

Consultório de/na rua: desafio para um cuidado em verso na saúde

Mário Francis Petry Londero^(a)
Ricardo Burg Ceccim^(b)
Luiz Fernando Silva Bilibio^(c)

Londero MFP, Ceccim RB, Bilibio LFS. Consultation office of/in the street: challenge for a healthcare in verse. Interface (Botucatu).

This paper discusses healthcare practices relating to consultation offices in the street, which are a service delineated within the Brazilian National Health System that is directed towards caring for people living on the streets. The intention was to pose questions regarding healthcare and reception strategies, along with the guidelines or values of this work. These are often discordant with each other, like the programmed actions of tracking and moral authority over people living on the streets and the disruptive actions of the urban model for healthy and safe cities, in relation to strong inclusion of people who, for various reasons, live in such situation. Field diaries written by workers at one these consultation offices, located in Porto Alegre, Brazil, comprise an analysis resource. In these workers' day-to-day routine, they pass through the streets and health and intersectoral networks with all their difficulties and strengths.

Keywords: Consultation office in the street. Psychosocial care network. Primary care network. Street dwellers.

Este artigo discute práticas de cuidado do Consultório de/na rua, serviço que se delinea no Sistema Único de Saúde, destinado à atenção às pessoas em situação de rua. A intenção é problematizar as estratégias de acolhimento e cuidado em saúde, bem como as diretrizes ou valores desse trabalho, muitas vezes destoantes entre si, como: as ações programadas de rastreamento e autoridade moral sobre pessoas com vida na rua e as ações disruptivas do modelo urbano de cidade saudável e segura, para uma forte inclusão de pessoas que, por variados motivos, levam esse tipo de vida. Como recurso de análise, estão diários de campo escritos pelos trabalhadores de um desses consultórios – localizado em Porto Alegre, Brasil – que, em seu cotidiano, percorrem as ruas e redes de saúde e intersectorial com todas as suas dificuldades e potências.

Palavras-chave: Consultório na rua. Rede de Atenção Psicossocial. Rede de Atenção Básica à Saúde. Moradores de rua.

^(a) Centro Universitário UNIVATES, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde. Avenida Avelino Talini, 171, Universitário. Lajeado, RS, Brasil. 95900-000. francislonder@hotmail.com

^(b) Programa de Pós-Graduação em Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, RS, Brasil. burg.ceccim@ufrgs.br

^(c) Curso de Educação Física, Universidade do Vale do Rio dos Sinos. São Leopoldo, RS, Brasil. fernandobilibio@uol.com.br

Anunciando o campo problemático

O presente texto versa sobre um serviço relativamente novo no cenário do Sistema Único de Saúde (SUS), o Consultório de/na Rua (CR). Ele entra em cena diante de um panorama intrincado em termos de assistência à saúde para pessoas em situação de rua, com uso problemático de crack, álcool e outras drogas. A desinstitucionalização, que ganhou efetividade nos anos 1990 no Brasil, enfocando a população segregada em manicômios, pouco aportou sobre os segmentos que não experimentaram a internação manicomial ou portadores de agravos psíquicos sem acesso aos serviços regulares de atenção à saúde mental, sobre quem incide, então, a ação de aparelhagens do Estado, como o judiciário e a polícia. Mesmo em face da desinstitucionalização, não houve, de maneira relevante, uma política social e de saúde que pensasse sobre o sofrimento ou transtorno psíquico e o acolhimento da população em situação de rua, a qual foi crescendo de maneira expressiva nas grandes cidades do país nas últimas décadas, sendo também estigmatizada. Não é difícil constatar que pessoas em situação de rua passaram, no imaginário social, a serem vistas como os “novos desviantes da sociedade”, como perigosas, devido ao seu consumo de crack, álcool e outras drogas, e porque perambulam pelas ruas, pedindo ou roubando para sustentar sua droga-dependência, deixando de ser “sujeitos desejantes para serem meros objetos inertes e irresponsáveis, quanto aos seus próprios atos”¹ (p. 9).

Varanda e Adorno² citam uma série de designações no imaginário social, específicas para as pessoas em situação de rua: maloqueiros, mendigos, pedintes, indivíduos em estágio de degradação, sem rumo. O que as une é a noção de pessoas vivendo nas ruas e sem ganho definido, o que as tem traduzido como “descartáveis urbanos”: indivíduos/grupos “vitimizados pelos problemas estruturais”, com uma situação agravada “pela contínua permanência em condições insalubres, sujeitas à violência ou ainda sob a ação contínua de álcool e drogas”, tidos, nas sociedades urbanizadas, como “uma presença inoportuna e ameaçadora”² (p. 66).

Merhy¹, quanto aos coletivos formados pelos usuários de drogas, comenta quanto tais ocupantes das ruas e praças, em qualquer cidade, podem ser pensados como os novos anormais à luz do pensamento foucaultiano na atualidade, “quando há um enorme esforço, por parte de setores conservadores, de conduzir à construção de um imaginário social que torne visíveis os usuários de drogas como zumbis, não humanos” (p. 9). Os moradores de rua ou drogados viriam “se tornando um prato cheio para a construção de um medo atávico pelo não controlado”, levando de roldão qualquer tipo de movimento que se alie a uma aposta em uma vida livre, “vítimas da captura-dependência que as substâncias químicas ilícitas provocam”¹ (p. 9).

Conforme Romaní³, no campo das drogas, pode-se atuar ou desenvolver intervenções segundo dois grandes modelos: um de abordagem prescritiva e outro de abordagem participativa. No primeiro, uma “sabedoria das instituições”, estatuto legítimo, mas parcial, pois requer condições específicas de produção e gestão (estrutura ou estratégia científica, legal, administrativa, por exemplo). No segundo, a criação de diferentes vias de interlocução entre as instituições e as opiniões e saberes das populações com que se trabalhe. O primeiro é aquele em que “o profissional, legitimado por um saber que lhe confere certo poder social, indica o que há por fazer; ainda que a população saiba, por experiência própria, que aquilo que ontem era do mal, hoje pode ser são e conveniente, e vice-versa”³ (p. 303).

A revista do Sindicato Médico do Rio Grande do Sul ratifica o primeiro modelo, um tipo de política em saúde que coloca o Consultório de Rua num patamar “paliativo”⁴, onde “não servem para muita coisa, pois o importante são os leitos psiquiátricos para a internação”, a única forma de tratamento reconhecida. Da mesma forma, é possível notar uma forte campanha de apelo midiático como a do Crack nem Pensar (lançada em 2006 pela principal empresa de comunicação do Rio Grande do Sul), numa prática discursiva de erradicação das drogas.

Romaní³ mostra que há uma série de fatores a que os especialistas estão submetidos – desde a lógica das instituições – que não necessariamente correspondem às reais necessidades de intervenção, nem às necessidades da vida cotidiana das pessoas. Ao fim e ao cabo, segundo o primeiro modelo, “a população tem que aceitar aquilo que lhe diz o especialista” (p. 303). O modelo participativo, ao contrário, decorre de propor-se a “incorporar o conjunto de necessidades da população e identificar com a comunidade os problemas e critérios de abordagem” (p. 303).

Diante deste cenário, podem-se observar, de um lado, propostas de internação compulsória e desmantelamento dos lugares de consumo de drogas (“cracolândias”), via ofensiva policial, sem um mínimo de planejamento que inclua tal população em programas de acolhimento de suas necessidades sociais. O que se vê é um movimento de expulsão e maior exposição. Do outro lado, fazem-se presentes ações do Ministério da Saúde (MS) em composição com representantes dos trabalhadores da saúde e da assistência social, e de movimentos ligados à população em situação de rua, as quais oferecem práticas de cuidado a partir da afirmação e criação de serviços em saúde e intersetoriais que venham a dar conta da demanda vinda das ruas. Encontra-se, nessa segunda via, a afirmação de redes de saúde e intersetorial, desde a Política Nacional de Atenção Básica e da instituição da Rede de Atenção Psicossocial (Portaria GM/MS nº 3.088/2011), para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas no âmbito do SUS.

As estratégias de interação dentro de um ou de outro dos dois modelos mencionados (o prescritivo e o participativo) são bastante distintas, conforme declara Romani³ em referência ao campo das drogas: de um lado, “o nível das consignas das campanhas publicitárias e os conselhos emitidos pelos entendidos”; de outro, “a discussão grupal, que vai permitindo a definição distinta dos problemas, conforme contextos distintos”. Para o autor, o modelo prescritivo pauta “campanhas globais do tipo ‘não às drogas’ nos grandes meios de comunicação de massa”, enquanto o modelo participativo “delineia objetivos a partir de problemas mais concretos, detectados em setores específicos da população”³ (p. 303).

Tais modelos se expressam claramente nas diferentes práticas vigentes na atual conjuntura brasileira. Para Romani³, ao modelo participativo toca “o conjunto de esforços que uma comunidade põe em marcha para reduzir, de forma razoável, a probabilidade de que, em seu seio, apareçam problemas relacionados com os consumos de drogas”. O autor sublinha: “não se trata aqui de uma perspectiva dicotômica do tipo bom-mau, branco-negro, drogas e não-drogas propiciado pelo proibicionismo”; pretende-se “um enfoque mais realista e profissional, centrado na possibilidade de solucionar alguns aspectos ou de fazer frente aos efeitos mais danosos derivados de certos consumos de drogas”³ (p. 304). Por conseguinte, faz-se relevante a diversificação de critérios, como as políticas de redução de danos que traçam um cuidado correspondente ao desejo daquele que se encontra em sofrimento e solicita/requer cuidado. O aspecto central, para o autor, é projetar uma intervenção coincidente com os diferentes consumos e os diferentes grupos consumidores, desenvolvendo capacidade em assumir certo nível de autocontrole, ao mesmo tempo, alguma normatividade dos grupos de pertencimento sobre o indivíduo e sua relação com o consumo (de drogas e de outras coisas).

Para que funcione uma abordagem de redução de danos e de prevenção do consumo e dependência provocados pelo uso de crack, álcool e outras drogas, “é necessário o ponto de partida na cultura e no conhecimento dos mundos locais de significados”³ (p. 304). Haveria mais chances de atenção e cuidado, seja por alcançar os objetivos daquilo que se quer conseguir, evitando os “utopismos fabricados em gabinete, mais que por sábios, por burocratas do controle de drogas”; seja por atuar em conformidade com uma prática que respeite e diga respeito à vida das pessoas³ (p. 304).

Na atualidade, a partir desses dois grandes modelos até aqui expostos, há uma crescente demanda sobre como dar conta das necessidades sociais em saúde das populações vivendo na rua, constatando-se ações divergentes no seio da sociedade a partir das posições de cidadãos, do Estado, da mídia, dos serviços de saúde e das organizações coletivas, como o próprio Movimento Nacional da População de Rua, hoje organizado. Na tentativa de produzir uma prática de cuidado abrangente e que possa adequar-se à realidade de cada usuário de saúde e seu contexto social, o MS configurou a Rede de Atenção Psicossocial, que deve encadear serviços especializados de saúde e de assistência social: Centros de Referência Especializada de Assistência Social, Unidade Básica de Saúde (UBS) e Estratégia Saúde da Família, Núcleo de Apoio em Atenção Básica, CR, Centros de Atenção Psicossocial (para usuários de álcool e outras drogas – Caps-ad e para atendimento à infância e adolescência – Caps-i), Unidades de Acolhimento e Serviços Residenciais Terapêuticos, além das Comunidades Terapêuticas, todos potencialmente matriciados (apoiados colaborativamente) pelos Caps-ad, com equipe profissional mais diversificada e especializada, com funcionamento ininterrupto (Caps-ad III).

Dentro desse campo apontado, o CR desponta como um dispositivo criado para produzir cuidado às populações em situação de rua. O CR faz parte das redes de saúde e intersetorial, nas quais insere-se

na intenção de produzir uma terapêutica singular para cada pessoa/coletivo em situação de rua. Contudo, diante da fragilidade dessas redes, sempre em movimento e a construir-se, o CR, além de servir como um serviço de atenção aos moradores ou pessoas em situação de rua, torna-se um importante instrumento de problematização dos modos de cuidado que atravessam a assistência em saúde. Com sua prática em trânsito, percorre a rede de saúde e intersetorial, mesclando-se à mesma – não raras vezes, sob tensão –, buscando articulação para o atendimento daqueles que, até então, encontravam-se invisíveis nos/aos cenários do SUS.

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

São estranhas as histórias de vida na rua e suas necessidades de saúde também. O CR, ao acolher, em exercício de alteridade, as pessoas em situação de rua e ao levar tais casos à rede de cuidados, produz, cotidianamente, estranhamentos na própria rede. Com o estranhamento, emergem situações observadas e sentidas, para as quais não se têm respostas prontas e pelas quais somos significativamente arrastados para fora de nossa zona de conforto do diagnóstico e recomendações ao autocuidado no domicílio. A rede é tensionada por uma demanda, por ora invisível, de uma população até então inexistente. O CR mostra uma nova cara, um novo ponto de conexão de rede ou de redes, recoloca desafios e interroga a construção de que participamos para um SUS que diga respeito a todos.

Criação do Consultório de/na Rua

O primeiro Consultório de Rua surge em 1999, em Salvador, na Bahia. Um projeto-piloto criado em decorrência da problemática de crianças e adolescentes que se encontravam na rua e sob uso problemático de drogas. A experiência foi do Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas. Em maio de 2004, um CR foi implantado no primeiro Centro de Atenção Psicossocial para o atendimento em álcool e outras drogas (Caps-ad) de Salvador, estruturando o modelo assistencial dessa unidade. Em 2009, o MS propõe que o CR torne-se uma das estratégias do Plano Emergencial de Ampliação de Acesso ao Tratamento em Álcool e outras Drogas, sendo incluído, em 2010, no Plano Integrado Nacional de Enfrentamento ao Crack, com o objetivo de ampliar o acesso aos serviços assistenciais e qualificar o atendimento oferecido às pessoas que usam crack, álcool e outras drogas por intermédio de ações de saúde na rua. Para o MS, “a retaguarda do CR” favorecia “o fluxo de encaminhamentos e a inserção na rede” dos usuários de drogas mais comprometidos com esse uso e “em situação de maior vulnerabilidade social”⁵ (p. 8).

Outra experiência brasileira na base dos CR foram os Programas Saúde da Família sem Domicílio – PSF Sem Domicílio, mais tarde Equipe de Saúde da Família para População em Situação de Rua – ESF Pop Rua. Pode-se referir, a partir de 2004, o PSF sem Domicílio, de Porto Alegre, seguido das ESF sem Domicílio de Belo Horizonte e de São Paulo e a ESF Pop Rua do Rio de Janeiro. O PSF Sem Domicílio de Porto Alegre estava voltado para a população em situação de rua, com atendimento de forma itinerante, como parte da rede de Atenção Básica à Saúde e do Programa de Atenção Integral à População Adulta de Rua, da área de assistência social, devendo abordar moradores de rua, identificar as causas da sua situação, acionar os diversos setores que pudessem auxiliar na busca por um vínculo familiar e ocupação, além do atendimento visando à promoção da saúde, com tratamento e exames clínicos. Hoje, as Estratégias de Saúde da Família sem Domicílio para População em Situação de Rua funcionam como “Consultório na Rua”.

Um Consultório de/ ou na Rua, hoje, representa a convergência, sob diferentes modalidades, da experiência com a Redução de Danos e com o PSF Sem Domicílio. A passagem do CR, que estava vinculado à Política Nacional de Saúde Mental até 2012 para a Política Nacional de Atenção Básica, não representa apenas uma mudança de nomenclatura (Consultório “de” para Consultório “na” Rua), mas

uma mudança nas diretrizes estratégicas deste dispositivo, atendendo, ainda, à prioridade do Governo do Brasil, de prevenção do consumo e da dependência de crack, álcool e outras drogas. Cabe lembrar a posição contrária à extinção do PSF Sem Domicílio pelo Movimento Nacional da População de Rua, que entende que não é apenas a atenção em relação ao consumo e dependência de crack, álcool e outras drogas que a população em situação de rua necessita.

Em 2011, como desdobramento do Decreto Presidencial nº 7.053/2009, que instituiu a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento, o MS adotou o CR como um serviço estratégico da Atenção Básica, fazendo a composição entre os dispositivos da Saúde Mental e da Saúde da Família ao invés de extinguir um em detrimento do outro. Em 2012, com a interposição do conceito de Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, a rede básica participa com as UBS e os CR.

Atualmente, a rede pública de saúde tem mais de cem CR implantados em todo território brasileiro, com uma prática clínica de cuidado que percorre a rede ao promover a atenção e a inclusão da população em situação de rua. Devido à ampla ação que se passa na rua, o CR é um serviço transversal, produzindo tanto uma atenção em relação à especialidade da saúde mental, como a disposição de práticas da Atenção Básica. Pode-se constatar a produção de uma assistência primária, com o “uso de práticas de prevenção de doenças e promoção da saúde”, assim como a “melhora do acesso aos serviços de saúde e a tentativa de proteção da qualidade de vida”⁵ (p. 5).

Em relação a Porto Alegre, em termos de atenção à saúde existe uma grave situação para se dar conta daqueles que moram/transitam pelas ruas com o consumo de crack, álcool e outras drogas, bem como outras problemáticas que acometem tal população em termos de saúde e inclusão social. Em 2009, a direção do Grupo Hospitalar Conceição (GHC), acolhendo a necessidade da capital, convida os trabalhadores da “Linha de Cuidado de Saúde Mental” para a elaboração e implantação do projeto de um Centro de Atenção em Álcool e outras Drogas. Tal projeto previa a composição de cinco serviços: Caps-ad III, Caps-i, CR, Unidade de Tratamento em Álcool e outras Drogas para adolescentes e um Centro de Estudos e Pesquisa em Álcool e outras Drogas. A partir de tal projeto, foi implantado, em 2010, o CR “Pintando Saúde” ou CR-GHC.

São, sobretudo, as experiências e experimentações de produção do cuidado no Pintando Saúde que alimentam as problematizações presentes neste artigo. O trabalho do Pintando Saúde iniciou-se em agosto de 2010, percorrendo a região norte da cidade, tendo em vista analisar territórios onde existiam/viviam pessoas em situação de rua. Tal trabalho começou a ser feito junto à rede de saúde e assistência social, com a finalidade de mapear possíveis lugares que seriam estratégicos para a presença do CR-GHC. A partir da demanda da rede de saúde e de assistência social da região, foram se materializando os espaços nos quais o CR-GHC iniciaria seu trabalho de assistência em saúde. Com mapeamento devidamente encetado para a região, iniciaram-se, a partir de novembro de 2010, as intervenções propriamente ditas de cuidado em saúde com a população em situação de rua.

Logo nas primeiras intervenções, ficou claro que tal população não necessitava de atenção apenas na abordagem quanto ao uso problemático de crack, álcool e outras drogas, precisava de cuidados em saúde de maneira ampliada devido aos agravos decorrentes da situação de rua.

A produção do cuidado

O CR-GHC oferta, para seus usuários, um serviço aberto e de demanda espontânea, busca acolher aquilo que pessoas em situação de rua estão necessitando. As ações são construídas de acordo com as particularidades da pessoa e vulnerabilidades. Isso implica o desafio de produzir um cuidado capaz de absorver, em suas intervenções, o inesperado ou o não-programado em termos da atenção prevista. Num certo sentido, este desafio está colocado para todo e qualquer serviço de saúde, porém, estas exigências, na rua, parecem impor-se de forma intensa, persistente e inusitada.

A falta de paredes. A não presença da mesa. O encontro em locais moventes. A luz do sol, o vento, o frio, o calor. A sujeira, o forte odor. A conversa sobre saúde em roda de uso de drogas. O medo da polícia e da chuva. Estranhas sensações, intempestivas alegrias. Intervenção no desejo, produção de

desejo. O encontro com histórias de vida em contextos angustiantes no seu próprio desenrolar. Acontecimentos que exigem um exercício de alteridade fortemente marcado pela “transvaloração dos valores”⁶. O acolhimento ou os projetos de cuidado no CR-GHC acontecem nestas circunstâncias.

Há poucas condições prévias para coordenar a assistência de saúde, o caminho está sempre por se fazer junto ao usuário acolhido (no encontro real e a seu tempo), de modo que os ditos lugares identitários de cada profissão são reconfigurados em ato, ou melhor, o profissional é enredado em acontecimentos que oportunizam uma desconstrução do modo disciplinar que até então o delimitava como terapeuta. Um processo de trabalho que convoca a emergência de um cuidador que beira a “anomalia, que foge às abordagens fragmentadas”⁷ (p. 25). Conforme o MS, “o contexto da rua é dinâmico e a equipe deve ajustar seu trabalho frente ao inesperado”⁵ (p. 16).

Produzir um serviço de saúde que ultrapasse o esperado, o programado, o prescrito, dentro de uma equipe, tornava-se um grande desafio, sobretudo porque um CR não trabalha isoladamente, ele necessita da rede de saúde e intersetorial para abarcar o cuidado integral, universal e igualitário preconizado pelo SUS. Esse modo dinâmico de operar o cuidado no CR pode reverberar nos serviços com que entra em contato, tensionando uma cadeia de cuidados que, muitas vezes, sequer espreita um horizonte mais longínquo que o seu próprio cotidiano de atuação. Olhar para mais longe, suportar a imprevisibilidade e investir em ações de cuidado, abarcando particularidades e engendrando desejo no outro, são práticas difíceis de serem realizadas num cotidiano de atenção em saúde extremamente normatizado, balizado por um atendimento que se pauta por saberes profissionais, com mínima oportunidade de intersecção com os usuários que chegam com seus padecimentos difusos ou confusos.

Como investir numa lógica de atenção em saúde que seja porosa à imprevisibilidade? Como provocar trabalhadores e serviços de maneira que a implicação com a prática de cuidado seja aberta à imprevisibilidade, conectada ao desejo e atenta às particularidades? São questões-desafio que perpassam o desenvolvimento desses trabalhadores e o acolhimento dessa população; questões cada vez mais anunciadas à rede de saúde.

Para dar qualidade à discussão, é oferecido um “caso-pensamento” ocorrido no processo de cuidado do CR-GHC, envolvendo um usuário em situação de rua. A ferramenta do “caso-pensamento” coloca em composição uma “teia-conceitual”⁸ (p. 55), apostando numa estratégia de escrita mais encarnada que o simples relatar fidedignamente determinada cena. Destarte, os casos-pensamentos são versões que emergem do plano intensivo da memória da equipe do CR-GHC, ao expressarem um desconforto ou um estranhamento que não cansa de fazer função, de fruir. O caso-pensamento traz à tona um acontecimento no que ele tem de “atual e virtual”⁹ (p. 51); algo que não cai no absoluto, no exato ou já dado, mas possibilita um vir a ser. Fala-se de mil formas sobre uma mesma situação.

As marcas, as sensações, os signos vivenciados e estranhados no acontecimento, são configurados no caso-pensamento como a afirmação da memória de elementos escolhidos-inventados e que pretendem deflagrar uma problematização. Entende-se que os encontros com o usuário acolhido pelo CR-GHC podem ajudar a problematizar a condição ética e os limites que a rede de saúde encontra quando entra em contato com as pessoas em situação de rua. A utilização do caso-pensamento pretende explicitar a intensidade do tema problematizado, a saber, as tensões constitutivas pelas quais a rede de saúde está prestes a passar no desafio do cuidado em saúde junto às populações em situação de rua.

Tal ética e limite, aqui expostos, se passam no sentido de oferecer um serviço de saúde no qual, a partir das intervenções, exista um investimento afetivo por parte dos profissionais que, muitas vezes, têm dificuldade em lidar com essa carga relacional, extrapolando ou não a noção de cuidado profissional e humanizado, acolhendo ou não afetos investidos na situação. Por ser um serviço desprovido de uma casa para centralizar suas ações – de ordem itinerante e com uma temporalidade singular em relação à lógica instituída no cuidado –, há um sofrimento pela angústia inerente a tal prática desterritorializada.

É claro que investimento afetivo e angústia se processam em qualquer relação profissional em saúde, entretanto, trabalhar com essas populações e com o que elas demandam invoca um investimento “afetivo” que parece peculiar a esse serviço, pois tal trama de cuidado ocorre em lugares inesperados, em tempos ora acelerados e ora vagarosos, com pessoas a quem os serviços não viam. Por que não viam? Este é o afeto (affectio) como um aprender e sentir por “afecção”, não o mesmo que o afeto (affectus) relativo a um possível sentimento de ternura.

Qual foco para sustentar o cuidado?

Sepé não sabe há quanto tempo se encontra em situação de rua – há três anos habita os escombros de uma antiga UBS. Seu cotidiano envolve catar latinhas e outros tipos de lixo para poder revender e se sustentar. Vida difícil, sob sol e chuva quando está trabalhando, e com uma escuridão noturna (por falta de luz) no lugar em que reside, onde só percebe as sombras daqueles que por ali passam pela madrugada na intenção de achar um lugar abandonado para o consumo de drogas.

Sepé não fuma, somente bebe uma pinga. Por vezes, fica trêmulo se, ao catar o material reciclável, não utiliza um pouco desse energético. Contudo, perto do que se percebe em outros atendimentos, parece que o álcool de todos os dias não é algo que o prejudique de maneira preocupante. Não é um uso “problemático”, mesmo que excessivo. Ao menos não é o foco atualmente.

Foco... Essa é uma das problemáticas que se enfrenta no atendimento às pessoas em situação de rua. Como focar a atenção em saúde num sujeito que apresenta diversas necessidades de cuidado? Cuidado em álcool e outras drogas, cuidados básicos em relação a feridas e outras lesões, depressão, agressividade e surtos, e cuidados de ordem social, como confecção de documentos, albergagem/habitação e renda.

O “foco” atual em relação ao Sepé está voltado para os resultados de seus exames de HIV e tuberculose, que deram positivo. Dentre outras ações de cuidado, se está trabalhando para recuperar uma parte de seus direitos civis ao se confeccionar sua certidão de nascimento, bem como o contato com sua família no interior. Há um forte trabalho e tensionamento junto à equipe básica de saúde, alojada ao lado de onde reside, e que, até então, fechava os olhos para o seu acolhimento, assim como para o restante da população de rua que está ao seu redor, nas bordas da cidade e da sociedade. Sociedade que “deixa morrer” nos dias de hoje de maneira muito próxima “ao fazer morrer” da época do poder soberano, como diria Foucault¹⁰. Contudo, tal prática, atualmente aprimorada, se passa de maneira discreta, sutil, eliminando quem não está regulamentado, quem está submetido aos vários descasos que perpassam as práticas de cuidado em saúde¹⁰. Em defesa da sociedade ainda continuamos a matar quem a ela não se agrega!

Voltando ao “foco”, pode-se comentar que a equipe de saúde é tensionada em relação ao investimento “afetivo” de cuidador em relação à pessoa acolhida, experimentando, muitas vezes, angústia e sofrimento. Nas diversas intervenções realizadas pelo CR-GHC, em certos momentos, ultrapassam-se os limites do que e para que cuidar requerido pelo usuário, onde o cuidador acaba transparecendo sentimentos de raiva, frustração e ansiedade na tentativa de resolução. O cuidador sofre com a condição de completo desamparo do usuário em situação de rua, sente necessidade de resolver tal problemática o mais rápido possível, e acaba atropelando o tempo daquele a quem “acolhe”. Os cuidadores, atravessados pela lógica do cuidado prescritivo em saúde, têm ações que prezam pela objetividade e resolutividade.

Que resolução seria essa? Resolução daquilo que o usuário requer ou daquilo que os cuidadores, balizados pelo saber da saúde, imaginam ser o correto? Ainda mais em se tratando de pessoas que romperam quase que totalmente com os contratos sociais, vivendo de maneira distante de toda lógica que os cuidadores compartilham em seu mundo. Como acessar esse outro espaço-tempo tão distante da urbanidade de uma “cidade segura e saudável”? Existe a possibilidade de se deixar contaminar por uma lógica outra de sentidos, a do cotidiano dos moradores de rua?

Difícil responder... Somente no acolhimento experimentado ao longo das “abordagens” é que se percebem as sutilezas, as impossibilidades de se “conectar” com os usuários e as possíveis aberturas que vão compondo aprendizados ou enunciando o que há por se desenvolver na medida em que o cuidador entrega seu corpo para esse tipo de encontro. É nessa abertura de corpo para o outro que o próprio trabalhador do CR pratica novas formas de cuidado até então não visibilizadas e com as quais passa a processar encontros de maneira inventiva. É num acompanhar afetivo que se torna possível “ressignificar a existência do sujeito, criando modos de subjetivação inéditos”¹¹ (p. 55), ponto de inflexão entre os afetos do cuidador e do sujeito em situação de rua. Contato tomado em apreensão corporal que faz reverberar, um no outro, *quantas* de potência de vida, emergência de um bom encontro, troca afetiva que ponha os corpos em movimento de composição.

Numa das abordagens com Sepé, essa tensão do desejo transpareceu com a proposta de uma intervenção combinada na equipe do CR-GHC. A intervenção estava pautada em fazer um exame de tuberculose que poderia ser realizado na rua, junto ao *locus* de Sepé, e que já estava demorando a acontecer. Porém, as coisas não saíram da forma esperada, como conta uma das cuidadoras:

“Fomos até sua casa, onde nos recebeu de maneira acolhedora. Fui apresentada pelo colega como a técnica de enfermagem que coletaria o seu escarro para fazer o exame de tuberculose. Explicamos o procedimento, mas ele ficou apreensivo. Pedimos que bebesse água, mas ficou dando desculpas e parecia receoso.

Sepé pediu camisinha, pois estava acompanhado e chamou sua companheira para vir até a porta. Como a conhecia, dei um abraço nela e conversamos um pouco. Depois de algum tempo, retomamos a ideia de fazer a coleta com o Sepé, porém não estava convencido. Conversamos sobre o Raio X alterado que precisava da confirmação por via do exame, questionamos se tinha emagrecido nos últimos dias ou se tinha suor noturno. Respondeu que a noite transpirava muito. Informamos que poderiam ser sintomas de tuberculose. Referia não ter tosse nem catarro. Havia almoçado há pouco e tinha medo de vomitar se fizesse o exame.

As horas passavam e logo tínhamos que ir embora, assim a pressão por fazer o exame ficava maior. Sepé começou a fazer, ficou agitado, trêmulo e sudorético. Percebi que não conseguiria, pois estava muito ansioso. Tentei tranquilizá-lo, perguntei se queria sentar-se, toquei em seu braço e ele disse que estava bem. Afirmei que não faríamos o exame naquele momento.

Senti minha consciência pesar por ter insistido tanto em fazer algo que para mim era simplesmente inspirar, expirar e escarrar no pote, mas que para ele soava como algo apavorante. Estava mais preocupada em confirmar a suspeita de doença do que acolher o medo pronunciado em relação à coleta de escarro.

Ficamos conversando por alguns instantes e falei que às vezes precisamos dizer não para o outro quando não queremos fazer algo. Ele, então, nos disse que nem seu pai, que já estava morto, nem sua família, nem ninguém se preocupava como o meu colega que todas as semanas o visitava acompanhando-o nos serviços e percorrendo a rede com ele.

Conversamos mais um pouco, ele relaxou, sentindo-se melhor. Depois desse insucesso, ao menos no que diz respeito à coleta de exame, orientamos que se conseguisse coletar o escarro no pote fornecido, poderia entrar em contato com nosso serviço ou com a UBS ao lado de sua casa. Despedimo-nos e fomos embora”. (diário de campo, março de 2012)

Essa intervenção faz pensar a forma impactante como as pessoas dizem não ao que se propõe em termos de cuidado, por vezes, expressando-se agressivamente, outras passando mal. Quanto dessa forma tem a ver com a nossa atitude de propor ou, talvez, de delicadamente impor certo/s cuidado/s? Será que agem assim porque acham que não entendemos o que realmente desejam? Se dissessem o que almejam, os cuidadores entenderiam? Parece necessário desenvolver certa sensibilidade de acolhimento para conectar a subjetividade do usuário, mesmo que sem palavras. É importante estar atento à maneira com a qual é proposta uma oferta de cuidado, de maneira que ela seja compatível para com o usuário, não a escuta para fins de convencimento quanto aos exames, medicamentos e procedimentos que julgamos importantes para o ‘seu’ bem-estar.

Outra questão produzida a partir dessa intervenção é que Sepé colocou que não se importava com a doença ou com suas consequências, pois morrer todos morreríamos. Entretanto, Sepé foi capaz de tentar fazer algo que não queria em razão do receio que tinha de opor-se a alguém que demonstrava preocupação por ele (todos morrerão, mas ele ainda não o quer...). Será que os objetivos do CR em oferecer um serviço de cuidado em saúde inclusivo são compatíveis com o querer do usuário (o “seu” não morrer)? E se ele quiser apenas ser importante para alguém (o “seu” estar vivo), ele terá de ficar participando de ações que não quer? Esta é a única maneira de conseguir certa atenção? Até quando?

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

Conclusões e confluências das ruas: o sensível do instante!

Encontros sensíveis estes ocorridos na rua e que remetem a questionamentos que percorrem o imaginário angustiante de todos que compartilham dessa proposta de cuidado. É importante salientar, no caso-pensamento apresentado, o momento da abordagem ao usuário em que a cuidadora, por um instante, reflete sobre o que estava propondo. Faz pensar quanto os profissionais como um todo deveriam ter mais momentos de pausa em meio às intervenções. Pausa que dá guarida ao outro, pois, nas pausas, produzimos maior proximidade com os usuários – com sua intimidade, com seus significados. Nesses instantes de desaceleração, em que o sensível emerge sob o que se encontrava instituído, parece que os cuidadores se colocam ao lado daqueles que estão a cuidar, numa “composição” de cuidados.

Essa seria a perspectiva do cuidado alteridade-centrado, que se passa numa “zona mestiça, capaz de escapar ao limite disciplinar das profissões e de se expor à alteridade com os usuários”, permitindo produções inéditas¹² (p. 261). Instantes de coragem que nos autorizam a adentrar em uma lógica caotizada ao invés do lugar habitado pelas normas disciplinares e formações demasiadamente duras de “profissional”. Talvez, na correria das intervenções, na urgência requerida pela lógica prescrita do cuidado que atravessa a ação em saúde, perca-se o senso do acompanhar e do compartilhar questões com aquele em necessidade de atenção e acolhimento.

Os momentos de pausa são, justamente, os instantes em que se freia o tempo arraigado na lógica prescrita, oportunizando a produção de outro tipo de escuta. Isso é difícil, a limitação é o sentimento que mais abarca os profissionais, pois não se conseguem respostas imediatas, necessitando-se aguardar para compor com o tempo do outro, o que limita certa intervenção programada em saúde.

Cuidado em composição ao invés da lógica costumeira que tenta sempre organizar o tempo dos pacientes a partir dos saberes profissionais. Não à toa, muitos usuários resistem ao acolhimento oferecido – ficam impacientes – e, de certa forma, dentro da lógica em que vivem, têm um ato de saúde ao resistir ao que lhes “invade”, mesmo que seja na melhor das intenções. Infelizmente – e por incrível que pareça –, essa resistência e reação ativa dos usuários aparece como agressão gratuita a ser combatida e contida sem a carga de compreensão para com o contexto de vida ali instalado. Na rua, tanto o CR como a rede de saúde necessitam da exposição, do fora, do outro lado, da surpresa, do estranhamento, do reverso ou do ‘inverso’ ou do ‘em verso’, composição “poiética” do cuidado.

Colaboradores

O autor Mário Francis Petry Londero foi o responsável pela pesquisa junto aos trabalhadores do Consultório na Rua, recolhendo e analisando os diários de campo que foram escritos para a produção do artigo. Luiz Fernando Silva Bilibio foi responsável por supervisionar as intervenções e escritas da pesquisa do então residente Mário Francis Petry Londero, onde também colaborou com a escrita. Ricardo Burg Ceccim foi responsável por avaliar o texto resultante da pesquisa para aprovação do então residente Mário Francis Petry Londero em seu TCR, colaborando com o fechamento do artigo, sugerindo e enriquecendo o texto final.

Referências

1. Merhy EE. Anormais do desejo: os novos não humanos? Os sinais que vêm da vida cotidiana e da rua. In: Conselho Federal de Psicologia. Grupo de Trabalho de Álcool e outras Drogas. Drogas e cidadania: em debate. Brasília, DF: CFP; 2012. p. 9-18.
2. Varanda W, Adorno RCF. Descartáveis urbanos: discutindo a complexidade da população de rua e o desafio para políticas de saúde. Saude Soc. 2004; 13(1):56-69.
3. Romaní O. Políticas de drogas: prevención, participación y reducción del daño. Salud Colect. 2008; 4(3):301-18.
4. Sindicato Médico do Rio Grande do Sul. Consultórios de rua: apenas marketing. Vox Med. 2012; 11(60):14-5.
5. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Mental. Consultórios de Rua do SUS: material de trabalho para a II Oficina Nacional de Consultórios de Rua do SUS. Brasília, DF: EPSJV-Fiocruz; 2010.
6. Bilibio LFS. Por uma alma dos serviços de saúde para além do bem e do mal: implicações micropolíticas à formação em saúde [tese]. Porto Alegre (RS): Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2009.
7. Merhy EE. Desafios de desaprendizagens no trabalho em saúde: em busca de anômalos. In: Lobosque AM, organizadora. Cadernos Saúde Mental 3. Belo Horizonte: ESP/MG; 2010. p. 23-36.
8. Siegmann C, Fonseca TMG. Caso-pensamento como estratégia na produção de conhecimento. Interface (Botucatu). 2007; 11(21):53-63.
9. Deleuze G. O atual e o virtual. In: Alliez E, organizador. Deleuze: filosofia virtual. São Paulo: 34; 1996. p. 47-58.
10. Foucault M. Em defesa da sociedade: curso no Collège de France (1975-1976). 2a ed. São Paulo: WMF, Martins Fontes; 2010.
11. Kupermann D. A libido e o álbi do psicanalista: uma incursão pelo diário clínico de Ferenczi. Pulsional Rev Psicanal. 2003; 16(168):47-57.
12. Ceccim RB. Equipe de saúde: a perspectiva entre-disciplinar na produção dos atos terapêuticos. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Cuidado: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: Abrasco; 2004. p. 259-78.

Londero MFP, Ceccim RB, Bilibio LFS. Consultorio de/en la calle: desafío para el cuidado de la salud en verso. Interface (Botucatu).

Este artículo discute prácticas de cuidado del "Consultorio de/en la calle", un servicio delineado en el Sistema Brasileño de Salud destinado a la atención de las personas que viven en la calle. La intención es problematizar las estrategias de acogida y de cuidado de la salud, así como las directrices o valores de este trabajo que muchas veces no concuerdan entre sí, como las acciones programadas de rastreo y autoridad moral sobre personas que viven en la calle y las acciones disruptivas del modelo urbano de ciudad saludable y segura para una fuerte inclusión de personas que viven en esa situación. Como recursos de análisis están los diarios de campo escritos por los trabajadores de uno de estos consultorios, localizado en Porto Alegre, Brazil, que en su cotidiano recorren las calles y las redes de salud e intersectorial con todas sus dificultades y puntos fuertes.

Palabras clave: Consultorio de/en la calle. Red de atención psicosocial. Red de atención básica a la salud. Personas que viven en la calle.

Recebido em 26/08/13. Aprovado em 17/02/14.