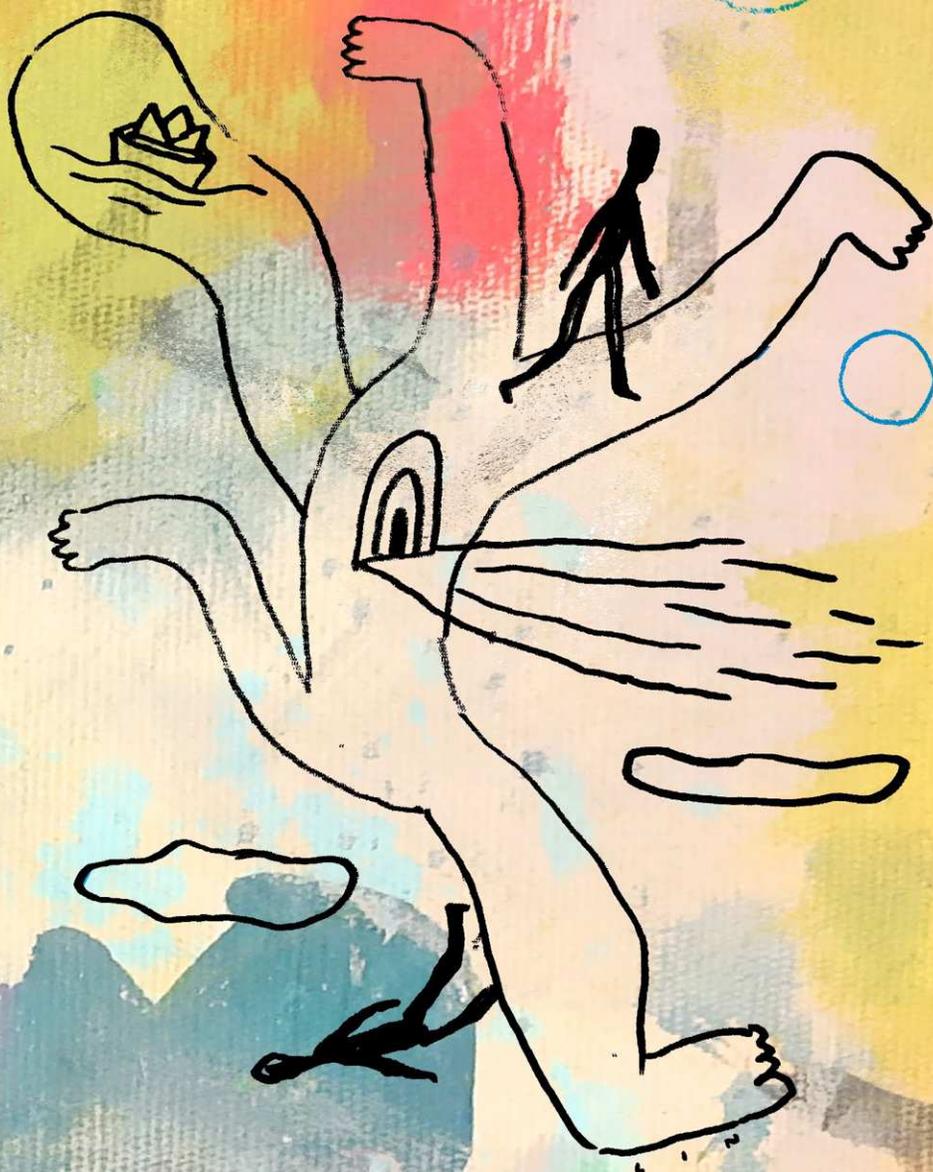


SÉRIE MICROPOLÍTICA DO TRABALHO E O CUIDADO EM SAÚDE



# Redes Vivas e Bolhas de Sabão

Emmanuela Amorim



A **Editora Rede UNIDA** oferece um acervo digital para **acesso aberto** com mais de 200 obras. São publicações relevantes para a educação e o trabalho na saúde. Tem autores clássicos e novos, com acesso **gratuito** às publicações. Os custos de manutenção são cobertos solidariamente por parceiros e doações.

Para a sustentabilidade da **Editora Rede UNIDA**, precisamos de doações. Ajude a manter a Editora! Participe da campanha «e-livro, e-livre», de financiamento colaborativo.

Acesse a página  
<https://editora.redeunida.org.br/quero-apoiar/>  
e faça sua doação

Com sua colaboração, seguiremos compartilhando conhecimento e lançando novos autores e autoras, para o fortalecimento da educação e do trabalho no SUS, e para a defesa as vidas de todos e todas.

Acesse a Biblioteca Digital da Editora Rede UNIDA  
<https://editora.redeunida.org.br/>

E lembre-se: compartilhe os links das publicações, não os arquivos. Atualizamos o acervo com versões corrigidas e atualizadas e nosso contador de acessos é o marcador da avaliação do impacto da Editora. Ajude a divulgar essa ideia.

[editora.redeunida.org.br](https://editora.redeunida.org.br)



Emmanuela Amorim

Série Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde

# Redes Vivas e Bolhas de Sabão

1ª Edição  
Porto Alegre  
2021



Coordenador Nacional da Rede UNIDA

**Túlio Batista Franco**

Coordenação Editorial

*Editor-Chefe:* **Alcindo Antônio Ferla**

*Editores Associados:* **Gabriel Calazans Baptista, Ricardo Burg Ceccim, Cristian Fabiano Guimarães, Márcia Fernanda Mello Mendes, Júlio César Schweickardt, Sônia Lemos, Fabiana Mânica Martins, Denise Bueno, Maria das Graças, Frederico Viana Machado, Márcio Mariath Belloc, Karol Veiga Cabral, Daniela Dallegrave.**

Conselho Editorial

**Adriane Pires Batiston** – *Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil;*

**Alcindo Antônio Ferla** – *Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil;*

**Ángel MartínezHernández** – *Universitat Rovira i Virgili, Espanha;*

**Angelo Stefanini** – *Università di Bologna, Itália;*

**Ardigó Martino** – *Università di Bologna, Itália;*

**Berta Paz Lorido** – *Universitat de les Illes Balears, Espanha;*

**Celia Beatriz Iriart** – *University of New Mexico, Estados Unidos da América;*

**Denise Bueno** – *Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil;*

**Emerson Elias Merhy** – *Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil;*

**Érica Rosalba Mallmann Duarte** – *Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil;*

**Francisca Valda Silva de Oliveira** – *Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil;*

**Izabella Barison Matos** – *Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil;*

**Hêider Aurélio Pinto** – *Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Brasil;*

**João Henrique Lara do Amaral** – *Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil;*

**Júlio César Schweickardt** – *Fundação Oswaldo Cruz/Amazonas, Brasil;*

**Laura Camargo Macruz Feuerwerker** – *Universidade de São Paulo, Brasil;*

**Leonardo Federico** – *Universidad Nacional de Lanús, Argentina;*

**Lisiane Böer Possa** – *Universidade Federal de Santa Maria, Brasil;*

**Liliana Santos** – *Universidade Federal da Bahia, Brasil;*

**Luciano Bezerra Gomes** – *Universidade Federal da Paraíba, Brasil;*

**Mara Lisiane dos Santos** – *Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil;*

**Márcia Regina Cardoso Torres** – *Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, Brasil;*

**Marco Akerman** – *Universidade de São Paulo, Brasil;*

**Maria Augusta Nicoli** – *Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale dell'Emilia-Romagna, Itália;*

**Maria das Graças Alves Pereira** – *Instituto Federal do Acre, Brasil;*

**Maria Luiza Jaeger** – *Associação Brasileira da Rede UNIDA, Brasil;*

**Maria Rocineide Ferreira da Silva** – *Universidade Estadual do Ceará, Brasil;*

**Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira** – *Universidade Federal do Pará, Brasil;*

**Ricardo Burg Ceccim** – *Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil;*

**Rodrigo Tobias de Sousa Lima** – *Fundação Oswaldo Cruz/Amazonas, Brasil;*

**Rossana Staeve Baduy** – *Universidade Estadual de Londrina, Brasil;*

**Sara Donetto** – *King's College London, Inglaterra;*

**Sueli Terezinha Goi Barrios** – *Associação Rede Unida, Brasil;*

**Túlio Batista Franco** – *Universidade Federal Fluminense, Brasil;*

**Vanderlécia Laodete Pulga** – *Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil;*

**Vera Lucia Kodjaoglanian** – *Laboratório de Inovação Tecnológica em Saúde/LAIS/UFRN, Brasil;*

**Vera Maria Rocha** – *Associação Brasileira da Rede UNIDA, Brasil;*

**Vincenza Pellegrini** – *Università di Parma, Itália.*

Comissão Executiva Editorial

**Gabriel Calazans Baptista**

**Jaqueline Miotto Guarnieri**

**Alana Santos de Souza**

**Márcia Regina Cardoso Torres**

**Renata Riffel Bitencourt**

Projeto Gráfico | Diagramação

**Lucia Pouchain**

Capa e Ilustração

**João Lin**

#### DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO (CIP)

**A524r Amorim, Emmanuela.**

Redes Vivas e Bolhas de Sabão / Emmanuela Amorim. – 1. ed.– Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida, 2021.

96 p. (Série Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde, v. 20).  
E-book: 3 Mb; PDF

Inclui bibliografia.

ISBN: 978-65-87180-64-9

DOI: 10.18310/9786587180649

1. Educação em Saúde. 2. Política de Saúde. 3. Saúde Pública. 4. Sistemas de Saúde.  
I. Título. II. Assunto. III. Amorim, Emmanuela.

CDD 614

21-3018060

CDU 614

#### ÍNDICE PARA CATÁLOGO SISTEMÁTICO

1. Programas de saúde pública.

2. Saúde pública.

Catálogo elaborado pelo bibliotecário Pedro Anizio Gomes CRB-8 8846

*Todos os direitos desta edição reservados à Associação Brasileira Rede UNIDA  
Rua São Manoel, nº 498 - CEP 90620-110, Porto Alegre - RS. Fone: (51) 3391-1252*

[www.redeunida.org.br](http://www.redeunida.org.br)



## Sumário

<b>Prefácio</b> .....	7
<b>Apresentação</b>	
DE VIDAS EM FLUXOS BOLHAS. DIFERENÇA E REPETIÇÃO NOS NOVOS SENTIDOS DOS VIVERES .....	9
<b>PRELÚDICO RUMO A REDES VIVAS</b> .....	13
<b>CAPÍTULO 1</b>	
UM CONVITE AO TRAÇO DA CARTOGRAFIA .....	17
<b>CAPÍTULO 2</b>	
CAPS LIVRE DO FUMO E ENCONTRO COM MARIA .....	27
<b>CAPÍTULO 3</b>	
RUAS E CAMINHOS QUE LEVARAM A PEDRO .....	45
<b>CAPÍTULO 4</b>	
REDES VIVAS DELINEADAS EM BOLHAS DE SABÃO .....	77
<b>CAPÍTULO 5</b>	
JOGADAS COMO CAMINHOS EM REDES VIVAS .....	89
<b>Referências</b> .....	91



## Prefácio

Foi uma linda jornada, esta a que este livro dá alguma língua e visibilidade.

Uma travessia de muitos agenciamentos, deslocamentos, invenções.

Manu se surpreende com durezas que não imaginava – na saúde coletiva, nas redes de atenção, nas equipes de saúde, na sua própria caixinha de ferramentas prévia.

Manu se vira do avesso para agenciar encontros, composições produtoras de vida. Aposta na construção compartilhada.

E assim desloca e se desloca lindamente.

Manu, inventora, cria imagens belíssimas a partir da produção cartográfica dos encontros que sua pesquisa proporcionou. Esquizoanalista poeta que chama para a conversa seus intercessores, chama para a produção as pontes, as cirandas, a lata, Recife, Chico Science, Lenine, Lia.

Um privilégio ter estado junto com ela nessas travessias.

Vale muito o mergulho! Convido a todas, todos e todes a esses encontros potentes.

*Laura C M Feuerwerker*



## Apresentação

# DE VIDAS EM FLUXOS BOLHAS. DIFERENÇA E REPETIÇÃO NOS NOVOS SENTIDOS DOS VIVERES

Trazer para dentro de um trabalho da pesquisa, como parte constitutiva, seus bastidores, já indica o quanto é instigante o que vem pela frente no conjunto dos textos que a autora vai produzindo para tornar público sua própria construção como pesquisadora no encontro com toda uma multiplicidade de conexões que seu estudo proporcionou. Emmanuela se *in-mundiza* no encontro os muitos mundos que são acionados nesses encontros de modo intensivamente micropolítico.

O proveito que faz de experiências anteriores nos estudos sobre as várias modalidades de produção do cuidado em saúde, no contexto da organização dos serviços de saúde e da conformação das distintas maneiras de existência do que chamamos de usuárixs-cidadã(õe)s guias, em particular do estudo que foi feito, denominado Rede de Avaliação Compartilhada – RAC, por um coletivo nacional de pesquisadores da Rede de Observatórios de Políticas Públicas em Saúde e Educação em Saúde, avaliando e enfrentando os diversos modos que são gerados no campo do cuidado das diferentes redes do Sistema Único de Saúde, valorando o ir além do que está circunscrito e instituído nos muros dos próprios serviços ofertados por estas redes, na busca de pegar esse instituído de surpresa abrindo-se para os modos como cada vida se expressa como Rede Viva Existencial e os modos como o cuidado extravasa o próprio campo institucionalizado da saúde, na sociedade brasileira.

Nessa direção e no meu olhar, Emmanuela foi muito feliz nas suas buscas, na pesquisa que relata aqui nesse livro e que foi composta pelo seu doutorado, ao buscar como pesquisadora-guia, um processo de tecimento que lhe permitisse costurar com várixs outrxs pesquisadorxs - instaladx no cotidiano do cuidado nos vários dispositivos-terapêuticos, que são constituídos para a construção de modos de cuidar, no campo da saúde mental -, processos bem variados que complexamente emergem no território imaterial do cuidar.

Aliás, iniciar uma pesquisa sobre o mundo do cuidar no campo institucional da saúde considerando que todxs são pesquisadorxs, ali na cotidianidade dos modos de se trabalhar neste campo, traz muitas exigências, uma das quais é demarcada pela decisão que xs próprixs trabalhadorxs governam e sobre a qual podem se posicionar por aceitarem ou não o convite de comporem o estudo. Aliás, primeiro grande passo para produzir a possibilidade do próprio campo de investigação e iniciar relações de produção de vínculos-chaves para o desenvolvimento do estudo.

Convite acionado e aceito por trabalhadorxs de um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPSad), um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS III) e um Consultório na Rua, o disparo dos vários processos relacionais que uma pesquisa dessa possibilita, ficava como desafio central à construção de encontros que não fossem exercícios assimétricos de poder, ao contrário, que fossem experimentações de circulação de poderes em simetria entre os que ali se situavam, que pudesse inclusive servir de experiência para esse novo coletivo constituído, quando fosse enfrentar as possíveis conexões com os usuárixs-cidadã(õe)s que viriam a ser convidadxs a participarem desse processo, também como pesquisadorxs de suas próprias existências e de suas relações com os trabalhadorxs daqueles dispositivos-terapêuticos.

Nesse movimento, RAC agenciado, muitas narrativas, vindas de muitas vozes que recolhiam as vivências e experiências desse processo de pesquisar, como também do que era vivido nas muitas maneiras do cuidado ir sendo produzido, iam tecendo mundos outros antes não perceptíveis ou não existentes, mas que emergiam agora, ali, no processo coletivo que a pesquisa agenciava.

Emmanuel, de modo bem feliz, foi procurando dar voz a esses acontecimentos em si, buscando imagens e palavras para expressar essa cartografia dos afetos que percorria seu corpo em sua dimensão sensível e na sua configuração como pensamento e escrita. Nesse movimento, busca ajuda em outros campos linguageiros e traz imagens muito ricas para expressarem as grandes questões que lhe atravessavam e que lhe permitia expressá-las como experiências, em si.

Maria e Pedro, usuária/o-cidadã/ão guias que conduziram a empiria do acontecimento-cuidado em saúde mental, no encontro entre os dispositivos-terapêuticos com as suas vidas concretizadas como Redes Vivas, foram

disparadorxs de linhas de forças que atingiam xs várixs pesquisadorxs que compunham a pesquisa e que com suas forças afetadoras criavam processos que pediam narrativas muito novas para si, no vivido pelxs próprixs pesquisadorxs.

Nessa busca de dar uma língua ao que afetava, a autora nos oferta, em várias passagens, imagens de uma riqueza ímpar, que me pedem nesse instante uma explicitação que só poderia trazer para cá pelas suas próprias palavras e escritas, inclusive porque isso mostra para o/a leitor(a) como vale a pena ler este livro:

Na antropofagia reativa, o micropoder capitalístico, a sensibilidade é objetivante, voltada para algo a ser consumido, enquanto na antropofagia ativa, a sensibilidade vibrátil se volta ao devir disparado pela presença viva do outro...

Ao olhar para esses espaços da crise em saúde mental e da população em situação de rua, o SUS oportuniza um avanço considerável ao potencializar diferentes equipamentos para a RAPS, destacando-se Consultório De Rua e a Política de Redução de Danos, pois a vida vale ser vivida, nem que seja por um fio, mas por um fio se pode tecer redes vivas...

Diante de tantos processos e afetos vivenciados nesta cartografia, algumas análises foram reposicionadas para outro plano de construção de conhecimento. Mas essa virada ocorreu diante de uma imagem: bolhas de sabão...

Todo esse resgate relativo às bolhas foi para apontar para a importância da interferência para produzir movimentos, buscando relacionar tal dinâmica à tensão micropolítica na construção de linhas de cuidado. Em outras palavras, trazer essa dimensão das interferências que atravessam a produção de redes vivas, é apontar para as disputas entre forças molar-molecular no território micropolítico. É buscar entender quais as forças atravessam o cuidado provocando determinado desenho nas relações micropolíticas...

Seguir usuários, buscando que se tornassem guia, foi se deixar atravessar pelos vários olhares, buscando certa composição de forças rumo a redes vivas. Esses usuários interferiram muito no processo de construção de uma linha de cuidado provocando tensionamentos de forças que levasse a construir determinado caminho. E por isso a importância de se aproximar de tantas e tantas experiências sobre esse processo de cuidar, buscando a construção para a multiplicidade da vida em seus tantos devires. Essa multiplicidade é como as cores da bolha de sabão, em tensão entre molar-molecular, no lusco-fusco, no feltro enquanto dobra entre o liso e rugoso e enquanto dobra de possibilidades do viver.

Não hesitem, saboreiem estas palavras e escritas, e todas que vêm adiante.  
Beijos Emmanuela, adorei!

*Emerson Elias Merhy*

Médico sanitário, professor titular de saúde coletiva UFRJ



## ***Prelúdio rumo a redes Vivas***

Chão chega perto do céu  
Quando você levanta a cabeça e tira o chapéu  
Chão cabe na minha mão  
O pequeno latifúndio do seu coração  
Chão quando quer descer  
Faz uma ladeira  
Chão quando quer crescer  
Vira cordilheira

Chão segue debaixo do mar  
O assoalho do planeta e do terceiro andar  
Chão onde a vista alcançar  
Todo e qualquer caminho pra percorrer e chegar  
Chão quando quer sumir se esconde em um buraco  
Chão Se quer sacudir  
Vira um terremoto

O chão quando foge dos pés  
Tudo perde a gravidade  
Então ficaremos só nós  
A um palmo do chão da cidade

(Chão - Lenine/Lula Queiroga)

**Prelúdio.** sm (lat praeludiu) 1 Ato ou exercício preliminar. 2 Introdução, preâmbulo, prefácio, prólogo. 3 O que anuncia, o que precede; prenúncio; sinal ou indício de coisa que há de acontecer; precursor. 4 Mús Introdução instrumental ou orquestral de uma obra musical, podendo ser absolutamente independente e não ter caráter introdutório: Prelúdio de Chopin. 5 Mús Ensaio da voz ou de um instrumento antes de cantar ou tocar. Antôn.: poslúdio. (Michaelis, Dicionário OnLine).

Por que estudar Redes em Saúde Mental? Rede de Atenção em Saúde Mental é um objeto complexo, mutante, atravessado por disputas cotidianas de forças e valores, sobretudo se se considera a pluralidade dos diferentes sujeitos corresponsáveis pela produção/implementação dessa política. Essa produção foi uma aposta em produzir visibilidades para olhares e implicações de gestores, trabalhadores, usuários que participam ou escapam dessa Rede de Saúde formal e vão construindo Redes Vivas em Saúde Mental. Assim, algumas perguntas foram importantes disparadores para a produção do estudo:

1. É possível construir formas singulares de cuidado em saúde mental a partir de redes de saúde? Como se produz o encontro entre os diferentes sujeitos para se forjar Redes Vivas?
2. Que forças micropolíticas atravessam o cuidado em Saúde Mental? Quais elementos instituintes e instituídos, molares e moleculares estão envolvidos na produção de Redes em Saúde Mental?
3. Para se construir rede é importante entender como diferentes sujeitos (usuários, trabalhadores e gestores) vão tecendo (ou não) tal rede. Tal conformação também estaria atrelada a um processo de transversalidade da gestão do cuidado.

Essas questões foram propulsoras para um caminho cartográfico rumo a Redes Vivas em Saúde Mental. Assim, nos *entre-meios* da cartografia buscou-se refletir sobre a produção da Rede de Atenção à Saúde Mental. E, na medida do possível, na inter-relação entre as diferentes pessoas que iam costurando esse caminhar comigo, também foi possível construir *pesquisa-interferência* em relação a essas Redes Vivas, construindo outros modos de produção do cuidado em saúde mental “com” as pessoas.

Nessa perspectiva, uma aproximação cartográfica foi a estrada para a produção ora apresentada. Nessa estrada as afecções levaram também a outras formas de expressão. Assim, ali e acolá, aparecerão algumas licenças poéticas – letras de músicas e cenas de filmes – ou outras expressões que ajudaram a produzir outras formas de conexão com o leitor/a, afinal, a própria produção apresentada também serve como dispositivo para gerar outros olhares em quem lê e também pode produzir redes vivas em ato de cuidado.

Mas não nos adiantemos, nesse início será interessante fazer um sobrevoo no território geral deste *livro-dispositivo*. Assim, se pensou cada capítulo como um platô, bem no estilo e intenção ético-estéticos da micropolítica.

Assim sendo, iniciamos com o *Capítulo 1*, que aborda o primeiro espanto diante das tais *redes vivas em saúde*. Um prelúdio que ganha contornos de “prelúdico”, neologismo que busca integrar o prelúdio ao universo lúdico. Aqui, entende-se que o lúdico ensina a criança, que não tem medo do desconhecido, pelo contrário, o desconhecido é instigante por empolgar os sentidos, a motricidade e assim vai forjando o pensamento. Assim, pensei que essa trajetória em busca das tais redes vivas poderia ter a leveza de minha forma de andar no mundo, uma forma brincante, que busca o riso do cômico e a leveza do andar nômade, do riso como uma saída potente para as amarguras do viver e do pesquisar.

O *Capítulo 2* aborda um estranhamento diante de um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS ad) simultaneamente referenciado na *Redução de Danos e Ambiente Livre do Fumo*. Na interlocução com um CAPSIII e uma Unidade Saúde da Família de um mesmo território, chegou-se a um encontro com uma usuária-guia– *Maria*.

No *Capítulo 3* está a vivência em equipe do dispositivo Consultório Na Rua, que levou ao processo de cuidado a um usuário – *Pedro*.

O *Capítulo 4* apresenta a construção de uma nova perspectiva para o olhar para Redes Vivas a partir da *imagem-dispositivo Bolha de Sabão*.

No *Capítulo final* são levantadas algumas provocações para instigar a produção de territórios de encontro entre diferentes pessoas. Já pensou se cada pessoa que acessasse essa produção fosse caminhar para produção de Redes Vivas?

A cada capítulo, como se caminhássemos passo a passo, busquei a delicadeza nas idas e vindas da construção cartográfica de uma pesquisa que foi a do meu doutorado, mas parte também de uma pesquisa nacional sobre o Cuidado nas Redes de Atenção à Saúde, coordenada por Emerson Merhy e financiada pelo Ministério da Saúde. Pesquisa essa que se fez por meio de uma Rede de Avaliação Compartilhada, a RAC, tecida em cada local de pesquisa de um modo. No Recife, fui /fomos tecendo uma singular teia-rede-bolha de sabão, que compartilho aqui com vocês.



## CAPÍTULO 1

### UM CONVITE AO TRAÇO DA CARTOGRAFIA

Recriando a partir do grande pensamento: “Se cheguei até aqui foi porque me apoiei no ombro dos gigantes” (Isaac Newton): Se cheguei até aqui foi porque me apoiei em ombros de gigantes, fiquei sem chão ao me desterritorializar dos pré-conceitos para cartografar uma ciência de estranhamento e criação.

Considerando Feuerwerker e Merhy (2011), é particularmente complexo acessar a produção do cuidado que acontece em ato; depois de efetivado o cuidado, o pesquisador consegue encontrar apenas seus “vestígios” nos corpos de trabalhadores, usuários e familiares, cada um em sua singular vivência do processo de assistência. A complexidade da produção do cuidado também se forja em função das diferentes perspectivas dos envolvidos nesse ato, do que cuida e do que é cuidado, com suas especificidades em seus lugares de autores do processo, e que também são atravessados em seus corpos pelas diversas instituições implicadas na efetivação desse ato. Os referidos autores dizem também que essa dimensão da produção do cuidado, por sua vez, e se expressa pobremente por meio do que está registrado em prontuários, onde geralmente estão aspectos mais técnicos do encontro; a maior parte dos vestígios estão impressos nos corpos envolvidos na produção do cuidado.

Após várias tentativas de arranjos de metodologia, dinâmica expressa no Diário de Campo, e considerando sua implicação com o objeto a ser estudado, optei por um estudo cartográfico, lançando mão de diferentes dispositivos para os encontros de produção do campo.

Em uma primeira perspectiva, Cartografia é um termo que tem suas origens na Geografia e corresponde ao registro das paisagens que se conformam segundo sua afetação pela natureza, pelo desenho no tempo como existência, pela vida que passa

naquela paisagem. Deleuze e Guattari (2000) apreendem o termo e o desterritorializam, afirmando que as paisagens sociais são cabíveis de serem cartografadas. Referem o termo mapa para descrever linhas, identidades, subjetivações da paisagem social tal como um mapa geográfico. Esses filósofos fazem um movimento de desorganizar para reorganizar o termo cartografia, tal como quem desterritorializa o chão de referenciais conceituais anteriores, abrindo espaço limítrofe entre o chão duro do instituído-conceitual e a água-mole do rio, tal como o mangue é limítrofe entre o chão e o rio, ao mesmo tempo em que é berçário do vir-a-ser.

A cartografia chega ao Brasil em 1989 como proposta metodológica oriunda dos estudos da filosofia da diferença, da pragmática universal e como um novo paradigma ético-estético. Suely Rolnik apresenta em seu livro “Cartografia Sentimental” (ROLNIK, 1989) um importante referencial que conceitua a cartografia como a possibilidade de dar língua à conformação do desejo no campo social (FEUERWERKER; MERHY, 2011).

Feuerwerker e Merhy (2011) ponderam que a cartografia desencadeia processos de desterritorialização, já que rompe com a separação sujeito-objeto, racional-sensível e reconhece o mundo em produção, sendo esse um terreno-território fértil que envolve a criação, a arte, a implicação do cartógrafo. Parece mais uma das reflexões do movimento mangue que expressa *“Posso sair daqui para me organizar Posso sair daqui para desorganizar (...). Da lama ao caos, do caos à lama Um homem roubado nunca se engana”* (CHICO SCIENCE; NAÇÃO ZUMBI, 1994), aludindo ao constante movimento de construção de novos referenciais a partir da desterritorialização daquele que se propõe refletir e criar em diferentes campos de conhecimento, estando incluído, mesmo que de forma diferente, o campo científico.

Nessa concepção a cartografia visibiliza processos mais que o estado das coisas e, por se debruçar sobre processos, é que se aponta para a potência dessa abordagem metodológica. Volta-se então para entender como o objeto de estudo acontece se manifesta e não se volta ao produto ou resultados finais do trabalho. Ferigato e Carvalho (2011, p 667) acrescentam ainda que

Isso [a cartografia] nos indica um procedimento de análise a partir do qual a realidade a ser estudada está em constante transformação e movimento, uma realidade composta por diferentes narrativas,

contextos e linhas de força a serem consideradas e sua complexidade e singularidade. A transformação da realidade aqui referida, também ocorre a partir do próprio observador e das referências da pesquisa no universo real, o que implica o pesquisador com um campo problemático na transformação de si, do objeto e de seu contexto, conferindo ao trabalho da pesquisa seu caráter intrínseco de intervenção, como já indicava Lourau (2004).

O uso da Cartografia como perspectiva metodológica para o campo científico vem sendo denominado “investigação cartográfica” (FERIGATO; CARVALHO, 2011). Importante destacar algumas referências como Merhy (2002), Rolnik (2006); Passos Kastrup e Escóssia (2009); Carvalho, Ferigato e Barros (2009), Feuerwerker e Merhy (2011), Ferigato; Carvalho (2011).

### No meio do caminho havia uma “Rede de Avaliação Compartilhada”

No final de 2013, a professora Laura Camargo Macruz Feuerwerker, orientadora do meu doutorado na Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP) e integrante da equipe de Pesquisa sobre a Produção do Cuidado nas Redes de Atenção à Saúde, como já mencionado, indicou a minha pessoa para articular-se ao grupo da Universidade Federal da Paraíba que efetivaria a Rede de Avaliação Compartilhada (RAC) em Paraíba/Pernambuco. Em Pernambuco/Recife seriam estudadas duas redes temáticas: Rede de Atenção à Psicossocial (RAPS) e sua relação com a Atenção Básica e Rede de Atenção em Urgência e Emergência (RUE). Era uma oportunidade única e potente pela participação em uma pesquisa nacional sobre redes, sendo uma das redes – saúde mental – objeto de estudo da tese, agora livro ora apresentado.

Importante situar que no cenário das Redes de Atenção à Saúde como estratégico para o SUS foi um processo que teve alguns marcos normativos, afinal as políticas não nascem da noite para o dia. Também é importante situar essas normativas tendo em vista o cenário de desestruturação de importantes políticas de saúde na atualidade.

No campo da saúde mental, destaca-se a Portaria n. 3.088, de 23 de dezembro de 2011 (BRASIL, 2011a), que institui e Rede de Atenção Psicossocial

com a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes de uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS.

Já a Portaria 3.089 de 23 de dezembro de 2011, republicada em 30 de dezembro de 2012, instituiu o recurso financeiro fixo para os CAPS credenciados pelo Ministério da Saúde, destinado ao custeio das ações de atenção psicossocial realizadas (2011b).

No que se refere a normativas referentes aos Consultórios na Rua, destaca-se o Decreto Presidencial nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009, que instituiu a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências (BRASIL, 2009).

Articulada a essa normativa, há a Portaria nº 122, de 25 de janeiro de 2011, que define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua (Brasil, 2012a). E a Portaria nº 123, de 25 de janeiro de 2012, que define os critérios de cálculo do número máximo de equipes de Consultório na Rua por Município (BRASIL, 2012b).

Para compreender o processo histórico de construção da Rede de Saúde Mental, há publicação sobre a Legislação em Saúde Mental, de 1999 a 2004) (BRASIL, 2004a) e que aborda como é o serviço dos Centros de Atenção Psicossocial no início dos anos 2000 (BRASIL, 2004b).

Mas voltando ao contexto da Pesquisa sobre Redes de Saúde, em 2014, foram realizadas pelo grupo local diferentes leituras sobre conceitos centrais para estudo de avaliação de rede; elementos que ajudassem a compreender essa nova perspectiva epistemológica, considerando a dimensão micropolítica do processo do cuidado em saúde. Foi também iniciado um contato com a Secretaria de Saúde de Recife para contextualizar a pesquisa e os processos de autorização para pesquisa científica nos serviços de saúde do município. Contudo, o processo retardou-se em virtude de um momento histórico conturbado, consequente à morte do então Governador Licenciado de Pernambuco e candidato às eleições presidenciais.

No início de 2015 as conversas foram retomadas e o diálogo com a Secretaria Executiva de Gestão do Trabalho e Educação e Saúde da Secretaria de Saúde de Recife (SEGTES/SESAU) foi produtivo. Uma contrapartida oferecida

foi o diálogo com os Programas de Residência em Saúde desenvolvidos pela Secretaria de Saúde de Recife.

Por outro lado, também houve apresentação para Coordenação de Saúde Mental do Município. Assim, após aprovação também junto a SEGTES/SESAU-Recife, a coordenadora indicou dois Distritos Sanitários com uma rede em saúde mental composta por diferentes serviços de saúde mental.

Em seguida, a pesquisa foi apresentada para a referência de saúde mental nesses Distritos Sanitários, que, por sua vez, pactuou um momento com os/as gestoras dos CAPS (gestora clínica e geral) potencialmente participantes. Repetiu-se o processo com as gerências e os trabalhadores nas reuniões de equipe.

Foram marcados momentos (dois no máximo) para a escolha de potenciais usuários-guia que as equipes identificassem como desafiadores da Rede em Saúde Mental, por exigirem que diferentes serviços e dispositivos de rede se articulassem para proporcionar o cuidado em saúde.

Em um distrito, conversou-se com um CAPS III e um CAPS ad; em outro Distrito se conversou com um CAPS III, segundo indicação da coordenadora de Atenção em Saúde Mental. Mas com o decorrer desse processo, um dos CAPS acabou não prosseguindo, uma vez que não havia pesquisadores locais que quisessem participar do processo (trabalhadores, residentes, gestores etc.). Esse detalhe é um dos diferenciais na aposta de estudo de rede em Recife, enquanto estratégia RAC.

No decorrer do segundo semestre de 2015 várias reuniões ocorreram com diferentes programas de residência. Também se convidou gestora do Consultório Na Rua, ligado à Atenção Básica da SESAU, que colaborou intensamente com a pesquisa e pactuou que um dos trabalhadores do Consultório Na Rua de Recife participasse enquanto participante do estudo.

No caminhar houve cotidianamente a disputa entre um olhar retina petrificado pelo olho estruturado e o olhar vibrátil das transversalidades dos vários afetos das tantas pessoas que são implicadas pelo cuidado integral e com pessoas vivendo transtornos mentais. Também várias vezes o olhar estruturalista da formação do pensamento linear cartesiano esbarrava no olhar criativo de quem já não aguenta “um pouco mais do mesmo” e quer deixar uma marca, mais ainda quer deixar seu corpo em favor de uma luta para construção de formas de cuidado integral.

Todo esse processo de ir e vir, de dialogar com diversas pessoas, em diversos lugares, e buscar conexões com outras formas de linguagens na produção do campo não implica menos rigor. Revisitar os questionamentos e afinar os *conceitos-ferramentas* é um exercício inicial prudente e estratégico para qualificar a postura do pesquisador rumo à produção do conhecimento. Tal como um músico que sempre afina seu instrumento para ensaiar e ensaiar, para depois se apresentar, também busquei uma construção singular perante o objeto estudado.

Assim sendo, o meu retorno a minha terra natal foi também um estratégico deslocamento para forjar outros olhares para Redes de Saúde porque foi lá onde comecei a minha trajetória enquanto ser implicado com o cenário da saúde pública e saúde mental. Iniciar essa reflexão com um frevo, música típica de Pernambuco, abriu caminho para um afeto pelas artes de um povo. Deixar a emoção compor meu olhar diante do lugar que vale a pena estar é lembrar e viver o carnaval que arrasta multidões aos sons dos clarins do raiar dos dias de carnaval, das cores, sons, suor coletivo pulsando, frevo...ferver...ebulição de gentes pulsando nas ruas de um lugar. Esse arrastão de gente pelas ruas e ladeiras, imprevisível, mesmo que a cada ano esperado, trouxe a potência das multidões que trazem vida. Vale a pena demais estudar Redes Vivas em Recife/PE, meu primeiro chão nesse mundo.

Retornei com afeto pelo lugar e voltei pelas pessoas, mas retornei com outras apostas: construir uma caixa de ferramentas já tendo me enriquecido com conceitos (que poderiam vir a se tornar conceitos-ferramentas), potenciais artefatos-conceituais que ajudassem a construir uma tese inovadora. Quem sabe forjaria conceitos *arte-fatos*<sup>1</sup> para construção de Redes Vivas?

Mas ao retornar, estranhei a cidade “da lama ao caos”<sup>2</sup>. A cidade estava cada vez mais vertical por tantos *arranha-céus*<sup>3</sup> e por tanta desigualdade social que fragmentam e distanciam mundos. Recife estava ainda mais lenta também na mobilidade, que a eleva ao posto da cidade com mais engarrafamentos no Brasil.

1 Arte-fatos foi um neologismo construído no VER-SUS Brasil, quando se buscou abordar as tecnologias duras, leve-duras e leves como operadoras do cotidiano de vivência dos estudantes que participavam do Estágio de Vivência no SUS. Assim se apostava que a caixa de ferramentas estava relacionada a uma mochila para se colocar nas costas, e assim seria possível as mãos livres para outros toques, apertos de mãos, abraços e outros encontros entre as pessoas. Arte-fatos era também a busca de formas de expressão do que se vivenciava, outras linguagens permeadas de arte (BRASIL, 2013).

2 Chico Science & Nação Zumbi. Música: Rios, pontes e overdrives. Álbum: Da Lama ao Caos. 1994. Gravadora: Chaos.

3 Destaca-se o Movimento “Ocupa Estelita”, em que várias pessoas passaram a ocupar um terreno próximo ao Recife Antigo, zona portuária do Recife, que é alvo da exploração imobiliária, que busca a verticalização da cidade através da construção de grandes empreendimentos imobiliários (Lyra, 2015).

Recife. Por que esse nome? No dicionário, *recife* é substantivo masculino que significa rochedo ou série de rochedos à flor da água, que fica próximo às costas. Existem os recifes de corais, composição de seres vivos pequeninos, que é responsável por grande e importante ecossistema marinho. E quem for para Recife, capital do estado de Pernambuco/Brasil, vai perceber que esse nome tem tudo a ver com o território que lhe é característico.

Mas não só a água do mar compõe o quadro da cidade. Recife é entranhado de rios e mangues. Ah, os mangues! Na Biologia o termo *Ecótone* é denominação de uma zona de transição entre dois ecossistemas. E o mangue é um ecótone, um ecossistema costeiro de transição entre ambientes terrestre e marinho, uma zona úmida característica de regiões tropicais e subtropicais. Recife é então um lugar movediço caracterizado pelo mangue e é também espaço de transição, elementos muito bem figurados na canção “rios, pontes e *overdrives*, impressionantes esculturas de lama” música emblemática do *Movimento Manguê Beat*<sup>4</sup>. Esse movimento também retrata a cidade que vai “da lama ao caos” em que “o de cima sobe e o de baixo desce”. Mas o caos não é um fenômeno negativo em si. Caos também é uma imagem emblemática por desalojar o instituído. O desorganizar instituinte talvez traga a potência para algo novo.

Em Recife, para se transitar na cidade temos as pontes, que levam as pessoas para diferentes territórios. As pontes são estruturas do “entre”, que unem diferentes territórios-ilhas. “E como é que faz para sair da ilha? Pela ponte. Pela Ponte. A ponte não é para ir ou para voltar. A ponte é somente atravessar. Caminhar nas águas desse momento” (LENINE, 1997)<sup>5</sup>.

Transitar é movimentar, é deslocar de um lado para outro e é em busca desse deslocamento de diferentes lugares, considerados em sua diferença, mas potente em seu ir-e-vir, movimento que busca focar, por possibilitar a construção de redes vivas.

Os estranhamentos e reflexões aqui apresentados buscaram a construção de conhecimento a partir de diferentes perspectivas. Há a perspectiva da pesquisadora, cujas implicações estão apresentadas aqui nesse texto, mas que

4 Movimento Manguê Beat. Movimento musical e cultural de Recife/PE do início da década de 1990, sendo resultado de uma série de eventos que começaram ainda no final da década de 1970 e início da década de 1980, com o relaxamento da censura no Brasil por parte do Governo Militar. Chico Science foi seu maior idealizador. Há manifesto de expressão do movimento. Disponível em: [http://basilio.fundaj.gov.br/pesquisaescolar/index.php?option=com\\_content&view=article&id=987%3Amanguêbeat&catid=48%3Aletra-m&Itemid=1](http://basilio.fundaj.gov.br/pesquisaescolar/index.php?option=com_content&view=article&id=987%3Amanguêbeat&catid=48%3Aletra-m&Itemid=1).

5 LENINE. Música: A ponte. Álbum: O dia em que faremos contato. 1997. Disponível em: <http://www.lenine.com.br/cds-e-dvds/>

também se buscou construir território de transversalizar no encontro com o campo. Tal processo buscou potencializar territórios de entrecruzar implicações de várias pessoas que vivem Recife, de recifes, mangues e pontes.

Trazendo essas reflexões foi se forjando um outro olhar para Redes de Saúde a partir da *Cartografia* enquanto estado-ação para aguçar o ver, sentir e agir, elementos provocadores e intrínsecos ao pensar. Quando se evocam várias linguagens (quadros, músicas, poesias, cordéis e outros) para compor o argumento dessa tese, é justamente para se articular de modo significativo e singular com conceitos-ferramentas que atravessam o estranhamento diante de Redes de Saúde Mental pelo olhar das Redes Vivas.

Diante de Redes Vivas e Recife, emerge a imagem da trama de corais que formam territórios vivos, sem pretensão de ser terreno sólido e duro, mas território-vivo de seres vivos articulados por uma trama em multidão de seres inter-relacionados. Redes Vivas são como os corais de recifes. Rizomas de corais. Recife. Recentemente descobri que a maior estrutura visível do espaço sideral é uma região de corais<sup>6</sup> (!). Corais são estruturas vivas e se forjam sem planejamento, de tal maneira que até podem ser vistos do espaço sideral. Como algo tão frágil pode ser ao mesmo tempo grandioso e se tornar referência para a produção de um ecossistema tão monumental?

E nesse processo da construção do conceito de Redes Vivas, forjado na Rede de Avaliação Compartilhada, foi crucial para a desestabilização de um olhar estático (olho retina – olho de vidro). Lendo e relendo os autores de “Mil Platôs”, que pareciam tão estranhos no processo de construção do pensamento, algumas vezes não entendia (e outras continuo a não entender, continuo a estranhar essa forma não ortodoxa de refletir/produzir mundo), mas outras vezes a releitura trazia uma reviravolta na reflexão. Essa forma de fazer digressões, que interligam diferentes formas de produção de conhecimento, tangenciando e provocando afecções, impulsionaram o movimento do entrecruzar de diferentes formas de construção de conhecimento misturado a diferentes formas de pensar-sentir a tessitura do texto. Do exercício da Tese, do “Tesear”, chegou-se ao Mito de Teseu. Assim como ele, eu estava em frente a um labirinto ou um desterritorializar pelo caminhar.

<sup>6</sup> Discovery Science. A grande Barreira de Corais. Aborda a grande barreira de corais, a maior estrutura do mundo. Uma verdadeira orquestra de viventes que pode também ser uma analogia para a imagem do rizoma.

## Teseu no Labirinto rumo a Redes Vivas

Na mitologia grega, Ariadne ou Ariadna era a filha dos reis de Creta e se apaixonou por Teseu, herói mandado pelos reis de Creta para vencer o Minotauro que vivia no Labirinto. O tal Labirinto foi construído por Dédalo (um arquiteto e inventor dessa mitologia) de tal forma que os aventureiros nunca conseguissem sair daquele espaço e terminassem devorados pelo Minotauro, metade homem, metade touro, que habitava aquele espaço.

Teseu decidiu enfrentar o monstro, mas foi primeiro ao Oráculo de Delfos para conferir suas possibilidades. O Oráculo disse que ele deveria ser ajudado pelo amor para vencer o Minotauro. Assim, Teseu foi em busca de Ariadne, filha dos reis de Creta. A nobre disse a Teseu que ajudaria se este a levasse a Atenas para com ele se casar. Teseu reconheceu aí a única chance de vitória e aceitou. Ariadne, então, deu-lhe uma espada e um novelo de linha, chamado Fio de Ariadne, para que ele pudesse marcar seus passos e assim achar o caminho de volta.

Teseu então foi para o Labirinto, conseguiu matar o Minotauro com sua espada e, graças ao fio de Ariadne, escapou. Saiu vitorioso e voltou para sua terra com Ariadne, embora o amor dele para com ela não fosse o mesmo que o dela por ele.

Por mais aberta que seja a proposta de se lançar numa cartografia, sempre é bom ter um fio da meada para se voltar ao início do que inspira e dar fôlego nesse trajeto. O ato de escrever o Diário de Campo potencializou essa tarefa.

Mesmo em um movimento rumo ao objeto estudado, redes em saúde mental, caminhar a partir da cartografia é apostar na abertura ao acontecimento. Também é se deixar atravessar pelas afecções e tentar que o corpo seja território de acontecimentos.

Não existe um Oráculo com respostas, mas se apostou no território de encontros para construir /produzir visibilidades e “dizibilidades”. Apostou-se num movimento em que a pesquisadora diante de seu campo, no território de encontros e afetos, fosse afetada em um movimento que parte da impressão, pressão, imprecisão, atravessamento de olhares. Imprecisão como um movimento de afrouxar do fio condutor para a composição e o atravessamento de múltiplos olhares para os diferentes vetores de forças que atravessam as redes de saúde.

Na cartografia transformamos a realidade para conhecê-la e não o inverso, ou seja, é no território do cuidado que se gera conhecimento do interesse

(inter-esse)<sup>7</sup>. O movimento para dissolução do ponto de vista do observador desnaturaliza a realidade do objeto, permitindo ao pesquisador abrir-se para as diferentes experimentações dentro de uma mesma experiência, sem eleger os que parecem ser verdadeiros em detrimento de outros que parecem falsos.

O *inter-esse* é um território de produção de conhecimento por composição de entre-olhares. Mas diferentemente de Passos e Eirado (2010), a RAC sai da perspectiva da intervenção da cartografia e aposta na interferência que ela provoca nos pesquisadores, trabalhadores e usuários. Assim, o encontro provoca atravessamentos, transversalidade, que deslocam os diversos participantes todos em cena, não há mais separação entre pesquisador e objeto.

No encontro com o campo, na construção do Coletivo Nômade de Pesquisadores RAC-Recife foi se vivendo a potência da Educação Permanente como agenciadora de Redes Vivas.

<sup>7</sup> PASSOS, E. Cartografia como dissolução do ponto de vista do observador. In: PASSOS, E. et al. Pistas do método da cartografia. Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade. Porto Alegre: Sulina, p. 109-130, 2010.



## CAPÍTULO 2

### CAPS LIVRE DO FUMO E ENCONTRO COM MARIA

No diálogo com gestores foram indicados para a pesquisa dois Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) de determinado Distrito Sanitário do município - um CAPSad e um CAPSIII; alguns pesquisadores locais da RAC atuavam naqueles territórios

Nesses espaços se chegou a levantar dois potenciais usuários-guia, sem, contudo, haver consenso. Mas nessas reuniões gestores e trabalhadores expressavam a necessidade de se entender “redes em saúde mental”. Havia curiosidade em torno das proposições de “usuário-guia”, “redes vivas” e “pesquisa interferência”. Era como se a abertura a essas interrogações pudesse ajudá-los a dar andamento a determinado tratamento a um usuário a que eles não conseguem dar respostas. Em cada um desses lugares, algumas particularidades saltaram aos olhos de quem se interroga sobre Redes Vivas.

No CAPSad houve indicação de uma usuária que fazia uso de diversos equipamentos de saúde mental: era usuária do CAPSad, estava mais vinculada à Unidade de Acolhimento. Estava também enfrentando um processo judicial referente à guarda de seu filho recém-nascido, internado em uma instituição de abrigo temporário. Morava com um companheiro que participava de algumas ações no CAPSad, outras vezes se mostrava não colaborativo. O bebê da usuária, ao que se indicava, não era filho dele.

Buscou-se seguir o caminho dessa usuária, entretanto foram inúmeras as dificuldades, tais como mudança de equipe, impondo necessidade de novas negociações, intercorrências como paralisações; interrupção do transporte, o que dificultou o acesso ao centro de Acolhida.

A vivência no CAPSad nos possibilitou aproximações com a dinâmica do trabalho nesse serviço. Muita tensão e dificuldades. Cotidiano era marcado pela rotatividade de técnicos e pelo adoecimento de vários trabalhadores.

Outro elemento que saltava aos olhos era o reconhecimento de que a maior parte dos usuários era do gênero masculino. Essa característica foi levantada em

diálogo com a gerência e profissionais da equipe. Por que as mulheres não estavam ali? Interessante foi que o potencial “usuário-guia” era uma mulher

Um dos espaços de “potência de vida” construídos nesse serviço era a oficina de música, coordenada por um educador que trabalha nesse e em outros CAPSad do município. Proporcionava uma mistura das pessoas para produzir ritmos. Participamos com alegria desse espaço junto com educador e usuários. As dificuldades motoras ou de outra ordem ficavam diluídas naquele momento da produção da arte. Lugar-encontro em que se podia falar do ritmo, de que há um instrumento que se molda à necessidade de cada um. Que são instrumentos diferentes para atender às peculiaridades de cada um, mas que ao final todos podem se harmonizar para produzir música. E assim os usuários iam ensaiando e ficavam entusiasmados com a perspectiva de se apresentar em um evento da Secretaria de Saúde.

Também foi importante identificar que existia um grupo de profissionais especializados em trabalhar com população de rua que faz uso de álcool, crack e outras drogas, cujo trabalho foi possível acompanhar, com ênfase na estratégia de redução de danos. Mas, ao mesmo tempo, também se trabalhava nesse serviço com um ambiente “livre do fumo”, com ações disciplinadoras em relação a usuários. Assim, certa vez um usuário foi chamado atenção por um profissional, de forma “disciplinar”, porque estava fumando cigarro na área do CAPS próxima ao atendimento. Mesmo que ele estivesse na parte da frente e externa, a fumaça chegava nessa antessala de atendimento. Dizer de forma intempestiva - “Este é um ambiente livre do fumo” talvez não ajude muito em quem está “na fissura” pelo não uso de determinada substância psicoativa. Assim, em um mesmo serviço de cuidado em saúde mental CAPSad há forças micropolíticas de captura disciplinar e molar ao lado de produção molecular de potência, sobretudo quando a arte se faz enquanto território de encontro e transversalidade entre diferentes formas de subjetivações.

Outro elemento que saltou ao “olho vibrátil” da cartógrafa foi a dificuldade em se construir *Projetos Terapêuticos Singulares* para usuários que apresentavam simultaneamente outros transtornos mentais e problemas relacionados a abuso de substâncias psicoativas. Esses usuários pareciam satélites ou “objetos voadores não identificados”, que ora orbitavam no CAPSad e seus dispositivos (Unidade de Acolhimento, Leitos Integrais em Hospitais Gerais para Desintoxicação, Casas de

Abrigamento etc.) e outras vezes estavam no CAPS “Transtorno”. Muitas vezes se observava fragmentação do cuidado; centralidade na desintoxicação; baixa escuta em relação aos projetos que os usuários têm para suas próprias vidas.

No *CAPSIII* a construção do campo também ocorreu no mesmo período. Houve duas reuniões com gestores e técnicos; uma para apresentação do estudo e convite, depois para eleger o potencial usuário-guia. Esse era um senhor que estava há mais de seis meses no CAPS. Identificavam que o CAPS havia esgotado suas ofertas, a ponto de todos serem unânimes em dizer que ele já poderia ter tido alta, mas que não conseguem articular a rede de saúde para que ele viesse a conviver no cotidiano como preconiza a política de saúde mental. Pontuaram que a rede de saúde mental é colocada em questão porque não é o CAPS, em si, que vai construir espaços para que o usuário esteja na convivência na comunidade, mas deve haver articulação com outros serviços de saúde como Unidade de Saúde da Família (USF) e até mesmo outros dispositivos da Assistência Social - para que possam juntos construir um espaço desse usuário com a comunidade.

Explicaram que o usuário teve expressiva melhora no CAPS. Chegou em condições de extremo de sofrimento a ponto de não interagir com usuários e técnicos. Não falava, “grunhia” sons incompreensíveis. Morava com sua mãe, um padrasto e uma irmã em uma casa com condições insalubres, pela grande quantidade de lixo. Os profissionais disseram que sua irmã falecera por uma doença infectocontagiosa - ou tuberculose ou raiva. Também se caracterizava por ambiente de extrema vulnerabilidade pela violência, tanto que a mãe e o padrasto temiam que se ele voltasse para a casa acabasse anunciando os locais de venda de drogas no território.

Usuário chegara até o serviço por meio da Unidade de Saúde da Família do Distrito Sanitário, que acionaram o CAPS. Haviam feito visita conjunta entre CAPS e Equipe de Saúde da Família. Em ação conjunta com a Companhia de Limpeza, chegou-se a promover a limpeza dessa casa onde o usuário morava. Depois o usuário foi acolhido no CAPS, obteve melhora em seu quadro, entretanto a equipe não conseguia dar prosseguimento à alta do CAPS. Explicaram haver mais de um técnico de para esse usuário: uma enfermeira, que cuida da parte clínica, pois o usuário chegou ao CAPS também com tuberculose, curada com tratamento supervisionado; a gerente clínica também busca articular a volta desse usuário na rede, buscando acionar a USF e outros serviços; a gerente administrativa buscou

outros abrigos para que o usuário ficasse, mas sem êxito porque estavam lotados e tentava articular Residência Terapêutica, mas sem êxito porque o usuário não era egresso de hospital psiquiátrico.

Além dos espaços na reunião de equipe, houve conversa sobre esse usuário em outros espaços no CAPS: Grupo de Terapia Ocupacional; conversas com trabalhadores em seus cotidianos (sala dos técnicos, farmácia, sala da gerência); acesso a relatório técnico sobre caso. Contudo, mesmo com essas interlocuções, quando houve uma apresentação da pesquisadora ao usuário, dizendo que eu era psicóloga, estava conhecendo o trabalho no CAPS e queria conhecer um pouco alguns usuários e um deles era ele, o potencial “usuário-guia”, este foi direto e contundente: *“Eu não quero falar nem hoje, nem amanhã, nem nunca”*. Isso foi para mim insuportável. Não mais consegui sustentar a presença nesse serviço.

### **Maria: Des-caminhos, afecções e Redes Vivas**

E mesmo sem te ver  
Acho até que estou indo bem  
Só apareço, por assim dizer  
Quando convém aparecer (...)  
Quero que saibas que me lembro  
Queria até que pudesses me ver  
És, parte ainda do que me faz forte  
E, pra ser honesto  
Só um pouquinho infeliz(...)  
E é de ti que não me esquecerei  
(Giz - Legião Urbana)

A construção do caminho até a usuária-guia foi marcada por muita intensidade de encontros e reencontros entre muitos, inclusive envolvendo um CAPS que não estava entre os indicados pela gestão.

O serviço foi escolhido em virtude de ser campo de prática de uma profissional residente do Programa de Residência em Psiquiatria da SESAU. Esse programa tem a especificidade de que o profissional residente permanece por um ano dividindo suas ações entre o CAPS e hospitais gerais com leitos em psiquiatria.

A partir dessa primeira decisão, seguimos com o caminho estabelecido pela SEGTES/SESAU; primeiro contato foi com a profissional de referência do Distrito Sanitário onde está o CAPS. Essa contextualizou brevemente a rede naquele território. Falou dos serviços de saúde mental e pontuou que o serviço em que se pretendia realizar o estudo era acolhedor a propostas de estudos. Em seguida, uma conversa com gestoras do CAPS, gerente geral e gerente clínica para explicar o que era esse processo, se poderia ser realizado o estudo lá e em que condições.

Eu já havia passado por esse CAPS em minha formação. Trata-se de um serviço com história de acolher vários profissionais em formação. Será que as pessoas que conhecera continuavam lá? Como estava o serviço? E será que os usuários que conheci estavam por lá também?

Primeiramente eu me perdi no caminho. Estava indo em direção ao antigo endereço em que o CAPS funcionava, talvez como um movimento em que o passado provoca certo tumulto no nosso agir do momento. Ao ligar para a gerente ela me reorientou quanto à localização atual do serviço.

Chegando lá falei com a segurança e ela foi me levando até a gestora do lugar. Havia algumas pessoas sentadas na recepção e outras conversando nos demais setores da casa: sofás, mesa, televisão. No primeiro andar havia outras salas e fui levada até o setor da gerência. Achei o espaço bem organizado à primeira vista.

Nessa sala, rostos familiares. A gerente e a gerente clínica estavam numa reunião interna. Apresentei-me rapidamente e pedi desculpas pelo pequeno atraso pela dificuldade em me localizar. Falei que reconheci ambas pois havia sido estagiária de lá há alguns anos. Foi então que a gerente falou que se lembrava de mim, que eu havia participado ativamente de uma festa importante que houve lá. Pensei “como é bom ser lembrada por momentos tão especiais”.

Contextualizei a RAC. Falei também do meu doutorado. Essa primeira parte é importante porque situa todos os envolvidos na produção das linhas gerais do estudo, da importância do envolvimento das pessoas na construção dos próximos passos a serem dados.

Senti-me muito acolhida, mesmo com várias perguntas sobre o estudo “diferente” daqueles “tradicionais”. Destaquei que o caminho fazemos no próprio caminhar, ao interagir com as pessoas. Apontei para o usuário-guia, que será escolhido por eles. Argumentos e critérios usados na escolha, lembranças

recolhidas sobre usuários do serviço, já seriam elementos que apontam para o modo como a assistência vem ocorrendo.

Acordamos então a apresentação desse acompanhamento em linhas gerais. E em outra reunião faríamos o debate sobre um usuário. Eu tentaria conversar com diversas pessoas que participaram do processo de cuidado em rede do usuário e também conversaria com esse usuário. Eram muito importantes as perspectivas dos que participaram do cuidado para visibilizar redes.

Nesses estudos de rede, venho (re)conhecendo as marcas do tempo-espaço que vão se desenhando em mim, no meu corpo em um movimento de conhecer-desconhecer um caminho ao caminhar. Como é bom se reconhecer nessa rede viva, por meio de bons encontros de outras épocas. Mesmo com o entra e sai de pessoas, alguns reencontros com produção de efeitos potentes para a vida. Por conta desse bom encontro com essas gestoras, senti um clima de receptividade. Eu não era tão estranha assim. Lá estava eu me reencontrando com o passado-presente-futuro de pessoas que há tempos estão atuando em serviços de saúde mental como o CAPS.

No dia marcado, cheguei na hora agendada. Mas a equipe continuava em reunião a portas fechadas. Fiquei esperando na antessala. Depois se seguiu o lanche, já fui reconhecendo outros rostos familiares. Falei com algumas dessas pessoas. Alguns me reconheceram. Fiquei feliz. Depois eles voltaram para a reunião e a gerente explicou que eu iria me apresentar e falar de meus propósitos. Contei brevemente quem eu era, meus objetivos. Falei da Residente em Psiquiatria que já acompanha o grupo da RAC Recife. Ela também estava presente nesse momento. As pessoas, no geral, mostraram-se receptivas, alguns conversavam em paralelo ou acessavam o celular, mas uma grande maioria falou que era importante estudos sobre redes em saúde mental.

Quando expliquei sobre usuário-guia eles perguntaram se poderiam conversar entre eles antes, para pensarem no usuário. Eu disse que esse processo de escolha é construído no caminhar e se eles costumavam fabricar momentos de grupo, esse tipo de produção coletiva poderia ocorrer nesses espaços, por mim tudo bem. Essa forma de processar o trabalho também é matéria para o estudo.

No dia agendado, em um momento dentro da reunião de equipe, ocorreu o debate sobre o possível usuário-guia. Haviam pensado em alguns nomes. Houve

um certo alvoroço com a decisão final, mas depois todos consideraram que seria uma usuária muito emblemática para o serviço.

Geralmente peço permissão para o grupo para gravar esse momento de escolha do usuário para depois escutar novamente os diálogos. Mas nesse momento a profissional que era técnica de referência dessa usuária pediu para não ser gravado, pois era um caso em que havia uma séria situação de vulnerabilidade. A usuária estava sob ameaça de morte na comunidade onde residia. Diante disso, a usuária será denominada por um pseudônimo e a seguir haverá um relato que preserva o anonimato das pessoas envolvidas. Vamos chamar a usuária de Maria.

A técnica então fez um breve e intenso resumo do caso. A usuária foi foco de intenso estudo na unidade. Várias reuniões de supervisão clínica abordaram os elementos clínicos que atravessam seu cuidado, que mobiliza demais o grupo por sua reatividade. Maria só fazia o que ela queria. Ela “causava” na unidade, extrapolando limites de acordos estabelecidos. Era “inadequada” em várias formas de lidar com o outro na unidade.

A técnica estava com o prontuário na mão e explicou que, se precisasse recordar na hora, teria como acessar alguma informação. Mas não recorreu a esse prontuário. Falou sem hesitar sobre vários aspectos desse caso.

Falou que esse era um “caso de sucesso” por ter sido muito bem investido pela equipe, tanto na atuação articulada entre eles e a equipe de saúde da família, como na intensidade, pois havia sido objeto de debate em diversas reuniões de supervisão clínica.

Era uma mulher de quarenta e poucos anos. Com três processos de tratamento no CAPS. Teve quatro filhos. Dois deles foram assassinados. Perdeu um filho para a adoção, sendo que essa última situação foi bem acompanhada pelo CAPS em parceria com Equipe de Saúde da Família que dela cuidava. Recentemente seu marido falecera por infarto fulminante. E o filho mais velho, que aparentemente nada tinha a ver com o mundo do crime, acabou assassinando um familiar do assassino de seus irmãos. Estava então foragido. Os trabalhadores temiam por sua segurança também.

No momento dessa reunião, a usuária estava para receber alta do hospital geral, após uma internação em leito de atenção à crise. Muito embora várias pessoas reconhecessem que a internação não ocorrera por questões psiquiátricas,

mas por uma questão de segurança, não queriam que ela voltasse à comunidade onde morava, pois corria risco de vida. Nesse ponto a profissional residente, que também atuava no hospital, explicou que a usuária não estava em uma situação de crise psiquiátrica, estava até organizada para quem enfrentara situações de perdas tão avassaladoras em sua vida.

A técnica explicou que a usuária estava para ter alta em breve e não sabia se o CAPS poderia ajudá-la já que Maria não tinha uma demanda para o CAPS. Ela concordava que a usuária estava até organizada. Ela mesma teria enlouquecido se tivesse vivido perdas tão cruéis. Mas não sabia o que fazer. Acreditava que esse caso poderia ser estudado como caso de usuário-guia porque só mesmo a rede para ajudar uma pessoa na situação dela. Não sabia nem se apenas a rede de saúde daria conta, pois considerava que também deveriam atuar outros serviços - da área social e da justiça.

Iria articular algum abrigo para a usuária até resolverem sua situação. Quem da família restou para ajudar? Falou que Maria tem familiares que moram próximos a sua comunidade, mas não estão tão disponíveis para recebê-la, pela situação de vulnerabilidade e porque Maria, desde que saiu da casa dos pais, adota uma rotina muito de ir-e- vir nas ruas. Ela anda demais no bairro e a família, por outro lado, tinha uma rotina de pessoas muito caseiras, até pela religião dos familiares, que são evangélicos. No final a técnica disse que não sabe o que pode ser feito nesse estudo para ajudar a usuária. Mas esse é o caso mais difícil que conhece, sob muitos pontos de vista.

Falei que não existe uma resposta certa sobre estudo de rede. Eu vou tentar seguir, juntando pontos de vistas diversos para tentar produzir reflexões e apostar em interferências para redes vivas. O que é possível ser construído para que Maria prossiga na vida mesmo diante de tantas mortes violentas? Será mesmo que a situação dela é tão difícil que convoque uma ação conjunta de vários dispositivos de diversas redes para além das redes de saúde? São questões que aos poucos vou tentando responder junto com eles e outros profissionais de saúde.

Foram então agendados outros momentos de conversa com diversos profissionais do CAPS e da Unidade de Saúde da Família que participaram do cuidado a Maria. Para não comprometer a identificação das pessoas vou apresentar um texto integrando os vários pontos de vistas dos diferentes profissionais, como

fiz no capítulo anterior, narrado em terceira pessoa do plural. Importante salientar que diferentemente do processo com Consultório NA Rua e Consultório DE Rua, em que houve mistura ativa de participantes, optou-se por partir de um relato inicial compartilhado em reunião de equipe, somando-o a relatos dos diferentes pontos de vistas acessados nessas conversas rumo à usuária-guia.

Importante situar que várias vezes os profissionais falaram do prontuário como um instrumento a mais para qualificar o olhar em relação à Maria. Mas eu resisti, queria ouvir, ver, sentir Maria transbordando nesse encontro que nem sabia se iria acontecer. Como um pacto levado à risca, não fiz nenhuma gravação em áudio.

Havia a preocupação se a aposta rumo a essa usuária iria acontecer, já que ela se encontrava numa situação tão delicada de segurança. Eu não sabia, tanto quanto eles, onde esse processo ia levar, mas fui adiante. E a cada conversa ia me encantando por Maria, tentando interferir de algum modo para explorar essa tal rede viva, catando entre um olhar e outro algum resto de vida. Falava com um e outro, depois de muito andar, encontrei Maria por duas vezes. Diferentemente de Pedro, uma “pedra” ou “planta” (de quem vamos falar adiante), Maria era aparece-esconde quando ela queria. Todos os profissionais disseram isso de Maria. E de tanto eu ir atrás, vencendo meus próprios medos, de fantasia e de potenciais violências, eu fiquei a ponto para ser vista por tanto querer ver Maria. Nos encontramos e tudo valeu a pena, porque Maria inspira e eu mudei depois que me encontrei com ela, que já me atravessava e me fazia seguir em frente.

Como se falou, Maria é uma mulher com uns quarenta e poucos anos. Casou jovem. Teve cinco filhos homens. Sua primeira crise foi quando teve seu terceiro filho. O quarto filho temporão nasceu quando ela já tinha uns 40 anos.

A primeira vez que chegou ao CAPS foi em 2009, tendo sido encaminhada pelo hospital psiquiátrico ligado à Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco. Tentou-se construir um projeto terapêutico para ela, mas não conseguiram que a proposta fizesse sentido para Maria (nas palavras deles, ela não aderiu). Possivelmente a crise estava associada à vida conjugal em função de suposta traição do marido.

Supostamente Maria não suportava essa situação e acabava surtando, quebrando tudo na casa, tirando a roupa no meio da rua. O esposo dela trabalhava com carga e descarga. Esse relacionamento também não era bem visto pela família de Maria, desde o início. Mas Maria também não era de estar na vida da Igreja,

gostava de circular pelo bairro e gostava muito de cuidar da casa.

Fala-se muito de sua disposição em manter a casa arrumada. Mesmo em seus momentos de alteração, sempre gostava de se dedicar à arrumação de sua casa, que foi construída por ela e pelo marido.

Nesse primeiro momento de tratamento de Maria no CAPS, sua técnica de referência chegou também a construir projeto terapêutico em parceria com profissional do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) da área. Contudo, pela dificuldade de adesão de Maria não conseguiram ir adiante no tratamento no CAPS. Ela acabou sendo internada em uma clínica psiquiátrica e ficou muito debilitada. Também não costumava receber visita do marido ou dos filhos. Depois de seis meses, recebeu alta e retornou para sua casa.

O tempo foi passando e Maria não tinha “boa adesão ao tratamento”. Não conseguia tomar direito a medicação e não participava de atividades propostas como terapêuticas. Era essa dificuldade no CAPS e na USF de sua área.

Em 2011 Maria engravidou e não conseguiu fazer o pré-natal de forma regular, mesmo com os estímulos da equipe de saúde da família. Acabou parindo em casa um menino. Um dos filhos de Maria correu para chamar a agente comunitária de saúde e o médico foi avisado. Ao chegarem na casa de Maria, a situação estava muito delicada porque a equipe não confiava em sua capacidade de ser mãe. A Agente Comunitária de Saúde expressou que foi um dos momentos mais tristes que ela presenciou na vida, uma mãe sofrendo muito pelo transtorno e não podendo ter o momento da maternidade, de segurar uma vida que pariu. Mas eles precisavam fazer algo.

No processo do parto foi acionado o Serviço de Atendimento Móvel a Urgências (SAMU), que prestou o atendimento imediato pós-parto. O bebê foi encaminhado para maternidade da região. E o médico do PSF foi para o CAPS, pedir ajuda da equipe para juntos fazerem uma intervenção de emergência. Ele estava muito preocupado porque não conseguia fazer exames clínicos e Maria poderia ter alguma complicação do pós-parto. “Lembro como se fosse hoje, Dr. Fulano chegando de taxi bem cedo no CAPS pedindo ajuda para cuidar de Maria”. “Não é todo médico que se abala desse jeito pelas pessoas de seu território”, falou um dos profissionais de saúde. Disse ainda: “Ele é diferente. É médico de família. Tem perfil para um trabalho que não é fácil. Lembro de uma vez que fomos fazer

uma visita na comunidade<sup>1</sup> e eu me lembro dele correndo, subindo as escadarias, suado, vindo ao nosso encontro. Eu disse “*Por que você não esperou, que a gente ia buscá-lo?*”. E ele disse: “É mais prático eu subir as escadas. Já estou acostumado”. “Esse veste mesmo a camisa da Saúde da Família”.

Sobre esse dia, o médico da Estratégia de Saúde da Família (ESF) disse que foi muito impactante para ele lidar com aquela situação de um parto em casa e Maria numa situação de extremo sofrimento. Falou que o circuito do atendimento para esse parto foi assim. Foi acionada a maternidade do Distrito, que acionou unidade móvel do SAMU, alocado na própria maternidade. Depois o Distrito acionou a USF. O médico foi para o CAPS. De lá saíram ele próprio, dois técnicos, um residente de saúde mental. Foi então acionado o SAMU novamente e a Polícia Militar, para dar retaguarda. Conseguiram então medicar Maria, que foi levada para a maternidade em que estava seu filho.

Os profissionais do CAPS e ESF falaram que foi feito um intenso investimento para trabalhar a relação da criança com a mãe e com a família de Maria. Mesmo a criança na maternidade, em situação estável, não houve visitas da família. Nem sequer para acompanhar o processo de construção de vínculo de Maria com o bebê. Mesmo assim houve um trabalho de meses dos profissionais do CAPS e USF para se entender ou construir vínculos familiares. Apesar disso, o bebê acabou indo para adoção. Um analisador: o nome dado ao bebê era o mesmo do médico do ESF.

Esse processo de entrega da criança para a adoção foi extensamente elaborado pela equipe do CAPS na supervisão clínica no serviço. Até pensam em escrever um “caso clínico”, detalhando as estratégias e ferramentas construídas para a atenção a Maria. O CAPS também abriu várias possibilidades para a participação da família no tratamento de Maria, mas vários dos profissionais apontaram para a rudeza da família, cujos membros chegavam até a bater em Maria. Mas essa ainda era a mãe e voltou a seus afazeres do lar.

Os profissionais do CAPS e ESF falaram que algo mudou em Maria depois desse processo de elaboração para a entrega da criança para a adoção. Maria, com o tempo, já cuidava de sua medicação e até ajudava uma usuária do CAPS, que era sua vizinha. O cuidado de Maria passou a ser na ESF, pois Dr. Beltrano é

<sup>1</sup> Os profissionais costumavam fazer visitas domiciliares e também havia transporte para levar e trazer alguns usuários com dificuldade em acessar o CAPS. Mas há uns meses que essas visitas diminuíram por dificuldades com transporte. E também por conta da violência dos bairros.

“médico de cabeça” (psiquiatra do CAPS), mas “eu já posso ficar acompanhada pelo médico do corpo” (médico do PSF). O médico da USF acompanhava o uso da medicação e se ela necessitasse de um especialista poderia contar com dispensação de medicação por psiquiatra da clínica de especialidades (o termo é esse mesmo porque praticamente havia uma transcrição da medicação e não um acompanhamento sistemático). Mas se necessitasse, podia ir para o CAPS conversar com o médico para saber da medicação.

Sobre esse manejo da medicação pela própria Maria, o médico explicou que costuma trabalhar essas questões de medicamentos em grupo, com os pacientes, porque assim eles mesmos podem falar sobre como fazem essa gestão. O profissional pode até falar sobre medicação, mas é no debate envolvendo profissional e os vários usuários do serviço que se produz esse tipo de autocuidado. Claro que havia idas e vindas, pois esse processo não é estático. Muitas vezes mudava a cor da medicação ou o formato de apresentação e Maria se recusava a tomar o remédio. Assim foi a situação em que vi Maria pela primeira vez, na USF. Várias vezes, enquanto eu estava conversando com a ACS, ela disse que precisava falar com o médico sobre a medicação.

Mas voltando ao processo de Maria, tudo parecia estar se organizando quando, no ano de 2015, ela perdeu o marido, que faleceu repentinamente. Nesse período houve o assassinato de seus três filhos em brigas decorrentes das relações de violência nesse território. O único filho vivo, o mais velho, que tentava produzir a vida de outros modos, acabou vingando a morte dos irmãos e assassinou um irmão de um dos chefes do “movimento”. Estava foragido. A violência da retaliação foi tamanha, que a casa de Maria foi destruída e incendiada e se temia por sua vida se ela voltasse a circular na comunidade. Mas para onde ela iria? Ela, que cuidava da casa e da família, havia perdido tudo.

Quando fui em busca de Maria, meu coração ficava apertado, eu que também sou mãe, ficava pensando em seu terrível sofrimento. Eu enlouqueceria. E tantas pessoas com quem conversei, que participaram de alguma forma do cuidado com Maria também assim falaram. Mas talvez ela, em seu processo de ir-e-vir nas crises, foi aprendendo a prosseguir e construir outros caminhos. Alguns falaram que Maria tinha uma personalidade “muito forte”, “só era o que ela queria”, “ela batia de frente com todo mundo”, mas esse tipo de enfrentamento também é

reafirmção de si no mundo. Um dos técnicos do CAPS falou que Maria sempre desafiava os técnicos num constante embate e provocação, mas os trabalhadores aprenderam a lidar com esse modo de provocar. Era possível construir outro modo de relação (uma reparação do objeto de amor talvez apontasse a psicanálise) sem se pautar na destruição, no devastador.

Nas minhas idas-e-vindas em busca de Maria também fiquei com receio da violência. Logo nas primeiras semanas, fui avisada que deveria “deixar a poeira baixar” para chegar até a comunidade, aviso que o médico da ESF deu para a equipe do CAPS. Esperei e fui ao encontro com o médico, que me falou sobre seu processo de cuidado de Maria e que me confirmou que ela havia voltado ao território. Estava morando com uma amiga, também usuária do CAPS. Ele estava preocupado porque lá também há vulnerabilidade. Mas ela estava indo bem até então.

A Unidade de Saúde da Família (USF) de referência de Maria, na época, estava em reforma. Há quase um ano a unidade estava fechada por conta de obras. A equipe ficava atendendo na casa de pessoas do bairro e em uma Igreja, que havia cedido seu salão.

Em um dos momentos do campo, estive presente nos atendimentos realizados nessa Igreja. Depois da conversa com a ACS, fiquei lá sentada no salão, vendo o movimento. As pessoas sentadas esperando para serem atendidas. No mesmo ambiente de espera, havia uma mesa, cadeiras, médico e residentes em outro canto realizando os atendimentos. Atrás deles um biombo e uma maca e a mesa de atendimento. Em outro canto, estavam os demais componentes da equipe fazendo outras atividades, como marcação de consulta, orientação sobre dispensação de medicação, cartão SUS etc.

Foi então que a vi. Claro que tenho um *olho* para captar quem expressa alguma estranheza. Mas já soube que era ela quando a vi. Uma mulher esguia, de passos apressados, falando de forma afetada, solicitando uma explicação sobre a medicação. Os residentes falaram com ela, estando ao lado do médico. Uma das residentes era farmacêutica e explicou o esquema medicamentoso. Passou alguns minutos explicando e parece que Maria se deu por satisfeita com relação à medicação. Pelo menos naquele momento estava satisfeita. Falou então com o pessoal da equipe e com a ACS. Perguntou sobre um filho de uma delas. Que falou que ele estava bem. Daí ela falou de seu filho pequeno, que teria tal idade. Era ela.

Depois saiu da mesma maneira rápida com que entrou. Olhei para a ACS e ela disse baixinho “É ela” e eu disse “Eu sei”.

Depois de muita peleja, conseguimos marcar um encontro na casa da ACS para que eu pudesse conversar com Maria. Nesse dia, acabei me confrontando com meu medo. Tenho muito medo de moto. Mas em comunidade de morros são comuns os deslocamentos em moto táxi. E lá fui eu, subindo o morro. Mas valia a pena viver, transpor esse medo. Maria que aparece-desaparece nos serviços, nas relações de cuidado, merecia esse traspas de medo.

Chegando na casa da ACS, lá estava Maria, sentada ao lado da colega com quem estava morando naquele momento. Expliquei meu objetivo para ela, que aceitou conversar. Avisou que não podia ficar muito tempo porque teria que levar a amiga para a urgência. O médico que também estava lá, havia indicado que ela fosse buscar uma urgência, pois ele não teria como realizar o atendimento em função da reforma.

Ela me falou que havia perdido os filhos pela violência. “Queimaram até minha casa. Você quer ir ver a minha casa? Queimaram tudo”. Mas estou seguindo. Nesse momento a amiga falou: “Se fosse eu, teria enlouquecido. Mas ela é forte e está conseguindo”. Maria falou que tinha muita fé em Deus e nos estudos dos homens. Que estava tomando os remédios e se cuidando.

Falamos também de um netinho que ela ganhou recentemente. Filho de um dos filhos assassinados. Ela falou que ele é lindo. Convidou também a ACS e o médico para conhecerem esse neto. Falou que vai ser bom estar perto, para estar com o neto vez por outra. Não pensa em morar lá com eles ou com a sua mãe e irmãos. Está bem onde está. Cuida de sua colega, arruma a casa, ajuda com a medicação da amiga. Falou que tem que seguir com a vida.

Gostei de tê-la conhecido. Foi um acontecimento ela querer estar nessa conversa, que ocorreu no terraço da casa da ACS. Nos despedimos e ela foi cuidar da amiga.

Lembrei de uma reflexão do médico: sua autonomia. Para ele, a autonomia de Maria tinha o lado bom e o ruim. Para mim, marcante na disputa em relação ao seu projeto terapêutico e na potência de invenção de possibilidades. Por um lado, a frustração de várias pessoas que buscam construir alternativas de caminhos para Maria sem combinar o jogo com ela - como a técnica do CAPS que organizou todo um processo de pactuação para que ela fosse para um abrigo, para que não corresse

risco de ser assassinada em seu bairro. Todos foram surpreendidos pela ida de Maria para o mesmo bairro, seu território mesmo sem sua casa, destruída e incendiada. *Seu lar pode ser o cuidar* enquanto ato e ali, naquele bairro, ela podia exercer o cuidar. Maria voltou para seu território geográfico, que trouxe tantas perdas pela violência, assassinatos, mortes e ameaças, mas ainda assim ela volta. Agora parecia voltar não porque precisa da família, mas porque ela ali tem um lugar para exercer o cuidado a uma amiga que também tem transtorno psiquiátrico. Se o “ruim” da escolha de Maria é ela voltar para um território de vulnerabilidade-violência do crime armado, mesmo que busque proteger Maria (e aqui se reconhece a preocupação dos profissionais de saúde por sua segurança), mas é ali que ela quer construir outra história para si. E então, mesmo se perguntando sobre o que será que vai acontecer com Maria, estão lá a equipe de Saúde da Família, mais de perto, e os profissionais do CAPS que ainda se afetam por Maria. Apesar de não problematizarem seu desconforto com a legítima disputa de projetos por parte da usuária.

Falei para o médico que era muito forte também o vínculo dela com a equipe, com ele e com a ACS. Ele deu o nome do médico ao seu último filho. Por mais que ela “dê umas surtadas”, falando que roubaram o filho dela ou venderam, ela ainda continua voltando, quase que todos os dias para a USF. Talvez a unidade seja mesmo um elo com que ela também construa os afetos.

Outro ponto importante a ser considerado, foi uma informação que a ACS trouxe na nossa conversa. Ela me disse que a avó do rapaz assassinado pelo filho de Maria clamou para que seu o neto não vingasse o irmão morto (olho por olho, dente por dente). Maria já perdera tudo, era muito sofrimento para uma mãe perder todos os filhos. Ela já teria sofrido muito e seria hora de cessar tantas mortes. Em meio ao sangue, as lágrimas de dor podem lavar outros caminhos para outras formas de vida.

Maria foi o lusco-fusco de quem se move em um território dos afetos, construído pela afronta atravessada por afeto e cuidado. Só consegui conversar uma vez com Maria, mas ela me afetou como pessoa, como mãe, profissional de saúde, pesquisadora de redes. Quem dera ter mais energia para circular mais com ela? Mas o tempo correu mais rápido que eu à procura dela. Mas conhecer Maria me transformou, pois me tornei mais nômade nos processos do cuidar, agora mais atravessados pela trama das afecções e dos encontros com usuários que exercem sua

autonomia apesar das capturas micropolíticas de uma clínica nosográfica ou tutelar. Viver é arriscar-se a cada dia, e a cada risco é possível construir outros caminhos.

### Nômade, Caos, Meios e Ritmos

O exercício do cartógrafo é um constante desterritorializar e, neste estudo, o processo do caminhar constantemente, deixando-se atravessar por múltiplas vozes de quem está ou não em rede de saúde mental, tornou-se um exercício desafiador a cada passo.

Os casos referidos nesse capítulo ficaram como casos (por não ter sido possível intensificar ou alongar os encontros com eles), mas importante destacar que foram marcantes. Suas presenças mudas foram analisadoras do cuidado e dos processos produzidos em rede. Apesar de sua voz e de seu modo de produzir a vida não terem entrado suficientemente em cena.

A produção de redes a que pode dar visibilidade também foi limitada. No caso do CAPSad e CAPSIII até foram indicados potenciais usuários, mas por mais que houvesse esforços da pesquisadora e pesquisadores, trabalhadores e gestores, não se conseguiu acessá-los. Ou quando se conseguiu, como foi o caso do usuário do CAPSIII, o convite não se encontrou com o desejo do usuário. Maria, por outro lado, possibilitou um encontro intenso, mas pontual.

Lidar com essas lacunas é trazer o foco para o tema do ponto de vista do pesquisador em meio ao que se deseja pesquisar e como se pesquisar. O que esses desencontros dizem do nosso convite e do modo como construímos nossa entrada? O que os casos escolhidos dizem sobre o cuidado produzido e sobre o pedido que as equipes faziam a nós? Ponderar sobre esses processos vividos é também fazer apostas de encontros que vem sendo construídos para além do que foi possível ver naquele momento. É apontar para o desejo do outro que vai além das conexões postas até então.

Deleuze e Guattari (2012, p. 125) ponderam que do caos nascem *Meios e Ritmos*. Assim em cosmogonias antigas pondera-se que o caos apresenta componentes direcionais. “O vivo tem um meio exterior que remete aos materiais; um meio interior que remete aos elementos componentes e substâncias compostas; um meio intermediário que remete às membranas e limites”. Os meios são abertos

ao caos, mas a contraposição dos meios ao caos é o ritmo, e o que há de comum ao caos e ao ritmo é o *entre-dois*.

Houve acontecimentos que produziram movimento. A oficina de percussão do CAPSad era algo novo que se postava: era o ritmo no *entre-meio*, a arte que transpunha a captura da doença ou da codificação psiquiátrica da *des-subjetivação*.

Esses autores ponderam que o ritmo não está na medida ou na cadência, pode ser regular ou não, pode ser binário, ou terciário. O ritmo opera em blocos heterogêneos, muda de direção.

Quando esses autores discutem o conceito de território, por sua vez, não apontam para o meio, ou um meio a mais, ou mesmo um ritmo ou passagem entre meios. O território é um ato, que afeta os meios e os ritmos, que os “territorializa” (destaque dos autores). “O território é produto de uma territorialização dos meios e dos ritmos” (127). A oficina de música é a aposta para um outro lugar, um outro ritmo para usuários de serviços em saúde mental.

Também a negativa do usuário do CAPSIII foi um acenar para um desejo do outro que está em relação com outras pessoas cuidadoras que estão no CAPS, não tendo sido possível abrir espaços para que outros entrassem no processo. Ao mesmo tempo, a enunciação, mesmo que fosse de barrar alguém, a pesquisadora, é uma construção desejante, um acontecimento para quem antes apenas grunhia.

Ao mesmo tempo, as contradições no CAPSad são importantes de destacar. A política de Redução de Danos, tão importante por reconhecer e procurar o encontro com diferentes formas de subjetivações desejantes, a todo tempo disputa com seu contraponto, que é a exigência da abstinência nessa arena micropolítica da rede em saúde mental.

Também se questiona quem é o sujeito do Projeto Terapêutico Singular. O PTS é para o usuário e construído com o usuário? Como potencializar o encontro entre essas diferentes perspectivas para a construção de um PTS comprometido com a vida, para além das nosografias ou assistencialismos?

Maria segue interrogando a todos na rede e até quem se questiona sobre essa rede. A intenção era construir um processo de usuário-guia, convidando e dialogando com Maria sobre seus desejos, seu Projeto de Vida. Mas Maria escapou a esse território e segue seu ritmo, vai quando quer, mas vai em busca das

interlocações com o médico de família que tem o nome de seu único filho vivo, mas que não mais é seu, por ter sido entregue à adoção.

Ao mesmo tempo ela não é mais a mesma. Se antes ela era a louca do bairro que queimava dinheiro, ateava fogo em objetos de seus vizinhos em desafeto, ela não cogita sair daquele bairro porque lá tem conexões: a amiga de quem cuida, o neto, a equipe de Saúde da Família. Talvez Maria viva no território do cuidar, estando aí seu ritmo.



## CAPÍTULO 3

### RUAS E CAMINHOS QUE LEVARAM A PEDRO

Pode-se dizer que não havia sido programada essa ida às ruas enquanto território de provocação de cuidado em redes de saúde, afinal eu estava apostando nos encontros com pessoas que vivem/ produzem redes de saúde mental em seu cotidiano (institucional?). Porém, aconteceu. As ruas e as pessoas que produzem/ extraem a vida da rua e o cuidado nas ruas foram compondo diferentes vistas do ponto para essa tal rede em saúde mental. E assim, o meu devir-rua, provocado nessas andanças rumo as redes, será exposto em primeira pessoa, numa narrativa provocada pelos afetos produzidos nos caminhos sem muros do seguir.

As ruas sempre foram convidativas para mim. Criança criada em apartamento, as férias chegavam com as brincadeiras de rua, sob o olhar atento dos cuidadores, porque na rua “pode ter o homem do saco”, o “bicho papão”, então todo cuidado é pouco diante dos desconhecidos das ruas. Na adolescência, as ruas assumiram um outro lugar; por nos acharmos invencíveis, as ruas são territórios a desbravar, para conquistar novos conhecimentos, novos amores. Mas, foi mesmo na juventude que fui me instigando pela rua, por ser um território de encontros de diferentes. Nessa fase, os carnavais eram o romper com o tempo - de dias e noites se misturando; da expectativa que “O Homem da Meia Noite” sempre ia se encontrar com “A Mulher do Dia” nas ladeiras de Olinda. No carnaval tudo é possível, tanto que até apareceu “O Menino da Tarde”. O Carnaval nas ruas de Recife e Olinda forjou esse desafiar de fronteiras e foi justamente essa loucura “folie” que foi me mostrando que há vida que transborda, que nem sempre o que não entendemos é algo a se temer. A rua passou a ser um território de vida na minha juventude; não que tenha sido fácil assumir esse fascínio; sair da casa da mãe para desbravar o desconhecido implica medos, mas encontrar o desconhecido também é um caminho.

Na Residência em Saúde Coletiva, foram muitos os novos aprendizados sobre “Saúde” e “Coletivo”. Entender que existiam pesquisadores que relacionavam

Saúde Coletiva e Processos de Subjetivação foi importante para me instigar a percorrer essa trajetória de atuação profissional e como estudiosa do tema. E um dos momentos que destaco, muito marcante, foi quando li uma notícia que muito me abalou: alguns jovens haviam incendiado um índio que estava dormindo nas ruas de Brasília/DF. Por quê? Um índio, alguém que estava dormindo, talvez sonhando, sem defesas, ser incendiado por jovens por simples diversão? Estava mais para perversão... Escrevi um texto tão emocionado que decidi mandar para a redação de um jornal; eu, que nem tinha experiência com esse tipo de escrita, mas o que doía, nem sei o porquê, era mais forte que eu, que meu receio de receber não. Foi então que escrevi “Se essa rua fosse minha...”, texto publicado na coluna opinião do Jornal do Commercio de Pernambuco. Transbordei em palavras o sentimento que me consumia, tirou meu sono e fez chorar uma dor que era de alguém que também é rua, que desafia as bordas pela força dos movimentos e das passagens.

A imagem-Rua é para mim o desafio que tangencia o devir-nômade, que abre para o novo, mas que não ampara afirmando ser o novo bom ou mau, ser do bem ou do mal. A imagem-rua: chegadas-partidas, (des)encontros, carnavalizar, travessia mesmo contida nos limites das calçadas, prédios. Mas quem tem medo do nômade? Quem se fascina pelo nômade?

Assim, o primeiro ponto de partida considerou o desafio da construção de políticas públicas para as pessoas em situação de rua. Quem cuida daqueles que moram na rua? Quais os atravessamentos dos vários pontos da rede de saúde para a produção de um cuidado segundo os princípios e diretrizes do SUS? Quais as estratégias de articulação de redes vivas que são construídas no cotidiano de cuidar nas ruas?

### Consultório NA Rua e Consultório DE Rua em Recife/PE

Em se tratando de população de rua, deve-se destacar o Decreto Presidencial nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009, que institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e a criou o Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento responsável por acompanhar a efetivação dessa política nacional.

Até o momento da redação deste texto (ressalva fundamental, considerando o Golpe e as inflexões/rupturas em todas as políticas sociais no Brasil da atualidade

desses escritos), essa política define a *Pessoa em Situação de Rua (PSR)* como pessoa integrante de grupo populacional heterogêneo, que possui em comum a pobreza extrema; cujos vínculos familiares são interrompidos ou fragilizados; caracterizam-se pela inexistência de moradia convencional regular, utilizam os logradouros públicos e as áreas degradadas como espaço de moradia e sustento, de forma temporária ou permanente, bem como as unidades de acolhimento para pernoite temporário ou como moradia provisória.

Os princípios dessa política são igualdade e equidade, o respeito à dignidade da pessoa humana, o direito à convivência familiar e comunitária, a valorização e respeito à vida e à cidadania, o atendimento humanizado e universalizado, o respeito às condições sociais e diferenças de origem, raça, idade, nacionalidade, gênero, orientação sexual e religiosa, com atenção especial às pessoas com deficiência.

Ao se voltar para as necessidades dessa população que enfrenta situações de extrema vulnerabilização, dentre outros, destaca-se o desafio de lidar com a complexidade de questões psicossociais geradoras de sofrimentos físicos e emocionais. O cuidado a essa população representa um desafio também à efetivação de políticas de saúde que considerem essa complexidade.

No campo da saúde, algumas referências legais contextualizam orientações para o cuidado em saúde da pessoa em situação de rua.

A Portaria Nº 122 /GM/MS, de 25 Janeiro de 2012 definiu as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua, referidas pela sigla eCR, definindo-as como equipes itinerantes para atenção integral à saúde da população em situação de rua, 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 as necessidades dos usuários (BRASIL, 2002a).

Importante pontuar que este estudo identificou dois dispositivos da RAPS em Recife que cuidam da população em situação de rua. Na época deste estudo, havia dois anos tinham sido organizadas *Equipes de Consultório NA Rua* que seguem as diretrizes da RAPS. Mas deve se situar que já existiam *Equipes de Consultório DE Rua*, dispositivo criado em Recife/PE desde 2004, pioneiras no cuidado a

pessoa envolvidas com uso abusivo de álcool e outras drogas, na via pública, sendo composto por equipe de trabalhadores vinculados aos CAPS ad. Em outras palavras, o Consultório NA Rua estava ligado à Coordenação de Atenção à Básica e as equipes de Redutores de Danos do Consultório DE Rua estavam ligadas aos Centros de Atenção Psicossocial de Álcool e outras drogas. Os dois dispositivos compoem com outros serviços a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do território.

Em Recife/PE, em 2016, a equipe de *Consultório NA Rua* é do tipo I composta por profissionais de nível médio e nível superior, com atuação de 30 horas por semana. Desenvolvem ações em período diurno e/ou noturno e em qualquer dia da semana. No total são 04 profissionais de nível médio, chamados de agentes sociais, e 04 profissionais com graduação - assistente social ou psicólogo.

As Atribuições da Equipe do Consultório Na Rua são: 1) Encaminhar e mediar o processo de encaminhamento para Rede de Saúde e intersetorial das pessoas em situação de rua acompanhada pela equipe; bem como elaborar, com os envolvidos, os PTS's dos usuários; 2) Agregar conhecimentos básicos sobre *Redução de Danos*, uso, abuso e dependência de substâncias psicoativa a população em situação de rua e/ou usuários de álcool, crack e outras drogas; 3) Dispensar insumos de proteção à saúde; 4) Acompanhar o cuidado das pessoas em situação de rua de modo articulado com demais pontos de atenção da rede de saúde; 5) Promover estudos de caso, em equipe, semanalmente; 6) Participar do GT de População de Rua distrital e Fórum Metropolitano de População de Rua; 7) Referenciar as pessoas em situação de rua acompanhadas do território para Unidade de Saúde de referência.

Como se expôs anteriormente, a relação construída entre a autora e o Consultório Na Rua foi possibilitada pela participação da coordenadora e profissional de uma das equipes. Por ser um serviço relativamente novo, havia a intenção de produzir estudos sobre as práticas desenvolvidas. A coordenadora construiu uma agenda de conversa em que se apresentou a RAC para as duas equipes de Consultório NA Rua. Cada uma atende duas regiões do distrito com destacado número de pessoas em situação de rua. Uma das equipes foi prontamente acolhedora para participar ativamente do processo; a outra equipe pontuou que estaria disponível para visitas ou entrevistas com profissionais, mas não haveria profissionais no papel de pesquisadores locais.

## Construindo território de entre-cruzar de olhares

Desde o segundo semestre de 2015 até primeiro semestre de 2016, houve vários movimentos. Em um primeiro momento, a gestora e um dos trabalhadores participavam dos encontros mensais do grupo e da produção do campo. Foram três encontros para a escolha do usuário-guia. Em cada encontro havia muita intensidade, mesmo sendo necessário explicar várias e várias vezes sobre conceitos como micropolítica do cuidado em saúde, encontro entre como método, sobre o que seria usuário-guia, que é diferente de estudo de caso, era como se valesse a pena construir a interlocução e manter o contato com as pessoas.

Era muito interessante falar dos potenciais usuários-guia pois gestora e trabalhadores traziam sua convivência com muitas pessoas emblemáticas para a rede de saúde. Cuidavam de pessoas de que os vários serviços não cuidam. Essa equipe em particular acompanha casos por meses e meses, em função da complexidade do projeto terapêutico a ser construído para cada um.

Era também interessante ouvir a equipe falar sobre o processo de cuidado que construíam. Assim, ao promover a leitura da transcrição dos encontros para escolha do usuário, foi possível uma reflexão da equipe sobre seu próprio agir. Uma abertura para se ter ideia de seu trabalho se dava na referência a um usuário emblemático: “Conheço Não”. Morador de rua, que, a qualquer tentativa de diálogo com os trabalhadores, respondia com essa frase. Substantivo próprio ao mesmo tempo em que é verbo. Foram muitas idas e vindas para cuidar de “Conheço Não” na rua. Um dia ele precisou ser internado em um CAPS e a ponte foi a equipe do Consultório NA Rua, que mesmo no CAPS continuou fazendo algumas intervenções. Destaco o banho que uma das trabalhadoras acabou dando nesse usuário, pois poucos foram os trabalhadores do CAPS que se voluntariaram... talvez possa haver uma maternagem num banho, que pode ser um acontecimento para remover certas cascas. Num certo dia de visita da tal trabalhadora ao CAPS em que o usuário estava sendo cuidado, “Conheço Não” disse seu nome e onde morava. Mesmo diante da surpresa ou desconfiança de alguns, no outro dia, trabalhadores da equipe vieram com o carro do Consultório NA Rua e foram seguindo o caminho até uma outra cidade. E de rua em rua, praça e esquina, não é que chegaram até a casa desse usuário? Quem sabe o que é confiar em um

usuário “Conheço Não”, que guia até um passado de afeto em outra cidade, outro território. Não sei se daria para colocar critérios estatísticos nesse acontecimento.

Mesmo depois da equipe ter indicado o usuário-guia (que não foi o “Conheço Não”, que merece um escrito a parte, em função da potência do encontro que promoveu), a conversa girou muito tempo em torno do processo de trabalho, tão complexo que, muitas vezes, para explicar a alguém o que eles faziam, seja algum cidadão que passava na rua, ou mesmo um profissional de saúde, explicavam seu trabalho por meio da singularidade da população que cuidavam.

Também diziam que sua atuação se construía em rede, mesmo que tensionando o restante da rede a atender essas pessoas marginalizadas, que que estão na rua. A própria Equipe de Consultório na Rua está em processo de construção no seu cotidiano de trabalho. A atuação entre serviços é uma das características do Consultório NA Rua, já que o acolhimento é na rua, mas há necessidade de articulação com outros serviços de saúde, seja unidades básicas ou especializadas, por exemplo, para o agendamento de consultas médicas. Há uma ação intersetorial marcante com os serviços da Assistência Social, não apenas nos fóruns políticos, mas no cotidiano, mesmo que numa grande parte das vezes a assistência social se limite a encaminhar casos que não conseguem mais atuar enquanto Sistema Único de Assistência Social (SUAS).

Foi um usuário, dentre os vários com que a equipe não conseguia conexão, o escolhido para nossa aproximação compartilhada. Esse usuário ficava parado em uma das esquinas do território de atuação da equipe. Mas esse processo merece um capítulo à parte, dada a intensidade do encontro em acontecimento.

Paralelamente ao acompanhamento ao usuário-guia, que não falava muito, e ficava parado em uma esquina, foram muitas as oportunidades de acompanhar o trabalho da equipe. A conversa no carro, quando a equipe ainda dispunha de veículo (desde março até junho de 2016 a equipe estava sem carro para o trabalho e todas as vezes essa autora foi de ônibus com a equipe em seu processo de trabalho), produzia visibilidades sobre o modo como se construía o cuidado a essa população. Trata-se de um serviço instituinte, que busca trazer para a rede de saúde pessoas à margem da sociedade por viverem na rua. Atua na trama das tensões do cotidiano, buscando construir acordos diretos com profissionais de outros serviços de saúde e da assistência social. Com dificuldades e contradições,

são pessoas implicadas com o trabalho nas ruas, por suas histórias de vida e pela desterritorialização que a pessoa em situação de rua provoca em nós.

Em um dos momentos dessa aproximação à rede em saúde mental, surgiram também questionamentos sobre o serviço como componente do sistema de saúde, da luta constante para promover cuidado integral. Assim gestora e profissionais apontaram para a importância também em se entender o trabalho do Consultório DE Rua. Isso porque quando falavam de produção de rede, sua única referência, pela semelhança da atuação instituinte nas ruas, era o Consultório DE Rua. Assim a gestora do Consultório NA Rua promoveu encontro para entrevista com um dos idealizadores do Consultório DE Rua em Recife; articulou entrevista com trabalhadores do Consultório NA Rua que em outras épocas atuaram no Consultório DE Rua; agenciou diálogos com gestora de CAPSad da região de atuação da referida equipe de Consultório NA Rua, diálogos com profissionais redutores de danos ligados ao CAPSad e trabalhadores e gestora do Consultório NA Rua.

Em outra via, em outro distrito sanitário, esse movimento de encontro com profissionais do Consultório DE Rua também foi construído junto ao CAPSad participante desse processo. Na oportunidade das ações no CAPS ad, solicitou-se conversa com trabalhadores do Consultório DE Rua referenciado pelo CAPS.

O primeiro contato com o Consultório DE Rua foi uma reunião, promovida pela gestora do Consultório NA Rua, objetivando apresentar os propósitos de estudar redes de saúde à coordenadora geral dessas equipes, que ficam lotadas nos CAPSad mas também contam com referência em nível central, mas especificamente atrelada à coordenação de saúde mental. Esse primeiro contato de apresentação também foi importante para situar como estava organizado esse serviço naquele momento e como ele foi construído.

Posteriormente, um importante momento foi a entrevista com um dos idealizadores do serviço Consultório De Rua em Recife/PE, cuja implantação ocorreu em 2004, sendo um dos pioneiros no país. Essa conversa foi importante pela implicação e agenciamento que essa pessoa provoca quando fala de sua história de vida, atravessada pelo desejo de cuidar de pessoas uso abusivo de álcool ou substância psicoativa. Quando jovem, em um encontro impactante com um “moleque” que ia assaltá-lo, acabou, por meio de uma conversa em tom de brincadeira, convidando-o a participar de uma ação com arte e educação. Os

processos disparados nesse encontro inusitado produziram outras afecções, que o fizeram enveredar pela arte e educação como meio para agenciar potência no encontro com pessoas em situação de vulnerabilidade.

Da formação e atuação em educação passou a trabalhar na área da saúde, sobretudo com pessoas em situação de vulnerabilidade pelo uso abusivo de álcool e outras drogas. E assim, em 2004, foi trabalhar na implantação do “Programa Mais Vida”, política da Secretaria Municipal de Saúde de Recife. Nessa época, o “Programa Mais Vida” era ligado diretamente ao gabinete do secretário de saúde e o entrevistado era um dos gestores desse programa.

Segundo Mota (2012), as atividades do “Programa Mais Vida” estavam voltadas para divulgação de informações sobre drogas lícitas e ilícitas, seu consumo, riscos, e consequências, além de tratamento e reabilitação de algumas pessoas com uso nocivo ou em dependência de drogas. As ações do Programa eram orientadas pelas estratégias de redução de danos (conjunto de estratégias - individuais e coletivas, no âmbito social, sanitário, político e legal, com o objetivo de reduzir os prejuízos causados pelo consumo de drogas e melhorar a qualidade de vida dos usuários, sem a obrigatoriedade da interrupção desta prática). Na época de sua estruturação, o programa apresentava quatro modalidades de funcionamento: CAPSad, Albergues Terapêuticos (denominadas Casas do Meio do Caminho - CMC), as Unidades de Desintoxicação e os Consultórios de Rua.

Considerando o cenário nacional, importante anunciar que a primeira experiência de Consultório de Rua (CR) teve início em Salvador, na década de 1990, na construção de uma metodologia de aproximação a crianças usuárias de drogas e em situação de rua, idealizada pelo professor Antônio Nery Filho. Em 2004, o Consultório de Rua foi implantado em um CAPSad de Salvador. Sem esse nome, vale destacar que a experiência pioneira de redução de danos em relação a usuários de droga remonta à cidade de Santos, com Davi Capistrano à frente da Secretaria de Saúde – de 1989 a 1992. Em 2009, enquanto política nacional, o Consultório DE Rua passou a compor o Plano Emergencial de Ampliação de Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas do Sistema Único de Saúde (Pead). Em 2010, passou a ser um dispositivo de relevância estratégica do Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack.

A aposta nesse dispositivo era a produção de meios de acessar os usuários que não buscariam um serviço para tratamento de abuso de substância psicoativa, seja por demanda espontânea ou encaminhada por algum outro serviço da saúde, assistência social. Assim, a aposta estava no preenchimento de um “hiato” entre usuários em suas “cenas de uso” e os serviços dos CAPSad (FRANCISCO; ESPÍNDOLA, 2015). Ao se deparar com cenas de uso de drogas ou álcool, se promoveria aproximação por meio do diálogo, de modo gradativo, buscando oferecer ações que ao mesmo tempo fizessem sentido para os usuários e reduzissem os danos do uso abusivo de álcool e outras drogas, produzindo vida.

O Consultório de Rua do Recife contava com seis equipes, uma para cada distrito sanitário. Cada equipe era formada por profissionais concursados e contratados, com perfil específico

Redução de Danos. Recife foi o primeiro município a formalizar o cargo de agente redutor de danos como servidor público. Cada equipe era composta por assistentes sociais, psicólogos, agentes redutores de danos, arte-educadores, oficineiros e motoristas. Também se contava com vans adesivadas do programa para levar profissionais para o campo de trabalho: as ruas.

O entrevistado expressou sua implicação com o trabalho no Consultório DE Rua, que foi sendo reorganizado na medida dos redirecionamentos da política de enfrentamento às drogas, sobretudo em direção ao “combate” ao uso abusivo de substâncias psicoativas. Posteriormente houve transferência das equipes para a Atenção à Saúde, depois para a Coordenação de Saúde Mental, que lotou as Equipes de Consultório DE Rua nos CAPSad. Assim em Recife/PE há ainda Consultório DE Rua ligado a CAPSad como uma produção de desenho investido pelo município.

Tal mudança também foi um rearranjo diante da mudança da política do Ministério da Saúde, que redefiniu as ações de Consultório DE Rua como sendo ligadas à Atenção Básica, como já mencionado, perspectiva que também apresentada por outras pessoas que participaram desse estudo. Mas será que esse dispositivo ainda sustenta potência para transformação do cenário do uso abusivo de álcool e substâncias psicoativas?

Após conversas com grupo de redutores de danos dos CAPSad e depois entre eles e profissionais do Consultório NA Rua, foi possível discutir as fragilidades do serviço. Há dificuldade de articular as ações do Consultório

DE Rua com o CAPSad. Parece que a estratégia de levar a Rua para dentro do CAPSad acabou produzindo captura do Consultório pelas forças instituídas de “encapsulamento” dentro da lógica do CAPS, mais do que o contrário. A Rua e os usuários de substâncias psicoativas não conseguiram transversalisar as ações de cuidado no CAPS.

Sobre essa reflexão, uma cena que presenciei me afetou muito. Estava na sala de espera em um CAPSad no período noturno. Na sala de espera, vários usuários aguardavam consulta médica. Eis que um dos técnicos falava de forma incisiva reclamando de um dos usuários do CAPS, que estava fumando em uma das áreas do serviço. Eu pensei: mas e a estratégia de redução de danos, onde está? E se o usuário estivesse na “fissura” por abstinência de alguma substância psicoativa, não seria plausível uma substituição pelo tabaco? Como pode ao mesmo tempo ser um “ambiente livre do fumo”, como era esse CAPSad, se o uso do tabaco pode ser uma possibilidade diante da “fissura” do crack ou de outras situações de ansiedade e tensão?

Uma outra vivência também me afetou em relação à potência do trabalho do Consultório DE Rua. Uma noite, após conversa com Redutores de Danos e técnica do CAPSad para entender seu trabalho, eu e uma estudante de psicologia, estagiária no serviço, fomos participar de uma ação em uma área de vulnerabilidade. Era uma área de mercado público, mas na noite o local ganhava o contorno da obscuridade do ilícito. Nas calçadas, o percurso era de atenção e espreita. A primeira orientação era para deixar na van a bolsa e materiais de valor e cada um pegar os “insumos”, que são camisinhas masculinas e gel lubrificante, para serem distribuídos no campo. Cada um também ganhou coletes bem visíveis com o nome “Consultório DE Rua” e “SUS”.

A primeira parada foi para conversar com um senhor que, entre outras coisas na vida, fazia uso abusivo de álcool, e saber como estava, se pensava em ir ao CAPSad para uma escuta mais tranquila. Um “colega” dele se afastou quando o grupo do Consultório DE Rua chegou. Depois chegou um rapaz muito jovem, tombando ao dar seus passos, querendo saber do que se tratava e solicitando, de cara, camisinha. Um dos redutores se aproximou, entregou camisinha e gel e falou do Consultório DE Rua, explicando o que era o serviço e que estavam ligados aos CAPSad. O rapaz perguntou se ele quisesse ir “agora/nesse momento?

/eu posso ir?”. Daí o profissional explicou que poderia diminuir o uso do álcool, ficar um pouco melhor para poder conversar com profissional do CAPS e falou dos horários de acolhimento no serviço. Já logo me inquietei porque era como se a potência desse encontro, que tangenciava o convite ao cuidado, se esbarrasse numa “grade de horários para o acolhimento”. E se o CAPSad fosse 24horas? Não necessariamente alguém embriagado seria acolhido...

Depois passamos por jovens que queriam lubrificantes e camisinhas e pareciam já conhecer o pessoal da equipe, que reforçava a importância do uso da camisinha e gel e de tomarem água.

Na medida que caminhávamos, o ambiente ia ficando cada vez mais estranho. Menos pessoas andando pelas calçadas. Um mulheres sentadas e uns homens próximos conversando. Quando nos aproximamos, um jovem logo se levantou e disse que era de “fazer aquilo”. Estava conversando com uma prostituta. Daí, muito pausadamente, um dos redutores explicou que eram da saúde e que estavam ali para promover saúde. Explicaram ações de redução de danos, distribuíram camisinha e gel. Daí a profissional falou com uma das prostitutas que estava inteiramente na “fissura” pelo uso do crack. Mal conseguia ficar de pé, apesar de estar quase para fechar o programa com o rapaz, que “deu um pulo” quando nos aproximamos. Mesmo assim a profissional falou que estava disponível para conversar, que existe o CAPS e que de outra vez voltaria a falar com ela.

Estávamos juntos, mas era como se o grupo de profissionais do Consultório tivesse olhos capazes de olhar movimentos que não eram tão prontamente percebidos por mim ou pela estudante. Uma linguagem da sutileza, observação e gestos. Logo que nos aproximamos dessa área das mulheres de programa, ouvimos o cantar de pneus de uma das viaturas da polícia militar, que saiu às pressas de uma das ruas próximas ao mercado. Uma outra profissional do sexo, também “chapada”, foi muito acolhedora e explicou que tinha havido uma ação da segurança pública e que muitas pessoas dali “viciadas” “debandaram”. Ela não, ela não era viciada, estava ali porque não podia estar em casa, fazia uso de crack, mas se quisesse parar, parava. A jovem era muito bonita, apesar de estar com o desgaste “dessa vida” e falava com lágrimas nos olhos e um cigarro na ponta de uma das mãos. Era muito afetuosa. Abraçava várias pessoas do grupo do Consultório DE Rua e dizia “que bom que vocês vieram porque a gente

é esquecido”, mas não eram esquecidos pelo “pessoal do movimento” (venda de drogas) e pela “polícia”. Também nesse espaço, um homem se aproximou e disse que conhecia um dos redutores de um outro lugar. Ficamos sem entender muita coisa. Depois, uma pessoa da equipe disse que estávamos sendo vistos pelo “pessoal do movimento” e ele era um deles. Possivelmente queria que o víssemos também.

Falamos também com uma mulher que havia sido acolhida pelo Consultório DE Rua em outra época, que a havia encaminhado para um serviço de saúde, um CAPS de outra região. E ela estava ali bem, desenvolvendo seu trabalho, era uma profissional do sexo, mas “estava limpa”. Pegou camisinha e lubrificante.

No pós-andança, fizemos uma conversa rápida. Primeiro eles preencheram um questionário, instrumento de registro das ações da noite. Depois trocamos impressões, falamos sobre o carro da polícia cantando pneu; do possível senhor simpático ligado “ao movimento”; a estudante colocou que importante era a atuação do Consultório de Rua que se aproxima dessas pessoas. Eu falei que foi um dos momentos de encontro de mais afecções que vivi nessa caminhada. Era uma clínica do encontro, as marcas para o encontro eram os afetos, o coração pulsando, a redução de danos como um território de convite para a vida, seja em que situação for. Era como uma música de Legião Urbana “Só por hoje”, só por hoje as pessoas por um momento puderam conversar, puderam ter acesso a outra janela de um encontro rápido só pelo encontro. Sei lá do que passou ou o que terá por vir, por hoje foi o encontro como fator de proteção para eles e para nós, pelo simples encontro entre corpos vivos, a rede viva em acontecimento, transbordando nas ruas e as ruas na gente enquanto território do encontro. Viver é mesmo uma “dádiva fatal”, mas só por hoje o por-vir (...).

Será que o dispositivo Consultório DE Rua será extinto? Ou será transformado? Como ficará a relação do CAPSad com o Consultório DE Rua? Qual o lugar desse dispositivo na RAPS? Qual a relação entre Consultório DE Rua e Consultório NA Rua na RAPS em Recife? Pensando nesses questionamentos, produzimos encontro entre os trabalhadores de ambas as equipes que atuam em uma mesma região do município, provocando questionamentos sobre seu trabalho e suas relações.

## Consultório NA-DE Rua: (des)encontros na/em rede

Vários movimentos e provocações acabaram produzindo uma experiência de “mistura” entre os Consultórios. Assim, houve uma conversa entre gestora do Consultório NA Rua e uma gestora de um CAPSad do mesmo território de atuação de Equipe do Consultório NA Rua. Foi então agendada conversa com uma Redutora de Danos, que já compunha a equipe do CAPSad há algum tempo e, portanto, já tinha uma vivência do processo de cuidado do Consultório DE Rua. Depois se promoveu encontro entre profissionais do dois Consultórios para debaterem sobre seus modos de produzir cuidado e rede. Esse debate também poderia rastrear algum usuário que fosse intercessor provocador de redes vivas.

Um primeiro elemento que chamou atenção era que, diferentemente do CAPS ad, da vivência no mercado público, apresentados anteriormente, não havia um profissional com formação universitária do CAPS compondo essa equipe de Consultório DE Rua. A equipe participava das reuniões de equipe do CAPSad, tal como ocorria com a outra equipe, entretanto a gerente do CAPS era quem se articulava diretamente aos redutores de danos. Os trabalhadores consideravam essa dinâmica como uma dificuldade, pois o processo se qualifica quando há uma articulação entre redutores e profissionais com graduação. Nem sempre eles podem promover algumas ações por serem técnicos de nível médio. De certa forma, os trabalhadores do Consultório NA Rua também ponderaram que houve uma potencialização do trabalho com integração entre profissionais de nível médio (educadores sociais) e profissionais universitários.

Além do mais, explicou-se que o Consultório DE Rua atua considerando o território de pessoas que estão em situação de rua e simultaneamente estão na cena de uso do álcool e outras drogas, diferente da equipe do Consultório NA Rua que busca atuar com pessoas em situação de rua, tendo ela qualquer problema de saúde que demande cuidado por parte da equipe.

Entretanto muitas das pessoas abordadas pela equipe do Consultório DE Rua, nessa cena de uso abusivo de álcool ou outras drogas, moram em casas com seus familiares. Fazem uso do álcool ou droga e voltam para suas casas e assim “não chamam muito atenção” para uma situação de vulnerabilidade. A comunidade não sofre “interferência” com essas cenas de uso abusivo de álcool ou cola. Essas pessoas parecem fazer parte da paisagem local.

Alguns redutores expressaram que a parceria com alguns agentes comunitários que se mobilizam para o cuidado a algumas dessas pessoas era uma estratégia importante. Eles acionavam a equipe de redutores para que se aproximassem de algumas dessas pessoas de sua área. Também fazem parceria promovendo espaços de “educação continuada” para falar de uso abusivo de álcool e drogadição. Mas o estratégico é quando se formam essas parcerias com os agentes comunitários de saúde para construir possibilidades de cuidado ao usuário.

Nesse sentido, destaca-se que a educação permanente em saúde não é apenas promover o debate sobre um assunto importante para a saúde, nesse caso o alcoolismo ou drogadição, mas está sobretudo na vida, é um movimento que mobiliza as pessoas a buscarem construir conhecimento para um processo de cuidado para “Dona Maria”, “Seu João”, articulando vários conhecimentos e outras ferramentas para um ato de cuidar. Esse fazer modelado pelo encontro com uma pessoa mobilizadora é o lastro do trabalho do Consultório NA Rua, sendo que a diferença está “no olho vibrátil” dos trabalhadores que se voltam para a situação de rua; somente depois é que acessam qual é a questão daquela pessoa - “O Pezão”, “O Conheço Não”, substantivo próprio-singular, com necessidades específicas que requerem “linhas de cuidado” específicas, construídas durante o processo de interação. Esse dado processual de “linha de cuidado” não estava tão presente nas atuações e conversas das equipes de redutores que participaram deste estudo. Parece mais que os redutores de danos atuam como o “SAMU” das Ruas, acolhem, escutam, intervêm e encaminham para outro segmento da rede de serviços, enquanto Consultório NA Rua, pelo menos na equipe com que convivemos, está mais para equipe de atenção básica na Estratégia de Saúde da Família. Embora haja governabilidade maior para construir Projetos Terapêuticos Singulares para os usuários em situação de Rua, muitas vezes se defrontam com barreiras dos outros serviços da rede.

Diante da diferença do modo de trabalhar entre esses equipamentos de saúde, no que se refere à governabilidade e atravessamentos de dispositivos que “abrem e fecham as portas” de acesso ao SUS, ressalta-se o transporte e o cartão SUS. De um lado, ambos Consultórios relatam a importância do transporte como “as pernas dos serviços”, lá é um território de encontro para debater estratégias de ação junto aos usuários e trazem mobilidade para a “agenda” do serviço:

para a Rua, “vão as vans” carregando as pessoas, equipe motorista-nível médio-nível universitário (o hífen sinalizando pela articulação entre diferentes que se complementam) e até mesmo usuários que necessitam de atendimento em outros serviços. Se falta carro, esse é um dado muito significativo pois parece que há “quebra das pernas” dos Consultórios que atuam na rua.

Por outro lado, nesse percurso de levar usuários para outros pontos da rede de saúde, o Consultório NA Rua tem governabilidade de regular, de acionar outros serviços porque são referência para a população de rua, população nômade adscrita em seu território: “Até cartão SUS eles podem fazer” (frase-síntese que conota poder).

Assim, em vários relatos o critério “nômade” foi chave para que usuários desse serviço pudessem acessar outros serviços da rede, mesmo que necessitassem ter ao lado um profissional do Consultório que “endossasse” o critério “nômade” como elemento-chave para o acesso ao serviço. Mas não percebi uma conotação tutelar desse “estar ao lado” e sim senti um facilitador para uma rede de conversação entre usuário-profissional de saúde. Quantas e quantas vezes relataram que um profissional de um serviço x nem sequer recebia o usuário em situação de rua porque ele estava “fedendo”, e estava lá o profissional do Consultório “mediando” essa relação.

Sobre “ferramentas de trabalho” que apontam para o modo de construção do cuidado também está na continuidade do atendimento prestado. O Consultório DE Rua tem uma ficha padrão de preenchimento que aborda elementos gerais do trabalho de uma noite, tais como número de pessoas que estavam na área no momento da ação, insumos distribuídos (camisinha feminina, masculina, gel lubrificante, seringas, etc.), profissionais na ação entre outros. Já o pessoal do Consultório Na Rua possui “prontuário” dos usuários, acessam serviços de saúde e outros do Serviço Social como Abrigos, ou da Segurança Pública como Instituto Tavares Buriel para confeccionar Registro Geral (RG) dos usuários.

O pessoal do Consultório DE Rua e do Consultório NA Rua concordaram em buscar um caso que estivesse em sua área e que pudesse receber o olhar dos dois dispositivos. Era uma tentativa de “interferência” para promover rede entre os Consultórios. Foi realizada então uma visita a um jovem em situação de vulnerabilidade. Estava antes dormindo na rua, esteve várias vezes nessa situação, foi quando o Consultório NA Rua o conheceu e passou a acompanhá-lo, por alguns meses. Em seguida houve o movimento de volta desse usuário para

a casa de sua mãe. Porém ele não estava se sentindo bem morando lá, e estava intensificando muito o uso de crack. Como constantemente circulasse na área do Consultório NA Rua, foi então proposta uma vista com profissionais dos dois Consultórios, numa espécie de interconsulta de acolhimento. Foi muito potente essa interferência porque em um momento estávamos nós três – eu, a redutora e o agente social – sentados no sofá da sala da casa da mãe do rapaz conversando com ele. Ele, que estava trancado no quarto (há uma relação do trancafiamento que ele faz de si com as crises que vivencia), falou para nós que “estava virado”, pois havia passado a noite na rua, feito uso de crack e agora estava dormindo. Ele que antes acumulava coisas velhas no quarto, de uma hora para outra, jogou tudo fora. Queria voltar a morar na “casa dele”, que não era ali. Mas ele foi falando e saiu do chão na porta do quarto. Foi falando, depois foi para a cozinha e preparou sua refeição. Sua mãe também acabou se sentando no sofá e falando de seu sofrimento. Pelo que conversamos, foi a primeira vez que ela conversou sobre o filho e sobre sua relação com ele e o sofrimento. No enredo que ela trazia, a droga era mais um elemento, perverso por acentuar a dor, mas havia muita e muita história para contar da vida do filho e da vida dela, que mudou tanto por causa do filho. Depois da visita, a agente redutora de danos e agente social iriam problematizar em suas respectivas reuniões de equipe para ver como iriam prosseguir com a escuta.

O que será que vai acontecer com o Consultório De Rua? Vai ser “engolido” pelas forças instituídas do CAPSad, que abriga ao mesmo tempo “ambiente livre do fumo” e “estratégia de redução de danos”? Será possível promover encontros micropolíticos como esse na casa do jovem e sua mãe? Será que o uso abusivo da droga pode ser instrumento de fazer “gritar” o sofrimento, mas para enfrentá-lo é preciso um movimento mais além do uso? Quem são o garoto e sua mãe? O que o SUS pode fazer para a integralidade da saúde dessa família? Não há resposta certa, mas se pode construir um espaço de encontro em que várias perspectivas se entrecruzem para se tentar forjar linhas de forças em direção à vida, qualquer que seja. Seja ela sobrevivendo num instante, em que o estar junto é fator de proteção. “Só por hoje” o encontro valeu a pena e a vida segue em acontecimento. Seja porque valeu a pena nos movermos, mesmo sem carro, de ônibus com nossos próprios recursos, rumo a casa de um jovem que opera nas ruas e na casa de sua mãe, produzindo algum desterritorializar morte-vida.

## Consultório Na Rua: xeque-mate em redes vivas

Tudo começou a partir do debate com profissionais que compõem uma equipe de Consultório NA Rua. Após três encontros, apostou-se em um processo a ser construído junto a uma pessoa em situação de rua muito emblemática para a equipe, com quem não conseguiam construir uma relação para o cuidado. Vários casos são difíceis de cuidar, mas esse usuário era muito difícil de acessar. Geralmente os moradores são muito expressivos, afetam demais seu entorno por conta de seu modo de estar na rua e a equipe conseguia fazer um projeto terapêutico para várias dessas pessoas. Mas não era o caso deste usuário, que não parecia disponível para o contato com a equipe, nem sequer conversava com as pessoas do entorno em que ficava. Ficava parado durante horas em determinadas esquinas, parecendo uma pedra ou uma planta. Foi então que a equipe elegeu essa pessoa para talvez compor o processo de usuário-guia.

O dia em que conheci Pedro<sup>1</sup>, fui junto com equipe e gestora do Consultório NA Rua. Primeiro se falou com uma senhora que vende lanches numa esquina. No entorno de um bairro abastado, havia ali próximo um mercado, banco, lanchonete, farmácia e *hostel*. A senhora nos disse que Pedro estava na outra calçada, talvez perto da farmácia. Atravessamos a rua muito movimentada. Será que era perigosa para ele essa travessia? Ele teria condições? Passamos “como quem não quer nada” (discretamente) para a frente da farmácia. Eu e a gestora ficamos um pouco afastadas para que dois trabalhadores chegassem mais perto e conversassem com ele. Eles falavam em um tom que, pela distância, não dava para ouvir. Depois apontaram para ele a nossa presença, dizendo que éramos da saúde e estávamos ali para saber se ele precisava de alguma coisa. Ele disse que não e nos despedimos, informando que viríamos em outro dia. Ao nos interrogarmos mais sobre ele, soubemos somente que ele era jovem, não falava muito, e quando perguntado sobre onde morava e sobre sua família, ele dizia que estava ali “esperando um amigo”. Quem era esse amigo? Logo de cara pensei em

<sup>1</sup> Nome fictício para preservar a identidade do participante da pesquisa. O nome Pedro significa pedra e foi assim a imagem que se falava: “ele fica ali parado feito uma pedra”. Ao mesmo tempo, para essa pesquisa Pedro é também alusão a Pero Vaz de Caminha (Pero = Pedro) que foi aquele que escreveu a Carta ao Rei de Portugal comunicando a descoberta do Brasil. Fica no ar a questão: será que Pedro Alvares Cabral queria descobrir as Índias ou era um chiste político?

“Procurando Godot”<sup>2</sup>, peça de teatro de Samuel Beckett, escrita no pós-guerra. É um teatro diferente das peças tradicionais. Há Vladimir, Estragon, Pozzo, Lucky e um garoto. Rubrica inicial:

Estrada, árvore, à noite (*Route à la campagne, avec arbre. Soir*). Em cena Estragon e Vladimir. Aparentemente esperam um sujeito de nome Godot. Nada é esclarecido a respeito de quem é Godot ou o que eles desejam dele. Os dois iniciam longo diálogo, só interrompido quando da entrada de Pozzo e Lucky. Lucky carrega uma pesada mala que não larga um só instante. O segundo ato desenvolve a mesma dinâmica. O cenário é o mesmo, apenas a árvore está um pouco diferente, agora com algumas folhas. Estragon e Vladimir iniciam sua jornada na espera de Godot. Surgem novamente Pozzo e Lucky. Pozzo está cego e Lucky mudo. Após sua partida, aparece novamente um garoto anunciando que Godot não virá, talvez amanhã. O diálogo final, que encerra o ato e a peça é o seguinte:

*Vladimir*: Então, devemos partir? (*Alors, on y va?*) (*Well, shall we go?*)<sup>3</sup>

*Estragon*: Sim, vamos. (*Allons-y.*) (*Yes, let's go.*)

Eles não se movem. (*Ils ne bougent pas.*) (*They do not move.*)

Como seria essa pessoa em situação de rua que é estática, quase uma pedra ou planta? De certo para mim também era uma situação um tanto “estranha”, um suposto “morador de rua” fixado em um local determinado e sem o horizonte da mobilidade.

No primeiro encontro com ele, ficamos muito surpresas, eu e a gestora do Consultório Na Rua, pois ele era muito jovem. Tinha o corpo franzino. Era negro, com os cabelos embaixo de um boné que, como as roupas, já mudara de cor. Também há tempos não tomava banho, além da sujeira, já estava com mau cheiro.

Em outro dia voltamos lá, dessa vez eu e a equipe<sup>4</sup>. Passamos o olho pelas esquinas e avistamos Pedro em outro lugar, em outra esquina, na marquise de um prédio. Pelo que vimos, ali era um lugar que ele consumava ficar, pois já tinha

<sup>2</sup> Filme: Esperando Godot, Filme baseado na peça homônima de Samuel Beckett. Direção Michael Lindsay-Hogg. 2001. 120 minutos.

<sup>3</sup> Inglês Reino Unido

<sup>4</sup> A partir desse momento o texto seguirá em terceira pessoa do plural. No processo da pesquisa, foram vários encontros entre pesquisadora e equipe. Pactuamos que eu sempre estaria no campo conforme a programação deles para estar com o usuário. Eu acabei sendo uma pessoa constante, mas a equipe alternava conforme a agenda dos trabalhos, assim ia mudando de profissional, mas sempre na reunião semanal se falava da programação e, quando tinha agenda com esse usuário, eu era convidada a participar.

até uma cor diferente na pintura das paredes, que estava meio suja, diferente de outras partes em tom mais claro. Possivelmente ele escolheu aquele lugar porque era uma parte da construção com certa proteção contra frio e chuva.

Mais uma vez nos apresentamos e perguntamos como ele estava. Ele disse que estava bem. Perguntamos se ele lembrava de nós e ele respondeu que sim. Perguntamos se ele havia comido. Mostrou uma lata de feijoada que havia ganhado. A senhora do cachorro quente emprestou o abridor de lata. Perguntamos se precisava de algo e ele disse não. Perguntamos se ele estava esperando alguém e ele falou que tinha um amigo. Perguntamos se esse amigo viria e ele balançou a cabeça que sim. Despedimo-nos e falamos que em outro dia voltaríamos. Ao sairmos desse encontro, guardamos em nosso corpo o impacto da sensação do encontro sem muitas palavras, mas que apesar disso, sim, era uma abertura para virmos outras vezes para construir uma relação com ele.

Diante desses encontros iniciais, a equipe e eu concordamos em intensificar visitas a Pedro. Organizamos uma programação pelo menos semanal, em que fôssemos em dias e horários diferentes para a rua ao encontro dele. Era uma tentativa de mapear quem eram as pessoas que construíam relação com ele. Como era o cotidiano dele nas ruas. Nessa construção de relação, também se exploraria alguma pessoa que fosse estratégica para ajudar no cuidado a Pedro. Também pactuamos que iríamos ficar junto a ele, mesmo que ficasse calado, mesmo que calados também. Como seria para ele e para nós essa sensação de ficarmos parados junto a ele?

Logo no início desse processo a equipe ficou sem carro. Parecia que “tinham quebrado nossas pernas”. Mesmo assim a programação foi acontecendo na medida do possível. Agendávamos e nos encontrávamos em algum lugar antes para trocarmos umas ideias e íamos todos juntos ao encontro com Pedro.

Outro dia, fomos eu e um Profissional Residente em Saúde Mental. Esse dia foi muito marcante, tanto para mim como para ele. Em uma esquina estava Pedro parado. Demos “Boa tarde”. “Podemos nos aproximar”. “Sim”. Perguntamos como ele estava. “Bem”. Novamente falamos que éramos do “Consultório NA Rua”, que estávamos ali para estar com ele para saber se ele precisa de algo. Ele disse que estava bem. De vez em quando olhava para o nada e saía um sorridente sorriso. Ficamos então ali parados por alguns minutos e ele sem falar nada. Ficamos sem falar nada.

Notamos que ele estava com um relógio na mão. Perguntamos se ele havia ganhado e ele disse que sim. Um amigo havia dado a ele. Perguntamos que horas eram. E ele ficou meio sem saber. Daí pegamos o relógio e notamos que estava parado. Perguntamos se ele sabia que dia da semana era aquele e ele parecia meio perdido, não falou nada. Mas ele disse o mês e o ano. Falou o bairro em que estava. Ficamos mais um tempo calados. Ele ficou calado. Daí as formigas começaram a subir nas nossas pernas e dissemos “Cuidado, as formigas!”. Daí ele percebeu que nós e ele estávamos próximos a muitas formigas. Na despedida, questionamentos: “Você quer que a gente traga algo? Algum jogo? Dominó? Dama?”. Ele disse “Xadrez”.

Foi muito importante a nossa conversa depois desse encontro pois o Residente falou de sua angústia de ficar parado ali no silêncio, numa esquina. Falei do elemento tempo. Tentei pegar esse gancho do relógio para saber se ele tinha ou não noção de tempo. E ele tinha sim certa noção de tempo. Até as plantas têm efeito do tempo por conta das estações do ano. Ele estava vivo também e o tempo parado do relógio quebrado podia ser uma pista a seguir. Agora aquela história de xadrez nos surpreendeu por ser um jogo elaborado e difícil. Como iríamos proceder diante desse pedido inusitado?

Outro dia fomos em outra composição e em outro turno. Antes de nos aproximarmos dele, um porteiro do prédio perguntou quem nós éramos. Explicamos e ele ficou feliz ao saber que Pedro estava sendo cuidado. Falou que se preocupava com ele, que era um menino muito jovem. Já havia oferecido para ele tomar banho no seu estabelecimento de trabalho, mas ele não queria. Falou que várias pessoas da vizinhança davam comida a ele. Havia uma senhora que sempre encomendava quentinhas<sup>5</sup> para ele. Mas ele não queria saber de banho e só ficava na rua. Explicamos ao Porteiro que estávamos acompanhando Pedro e falamos os contatos e explicamos que qualquer informação importante ele poderia deixar com a senhora do carrinho de lanche. Perguntamos a Pedro como estava. Disse que estava bem. Parecia mais receptivo, muito embora não conversasse muito. Ficamos um pouco parados ao lado dele. Depois nos despedimos e falamos que não foi possível conseguir o xadrez. Iríamos tentar outro dia trazer, para uma partida.

Em outro dia e horário diferentes fomos ao encontro de Pedro. Para a nossa surpresa ele não estava naquela esquina. A moça do ponto de venda falou que

parecia que ele estava na praia. Foi uma surpresa, pois em um dia perguntamos se ele gostava de tomar banho de mar e ele disse que não gostava. Fomos ao encontro dele, já comentando que para alguém que era uma “planta” ou “pedra”, até que ele preservava sua mobilidade, mesmo que circulando por quadras específicas de um mesmo bairro. Lá estava ele sentado no banco, de costas para o mar e vendo os carros passarem. Perguntamos como ele estava. Ele disse que estava bem. “Podemos sentar?”. Ele disse que sim. Explicamos que trouxemos uma surpresa: um jogo de xadrez. “Quer jogar uma partida?”. Ele disse que sim. Daí o Consultório NA Rua ficou um pouco dividido, duas pessoas se sentaram no chão e ficaram olhando as jogadas (essas sentadas não entendiam absolutamente nada de jogo, eu era uma dessas pessoas) e outra pessoa, o residente, jogou a partida. Foram então se passando os minutos e Pedro a jogar com o Residente. Peça ia, peça voltava. E eles lá, jogando. Parou ao nosso lado um vendedor ambulante. Ficou olhando por uns minutos e depois se foi, sem falar uma palavra. Depois uma família passeando com o bebê parou, olhou rapidamente e se foi. O residente e Pedro jogando, eu e a profissional do Consultório na Rua olhando os dois jogando. A brisa do mar nos nossos cabelos. Algumas peças balançando com o vento. Mas o jogo acontecendo. E o silêncio. Mas as peças iam lá e cá. Durou cerca de uma hora esse processo, o silêncio. O vento do mar. Eles jogando. Até que Pedro ganhou a partida. Depois ganhou outra. O tempo foi passando e chegou a hora de irmos. Falamos que foi muito bom o jogo com ele, que ele ganhou e nos surpreendeu. Perguntamos se ele precisava de alguma coisa e ele disse que não.

**No jogo de Xadrez, Xeque-mate** é a jogada que representa o **final da partida**. Nesta situação, o rei não pode ser coberto por nenhuma outra peça do jogo e nem se mover para nenhuma outra casa sem ser tomado por uma peça do adversário. Quando acontece apenas o “xeque”, o rei está ameaçado, mas ainda pode escapar. Mas quando ocorre o xeque mate, o rei está encurralado e por isso o jogo chegou ao fim. O xeque mate desse jogo entre a gente trouxe um deslocamento para outra perspectiva de cuidado no encontro. O xeque mate desse jogo nos deslocou para uma trama dos deslocamentos, das forças que estão em cada peça, mas, mesmo assim, são potentes quando estão em uma jogada. O Xeque-mate de Pedro foi o movimento de deslocar nosso olhar para com ele e ele perante o nosso olhar. Ele nos enxergava e nós o enxergávamos também, mesmo

5 Comidas prontas contendo uma refeição simples como arroz, feijão, macarrão e uma carne.

sem falarmos tantas palavras. Era o “acontecimento” enquanto virada para outro plano de possíveis.

Esse foi um dia foi muito especial pois nosso deslocamento foi intenso. Pedro era inteligente e ficou conosco jogando. Nossa relação com Pedro foi através do jogo. Ele também tem seus deslocamentos por entre as equinas daquelas quadras. Tem pouca coisa consigo. Só uma mochila, as roupas, mas consegue de várias pessoas o necessário para sua subsistência. Um dá quentinha, outro oferece um banho, outro deixa um dinheirinho para ele comprar alguma coisa que necessite. Conversando com o pessoal do entorno, também soubemos que tem uma pessoa que o ajuda com algum dinheiro para ele comprar comida. E ele vai comprar e só pede o necessário. Ele se desloca em poucos metros, mas o necessário diante de seu desejo. Ele é um estrategista do deslocamento, operando os traços conforme o necessário e conforme as peças que se apresentam a ele.

Certo dia partiram a agente social e a autora ao encontro com Pedro. Era de manhã. Ele estava em outra esquina, em pé, em uma calçada. Os pés estavam inchados e ele estava estranho, mais calado que o habitual. Dessa vez a abordagem foi um pouco mais direta, talvez pela peculiaridade da profissional do Consultório NA Rua. Ela falou com ele e perguntou se ela a reconhecia. Ela havia feito algumas ações com ele, mas entrara de férias e agora havia retornado. Ela explicou que também mudou o visual porque cortou o cabelo, mas era a mesma profissional que havia estado com ele anteriormente. Pedro disse que estava bem, mas com certa má vontade ao responder. Perguntamos se havia acontecido alguma coisa e ele disse que não. A agente falou que achava que os pés dele estavam inchados. Pediu para pegar nos pés dele e ele deixou. Ela pegou e de fato estavam inchados. Ela falou que não faríamos absolutamente nada que ele não quisesse. Ela perguntou se ele tinha se alimentado e ele disse que sim. Perguntou se ele queria água e ele não falou nada. Ela falou que tinha na bolsa um lanche ainda fechado e que iria deixar com ele. Em seguida apareceu um senhor na rua que dizia que ele era jovem, que podia estar em outra situação. Parecia que já conhecia Pedro há um tempo. Disse que tentou levá-lo dali para um tratamento, porque essa não era vida para um rapaz jovem como ele. Não era bom ele estar na rua pois corria riscos. A rua tem muitos riscos. Disse que pensou que ele poderia ir para uma instituição de saúde. Nesse momento nos dividimos, a trabalhadora chamou de lado o senhor

para saber de suas ações junto a Pedro e eu fiquei com Pedro conversando sobre amenidades, se ele estava bem, dormiu bem, se precisava de algo.

Continuamos a conversar com Pedro. A agente perguntou se poderia abrir sua bolsa. Se ele não quisesse, ela não faria, mas queria ver se estava tudo certo com a bolsa e os pertences dele. Para minha surpresa Pedro permitiu. Fiquei surpresa porque compreendia que aquela bolsa podia ser uma extensão dele e um movimento assim seria um tanto arriscado. Mas Pedro permitiu e ela fez essa ação na frente dele. Feito uma mãe, falou que não se coloca escova junto de roupa, porque pode ser ruim pois traz alguma sujeira para a escova. Ao sairmos de lá, dissemos que Pedro podia contar com a equipe do Consultório NA Rua, que eles iriam fazer apenas o que ele permitisse. Outro dia voltaríamos para saber como ele estava.

No caminho de volta, um porteiro de outro prédio nos abordou. Explicou que Pedro era um “menino bom”. Que ele também ofereceu para que ele tomasse banho lá no prédio. Várias pessoas do prédio também ajudam e que deixariam Pedro tomar banho caso necessário. Também já teve vontade de “pegar ele”, mesmo sem o consentimento, mas não o fez. A trabalhadora então explicou todo o trabalho do Consultório NA Rua e disse que estavam cuidando dele, mas que seria algo processual, construído gradativamente. Foi então que ela explicou o trabalho que desenvolviam ilustrando o caso do “Conheço Não” (já referido anteriormente). É muito delicado esse trabalho, precisa ser construído paulatinamente. Mas é possível, mesmo com tantas adversidades, situações complexas e com pessoas tão fragilizadas. O porteiro falou que entendeu o trabalho da equipe de saúde e se precisassem poderiam contar com ele.

Essa conversa entre a trabalhadora e o porteiro me intrigou. Mesmo que fosse diferente entender um trabalho como esse da atenção à saúde de pessoas em situação de rua, eles falam do trabalho referenciando a singularidade e a delicadeza do cuidado construído aos poucos e a cada encontro nas ruas. Mesmo em situações absurdas por não ter certa “lógica” eles vão (re) construindo os vínculos rumo ao cuidado. Cada caso é um caso e para expressar esse fazer, era importante referenciar os processos de cada linha de cuidado construído nas ruas. E qualquer apoio possível seria estratégico. Assim, mesmo que a equipe tentasse correr atrás de saber da história de Pedro, de onde ele vinha, porque estava nas ruas, quem seria esse tal amigo que ele sempre esperava, se era o Conselheiro Tutelar envolvido no processo

de tentar construir laços familiares (até essa informação a equipe havia conseguido na relação com Pedro), todo esse caminho se constrói ao caminhar. Esse modo de fabricar cuidado é uma aposta na linha de cuidado singular. Cada usuário em situação de rua vai apontando vários pontos de apoio construídos nas ruas, pontos tão anônimos e espalhados, não tão semelhantes a uma família situada numa casa, em um endereço, mas presentes no território vital e na solidariedade.

Também aqui nesse momento lembrei que esse falar sobre o cuidar na rua, que fala de novo, de novo, de novo... dialogando com tantas pessoas que atravessam esse cuidar também parecia com o meu fazer de cartógrafa cujo método é o encontro. O caminhar rumo ao usuário-guia é estar sempre falando de novo...de novo... e de novo sobre o que é essa pesquisa interferência. Mesmo porque cada fala não significa necessariamente o efeito necessário ou desejado, pois depende dos sentidos que faz para o outro. Então é preciso estar sempre aberto ao recomeço. Muitas pessoas passam e deixam um pouco de si na construção de um cuidado que segue até onde se possa seguir com a pactuação, sobretudo com o usuário, e também com apoio de tantas pessoas afetadas por ele.

Outros encontros, outras partidas de xadrez foram uma marca de diálogo entre os cuidadores, os técnicos de referência, pois a equipe era referência e não um só trabalhador. Também outros profissionais residentes acessaram Pedro em seu processo de formação em serviço.

Em um desses caminhos do Consultório NA Rua junto a Pedro, houve a tentativa de acionar o CAPS de área que pudesse cuidar de Pedro nas ruas. Foram várias idas e vindas da equipe do Consultório NA Rua para acionar uma visita de algum profissional do CAPS para uma primeira escuta de Pedro na rua e ajudar a construir um processo de cuidado a partir do lugar em que sua vida era produzida. Também havia preocupação clínica pois não se tinha conhecimento de seu estado. Havia vezes que Pedro ficava horas em pé, ou relatavam que em várias noites ele ficava sem dormir parado por horas nas esquinas. Mas durante vários meses a equipe do Consultório Na Rua não conseguia acessar o CAPS. Também tentaram acionar algum médico da unidade básica que a equipe contava como ponto de apoio, recebendo como resposta que “visita” não estaria nos serviços ofertados. A equipe até relatou que em um desses processos de idas e vindas chegaram a entrar em um movimento em que a orientação “da rede” foi realizar uma internação

em um hospital psiquiátrico para que Pedro pudesse ser avaliado clinicamente e por especialistas da psiquiatria (!!!). A pressão do momento foi tão impactante que eles se viram caminhando por essa via, mas acabaram recuando no próprio processo. Os atravessamentos e capturas de forças molares são mesmo silenciosos, ao mesmo tempo em que há um escapar nessa trama de forças micropolíticas.

Tantas foram essas idas e vindas, que a gestora acabou construindo uma possibilidade de contato na rede de atenção psicossocial por meio de um hospital geral com leitos psiquiátricos, os chamados leitos integrais em hospitais gerais. Foi então promovido um encontro envolvendo uma apoiadora da Secretaria de Saúde de Recife, que atua na gestão desses leitos integrais, profissionais do Hospital Geral com leitos integrais para saúde mental, gestora, trabalhadores e Residente do Programa de Residência em Saúde Mental da SESAU e eu também fui convidada, por estar nesse processo de interferência para construção de cuidado integral para Pedro. Foi muito interessante a construção desse espaço de diálogo, produzido em um movimento instituinte para um cuidado e um analisador importante foi que nesse espaço não havia representante do CAPS de referência na área de Pedro. Essa lacuna foi apontada na conversa.

Em um primeiro momento, a apoiadora dos leitos integrais explicou como era sua construção no campo da saúde mental. Há um hospital geral na rede de saúde de Recife que possui leitos integrais para saúde mental para casos em que há uso abusivo de álcool ou outras drogas, que foi definido assim pelo perfil tecnológico de profissional e perfil hospitalar. Há outro hospital geral que tem leitos integrais em saúde mental para casos de crise psiquiátrica. A reunião ocorria nesse segundo hospital. Se o CAPS não conseguia ir, talvez o usuário pudesse acessar um hospital geral com leitos integrais para casos como o dele.

A reunião foi muito significativa porque as pessoas puderam ouvir a Equipe do consultório NA Rua falar de Pedro. Discuti-se o porquê de não conseguirem acessar o CAPS que não saia para uma visita na Rua para conversar e construir possibilidades de cuidado singular para Pedro na rua. A equipe pontuou ser responsável por Pedro e estar buscando construir esse cuidado na rua; vinham percebendo uma mudança na relação com ele, já estava sendo construído um vínculo, mas necessitavam de ajuda para que Pedro tivesse um cuidado integral: por que ele não dorme? A perna inchando seria sinal de algum problema clínico? E as

dificuldades de comunicação teriam alguma relação com processos produtivos de seu adoecimento mental? Pedro não é uma psiquê parada nas esquinas, ele tem um corpo que não é sequer tocado para exames clínicos? Por que a rede não está junto com o Consultório Na Rua para construir um projeto terapêutico para Pedro?

Várias pessoas nesse encontro puderam falar dessa dificuldade de acesso para alguns casos “silenciosos” da saúde mental. Muitas vezes o louco que quebra tudo, que barbariza no seu acontecer-surto chama atenção dos serviços que se “mexem” de alguma maneira para construir alguma via de atenção. Mas quando há alguém como Pedro, que fica parado e silencioso, quase uma planta, esses ficam sem ser vistos. Os serviços são acionados pelo surto-acontecimento, mas diante da pessoa silenciosa, eles não se mobilizam, a não ser que haja uma família barulhenta, senão eles possivelmente não vão ao encontro dessas “pessoas-vegetais-minerais”. E o que é mesmo “situação de crise”? Será que está relacionada a situações do “Louco muito louco” que vai quebrando tudo, os demais casos são invisíveis, pois não incomodam ninguém.

A apoiadora dos leitos integrais em hospitais gerais para saúde mental reconheceu que o cuidado está sendo processado nas ruas e a equipe do Consultório na Rua é a equipe de referência para cuidar de Pedro. Foi construído um processo de cuidado e vínculo entre Pedro e o Consultório. Contudo, situou ser preciso tensionar o CAPS para que se mova ao encontro de Pedro na Rua. Também contextualizou que o CAPS tem um papel importante nesse cuidar em RAPS. Pedro não tem perfil para vir ao hospital geral com leitos integrais para saúde mental porque esse deslocar dele do lugar onde ele está, na rua, poderia até prejudicar o processo de cuidado em construção e caminhando a passos largos, pelo que se ponderou no grupo. Os equipamentos da RAPS tem que ir para as ruas cuidar também quando necessário.

Ela, em sua experiência em saúde mental, lembrou que esses casos de pessoas com algum transtorno mental que não fazem nada do acontecer de crise acabam ficando à margem de qualquer cuidado. Ele lembrou do caso de uma jovem mulher, que ela atendeu em um hospital, que estava com graves problemas no útero, em estado muito grave de infecção. Esse relato foi muito comovente, é como se o sofrimento mental silencioso tivesse chegado à via mais dolorosa a ponto de comprometer uma parte tão emblemática do corpo daquela mulher, que implodia

em sofrimento. Mesmo ela tendo passado por vários serviços de psiquiatria, o seu corpo era invisível. A apoiadora ainda pontuou que em muitos casos de internação psiquiátrica, o corpo é esquecido. Onde fica a integralidade do cuidado na saúde mental? O corpo é mais um chiste para a saúde mental tal como a integralidade.

Foi importante aquela conversa, por ser um espaço de diálogo e construção de conhecimento para operar algum caminho de cuidado para o prosseguir de Pedro nessa rede. O CAPS seria pressionado para participar desse cuidado na rua que já é operado pelo Consultório Na Rua. Também se aproveitou que havia uma residente em saúde mental para que ela, em seu processo de trabalho, também buscasse abordar Pedro no sentido dos primeiros elementos para o olhar para esse corpo na rua.

Uma das últimas ações junto a Pedro foi um encontro em que eu pudesse agradecer e me despedir dele, falar da potência do encontro, que aprendemos muito com ele, que eu gostaria de desejar felicidades. A equipe continuará o cuidado *com* ele, mas eu não estarei lá. Foi muito importante esse momento que a equipe promoveu. Foi breve e intenso. Queria dar um presente de agradecimento e ao mesmo tempo que o presente fosse um dispositivo-ponte para outros encontros. Ele que já é tão presenteado pelos anônimos das ruas, seja com roupas, escova, um trocado para o lanche, também poderia usufruir de um presente-ponte-para-encontros.

Nesse dia chegamos de tarde, ele estava em uma esquina, sentado, com o olhar no horizonte, por entre os carros indo e vindo. Passou um filme na minha cabeça, do primeiro dia, do encontro a beira mar, da virada de nossas vistas sobre ele que nos surpreendeu e nos mudou a ponto de provocar outras possibilidades de cuidado. Até em casa, quando chovia muito eu pensava nele, que poderia estar na chuva, mas ao mesmo tempo confiava na astúcia do jogador.

Mas antes, uns antecedentes:

Em um dos encontros para fechamento do campo se propôs que os trabalhadores e gerente do Consultório NA Rua, pesquisadores locais da RAC Recife, trouxessem alguma “coisa” que falasse de Pedro nos processos que ele gerou em cada um e em nós. Com esses objetos construiríamos um diálogo sobre como nosso coletivo compreendia esse trajeto rumo ao objeto redes em saúde a partir de múltiplas perspectivas.

No dia do encontro, uma caixa sobre a mesa, cada um foi falando do seu objeto. A gestora foi a primeira a falar. Trouxe o prontuário de Pedro, que

é um objeto de uso cotidiano no processo de trabalho do Consultório NA Rua, mas as informações ali contidas não levavam a quem era Pedro. Construir um caminho com Pedro foi muito intenso, desde o desafio da escolha de que ele seria o usuário-guia do Consultório, até os caminhos e descaminhos que tiveram que ser enfrentados em todo o processo. Essa perspectiva gera questionamento: Como construir dispositivos do cotidiano do trabalho que tragam essa dimensão das afecções para ampliar os modos de caminhar do usuário em redes vivas?

A outra técnica, psicóloga, afetuosa em vários momentos desse trajeto com Pedro, trouxe uma figura de uma árvore com diversas partes de imagem de papel, que articulados configuravam uma árvore. Disse gostar muito dessa árvore, que lhe foi dada por uma irmã e que fica em local de destaque em sua sala de casa. Abrindo a tal árvore ela foi lembrando dos primeiros contatos com Pedro, que era um usuário intrigante por ser diferente. Com os demais usuários, eles conseguiam construir um território de diálogo e ação, com Pedro, parado na esquina e calado eles não estavam conseguindo agir. Era tamanha a frustração que foi consenso a escolha de Pedro para usuário-guia. E como ele surpreendeu a todos quando escolheu o xadrez para jogar conosco. Mais ainda quando foi por meio do jogo que se pôde fabricar um espaço de troca *com* ele (grifo da autora)

O outro profissional lembrou que foi um desafio escolher um objeto que falasse de Pedro e do nosso processo construído com ele. Falou que em semanas anteriores havia estado em um espaço com Antônio Nery, uma das referências para ações e teorizações sobre redução de danos. Explicou que Nery estava em uma sala repleta de várias pessoas de diferentes serviços que trabalham com saúde mental e com redução de danos e, primeiramente, pediu para que as pessoas escolhessem uma pessoa, por consenso de todos, reconhecida por desestabilizar a rede de saúde mental (lembrei logo do desafio da escolha do usuário-guia). Depois do alvoroço, os trabalhadores elegeram uma usuária com muitos problemas de saúde mental, drogadição, desestruturação familiar e social, que circulava em vários serviços, sem que soubessem o que fazer com ela. A partir dessa escolha, ele perguntou “quem é essa pessoa? quem é ela?”. Daí os trabalhadores foram falando que ela tinha problemas de drogadição, que tinha um quadro de (citaram nosografia), que participou de tal e tal ação em um determinado serviço...O palestrante-provocador então falou “Vocês falaram sobre o adoecimento dela, sobre as ações desenvolvidas

nos serviços de saúde e tantas outras coisas, mas vocês falaram quem é fulana?” Diante dessa provocação que inquietou esse grupo de trabalhadores e gestores, o profissional do Consultório, consigo mesmo, lembrou de Pedro.

Ele então resolveu trazer um envelope para falar de como foi essa “aventura” de construir um processo de cuidado com Pedro rumo a redes vivas em saúde. A forma como Pedro chegou ao Consultório NA Rua foi como um envelope que chega nas mãos de uma pessoa, alguém remete a um destinatário alguma coisa. Tal sensação era como um despacho, uma entrega. Diante desse envelope, quando aberto, havia um papel em branco. As pessoas não sabiam quem era Pedro, nada escreveram sobre a relação construída com ele. No final desse processo com Pedro, aos poucos puderam construir outras possibilidades de cuidado e sobretudo estavam construindo um cuidado na rua.

Diante do desafio do objeto que falasse de Pedro pensei nos diferentes planos de sensações que ele provocou em mim. Primeiro por ser uma pessoa em situação de rua que alguns consideravam como uma “planta” ou “pedra” parado em uma esquina. O meu devir-nômade não conseguia entender aquela imagem. Depois, no silêncio como um território de encontro<sup>6</sup>, só por estar lá. Se ele era visto como planta, então vamos ficar lá parados como planta também. Mesmo que eu seja nômade, o silêncio e o estar parada eram estratégias que valiam a pena pelo possível encontro com Pedro. Daí veio o relógio com ponteiros que não andavam, as formigas subindo na gente, o xadrez, o jogo na beira mar e o xadrez.

Eu, pesquisadora em interferência no encontro com tantos olhares, levei uma espécie de caderninho com diferentes tipos de papéis (carbono, papel seda, papel ofício, lixa, celofane, papel madeira, folha de emborrachado E.V.A com purpurina, papel cartonado, papel transparente, alguns tipos em diversas cores). Esses tantos papéis buscavam fazer referência aos caminhos que percorremos para acessar Pedro com tantas capas de crostas de proteção impressas na pele.

Falei que foi uma grande aventura esse processo construído com a equipe do Consultório NA Rua no encontro com Pedro. Fui muito afetada pelos atravessamentos dessa vivência. Acabei me deparando com isso tudo um momento de já de fechamento de um processo de investigação, o meu doutorado e a RAC, e esse momento traz

<sup>6</sup> Essa estratégia de ficar perto só por ficar partiu de Laura que lembrou de um caso em que o encontro entre um profissional de saúde e uma pessoa com transtorno era quando o profissional se sentava e a pessoa ficava pegando em seus cabelos durante minutos e minutos. Essa cena se repetiu por tantas vezes até que um dia algo diferente aconteceu.

um turbilhão de afetos. Ficaré saudade da convivência com a equipe, as conversas anteriores a ação com Pedro e as posteriores em um café na esquina próxima à área de Pedro, o dividir o táxi para irmos juntos conversar com o pessoal do Consultório DE Rua, a saudade do carro e a indignação por terem “cortado nossas pernas”, mas sem conseguir, pois construímos juntos outras possibilidades.

Lembrei da estratégia de irmos em diferentes momentos do dia e início da noite para chegar até Pedro. Assim as crostas de Pedro foram assumindo outras cores e sensações. Crosta é para proteger. Para se misturar ao ambiente, em mimetismo, as crostas servem, mas não significa que Pedro não tenha outras cores em seu estar naquelas esquinas. Daí o plano de vários horários de visita para o encontro foi potente e pudemos construir outras vias de tempo-espço diante dessa pessoa- aparentemente imóvel. Daí a necessidade de papéis de várias tonalidades e texturas, pois foi assim que as tonalidades e texturas de Pedro me afetaram.

Agora o compromisso da escrita acadêmica de levar esses atravessamentos e afetos a uma encadernação que articule conceitos vivos era um compromisso de compartilhar na academia, em rede de produção, os afetos e efeitos dessa pesquisa interferência. Por isso também encadernei os papéis, os planos e os papéis foram de muitas texturas e afetos e eu estava no desafio da escrita do muito do que vivi e vivemos. Meu “tesear” assumia um compromisso ético-estético-político com Pedro, com eles e com os demais que contribuíram com essa produção. Os planos são amplos, mas há o molar e molecular em incessante luta de forças no cotidiano micropolítico da vida. Escrever algo, encadernar escritos, também é uma aposta micropolítica, também é colocar o território dessa tensão do molar e molecular na produção de conhecimento.

Também mostrei o jogo de xadrez como um dispositivo de abertura ao encontro, possibilidade aberta por meio do encontro. O xadrez, eu continuo sem ter muita paciência para jogar (prefiro outros jogos), mas visualizo a potência desse dispositivo para outras alternativas de encontro. Daí mostrei um jogo de xadrez pequeno, que comprei pensando nessa vivência das redes vivas nas ruas. Esse jogo era o que eu queria era entregar a Pedro quando fosse fazer a despedida e agradecimento em nome dos estudos.

Em outro dia a equipe agendou nossa ida para uma visita a Pedro. Chegando lá falamos boa tarde. Ele disse boa tarde. Mesmo ainda reservado, era um outro

Pedro. Apertava a mão e arriscava olhar sorrateiro para a gente. Perguntamos se estava tudo bem e ele disse tudo bem. Depois perguntamos da bolsa dele e ele disse que jogou fora. Apontou para um bueiro na mesma equina. Fomos ver e lá estava a bolsa dele. Ele agora não tinha nem a bolsa. “Por que jogou a bolsa?” e ele calado. Perguntamos se ele tinha comido e ele disse que sim. Perguntamos se ele gostaria de falar da história da bolsa e ele falou que não. Daí falamos umas frivolidades, sobre o tempo e a rua. Depois eu disse que era meu último dia junto à equipe do Consultório NA Rua, que aprendi muito estando com a equipe que cuidava dele. Ele nos ensinou muito e eu gostaria muito de agradecer. Assim havia trazido um presente especial para ele: um jogo de xadrez pequeno, que cabia no bolso, parece até que eu estava adivinhando, pois ele poderia naquele momento colocar o jogo no bolso para não perder. Além de pequeno, o jogo também tem as peças de imã, assim as peças não iriam sair voando com o vento atrapalhando as jogadas. Ele ainda poderia usar o jogo para convidar as pessoas para algumas partidas. Foi um momento muito legal pois ele logo pegou o jogo. Fui abrindo e mostrando essas características: pequeno, imã, tabuleiro dobrável e facilmente levado no bolso. Para a nossa surpresa, era o primeiro dia que dois Residentes de saúde Mental da SESAU estavam lá e um deles jogava xadrez. Ótimo, porque nem eu e nem o pessoal do Consultório que estávamos ali sabíamos jogar. Então Pedro foi jogando, a gente sem entender muito o que estava acontecendo, eles foram jogando e Pedro ganhou...depois outra partida e Pedro ganhou de novo. Rimos juntos dessa perspicácia de Pedro que surpreendeu o Residente. Muito bom uma despedida marcada por risos em uma partida em que o jogador ganha o xadrez, mas todos ganham no encontro.

Se o amigo dele virá? Não sabemos quem era o amigo, só sei que ele depois não mais falou do amigo. No último encontro que tive com os colegas do Consultório Na Rua para a construção de escritos da RAC, soube que a residente enfermeira estava começando a construir um acesso ao corpo de Pedro, acesso no sentido de examiná-lo. Disse para mim, que Pedro ainda estava com o jogo, muito embora ainda estivesse sem bolsa, mas possivelmente guardava o pequeno tabuleiro no bolso mesmo. E nesse diálogo, uma das técnicas não sabendo de onde havia vindo o joguinho de xadrez, perguntou a ele - “quem deu?”: “uma grande amiga minha”. Todos nós nos olhamos nesse momento e meu coração ficou cheio

de felicidades. Sei lá o que vai ser desse doutorado ou dessa RAC, mas aprendi que naquelas quadras, sem saber jogar, tudo valeu a pena pelo encontro. Aquelas quadras são mesmo atravessadas pelo rizoma dos tantos amigos que podem cuidar fora de muros, mesmo quando se adota algumas quadras na espera de um amigo que não vem, mas tantos outros passam...passam...passam...e deixam um pouco de si naquelas esquinas.

Nas jogadas do xadrez, xeque mate é do rei, mas que só é rei por tantas peças e por tantos movimentos por entre tantas peças e tantas jogadas. Nem sempre o que se vê parado está estático, pois há deslocamentos promovidos em pequenos e quase imperceptíveis encontros. Assim Pedro nos deslocou, assim como nós o deslocamos. Os rizomas vão acontecendo.



## CAPÍTULO 4

### REDES VIVAS DELINEADAS EM BOLHAS DE SABÃO

Os escritos a seguir buscam um movimento de antropofagia das diferentes perspectivas do debate em torno de Modelos de Atenção à Saúde para colocar em análise todo esse vivido no campo.

Tal movimento antropofágico de se apropriar e incorporar o tradicional, clássico e vigente para a produção de algo novo é algo que marca a fundação do Brasil, reflexão em debate sobre “Antropofagia Zumbi” construído por Rolnik (2005), que aborda essa força antropofágica que atravessa o país desde sua formação.

Assim foi nos primórdios do Brasil, quando o Bispo Sardinha e argonautas portugueses acabaram sendo devorados pelos índios dessa Terra de Pindorama. Esse devorar ocorreu para que os índios se apropriassem da força do bravo guerreiro invasor. Em contrapartida, a autora também pontuou que houve outro desbravador/invasor alemão que foi capturado pelos índios, mas estes decidiram não o devorar porque o estrangeiro demonstrou medo e os índios não queriam se contaminar com essa “não-força” que paralisa.

Essa antropofagia cultural acabou influenciando vários movimentos das artes no Brasil, seja na década de 1920, com o Movimento Modernista, e depois com o Tropicalismo, nas décadas de 1960/70, caracterizados pela irreverência crítica atravessada pela hibridização de mundos e produções culturais.

A autora então pondera sobre movimento de *antropofagia reativa* e *antropofagia ativa*. A primeira relacionada a movimentos micropolíticos do Capitalismo que se apropria do novo para transmutar a necessidade de consumo do capital, enquanto a antropofagia ativa está relacionada à construção de uma linguagem que devora o velho, integrando-o a algo novo.

Na antropofagia reativa, o micropoder capitalístico, a sensibilidade é objetivante, voltada para algo a ser consumido, enquanto na antropofagia ativa,

a sensibilidade vibrátil se volta ao *devoir* disparado pela presença viva do outro. A antropofagia reativa é neoliberal e zumbi e, enquanto a antropofagia ativa está no território da criação, do *devoir*.

Trazendo o tema redes em saúde, nas Portarias ou Decretos até encontramos conceitos como “acolhimento” e “cuidado integral”, mas os dispositivos propostos disparam no agir cotidiano um aprisionamento burocrático das ações e serviços de saúde. Nessa antropofagia reativa de incorporar conceitos, pasteurizando e distorcendo, sem trazer a implicação de várias produções e subjetivações para redes que se relacionem com a vida das pessoas, vai-se minando e descaracterizando a saúde enquanto princípio ético a ser defendido por todos e para todos.

Desde o início da proposta desta tese, em 2012, até o momento de seu fechamento em 2016, cada vez mais, houve uma desterritorialização do caminhar diante das tais redes de saúde. No início do estudo procurei resgatar vários referenciais bibliográficos sobre os modos de articulação entre serviços, em que vários elementos argumentativos enveredavam para o debate sobre “Modelos de Atenção em Saúde”. Contudo, parece que esse objeto foi ficando cada vez mais distante do cotidiano das pessoas que compõem as ações e serviços de saúde. Parece que o modo como se fabricaram as políticas e os agenciamentos que elas produziram, mobilizaram nos serviços capturas das diferentes proposições de Modelos a uma lógica protocolar de uma antropofagia zumbi em sua forma de operar as ações e serviços de saúde.

Na própria Estratégia de Saúde da Família, apontada como “ordenadora do cuidado”, houve, no discurso, uma incorporação de vários preceitos de promoção, prevenção e assistência à saúde; também acolhimento e classificação de risco viraram elementos protocolares ou ações instituídas da triagem. Mas, no cotidiano, não é raro em vários espaços denominados “acolhimento” reconhecer-se muito mais triagem, em que o outro é visto a partir de um olho retina, capturado apenas pelas nosografias e protocolos. E a integralidade parece apenas um item que diz muito e não diz nada, podendo ser uma alínea em algum processo de judicialização nos caminhos de um usuário com uma demanda a ser atendida, ou sendo pensada na prática como elemento utópico que não será atingido.

E como “engravidar” esses conceitos de modo a construir novos territórios de produção de vida? Durante este processo, viver o caminhar deste estudo peripatético trouxe a reflexão de que é necessário revisitar os referenciais teóricos

e os movimentos de disputas e capturas para reconhecer como foi produzido o debate em torno do objeto redes de saúde, mas é mais importante construir territórios em que se possa trazer para a vida essa construção cotidiana da rede no território micropolítico. Nessa antropofagia criativa é preciso incorporar elementos molares em tensão com os moleculares, é estratégico apostar em um movimento de encontro no cotidiano das pessoas.

Esse processo, por trazer um movimento de encontro com as redes a partir do usuário-guia, acabou virando de cabeça para baixo minha reflexão. A partir da radicalidade de uma cartografia em que o caminhar vai construindo as análises, atravessada pelas tantas pessoas pelo caminho, trouxe outra forma de ver, outras visibilidades – de olho vibrátil no encontro com tantas subjetivações. Assim, a radicalidade do encontro foi produzindo outra forma de buscar e usar os conceitos. Cada caminho percorrido para encontrar cada usuário também trouxe platôs analíticos cujos afastamentos e aproximações permitiram algumas visibilidades de redes quentes (redes vivas) ou redes frias (protocolares).

O *usuário-guia* foi um dispositivo desterritorializante. Coloca em questão, em xeque, o porquê de existir os serviços de saúde e, mais ainda, quando nos possibilita interrogar que as pessoas envolvidas nesses serviços nem sempre (na maioria das vezes) constroem juntos caminhos em rede viva. Assim, o usuário também pode estar marcado pela nosografia, capturada pela molaridade de diagnóstico e demandas de tratamento reducionista, desconsiderando a multiplicidade de vida que há em toda vida em acontecimento.

Independente de qual seja seu desejo, marcado por diferentes questões, como ele é considerado na produção de Projetos Singulares? Qual o projeto de vida se pode produzir em uma rede de cuidado?

Nos diferentes territórios percorridos e, na medida do possível e do encontro micropolítico, alguns processos de cuidados desafiadores colocam em questão a integralidade do cuidado no SUS: saúde mental e saúde à população em situação de rua. Esses dois territórios de cuidado interrogam as tecnologias de saúde a que profissionais, gestores e trabalhadores, recorrem, mas que não fazem sentido para esses usuários em vários momentos.

A pessoa em situação de crise mental “acontece”, vai abrindo caminho para um território do que não é compreensível e enquadrado em nosografia ou protocolo

maquínico. Numa crise, não adianta saber qual classificação da doença, mas o que a pessoa reverbera nesse processo na relação com outros que estão com ela nesse processo do cuidar. Numa crise, saber que o sofrimento pode estar alucinando ou delirando, ou apaticamente capturado numa depressão, é um elemento que entra na trama do cuidado, mas o corpo a corpo entre cuidadores e pessoas em processo de cuidado é que pode produzir território de cuidado vivo ou não. Muitas vezes o que não é dito é o mais importante a se considerar, o que se sente nos corpos em ação acessa algo do acontecimento que traz uma potência para o novo.

Assim também é a pessoa em situação de rua, que é nômade em sua relação com o território, com projeto de vida tão dinâmico como é a rua em sua micropolítica, das pessoas em suas diferentes esquinas, becos e vielas, sombras e sobressaltos.

Ao olhar para esses espaços da crise em saúde mental e da população em situação de rua, o SUS oportuniza um avanço considerável ao potencializar diferentes equipamentos para a RAPS, destacando-se Consultório De Rua e a Política de Redução de Danos, pois a vida vale ser vivida, nem que seja por um fio, mas por um fio se pode tecer redes vivas. O CAPS também traz a potência de ser equipamento de saúde inspirado na Reforma Psiquiátrica, pois toda vida tem a potência do acontecimento. Assim, no caminhar nômade e nessa cartografia é potente anunciar: “nenhum passo atrás, manicômios nunca mais”. Ao mesmo tempo em que se aponta a necessidade de se mapear ações “manicomializantes” nesses serviços substitutivos, pois manicômios não são apenas muros de concreto armado, antropofagicamente dentro das pessoas que apenas olham pelo olhar-retina preso à doença.

Também o Consultório na Rua é dispositivo de potência, uma vez que abre um território de mistura entre as demandas de quem está em situação de rua e a Estratégia da Saúde da Família e seu território. E várias vezes a própria equipe se torna nômade, acompanhando o usuário, articulando projetos com vários serviços, a depender da necessidade, vinculação e contrato entre equipe e usuário. Nesse sentido, quando Pedro foi um caso a ser debatido com o hospital geral com leitos de atenção integral, há que se destacar a potência do diálogo entre diferentes perspectivas em torno da construção de um projeto para além do Consultório Na Rua, mas envolvendo-o como agente mais diretamente em diálogo com Pedro, que isoladamente não daria conta das demandas desse sujeito.

Esses dispositivos deslocam para o território micropolítico a construção do cuidado, que toma o usuário como interlocutor indispensável para se reconhecer desejos, potências e capturas. Nesses espaços, o olho retina, preso ao plano formal, marcado pelos a priores, que nega o outro como sujeito, é tensionado às visibilidades e “dizibilidades” captadas pelo olho vibrátil, pela sensibilidade, pelo corpo afetado no encontro.

### **Bolhas de Sabão: interferência para provocação de encontros em Redes Vivas**

Diante de tantos processos e afetos vivenciados nesta cartografia, algumas análises foram reposicionadas para outro plano de construção de conhecimento. Mas essa virada ocorreu diante de uma imagem: bolhas de sabão. Um primeiro contato com a bolha de sabão e sua potência foi diante do texto “A estrutura de bolha de sabão” de Lygia Fagundes Telles. Trata-se de um conto que retrata o reencontro de uma jovem com um antigo amor, que está em situação de grave adoecimento, à beira da morte. O tal homem é um físico e estuda a estrutura da bolha de sabão:

*A estrutura da bolha de sabão, compreende? Não compreendia. Não tinha importância. Importância era o quintal de minha meninice com seus verdes canudos de mamoeiro, quando cortava os mais tenros que sopravam as bolhas maiores, mais perfeitas. Uma de cada vez. Amor calculado, porque, se me afobava, o sopro desencadeava o processo e um delírio de cachos escorriam pelo canudo e vinham rebentar na minha boca, a espuma descendo pelo queixo. Molhando o peito. Então eu jogava longe o canudo e a caneca. Para recomeçar no outro dia, sim, as bolhas de sabão. Mas e a estrutura? A estrutura – ele insistia. E seu gesto delgado de envolvimento e fuga parecia tocar, mas guardava distância, cuidado, cuidadinho, ô a paciência. A paixão (TELLES, 1978).*

E em um movimento de tentar compreender as tais bolhas de sabão, cheguei a um documentário “A ciência da bolha de Sabão”<sup>1</sup>, um vídeo do Instituto de Tecnologia

<sup>1</sup> Vídeo disponível na internet.

dos Estados Unidos da América – Massachusetts Institute of Technology (MIT). Nesse vídeo uma astrofísica explica de maneira muito didática a importância do estudo da bolha de sabão para a matemática, física e química, arquitetura e biologia. Impressionante a relação de algo tão simples com tantas ciências. Um dos conceitos que situam a dinâmica das bolhas de sabão está no conceito de *tensão superficial* da água que quando misturada a substâncias presentes no sabão, desencadeiam o fenômeno da *interferência* presente na bolha de sabão.

Assim, na água sem mistura as moléculas são iguais, a força e atração entre as moléculas são iguais e atravessam todas as direções. Como consequência, a força resultante entre as moléculas de água é zero. Nada acontece. Assim, na superfície da água, há atração entre moléculas superficiais que se disponibilizam de modo a formar uma *tensão superficial* entre moléculas de água em contato com o ar da atmosfera da terra, fenômeno responsável pelo não afundamento de corpos mais densos que a água. Para manter essa tensão há uma força elástica na superfície da água, formando uma espécie de “pele da água”, que permite que um objeto mais pesado que a água flutue. Porém, quando se coloca detergente nessa água com um objeto flutuando, imediatamente ele afunda. Numa bolha de sabão a tensão entre molécula de água misturada a outras moléculas do sabão provoca interferência, que altera essa tensão superficial da água.

Essa dinâmica das bolhas de sabão inclusive ajudaram a pensar a dinâmica de trocas gasosas que ocorrem nos pulmões, uma vez que se identificou que a tensão nas paredes dos alvéolos pulmonares alterada com a presença de substâncias (surfactantes), faz com que os alvéolos se encham e se esvaziem. Na arquitetura há catenóides e os helicoides, que lembram molas, também têm relação com fenômeno das bolhas de sabão. Arquitetos, ao observar experimentos com bolhas de sabão, pensaram na estabilidade para alguns desenhos arquitetônicos. Todos esses são exemplos da potência das *forças intermoleculares*.

Outro fenômeno de destaque nos estudos das bolhas de sabão está o das cores, pela relação entre luzes e ondas. Uma onda é uma perturbação que viaja no tempo e espaço e a luz é uma onda. A depender da direção que a onda assume, há uma determinada visibilidade para uma determinada cor. As cores enquanto expressão de ondas são um fenômeno de interferência, e isso é possível observar na dinâmica do furta-cor presente ao observarmos as bolhas de sabão. Nessas

ondas podem acontecer interferências construtivas ou destrutivas, a depender do encontro entre diferentes ondas, aquelas na mesma direção podem ampliar a onda, enquanto ondas contrárias podem anular o movimento.

Todo esse resgate relativo às bolhas foi para apontar para a importância da interferência para produzir movimentos, buscando relacionar tal dinâmica à tensão micropolítica na construção de linhas de cuidado. Em outras palavras, trazer essa dimensão das interferências que atravessam a produção de redes vivas, é apontar para as disputas entre forças molar-molecular no território micropolítico. É buscar entender quais as forças atravessam o cuidado provocando determinado desenho nas relações micropolíticas.

Seguir usuários, buscando que se tornassem guia, foi se deixar atravessar pelos vários olhares, buscando certa composição de forças rumo a redes vivas. Esses usuários interferiram muito no processo de construção de uma linha de cuidado provocando tensionamentos de forças que levasse a construir determinado caminho. E por isso a importância de se aproximar de tantas e tantas experiências sobre esse processo de cuidar, buscando a construção para a multiplicidade da vida em seus tantos *devires*. Essa multiplicidade é como as cores da bolha de sabão, em tensão entre molar-molecular, no lusco-fusco, no feltro enquanto dobra entre o liso e rugoso e enquanto dobra de possibilidades do viver.

No caso de Pedro, a aproximação pelo Consultório NA Rua tensionou diferentes possibilidades de processos de cuidado que poderiam ser construídos para e com Pedro: 1) Buscou-se interlocução com o CAPS, que mesmo com a prerrogativa de ser um serviço de Referência Especializado em Saúde Mental, não conseguiu produzir relação com Pedro; 2) O consultório também tensionou possível parceria com Unidade de Saúde Tradicional, ao qual a equipe do Consultório está vinculada, para se realizar uma ação conjunta em relação à situação clínica-mental de Pedro, sem sucesso, pois o profissional médico não realiza tais ações fora de seu “rol de procedimentos”; 3) tentou-se outras interlocuções, usando os leitos integrais em saúde mental no Hospital Geral para mapear formas de cuidado mental-clínico a Pedro, mas em diálogo coletivo chegou-se ao acordo de que o hospital não era o lugar para se cuidar de Pedro, pois ele poderia ser cuidado na rua. Foram muitos tensionamentos de diversos serviços que, teoricamente, estão compondo a RAPS, mas nem sempre se mobilizavam para compor um cuidado

em rede, nem todos conseguiram sustentar essa tensão de cuidar de um sujeito singular, como tantos outros em situação de rua ou em situação de sofrimento.

O cuidado pode trazer à tona essa tensão constante de vários pontos, buscando se articular ou se afastar na construção de um Projeto Terapêutico Singular. E essas forças entrecruzadas e tensionadas, por vezes podem trazer para a cena elementos médico-privatistas e hospitalocêntricos, e, no caso de saúde mental, de isolamento em instituição asilar em comunidades “terapêuticas”. Também pode ser mais terapêutica a escolha por um cuidado intensivo fora do CAPS, mesmo que seja uma peleja estar dialogando constantemente com diferentes pessoas do entorno, do território vivo, quando o usuário está sendo cuidado na rua. E nem sempre a nosografia do catatônico diz que inexistente crise e sofrimento, pois, o “invisível aos olhos” por estar uma “planta” pode estar contido no ensimesmamento e o enquadramento do território guarda a singularidade do sofrimento ao mesmo tempo que também pode abrir para potência de vida em redes vivas.

Linha do Cuidado em Rede Viva é tão tênue e dinâmica como “bolha de sabão”, atravessada por interferências e multiplicidades tão amplas quando as visibilidades possíveis de serem construídas. E assim é estratégico mapear, cartografar os diferentes planos de disputas que operam na micropolítica do cuidado: quantas perspectivas são capazes de atravessar os processos de Pedro, de Maria, de tantas outras pessoas que merecem e processam cuidado em rede? Tantas são as potencialidades, os encontros entre diferentes pessoas, tantas interferências possíveis e rizomáticas, tantas cores visíveis no molar-molecular-linhas de fuga. E desses tensionamentos do cotidiano, dos desenhos entrecruzados, eis que pode surgir algo inédito, da ordem da força do acontecimento, do que não se consegue falar, teorizar, mas vivenciar, microexplosão do singular, do xeque-mate de quem se julgava inerte, da busca por quem está e não está em lugar algum, do acontecimento que desloca para outro lugar, outro desenho inesperado.

Vários momentos de encontro potencializaram um outro modo de visibilidade para redes vivas. Estando redes vivas relacionadas a efeito de encontro entre diferentes perspectivas tensionadas por forças molares e moleculares em tensão, um dos momentos que reposicionou o olhar da cartógrafa diante do objeto de estudo foi o atravessamento do debate entre diferentes participantes em oficina sobre a pesquisa. Os conceitos iam sendo interrogados por diferentes

pessoas, num movimento de produção de *conceitos-ferramenta* com relação ao cotidiano das redes de saúde.

A construção do campo de estudo também foi processada no território vivo do encontro. De um lado, em um movimento de diálogo com gestores da saúde do nível central da Secretaria Municipal de Saúde, por outro lado também foram potentes os espaços que eram comuns na vivência de trabalho dos participantes. A construção do grupo foi um território de potência, pois a cada encontro era tensionado o modo como se construíram a aproximação e a relação com os participantes deste estudo.

Os encontros-convite com gestores e trabalhadores dos serviços também foram momentos de grande investimento de energia, pois eram apostas-convite para um estudo singular. A todo momento as interrogações traziam estranhamento para essa forma de estudar redes, mas ao mesmo tempo a novidade da cartografia, pesquisa interferência e dispositivos como usuário-guia causavam um estranhamento, ao tempo que algumas pessoas ficavam interessadas em saber aonde aquele movimento ia levar.

Foram vários encontros ajudaram a trilhar os caminhos dessa cartografia, que incluíram um tangenciamento ruidoso como foram as aproximações com CAPSad, em que se buscava chegar à usuária mas não se conseguiu; com CAPS 24h com um usuário há seis meses no serviço mas para quem a equipe não conseguia construir projeto de rede pois estava na solidão do além dos muros. Até mesmo o seguir os caminhos de Maria, de seu vai-e-vem, trouxe a potência da cartografia enquanto um estado de se deixar atravessar pelo imponderável, de dar algum espaço para seguir com o outro, sentindo no corpo que vale a pena. Existe a dor, a morte, mas esse mesmo corpo também tem potência de vida. E é essa vida que faz as pessoas se arrisquem a andar na corda bamba do fio da vida. Vale a pena desafiar o medo quando encontros de potência de vida estão no porvir,

Mas foi por conta de Pedro que essa virada teórico-epistemológica aconteceu. Como alguém pode colocar em xeque um dispositivo tão potente como Consultório NA Rua? Nesse processo ele conseguiu deslocar gestores e trabalhadores da RAC Recife no seu agir e também produziu afecções na autora-cartógrafa (mudei radicalmente depois desse encontro). A palavra e conhecimentos cederam lugar a aproximações entre corpos vibráteis, que estavam

ali porque Pedro era gente-viva, em todo grito de seu silêncio, na inércia de ficar em pé feito uma planta. E fomos ficar com Pedro, ao lado daquele corpo franzino, parado em uma esquina.

Depois a descoberta era que Pedro se deslocava entre as esquinas. Não pedia dinheiro, mas as pessoas do entorno o ajudavam, dando um relógio que não tinha pilha mas que para ele funcionava, ofereciam comida ou dinheiro, que Pedro usava para comprar comida necessária. Pedro também ia até a beira mar e jogava xadrez e essa foi a abertura para os nossos horizontes de olhar vibrátil. Por ele valeu a pena interrogar outros serviços que poderiam ajudar e a Equipe do Consultório extrapolou as perguntas em relação a essa clínica nômade que eles já forjam no cotidiano do cuidado na rua. “Ah se essa rua fosse minha, fosse nossa...” e ela foi nossa, Pedro nos atravessou e trouxe outros espaços que valiam a pena no encontro para pensar outras possibilidades de cuidar na rua. Fomos tomados por um desejo de construir outras possibilidades de cuidado para e com Pedro. Ele não saía daquelas quadras, então o cuidado poderia ser construído lá. “Fomos” – até aqui nessa escrita estou plural. Impossível deixar de ver: a pesquisa interferência aconteceu. Foi uma pesquisa *In-mundo*.

Claro que havia diferença no nosso olhar depois dessa vivência. O devir Pedro tensionou a nossa multiplicidade enquanto grupo, houve interferência com a construção de um território de encontro dos diferentes devires em relação: devir-pesquisadora, devir-gestora Consultório Na Rua, devir-trabalhador Consultório Na Rua, devir-profissional leitos integrais, devir-profissional hospital geral, devir-morador do bairro em que Pedro transita/conecta...E esses vir-a-ser foram se encontrando pelo compromisso de cuidar de Pedro considerando o desejo dele também.

Os caminhos rumo a Maria e a Pedro causaram deslocamentos de perspectivas, produziram atravessamentos e transversalidades de olhares. Um e outro olhar retina, que não permitiam sair do lugar, nem um passo sequer, já que “um passo à frente é não se estar mais no mesmo lugar”. Mas em outros movimentos, no plano do acontecimento, é possível (potência de vida) construir outro olhar, outro território, para que a vida aconteça. É no plano do acontecimento, em que não se sabe nomear porque não há registro formal, que a tensão entre molar e molecular pode levar a outro movimento – linha de fuga que é o furo no muro. Alguns terremotos da vida em ato, no acontecimento, trazem a potência para se

forjar algo novo, relacionado à potência do devir. Mas o devir não é programável, acontece, como então potencializá-lo? A aposta foi na mistura entre diferentes perspectivas, em entrecruzar de olhares vibrando para a vida, que acontece em rede, está em um plano da imanência, atualiza-se em vida-acontecimento. Essa é uma aposta de Equipes do Consultório DE Rua que, sustentados pela Redução de Danos, buscam a vida em meio à interferência do ato de se encontrar, o fio da vida ao meio ao “fio da navalha” de um momento contundente em que o encontro-acontecimento é fronteira que convida para a vida. Sim, a vida está no encontro entre as diferentes subjetivações.

E como pode Pedro provocar tantas possibilidades de redes em acontecimento? Ele, Maria e tantos outros podem porque estão vivos e precisam ser considerados em seus modos de estar no mundo. Pedro acabou então levando a autora a perceber alguns atravessamentos - devir pesquisadora brincante, devir-psicóloga, devir recifense, devir sanitarista e outros que não se pode nomear, mas sentir. Dessas trilhas e mistura, de quem percorre terras movediças de um território “da lama ao caos”, acabou se chegando a um desterritorializar, que não são respostas ou modelos prontos, mas construção no caminhar. E assim se chegou às bolhas de sabão da prosa-poesia; do estudo das bolhas que repercute na arquitetura, física, matemática; de bolhas de sabão cuja estrutura não é fixa-concreta-estática, mas dinâmica. As moléculas misturadas ao sabão estão em meio a interferência, estão atravessadas por outras forças que tensionam ao mesmo tempo em que dão a leveza para outros voos, outros territórios. As bolhas de sabão vão...e vão... até que a mistura interfere, até o acontecimento.

A rede viva acontece no encontro entre essas diferentes pessoas, que vão produzindo no processo de cuidar territórios em que morte-vida, dureza-leveza, molar-molecular se entrecruzam em suas forças e permitem um entremeio para outras potencialidades de vida, que não são em si, mas estão na mistura.

E entre a dureza das estruturas dos modelos, houve a reviravolta deste estudo de redes em saúde. Agora esse estudo está tão povoado de gentes que deixaram um pouco de si na promoção de tantos encontros em redes vivas. Foi então que também se chegou a uma reflexão: este estudo não se trata de uma tese com hipóteses iniciais e finais, ancoradas na dialética tese-antítese-nova tese, mas é uma produção em cartografia, que traz reflexões e convites para outros

encontros, outras linguagens que promovam tensionamentos molar-molecular-linha de fuga. É também um convite ao movimento de questionar e se mobilizar a uma antropofagia para potencializar a vida em movimento, uma antropofagia das tecnologias do cuidado – duras/leves-duras/leves para que estejam em tensionamento no encontro entre diferentes, impulsionados na produção de vidas. Linhas de cuidado: só se permitirem esse tensionamento do entre, da dobra, da mistura, da interferência rumo a redes vivas.

Este escrito é uma aposta nessa provocação para a produção do novo no espaço dos embates entre as diferentes forças que atravessam as diferentes pessoas que compõem o cuidado integral. Não pretende ser reproduzido, mas pretende interferir, provocar nas pessoas alguma desterritorialização.



## CAPÍTULO 5

### JOGADAS COMO CAMINHOS EM REDES VIVAS

Esse novo olhar para redes em saúde mental, por meio da cartografia, foi forjando o objeto no caminhar rumo a usuários-guia. Foram tantos os afetos que construíram outro território ao forjar essas visibilidades em relação a perspectivas sobre redes em saúde. A caixa de ferramentas foi então ganhando outros dispositivos, como caso traçador e usuário-guia, encontro enquanto método, pesquisa-interferência, redes vivas, elementos que puderam ajudar no processamento de tantos encontros e atravessamentos que o estudo possibilitou ao longo do trajeto cartográfico.

Tantas vivências, atravessadas/transversalizadas por afetos, deslocaram o olhar para as redes em saúde mental. São os afetos forjados no encontro, no território das disputas micropolíticas, que forjam as redes em saúde. O molar e molecular que tensionam as várias perspectivas para redes são as forças que desenham as redes, que estariam capturadas por um desenho em forças de aprisionamento do “pouco mais do mesmo” ou por um devir, enquanto abertura para o novo.

Nessas vivências de desterritorialização, forjou-se um outro olhar vibrátil para Redes, atravessado pelos múltiplos olhares e devires, buscando ultrapassar as perspectivas até então postas de Redes de Saúde atreladas ao debate sobre Modelos de Atenção à Saúde. É necessária outra forma de ver e agir em saúde, que dialogue com o cotidiano da vida das várias pessoas que produzem o cuidado em saúde. Nesse outro novo sentido, aposta-se que os caminhos rumo a Redes Vivas são forjados na micropolítica do acontecimento e do encontro. Então se aposta no entre cruzar da diversidade de olhares para produzir as redes vivas em ato, no encontro entre as potenciais invenções da subjetividade/subjetivação e do viver.

O encontro foi uma aposta e o olhar cartográfico foi desarmando o olhar que se transversalizou em olho vibrátil, voltado para a tensão das forças do cotidiano do cuidado em saúde. O encontro é potente para forjar tantos desenhos

quanto se possa produzir para o cuidado em saúde. É no encontro que se forjam caminhos para determinada linha de cuidado e as tecnologias duras, levaduras, leves, operadas no ato de cuidar. O encontro forja as redes nessa disputa micropolítica de forças molares e moleculares do cuidado, tal como uma bolha de sabão, que se engendra no momento em que se inspira-expira cada ato do cuidar.



## Referências

**ARQUIVO PARA UMA OBRA ACONTECIMENTO.** Direção: Rolnik, Suely. Fotografia: Barat, Stephane Mustapha. Companhia Produtora: SESC - SP; SAC - Sociedade Amigos da Cinemateca; Cinemateca Brasileira. Ano de produção: 2005. País: BR. Duração: 76min24seg. Disponível em: <http://www.bcc.org.br/filme/arquivo-para-uma-obra-acontecimento/037834>. Acesso em: 15 nov. 2015.

BRASIL. **Decreto Presidencial nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009.** Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **VER-SUS Brasil:** guia do facilitador / Ministério da Saúde, Associação Brasileira da Rede Unida; adaptado por FERLA, A. A. *et al.* Porto Alegre: Rede UNIDA, 2013.

BRASIL. **Portaria nº 122, de 25 de janeiro de 2011.** Define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua. 2012a.

BRASIL. **Portaria nº 123, de 25 de janeiro de 2012.** Define os critérios de cálculo do número máximo de equipes de Consultório na Rua por Município. 2012b.

BRASIL. **Portaria n. 3.088, de 23 de dezembro de 2011,** republicada em 30 de dezembro de 2011. Institui e Rede de Atenção Psicossocial com a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes de uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS. 2011a.

BRASIL. **Portaria, 3.089 de 23 de dezembro de 2011,** republicada em 30 de dezembro de 2012. Institui o recurso financeiro fixo para os CAPS credenciados pelo Ministério da Saúde, destinado ao custeio das ações de atenção psicossocial realizadas. 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. **Legislação em Saúde Mental: 1999 – 2004.** 5ª Edição ampliada. Serie E. Legislação de Saúde. Brasília/DF: Ministério da Saúde. 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde Mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

**BRINCANTE.** Direção: Walter Carvalho. Elenco: Antônio Nóbrega, Rosane Almeida. Gênero: Documentário. Brasil. 93 min. 2014.

Chico Science; Nação Zumbi. Música: **Rios, pontes e overdrives.** Álbum: Da Lama ao Caos. 1994. Gravadora: Chaos.

CLARK, L. **Rede de Elásticos** (1974). Reprodução de obra-acontecimento elásticos. Itaú Cultural. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=eLBtgVDs3qs>. Acesso em: 15 nov. 2015.

DELEUZE, G; GUATTARI, F. **Espinosa:** filosofia prática. São Paulo: Ed. Escuta, 2002

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. **Mil platôs:** Capitalismo e Esquizofrenia. São Paulo: Editora 34, 2000.

**ESPERANDO GODOT,** Filme baseado na peça homônima de Samuel Beckett. Direção: Michael Lindsay-Hogg. 2001. 120 minutos.

FEUERWERKER, L. M.; MERHY, E. E. A contribuição da atenção domiciliar para a configuração de redes substitutivas de saúde: desinstitucionalização e transformação de práticas. **Revista Panamericana de Salud Pública / Pan American Journal of Public Health**, v. 24, p. 180-188, 2008.

FEUERWERKER, L. M.; MERHY, E. E. Como temos armado e efetivado nossos estudos, que fundamentalmente investigam políticas e práticas sociais de gestão e de saúde? *In:* Mattos, R. A.; Baptista, T.W.F. **Caminhos para análise das políticas de saúde**, 2011. P. 290-305. Disponível em: [www.ims.uerj.br/ccaps](http://www.ims.uerj.br/ccaps).

FEUERWERKER, L. M. **Micropolítica e saúde:** produção do cuidado, gestão e informação. Porto Alegre: Editora Rede Unida, 2014.

FERIGATO, S. H.; CARVALHO, S. R. Pesquisa qualitativa, cartografia e saúde: conexões. **Interface** – Comunicação, Saúde e Educação, v.15, n 38, p. 663-75, jul/set. 2011.

FONSECA, T. M. G. Cartografias da arteloucura: a insurgência de um outro espaço. *In:* FONSECA, T.M.G.; ENGELMAN, S.; PERRONE, C.M. (Orgs.). **Rizomas da reforma psiquiátrica:** a difícil reconciliação. Porto Alegre: Sulina, 2007. p.141-52.

FRANCISCO, G.; ESPÍNDOLA, L. **Consultório na Rua do Recife:** uma experiência de atenção ao uso abusivo de álcool e outras drogas com população em situação de rua. *In:* Teixeira, Mirna; Fonseca, Zilma. Saberes e práticas na atenção primária à saúde: cuidado à população em situação de rua e usuários de álcool, crack e outras drogas / organização - 1.

ed. - São Paulo: Hucitec, 2015. p. 137-146

FRANCO, T. B. *et al.* (Orgs.). **A produção subjetiva do cuidado:** cartografias da Estratégia Saúde da Família. São Paulo: Hucitec, 2009.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. **Trabalho, Produção do Cuidado e Subjetividade em Saúde.** São Paulo: Hucitec, 2013.

GOMES, M. P. C.; MERHY, E. E. (org). **Pesquisadores IN-MUNDO:** um estudo da produção do acesso e barreira em saúde mental. Porto Alegre: Editora Rede Unida, 2014.

GUATTARI, F. A transversalidade. *In:* GUATTARI, F. **Revolução Molecular:** Pulsações políticas do desejo. São Paulo: Brasiliense, 1987. p. 88-105.

LEAL, M. B. **A Saúde Coletiva e o SUS:** Análise sobre as mútuas influências entre o campo e o sistema de saúde no Brasil. Tese de Doutorado. Faculdade de Saúde Pública USP. 2015.

LENINE. Música: **A ponte.** Álbum: O dia em que faremos contato. 1997. Disponível em: <http://www.lenine.com.br/cds-e-dvds/>. Acesso em: 10 nov. 2015.

LYRA, C. #OCUPE ESTELITA: a resistência cultural pelo direito à cidade. **Revista Políticas Públicas & Cidades**, v.3, n.3, p.93 – 107, set/dez, 2015. Disponível em: <http://periodico.revistappc.com/index.php/RPPC/article/view/22/23>. Acesso em: 15 nov. 2015.

MERHY, E. E. **As vistas dos pontos de vista.** Tensão dos programas de Saúde da Família que pedem medidas. 2014. Disponível em: [http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/artigo\\_emerson\\_merhy.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/artigo_emerson_merhy.pdf). Acesso em: 15 nov. 2015.

MERHY, E. E. *et al.* Redes Vivas: multiplicidades girando as existências, sinais da rua. Implicações para a produção do cuidado e a produção do conhecimento em saúde. **Divulgação em Saúde para Debate**, v. 52, p. 153-164, 2014.

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

MERHY, E. E. O conhecer militante do sujeito implicado: o desafio de reconhecê-lo como saber válido. *In:* FRANCO, T. B. *et al.* (org.) **Acolher Chapecó:** uma experiência de mudança do modelo assistencial, com base no processo de trabalho. São Paulo: Hucitec; Chapecó, SC: Prefeitura Municipal, 2004. p. 21-45.

MOEBUS, R. L. N. Pesquisa Interferência desde Heisenberg. **Diversitates International Journal**, v. 7, p. 54-61, 2015.

Mota, V. L. **Representação social da redução de danos para profissionais que atuam pelo Programa Mais Vida da cidade do Recife.** Dissertação de Mestrado. Recife, 2012.

PASSOS, E. Cartografia como dissolução do ponto de vista do observador. *In*: PASSOS, E. *et al.* **Pistas do método da cartografia.** Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade. Porto Alegre: Sulina, 2010. p. 109-130.

PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. (Orgs.). **Pistas do método da cartografia:** pesquisa-intervenção e produção de subjetividade. Porto Alegre: Sulina, 2009.

RECIFE. **PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE de Recife/PE 2006-2009.** Recife Saudável: Inclusão Social e Qualidade no SUS (APROVADO NA 7ª. CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE). Aprovado na Plenária Final dessa Conferência em 16 de outubro de 2005. Disponível em: <http://www.recife.pe.gov.br/noticias/arquivos/227.pdf>. Acesso em: 01 dez. 2012.

RECIFE. **Plano Municipal de Saúde de Recife/PE 2010-2013.** Disponível em: <http://www.recife.pe.gov.br/noticias/arquivos/5916.pdf>. Acesso em: 01 dez. 2012.

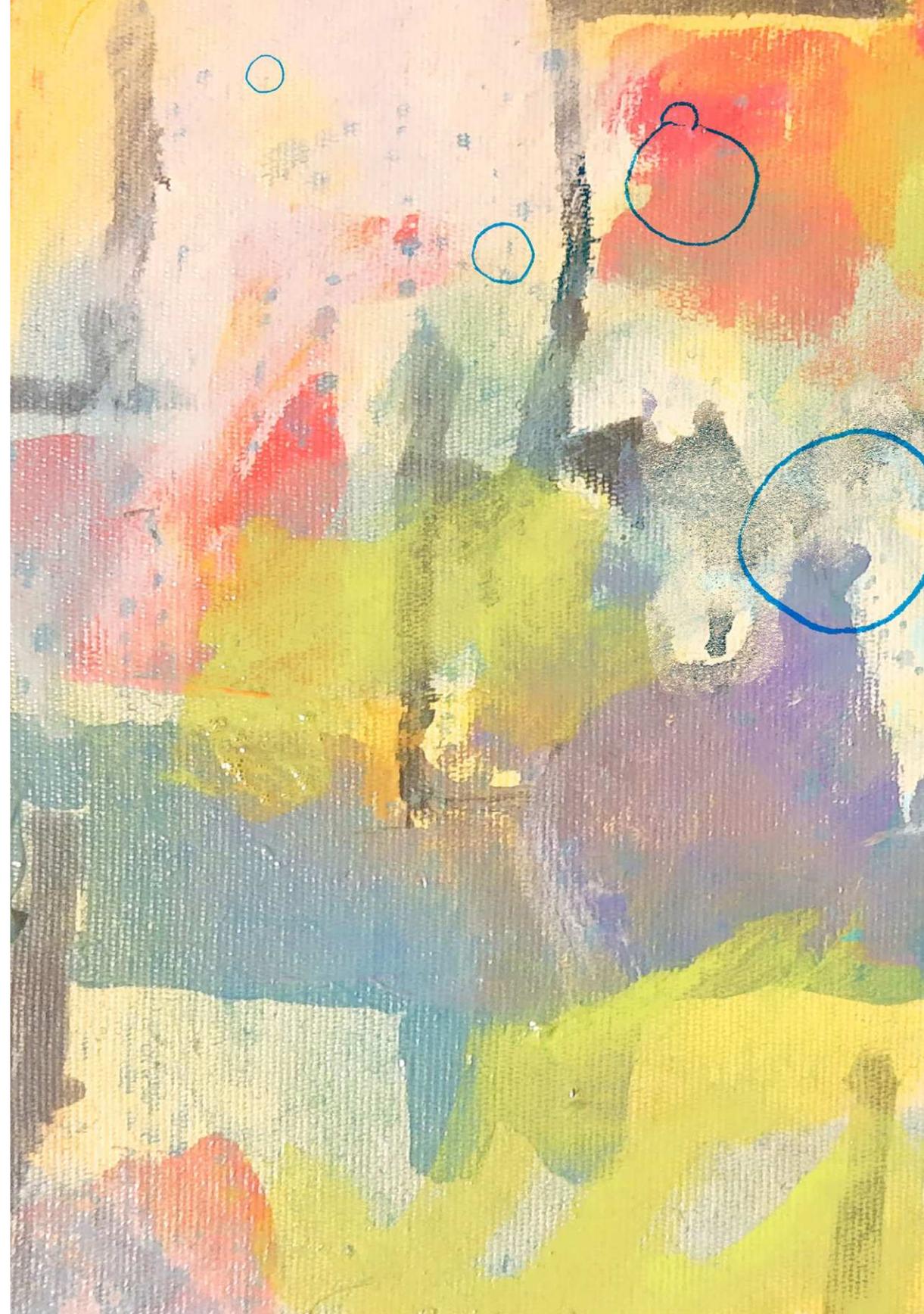
RECIFE. Secretaria de Saúde. Gerência de Atenção Básica/Gerência de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. **Projeto de implantação do Consultório na Rua do Município de Recife.** Projeto de Fortalecimento do Componente Atenção Estratégica da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). 2014.

ROLNIK, S. **Antrofia zombie.** 2005. Disponível em: <http://www.pucsp.br/nucleodesubjetividade/Textos/SUELY/Antrozombie.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2015.

ROLNIK, S. **Cartografia sentimental:** transformações contemporâneas do desejo. Porto Alegre: Sulina; Editora da UFRGS, 2006.

ROLNIK, S. **Publicação Arquivo para uma obra-acontecimento.** Disponível em: <https://issuu.com/edicoessescsp/docs/arquivoparaumaobra>. Acesso em: 15 nov. 2015.

TELLES, L. F. **A estrutura de uma bolha de sabão.** Livro: Filhos Pródigos. Livraria Cultura Editora, 1978.





FAÇA SUA DOAÇÃO E COLABORE

[www.redeunida.org.br](http://www.redeunida.org.br)



ISBN 978-65-87180-64-9



9 786587 180649