

A CLÍNICA NOS CONSULTÓRIOS NA RUA: TERRITÓRIOS, COLETIVOS E TRANSVERSALIDADES

Tadeu de Paula Souza¹
Iacã Macerata²

RESUMO

Neste texto, ensejamos pensar implicações que estão em jogo na clínica operada no âmbito das equipes de “Consultório na Rua”. Este novo dispositivo da Atenção Básica coloca novos desafios ao SUS no sentido da intensificação de suas diretrizes e da ampliação e qualificação de seus olhares. Para pensar o que está implicado no cuidado de uma modalidade de serviço muito nova, vamos nos utilizar da experiência de implementação de um serviço muito similar ao modelo do Consultório na Rua, e que serviu como base para a idealização do mesmo: a Estratégia de Saúde da Família para a população de rua (ESF POP RUA), implementado em 2010, no município do Rio de Janeiro, em diálogo com uma experiência do Consultório na Rua do município de Campinas-SP entre os anos de 2012 e 2014.

Palavras chave: *saúde da população em situação de rua; transversalidade; Atenção Básica; clínica; território.*

¹ Doutor em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual Paulista (UNICAMP). Mestre em Psicologia pela Universidade Federal Fluminense (UFF). Professor Visitante da Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Maranhão (UFMA).

² Doutor em Psicologia pela Universidade Federal Fluminense (UFF). Mestre em Psicologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

THE CLINIC IN THE STREET SETTINGS: TERRITORIES, COLLECTIVITIES, TRANSVERSALITIES

ABSTRACT

Tadeu de Paula Souza e Iacã Macerata In this article we want to explore some implications in the care operated within the “Street Setting Teams” [“Consultório na Rua”]. This new device of Primary Care poses new challenges to the SUS (the Brazilian public health system) towards the intensification of its guidelines and the expansion and qualification of its care’s model. To think of what is involved in caring for this very new type of service we will use the experience of implementing a very similar service, which served as the basis for its idealization: the ESF POP RUA, implemented in 2010, in the municipality of Rio de Janeiro.

Keywords: *health of homeless population; transversality; Primary Care; clinics; territory.*

Rio de Janeiro, demorô, é agora, pra se virar tem que aprender na rua o que não se aprende na escola.

Zerovinteum, Planet Hemp

INTRODUÇÃO

A nova Política Nacional de Atenção Básica (2011) institui, através das portarias 122 e 123 de 25 de janeiro de 2012, as *Equipes de Consultório na Rua* (ECR). Definidas como equipes multiprofissionais, agregando profissionais da tradicional Estratégia de Saúde da Família (ESF) e profissionais da Saúde Mental, o desenho das ECR advém de uma reformulação da proposta das equipes de Consultório de Rua, que eram de gestão da Saúde Mental, e tinham como foco de atendimento jovens usuários de substâncias psicoativas, trabalhando na lógica da Redução de Danos. As ECR, agora de gestão da Atenção Básica (AB), visam atender a integralidade das questões de saúde da pessoa em situação de rua, incluindo na AB as ofertas de saúde da saúde mental: a Redução de Danos, os atendimentos a transtornos mentais, articulando-as às ofertas tradicionais das ESF.

Partimos da percepção de que, embora seja um arranjo da/na atenção básica, essa fusão constitutiva das ECR estão prestes a desenvolver um novo modelo de atenção primária em saúde, com potencial para alterar a ação das ESF tradicional, ao adentrar um espaço com um funcionamento muito diferente na cidade: a rua como território de vida; território que impõe a quebra da lógica domiciliar da ESF tradicional, e uma nova maneira de considerar e operar no território e na clínica.

Para esta afirmação, nos baseamos na experiência de implementação do ESF POP RUA, serviço de saúde da prefeitura municipal do Rio de Janeiro, muito semelhante ao modelo das novas Equipes de Consultório na Rua (ECR), em diálogo com a experiência do Consultório na Rua de Campinas-SP implementado em 2012.³ A experiência carioca, considerada exitosa, serviu como uma das bases de construção da

³Iacã Macerata foi gerente técnico do serviço ESF POP RUA-RJ (2011) durante seu primeiro ano e Tadeu de Paula Souza foi apoiador da equipe ESF POP RUA por seis meses e Supervisor na implementação do CnRua de Campinas-SP nos dois primeiros anos (2012-2014).

proposta das ECR, evidenciando os desafios para uma clínica da saúde pública desenvolvida junto ao território da rua nas grandes cidades.

ATENÇÃO BÁSICA E SUA INSERÇÃO NO TERRITÓRIO: DIRETRIZES

A AB deve garantir o acompanhamento longitudinal do usuário, acompanhando-o por todo seu percurso na rede. Sua condição primordial de trabalho é o vínculo, e sua especialidade não é nenhum tipo de linha de cuidado, mas sim o saber acerca do próprio território em que ela se localiza.

Cunha (2004) define alguns sentidos importantes para pensarmos o paradigma da Atenção Básica. Para o autor, seu cuidado tem como características: ser geral, não restritivo a faixas etárias, tipos de problemas ou condições; ser acessível em relação ao tempo, lugar, financiamento e cultura; integrado e integral, sendo curativo, reabilitador, promotor de saúde e preventivo; continuado, operando necessariamente por equipe multiprofissional. Sua perspectiva é centrada na pessoa e não na enfermidade, sendo orientada para coletividades (famílias, grupos e comunidades). Segundo o autor podemos pensar a AB como análoga a um filme: sua ótica não é a das imagens estáticas, mas uma ótica do movimento. Se o cinema é arte que envolve várias artes (fotografia, música, literatura, teatro etc.), o cuidado da AB é cuidado que envolve uma variedade de saberes: técnicos, científicos, informais, locais, culturais, de experiências práticas. A AB deve contar com vários saberes e perspectivas diferentes, fazendo-se necessariamente de modo coletivo e transversal. O que direciona a composição dos saberes na clínica da AB é a especificidade de seu território: é a partir do território que as equipes vão costurando um saber singular, composto dos mais variados elementos. Sua expertise é a novidade emergente da interface entre o saber-fazer da saúde e o fazer-saber exigido pelos movimentos do território mesmo em que atua.

A complexidade da AB consiste em poder produzir um entendimento singular sobre cada processo de vida concreto, e não sobre as doenças como objetos de um saber tão especializado quanto abstrato. A tarefa é de construção de um saber a partir da complexidade das vidas singulares (Campos, 2005). E isso se faz somente através da habitação e acompanhamento do território de vida em sua heterogeneidade. A AB, no sentido que queremos afirmar, é necessariamente inclusiva. Inclui os mais diversos

elementos na construção do seu saber, do seu olhar para seu território, na sua intervenção e na sua oferta.

Para tal complexificação, a resolutividade da AB consiste principalmente em sua capacidade de acompanhamento. Mesmo para demandas que não podem ser tratadas em seu domínio, a AB tem a função de ser referência dos casos em qualquer percurso deles pela rede. A construção de sua especialidade se dá por um conhecimento de causa acerca da realidade específica *com* a qual intervém. Ela é ao mesmo tempo fundada na singularidade dos sujeitos e territórios, na integralidade do olhar sobre os mesmos, e na universalidade do acesso.

Se tais proposições não se colocam como tarefa simples para as tradicionais ESF, cabe perguntar que modulações este paradigma sofre quando encontra-se com a dinâmica da rua?

OS PONTOS CEGOS DA REDE DE SAÚDE

A identificação de diretrizes importantes na AB não nos furta de enfrentarmos o que de fato acontece nos serviços, principalmente no que diz respeito a sua intersecção com a saúde mental, redução de danos e no atendimento da população em situação de rua. Teoricamente, a partir do princípio de universalidade, não haveria sentido a construção de um serviço específico para população em situação de rua: o acesso ao SUS é um direito de todos e de qualquer um, não fazendo distinção entre tipos específicos de população. Contudo, a construção de um serviço de tal natureza vem responder a outro princípio do SUS: a equidade. É que na prática e na maioria das vezes, a população de rua não acessa os serviços de saúde. As ECR vêm responder a furos na rede de saúde e, entendemos, a uma necessidade de qualificação do SUS.

As pessoas que vivem nas ruas das grandes cidades brasileiras são a população mais excluída do SUS: seja por suas características específicas (não residir em domicílios, manter outras relações com o tempo, trabalho, família), seja pela recusa dos profissionais, ou seja, pela incapacidade do sistema de organizar o cuidado em torno de sua dinâmica de vida. Quando este acesso se dá, ele acontece de forma pontual, nos prontos atendimentos, serviços de urgência e emergência (ROSA, CAVICCHIOLI, BRÊTAS, 2005), com baixíssima produção de continuidade no cuidado.

A rua como território de vida acaba não sendo abrangida pelas equipes de AB e, muitas vezes, nem pelas equipes de Saúde Mental (SM). Se as ofertas da AB e da SM geralmente não se articulam nos territórios, a população de rua evidencia o buraco na rede que este tipo de desarticulação produz: pessoas que vivem nas ruas apresentam, de maneira muito evidente, questões de saúde consideradas do “corpo” e questões de saúde consideradas da ordem da “mente” ou dos “afetos” como demandas inseparáveis. Assim, estas acabam não sendo atendidas nem pela AB, por terem demandas de saúde mental, e nem pela SM, por terem demandas de ordem “biológica”. A rua torna constrangedora esta divisão, deixando sempre insuficiente os termos saúde física ou saúde mental: ela obriga que reconsideremos nosso vocabulário e nossos conceitos.

A rua ainda impõe outra maneira de considerar o território de vida no SUS. Geralmente as equipes de saúde consideram o seu território de abrangência através da matriz do domicílio: só são pacientes de uma área adscrita pessoas que vivem nos domicílios de tal área. Por esse e outros fatores que trabalharemos à frente, podemos dizer que a rua como território de vida impõe ao SUS rever seus conceitos de saúde, confrontá-los e negociá-los de outra maneira.

O modo de vida nômade dos moradores de rua desafia a lógica fixa de territorialização baseada na noção de domicílio utilizada pela atenção básica. Acompanhando um processo de articulação entre agentes redutores de danos com uma ESF do município de Campinas-SP, vimos como o sentido de território modifica e põe em questão quando se trata de população em situação de rua. Quando, em função de uma violência sofrida, moradores de rua se mudaram para o outro lado da linha de trem, estes passaram a ser de responsabilidade de outra unidade básica de saúde. E assim se desfez a parceria entre agentes redutores de danos e essa ESF.

Logicamente, estes não são desafios que somente pessoas que vivem nas ruas colocam: o novo aqui é a capacidade e a intensidade de evidenciação que a rua tem, o extremo a que ela leva isso que é evidente. Talvez por isso, para muitos profissionais, seja insuportável se defrontar com o real cru e concreto que a rua traz. Mais do que causas, o preconceito e a exclusão, são efeitos de uma baixa capacidade da clínica no SUS, de uma ineficiência tecnológica.

Por isso, afirmamos que a clínica que abrange as ECR vem atender não só a necessidade de ampliação do acesso, mas também a necessidade de qualificação do

SUS: no que diz respeito à integralidade do olhar e da ação da clínica; às formas de considerar e agir no território; às maneiras de articular a rede interna ao SUS e as redes de políticas públicas em geral. E ainda, ou resumidamente: necessidade de tornar a ação clínica também uma ação política. Política porque propõe reversões epistemológicas no saber da saúde; pois propõe a construção de saberes de modo mais inclusivo; e político porque interfere nas dinâmicas de exclusão da cidade. Entendemos que há um potencial enorme na relação do SUS com a rua: a rua força a inclusão do que é diferente, obrigando assim à ampliação das concepções e modos de ver no SUS.

Pois se vários autores diagnosticam a desarticulação entre AB, SM e Redução de Danos, e a necessidade de construir outras concepções e estratégias de território, a rua torna isso evidente quando o SUS busca dela se aproximar. E em nosso entendimento, é na clínica que estas questões vão aparecer, sendo a própria **clínica de rua** o vetor capaz de trabalhar primeiramente estas questões. Como uma clínica de rua acessa a experiência da rua? Os efeitos dessa clínica não seriam para além dos sujeitos, já que estes sujeitos de rua são sujeitos coproduzidos em uma coletividade urbana? Não seriam estes modos de vida tão diferentes dos modos padronizados, que seria difícil trabalhar com as categorias formais da clínica: unidade do sujeito, unidade da família, unidade do órgão? Inclusão da diferença, articulação interna e externa do SUS com outras políticas públicas, intervenção nas dinâmicas da pólis como clínica do coletivo, da dimensão relacional da urbe, de uma multiplicidade organizada em bandos nômades: estes são temas em jogo para uma clínica de rua.

Se começamos o texto com uma epígrafe que fala de uma cidade e da rua é porque de fato não somos formados como profissionais da saúde para atuar na rua. As experiências carioca e campineira nos mostraram, no processo de implementação do ESF POP RUA e CnRua, a potência do território para a construção desta clínica. O que é o território nesta clínica? Que modo de relação a clínica estabelece com o sujeito e o território da rua? É em certa relação com o território, certo agenciamento com o território de vida que esta clínica se torna possível.

OS SENTIDOS DE TERRITORIALIZAÇÃO

De 2010 a 2011, participamos da implementação do ESF POP RUA, um serviço

de saúde para população em situação de rua na zona central da cidade do Rio de Janeiro. Este serviço era uma Estratégia de Saúde da Família e, ao mesmo tempo, um Consultório de Rua. Construído e gerido pela Coordenação de Saúde da Família e pela Coordenação de Saúde Mental do município do Rio, o serviço teve, na sua idealização, uma construção muito peculiar: Atenção Básica e Saúde Mental se articularam e realizaram um processo de diálogo com instituições que já trabalhavam com pessoas em situação de rua na cidade, com vistas a construir o desenho de um serviço até então inédito na cidade. ONG's, trabalhadores da assistência social, militantes, arte educadores, gestores da saúde foram convidados para formar grupos de trabalho que apontariam o desenho inicial do serviço.

O desafio inicial do trabalho era construir uma inserção da equipe no território, construir uma concepção deste território na ótica de um serviço de saúde e dimensionar o tipo de cuidado que poderia ser oferecido para este território. Nos primeiros dois meses de trabalho foi feito um processo de territorialização vivido como uma ocupação e um mergulho nos territórios, onde toda a equipe percorria a sua área de atuação nos diversos momentos do dia, da manhã à noite.

A região abrangida pelo ESF POP RUA é muito antiga na cidade do Rio de Janeiro, que é uma das cidades mais antigas do Brasil. As camadas históricas se associam ao lugar da cidade do Rio de Janeiro e de sua zona central, como território de convergência e sobreposição de vários fluxos territoriais, econômicos, culturais, subjetivos: “o Rio é uma cidade de cidades misturadas, o Rio é uma cidade de cidades camufladas, com governos misturados, camuflados, paralelos, sorrateiros, ocultando comandos” (ABREU, FAWCET, LAUFER, 2015). Muitos comandos se encontravam nessas ruas: domínios, mundos com dinâmicas próprias. A rua do ESF POP RUA era local de encontro e de coexistência de uma grande variedade de pessoas, culturas, perspectivas de diferentes lugares, vindas das mais variadas regiões da cidade, do Estado e do Brasil, que se encontravam na Praça XV, Cinelândia, Central do Brasil, Lapa, Gamboa.

A alta concentração e a diversidade de pessoas que no território se encontravam, evidenciavam as diferenças e os abismos sociais. Convivendo em meio ao centro da cidade, adentramos em um outro mundo dentro da cidade: condições de saúde extremamente precárias, condições de desenvolvimento social baixíssimas. Território de

situações extremas, a rua do centro do Rio se configurava como o lugar de tudo que não tinha mais lugar na cidade, seja dos bairros mais abastados, seja das periferias ou presídios: aqueles que enlouqueceram, aqueles que perderam suas famílias, vínculos afetivos e familiares, empregos, aqueles que saíram sem rumo de outras regiões do Brasil, os sem teto, os profissionais do sexo, usuários abusivos de drogas, catadores de material reciclável, vendedores de rua, camelôs, traficantes jurados de morte, ex-presidiários. Pessoas oriundas das mais variadas classes sociais. O que se perdia não era somente um lugar econômico ou social, mas também subjetivo. Se apostamos na inclusão da rua, é pelo lugar que ela ocupa na cidade. Um território de vida, geralmente instalado no coração das cidades, nos centros das grandes cidades, mas que ao mesmo tempo está muito distante dos padrões “centrais” das metrópoles: distante de suas formas oficiais territorializadas de morar, comer, trabalhar, viver o tempo, a família, as relações interpessoais. Todo um ecossistema totalmente diferente do mundo “oficial”. Diferente mas inseparável: a rua evidencia as dinâmicas da cidade. Os moradores de rua inserem o desafio de uma clínica que não opera na unidade do sujeito ou da família, mas na multiplicidade de coletivos em movimentos nômades.

O território da equipe do ESF POP RUA era o território do desterritorializado na cidade, dos bandos de bandos da rua: bandos de meninos, de travestis, de catadores (Deleuze e Guattari, 2007). No encontro daquele que se desterritorializa com o Centro, território emblemático do Brasil, altamente territorializado, uma tensão se cria. Tensão que geralmente é vivida como disputa ou guerra. Guerra contra a diferença que a rua introduz. Pela própria dinâmica de exclusão da cidade, as violências do Estado e da sociedade buscavam expulsar estas pessoas, novamente, do centro: através de grupos de extermínio, sequestros legitimados, operações higienistas de ordenação e limpeza das ruas, operações policiais, e exclusão cotidiana. Na saúde pública, a região com mais equipamentos de saúde da cidade, o Centro, oferece muito pouco acesso, pouco espaço àqueles que vivem nas ruas.

Nesse sentido, logo fomos percebendo que o trabalho do ESF POP RUA era outro: era criar condições de cuidado em meio à violência, construir territórios de cuidado, de inversão da lógica da urbe. Contudo, era necessário partir do território, tomar para si o que nele era potente. Pela afirmação de seu caráter híbrido, e pela afirmação deste território em suas características, o ESF POP RUA colocou-se nos

imperativos da poesia de rua: “só misturando pra ver o que vai dar!” (Yuka, 2015); “experimentar o experimental!” (Salomão, 1998, p. 37). Mistura com o território, e mistura dos vários componentes de sua constituição; experimentação desta configuração nova de serviço em um território novo para a saúde pública do município.

O ESF POP RUA definiu como seu público alvo todo tipo de população que tem na rua seu território de existência e vivência principal (moradores de rua, crianças e jovens em situação de rua, famílias residentes de ocupações, trabalhadores de rua). A partir das vidas que encontrava, ia criando um fluxo de relação com o território: através das aproximações na rua, do acolhimento de porta aberta no serviço, dos encaminhamentos presenciais nos serviços de saúde e assistência social. A estratégia era criar uma apropriação, um domínio, uma competência, uma alçada, uma atribuição, que sem dúvida tinha o sentido da construção de um saber e de uma prática. Ofertar algo de domínio público, a ser usado por todos e qualquer um que precisasse. E por assim ser, este domínio estaria sempre em aberto ao seu processo de construção.

A rua como qualquer território de vida, se constitui constantemente, se modificando, se reconfigurando. Contudo, sua especificidade é a velocidade e a provisoriedade de sua dinâmica de organização. Em um momento, tal indivíduo está dormindo na praça XV, mas passa o dia trabalhando na Central do Brasil; em outro momento, isso se inverte; outros ainda nunca saem de determinado território ou estão cada dia em um lugar diferente; há aqueles que somem por um período, retornando depois; outros nunca retornam. A rua está radicalmente sensível e aberta às dinâmicas da cidade. Há, portanto, uma fragilidade na configuração de seus modos de vida, que não são fracas, mas sensíveis, que expressam de maneira muito direta o que na cidade acontece. O fim do camelódromo, a chegada do carnaval, uma operação de limpeza social; o desentendimento com um comerciante, uma mudança subjetiva sutil. Pequenas ou grandes mudanças desencadeiam reconfigurações do espaço de vida na rua. E tais provisoriedades e velocidades precisam ser acompanhadas de perto pela equipe que cuida das pessoas deste ambiente.

A estratégia do ESF POP RUA para este acompanhamento era criar uma apropriação do trabalhador em relação à rua. Foi preciso estar no cotidiano desta rua para construir um saber e uma prática que se inserisse em seu cotidiano, compondo com ele vias alternativas, outros espaços de cuidado: o espaço do posto de saúde, o espaço de

cuidado na rua, novos espaços na rede de saúde, espaço na militância contra a violência do Estado. A partir da presença contínua, e de uma qualidade de abertura, acolhimento e atenção nesta presença, a equipe ia ampliando seu mapa subjetivo do território: os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) da Central do Brasil, após algum tempo, puderam entender o que havia para além do tapume atrás do terminal de ônibus, encontrando as profissionais do sexo, desdobrando outro submundo da Central do Brasil, encontrando pessoas que precisavam de atenção à saúde e que não chegavam a nenhum serviço; a partir deste contato com uma destas novas pacientes, adentraram a ocupação da Gamboa, e passaram a visitar periodicamente o prédio ocupado, descobrindo outras subdivisões deste: o andar das famílias, o andar do tráfico. Em cada novo mundo que se abria, era necessário ir se apropriando processualmente, gradualmente construindo imagens subjetivas do território, montando um quebra cabeças sem desenho final. E isso se fazia por esta posição de escuta e atenção, e pela abertura ao diálogo com todo e qualquer ator do território: traficantes, policiais, militares, camelôs, comerciantes. Buscava-se entender o movimento e a relação entre os mais variados fatores. Apropriar-se da dinâmica do território através de uma presença constante era tarefa primordial para a equipe.

A rua era imperativa neste sentido: as demandas apareciam entrelaçadas, tanto na conexão entre territórios geográficos e do corpo, como um território. Um mesmo sujeito pode vir ao serviço levado por um ACS porque queria um atendimento com a assistente social, para ver seus documentos; esta, atenta para uma necessidade de desdobrar o motivo do uso abusivo do álcool; a psicóloga descobriria que este uso é um manejo criado pelo próprio paciente para lidar com as vozes que ouve; as vozes dizem para ele não tirar o gorro que sempre usa; embaixo do gorro há uma “bicheira”; após o paciente aceitar que vejam sua cabeça, a enfermagem, ao tirar os vermes e fazer o curativo, cria uma confiança com o paciente, e passa a vê-lo com mais frequência, o que permite que se vislumbre a possibilidade da tuberculose estar associada ao HIV positivo. Este tipo de percurso e de situação são comuns. O desdobramento que vai do ACS à enfermeira exige da equipe uma sintonia entre si, uma conjunção de olhares que funcione como um olhar coletivo para se fazer integral, mas também uma sintonia com os sujeitos e com o território da rua que adentrava o serviço.

TERRITÓRIO E TRANSVERSALIDADE

Nessa clínica, vamos entendendo que estar **no** território é fundamental, mas não é suficiente. Além da tarefa de estar no território e se construir pelo território da rua, a clínica **no** território tem que ser também uma **clínica de rua**. A preposição “de” guarda então um triplo sentido para a relação entre clínica e território: estar no território; ser gerada pelo território; e ser para o território - cuidar do território, fazer do território vetor de cuidado.

A rua, portanto, força mais um deslocamento da clínica, no sentido de sua ampliação. As ruas são as veias/vias da pólis. O trabalho com uma parcela da população que é excluída de todos os espaços oficiais da pólis ganha um sentido eminentemente político. A rua como via da pólis amplia o sentido político desta clínica: pois cuida de um território existencial da pólis; pois intervém nos modos de relação entre os territórios de vida que compõem a cidade; pois coloca na clínica dos serviços a possibilidade de construir políticas públicas; porque afirma como legítimo os modos de existência da rua, como uma produção da pólis, mas busca intervir no modo de relação da cidade com os sujeitos e com os territórios existenciais que os produzem.

Na experiência campineira, após dois anos de atuação (de 2012 a 2014) intensa na rua e construção de uma rede de cuidado a essa população, é a própria rua que começa a desaparecer. A rede de saúde de Campinas, em que pese o desmonte que vem sofrendo nos últimos anos, preserva brechas de militância que criaram importantes aberturas para a inclusão desta população em alguns equipamentos. A equipe, após intenso trabalho com a rede, conseguiu que os moradores de rua tivessem prioridade para diversos exames e atendimentos de urgência. A articulação com a rede criou assim uma nova demanda que vai aos poucos tirando a equipe da rua, para se dedicar aos efeitos produzidos na rede. Era necessário cuidar da rede constituída. É nesse momento, que os redutores de danos da ECR passam a se sentir mal, como se seu trabalho tivesse perdendo sentido, muito ao contrário do início em que o redutor de danos tinha um papel central na abertura dos campos e apoio a toda à equipe sobre o conhecimento das tramas da vida na rua. Entretanto, após anos de presença de uma equipe multiprofissional, é a demanda por exame e remédio que começa a ganhar destaque.

A queixa dos redutores de danos foi um analisador de que a clínica de rua estava se perdendo. Os resultados dos exames e o conseqüente foco excessivo nas doenças estavam tornando a ação da ECN um encaminhador para a rede. Desse modo, a dimensão existencial e social foi sendo deixada para segundo plano e cada vez mais a clínica da rua foi sendo reduzida a uma questão de ordem médica.

Um segundo fator passou a produzir uma desestabilização da clínica de rua: a violência de Estado. As operações “Cata-Treco” do Departamento de Limpeza Urbana e “Centro Segura” da Secretaria de Segurança, ambas organizadas pela prefeitura de Campinas-SP, atuou com uma violência ainda não vivenciada pela ECR de Campinas-SP (Albuquerque, 2014). Em poucos meses, os moradores da região central sumiram, alterando radicalmente o território de atuação da equipe. Era necessário ressignificar o lugar da rua. Era necessário reinventar o território.

A rua, para os sujeitos, é um território existencial (Guattari, 1992): um plano relacional. Um território existencial não se refere a um território como um ponto em um mapa, estático e já delimitado em si. Mais que uma delimitação espacial, um território existencial é uma localização espaço-temporal, não sendo uma essência e identidade, mas uma forma que está sempre submetida a um pulsar do tempo, e que pulsa no tempo. O território é uma figura viva que sempre se constitui na relação com outros territórios em movimento, não é fechado nem isolado. No caso da rua, podemos entender que, embora ela apareça como um território estranho, este território é sempre formado em relação com os outros territórios de vida que compõe a cidade. Guattari (1992, p. 44) nos fala que no território existencial “uma instância expressiva se funda sobre uma relação matéria-forma, que extrai formas complexas a partir de uma matéria caótica”.

Embora se afirme com frequência que viver na rua não é o desejo de ninguém, inquestionável é que estando na rua desejos se agenciam a estes territórios das ruas, criando modos de vida, pertencas e novas territorialidades. E isso deve ser considerado para que toda ação seja vinculada à vida que pulsa, às estratégias constituídas, às potencialidades exercidas nestes territórios. Uma vez agenciado o desejo com a rua, deve-se tomar tal conexão, não somente pela lupa da falta de um domicílio, mas pela potência que nesse agenciamento se estabelece. Esse agenciamento⁴ faz emergir formas

⁴Temos o conceito de agenciamento de Deleuze e Guattari (1997), por onde entende-se a conexão entre elementos heterogêneos, a partir da qual os termos são misturados e modificados. Ele implica

individuais e/ou coletivas como territórios existenciais, que constituem um corpo individual e/ou coletivo que pode ser observado, pode ganhar nome: um sujeito, um grupo, uma cultura. Mas esses corpos estarão sempre em adjacência ou em relação de delimitação com uma alteridade também subjetiva, também em movimento (Guattari, 1992). A rua se transforma em território de vida por agenciamentos de uma série de vetores coletivos, quer dizer, que dizem respeito ao próprio funcionamento da cidade, das relações interpessoais, sociais, culturais, econômicas, biológicas etc. Isso quer dizer que a rua só se forma assim também pela maneira com que se habita a cidade e se vive em sociedade. No caso específico do encontro com a saúde, aos poucos fomos observando uma captura produzida pelo agenciamento ECR e Rede de Saúde a partir do levantamento de uma enorme demanda para tratamento de problemas físicos e pela violência da prefeitura municipal com esta população.

O que a rua evidencia na pólis em seu encontro com as instituições é a tensão social em alto grau. O território existencial da rua se forma por relações de exclusão e pelo impulso nômade, por abrigar aquilo que na pólis não tem lugar, por ser um outro lugar possível. A sociedade tende a colocar o sujeito da rua como algo externo, não relacionado a si mesma. Ela toma esta experiência da rua, este território existencial, como propriedade e atributo em si dos sujeitos, não tendo relações com a sociedade mesma a não ser por vias de explicações muito vagas, gerais e abstratas. Essa tensão social, expressa no território da rua e nos sujeitos, que dele advém, constitui a zona de atuação da clínica de rua. O que se cuida é dessa tensão, com essa tensão, que é de toda a cidade, embora expressa por sujeitos formados. De modo que, além das enfermidades, a clínica que queremos afirmar trabalha também com esta tensão social, com estas distâncias entre os modos de vida na cidade.

A expressividade que marca e forma esses territórios não é do sujeito morador de rua e suas doenças, mas é exatamente aquela que emerge dos personagens e da cena,

necessariamente a criação de algo. Um agenciamento é sempre territorial, ou seja, ele cria uma territorialidade. Um agenciamento agencia conteúdo e expressão. Agenciamento é um agenciamento maquínico de corpos, materialidade, ações, paixões, intensidades (conteúdos); e um agenciamento maquínico de enunciação (signos, símbolos, e regimes de signos), a articulação entre um fazer e um dizer. Este é o eixo horizontal do agenciamento. Mas o agenciamento tem também um eixo vertical: ao mesmo tempo em que ele territorializa, cria algo, ele também deixa nesse 'algo criado' espaços abertos, não formados, pontas de pura processualidade, dimensões abertas à mudança: desterritorialização. Ele agencia materialidades/conteúdos e enunciações/expressões, extraíndo um território de um meio, e ao fazer isso constrói um novo território, mas ao mesmo tempo produz movimentos de deslocamento, enseja impulsos de saída desse território.

a partir dos seus movimentos, dos seus costumes, da sua atividade. O plano da expressividade faz surgir esses sujeitos e objetos da expressão, ligando a expressão ao plano do coletivo (Alvarez, Passos, 2009), ao plano da relação, o que nos faz entender os personagens desse território como constituídos em certos modos de relação.

São nestas relações que a clínica de rua deve operar. Ela deve ser uma clínica do território da rua, deve intervir na formação deste território e na sua relação com a cidade. A intervenção é nessa dimensão relacional da pólis. Contudo, isso se faz através dos sujeitos, ou melhor, através da experiência destes sujeitos. A experiência é a via de acesso. A experiência não é algo individual, ela é sempre coletiva, ela é sempre formada em um espaço relacional (Eirado, Passos, 2004; Eirado, et al, 2006). Como a clínica pode ir do sujeito à singularidade e da singularidade ao coletivo?

A dimensão coletiva se impõe. Aquele que ousar trabalhar com indivíduos, esperando a tradicional clínica a dois, será sempre ameaçado pelo bando. O encontro de olhares, a sinceridade no olhar. O gesto, a mão que se estende. Nenhuma palavra. Jogo de corpo, desvios e encontros. Às vezes, a palavra cria uma territorialidade, mas sempre aparecem muitos a falar muitas coisas ao mesmo tempo. Definitivamente, não estamos diante de uma ou várias unidades, unidade da família, ou unidade do sujeito, mas de uma multiplicidade, como substantivo. O vínculo se estabelece por outras vias de acesso à experiência, que não tem a palavra como canal privilegiado. Em muitos casos, o gesto da mão que se estende para entregar uma camisinha ou um protetor labial ou mesmo a feitura de um curativo são os principais meios pelos quais se estabelecem vínculos. Os usuários da rua estão atentos a mapear cada movimento. Eles fazem leituras dos movimentos, das intensidades, mais do que das palavras. Esse exercício de mapeamento dos trajetos e dos afetos que se dá em muitas vias constitui o exercício cartográfico desta clínica (Tedesco e Souza, 2009; Souza e Carvalho, 2014).

As transferências múltiplas abrem para um exercício da transversalidade. (Guatarri, 2004 e Coutinho, 2007). O conceito de transversalidade foi formulado por Guatarri (2004) quando, diante dos processos coletivos nas instituições, percebia que as transferências operavam além da relação dual terapeuta-paciente, num plano que conectava a instituição ao modo de produção de subjetividade capitalista. Nesse sentido, definiu a transversalidade como um grau de abertura onde a clínica deve operar, no sentido de religar os afetos com seu processo de produção social. Como afirma, todo

delírio tem relação com coisas do nosso mundo. Os afetos não se reduzem ao amor transferencial. Este, mesmo que apareça, está sempre sendo rebatido num plano de amores e afetos múltiplos: diremos que passamos de um manejo clínico do amor de transferência para o amor de transversalidade, ou transferência territorial; esta, necessariamente multivetorial.

ERA UMA VEZ O LARGO DO PARÁ

Na experiência campineira, a recomposição do território, após a ação da guarda municipal e do aumento da demanda para a rede, se efetivou como experiência clínico-política. A ECR intensificou a participação no Fórum de Moradores de Rua e nas plenárias na Câmara de Vereadores em articulação com Comissão dos Direitos Humanos, ao mesmo tempo em que essa ação política da clínica precisava se expressar também na própria reinvenção do território.

Nesse momento passa a compor a ECR uma terapeuta ocupacional (TO) que propõe oficinas de arte na rua. Inicialmente, ela tentou, junto da equipe, fazer a oficina numa área onde tem grande concentração de moradores de rua, embaixo do viaduto na região do centro, num largo conhecido como “Quebra Osso”. Mas foi muito difícil fazer a oficina porque os moradores estavam muito territorializados naquele espaço, não se concentravam, entravam e saíam da atividade. Entre pedras de crack e discussões, nada se produzia. Optou-se por fazer a oficina no Largo do Pará, uma praça próxima dali, mas que não era um espaço de convivência dos moradores de rua. Com papel, tinta, cola, madeira e muitos outros materiais de manualidades, a TO e a equipe deram início à construção de um novo território, produzindo uma reterritorialização dos moradores de rua. Alguns se aproximavam e iniciavam as atividades, outros sentavam próximo, permitindo uma conversa mais duradoura. A oficina de arte no Largo do Pará produziu um contra-tempo no tempo acelerado que a equipe tinha entrado e no tempo acelerado que os usuários viviam. Uma pausa se estabeleceu, outra clínica se iniciou, a arte se tornou agenciadora de novas relações dentro da equipe; a doença não estava mais no centro. As relações coletivas ganharam expressão para a clínica num manejo com os afetos que iam da oficina no chão da praça com a TO ao banco da praça com a psicóloga. Esta passou a atender um casal periodicamente enquanto a oficina ocorria.

De início, as enfermeiras ficaram meio sem saber o que fazer, mas aos poucos foram se aproximando das pessoas e estabelecendo outro olhar para o território.

O território se tornou assim um Centro de Convivência a céu aberto, onde a terapia ocupacional se tornou uma clínica de ocupação dos espaços da cidade e não do tempo das pessoas, sendo exercida tanto pela TO quanto pelos redutores de danos, assistente social, médico e enfermeiros. A composição de um novo território retirou os usuários de um lugar conhecido, aproximando-os das que ali passavam, gerando um novo olhar da cidade para estas pessoas que ali viviam.

SRA. ARIANA⁵

Ariana tinha cerca de 40 anos. Moradora das ruas da cidade do Rio de Janeiro desde os 25 anos, Ariana fazia uso intenso e diário de álcool, sofrendo ainda de crises históricas graves, nas quais, em misto de desorientação e exibição, ia embriagada para o meio das avenidas. Quando Ariana é acolhida em meio a uma destas crises, observou-se que ela estava com um prolapso uterino⁶ grave. Esta situação física também operava em meio às suas condições subjetivas/sociais, no sentido de que a forte imagem de seu útero saindo pela vagina servia também para chamar a atenção e ganhar esmolas. Essa conjunção de sintomas e condições tinha como efeito na rede de saúde e de assistência social a total exclusão de Ariana de qualquer serviço destas políticas: ela não era atendida pela Atenção Básica porque sofria de transtornos mentais e fazia uso de álcool, e porque precisaria de uma consulta no nível terciário; não era atendida pelos equipamentos de Saúde Mental por que antes precisava fazer a cirurgia de correção em relação ao prolapso; não era atendida pelos abrigos por todos estes fatores listados. Ariana se encontrava no limbo das redes de políticas públicas. O atendimento de Ariana, mesmo por parte do ESF POP RUA, era dificultoso. Em meio a essa dificuldade, Ariana estabeleceu um forte vínculo com a psicóloga da equipe, estabelecendo um vínculo transferencial. Em meio às consultas, Ariana brigava com os profissionais, saía e entrava do prédio do serviço, ia para o meio da avenida em frente, o

⁵Nome fictício.

⁶Prolapso uterino é a condição em que o útero, devido ao enfraquecimento dos músculos, ligamentos e membranas que o sustentam, desce da cavidade pélvica para o canal vaginal, ficando então mais próximo ao exterior, podendo inclusive, nos casos mais graves, aflorar na vagina.

que exigia que os profissionais se mobilizassem para parar o trânsito e trazer Ariana para a calçada. Articulado ao atendimento para a demanda de saúde mental era necessário garantir uma atenção para o seu problema uterino. Após dois meses de atendimento e várias tentativas, conseguiu-se uma consulta em um hospital do município para encaminhar a cirurgia do prolapso uterino. Para isso, o ACS de referência teve que acompanhar Ariana na consulta. Por duas vezes, Ariana não foi atendida no ambulatório do hospital em que a consulta com a ginecologista foi marcada. Ao ver a paciente moradora de rua, os profissionais simplesmente se recusaram a atender. Ariana ficava impaciente e tumultuava o hospital, de onde era expulsa. Seu ACS de referência tinha que manejar com Ariana e ainda pressionar o hospital para que esta fosse atendida. Quando a sua demanda concreta não foi atendida, Ariana imediatamente culpabilizou a equipe e por semanas sumiu, inclusive do atendimento com a psicóloga. Entendemos que na não efetivação do manejo da transversalidade, operação de múltiplos afetos e múltiplas demandas, a relação transferencial não se sustentava.

Após a segunda tentativa sem sucesso, entendemos que o papel do serviço era, além de acolher e atender Ariana, também pressionar a rede, buscando criar espaço de acolhimento onde não existia, dentro de outros equipamentos. Em uma ação que mobilizou psicóloga, ACS, enfermeira, o ESF POP RUA, conseguiu-se marcar a cirurgia de Ariana, que posteriormente foi realizada com sucesso, o que possibilitou dar continuidade ao cuidado. Tal processo permitiu a construção de outros caminhos para Ariana, que em determinado momento pôde estar mais organizada e manejar melhor o uso do álcool.

Este caso foi importante para a equipe, no sentido de dar o entendimento de que a transversalidade era um manejo concreto que articula o manejo com seus sintomas, abrindo espaço para uma pessoa que não tinha espaço em nenhum local das redes, mas também buscando criar, através do diálogo, da presença e de uma certa pressão, espaços de acolhimento na rede, construindo um lugar para o que estava fora desta. Manejar com a transversalidade implicava nesse caso uma operação de sustentação da relação multi-transferencial com a equipe (psicóloga, ACS que acompanha na rua e na ida aos hospitais) e de articulação em rede, no sentido da ampliação das conexões para a efetivação das múltiplas necessidades e desejos. A clínica da transversalidade

acompanha, portanto, o caminho dos afetos que se estabelecem em redes territoriais, pois é no território, com o território e a partir dele que essa clínica opera.

CONCLUSÃO

O vínculo e a construção de saberes são produzidos a partir de um trabalho afetivo, com o plano dos afetos. Plano dos afetos aqui não tem sentido de ser legal, de amar, não diz respeito a sentimentos, mas algo anterior. Afeto aqui é conexão, é a criação de um plano de relação que produza certo tipo de conexão, engajamento. Neste engajamento, sentimentos vão se produzir, e vão precisar ser manejados.

A clínica de rua singulariza o sujeito, mas atenta ao seu plano de produção, insere em seu olhar e em sua intervenção o território, como campo de produção dos sujeitos. Singularizar as estratégias de cuidado com cada caso é ver o sujeito constituindo-se a partir de práticas, que são sempre coletivas. Esse direcionamento não busca uma origem, uma causa única, mas busca articular os vários mapas que compõem um território e um sujeito, que nele se forma, a fim de criar condições de possibilidades de uma efetiva mobilização social.

REFERÊNCIAS

ABREU, F.; FAWCET, F. LAUFER, C. **Rio 40 graus**. Disponível em: <http://letras.mus.br/fernanda-abreu/580/>. Acesso em julho de 2015.

ALBUQUERQUE, S.C. **Cuidado em saúde frente às vulnerabilidades: práticas do consultório na rua**. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo: 2014.

ALVAREZ, J.; PASSOS, E. Cartografar é habitar um território existencial. In: PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. (orgs). **Pistas do método cartográfico**. Porto Alegre: Sulina, 2009, p. 131-149.

CAMPOS, G. W. **Papel da rede de atenção básica em saúde na formação médica: diretrizes: documento preliminar**. Rio de Janeiro: ABEM; 2005.

CUNHA, G. T. **A construção da clínica ampliada na Atenção Básica**. Dissertação (Mestrado) Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas, Campinas, SP: 2004.

DELEUZE, G; GUATTARI, F. **Mil Platôs**. Volume 2. Rio de Janeiro: Editora 34, 1997.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. Um só ou vários lobos? In: **Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia**. Volume 1. Editora 34, 2007, São Paulo, p. 39-52

EIRADO, A.; PASSOS, E. **A noção de autonomia e a dimensão do virtual**. Psicologia Em Estudos, Maringá, v. 9, n. 1, p. 77-85, 2004.

EIRADO, A. et al. **Memória e alteridade: o problema das falsas lembranças**. Mnemosine, Rio de Janeiro, v. 2, p. 75-86, 2006.

GUATTARI, F. **Caosmose**. Rio de Janeiro: Ed.34, 1992.

_____. A transversalidade (1964). In: **Psicanálise e transversalidade: ensaios de análise institucional**. Aparecida /S.P: Idéias & Letras, 2004;

ROSA AS; CAVICCHIOLI; MGS; BRÊTAS ACP. O processo saúde-doença-cuidado e a população em situação de rua. **Rev. Latino-am Enfermagem** 2005 julho-agosto; 13(4):576-82.

SALOMÃO, W. **Lábia**. Rio de Janeiro: Rocco, 1998.

SOUZA, T; CARVALHO, S. Apoio territorial e equipe multirreferencial: cartografias do encontro entre o apoio institucional e a redução de danos nas ruas e redes de Campinas, SP. **Revista Interface**: Botucatu, 2014; 18 Supl 1:945-56

TEDESCO, S.; SOUZA, T. Territórios da clínica: Redução de Danos e os novos percursos éticos para a clínica das drogas In: **Conexões: Saúde Coletiva e Políticas da Subjetividade**. (Orgs.): Sérgio Resende Carvalho; Sabrina Ferigato e Maria Elisabeth de Barros. Ed. Hucitec. 2009 - p.141-156.

YUKA, M. **O que sobrou do céu**. Disponível em: <http://letras.mus.br/o-rappa/28942/>. Acesso em julho de 2015