população em situação de rua aqueles que dormem em albergues e abrigos, de forma preferencial ou ocasional, alternando o local de repouso noturno entre estas instituições e os locais de rua (BRASIL, 2008)

O acesso da população em situação de rua aos dispositivos de saúde é um tanto complexo. Por exemplo, a chance de que um(a) profissional do sexo ou usuário(a) de drogas, após uma noite acordado(a), se dirija a um serviço de saúde nas primeiras horas da manhã, buscando senha para um atendimento que se fará quatro a cinco horas depois, é muito pequena.

Neste contexto, a concepção que fica para muitos serviços é a visão cômoda, mas equivocada, de que esta pessoa não quer se cuidar, o que ratifica a exclusão social e a precariedade da assistência à saúde em que ela vive. Some-se a isto a dificuldade de acesso a estes serviços, o que muitas vezes demanda custos com transporte, não previstos entre os poucos recursos disponíveis. Neste aspecto, o censo evidenciou que 88,5% da população em situação de rua não acessa os programas governamentais (BRASIL, 2008).

Além destes dados, o censo também evidenciou importantes informações acerca da população em situação de rua:

Quadro 2 – Informações do 1º Censo e Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua.

<p>Ideias refutadas pelos dados do censo:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>-As pessoas em situação de rua são oriundas de outros municípios e estados.</li><li>-As pessoas em situação de rua vieram de áreas rurais e perderam suas referências nas grandes cidades.</li><li>-As rupturas na família constituem o principal fator explicativo unitário.</li></ul>
<p>Apontamentos:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>-Existe um novo perfil de população em situação de rua, distinto daquele presente na percepção senso comum e também diferente do perfil tradicionalmente indicado pela literatura especializada.</li><li>-Estamos nos referindo ao trabalhador pobre sem uma moradia convencional.</li><li>-É provável que tenha ocorrido o alargamento da base constituinte da população em situação de rua, com a inclusão deste segmento.</li></ul>
<p>Cristalização da situação de rua e institucionalização dos albergados:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>-Os dados apontam elevado grau de cristalização da situação de rua e elevado grau de institucionalização de pessoas que dormem em albergues.</li><li>-A cristalização da situação de rua conduz a um quadro crônico de difícil reversão, pois se trata dos mais pobres, analfabetos, sem profissão, que nunca estiveram inseridos no mercado de trabalho formal e se encontram socialmente isolados.</li></ul>

Fonte: 1º Censo e Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua, 2008.

Um dos desígnios do Consultório na Rua é oferecer disponibilização de recursos para os cuidados básicos de saúde, atendendo as pessoas em seus locais de permanência e encaminhando as demandas mais complexas para a rede de saúde. Nesse sentido, uma das suas funções é atuar como uma ponte para a população que está à margem do sistema de saúde e possibilitar sua inserção na rede (BRASIL, 2010, p.13).

As equipes de Consultório na Rua (eCR) são formadas pelos chamados agentes sociais, ou seja, profissionais de diversas áreas que desempenham atividades para garantir atenção, defesa e proteção às pessoas em situação de risco pessoal e social. Tais profissionais possuem habilidades e competências para atuar com usuários de álcool, *crack* e outras drogas. Para tanto, agregam conhecimentos básicos sobre redução de danos, realizam atividades educativas e culturais, fazem a dispensação de insumos de proteção à saúde e encaminhamentos para rede de saúde e intersetorial e acompanham o cuidado das pessoas em situação de rua (BRASIL, 2010).

O foco do CR não é que os usuários parem de usar drogas ou aceitem participar de um tratamento, mas que isso seja uma consequência do trabalho feito com eles na rua, uma vontade que deve partir do indivíduo e não da equipe profissional. A ideia é acessar o usuário na sociedade através desses trabalhos, porque além dele ser um usuário de droga, ele é um cidadão. Olhar para aquele indivíduo com respeito e fazê-lo sentir ser visto como cidadão é uma das missões mais importantes do CR (OLIVEIRA, 2009).

Após um mapeamento para descobrir onde estão concentrados os usuários de drogas, os profissionais fazem a chamada aproximação, intervenção com a população local que pode levar de semanas a meses. Após ganhar a confiança dos frequentadores do local e distribuir kits com preservativos, curativos, medicamentos, cartilhas e material de conscientização sobre o uso de drogas, a equipe do Consultório na Rua faz um intenso trabalho educativo e psicossocial com os frequentadores da região. Quem conduz essa intervenção é o próprio usuário. As negociações levam em consideração se a pessoa quer ou não receber informações e orientações dos profissionais. Se houver confiança e vontade, surgem dúvidas, assuntos sobre família e drogas, sempre com respeito às escolhas do usuário (OLIVEIRA, 2009).

Os encaminhamentos para a Rede Intersetorial vão se efetivando na medida em que as demandas vão surgindo. Na singularidade de cada caso, as políticas no âmbito da Saúde, Assistência Social, Cultura, entre outras, vão sendo estabelecidos no acompanhamento integral aos usuários. Esta é uma forma de tratamento que

visa minimizar os danos à saúde e riscos sociais da vulnerabilidade das situações de vida, priorizando a efetivação da cidadania (BRASIL, 2010).

A experiência do Consultório na Rua reafirma a atuação da Redução de Danos em território, mas ao mesmo tempo amplia as suas possibilidades de intervenção, na medida em que não visa mais apenas um fim específico – a prevenção de HIV/AIDS e outras DST's - mas permite a abordagem de diversas questões em saúde e também sociais vividas pelo público abordado, através de uma escuta sem estigmas, sem condenação, possibilitando a construção de caminhos singulares, exigindo a criação de tecnologias novas e diversas. Uma aposta no sujeito e no laço que com ele se possa estabelecer. Configura-se assim uma concepção ampla de redução de danos, que vai além de um conjunto de técnicas e intervenções definidas, mas toma o modo geral de uma perspectiva em atenção ao usuário de drogas (BRASIL, 2010).

É a partir desta concepção ampliada de Redução de Danos que é possível pensar uma rede de atenção que possa alcançar pessoas usuárias de diferentes drogas em seus variados contextos, permitindo a articulação em diferentes níveis de cuidado, seja na atenção primária, no Consultório na Rua, no CAPS AD, no Centro de Convivência ou no Hospital Geral (BRASIL, 2010).

É a Portaria nº 122, de 25 de janeiro de 2011 que define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua:

Art. 1º Ficam definidas, nos termos desta Portaria, as diretrizes de organização e funcionamento das equipes dos Consultórios na Rua (eCR), previstas pela Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica.

Parágrafo único. As eCR integram o componente atenção básica da Rede de Atenção Psicossocial e desenvolvem ações de Atenção Básica, devendo seguir os fundamentos e as diretrizes definidos na Política Nacional de Atenção Básica.

Art. 2º As eCR são multiprofissionais e lidam com os diferentes problemas e necessidades de saúde da população em situação de rua.

§ 1º As atividades das eCR incluirão a busca ativa e o cuidado aos usuários de álcool, crack e outras drogas.

§ 2º As eCR desempenharão suas atividades in loco, de forma itinerante, desenvolvendo ações compartilhadas e integradas às Unidades Básicas de Saúde (UBS) e, 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.

§ 3º As eCR utilizarão, quando necessário, as instalações das UBS do território (BRASIL, 2011).

Deste modo, a prática no espaço da rua deve incorporar o saber, a experiência e a cultura das pessoas que o constituem e deve ser construída a partir de uma relação interpessoal baseada no vínculo, no acolhimento e na escuta qualificada. Compreender a vida na rua e o uso de drogas é algo desafiador e complexo, sobretudo no atual cenário epidemiológico nacional e local (BRASIL, 2010).

### 3 A PROCESSUALIDADE DE UM DESEJO

Esta Cartografia inspirou-se nas 'pistas teóricas e metodológicas' propostas por Passos, Kastrup e Escóssia (2009) por explicitar de maneira didática um possível conjunto de etapas da cartografia, facilitando a compreensão e posterior realização na prática de pesquisa.

#### 3.1 Traçados Metodológicos: Tessitura Conceitual

Os instrumentos cartográficos (ferramentas cartográficas) que serão discutidos mais à frente estão pautados em dois conceitos, os quais pode-se considerar que são constitutivos do método, ou, fundamentalmente compõem a cartografia, e lhe dá uma identidade conceitual. Os elementos em discussão são: a tese do Rizoma como fluxos de intensidades em conexões, a produzirem a realidade social (DELEUZE, GUATTARI, 2008) - o que parece ser o conceito fundante da ideia geral de cartografia - e o Desejo como força propulsora da ação dos sujeitos, significando a produção subjetiva do *socius* (DELEUZE, GUATTARI, 1972). Estes conceitos, na cartografia que se pretende produzir, são imanentes entre si, ou seja, são inerentes, intrínsecos, não se separam (BAREMBLITT, 2002).

Uma primeira referência importante para pensar na cartografia como método de investigação, vem de Deleuze e Guattari, em especial na Introdução ao livro "Mil Platôs: capitalismo e esquizofrenia, volume 1" os autores discutem o Rizoma como dispositivo de produção da realidade social, tendo por base a ação dos sujeitos em conexões entre si e com o mundo, por fluxos de intensidades. Enumeram várias características de um rizoma, sendo:

"1º e 2º - Princípio de conexão e de heterogeneidade: qualquer ponto de um rizoma pode ser conectado a qualquer outro e deve sê-lo"; "3º - Princípio de multiplicidade: é somente quando o múltiplo é efetivamente tratado como substantivo, multiplicidade, que ele não tem mais nenhuma relação com o uno como sujeito ou como objeto, como realidade natural ou espiritual, como imagem e mundo"; "4º - Princípio de ruptura a-significante: Um rizoma pode ser rompido, quebrado em um lugar qualquer, e também retoma segundo uma ou outra de suas

linhas e segundo outras linhas”. “5º. – Princípio de cartografia e de decalcomania: Um rizoma não pode ser justificado por nenhum modelo estrutural ou gerativo. [...] Uma das características mais importantes do rizoma talvez seja a de ter sempre múltiplas entradas” (DELEUZE, GUATTARI, 2008, p. 15-22).

O rizoma opera tendo os Platôs como plataformas de produção subjetiva do meio social, de alta intensidade, e que se conecta com os planos sobre os quais a realidade se manifesta. Assim os platôs tomam um lugar importante nas cartografias, pois se constituem como lugar de potência na produção do mundo e da vida. Eis o que pensam os autores sobre os platôs:

Um platô está sempre no meio, nem início nem fim. Um rizoma é feito de platôs. Gregory Bateson serve-se da palavra ‘platô’ para designar algo muito especial: uma região contínua de intensidades, vibrando sobre ela mesma, e que se desenvolve evitando toda orientação sobre um ponto culminante ou em direção a uma finalidade exterior (DELEUZE, GUATTARI, 2008, p. 33).

O caráter múltiplo, heterogêneo, e de muitas entradas do rizoma, vai lhe dando porosidade, e ele é atravessado por diversas lógicas nos agenciamentos de construção da realidade social. Entende-se por agenciamento como sendo “um dispositivo produtor de inovações que gera acontecimentos e devires, atualiza virtualidades e inventa o novo radical” (BAREMBLITT, 2002, p.135).

Na cartografia não cabem julgamentos de valor sobre a atuação dos sujeitos, mas busca-se compreender o seu funcionamento, na ação produtivo-desejante - o devir, a metamorfose (BAREMBLITT, 2002), que empreendem na produção do cuidado. Assim esses sujeitos atuam conforme os planos de consistência que se formam na relação com o outro, na sua alteridade imediata. Por essa lógica, não há o mal ou bem, o bonito ou feio, mas subjetividades que estão capturadas por determinado território existencial e significam o mundo da vida conforme esse território (FRANCO, MERHY, 2011).

Assim, as conexões que acontecem entre eCR e usuários teriam a capacidade de afetar um ao outro, e isto se dá por intensidades circulando entre as relações que se estabelecem entre dois corpos, entendendo-se como corpo, sujeitos em ação como trabalhador e usuário, ou trabalhador e trabalhador, mas também

estes com as normas, saberes, instrumentos que configuram corpos no cenário do cuidado em saúde (FRANCO, MERHY, 2011).

Estas conexões podem formar um campo energético, invisível, que funciona em fluxos circulantes envolvendo o cuidado, e configuram assim “linhas de vida”, ou por outro lado, “linhas de morte”, conforme o encontro trabalhador-usuário produza acolhimento, vínculo, autonomia, satisfação, ou, um modo de agir que se manifesta de modo sumário, burocrático, vai produzir heteronomia, insatisfação. Assim, dependendo da situação existente há um aumento ou redução da potência de agir (FRANCO, MERHY, 2011).

O que se produz na relação entre os ‘sujeitos’, no espaço das suas interseções, que é um produto que existe para os ‘dois’ em ato e não tem existência sem o momento da relação em processo, e na qual os inter se colocam como instituintes na busca de novos processos, mesmo um em relação ao outro” (MERHY, 2002).

Essa rede que se forma na informalidade do cotidiano em uma equipe ou nos serviços de saúde é como o rizoma, não tem começo nem fim, se conecta em qualquer ponto, sendo esse processo relacional impulsionado pela liberdade. Nesta trama, vão se operando relações em fluxos de alta intensidade no interior do processo de produção de cuidados. Estes fluxos fazem com que haja conexão entre os muitos trabalhadores, usuários, pessoas e coisas, que se colocam no plano do processo de produção do cuidado e são partes constitutivas do mesmo (FRANCO, MERHY, 2011).

O trabalho em saúde vai se produzir circunscrito a um determinado território existencial, que opera em um referencial ético-político no qual os trabalhadores adotam como “plano de consistência” entre ele e o usuário. Este plano de consistência diz respeito ao campo invisível do cuidado em saúde, os afetos que dão significado à relação trabalhador-usuário, e ao próprio cuidado que se realiza e se refere aos fluxos circulantes na relação que se estabelece entre trabalhador e usuário, trabalhador e trabalhador (FRANCO, MERHY, 2011).

Uma segunda referência importante, para o uso de instrumentos cartográficos em pesquisa, diz respeito ao conceito de desejo. O desejo que se forma no

inconsciente é energia produtiva e propulsora da construção da realidade social pelo sujeito:

O que salta logo à vista é que o objeto do desejo não são pessoas nem coisas, mas meios inteiros que ele percorre, vibrações e fluxos de qualquer tipo a que ele se une, introduzindo neles cortes, capturas, um desejo sempre nómada e migrante, cuja principal característica é o “gigantismo” [...]. Em suma, tanto os meios sociais como os biológicos, são objeto de investimentos do inconsciente, necessariamente desejantes ou libidinais, que se opõem aos investimentos pré-conscientes de necessidade e interesse (DELUZE; GUATTARI, 1972, p 305).

Assim entende-se que o desejo é agenciamento, isto é, ele está sempre em atividade, produzindo realidades alternativas e revolucionárias em toda dimensão da vida. O desejo como produção tem a energia da invenção da realidade social, da criação de um novo devir para o mundo da vida, é revolucionário. Associada à produção do mundo que se dá por subjetividades desejantes, estas operam em fluxos, em conexão entre muitos campos de intensidades e dão formação a novos mundos que vão se constituindo no processo (GUATTARI; ROLNIK, 1999).

No plano social, a força motriz de construção da sociedade é o desejo, e ele é constitutivo das subjetividades que tornam os sujeitos protagonistas de processos de mudança que se formam em nível inconsciente. Estes mesmos sujeitos operam na construção e desconstrução de mundos, os territórios existenciais se modificam neste processo. “O desejo é da ordem da produção e qualquer produção é ao mesmo tempo desejante e social” (DELUZE; GUATTARI, 1972, p 308)

Os processos de territorialização, desterritorialização e reterritorialização, em se tratando aqui de territórios existenciais, e o modo como, certos acontecimentos agenciam mudanças na subjetividade, ocasião em que indivíduos ou coletivos de sujeitos se desterritorializam, significam mudanças estruturais no modo de significar e interagir com o mundo da vida. Isto se produz por força do desejo, isto é, ele é a força motriz de novos modos de atuar no mundo e de produção de novos sujeitos (ROLNIK, 2006).

Pode ser assim construída a cartografia: rizoma como fluxo contínuo e o desejo enquanto força produtiva. Aqui irá sendo composta uma possibilidade de formação cartográfica dos processos de produção do cuidado. O método deve procurar cartografar o plano visível e invisível dos processos de produção, com os

sujeitos em ação, sendo impulsionados pela energia desejante. Estes conceitos são referências para um método de análise dos processos de produção de vida e cuidado, processo(s) que revela a ação produtiva dos sujeitos e seus agenciamentos na construção da realidade social do campo do agir no mundo do cuidado em saúde, enquanto singularidades (TULIO; MERHY, 2011; ROLNIK, 2006).

Cartografar é investigar um processo de produção e diz respeito à produção subjetiva da realidade social, impulsionada pelo desejo. E essa produção de subjetividade se dá por acontecimentos que impactam no micro-cosmo isto é, por “fatores de afetivação”, que de alguma forma chegam até o sujeito e impactam a sua forma de significar o mundo. Há neste contexto um processo de formação subjetiva do meio social e de si, como algo simultâneo, legítimo e inexorável (KASTRUP, 2007). Como método de pesquisa, a cartografia provoca ao mesmo tempo análise e intervenção.

Do cartógrafo se espera que esteja mergulhado nas intensidades de seu tempo e que, atento às linguagens que encontra, devore as que lhe parecerem elementos possíveis para a composição das cartografias que se fazem necessárias, numa dinâmica de produção subjetiva da realidade, que revela os sentidos, a multiplicidade, a complexidade da ação humana no âmbito da micropolítica e sua expressão e construção social (TULIO; MERHY, 2011; ROLNIK, 2006).

A cartografia como direção metodológica pode ser articulada com oito ideias (ou pistas) que compõem um plano de ação ou de pesquisa (PASSOS; KASTRUP; ESCÓSSIA, 2009):

1. Toda pesquisa é intervenção e toda intervenção em saúde é sempre uma atitude clínico-política, tendo a ideia de que o campo de análise não se separa do campo de intervenção. Portanto, conhecer não é representar uma realidade preexistente, mas é um processo de invenção de si e do mundo. Sujeito e objeto são engendrados pelas próprias ações cognitivas de modo recíproco e indissociável. Ocorre, aqui, uma indissociabilidade entre a produção de conhecimento e a transformação da realidade.

2. Sob uma política construtivista, definem-se quatro gestos da atenção cartográfica durante o trabalho de campo: o rastreio, o toque, o pouso e o reconhecimento atento – gestos propícios para acessar elementos processuais

provenientes do território, de interesse do cartógrafo. Para inibir a atenção seletiva que habitualmente domina nosso funcionamento cognitivo, esse funcionamento requer uma concentração sem focalização, por meio da ideia de uma “atenção à espreita”, ao mesmo tempo flutuante, concentrada e aberta (KASTRUP,2007).

3. “Cartografar é acompanhar processos”; processos em seu caráter de processualidade, que também estão presentes em cada momento da pesquisa. A cartografia não se destina a isolar o objeto de suas articulações históricas e de suas conexões com o mundo. Para isso, é preciso dar conta de suas modulações e de seus movimentos permanentes, “dar língua para afetos que pedem passagem” (ROLNIK, 2006; DELEUZE; GUATTARI, 2008; PASSOS; KASTRUP; ESCÓSSIA, 2009). Esse acompanhamento exige a produção coletiva do conhecimento (há um coletivo se fazendo com a pesquisa) e depende de uma atitude, de um *ethos* do pesquisador imerso no plano das intensidades de um território.

4. Movimentos-funções do dispositivo no método da cartografia: a cartografia enquanto método de pesquisa requer procedimentos concretos encarnados em dispositivos. Os dispositivos são máquinas que fazem ver e falar, compostas por linhas de força, de visibilidade, de enunciação e de subjetivação (PASSOS; KASTRUP; ESCÓSSIA, 2009; FARINA 2008) O que caracteriza um dispositivo na pesquisa cartográfica é sua irrupção naquilo que se encontra bloqueado para a criação.

5. Ao lado das formas e dos objetos com seus contornos estáveis, existe um plano coletivo de forças que os produz, um plano movente da realidade das coisas que não pode ser abandonado quando se pretende compreender um objeto. A cartografia aqui é apontada como estratégia de acesso, de análise e de construção desse plano.

6. Ideia de dissolução do ponto de vista do observador: a cartografia requer a suspensão da posição pessoal do pesquisador, marcada por interesses, expectativas e saberes anteriores, de modo que, no encontro entre pesquisador e o objeto da pesquisa, o primeiro possa colocar-se de forma efetivamente presente.

7. Importância da imersão do cartógrafo no território pesquisado: a pesquisa cartográfica sempre pressupõe a habitação de um território, numa postura de receptividade afetiva, encarnada nas situações reais, o que permite ao observador

falar “com”, e não apenas falar “sobre” um objeto - parte-se do conceito de território existencial em que é a expressividade, e não a funcionalidade, que explica a formação territorial (DELEUZE; GUATTARI, 2008; PASSOS; KASTRUP; ESCÓSSIA, 2009).

8. A cartografia é um método que exige uma mudança nas práticas habituais de narrar uma pesquisa, num esforço para uma análise expressiva do discurso, em busca de uma “política da narratividade” – um modo inventivo de dizer que expresse processos de mudança de si e do mundo.

As práticas de cuidado e de pesquisa qualitativas dizem respeito a narrativas. As diferentes formas de produção de dados (entrevistas, grupos focais, observação participante, análise documental, pesquisa bibliográfica...) indicam diferentes maneiras de narrar, associadas a um direcionamento político que escolhemos. Se falarmos de uma escrita que valoriza a narrativa dos sujeitos de pesquisa, falamos, ao mesmo tempo, de uma forma de pesquisar que valoriza o sujeito.

A cartografia tem como aposta a construção de intercessores, a busca de interferências e agenciamentos (DELEUZE, GUATTARI, 2008). Essa busca se faz em torno de movimentos, de processos complexos e situações cotidianas. Nesse contexto, ‘esforça-se por desestabilizar as fronteiras entre pesquisador e campo, para que nessa passagem possam emergir focos de invenção, de alteridade’ (PAULON; ROMAGNOLLI, 2010.p.97).

#### **4 SOBRE O TERRITÓRIO POLÍTICO-EXISTENCIAL: ESBOÇANDO UMA PAISAGEM**

Este estudo foi realizado com a equipe do primeiro consultório na rua do Município de Viamão, localizado na região metropolitana de Porto Alegre, Estado do Rio Grande do Sul, no período de Março a Novembro de 2012. A escolha do campo deu-se através de minha aproximação/participação como pesquisadora do Projeto ViaRede, cuja inserção suscitou o acompanhamento do projeto piloto da política de saúde mental do município “Consultório na Rua – Se esta rua fosse minha...” coordenado pela Secretaria Municipal de Saúde de Viamão.

A colheita dos dados deu-se através da observação de informações documentais, anotações/diário de campo provenientes das supervisões clínico-institucionais que acompanhei e idas a campo com os redutores de danos, bem como o relatório de atividades e relatório do mapeamento realizado pelos redutores no período de inserção no consultório, além de entrevista (APÊNDICE B) feita com a equipe do consultório na rua.

Na pesquisa cartográfica, seu caráter de intervenção sobre a realidade faz com que tenhamos que redefinir o sentido habitualmente atribuído ao procedimento metodológico de coleta de dados. Utilizou-se o termo “colheita de dados” para afirmar o caráter mais de produção do que de representação. Seguindo o a ideia de Passos e Kastrup (2013, p 395) “a pesquisa colhe dados porque não só descreve, mas, sobretudo acompanha, processos de produção da realidade investigada. Tal colheita exige uma posição do pesquisador diferente do sobrevoo do objeto, na pressuposição de neutralidade e não implicação com o conhecimento produzido”.

Ressalta-se que foram observadas as considerações bioéticas, referentes às normas para pesquisas envolvendo seres humanos, conforme recomenda a Resolução Nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012) a qual, dentre outras exigências, trata sobre o consentimento livre e esclarecido (APÊNDICE A), que foi utilizado ao se solicitar a participação dos sujeitos do estudo.

#### **4.1.Paisagens que compuseram o território**

As Políticas Públicas sobre Álcool e outras Drogas configuram como cenário vivo aquilo que hoje está instituído e colocado como certo grau de conquista, e que, há poucas décadas era fonte instituinte de mudanças no cuidado às pessoas com sofrimento psíquico. Este cenário movimenta-se e dialoga com os atores que estão em cena e, ao narrá-lo, de alguma forma também atualizamos os debates passados, lembrando que o modo de atenção psicossocial acontece na vida cotidiana dos serviços de saúde mental, no trabalho vivo diário de seus profissionais, usuários e familiares que produzem saúde.

Fundamentalmente nesse momento é importante relatar como essa legislação vigente em saúde mental vem tecendo redes no município de Viamão, não só a partir de suas estruturas hierarquizadas e estratificadas, mas também em seu modo de relação, tensionamentos, contradições, e dramas cotidianos. Abaixo descreveremos o que foi instituído até então e quais processos instituintes estão em curso.

A origem do nome Viamão é muito controversa. Uma das versões é a de que, a certa altura do Rio Guaíba, pode-se avistar cinco afluentes (rios Jacuí, Caí, Gravataí, Taquari e dos Sinos), que formam uma mão espalmada. Daí a frase: “Vi a mão”. Conforme alguns, seria originário do nome “ibiamon”, que significa “Terras de Ibias” (pássaros). Outros afirmam que seria uma passagem entre montes, o que chamavam de via-monte. E existe ainda o relato de que teria como origem o antigo nome da província de Guimarães, em Portugal: Viamara (FAGUNDES, 2001).

Viamão já foi capital do Estado, enquanto outras fontes referem-se a uma alteração de endereço da sede do “Governo de Rio Grande de São Pedro” que, em função da invasão de tropas castelhanas, em 24 de abril de 1763, transferiu-se para a capela de Viamão, sendo que, de 1767 a 1773, as sessões do Senado da Câmara realizaram-se em Viamão (FAGUNDES, 2001).

Nem Porto Alegre, nem Viamão existiam à época, na qualidade de municípios; os dois eram distritos de Laguna, hoje, município do estado de Santa Catarina. Com a divisão da Capitania do Rio Grande de São Pedro do Sul, pelo Alvará de 27 de abril de 1809, ficou o Rio Grande com quatro municípios, a saber:

Pôrto Alegre, Rio Grande, Rio Pardo e Santo Antônio da Patrulha. Assim, Viamão foi elevada à categoria de cidade pelo Decreto estadual nº 7.842, de 30 de junho de 1939 (FAGUNDES, 2001).

Viamão é um dos núcleos de população que deram origem ao nosso Estado. A região de Viamão está localizada no encontro de diversas paisagens continentais, sendo a planície situada junto ao litoral atlântico e utilizada como corredor terrestre para o interior, entre a laguna dos patos, a sul e as encostas do planalto meridional a norte, para oeste de Viamão está a chamada depressão central, formada pelas planícies existentes a sul alinhamento da borda do planalto meridional (baixo e médio vale do rio Jacuí e vale do rio Ibicuí) do Rio Grande do Sul, utilizada como corredor de circulação pelos ameríndios desde antes de 1492 (IBGE, 2010).

A importância geográfica de Viamão é sua posição estratégica na ligação entre litoral e o interior do continente, servindo como porta de acesso aos primeiros colonizadores portugueses que chegaram pelo litoral e adentraram pela província do Rio Grande de São Pedro. A população predominantemente na região era a indígena - índios guaranis (IBGE, 2010).

Em divisão territorial datada de 2003, o município foi constituído de oito distritos: Viamão, Águas Claras, Capão da Porteira, Espigão, Itapuã, Passo da Areia, Passo do Sabão e Viamópolis.

De acordo com o Censo de 2010 realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Viamão é o 7º município mais populoso do Estado do Rio Grande do Sul, com uma população de 239.384 habitantes.

Na figura abaixo, pode-se observar a sua localização estratégica na ligação entre litoral e o interior do continente, bem como a aproximação da capital do Estado do Rio Grande do Sul.

Figura 2 – Imagem da Região Metropolitana de Porto Alegre, em destaque o município de Viamão.



Fonte: Google Maps®

Além disso, Viamão é o município com a maior extensão territorial da região Metropolitana de Porto Alegre, com uma área de 1493 km<sup>2</sup>, o que pode ser verificado na imagem acima. Isto influenciou de maneira direta no trabalho de mapeamento geográfico das áreas de maior vulnerabilidade social que foi realizado pelos redutores de danos do consultório na rua do município, visto que este trabalho visava abranger uma área de maior extensão territorial. Para tanto, este trabalho de mapeamento abrangeu a região central, constituindo-se pelos bairros: Centro, Dom Feliciano, Sítio São José, Fiúza, Estalagem, Krahe, Lomba Tarumã, Ipê e Alto Tarumã.

Acerca dos estabelecimentos de saúde, 51% são de cunho Privado, 46,9% são Municipais e 2% são Estaduais.

A população de Viamão é atendida por nove Unidades Básicas de Saúde (UBS – Monte Alegre, Augusta Marina, Planalto, Santa Isabel, Capão da Porteira, Orieta, Santa Cecília, São Tomé e Esmeralda), duas Unidades de Referência em Saúde (URS – Centro e Lomba do Sabão), cinco Estratégias de Saúde da Família (ESF – Águas Claras, Luciana Itapuã, Augusta Meneghini e Vila Elza), um Pronto Atendimento e um Hospital (Instituto de Cardiologia- Hospital de Viamão) que

oferece atendimento clínico, pediátrico, cirúrgico e obstétrico e três leitos para internação psiquiátrica.

## **4.2 A Saúde Mental em Viamão**

Esta caracterização foi realizada partindo-se de informações documentais (SMS VIAMÃO, 2012). A rede de saúde mental de Viamão atualmente é constituída pelos seguintes serviços: CAPS II Casa Azul, CAPS II Centro Renascer, CAPS II AD Nova Vida e CAPSi. Os quatro CAPS estão estruturados em casas espalhadas pela cidade, onde o acesso dos usuários é regionalizado. Cada CAPS tem uma equipe multiprofissional que ainda tem como desafio o trabalho interdisciplinar, numa lógica psicossocial.

O Município iniciou um trabalho de matriciamento na rede básica de saúde, onde houve pactuação de fluxos, discussão de casos e sobre o cuidado às pessoas com transtornos mentais e com uso prejudicial de substâncias psicoativas. Há dez leitos psiquiátricos cadastrados pelo SUS disponibilizados no hospital geral do município, entretanto, a regulação destes não é realizada pelos serviços de saúde mental, o que em determinadas situações, mantém a lógica de referenciar as internações aos hospitais psiquiátricos, através da Central de Leitos da Secretaria Estadual de Saúde (VIAMÃO, 2012).

Em 2003, o município aderiu ao Programa de Volta para Casa e atualmente possui 25 usuários cadastrados, sendo 22 moradores do Residencial Terapêutico Morada Viamão, egressos do Hospital Psiquiátrico São Pedro. O residencial é administrado pela gestão estadual de saúde do RS. Ambas as gestões vêm desenvolvendo um trabalho articulado no cuidado a estes usuários (VIAMÃO, 2012).

Em 2009, através de um Convênio para o desenvolvimento do Programa de Residência Integrada em Saúde Mental Coletiva o município iniciou uma parceria junto a Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), tendo como campos de atuação o Residencial Terapêutico Morada Viamão e os CAPS do município, o que vem possibilitando a promoção da instersetorialidade e firmando um trabalho em rede, ainda que este apresente algumas dificuldades. Há iniciativas de geração de trabalho e renda, com articulações intersetoriais junto à assistência social, educação

e desenvolvimento econômico. Outras iniciativas, como o desenvolvimento de projetos de pesquisa, vêm fortalecendo os dispositivos clínicos para qualificar e ampliar o cuidado em saúde mental. Apesar de buscar construir uma rede de saúde estruturada, mas esta ainda se mostra insuficiente para o atendimento de suas demandas (VIAMÃO, 2012).

A perspectiva de acolhimento aberto aos usuários e familiares é o que configura o trabalho do CAPS AD do município de Viamão, e tem como diretrizes a Política Nacional de Saúde Mental e a Política Nacional sobre Drogas e os preceitos da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Conforme dados do serviço, atualmente o número de usuários atendidos pelo CAPS AD é de 179 pessoas, nas modalidades intensiva, semi-intensiva e não intensiva. Entretanto, existem em torno de 2.000 usuários cadastrados no serviço. Dentre estes, existem os que estão vinculados ao serviço de DST/AIDS e também os que mesmo com esta comorbidade não conseguem aderir aos tratamentos ofertados (VIAMÃO, 2012).

O município apresenta uma relevante situação epidemiológica em casos de AIDS, sendo um dos cinco municípios do Rio Grande do Sul que apresentaram o maior número de casos acumulados, até junho de 2010: Porto Alegre (24.706), Canoas (2.252), São Leopoldo (2.102), Pelotas (1.863) e Viamão (1.825). Dentre esses municípios, a maior incidência, em 2009, foi observada em Porto Alegre - 172,1/100.000 habitantes (VIAMÃO, 2012).

O Programa Municipal de DST/AIDS desenvolveu junto à ONG “Apoio, Solidariedade e Prevenção à AIDS” (ASPA) ações em redução de danos até maio de 2009 e todos os trabalhadores do Serviço de Atendimento Especializado (SAE), foram capacitados na área de redução de danos. Desde 1996 a ASPA dedica-se à melhoria da qualidade de vida na região, sob o foco da prevenção à AIDS, baseando-se na solidariedade e na contribuição voluntária de pessoas, instituições e empresas, contemplando a visão da responsabilidade social. Esta ONG é uma instituição da comunidade do Vale do Rio dos Sinos (São Leopoldo – RS).

Com o intuito de elaborar uma proposta de intervenção para a população usuária de drogas na região central da cidade, somada ao interesse de implantação de um Programa de Redução de Danos, propôs-se o projeto “Se essa Rua Fosse Minha – Consultório na Rua do Município de Viamão”, cujas ideias

iniciais foram pensadas por profissionais do Centro de Atenção Psicossocial - álcool e outras Drogas (CAPS AD).

## **5 PROCEDIMENTOS DE COLHEITA DE DADOS – OS INSTRUMENTOS DA CARTOGRAFIA E A EMERGÊNCIA DO DISPOSITIVO CONSULTÓRIO NA RUA**

Colhe-se dados porque se cultiva a realidade no ato de conhecê-la. Nesse sentido, a validação da pesquisa cartográfica se faz pela explicitação das formas de manejo com os dispositivos de colheita de dados. Os dispositivos de produção de dados envolvem diferentes instrumentos de colheita tais como a observação participante, os grupos focais, os grupos de intervenção e as entrevistas, bem como os meios de registro: gravações, transcrições e diários de campo (PASSOS, KASTRUP, 2013, p 396).

O mês era março (de 2012) e aquele dia era especial, pois iria viajar de Porto Alegre até o município de Viamão a fim de conhecer uma equipe de consultório na rua. A ideia que me guiava nessa visita era a possibilidade de realizar uma pesquisa cartográfica ligada à tese de doutorado em Enfermagem.

Estávamos entre cerca de dez pessoas na sala de reuniões do Centro de Atenção Psicossocial “Nova Vida” (CAPS AD Nova Vida), sendo seis os novos componentes da equipe do consultório na rua (eCR) contratados pelo município para desenvolver o projeto de consultório na rua. Todos eles enfatizavam a grande experiência de trabalho no município, visto que eram advindos de outras áreas da saúde e tendo exercido, por exemplo, a função de agente de endemias (dengue) durante muitos anos. Percebi o quanto este momento era histórico no município, pois tal projeto obteve aprovação após várias tentativas de implementar dispositivos inovadores de atenção em saúde. Ali se encontravam, além da eCR, o supervisor clínico institucional, a coordenadora do CAPS AD e a coordenadora de saúde mental do município.

Neste encontro, tive que justificar meu interesse em estar ali, sem ao certo saber explicar muito bem meu projeto, pois ainda estava em fase de estruturação. Mas a cartografia não é assim mesmo? A partir de um olhar cartográfico, tentei mergulhar na compreensão das características do modo de organização deste consultório na rua.

Naquele momento, o que me interessava era saber o quanto a saúde mental, mais propriamente dito a redução de danos, estavam encontrando canais de

efetuação. Neste encontro, foi construído o plano de atuação da eCR, inicialmente elencando como prioritárias as regiões de maior vulnerabilidade do município (conhecidas como “Territórios da Paz”). Entretanto, nem todos os trabalhadores tinham sequer alguma experiência na saúde mental, o que culminou na estratégia de se propor uma itinerância para vivenciar as rotinas dos serviços (CAPS AD, CAPS II Renascer, CAPS Casa Azul, Residencial Terapêutico). Estas vivências deveriam ser registradas em diários de campo e posteriormente entregues ao supervisor. Tal estratégia também serviu para organizar o trabalho, visto que o consultório na Rua ainda não possuía seu próprio transporte, sendo inviável o acesso a territórios tão distantes.

Início de um grande desafio. O Consultório na Rua suscitava em todos os profissionais da equipe um permanente questionamento sobre o que “fazer”. No início, foi-se descobrindo “como fazer, fazendo”, tal o inusitado da proposta. Se, tradicionalmente, o cuidado às pessoas que usam drogas já remete a uma busca constante de estratégias e formas de trabalhar as dificuldades frequentes no manejo do tratamento, o atendimento fora dos muros institucionais convocava ainda mais a criatividade dos trabalhadores.

Assim, me deparei com inúmeras questões. A compreensão de que a equipe é a tecnologia essencial do CR requeria uma consideração especial no sentido de buscar aprimorar suas ações. O arsenal técnico/teórico deveria contemplar referenciais, tais como o trabalho no território, a clínica centrada no sujeito, a redução de danos, a intersubjetividade e outros aspectos pertinentes aos pressupostos dos novos modelos de atenção em saúde.

Dentro do possível, foi-se iniciando e desenvolvendo ações de prevenção e promoção da saúde, mas, em especial, atividades para a minimização dos danos causados pelo uso de substâncias psicoativas (SPA). Deste modo, a proposta da promoção de saúde refere que a saúde é um conceito amplo e não se restringe apenas a uma situação de ausência de doença, que saúde significa desenvolver ações que permitam um bem-estar do indivíduo e da sociedade como um todo, e que a promoção de saúde é um processo que permite às pessoas adquirir maior controle sobre sua saúde e ao mesmo tempo realizar suas aspirações e satisfazer suas necessidades.

Qual o alcance do CR para o atendimento de tais ações? Na medida em que se desenvolvem as atividades, no processo de interação, já se obtém uma troca de saberes que embasam a relação que vai permitindo uma conscientização de cidadania. Em algumas outras atividades específicas, foi-se ampliando intencionalmente a noção de direitos dos usuários enquanto cidadãos fornecendo-lhes informações, e reforçando a autoestima destes para o exercício da cidadania, e para a assunção de suas responsabilidades sobre si mesmos, sua saúde, e seus direitos sociais. Atua-se na perspectiva de intermediar o acesso à saúde, introduzir os usuários na rede de saúde e social de apoio, aumentar os conhecimentos e as informações relacionadas com a saúde, bem como buscar reforçar as instituições existentes e aumentar os serviços da rede para esse segmento. Essas ações caracterizam o papel político e articulador do Consultório na Rua com a rede intersetorial.

Frente à multiplicidade de necessidades e carências sociais da população atendida, as demandas dirigidas ao CR implicavam para os trabalhadores numa prática que rompesse com ações isoladas, ensejando o fortalecimento da integralidade destas ações no âmbito intersetorial. Dentre as atividades desenvolvidas nesse sentido citam-se os contatos com algumas escolas públicas, com secretarias do desenvolvimento social, unidades de saúde. O tema da promoção da saúde surgia com mais frequência nas discussões da equipe com questionamentos acerca dos limites entre um nível de intervenção e outro, quais atividades revelavam ações específicas no nível da intervenção em promoção da saúde, ou não. Discussões que ainda se fazem necessárias, para ampliar as potencialidades e alcance da atuação do CR.

O funcionamento do trabalho no espaço público aberto muitas vezes não possibilitava que os trabalhadores pudessem “abdicar” a interação e o atendimento a essas pessoas que se aproximavam solicitando ajuda. Assim, na medida do possível, a eCR ia atendendo as demandas que pareciam importantes e que, de alguma forma, estivessem relacionadas ao contexto da sua intervenção e de suas possibilidades, realizando orientações e encaminhamentos.

A rede de relações existentes entre os indivíduos que vivem nas ruas se caracteriza por vínculos de amizade, amor, prazer, cumplicidade,

construídos pela solidariedade e necessidade de proteção, que os ajudam a sobreviver em um ambiente de alto risco, mas, também, onde se apresentam disputa de poder, traições, brigas e morte, enfim, todas as nuances do relacionar-se humano. Dá-se, assim, uma complexa rede de relações pré-existentes ao trabalho que precisa ser levada em conta no momento em que se adentra o território e se tem acesso à sua gente. Relações estas que vão conformando os contextos (OLIVEIRA, 2009, p 71).

Utilizando-se destes recursos, e de acordo com esses fundamentos, a eCR tentava realizar uma escuta que, muitas vezes, poderia ser caracterizada como uma escuta sensível, oportunizando espaços de subjetivação e elaboração das histórias de vida, considerando a particularidade de cada um e fazendo surgir, no sujeito, questões acerca de suas escolhas e de suas condições, possibilitando que os trabalhadores pudessem emergir ali como agentes de produção e de redefinição de trajetórias de vidas.

A equipe representou a parte essencial do CR consistindo em si mesma a tecnologia dessa prática. A intervenção se processa no seu modo de operar, em que se configuram as práticas de acolhimento, de vínculo, de flexibilidade e criatividade.

A formação inicial da equipe (seis pessoas) modificou-se à medida que transcorria a experiência. Por volta do quarto mês do início do trabalho do CR na comunidade, duas trabalhadoras assumiram cargo público em outro município, outras duas optaram por retomar suas funções anteriores (agente de endemias-dengue) e um outro trabalhador, este sim já com experiência prévia em programas de redução de danos, acabou sendo desligado da equipe por motivos de não adaptação (na verdade acredita-se que o mesmo não estaria de fato realizando o trabalho combinado entre a equipe). O funcionamento do CR ajustou-se a partir da prática, de modo que, no decorrer do trabalho, permaneceu uma equipe mínima que prevaleceu até o final da experiência aqui descrita, cuja composição incluía a contratação de quatro trabalhadoras que receberiam bolsa auxílio (uma técnica de enfermagem, uma acompanhante terapêutica, uma pedagoga e a outra agente de endemias). Além das categorias profissionais que pudessem contemplar as demandas e necessidades da população, os recursos disponíveis para o projeto atribuíam limites técnicos para a equipe. Principalmente o fato de a eCR não ter veículo próprio, dependendo de eventuais empréstimos de carros de outros serviços.

O gerenciamento da equipe se constituiu, assim, um ponto chave para o desempenho do trabalho. Esse aspecto, dada a característica do trabalho no espaço aberto, impôs à equipe uma comunicação sutil, mas objetiva, na medida em que decisões precisavam ser tomadas no ato, construindo-se uma rede de solidariedade/complementaridade fundamental para o trabalho em equipe. A interação é a intervenção... a equipe precisava estar afinada com a possibilidade de exercerem ações das quais podiam contar, ali, no momento do atendimento, visualizando outras formas de intervir, distintas e complementares à sua prática. Para alguns, o olhar para outro campo disciplinar soou como uma descoberta. Introduzidos no trabalho interdisciplinar por essa via, os profissionais tentavam ir dando conta das dificuldades na busca de “solução” dos impasses, enfim, das imensas dificuldades do trabalho com essa população específica.

Durante os primeiros meses de trabalho, falas repetidas dos profissionais tais como a frase “o quê que é para fazer?”, expressavam o impacto sentido frente à realidade descortinada à sua frente contendo toda a complexidade da vida dos usuários de drogas na rua. Esse descortinamento parecia aumentar ainda mais a angústia da equipe e o sentimento de impotência e de inadequação/ para lidar com um contexto de trabalho inusitado. A inquietação mobilizava a equipe, a se indagar, continuamente, onde estava a sua falha.

A sequência do trabalho foi mostrando que não haveria um formato rígido, não haveria um “certo”. O que parecia um processo de busca para encontrar o caminho “certo”, revelou-se uma característica intrínseca à própria proposta e às peculiaridades dos sujeitos atendidos.

Aquele funcionamento, a acontecer sempre na imprevisibilidade, estava consoante com o objeto da intervenção, um “objeto complexo”. Essa permanente instabilidade da ação iria requerer, como um modo permanente de atuação da equipe, a flexibilidade, a criatividade e a capacidade de adaptar-se continuamente às situações apresentadas no cotidiano do trabalho. O CR significou um campo de experimentação, na medida em que sua prática foi sendo construída no próprio fazer cotidiano, buscando-se encontrar a melhor forma de atuar e atender às demandas e necessidades da população.

Inúmeras vezes era preciso enfatizar aos trabalhadores que o inesperado fazia parte do trabalho, a exemplo das situações em que poderiam encontrar a rua esvaziada ou depararem-se com a ausência do usuário com o qual havia um acompanhamento em curso, ou encontrar os sujeitos em estado de entorpecimento ou de extrema ansiedade, dificultando o estabelecimento de contato. Isso, sem mencionar as mortes daqueles cujos contatos cessava de forma violenta e abruptamente. Ou ainda, frequentemente, as atividades planejadas nas reuniões que não conseguiam ser realizadas.

A equipe atendia nas áreas selecionadas, de modo constante, sempre no mesmo dia e horário, procurando estabelecer um ritmo, criar intervalos e constituir uma referência. A regularidade da presença, as explicitações dos objetivos permitiam a aproximação e a construção de vínculos entre a equipe do CR e os usuários.

A abordagem do tema das drogas ocorria a partir das solicitações do público atendido que aconteciam em tempos muito variáveis. Alguns logo se manifestavam pedindo ajuda para parar de usar drogas, para serem encaminhados a um local de internação, pois só assim conseguiriam interromper o uso, alegando que, estando nas ruas, não havia como não usá-las. Outros levavam meses até se referirem ao assunto e outros, ainda, não se manifestavam sobre o uso, apesar dos evidentes prejuízos e solicitavam ajuda para outras questões e, somente após estabelecer uma relação de confiança com algum dos trabalhadores.

Em locais de maior frequência de uso do crack, os usuários mantinham uma dependência tão intensa com a substância psicoativa que tudo o mais lhes parecia irrelevante, apresentando estes usuários um comportamento de isolamento, de maneira que a situação encontrada era mais delicada para uma intervenção. Nos casos em que se manifestava algum tipo de mal-estar, como dor, ferimento ou outro tipo de incômodo físico, ou diante da necessidade de documentação de identidade, se mostravam mais dispostos a entrar em contato com a eCR, sendo esta uma ocasião oportuna para realizar uma abordagem posterior vinculação. Nestas ocasiões, o ato de ser cuidado, normalmente tendia a uma aproximação que ao se repetir nos dias seguintes propiciava o estabelecimento de um laço.

Cada área tinha uma dinâmica própria. Podiam-se observar grupos com usuários mais comprometidos com o consumo de drogas; alguns com vínculos ainda mantidos, outros com rupturas dos laços familiares e sociais. Enfim, cada local exigia da equipe adaptações na abordagem, ênfase em algum tipo de atividades mais do que em outras, buscando ultrapassar os obstáculos de uma aproximação mais difícil.

O sentimento percebido pela equipe, ao chegar ao território, é de que, em geral, as pessoas se sentiam apreensivas, denotando certo temor, que só ia cedendo à medida que os técnicos iam esclarecendo a proposta e enfatizando a oferta de serviços de saúde. Para isso, o primeiro passo era apresentar a equipe e esclarecer os objetivos do trabalho: uma oferta de cuidados à saúde geral e atividades de prevenção de DST/AIDS para os usuários de drogas.

A maioria das solicitações girava em torno da regularização de documentação, orientações para assuntos de ordem jurídica, bem como encaminhamentos para recursos da comunidade, como abrigos ou instituições para tratamento de dependência química, além das demandas decorrentes da situação de pobreza e carência de recursos de sobrevivência.

Houve muitas demandas de tratamento e a maioria dos usuários considerava a internação a forma mais adequada de realizá-lo, sob o argumento de que a vida na rua os colocava diante do fácil acesso à droga e, por isso, com alta probabilidade de consumo, sendo necessário uma medida radical de afastamento. Porém, quando se atendia à demanda, e se buscava articular uma instituição, no sentido de viabilizar o tratamento solicitado, esse dificilmente se efetivava.

O CAPS AD era a instituição de suporte quando o CR estava sendo implantado no município. Essa era uma forma de fortalecer o vínculo entre os trabalhadores da saúde mental e apresentar a eCR aos serviços de saúde, intermediando sua relação com a rede institucional.

As atividades foram sendo constantemente construídas na inter-relação dos saberes e práticas dos diferentes integrantes do Projeto. A parceria com a Secretaria Municipal de Assistência Social, através da participação de representantes do Centro de Referência em Assistência Social (CRAS) e do Centro de Referência Especializado em Assistência Social (CREAS), destacou-se à medida que

possibilitou uma articulação para vislumbrar futura ampliação da abrangência das ações desenvolvidas.

Após sucessivas mudanças na equipe (saída de 4 redutores), aos poucos a eCR fortalecia-se, aprimorando sua atuação, ganhando a confiança e o respeito dos usuários atendidos. À medida que a equipe reconhecia-se enquanto coletivo das intervenções nos espaços da rua, ampliavam-se as suas perspectivas de atuação. Um dia da semana era dedicado ao encontro da equipe para supervisão clínico-institucional, momento no qual se discutiam os casos atendidos, os processos de trabalho e outros assuntos pertinentes.

A cada ida a campo, na rua a equipe atendia a demanda que ia sendo posta pelos usuários, desde orientação de redução de danos ao uso abusivo de álcool e outras drogas, curativos, encaminhamentos às unidades de saúde quando era necessário, ou apenas providenciar um chuveiro para a higienização corporal. Outra estratégia foi a promoção de oficinas (educativas, informativas, entre outras) que focaram em ações de redução de danos.

Uma das estratégias desenvolvida pela equipe foi atividade musical, na praça da mão. Durante a ação, observou-se que o som dos instrumentos chamava a atenção de todos, quer dos moradores de rua (que se aproximavam paulatinamente) quanto das pessoas que por lá transitavam, proporcionando a formação de vínculos e a diluição das resistências.

A supervisão semanal oferecia suporte técnico e maior auxílio para o desenvolvimento das atividades, ao possibilitar o compartilhamento das dúvidas e das angústias suscitadas pelo trabalho.

O trabalho realizado no campo partiu da necessidade de “fazer o projeto andar”, assim saiu-se para a rua, a fim de realizar abordagens aos usuários o que aos poucos, permitiu o conhecimento da dinâmica do consultório na rua e posterior elaboração de um plano de trabalho bem como do relatório. O mapeamento da região central buscou evidenciar as áreas de vulnerabilidade e de concentração de pessoas usando drogas, além dos dispositivos de saúde (público e privado). Esta foi outra importante atividade da equipe. Abaixo, seguem as imagens via satélite das áreas mapeadas.



Figura 4 – Imagem do Bairro Dom Feliciano, município de Viamão, RS



Fonte: Google Maps®

Figura 5 – Imagem do Bairro Sítio São José, município de Viamão, RS.



Fonte: Google Maps®



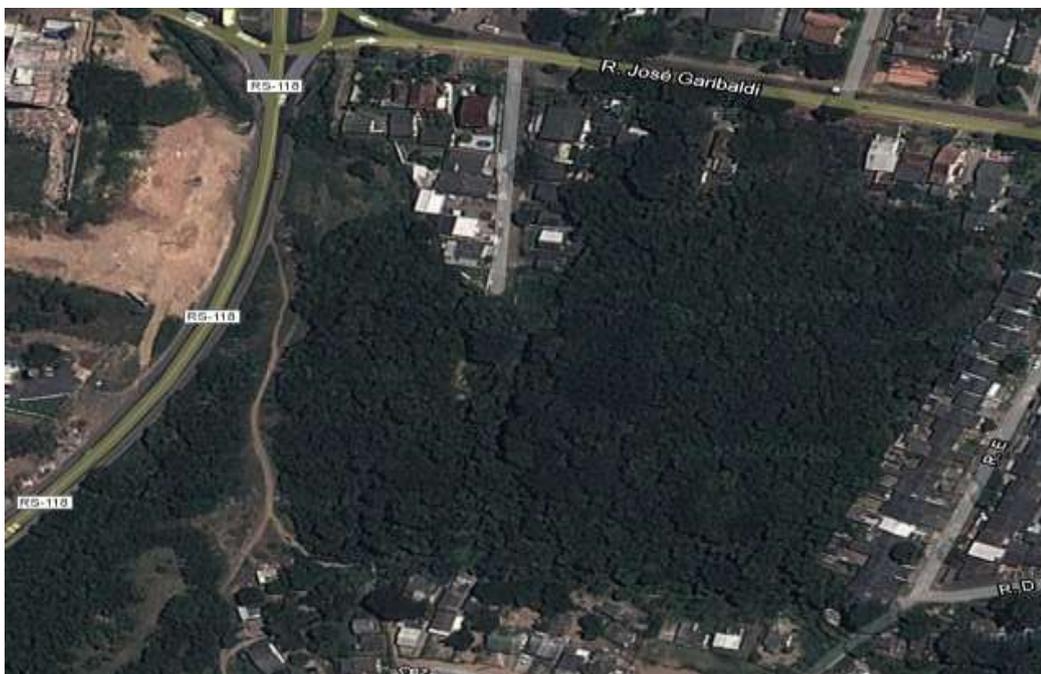


Figura 10 – Imagem do Bairro Ipê, município de Viamão, RS.



Fonte: Google Maps®

Figura 11 – Imagem do Bairro Alto Tarumã, município de Viamão, RS.



Fonte: Google Maps®

As áreas de atuação foram escolhidas pela equipe segundo o critério de maior concentração de sujeitos usuários de drogas em situação de rua. A escolha se deu após um mapeamento da cidade realizado através de itinerários pelos bairros e ruas onde, habitualmente, o público se agrupava.

Além disso, eram feitos contatos com instituições que lidam com o mesmo público com o objetivo de obter informações sobre os locais de maior necessidade da intervenção do CR. Assim, diversas reuniões foram realizadas com o CREAS e CRAS, com o serviço de Tuberculose e HIV, dentre outros, para a identificação e escolhas desses locais. Os contatos interinstitucionais serviam também para ajustar parcerias que, certamente, seriam importantes para uma maior efetividade das ações previstas no CR.

Após a definição das áreas para a intervenção, a atenção da eCR se voltava para a abertura de campo. Esse passo envolvia uma abordagem inicial no campo, com vistas à identificação de lideranças locais na comunidade ou nos grupos de rua, para a apresentação dos profissionais e da proposta do projeto, ao tempo em que eram observados o contexto, a faixa etária predominante, a rede institucional e a dinâmica das relações comunitárias ou dos grupos.

Cada área seria deste modo, analisada em suas particularidades: os trabalhadores fariam um levantamento do contexto social, obtendo informações acerca da população e dos problemas por ela enfrentados, do ambiente físico, sociocultural e das redes de relações existentes, dentre outros aspectos. Realizariam, ainda, um mapeamento da rede local de serviços (públicos e privados); o que era oferecido, as intervenções já realizadas por outras instituições, a fim de identificar qual a direção que o trabalho deveria tomar, em cada área, a partir de uma interlocução com a própria comunidade.

Os locais de atuação do CR estavam situados em diferentes pontos da cidade, notadamente em áreas localizadas no centro. O tempo de permanência em cada local variava de acordo com acontecimentos que implicavam na saída dos sujeitos do local e com a avaliação sobre a pertinência da continuidade das atividades. Algumas vezes, acontecia um esvaziamento das áreas de trabalho, assim, eventualmente, a eCR também se deslocava em busca da nova área para onde os sujeitos teriam migrado.

Cada um desses locais apresentava uma dinâmica própria, no que diz respeito a ter ou não comunidade fixa próxima, e à composição dos grupos, que, era variável na sua constituição: em relação à faixa etária, aos tipos de drogas utilizadas e intensidade de consumo, quanto às relações mais ou menos duradouras, que vão se formando entre chegadas e saídas, idas e vindas de indivíduos, pelos diferentes graus de inserção social e familiar, em torno de interesses e atividades comuns, dentre outras relações. Em cada ambiente constatava-se uma composição, muitas vezes, heterogênea, o que resultava na configuração de subgrupos. Havia entre usuários de outras substâncias, discriminações aos que consumiam o crack, atribuindo-lhes uma valoração negativa por estarem mais submetidos ao uso de uma substância, que no caso, determinaria uma degradação física, moral e social.

### **5.1 Trajetos do Consultório na Rua: disparador entrevista e a experiência na fala**

Na entrevista realizada neste trabalho cartográfico, o participante da pesquisa não foi tomado como um informante de quem se extraiu os dados a serem posteriormente analisados para a solução de um problema. Entre pesquisador e participante a relação não é de transmissão de informação, mas de acesso à experiência singular do entrevistado que se atualiza na situação da entrevista. A entrevista torna-se um instrumento que permite acessar processos e atos, mais do que objetos supostamente dados. O entrevistador colhe e acolhe a experiência (SADE; BARROS; MELO; PASSOS, 2013).

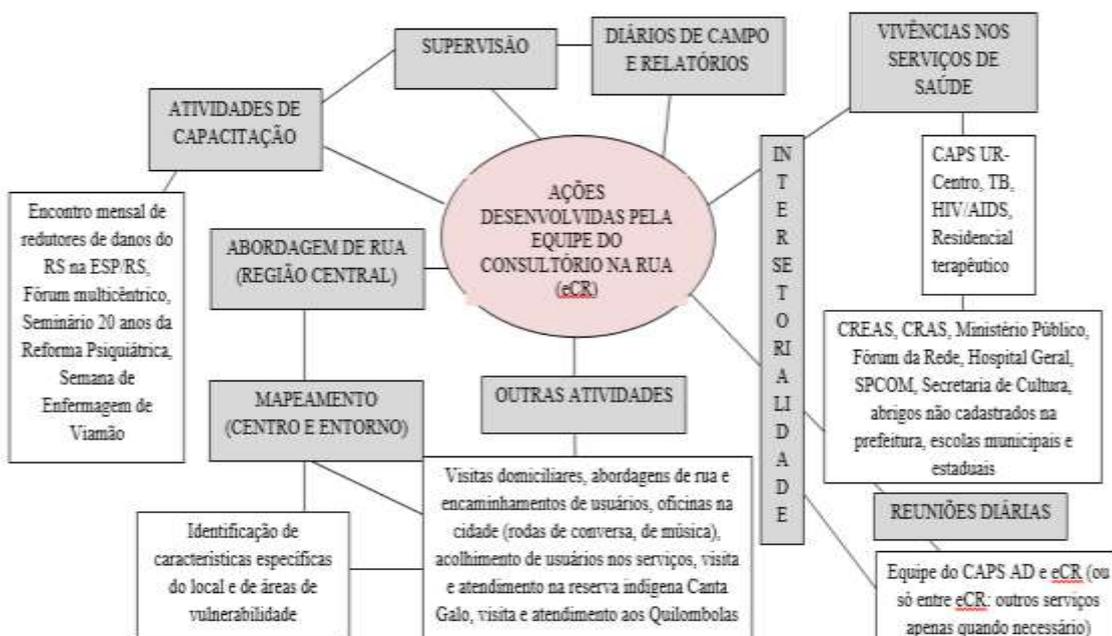
Realizou-se um encontro com a eCR, após a transcrição das entrevistas individuais anteriormente realizadas (e também conforme sugestão da banca do exame de qualificação), onde foram identificadas questões que estavam sob o foco inicial da investigação, assim como o que se mantinha como o fora-foco do enunciado das discussões coletivas das entrevistas e do projeto de pesquisa. Em uma segunda rodada, foi retornada ao grupo a narrativa construída com o que foi identificado no foco e fora dele, também foi sugerida uma avaliação ao grupo acerca da construção dos mapas rizomáticos, onde estes puderam ser validados e rearranjados pelo coletivo. A discussão gerada com a devolução da narrativa do

grupo ao grupo produzia um segundo plano discursivo de onde eram extraídos argumentos que foram reunidos para serem avaliados coletivamente, guardando a heterogeneidade, consistência e ampliação que o campo problemático de investigação ganhou até aquele momento. Nesta ocasião o grupo também ressaltou um desejo de que fossem incluídos na tese alguns casos por eles atendidos, sendo então posteriormente produzidos dois escritos coletivos trazendo cenas que marcaram o cotidiano da equipe do Consultório na Rua “Se esta rua fosse minha”.

Para fins de traçar um panorama geral e esquemático, alguns dados foram apresentados na forma de mapas, acerca das atividades que os trabalhadores desenvolveram em sua trajetória no Consultório na Rua, dos avanços obtidos com a inserção deste dispositivo no município de Viamão, bem como, algumas atividades que foram enfrentadas e as sugestões possíveis, dado o contexto. Os mapas asseguram um exame, em detalhes, do processo em pesquisa e sua elaboração será melhor explicitada logo a seguir (no capítulo onde abordamos acerca das entrevistas).

Abaixo, apresenta-se o Mapa 1 que demonstra as vivências, as experimentações e as atividades desenvolvidas pela equipe do consultório na rua de Viamão.

Mapa 1 – Ações desenvolvidas pela Equipe do Consultório na Rua (eCR)



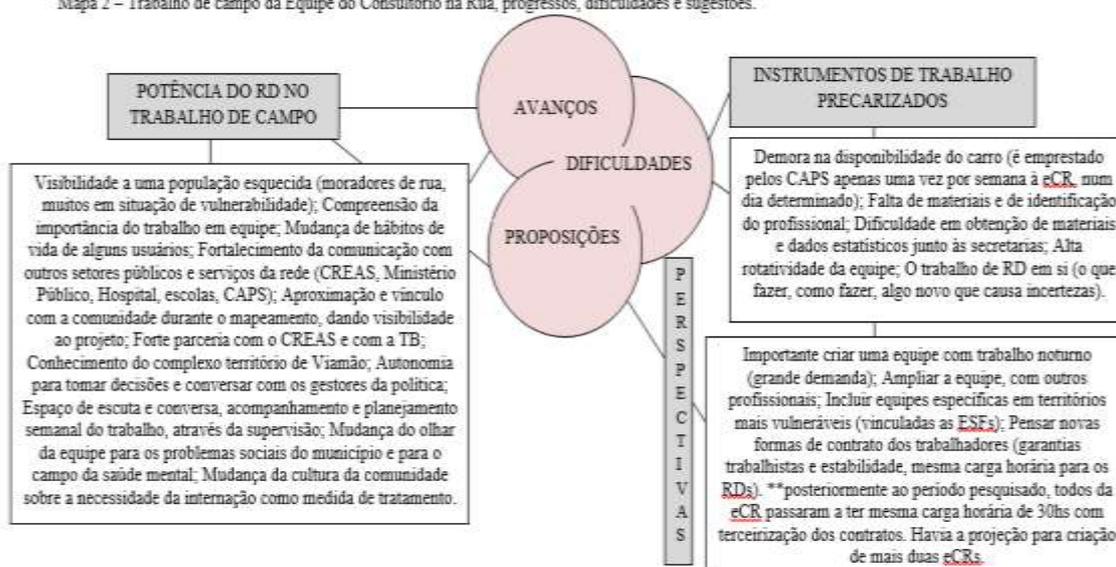
Fonte: ROOS, CM. Compilação das Atividades do Consultório na Rua, 2012.

A articulação intersetorial para a garantia de uma atenção integral foi sendo apreendida como um desafio complexo e permanente, bem como a superação de preconceitos e estigmas associados tanto às pessoas que fazem uso de drogas como àquelas em situação de rua, configurando-se inclusive como um fator dificultador do acesso ao cuidado e de adesão às práticas preventivas e de tratamento, visto que os trabalhadores relatavam que no próprio CAPS AD haveria certo rechaço dos usuários acolhidos pelo CR, por parte de alguns profissionais e alguns usuários do serviço.

Percebeu-se também a necessidade de reforço para a equipe do projeto no que diz respeito à quantidade adequada de trabalhadores, tendo em vista a abrangência e complexidade das ações realizadas e da grande demanda de trabalho nas ruas. Acredita-se que as intervenções da eCR poderiam ter sido ampliadas caso se somasse uma equipe multiprofissional dedicada exclusivamente a esta proposta. Apesar disso, foram atendidas 93 pessoas, em sua maioria homens (80%), na faixa etária dos 20 aos 60 anos de idade.

O Mapa 2 foi elaborado coletivamente partindo-se das informações contidas no relatório parcial de atividades do consultório na rua de Viamão e apresenta resultados das percepções e constatações dos trabalhadores acerca do trabalho de campo, apontando os progressos, as dificuldades e sugestões para mudança e melhoria das condições de atuação da eCR.

Mapa 2 – Trabalho de campo da Equipe do Consultório na Rua, progressos, dificuldades e sugestões.



Fonte: ROOS, CM. Compilação das Atividades do Consultório na Rua, 2012.

A falta de formação de recursos humanos voltados para o trabalho em Redução de Danos foi outro importante desafio enfrentado na implementação das ações do Consultório na Rua em Viamão, assim como a garantia de recursos materiais imprescindíveis, como veículo próprio, identificação dos trabalhadores (uniformes), insumos de prevenção e material informativo.

A equipe tinha apenas noção básica do trabalho em redução de danos (não houve curso de capacitação com enfoque em RD) e havia muitas dúvidas acerca de como se desenvolveria o processo de realização do projeto. Este fato foi na contramão da Portaria N° 122, de 25 de janeiro de 2012, que preconiza que as eCR terão acesso a processos de educação permanente, contemplando a abordagem das diferentes necessidades de saúde da população em situação de rua, bem como o desenvolvimento de competências para a prática da redução de danos (BRASIL, 2012e).

A construção coletiva dos mapas, já pode ser entendida como um exercício de interconexões (interpretação). Isso porque, propostos como síntese criativa do fenômeno, os mapas brotam de um movimento de torcedura das diversas informações apresentadas, de maneira a imprimir sentidos de relevância da coletividade, não sendo detentor da ilusão/preensão de explicações causais, universais, totalizantes ou individuais.

Inspirou-se na noção de mapa como rizoma (DELEUZE, GUATTARI, 2008), onde o mapa está “inteiramente voltado para uma experimentação ancorada no real. [...] O mapa é aberto, é conectável em todas as suas dimensões, desmontável, reversível, suscetível de receber modificações constantemente” (DELEUZE, GUATTARI, 2008, P 22). É sobre esse enfoque que se apresentaram os mapas acima.

Almejou-se que os trabalhadores do CR pudessem compartilhar experiências, para protagonizarem ações comuns, para coletivizarem questões que, de um modo ou de outro, a todos afetava. O desafio foi assumir o caráter performativo das técnicas de entrevista, tendo em conta os seus efeitos sobre o objeto e cuidando desses efeitos (SADE; BARROS; MELO; PASSOS, 2013). Para estes autores,

Ao afirmarmos que entrevistar é intervir, entendemos que o procedimento metodológico é o de "colheita de dados", o que

destaca o caráter produtivo, mais do que representativo, da pesquisa. A entrevista como procedimento de pesquisa-intervenção colhe dados porque cultiva a realidade no ato de conhecê-la. Tal cultivo pressupõe a dupla direção metodológica de acompanhar a experiência dos sujeitos na situação de entrevista e cuidar dos efeitos do procedimento de colheita de dados (SADE; BARROS; MELO; PASSOS, 2013, p 2814).

Esse compartilhamento requer que possamos ir além das vivências pessoais em prol de uma experiência coletiva. Contudo, esse movimento não pode prescindir das vivências pessoais. Requer a promoção de modos coletivos de relação com as vivências e representações pessoais, ensejando o deslocamento entre pontos de vista distintos.

Abaixo apresenta-se uma compilação do trabalho realizado pela equipe do CR nos meses de março a julho de 2012.

Quadro 3 – Atividades do Projeto Consultório na Rua. Viamão, 2012.

<b>Atividades Realizadas com a primeira equipe de Consultório na Rua</b>
1º Momento – Reuniões internas, discussão da Cartilha do SUS, integração da equipe, vivência nos diversos serviços: Programa da Tuberculose, Residencial Terapêutico ‘Morada Viamão’, DST HIV AIDS, CAPS II Nova Vida, CAPS II – Renascer, CAPS II Casa Azul.
2º Momento – Saída a campo, à rua para a primeira abordagem, conhecimento de território e principalmente ver e reconhecer o público-alvo: moradores em situação de rua e em vulnerabilidade social.
3º Momento - Elaboração do banner, levantamento do material a ser utilizado pelo Consultório de Rua e encaminhamentos para a Coordenadora do CAPS AD. Elaboração do folder pelos usuários nas oficinas; criação e votação do logotipo pelos usuários do CAPS AD.
4º Momento- O trabalho seria realizado junto a ESF e principalmente nas regiões denominadas “Territórios da Paz” (Augustas, Vila Elza, Águas Claras, Itapuã), mas por falta de veículo o trabalho restringiu-se ao centro.

Iniciado o reconhecimento do território durante aproximadamente 10 dias no centro de Viamão para realizar as delimitações do território onde o Consultório de Rua atuaria.

Observou-se que perto de um ponto de possível tráfico de drogas também se localizavam os serviços sociais, os serviços de saúde da rede pública e privada.

5º Momento – Reconhecimento das potencialidades do território. Visita aos espaços públicos e privados mapeados para melhor conhecimento: horários de funcionamento, serviços oferecidos e público-alvo.

6º Momento – Questionários- Aplicação de questionários aos usuários (n=93) em situação de rua com a finalidade de conhecer a situação sócio-econômica e educativa.

Fonte: ROOS, CM. Compilação das Atividades do Consultório na Rua no Primeiro semestre de 2012.

A entrevista pode intervir e cultivar a experiência ao investigá-la, não estando necessariamente voltada para a busca de respostas a questões pré-estabelecidas. Pode ser um procedimento para a produção e a coletivização das questões investigadas, ensejando novos sentidos, produzindo diferenciações, traçando novas linhas de conversa, promovendo agenciamentos com vozes de coletivos até então inaudíveis (DELEUZE; PARNET, 1998; SADE; BARROS; MELO; PASSOS, 2013). O intuito é utilizar uma técnica de entrevista que guie de modo não diretivo os entrevistados à sua própria experiência, dispondo de tempo para a emergência de um saber que não está dado de antemão. Uma entrevista não diretiva e aberta permite que o trabalhador possa colocar em palavras o seu saber-fazer, de modo que possamos reconhecer este saber como uma ação, isto é, como uma forma de participação na produção de cuidado.

Os temas que surgiram tiveram a função de ativar o plano problemático do trabalho no CR, ampliando a experiência do coletivo, intensificando os graus de abertura da discussão, de maneira a fazer emergir dimensões da experiência que deslocam os pontos de vista inicialmente dados pela entrevista individual. Esta experiência coletiva não se dá apenas por um somatório de indivíduos, nem tão

somente por um reconhecimento identitário do grupo. Ela é uma experiência de compartilhamento e de pertencimento, que é condição para a emergência de novas identidades (SADE; BARROS; MELO; PASSOS, 2013).

As respostas foram sendo moduladas conforme a conversa transcorria. Não era, assim, fornecer informações a respeito de uma questão prévia. Era a possibilidade de surgir diferentemente no grupo, compartilhando experiências que permitissem ver e ser visto de formas diferentes, singulares. Até porque entre os trabalhadores, a questão de reconhecimento ainda estava sensível, pois nenhum deles havia tido algum tipo de experiência prévia em redução de danos ou saúde mental. O manejo das entrevistas coletivas permitiu com que o acolhimento e a emergência de novas experiências pudessem ser valorizados e reconhecidos entre os próprios trabalhadores do consultório na rua.

Os modos de ver e significar a realidade, os modos de fazer e de dizer podem dar mais ou menos chances para um processo de emergência e transversalização dos pontos de vista, de corresponsabilização na promoção da saúde e de autonomização dos grupos. Como estratégia metodológica da produção de conhecimento no campo da saúde, a pesquisa-intervenção participativa enfatiza o cultivo dos dados em um processo de coautoria do conhecimento que se produz colocando lado a lado pesquisadores e participantes.

De tal modo, foram compostos 10 trajetos, cada um comportando sua potência e singularidade. No primeiro trajeto aborda-se a tentativa de construção de rede de atenção (possível) com os Serviços e o acesso ao e do usuário. O segundo trajeto traz o tema do Vínculo com os usuários; o terceiro trajeto vai falar do preconceito presente no imaginário social. O quarto trajeto abordou as situações onde a eCR questionava o quanto o seu trabalho estava sendo pautado numa lógica assistencialista e que atuar neste dispositivo de cuidado era algo desafiador, novo, diferente. O quinto trajeto relaciona as enormes dificuldades de articulação e circulação devido a deficiência no oferecimento de suporte instrumental para realização do trabalho cotidiano. O trajeto sexto suscitou uma certa valorização do que se fazia enquanto eCR, demonstrando que no processo se constrói a prática. O trajeto sete mostrou que a equipe passou por sucessivas mudanças em sua composição, o que abarcou na fragmentação do trabalho devido essa rotatividade

da equipe. O trajeto oito problematiza que a Rua é o acesso universal para os sujeitos atendidos pelo consultório na rua. No trajeto nove, anunciamos que o Consultório na Rua pode ser considerado um dispositivo ainda em fase de consolidação pelo território, mas que facilita o acesso à saúde aos sujeitos em situação de rua. Finalmente no trajeto dez a força da equipe é enunciada, numa tentativa de descrever as impressões sensíveis dos trabalhadores do consultório na rua acerca do próprio trabalho.

### **Trajeto 1: Tecendo a Rede com os Serviços/ Interinstitucionalidade**

*E2 Fazemos uma abordagem direta, converso, pergunto pra eles o que está acontecendo, o que eles precisam, alguns apenas conversam e choram, contam a vida... se for o caso de usuário de álcool e outras drogas nós convidamos pra vir ao CAPS, se ele não tiver documentos nós encaminhamos aos CRAS e CREAS pra que eles façam os documentos, se ele tem alguma doença, alguma patologia nós o encaminhamos à unidade básica de saúde, nós autorizamos os exames pra que eles possam fazer, alguns fazem outros não voltam mais, nós continuamos sempre as visitas nos locais onde eles se encontram, que a gente já sabe os locais certos quando eles não estão naquele lugar a gente procura eles em outros, mas eles tem sempre mais de um local pra ficar, enfim a gente sempre tenta fazer com que eles melhorem a vivência deles ali na rua, com os moradores em situação de rua, outros nem são moradores em situação de rua são pessoas que tem lares mas que vão para a rua, por problemas em casa, por solidão, pra fazer uso acompanhado de álcool e outras drogas.*

### **Trajeto 2: Vínculo**

*E4 “Faz uma abordagem com as pessoas, conversa, te apresenta, fala do serviço, aí tu começa uma conversa com ele, saber o nome dele, ouvir a história dele, conforme o que ele vai te apresentando algumas orientações tu vais dando, encaminha ele algumas vezes pros serviços (CAPS AD, CRAS, CREAS), acompanha em consulta, faz a visita na casa dele, cria o vínculo com ele... às vezes é tu que conduz essa pessoa aos serviços, cria uma ponte pra essa pessoa”.*

### **Trajetos 3: Preconceito / imaginário social**

*E2 “A finalidade é pra que o usuário que nos procura tenha uma vida melhor do que aquela que é oferecida pra ele ali, se ele vive em situação de rua, a finalidade é pra que se pense assim ele está na rua porque ele quer, porque ele fez aquela escolha ou ele tem uma família ele tem um lar que ele poderia retornar e ele não está conseguindo mais ter o vínculo, a gente procura ir até a família, vê se existe a possibilidade da volta, de ele ser inserido naquela família, e alguns não tem mais vínculo nenhum então, tentar melhorar a vida deles, fazer com que eles tenham pelo menos saúde, que eles façam um uso controlado, pra que não fiquem deitados nas calçadas, embaixo de alguma árvore, alguma coisa, sujeitos a qualquer tipo de intempéries, de vândalos ou coisa assim, agressões sofridas, o objetivo é que eles tenham uma melhora de vida, com a vida que eles escolheram ou não, que possa melhorar a situação”.*

### **Trajetos 4: Institucionalização / Assistencialismo – o trabalho desafiante, novo, diferente**

*E2 “Eu, nós fazemos com eles alguma ambiência, ou seja, conversar com o usuário, ver em que situação ele se encontra, se ele precisa de alguma ajuda, fazer alguma escuta, faço visitas domiciliares com eles, vou até casas de pacientes em que eles vão administrar alguma medicação, acompanho aquele paciente se ele está agitado, ou se ele está precisando de um banho, eu trago ele ao CAPS AD, a gente ajuda a dar banho, a gente vê roupa, porque as vezes o paciente não tem mais roupa em casa, a gente procura aqui no CAPS AD e ajuda eles nessa situação assim.”*

### **Trajetos 5: Instrumental / Deficiências**

*E1 “Então, a gente teria que ter um carro todos os dias à nossa disposição, mas em virtude das dificuldades, enfim né, muitas vezes esse carro nos falta, então a gente tem que se locomover de ônibus, às vezes utilizando até meio próprio da gente, que isso dificulta, então a gente tenta se organizar com antecedência pra que isso não aconteça. E pra comunicação é o próprio celular, ou do serviço onde*

*a gente está, mas se está na rua é o celular próprio, não temos outra coisa.”*

*E1 “Bom no território, a falta dum veículo, isso aí dificulta bastante o trabalho da gente. No CAPS eu vejo assim que também às vezes quando tá muito agitado, falta funcionários, falta pessoal pra dar o suporte necessário. Porque tem dias que tá tudo calmo, mas tem outros dias que a situação tá bem... como eu vou dizer, os pacientes chegam muito agitados, sabe que quando chega um, dois agitados e agita os outros e aí as vezes fica complicada a coisa. Eu acho que a falta de pessoal é uma coisa bem importante”.*

*E2 “No território a maior dificuldade é a falta de veículo pra andar pela cidade, porque se trabalha a pé no centro, a dificuldade até pra mapear, zonear a cidade inteira, nós tivemos que fazer em microbairros porque nós fizemos a pé. No CAPS não existe dificuldade em trazer o usuário e ser atendido, ele sempre é acolhido, qualquer usuário que venha ao CAPS ele é acolhido sempre, a dificuldade de mantê-los nos CAPS é do próprio usuário que ele precisa de um trabalho diuturno, pra que ele queira vir, ele tem que querer, porque normalmente ele vem ao CAPS por alguma fuga, ele vem por fome, por falta de banho ou por não ter onde ficar”.*

*E3 “Eu acho que a maior dificuldade é a gente não ter carro, a gente não poder ir aqui, ali acolá, de a gente ficar preso na mesma problemática, na mesma situação e não consegue ir adiante. Mas o acesso aos serviços da assistência social, principalmente a resolutividade, não é nem o acesso é resolutividade é o que mais incomoda, que as pessoas têm muito problema social, não que tenha que solucionar mas tem que ter um encaminhamento, tem que andar a coisa, não dá pra ficar parado no mesmo lugar. E no CAPS eu acho que é porque é um projeto, talvez as equipes sendo novas, uma coisa de apropriação... não que tenha que ser programado, mas tipo ‘o consultório vai dar conta disso, a equipe vai dar conta daquilo’, parece que ainda está uma coisa muito misturada, sem saber o que vai se passar.”*

*E4 “No território, essa é uma cidade muito extensa, muito grande, então essa população que a gente atende ela se dispersa muito, então tu vais no local, te programa e ele não se encontra mais ali, tu tens que andar à procura deles. No CAPS, no começo do trabalho, o pessoal que trabalhava não tinha muito conhecimento da função do consultório e de receber essas pessoas, esses moradores de rua”.*

## **Trajetos 6: Vivência que te leva a construir a prática – no Processo**

*E3 “Teórico? Eu acho que o recurso que sempre a gente usa na abordagem das pessoas é o que tu tens, o que tu tens de vida, experiência que tu tens na abordagem, na conversa, muito a partir do*

que eles trazem também, mas recurso mesmo não tem... vai no chinelinho havaianas!”.

### **Trajetos 7: Mudança, fragmentação do trabalho –rotatividade da equipe**

E2 “Eu tenho uma grande dificuldade no meu trabalho devido ao formato de consultório de rua, devido ao grupo que já foi fragmentado uma vez, e a visão deste novo grupo, e também a maior dificuldade que eu tenho neste trabalho é a falta de material tipo carro e material pra oficina, como máquina fotográfica, celular, mas a maior dificuldade mesmo é com o veículo pra que a gente possa ir aos locais escolhidos, clubes de mães, escolas, visitas domiciliares ou levar algum usuário a algum lugar também, a maior dificuldade é no aspecto de fornecimento de... crachá nós não temos, pra identificação, em alguns locais que a gente vai não é bem recebido porque não temos identificação”.

### **Trajetos 8: Acesso aos serviços – a Rua como acesso universal da Rede**

E3 “Eu acho que o pouco recurso da rede é o que mais dificulta, de muitas vezes o usuário querer acessar alguma coisa e não conseguir, como documento ou às vezes ter lugar pra ficar... e a falta de comunicação e até um estigma que o usuário tem assim que é “aquele fulano não dá certo... ele é assim mesmo” da própria rede fazer isso... daí tu te bate num muro de anos, a coisa é uma instituição visível, institucionalização. O que facilita é poder ter outros dispositivos pra acionar, como a rua facilita, tu poder estar trabalhando no território dele, mesmo com toda emblemática da rua que aparece, a própria rua facilita o cuidado”.

### **Trajetos 9: O Consultório na Rua como dispositivo facilitador do acesso**

E1 “É como nas consultas especializadas, vão ter que ir na Secretaria, vão ter que marcar, agendar, vão ter que aguardar, é uma coisa que a gente sabe que demora, que não é só aqui em Viamão, é em todo o Brasil. Quando o consultório de Rua acompanha, facilita bastante pra eles, com certeza.”

## Trajetos 10: Espaço das Relações: Ethos da equipe

E3 “Eu cheguei faz quatro meses e assim já trabalhei com a C. muitos anos, sete anos, então tenho afinidade de trabalhar com ela, de poder estar pensando... é fácil trabalhar com ela, agora as gurias assim, no começo era, acho que tudo no começo é mais difícil, de saber por onde as coisas estão indo caminhando, e pensar as coisas que já foram feitas, e às vezes a maneira de pensar as coisas são diferentes mesmo querendo a mesma coisa, mas é uma construção, eu gosto... mas às vezes as pessoas levam as coisas pro pessoal, daí fica difícil. Mas faz parte”.

E4 “Eu quando entrei pro consultório de rua ele já estava ‘andando’. Ele começou em março, eu comecei a vir uma vez por semana em abril e fiquei mesmo em maio. Ele foi constituído por uma equipe, depois essa equipe as pessoas foram pra outro setor de trabalho, aí a gente foi compondo uma nova equipe, daí essa equipe teve mudanças de novo... eram seis pessoas, depois sete, depois oito, daí saíram 5... e hoje nós estamos entre quatro. A equipe teve muita troca de pessoas, e isso dificulta o trabalho, pra firmar... como era um projeto que tu sabia que tinha um tempo pra terminar isso também dificulta.”

E3 “Trabalhar em equipe é bom, não é bom trabalhar sozinha, sempre tem a coisa da troca. No consultório poder sempre ter a coisa de um ‘cúmplice’, de tu nunca estar sozinha, se acontecer alguma coisa tu tens algum respaldo, sempre tem uma segunda opinião, isso é importante e só o fato de estar na rua com outra pessoa já te dá um apoio, um aporte diferente. Isso é uma facilidade, tu sempre estar com alguém. E poder estar discutindo, vendo outras opiniões. As dificuldades tudo que também envolva a equipe, estar debatendo, o que está pensando em fazer e não cair na mesma história que todo mundo cai ‘não tem mais nada pra fazer...’.

E1 “Eu acho bastante interessante porque nenhuma decisão é tomada individual, o pessoal se reúne e discutem aquele caso e é uma decisão tomada realmente em equipe e isso eu acho muito interessante. Pra mim foi uma novidade, tudo pra mim foi novidade! Sempre conjunta, nunca ninguém resolve nada individualmente.”

E2 “Ele é muito difícil porque nós somos quatro, cada uma num CAPS, a gente se encontra eventualmente no dia da supervisão ou algum dia que se escolha pra alguma coisa, que se chame alguém, então, as tomadas as vezes são tomadas as decisões com a equipe na supervisão e a partir dali é tomada outra decisão. Se a gente está junto até faz de forma conjunta mas, se está sozinha a gente acaba tomando uma decisão e fazendo aquilo sozinha... tu não vai deixar de fazer alguma coisa com o usuário pra esperar a equipe no outro dia”.

E3 “Eu acho que na equipe do consultório a gente consegue tomar bastante decisões autônomas. Acho que pela falta de um coordenador nos deu autonomia pra decidir as coisas.” (...) É um processo de crescimento do profissional. Mas nem sempre a gente vai acertar. Mas ter um coordenador também é importante porque tu tens um respaldo. A gente consegue conversar, discutir bastante sobre as dificuldades, os problemas dos usuários e a gente sempre acha a solução junto, mesmo divergindo. E acho que muito não é a gente que toma a decisão, é o usuário que vai achar a solução dele, a gente vai estar acompanhando”.

E4 “Como nós andávamos quase sempre juntas a gente tomava a decisão, se uma tomava a decisão a gente abraçava aquilo entre nós, se achava que estava errado refletia e via o que fazer pra melhorar, pra que a coisa funcione. Estou aqui há nove anos, essa política, então eu conheço como funciona, como se arrasta, como é demorado o entendimento, e funciona tudo muito politicamente, até que ponto realmente a coisa é pro bem do povo. Tem coisas e coisas que não dependem somente de nós”.

E1 “Bom, enquanto trabalho da equipe eu acho que a facilidade, o que nos facilita é que gente faz as abordagens sempre em grupo, sempre a equipe, porque é muito diferente uma pessoa chegar sozinha ou com uma ou mais pessoas pra fazer seja lá o que for... se tu estiver sozinha até é um peso, se tu tiver a companhia de uma, duas, três pessoas a coisa já fica diferente, então isso facilita bastante. Eu não sei se eu sozinha chegaria num morador de rua pra fazer abordagem, pode ser que mais adiante até eu consiga, mas hoje eu acho que ainda não consigo. Dificuldades... como assim dificuldades que eu poderia te falar? Acho que eu já falei, dificuldade é a falta de condições muitas vezes dificulta e às vezes até impede de fazer muitas coisas”.

E2 “Eu não tenho facilidades, é muito difícil, sempre eu tenho que contar com alguém porque na redução de danos é muito difícil de trabalhar sozinha, porque as vezes eu tenho que fazer uma coisa a tarde e tenho que fazer sozinha porque as colegas têm outro formato de trabalho e eu tenho que fazer sozinha. Facilidades assim de conseguir no primeiro momento pois como estou no centro e as demandas sempre acontecem aqui no centro, de abordagem eu tenho facilidade mas de outras coisas como o conselho tutelar pediu visita num lugar e eu tenho que conversar com as minhas colegas pra ver quem vai comigo, pra eu não ir sozinha, pra que a gente tenha algum respaldo... se vai em grupo é muito mais fácil de resolver a situação e saber de verdade o que as pessoas querem”.

E3 “A facilidade é tu poder ter uma equipe pra contar e poder ter autonomia de poder estar na rua, poder estar pensando com os usuários o que é melhor fazer... até pensando em atividades pra além da abordagem, do tipo fazer oficinas, fazer a rede se ligar, tipo educador social do CREAS fazer uma oficina, poder juntar as equipes que ficam flutuando...”

*E4 “A facilidade é que nós tínhamos uma disposição pra que as coisas acontecessem, de falar, assim não temos a vergonha de ir nas escolas, falar com as pessoas isso nos facilitou muito... e a dificuldade é material, não ter a condução pra nos levar nos lugares, isso dificulta muito.”*

A equipe foi sendo inventada pelos acontecimentos e produzindo uma aprendizagem coletiva. Criação de modos de fazer, perceber, sentir, mover e conhecer. O aprendizado foi literalmente corporificado e criado; requereu tempo e espaço, respiração, articulação, atenção, disponibilidade para o desconhecido (POZZANA, 2013, p.332).

Subjetividades e objetividades se fizeram a partir dos diferentes ritmos, interesses, percepções e materialidades presentes. Espaços abertos para os devires. Disponíveis para o que passava (POZZANA, 2013, p 334).

Com uma atenção que não visava atingir senão à própria experiência em curso, corpos mais dinâmicos e sensíveis foram criados, abrindo a possibilidade de pesquisar na experimentação da variação e das diferenças. A prática de pesquisa foi facilitada pela possibilidade de criar novas maneiras de ser e estar em campo. Foi por meio do praticar que a atividade de pesquisar cartograficamente ganhou corpo e concomitantemente mundo. Formar e pesquisar se deram mutuamente (POZZANA, 2013, p 334).

A escuta, a fala, o contato, a postura, a capacidade de discernir o que paralisava e o que fomentava os processos na pesquisa oportunizaram múltiplas aprendizagens que envolveram uma rede de relações.

Na tentativa de abrir-se para o coletivo, a experimentação convocava articulações...

Cartografar é conectar afetos que nos surpreendem e, para tanto, na formação do cartógrafo é preciso ativar o potencial de ser afetado, educar o ouvido, os olhos, o nariz para que habitem durações não convencionais, para além de sua função sensível trivial, ativando algo de suprassensível, dimensão de virtualidade que só se amplia à medida que é exercitada. O cartógrafo, assim, vai criando corpo junto com a pesquisa. Trata-se de ganhar corpo para além de sua funcionalidade orgânica, biológica. Algo se passa, algo de virtual pode ser acessado, e aí está o corpo, o mundo e o tempo que passa. (POZZANA, 2013, p 336).

Aventurou-se no intuito de capturar planos de microacontecimentos, buscando tornar visíveis as minúsculas e densas forças do cotidiano, em um regime de produção cooperativa (FONSECA, ENGELMAN, PERRONE, 2007, p.8). No caso, a implicação poderia ser a regra. Um plano de pesquisa coletivo e agenciador da vontade de saber dos diversos personagens e viajantes, prevaleceram algumas cenas que deram consistência e direcionaram as tendências deste trabalho, “nada é da ordem de um definitivo imperativo, a implicação da matéria-memória que nos encontramos mergulhados e que somos convocados, pois aquilo que nos habita como potência estrangeira em nós, pede passagem à existência” (FONSECA, 2007, p 24).

Tratou-se de um processo em que há um plano integrado da conversação dos diversos pesquisadores agentes sociais, “um certo dispositivo coletivo para dar a ver e fazer falar certas situações e recortes do mundo social” (FONSECA, 2007, p.24).

Ressalta-se que não há meta final na história e tampouco uma finalidade dessa história dentro da História (FONSECA, 2007, p 25), mas problemas que buscaram o coletivo de forças de cada situação investigada. Nessas abordagens, alterou-se o modo de conceber a pesquisa e o encontro do pesquisador com seu campo, envolvendo a complexidade e a processualidade. Todo o conhecimento emergiu do plano de forças que compôs a realidade: ora atuando para o estabelecido, ora operando agenciamentos produtivos que trouxeram o novo.

## 6 DESVIANDO UM POUCO O CAMINHO PARA CONTAR ESTÓRIAS

### Desvio I: Caminhar com o *Adriano*

*Fragments da estória de vida de Adriano: A equipe do Consultório na Rua conheceu Adriano através de Fernando (pessoa em situação de rua, alcoolista há muitos anos) e que estava hospitalizado há mais de 21 dias (convulsionou na rua várias vezes). Tentamos todos os locais possíveis para abrigá-lo (pelo menos até que ele se reorganizasse para poder retornar à rua).*

*Descobrimos (através de outras pessoas em situação de rua) que Fernando tinha um amigo chamado Adriano e que ele estava lhe dando 'pouso'. Nos dirigimos até sua residência (uma casinha muito simples, aos fundos de outra casa). Fomos muito bem acolhidos! Adriano era um homem alto, muito magro, homossexual assumido, unhas pintadas, usava roupas femininas: de bem com a vida. Ao chegarmos, queixou-se de dores nas costas, disse que estava gripado, com febre e que estava emagrecendo muito. Disse que nunca havia ido em médico ou algum tipo de serviço de saúde. Relatou que estava dando abrigo para Fernando.*

*Após alguns dias, retornamos à casa de Adriano e o mesmo nos contou que o amigo não quis ficar por lá (não se adequou às 'regras da casa' - tomar banho, varrer o pátio). Disse ainda que Fernando pegou o colchão e 'fez uma cama' debaixo da mesa da sala, fato que desagradou Adriano. Nesta mesma visita domiciliar, nos relatou que estava 'cada vez pior' de saúde. Já não se alimentava direito, deixou de trabalhar (era um costureiro muito bom). Mencionamos que poderíamos agendar uma avaliação médica, mas ele referiu que jamais iria consultar pois o 'hospital matou' seu ex companheiro (morreu no Hospital de Viamão de cirrose). Referimos que esta consulta seria no posto de saúde, mesmo assim ele não quis. Deixamos assim... realizamos outra visita domiciliar após passarem alguns dias, ele estava muito mal, desconfiávamos que o mesmo tivesse tuberculose e então já levamos os frascos coletores de escarro caso ele concordasse em fazer tal coleta. Ele concordou. Encaminhamos até o laboratório da TB e o resultado positivou. Após, a equipe desta unidade de saúde especializada realizou uma visita domiciliar e lhe*

*explicou o resultado, já agendando consulta e solicitando outros exames (inclusive o de HIV).*

*Algum tempo depois, a eCR retornou à casa de Adriano. Neste dia, ele veio correndo ao nosso encontro para contar que estava com AIDS. Surpreendeu-nos com tanta força para superar a notícia de mais este diagnóstico! Porém ficou surpreso, disse que sempre usou preservativo... achava que se infectou com uma transfusão de sangue quando sofreu um acidente, há muitos anos atrás.*

*Nesta visita, Adriano estava muito emagrecido e tinha muitas feridas nas pernas. Mesmo assim, continuava a realizar o tratamento para tuberculose. Encaminhamos ele ao Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA). No dia marcado, não conseguimos ir com ele, tínhamos atividade nas escolas de Viamão. Após a atividade, nos deslocamos até sua casa, mas ele não estava lá. Encontramos ele no meio do caminho! Retornando do CTA, caminhando com dificuldade, usando bengala.*

*No final do ano, encontramos Adriano por acaso, andando na rua. Disse que havia recebido alta da TB e que tinha engordado uns 10 kg. Além disso, estava dando continuidade ao tratamento do HIV. Combinamos com ele de ir ao CRAS. Lá ele fez seu documento de identidade e começou a reorganizar a vida.*

## **Desvio II: Caminhos da Paulinha**

*Fragmentos da estória de vida de Paula: Desde que nós a conhecemos (então como equipe do Consultório na Rua), Paula era moradora em situação de rua e tinha um relacionamento amoroso com João, ela com 59 anos e ele com 49, viviam sempre juntos, e ela dizia ter um amor muito grande por ele, dizia que ele a tratava muito bem e que era 'extremamente' preocupado com ela. O que não era bem a realidade. Às vezes, ele saía para buscar comida pra ele e não voltava mais, assim, quando a encontrávamos na rua ela estava chorando e com muita fome, sempre suja. Perguntávamos se ela queria ajuda então ela pedia para ir ao encontro de João. Tentamos levá-la ao médico muitas vezes (já com consulta agendada e por demanda de Paula pois dizia ser hipertensa) mas não era encontrada pela equipe nos locais combinados. Um dia conseguimos levá-la para consultar na Unidade de*

*Referência do Centro (UR Centro) e o médico solicitou vários exames. Novamente marcamos e ela não apareceu. Trazíamos ela até o CAPS ad para verificar a pressão, momento em que se alimentava, tomava banho e trocava suas roupas. Quando dirigia-se ao CAPS ad, estava sempre acompanhada pelo João ou pela equipe do consultório na rua. Comia, tomava banho e ia embora! Não ficava por muito tempo. Relatou que tinha um filho pequeno e que tinha casa, mas não ficava lá pois a família não aceitava João.*

*Descobrimos onde morava a irmã de Paula e fizemos uma visita domiciliar. Nesta visita, ficamos sabendo que o filho dela já era adulto, tinha mais de 30 anos e que morava 'longe dali'. Soubemos também que Paula tinha uma 'casinha' nos fundos da casa da irmã e só não morava lá 'devido seu alcoolismo'. Sua irmã frequentemente ia ao seu encontro, visitava-a na rua. Conseguimos acordar com as duas para que Paula ficasse na casa da irmã nos finais de semana.*

*Apesar de tanto sofrimento, Paula estava lúcida, contava os locais em que trabalhou (em empresa de higienização/limpeza de bancos).*

*Certo dia, Paula estava na 'praça da Mão' quando 'sentiu-se mal'. Então, os moradores de rua chamaram a SAMU. Ela foi encaminhada ao Hospital de Cardiologia de Viamão, sendo depois transferida ao Hospital São Lucas da PUC. Mas ficamos sabendo disso algum tempo depois quando recebemos uma ligação da assistente social do Hospital da PUC, ela queria saber informações da Paula. Questionamos sobre o quadro de saúde (diagnóstico) e a mesma nos relatou ser 'bem grave', que Paula teria que fazer hemodiálise.*

*Um dia (em setembro) recebi uma ligação da irmã de Paula, dizendo que ela tinha falecido no hospital da PUC. Paula morreu em 04/09/2012.*

## **7 DESFECHO OU INTERRUPTÃO? (Caminhos de Despedida e abertura)**

A cartografia do Consultório na Rua traçou movimentos, acontecimentos, conexões múltiplas e, muitas vezes, inesperadas, expressas nas vozes dos sujeitos em entrevistas realizadas e nos relatos observados e anotados em diário de campo. Os autores utilizados foram tomados como intercessores e como base de pensamento e argumentação desta pesquisa, entre eles destaca-se Gilles Deleuze e Félix Guattari.

Vários foram os motores que me levaram a realizar essa pesquisa, entre eles destaco o meu interesse em conhecer como o inovador dispositivo de atenção em saúde, o Consultório na Rua, se desenvolveria na prática.

Para tanto, foi necessário um tempo para construção conjunta e recíproca de afetos com os trabalhadores. O CR fez parte de meu cotidiano na realização deste projeto de tese. Procurei trazer na escrita o que o coletivo produziu de mais rico neste processo, nesse trajeto.

O consultório na rua equipou-se de um conjunto de procedimentos que contemplaram dispositivos de potencialização do sujeito, permitindo mais trocas com o social. Mostrou-se capaz de dar conta de um novo modo de cuidar. Foi possível compreender que:

- O sofrimento das pessoas é parte da singularidade, mas não a única e total referência.
- Se faz necessário acompanhar e escutar os coletivos de trabalho ressingularizadores da organização produtiva do trabalho, ou buscar cartografar estes movimentos de transformação.

O consultório na rua tornou-se um espaço de ressonâncias das diversas conexões em vigência, alinhado aos princípios de um trabalho engajado e vinculado à produção de vida que possibilitou uma reinvenção através da produção de novos sentidos, de novas potências, compondo paisagens de experimentação numa ideia de embarcação coletiva que navegou em um caminho de complexas dificuldades, um verdadeiro rio torrencial, num 'há (de)vir infinito': vir a ter o carro, vir a ter a capacitação, vir a ter um coordenador... e e e... Vivenciaram-se momentos de crise e

ruptura nos quais também ocorreu a criação de novos gestos e composições coletivas. A eCR se compôs e se desdobrou a partir do seu próprio acontecer.

Neste processo que acompanhei, pude perceber que as relações subjetivantes estavam indissociadas da produção de si mesmo, pois o modo de fazer o trabalho no CR também foi uma tarefa ética que dilatou as potências dos territórios existenciais da pesquisadora e da equipe.

Tentou-se ver aquilo que se encontra em estado nascente, olhar para além do senso comum e ver o ainda emergente, o que se mistura ao plano do invisível, do silêncio que se entranha nos sutis movimentos moleculares circulantes, captáveis como pequenas percepções, dissolvendo formas representativas habituais. O trabalhador do CR enquanto artesão, que tece redes subjetivas, sociais, de saúde, da vida, construtores de outras moradas para os sujeitos invisíveis, excluídos, descartáveis encontra suporte em acontecimentos menos perceptíveis e menos grandiosos.

Sem se configurar como um modelo a ser seguido, mas um processo a ser experimentado, aberto e não fechado em si mesmo. Mais do que realidades, desejou-se a desrealização de configurações dadas. Um encontro com o que estamos nos tornando. Um mergulho no plano dos afetos, buscando no processo a potência de novas formas de cuidar. Algo que não cabe conceituar, mas que pode ser definida como uma prática de si sempre em vias de se fazer.

Arriscou-se versar acerca da complexidade da realidade para, de fato, tentar compreender a vida, o cotidiano, contribuindo não só para abastecer a produção acadêmica, mas, sobretudo, para promover práticas reais que se amparem em uma ciência a fim de ampliar as possibilidades de vida.

“Era isso, mas eu não sei se disse bem, nem sei se fui assaz convincente”  
(p.10) O que é a filosofia – Deleuze & Guattari. 2008.

## REFERÊNCIAS

- ACSELRAD, Gilberta. A educação para a autonomia: a construção de um discurso democrático sobre o uso de drogas. In: Acselrad, G. (Org.) **Avessos do prazer: drogas, aids e direitos humanos**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000. p.161-188.
- ALTOÉ, Sônia (Org.). **René Lourau - analista institucional em tempo integral**. São Paulo: Hucitec, 2004.
- BAREMBLITT, Gregório. **Compêndio de Análise Institucional e outras correntes: teoria e prática**. 5. Ed. Belo Horizonte, MG. Instituto Félix Guattari, 2002.
- BASAGLIA, Franco. **Psiquiatria alternativa: contra o pessimismo da razão o otimismo da prática**. São Paulo: Brasil Debates; 1979.
- BASTOS, Francisco Inácio. Redução de danos e saúde coletiva: reflexões a propósito das experiências internacionais e brasileira. In: Bastos, F. I.; Karam, M. L.; Martins MM. **Drogas, dignidade e inclusão social: a lei e a prática de redução de danos**. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Redutores de Danos, 2003. p.15-41.
- BASTOS, Francisco Inácio. (Org.). **Drogas e AIDS: estratégias de redução de danos**. São Paulo: HUCITEC, 1994.
- BASTOS, Francisco Inácio. Redução de danos e saúde coletiva: reflexões a propósito das experiências internacional e brasileira. In: Sampaio, C. M. A. et al. **Drogas, dignidade e inclusão social: a lei e a prática de redução de danos**. Rio de Janeiro: ABORDA, 2003.
- BRASIL. Coordenação Nacional de DST/AIDS. **Manual de Redução de Danos: saúde e cidadania**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
- BRASIL Conselho Nacional de Saúde. Comissão Organizadora da III CNSM. **Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília, 11 a 15 de dezembro de 2001. Brasília, DF: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2002. p. 11-135.
- BRASIL. **A política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2003.
- BRASIL. **Saúde Mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.
- BRASIL. **Portaria Nº 1.028/GM de 1º de Julho de 2005**. Determina que as ações que visam à redução de danos sociais e à saúde, decorrentes do uso de produtos,

substâncias ou drogas que causem dependência, sejam reguladas por esta Portaria. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. **Lei nº 11.343**, de 23 de Agosto de 2006. Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas e define crimes, Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Resultados da amostra do censo demográfico 2010** – malha digital do Brasil: Situação em 2010. Rio de Janeiro: IBGE, 2010. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/default.php>>. Acesso em: 16 jan. 2012.

BRASIL. Coordenação Nacional de Saúde Mental. **Consultórios de Rua do SUS. Material de trabalho para a II Oficina Nacional de Consultórios de Rua do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde/EPJN-FIOCRUZ, 2010.

BRASIL. **Saúde Mental no SUS: as novas fronteiras da Reforma Psiquiátrica**. Consolidação do Modelo de Atenção Intersetorialidade Drogas & Vulnerabilidade, Formação e Produção de Conhecimento para Saúde Mental Pública. Relatório de Gestão 2007 - 2010. Brasília, DF, 2011.

BRASIL **Portaria n.º 2.197/GM**, de 14 de outubro de 2004. Redefine e amplia a atenção integral para usuários de álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, e dá outras providências. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/GM/GM-2197.htm>>. Acesso em: 19 abr. 2012a.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução Nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde**: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, DF, 2012b.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome **1º Censo e Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua**. Disponível em: <[www.mds.gov.br/backup/arquivos/sumario\\_executivo\\_pop\\_Rua.pdf](http://www.mds.gov.br/backup/arquivos/sumario_executivo_pop_Rua.pdf)>. Acesso em: 12 mar. 2012c.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual sobre o cuidado à saúde junto à população em situação de rua**. Brasília, DF, 2012d.

BRASIL. **Portaria nº 122**, de 25 de janeiro de 2012. Define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua. Brasília, DF, 2012e.

BUCHER, Richard. **Drogas e sociedade nos tempos da AIDS**. Brasília, DF: Universidade de Brasília, 1996.

COMISSÃO BRASILEIRA SOBRE DROGAS E DEMOCRACIA. 2013. Disponível em: <<http://cbdd.org.br/pt/2013/04/17/cbdd-e-contraria-ao-projeto-de-osmar-terra/>> Acesso em: 17 abr. 2013.

CONTE, Marta. et al. Redução de danos e saúde mental na perspectiva da atenção básica. **Boletim da Saúde**, Porto Alegre v.18, n.1, p. 59-77, jan-jun 2004.

CONTE, Marta. **Redução de danos e psicanálise**: articulações possíveis? Scielo, APPOA, Porto Alegre, 2003.

CRUZ, Marcelo Santos. Práticas médicas, toxicomanias e a promoção do exercício da cidadania. In: ACSELRAD, G. (Org.). **Avessos do prazer**: drogas, aids e direitos humanos. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000. p. 233-244.

DELBO, Francisco et al. Avaliação da disponibilização de kits de redução de danos. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.15, n.1, p.37-48, jan-abr 2006.

DELEUZE, Gilles; GUATTARI, Felix. **O Anti-Édipo**: capitalismo e esquizofrenia. Madri: Ed. Paidós, 1972.

DELEUZE, Gilles; GUATTARI, Felix. **Mil Platôs**: capitalismo e esquizofrenia, Vol. 1. Rio de Janeiro: editora 34, 2008.

DELEUZE, Gilles, PARNET, Claire. **Diálogos**. São Paulo: Escuta, 1998. Disponível em: <<http://www.filoczar.com.br/filosoficos/Deleuze/Gilles%20Deleuze%20e%20Claire%20Parnet%20-%20Di%C3%A1logos.pdf>>. Acesso em: 6 abr 2014.

FAGUNDES, Sandra. Saúde mental nas políticas públicas municipais. In: VENANCIO, A. T.; Cavalcanti, M. T. **Saúde mental**: campo, saberes e discursos. Rio de Janeiro: Edições IPUB-CUCA, 2001.

FARINA, Cynthia. Arte e formação: uma cartografia da experiência estética atual. In: REUNIÃO ANUAL DA AMPED, 21. :2008 : Caxambu. **Anais...** Caxambu, 1998, p.1-16. Disponível em: <<http://www.anped.org.br/reunioes/31ra/1trabalho/GE01-4014—Int.pdf>>. Acesso em: 16 abr. 2012.

FERIGATO, Sabrina Helena; CARVALHO, Sergio Resende. Qualitative research, cartography and healthcare: connections. **Interface** - Comunicação, Saúde, Educação, v. 15, n. 38, p. 663, jul./set. 2011.

FONSECA, Tania Maria Galli; ENGELMAN, Sandra; PERRONE, Claudia Maria. **Rizomas da Reforma Psiquiátrica**: a difícil reconciliação. Porto Alegre: Sulina/UFRGS, 2007.

FONSECA, Tania Maria Galli. Modos de Pesquisar, modos de subjetivar. In FONSECA, Tânia Maria Galli; ENGELMAN, Sandra; PERRONE, Cláudia Maria.

**Rizomas da Reforma Psiquiátrica:** a difícil reconciliação. Porto Alegre: Sulina/UFRGS, 2007. p. 19-28.

FRANCO, Tulio Batista. MERHY, Emerson Elias. **O reconhecimento de uma produção subjetiva do cuidado.** Disponível em: <<http://www.professores.uff.br/tuliofranco/textos/reconhecimento-producao-subjetiva-cuidado.pdf>>. Acesso em: 10 jun. 2012.

GRUP IGIA e cols. **Gestionando las drogas – Conferência de consenso sobre reducción de daños relacionados com las drogas:** cooperación e interdisciplinarietà. Barcelona: Igia Publicaciones, 2000. p. 12-16.

GUATTARI, Félix, Rolnik Sueli. **Micropolítica:** cartografias do desejo. Petrópolis: Ed. Vozes, 1999.

KASTRUP, Virgínia, O método da cartografia e os quatro níveis da pesquisa-intervenção. In: CASTRO, L. R.; Correa, J.; Besset, E. L. (Org.). **Pesquisa-intervenção na infância e juventude.** Rio de Janeiro: Nau, 2008. p. 465-89.

KASTRUP, Virgínia. **O funcionamento da atenção no trabalho do cartógrafo.** Psicologia e Sociedade, São Paulo, v.19 n.1, p. 15-22, jan./abr. 2007.

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

MACHADO, Ana Regina. **Uso prejudicial e dependência de álcool e outras drogas na agenda da saúde pública:** um estudo sobre o processo de constituição da política pública de saúde do Brasil para usuários de álcool e outras drogas. 2006. 151 f. Dissertação (Mestrado)-Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2006.

MACHADO, Roberto. **Deleuze, a arte e a filosofia.** 2. Rio de Janeiro: Ed. Zahar, 2010.

MATURANA, Humberto; VARELA, Francisco. **A árvore do conhecimento:** as bases biológicas do entendimento humano. São Paulo: Editorial Psy II, 1995.

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

OLIVEIRA, Mírian Gracie Plena Nunes de. **Consultório de rua: relato de uma experiência.** 2009. 152. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública)-Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, 2009.

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

PASSOS, Eduardo; KASTRUP, Virgínia; ESCÓSSIA, Liliana. (Org.). **Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade**. Porto Alegre: Sulina, 2009.

PASSOS, Eduardo; KASTRUP, Virgínia. **Sobre a validação da pesquisa cartográfica: acesso à experiência, consistência e produção de efeitos**. Fractal: Revista de Psicologia. v.25, n.2, 2013. Disponível em <<http://www.uff.br/periodicoshumanas/index.php/Fractal/article/view/1117> > Acesso em 18 de dezembro 2013.

PAULON, Simone Mainieri; ROMAGNOLI, Roberta Carvalho. Pesquisa intervenção e cartografia: melindres e meandros metodológicos. **Estudos e Pesquisas em Psicologia (UERJ)**, Rio de Janeiro, v.10, n.1, p. 85-102, 2010. Disponível em: <<http://www.revispsi.uerj.br/v10n1/artigos/pdf/v10n1a07.pdf>>. Acesso em: 7 mai 2012.

POZZANA, Laura. A formação do cartógrafo é o mundo: corporificação e afetabilidade. **Fractal: Revista de Psicologia**, Niterói, v. 25, n. 2, p.323-338, 2013. Disponível em: <<http://www.uff.br/periodicoshumanas/index.php/Fractal/article/view/1113>> Acesso em: 11 fev. 2014.

RIGONI, Rafaela de Quadros. **Assumindo o controle: organizações, práticas e a experiência de si em trabalhadores da Redução de Danos na região metropolitana de Porto Alegre**. 2006. 173 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social)-Curso de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2006.

ROLNIK, Sueli. **Cartografia sentimental**. Porto Alegre: Sulina; UFRGS, 2006.

ROOS, Cristine Moraes. **Ações de redução de danos voltadas para usuários de drogas: uma revisão integrativa**. 2011. 96 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)-Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011.

ROTELLI, Franco. **Onde Está o Senhor?** Revista Saúde Loucura, n. 3, São Paulo: Hucitec, 1991.

SADE, Christian et al. O uso da entrevista na pesquisa-intervenção participativa em saúde mental: o dispositivo GAM como entrevista coletiva. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 10, out. 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232013001000006&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013001000006&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 15 mar. 2014.

VIAMÃO. **Relatório do COREN RS**. Viamão, 2012. Impresso.

TURATO, Egberto Ribeiro. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, n. 39, v. 3, p.507-14, 2005.

ZOURABICHVILI, François. **O vocabulário de Deleuze**. Rio de Janeiro: IC, 2004. Disponível em: <<http://claudioulpiano.org.br.s87743.gridserver.com/wp-content/uploads/2010/05/deleuze-vocabulario-francois-zourabichvili1.pdf>> Acesso em: 05 fev. 2012.

## APÊNDICE A - CONSENTIMENTO LIVRE E INFORMADO PARA PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA

(Resolução Nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde)

Estou apresentando a presente pesquisa, intitulada SE ESTA RUA FOSSE MINHA... CAMINHOS RIZOMÁTICOS DE UM CONSULTÓRIO NA RUA, que será desenvolvida pela Doutoranda Cristine Moraes Roos, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Trata-se de um estudo que tem por objetivo acompanhar a experiência de articulação de um consultório na rua.

Espera-se que a pesquisa contribua para o avanço do conhecimento no campo da saúde mental, avaliando o impacto das políticas públicas, mais especificamente no que diz respeito aos projetos de consultório na rua, destinados ao atendimento de usuários em situação de vulnerabilidade social respeitando as orientações da política nacional de saúde mental em vigência no Brasil.

Será realizada uma entrevista, a ser aplicada em dia e horário acordado com você e no local de sua preferência. Como a entrevista precisará do uso de gravador, pedimos sua colaboração nesse sentido. Você tem total liberdade para retirar seu consentimento em qualquer momento da pesquisa.

Caso você tenha disponibilidade e interesse em participar deste estudo, por favor, autorize e assine o consentimento abaixo. Uma cópia ficará conosco e será arquivada; a outra ficará com você:

*Pelo presente consentimento livre e informado, declaro que fui informado (a) de forma clara, dos objetivos, da justificativa, dos instrumentos utilizados na presente pesquisa. Declaro que aceito voluntariamente participar do estudo.*

LOCAL/DATA: \_\_\_\_\_

ASSINATURA DO PARTICIPANTE: \_\_\_\_\_

ASSINATURA DO COORDENADOR DA PESQUISA: \_\_\_\_\_

OBS: Qualquer dúvida em relação à pesquisa entre em contato com:  
Escola de Enfermagem – Universidade Federal do Rio Grande do Sul  
Pesquisadora Responsável: Cristine M. Roos  
Rua São Manoel, 963 – Bairro Rio Branco  
CEP: 90620-110 – Porto Alegre/RS  
Telefones: 51-33085431 ou 92715995.  
E mail: [cmroos82@gmail.com](mailto:cmroos82@gmail.com)

Comitê de Ética em Pesquisa – UFRGS:  
Tel: 51-33083629

## **APÊNDICE B - ROTEIRO DA ENTREVISTA**

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
DOUTORADO EM ENFERMAGEM

SE ESTA RUA FOSSE MINHA...  
CAMINHOS RIZOMÁTICOS DE UM CONSULTÓRIO NA RUA

SUGESTÃO DE ROTEIRO PARA O DISPARADOR ENTREVISTA:

Trabalho no Consultório na Rua:

- a. Você poderia descrever o trabalho que realiza no Consultório na Rua?
- b. Qual a finalidade pretendida por você com a realização dessas atividades?
- c. Que recursos você utiliza para realizar o seu trabalho na rua?
- d. Comente sobre as suas condições de trabalho. Que aspectos dificultam ou facilitam seu trabalho?
- e. Você participou de algum programa de capacitação? Qual/quais?

Impressões acerca da Acessibilidade dos usuários:

- a. Como se dá o acesso do usuário ao atendimento no Consultório na Rua?
- b. O que você acha que dificulta o atendimento a estes usuários?
- c. Quais as dificuldades que você encontra no seu trabalho (equipes, serviços, território)?

## APÊNDICE C - ANOTAÇÕES DO DIÁRIO DE CAMPO

### FRAGMENTOS DAS ANOTAÇÕES DO DIÁRIO DE CAMPO ORIUNDAS DA OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE NAS SUPERVISÕES CLÍNICO INSTITUCIONAIS DO CONSULTÓRIO NA RUA “SE ESTA RUA FOSSE MINHA”

*Fragmentos da observação participante nas Supervisões*

*07/03/2012 - 6 redutores*

*Foi proposta uma vivência no CAPS AD e após uma itinerância pelos serviços substitutivos (CAPS AD, Renascer, Casa Azul). Registrar em diários de campo.*

*Não há carro para o consultório!*

*Quinta-feira: tarde – Reunião de Equipe (de todos os serviços de saúde mental de Viamão).*

*IPA- realizou diagnóstico sócio epidemiológico no CAPS Renascer.*

*Território: consultório (de) rua, (de) saúde, (de) saúde mental...*

*Viamão: quilombolas, indígenas, pescadores*

*ESF- localizadas nas regiões de maior vulnerabilidade (“territórios da Paz”) águas Claras, Itapuã, Vila Elza, Augusta Meneghine e Augusta Marina.*

*Territórios da Paz: São áreas da cidade caracterizadas por elevados índices de violência letal, que envolvem principalmente os jovens de 15 a 29 anos. O objetivo da identificação dessas áreas na cidade é que estas, por meio de diversas intervenções sociais e implantação de policiamento comunitário previstos pelo Pronasci, sejam pacificadas transformando-se em Territórios da Paz.*

*- oficinas, grupos, cinema, fotografia-imagem= dispositivos do redutor*

*21/03/2012*

*A itinerância nos espaços demonstra as potencialidades de cada serviço (ex: trabalho interdisciplinar)*

*11/04/2012*

*Equipe mostra que o CAPS AD não está preparado, pois o usuário do CR chega ao serviço e sente-se discriminado (sujeira, odor, aparência)*

*Supervisor diz que precisa ser clareado o trabalho do RD no CR “não é só encaminhar”*

*Redutores fazem pedido para ter capacitação em TB, Hepatites, DST, HIV*

*RD diz para Supervisor “tu nem conhece Viamão”*

*Supervisor responde: “como vamos desmanchar os nós da rede de serviços de saúde?”*

*Que rede é essa?*

*Equipe desenvolve oficina com usuários do CAPS para criar um logotipo para o CR e um folder.*

*25/04/2012*

*RD diz que este encontro de supervisão gera expectativas.*

*Escolas: pedido para realização sobre vivências com as drogas (com todos os CAPS e CR)*

*Rd diz que um usuário atendido pelo CR também quer abordar pessoas na rua (trabalhar junto com a equipe)*

*Solicitado pelo supervisor:*

*1) mapeamento: igrejas, praças, serviços públicos, asilos, rotas de uso, bretes, mocós, cursos (técnicos, formação superior), escolas, bancos, funerárias, comércio...*

*2) Explorar: é público ou privado? Horário de funcionamento?*

*02/05/2012*

*Resultado da Votação do logotipo: 14 produções (usuários, residentes da ESP e equipe) realizada votação em urna (logos confeccionados na oficina de artes foram expostos no CAPS para apreciação).*

*RD- o verdadeiro trabalho é com a sociedade, com a rede: hospital do município não atende, CRAS não faz papel social. A gente faz as amarrações, tece a rede, desacomoda os serviços de Viamão*

*RD: “não poderiam fazer isso de descontar o salário” Nas supervisões sempre surge o assunto acerca do tipo de contrato dos RDs (a prefeitura está ‘descontando’ INSS do salário que na realidade é uma bolsa auxílio)*

*RD: ‘bateram e queimaram um usuário, deixaram ele em frente ao hospital que negou a ofertar cadeira de rodas e também atendimento. Ficamos desde cedo na função: ele entrou às 6:15 acompanhado por um de nós e foi ser atendido às 22:00. Quando foi meia noite liberaram e no papel dizia “Alta para domicílio”, ele é morador de rua!*

*Para tentar se organizar, os RDs criaram sua agenda, um cronograma de atividades: 2ª à 6ª:*

*8:00- 9:00 = Reunião diária entre CR e equipe caps ad (um redutor representante)*

*9:00- 9:30 = Cuidado com o cuidador (um RD propõe a atividade)*

*9:30- 11:30= Exercício de Campo*

*13:00-13:30= Almoço*

*13:30= Exercício de Campo*

*15:30= Confronto das experiências (Praça Renascer)*

*4ª(manhã)=Supervisão*

*5ª(tarde)=Reunião semanal de equipes*

*17/05/2012*

*Mental Tchê (dois redutores de danos do CR)*

*16/05/2012*

*Escola Araçá 13:30-17:00 (três redutores de danos do CR))*

*23/05/2012*

*Itinerário do usuário abordado pelo CR:*

*MORA EMVIAMÃO. DORME EM PORTO ALEGRE. TOMA BANHO EM ALVORADA.SE PRECISAR DE HOSPITAL VAI PRA SAPUCAIA. Absurdo!!!*

*Não ocorreram as vivências nas escolas.*

*Proposta: oficina com usuários do CAPS AD sobre a pessoa em situação de rua para sensibilizá-los (estão 'incomodados' com moradores de rua indo ao CAPS).*

*29/05/2012*

*Escola Cecília (reunião)*

*30/05/2012*

*Ação conjunta: CR+CREAS: Ministério Público acionou*

*Trabalho de busca (determinado pela justiça)*

*3 RDs saíram do CR e 1 Rd foi desligado.*

*Sobram 2 RDs*

*Para entregar ao supervisor: relatos de campo (diários de campo)*

*E o CR como fica? Serão chamados novos RDs?*

*Manhã no CAPS ad: 1 Rd ficará como "bombeiro" os outros vão ao campo.*

*Tarde: realizar este relatório das atividades do primeiro semestre.*

*05/06/2012*

*Escola Jardim Outeiral: ficou acordado que será realizado com turmas de 7 e 8ª série, com os professores junto, não focar só em saúde/doença mas discutir temas da atualidade.*

*As atividades nas escolas poderão abranger todo o território do município. Fazer estatísticas sobre as demandas.*

*13/06/2012*

*Mapeamentos: zonas vulneráveis e dispositivos da rede.*

*Cronograma e planejamento: para expandir o projeto*

- ir na Atenção Básica*
- na comunidade*
- 1 vez por semana ir a algum serviço*
- acompanhar os usuários, ir à ESF*
- realizar oficinas*
- organizar atividades internas e externas (capacitação?)*
- vivências na escola*
- a supervisão também é um espaço de construção*

*27/06/2012*

*Apareceram na supervisão 3 redutores novos (candidatos): um técnico de enfermagem, uma que trabalhava no almoxarifado (disse que está ali 'obrigada') e um da SAMU.*

*Estes redutores nunca mais voltaram!*

*Ideias do grupo: abordagens noturnas (atendimentos pontuais).*

*Como? Com o ônibus da UFRGS e estudantes (?)*

*04/07/2012*

*RD diz: "Aqueles três redutores foi pura enrolação!"*

- apresentação dos resultados parciais do mapeamento*
- RD atuando (dizem que saía a campo para 'captar' usuários para encaminhar para uma clínica particular da qual tinha sociedade)??*
- O CR Ainda não tem carro/Kombi próprio.*

07/08/2012

Um telefonema... um convite. Conhecer a reserva indígena e atender Verapotí, um menino índio que supostamente estaria psicótico.

Neste dia, a equipe estava composta pelos quatro redutores de danos que compuseram os sujeitos desta pesquisa.

08/08/2012

Rodízio nos serviços de SM (um RD em cada)

RD diz: "o usuário vem ao CAPS ad e lhe dizem que vá atrás do RD que lhe acolheu" morador de rua não é de ninguém? E se ele precisa do serviço?

- sugerem um RD para participar do colegiado gestor

15/08/2012

Foco no relatório (mapeamento identificando as áreas de risco e os recursos da comunidade).

24/08 Vou à Viamão para ajudar na construção do relatório que será apresentado à rede de saúde do município.

19/09/2012

- No que o consultório pode contribuir?

- Planejamento (cada RD ficou com uma área).

Uma vez por semana: um RD sai a campo + carro + técnico do serviço de saúde que está alocado. Se não tem carro, as 4 RD vão ao centro fazer abordagem.

25/09/2012

Diagnosticando o Mapeamento: ida aos locais mapeados para conhecer atividades na comunidade e ofertar outras propostas que o CR poderá realizar.

Já existem propostas de rodas de conversa, reunião com a associação de moradores. Na UR Centro realizarão na sala de espera uma conversa sobre Saúde Mental.

24/10/2012

Clube de mães (entregue material do CR, convite aos outros clubes)

Frederico Dill, Estalagem: material educativo

**\*\*Atividades na Comunidade e Rodas de Conversa nas Escolas**

1. Roda de Conversa (Barreto Viana) RD diz: 'essa é uma escola menor, que dá maior margem a intervenções individualizadas'.

- alcoolismo/ tráfico

-Uso de outras drogas

- violência doméstica

- criminalidade

- doenças mentais

Encaminhamentos: marcar reunião com professores e diretores da escola.

2. Chá – Legião de Maria

- debate sobre funcionamento dos serviços de saúde mental
  - doenças mentais
  - funcionamento da casa paroquial (participação da legião de Maria).
- Encaminhamentos: agendar encontro com o grupo de jovens para debater o CR; distribuição de material informativo (cartilha do idoso).

### 3. Sempre Vivas

- eCR assistiu a reunião do grupo
  - conversa sobre atividades sociais (bailes, viagens)
- Encaminhamentos: agendar encontro específico para debate do CR.

### 4. Escola Antonio de Souza Neto (Estalagem).

- Discussão sobre saúde mental, o CR e transtornos mentais;
  - prevenção de doenças, estigma;
  - sexualidade;
- Encaminhamentos: oficina sobre educação sexual; ver com professores oportunidades de diversificação de atividades recreativas (poucos recursos foram observados).

### 5. Sala de Espera UR Centro

- Conversa sobre Saúde Mental, Estigma
  - funcionamento do CAPS AD (usuários do CAPS participaram também)
- Encaminhamentos: entregue material informativo.

### 30/10/2012 Relatos das atividades nas escolas

Fernando: internado, abstinências, amarrado, sem diazepam.

Paulina: CREAS marcou reunião com eCR mas não compareceu.

06/11 Não sabíamos que hoje seria a última supervisão pois a coordenação de SM do município estava tentando estender o prazo do contrato até pelo menos Dezembro. No dia seguinte, a RD foi comunicada que havia terminado seu contrato; as outras 3 RDs cada uma tinha um tipo de vínculo empregatício com a prefeitura e foram posteriormente realocadas.

- intervenções da semana
- Relatório segundo semestre
- planejamento

RD diz: “quem sabe liderar não precisa mudar...”

## ANEXO - APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



### CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA

#### PARECER N°. 337/2012

**Registro CONEP 16740** (Este nº deve ser citado nas correspondências referentes a este projeto)

**Folha de Rosto – 412247**

**Processo nº 25000.203777/2011-16**

Projeto de Pesquisa: "Avaliação Qualitativa Da Rede De Serviços Em Saúde Mental Para Atendimento A Usuários De Crack". Folha de rosto; Currículo Lattes; Cronograma de execução da pesquisa; Orçamento financeiro; Projeto de pesquisa (23/07/2012); Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (23/07/2012).

**Pesquisador Responsável:** Leandro Barbosa de Pinho

**Instituição:** Prefeitura Municipal de Viamão (Secretaria Municipal de Saúde) (**CENTRO ÚNICO**)

**CEP de origem:** UFRGS

**Área Temática Especial:** A Critério do CEP.

**Patrocinador:** Recursos próprios do pesquisador.

#### **Sumário geral do protocolo**

Introdução: Atualmente, o crack vem sendo um assunto com ampla repercussão social, tamanho os efeitos devastadores causados no indivíduo, na família e no seu círculo de relações. A dependência de crack é uma das mais sérias dentre todos os quadros de consumo problemático de drogas, por causa de seus efeitos quase imediatos. O Brasil vem se sensibilizando para a necessidade de estabelecer diálogos e incentivos para a investigação sobre os fenômenos relacionados à dependência de crack. A Política Nacional de Atenção Integral a Usuários de Álcool e Drogas, o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso a Tratamento em Álcool e outras Drogas no SUS e o Plano Integrado de Enfrentamento ao crack e outras drogas, podem-se destacar o desenvolvimento de atividades de promoção, prevenção, tratamento e educação para o uso abusivo de álcool e outras drogas, considerando-os como um grave problema de saúde pública. Trata-se de um grande desafio à oferta de serviços e ações de saúde, em todos os níveis de atenção.

Tendo como referência esse contexto, o projeto prevê uma avaliação qualitativa participativa da rede de serviços em saúde mental para atendimento a usuários de crack no município de Viamão. Pretende-se que os resultados da pesquisa contribuam no avanço do conhecimento científico no campo da saúde mental, em especial às demandas relacionadas ao consumo de crack na região investigada. Espera-se também o projeto possa dar subsídios para avaliar e rediscutir os avanços e desafios das políticas públicas de saúde mental, além de problematizar a cobertura e oferta dos cuidados oferecidos em rede a usuários de crack, em consonância com os princípios da reforma psiquiátrica e das políticas de saúde mental vigentes no Brasil.

Objetivos: Avaliar qualitativamente a rede de serviços de saúde mental para atendimento a usuários de crack em Viamão/RS.

Desenho do estudo: Trata-se de uma pesquisa avaliativa, fundamentada nos pressupostos teórico-metodológicos da Avaliação de Quarta Geração. Será utilizado,

como dispositivo metodológico, o círculo hermenêutico-dialético adaptado à realidade da saúde mental por Wetzel, a partir da identificação de grupos de interesse da rede do município.

**Métodos:** Entrevistas individuais com usuários, familiares, trabalhadores e gestores do sistema de atendimento psicossocial, somando cerca de quarenta entrevistas em horário e local de preferência do entrevistado. Esse procedimento será seguido de dinâmicas de interação, onde os entrevistados divididos em grupos organizarão materiais a partir dos conteúdos das entrevistas realizadas, os apresentando em reencontro com os outros agrupamentos com o fim de subsidiar avaliação participativa da Rede de Serviços, procedimento denominado Técnica Grupal (p.37).

**Crítérios de inclusão/exclusão:** a seleção dos entrevistados será feita a partir da definição dos grupos de interesse incluídos no estudo: usuários, familiares, trabalhadores e gestores do sistema. O projeto trabalha com o número de sujeitos de pesquisa indefinido.

**Riscos/Benefícios:** Os conhecimentos gerados pela pesquisa podem vir a contribuir para a consolidação do debate técnico-político em torno do cuidado prestado pela rede de serviços em saúde mental, no âmbito do Sistema Único de Saúde.

#### **Local de realização**

Trata-se de um projeto nacional e unicêntrico a ser realizado no município de Viamão / RS.

#### **Apresentação do protocolo**

Os seguintes documentos foram apresentados no CD-ROM do protocolo em tela: Ofício do CEP de origem, Folha de rosto (arquivo "folha de rosto"), Parecer do CEP de origem (arquivos "parecer CEP", "aprovação CEP", "parecer consubstanciado 1" e "parecer consubstanciado 2"), Currículo Lattes (arquivo "Currículo Lattes Leandro (Nov-2011)", Cronograma de execução da pesquisa (arquivo "Cronograma"), Orçamento financeiro (arquivo "orçamento detalhado e aprovado"), Projeto de pesquisa (arquivo "projeto CNPq – crack"), Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (arquivo "TCLE").

Juntamente com as respostas ao Parecer CONEP Nº. 037/2012, os seguintes documentos foram apresentados: Ofício-resposta às solicitações do CONEP; Folha de rosto; Parecer do CEP de origem; Parecer consubstanciado do recurso; Currículo Lattes; Cronograma de execução da pesquisa; Orçamento financeiro; Projeto de pesquisa (23/07/2012); Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (23/07/2012).

#### **Considerações sobre a análise das respostas ao Parecer CONEP Nº. 37/2012, relativo ao projeto de pesquisa em questão:**

1) "As normas da Resolução CNS 196/96, especialmente as exigências contidas nos itens III.3."g","h","r","s","t"; IV.1."g","h"; V; V.1; V.5; VI.3."a","b","c","d","e","f","g","h", não estão contempladas no projeto."

Itens III.3

**Resposta:** Letra "g": O projeto consta de TCLE, que foi reformulado conforme sugestões. Foi acrescentado Termo de Consentimento específico, para o caso de ser necessário colher assinatura de representante legal de usuários (Apêndice B).

**Análise: Pendência atendida.**

**Resposta:** Letra "h": O projeto está sendo financiado com recursos do CNPq e do Ministério da Saúde (Edital MCT/CNPq 041/2010). As informações sobre o recurso liberado

já foram disponibilizadas junto com a documentação enviada anteriormente para análise (arquivo "Orçamento detalhado e aprovado"). O orçamento "detalhado" corresponde ao valor inicial solicitado quando da submissão da proposta, e o "aprovado" foi o valor aprovado após análise do projeto pelo Comitê Assessor do CNPq. A importância de R\$ 66.000,00 já foi liberada. Com relação aos recursos humanos, a equipe de pesquisadores está descrita detalhadamente no projeto e serão apresentados aos sujeitos quando da coleta de dados em campo.

**Análise: Pendência atendida.**

**Resposta:** Letra "r": Não há conflitos de interesses entre os participantes da pesquisa, os participantes do projeto e o patrocinador. Os pesquisadores comprometem-se a evitar quaisquer conflitos de interesse que possam surgir e explicar todos os procedimentos, de maneira exaustiva, aos sujeitos investigados. Quanto ao patrocinador, trata-se de projeto financiado por agência de fomento nacional.

**Análise: Pendência atendida.**

**Resposta:** Letra "s": a colaboração do pesquisador estrangeiro está devidamente descrita no item "9" do projeto ("indicação de colaborações ou parcerias já estabelecidas com outros centros de pesquisa na área"). O pesquisador participará apenas da etapa da análise dos dados empíricos, pela experiência em outros projetos de pesquisa desenvolvidos em parceria e pela longa trajetória no campo da análise de discurso de sujeitos que trabalham no campo da saúde. Nesse item, também destacam-se as possíveis contribuições dele à pesquisa e à instituição.

Vale ressaltar que o pesquisador internacional assinou termo de anuência para participar da pesquisa, exigência para ser apreciado junto ao CEP/UFRGS. Não há financiamento exterior, apenas nacional.

**Análise: Pendência atendida.**

**Resposta:** Letra "t": Os dados serão utilizados apenas para divulgação na comunidade científica e retorno ao município, com os resultados do processo de avaliação. Não haverá identificação dos sujeitos sob qualquer natureza, como destacado no item "considerações éticas".

**Análise: Pendência atendida.**

#### Item IV.1

**Resposta:** Letra "g": Todos os dados serão mantidos sob o mais absoluto sigilo pela equipe de pesquisa. Sobre a etapa de negociação, salienta-se que ela faz parte do processo de aplicação do círculo hermenêutico-dialético, não podendo ser descartada. No entanto, qualquer dado apresentado para validação não contém nenhuma informação pessoal ou de identificação dos entrevistados. Nessa etapa, conforme a metodologia, como já há etapas analíticas do material – e que estão devidamente descritas no projeto -, as informações não são mais individuais, mas coletivas, pois são representações dos depoimentos de todos os entrevistados.

**Análise: Pendência atendida.**

**Resposta:** Salienta-se ainda que apenas a equipe de pesquisa conhecerá a identificação dos entrevistados (usuários, familiares, trabalhadores e gestores). Nenhuma informação pessoal será compartilhada com grupos de interesse ou entre os grupos, que poderiam ser potencialmente beneficiários ou vítimas nesse processo.

**Análise: Pendência atendida.**

**Resposta:** Letra "h": O projeto prevê que a participação do sujeito seja voluntária, e não haverá ressarcimento ou pagamento de quaisquer despesas envolvidas com a participação do indivíduo, pois as entrevistas serão realizadas preferencialmente no serviço onde trabalham ou são atendidos. O TCLE garante que essa participação é voluntária, mas foi acrescentada nova redação, informando que não haverá pagamento de despesas pela participação na pesquisa.

**Análise: Pendência atendida.**

Itens V, V.1 e V.5

**Resposta:** A pesquisa será realizada com aplicação de entrevistas aos sujeitos. Os riscos previstos são de ordem moral e emocional. Nesse caso, o TCLE foi adaptado com a inclusão da redação "... se isso acontecer, será disponibilizado o auxílio necessário para ajudar a enfrentar a situação...".

**Análise: Pendência atendida.**

Item VI.3, "a", "b", "c", "d", "e", "f", "g", "h"

**Resposta:** Essa exigência está descrita ao longo do campo "aspectos operacionais do processo avaliativo", disponível no projeto original. Foram realizadas algumas inclusões no texto, descrevendo melhor critérios de exclusão ou inclusão de sujeitos e o delineamento amostral.

A pesquisa descreve quais técnicas serão utilizadas (observação prévia e entrevista). Foi acrescentado um parágrafo afirmando sobre como será o tratamento dos dados brutos da pesquisa (página 29, antes dos objetivos).

Em outras pesquisas com o uso da mesma metodologia, vem sendo convencional entrevistar, após a etapa de observação, em torno de 10 (dez) usuários e 10 (dez) familiares. Sobre trabalhadores e gestores, estima-se que sejam em torno de 30 pessoas. Isso foi adaptado ao longo da metodologia (página 36), assim como critérios de inclusão de cada grupo de interesse.

Os sujeitos são escolhidos após a etapa da etnografia prévia, quando os pesquisadores fazem a incursão no campo e começam a identificar os potenciais respondentes do processo avaliativo. Por isso, não há como delinear o perfil desses indivíduos e outras características sociais a priori, pois apenas a imersão no campo, com a aplicação da etnografia prévia, mostrará aos pesquisadores a real situação desses respondentes, onde e como vivem.

Os usuários e familiares se enquadram nos grupos vulneráveis, mas no decorrer do projeto os pesquisadores procuraram tomar cuidado para destacar a relevância da pesquisa para investigar a problemática no contexto brasileiro. Também se comprometem com os rigores éticos e a detalhar para os sujeitos todos os passos que incluem sua participação. Lembrando que se trata de um projeto que recebeu financiamento específico de agência federal e do próprio Ministério da Saúde.

**Análise: Pendência atendida.**

2) "No TCLE apresentado não consta a possibilidade de haver um representante legal, o que poderá ocorrer, considerando que o sujeito de pesquisa é usuário de crack. Como não existe critério de inclusão/exclusão, não se sabe se deverá haver Termo de Assentimento ou TCLE assinado por representante legal, em face de menoridade (Resolução CNS 196/96, item III.3."g")."

**Resposta:** A pesquisa prevê a utilização de TCLE. Conforme descrito anteriormente, foi acrescentado Termo de Consentimento específico, para o caso de ser necessário colher assinatura de representante legal de usuários. O referido termo encontra-se no apêndice B.

**Análise: Pendência atendida.**

3) "O projeto coloca impropriamente que o estudo cumpre os preceitos ético-legais que regem as pesquisas com seres humanos, como é preconizado pelo Ministério da Saúde (Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde), o que é absolutamente impróprio, pois a norma citada apenas contempla os preceitos de ordem ética que envolvem a pesquisa em seres humanos."

**Resposta:** O campo "considerações ético-legais" do projeto foi substituído pelo termo "Considerações Éticas".

**Análise: Pendência atendida.**

4) "O projeto será todo desenvolvido no-município de Viamão, no Rio Grande do Sul, mas o título - "ViaREDE AVALIAÇÃO QUALITATIVA DA REDE DE SERVIÇOS EM SAÚDE MENTAL PARA ATENDIMENTO A USUÁRIOS DE CRACK" – pode dar a errônea impressão de que o estudo engloba todo o serviço de saúde mental do país."

**Resposta:** O título do projeto será adaptado para "ViaREDE- Avaliação qualitativa da rede de serviços em saúde mental de Viamão para atendimento a usuários de crack". Acrescentaremos essa modificação aos relatórios (Ministério da Saúde, CNPq, CONEP e CEP/UFRGS), justificando que o título foi adaptado por orientação do CONEP.

**Análise: Pendência atendida.**

5) "Consta do estudo apresentado que a totalidade das informações obtidas será disponibilizada ao grupo, o que fere a garantia do sigilo. Além disso, tal possibilidade não consta no TCLE (Resolução CNS 196/96, item VI.3."9")."

**Resposta:** Como descrito anteriormente, no item correspondente (item III.3."g"), todos os dados serão mantidos sob o mais absoluto sigilo pela equipe de pesquisa. Sobre a etapa de negociação, salienta-se que ela faz parte do processo de aplicação do círculo hermenêutico-dialético, não podendo ser descartada. No entanto, qualquer dado apresentado para validação não contém nenhuma informação pessoal ou de identificação dos entrevistados. Nessa etapa, conforme a metodologia, como já há etapas analíticas do material – e que estão devidamente descritas no projeto -, as informações não são mais individuais, mas coletivas, pois são representações dos depoimentos de todos os entrevistados.

**Análise: Pendência atendida.**

6) "O cronograma do projeto sugere que a pesquisa já foi iniciada"

**Resposta:** O cronograma foi adaptado para o real início das atividades. Salienta-se que o arquivo previamente enviado continha as informações submetidas ao Edital do CNPq e do MS, no final de 2010. Salienta-se que o projeto iniciará após a aprovação do CONEP, e contamos com a colaboração deste órgão no sentido de não atrasarmos o calendário das atividades.

**Análise: Pendência atendida.**

7) "Não foi apresentado documento dos CAPS ou de eventual patrocinador estrangeiro corroborando os dados do orçamento e o investimento concedido ao projeto."

**Resposta:** Há anuência da secretaria de saúde do município de Viamão para o desenvolvimento das atividades de pesquisa. A coordenação municipal de saúde mental assinou a folha de rosto do projeto, autorizando a coleta no campo. Além disso, também acrescentamos, ao final do projeto (apêndice F), cópia da autorização, assinada pela Secretária de Saúde do Município de Viamão.

Sobre o investimento estrangeiro, informa-se que não se aplica ao caso.

Cont. Parecer CONEP nº. 337/2012

Sobre a necessidade de confirmação do orçamento por parte do município, o investimento recebido pelo CNPq e pelo Ministério da Saúde não será revertido para consumo pelo município. Trata-se de investimento público gerido pelo grupo de pesquisadores e para consumo da pesquisa. O município manifestou-se favorável a esse quesito, disponível no apêndice F.

**Análise: Pendência atendida.**

**Diante do exposto, a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP, de acordo com as atribuições definidas na Res. CNS 196/96, manifesta-se pela aprovação do projeto de pesquisa proposto.**

Situação: **Protocolo aprovado.**

Brasília, 27 de novembro de 2012.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Anibal', is written over a horizontal line. A vertical line descends from the end of the signature, crossing the horizontal line.

**Aníbal Gil Lopes**  
Coordenador Adjunto da CONEP/CNS/MS