



**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA**

Departamento de política, gestão e saúde

*Av. Dr. Arnaldo, 715 - CEP 01246-904 - São Paulo - Brasil
Telefone (011) 3061-7796 - Fax (011) 3083-3501*

**(Des)Aprendências nômades com os viventes da rua: sobre
os modos outros de estar na vida.**

Paula Monteiro de Siqueira

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre.

Área de Concentração: Política, Gestão e Saúde.

Orientador: Prof. Dra Laura Camargo Macruz Feuerwerker

São Paulo
2019

(Des)Aprendências nômades com os viventes da rua: sobre os modos outros de estar na vida.

Paula Monteiro de Siqueira

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre.

Área de Concentração: Política, Gestão e Saúde.

Orientador: Prof. Dra Laura Camargo Macruz Feuerwerker

São Paulo
2019

SIQUEIRA, P.M. de. **(Des)Aprendências nômades com os viventes da rua: sobre os modos outros de estar na vida. 2019.** Dissertação – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2019.

RESUMO

A População em Situação de Rua (PSR) tem crescido nos centros e periferias das grandes metrópoles brasileiras. O objetivo desta pesquisa foi cartografar, a partir de alguns planos, a produção dessas existências, reconhecendo sua complexidade e riqueza - na contramão das forças que tendem a invisibilizá-los, ignorá-los, negando-lhes a possibilidade de qualquer potência ou colorido. Um dos planos cartográficos foi produzido a partir da convivência com os próprios viventes da rua, o que possibilitou experienciar seus modos outros de estar na vida, sustentando suas existências. Outro plano foi produzido a partir da convivência com um Consultório na Rua, com o propósito de dar alguma visibilidade a suas interferências na produção das existências na rua. Trazemos à tona os campos de forças na produção do cuidado e das existências, os feixes e sentires do cotidiano desses viventes e de suas produções no campo rua, bem como dos tensionamentos vivenciados em alguns contextos no Sistema Único de Saúde-SUS. em que os saberes dos usuários, trabalhadores, pesquisadores são constituintes dos regimes de verdade. Trazemos cenas de um cuidado produzido no território adstrito, definido para o Consultório. Mas a vida vaza, vazava, vazou, uma vez que o território existencial se constitui nômade, ainda mais quando se trata dos viventes da rua. A abordagem cartográfica nos permitiu um mergulho intenso no campo rua e aprendemos que recolher - desmarcar – devolver (num movimento ora de estreitamento, ora de alargamento), é um deslocamento fundamental para analisarmos a micropolítica do cotidiano. Persistimos no não-desejo de formular universalidades ou verdades absolutas, mas afirmamos radicalmente que “da Amazônia aos autistas a questão é a mesma, a dos modos de existência”, modos outros em que certos circuitos dos afetos nos tornem viventes mais potentes. Por isso se faz importante dar visibilidade(z) a outros modos de estar no mundo, bem como apostar em mundos mais equânimes, solidários e afetivos. E diante de tanto desmundo produzir e instaurar novas existências.

Palavras chave: viventes de rua, cartografia, produção das existências.

SIQUEIRA, P.M. **(Dis) Nomadic learning from street dwellers: about other ways of being in life.** 2019. Dissertation - School of Public Health, University of São Paulo, São Paulo, 2019.

ABSTRACT

The Homeless Population (PSR) has been growing in the centers and peripheries of the great Brazilian metropolises. The purpose of this research was to map, from some plans, the production of these stocks, recognizing its complexity and richness - contrary to the forces that tend to make them invisible, to ignore them, denying them the possibility of any power or colorful. One of the cartographic plans was produced from the coexistence with the street dwellers themselves, which made it possible to experience their ways others to be in life, sustaining their existence. Another plan was produced from living with an office in the Rua, with the purpose of giving some visibility to their interference in the production of stocks on the street. We bring out the force fields in the production of care and existences, the bundles and feelings of the daily life of these living productions in the street field, as well as the tensions experienced in some contexts in the Unified Health System-SUS. where you know them users, workers, researchers are constituents of really. We bring scenes of a care produced in the territory, defined to the office. But life leaks, leaks, leaks, since the existential territory is nomadic, especially when it comes to the street living. The cartographic approach allowed us an intense dive into the countryside. We learned that collect - deselect - return (in one movement sometimes narrowing, sometimes widening) is a displacement fundamental to analyze the micropolitics of daily life. We persist in the unwillingness to formulate universalities or truths. absolute, but we radically affirm that "from the Amazon to the autistic the same, that of modes of existence, "other modes in which certain circuits of affect make us more potent living. So if makes it important to give visibility (z) to other ways of being in the world as well how to bet on more equitable, supportive and affective worlds. And on from so much of the earth to produce and establish new existences.

Keywords: street living, cartography, production of existences.

SUMÁRIO

1. DA PRODUÇÃO DE SI E AS IMPLICAÇÕES COM A PESQUISA: PELOS CAMINHOS QUE SENTI-VIVI E AS “ANDARILHAGENS” DA PESQUISA(DORA).....	5
2. ALEXANDRE E SUAS HISTÓRIAS: SOBRE ANDARILHO(Z) QUE AFETAM.....	21
3. ENCONTROS E DESENCONTROS NA SAÚDE.....	41
4. NASCER DO PRÓPRIO PARTO: SOBRE O DEVIR-MULHER DE UMA MULHER EM DEVIR.....	72
5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	85
6. ANEXOS	90

1- DA PRODUÇÃO DE SI E AS IMPLICAÇÕES COM A PESQUISA: PELOS CAMINHOS QUE SENTI-VIVI E AS “ANDARILHAGENS”¹ DA PESQUISA(DORA).

Era manhã de um domingo de outono, decidimos descer pra praça. Esse espaço público é cuidado e preservado por um grupo de moradores do bairro. De tempos em tempos mutirões são organizados, vem quem quiser, criança, adulto, cachorro... Pintamos, varremos, podemos, coletamos lixo e fazemos um lanche coletivo. Nos ocupamos com a praça. Também ocupamos a praça. Sempre tem festas temáticas, piqueniques e outras atividades organizadas rolando por lá. Também vamos, eu e minha filha, pra passear e tomar uma fresca. Lá também se faz morada, pois, há alguns meses, a praça foi ocupada por dois homens, um morador do bairro e seu amigo. O morador era vizinho da praça, se desentendeu com a família e montou sua barraca. Seu amigo chegou depois. Montaram um pequeno acampamento. Os moradores do bairro se dividem na opinião sobre a ocupação, há acordos sobre o que é permitido a eles. Vira e mexe alguma confusão familiar se estende à praça - não por isso deixamos de frequentá-la. Naquela manhã de domingo fomos fazer uma caminhada matinal e inventar alguma coisa por lá. Chegamos na praça e cada um de nós se ocupou de alguma coisa, varremos e coletamos os lixos. A nós se juntaram mais três crianças, que moram de frente a praça. Depois se achegaram mais duas, com seus acompanhantes. A animação nos inspira a ficar mais um pouco, buscamos em casa um cooler cheio de guloseimas... tinha coca-cola, cerveja, suquinho, frutinhas, pão de queijo e por aí vai. Decidimos fazer uma fogueira, com folhas e troncos recolhidos na praça e foi uma alegria pra criançada e adultarada. Passado algum tempo, chegaram duas mulheres com seus cachorros, uma delas questiona quem fez a fogueira, prontamente eu respondo que fomos nós. Ela pontua sobre os males da fogueira. Entramos em desacordo, afinal a fogueira não estava causando mal a ninguém, pelo contrário, agregava as pessoas à sua volta. Entra na conversa a outra mulher, que até então não havia dito nada, com tom ameaçador e esbravejante, diz que estávamos contra a lei, que inclusive alguns moradores já haviam proibido os rapazes que estão vivendo na praça de fazer fogueira. Questiono o motivo da proibição, ressalto que a praça é PÚBLICA e que acho um absurdo, egoísta e vergonhoso impedir alguém de fazer uma

¹ SANTOS, J.G.W.; SILVA, A.L.S. MERHY, E.E. **A pesquisa em nós: “andarilhagens” de pesquisadores in-mundo e as afecções do campo.** (p.117-) In: Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes / FEUERWERKER, L.C.M. et al. org., Rio de Janeiro : Hexis, 2016.

fogueira por questões de subsistência (no caso das pessoas que estão ocupando a praça), ainda que de fato a fogueira fosse danosa! Ela diz que estamos fora da lei. Ressalto, NÃO VAMOS APAGAR, SE QUIZER CHAME A POLÍCIA. As crianças começam a questionar “quem é que veio estragar nossa diversão?!”. Começa um burburinho na praça, outros moradores começam a chegar e um “plebiscito” se formou. O famoso “pega fogo no cabaré!”. Logo, a polícia chega. As crianças começam a gritar “FOGUEIRA, FOGUEIRA, FOGUEIRA!”. Ao saber do que se trata o policial fica surpreso, não acredita que por um motivo tão banal o tenham chamado. Na sequência explica que só haveria problema em fazer fogueira se houvesse depredação do patrimônio público, como não era esse o caso de nossa fogueira, não havia problema em continuar acesa. As crianças gritam e batem palmas. Continuamos nossa confraria e no fim da tarde voltamos pra nossa casa. Alguns dias depois, era uma manhã gelada e nublada, fazendo meu caminho em direção ao ponto de ônibus, cruzo pela praça e, para minha alegria, há sinais de fumaça. Há dois em volta do fogo. A correria não me possibilita parar, mas de longe eles amigavelmente acenam, eu devolvo com alegria o aceno. Penso: “valeu a luta”. Dias depois, fim da tarde fomos à praça, notamos que havia apenas uma barraca. O rapaz sai da barraca e vem ao nosso encontro, conversamos um pouco, demos boas risadas sobre o incidente dominical, perguntamos sobre o outro rapaz, ele prontamente respondeu: “Ele foi embora... Ele parou de tomar o remédio... a mente ligou ... e ele voltou pro mundo outra vez!”

Acreditar no mundo é o que mais nos falta; nós perdemos completamente o mundo, nos desapossaram dele. Acreditar no mundo significa principalmente suscitar acontecimentos, mesmo pequenos, que escapem ao controle, ou engendrar novos espaços-tempos, mesmo de superfícies ou volume reduzidos. Gilles Deleuze [Conversações (1972-1990) - p. 218]

A cena acima foi vivenciada na praça do bairro em que vivo. Experimentar esse tensionamento cotidiano e ver como resultado a possibilidade de um vivente poder acender uma fogueira para sustentar sua sobre(vivência), sua existência, traz à tona a importância de dar visibilidade(z)² a outros modos de estar no mundo, bem como da aposta em mundos outros, mais equânimes, solidários e afetivos.

² Inspirada na letra Z de zigue zague, um dos verbetes do abecedário de Deleuze.

Trago aqui meu **corpo** e a **rua** que me atravessou - quando conheci o Rambo, que me atravessa - pois continua a me agenciar, e que opera em mim como lugar de possibilidades de constituição de relações de alteridade. Os sinais e tensionamentos advindos do campo rua ricochetearam em mim e nas minhas apostas ético-estético-políticas, e é nesse *andar da vida* que reconheço a rua em mim.

E é partindo desse lugar, de *sujeito militante implicado*³, que escrevino aqui os registros que estão na memória da minha pele, construindo a partir dela uma narrativa sensível, que dialoga com as minhas perspectivas e modos de operar o mundo, estes que estão/estiveram em relação direta com a produção de minha pesquisa de mestrado. São experiências viscerais, não banais, de um corpo que fala de um lugar... e de uma série de malhas que se entrelaçam.

Foi um mergulhar, um estradar, um mestran(dar). Me convocando a desertar minha *petrificada individualidade, sair da inércia e participar ativamente da criação do mundo*⁴. Foram caminhos de feitura, desfazimentos... (des)tituindo-me. (de destituição de si). E nessa relação eu fui derivando junto, (de)re)compondo. Foram deslocamentos e aflorações de realidades outras, e isso só é possível *através de uma inserção viva nos diferentes meios em que nos encontramos imersos*⁵.

Portanto, estamos falando de uma relação pesquisador-pesquisa que convoca modos de estar no mundo, de uma pesquisa como dispositivo de subjetivação. Que é produzida pelos encontros. Encontros que convocam afetos⁶ e afecções, os quais ao serem mapeados dão visibilidade a certa

³ MERHY, E.E. **O conhecer militante do sujeito implicado: o desafio de reconhecê-lo como saber válido**. p. 21-45. In: FRANCO, T.B.; PERES, M.A.A. (Org.). *Acolher Chapecó. Uma experiência de mudança do modelo assistencial, com base no processo de trabalho*. São Paulo: Hucitec, 2004.

⁴ ROLNIK, S. **Aflorações**. (p.9).

Disponível em <https://www.pucsp.br/nucleodesubjetividade/Textos/SUELY/Floracoes.pdf>. Acesso: 10/08/2019.

⁵ Ibid., p.9.

⁶ SPINOSA, B. **Ética**. Belo Horizonte: Autêntica, 2008, 2ed. "Por afeto compreendo as afecções do corpo pelas quais sua potência de agir é aumentada ou diminuída, estimulada ou refreada, e, ao mesmo tempo, as ideias dessas afecções. Explicação. Assim, quando podemos ser a causa adequada de alguma dessas afecções, por afeto compreendo, então, uma ação; caso contrário, uma paixão." (p. 163).

micropolítica⁷ do cotidiano e da produção da existência. Desse modo, forjei/produzi/engendrei uma pesquisa cartográfica que mapeia os tensionamentos, as produções de vida e as (des)aprendências que as vivências e os viventes da rua suscitam em alguns contextos/campos da existência.

No final, se há um final, inventar as *pontes de linguagens*⁸ e dar língua-palavra as **enfarpamento-afecções** foi tarefa árdua. Foi um voltar em torno do rabo. Orbitando a si e ao outro em si e ao si-outro. Principalmente porque o outro, nesse modo de pesquisar é parte ativa e fundamental. De maneira que produzir uma escrita tendo essa condição como pano de fundo é parto feito a fórceps.

Digo isso porque outrar-se, deslocar-se desse Eu universal, unívoco, indivisível, requer de nós algum esforço, muita des-orientação e problematização⁹ no grupo de pesquisa. Segundo Deleuze (1980/2019) *“temos o mal hábito de nos tomar como tal, pois não somos pessoas! Somos a nossa maneira pequenos acontecimentos. E se somos individuados é a maneira dos acontecimentos e não a maneira de pessoas.”*¹⁰

E é a esses acontecimentos, suscitados nos e pelos encontros, que busquei dar visibilidade(z) a fim de *“mostrar o que é visível tão somente ao sensível. (...), buscando compor formas de compreensão e de visibilidade para os sentidos de produção da vida e do mundo* (BERTUSSI et al, 2011, pg. 306)”.

⁷A questão micropolítica - ou seja, a questão de uma analítica das formações do desejo no campo social - diz respeito ao modo como se cruza o nível das diferenças sociais mais amplas (que chamei de "molar"), com aquele que chamei de "molecular". Entre esses dois níveis, não há: uma oposição distintiva, que dependa de um princípio lógico de contradição. Parece difícil, mas é preciso simplesmente mudar de lógica. Na física quântica, por exemplo, foi necessário que um dia os físicos admitissem que a matéria é corpuscular e ondulatória, ao mesmo tempo. Da mesma forma, as lutas sociais são, ao mesmo tempo, molares e molecular. GUATTARI, F.; ROLNIK, S. **Micropolítica: cartografias do desejo**. Rio de Janeiro: Vozes, 1986.

⁸ROLNIK, S. **Cartografia Sentimental: Transformações contemporâneas do desejo**. São Paulo: Estação Liberdade, 1989. (pg. 66)

⁹ Espaço de conversa aberto no grupo de pesquisa de Micropolítica do Trabalho da FSP-USP em que trazemos as vivências experienciadas no campo de pesquisa a fim de dar visibilidade afetos que nos atravessam. "Com processamento queremos dizer que semanalmente precisávamos relatar e debater o que havíamos vivido, colocando nossas implicações em análise." FEUERWERKER, L.C.M. et al. **A pesquisa construída de modo compartilhado como dispositivo de educação permanente**. (pg.188-197) In: Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes. In: Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes. FEUERWERKER, L.C.M. et al. org., Rio de Janeiro : Hexis, 2016.

¹⁰Não somos pessoas, somos acontecimentos | Aula de Gilles Deleuze - Aula de Gilles Deleuze no Centro Universitário de Vincennes em 03/06/1980. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=1CpsFZUBkO8>. Acesso 12/08/2019.

Esse modo de fazer pesquisa, fora utilizado por Feuerwerker et al (2016)¹¹, naquele caso não somente com a finalidade de analisar a produção do acesso e barreira na produção do cuidado na rede de atenção à saúde mental, mas também como aposta para dar visibilidade às conexões e modos singulares de construção das redes existenciais e de cuidado.

Naquele estudo foi possível refletir sobre a importância da produção do cuidado em ato, que é constituído em conexão com os planos de produção da vida dos usuários e trabalhadores, para além do instituído, pela rede e fluxograma dos serviços de saúde. Apostando radicalmente que a abordagem cartográfica *“colocava em ato, na atualização, todos os feixes de forças dos vários regimes de verdade que emergem no território micropolítico”*(p.12). Para esse grupo de pesquisadores, foi a primeira experiência de tomar os usuários como guia para analisar a produção do cuidado em articulação com a produção das existências, muito além do plano formal, muito além dos espaços formais e instituídos.

A invenção “usuário-guia” possibilitou e possibilita dar visibilidade aos caminhos e conexões que os usuários fazem no cuidar da vida, na produção da existência. E esse plano intensivo nos ajuda a trazer para o debate político e analítico os elementos que sustentam as existências, seja nos desejos, nos modos de pensar, sentir e produzir o viver. Vale ressaltar que os planos micropolítico e macropolítico¹² coexistem e se correlacionam.

E foi em busca de um usuário-guia, na pesquisa Rede de Avaliação Compartilhada - Avalia quem pede, quem usa e quem faz. (RAC), na qual estive como “pesquisadora” de um território de saúde na Mooca-Aricanduva, que me

¹¹ FEUERWERKER, L.C.M. et al. **Como temos armado e efetivado nossos estudos, que fundamentalmente investigam políticas e práticas sociais de gestão e de saúde? A pesquisa sobre acesso e barreira na saúde mental.** (p.12-24) In: Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes In: Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes / FEUERWERKER, L.C.M. et al. org., Rio de Janeiro : Hexis, 2016.

¹² “Macro” é a política do plano concluído pela terceira linha, plano dos territórios: mapa. No mapa delineia-se um encontro dos territórios: imagem da paisagem reconhecível a priori. O mapa só cobre o visível. Aliás de todo o processo de produção do desejo, só nesse plano há visibilidade : é o único captável a olho nú. Também só nesse plano é que a individuação forma unidades e a multiplicidade, totalizações. Como havíamos dito, a segmentação operada por essa linha dura vai recortando sujeitos, definidos por oposições binárias do tipo homem/mulher, burguês/proletário, jovem/velho, branco/negro, etc.; ROLNIK, S. Cartografia Sentimental. p.60.

aproximei de uma pessoa que vivia na rua, Rambo. Para a rede de proteção social, era considerado um “caso problema”. Tomando-o como usuário-guia, apesar de buscar entender se e como ele acessava a rede de serviços de saúde, muitas outras questões em relação ao “mundo marginal” e à produção dessa existência tão ímpar foram sendo “destampadas” em mim. Atualizou em meu corpo questões de outrora, me intrigava aquele modo de estar vivente no mundo, bem como essa possibilidade outra de existência dentro e fora da “*Matrix*”¹³.

Seria mesmo dentro e fora? Uma questão...

Inicialmente, fui capturada por certo romantismo. Admirava a postura ativa e determinada de Rambo, bem como seus modos indubitáveis e destemidos de enfrentar as dificuldades, afirmando a sua liberdade e escolha de “*não querer nada e não precisar de nada!*”. Afinal, era por essa força, à semelhança do famoso herói hollywoodiano, que ele fora apelidado de Rambo pelos moradores da região! Na verdade, ali, naquele instante, nascia para mim, o meu herói tropical maculelê-loco.

Talvez, o que pra mim fossem suas virtudes e desejos, coloquem-no na condição de anti-herói¹⁴, é *uma questão de opiniões*¹⁵, como diria o poeta. De todo modo, após algumas conversas e de sua abertura, pois ele permitiu um pequeno adentramento em seu mundo, gritou em mim com força a necessidade de produzir uma sociedade mais solidária, em que todos possam ter seus direitos fundamentais garantidos. Como usuária-militante-pesquisadora me perguntava se o “avanço democrático” brasileiro havia possibilitado radicalizarmos nas propostas e possibilidades de fazer com que todas as vidas valessem a pena.

¹³ **Matrix** (em inglês: *The Matrix*) é um filme australo-estadunidense de 1999, dos gêneros ação e ficção científica, dirigido por Lilly e Lana Wachowski e protagonizado por Keanu Reeves, Laurence Fishburne e Carrie-Anne Moss. O filme descreve um futuro distópico no qual a realidade, como percebida pela maioria dos humanos, é, na verdade, uma realidade simulada chamada "Matrix", criada por máquinas sencientes para subjugar a população humana, enquanto o calor e a atividade elétrica de seus corpos são usados como fonte de energia. <https://pt.wikipedia.org/wiki/Matrix>

¹⁴ Anti-herói é o termo que designa o protagonista que não possui as virtudes tradicionalmente atribuídas aos heróis. Anti-heróis são personagens não inerentemente maus que, às vezes, praticam atos moralmente questionáveis. Contudo, algumas vezes é difícil traçar a linha que separa o anti-herói do vilão. Fonte Wikipedia. <https://pt.wikipedia.org/wiki/Anti-her%C3%B3i>

¹⁵ ROSA, G. **Grande Sertão: Veredas**. "Enfim, cada um o que quer aprova, o senhor sabe: pão ou pães, questão de opiniões..." pág. 8

Usuária porque minha filha foi diagnosticada com leucemia, quando tinha 3 anos. *Um acontecimento*. A princípio um atravessamento brutal e desorganizador. Contudo, hoje ela está bem. O tratamento foi feito no SUS, um certo SUS, o SUS que pude agenciar a partir da rede de amigos e de arranjos possíveis. Percebi que acessar o SUS, ainda que por uma *rede informal*, fez e faz diferença. Ainda assim, poder acessar um sistema de saúde, receber os cuidados necessários, fez e faz diferença¹⁶. Esse acontecimento, nos fez experienciar na pele os efeitos das políticas públicas na vida.

Militante porque trabalhei na Rede de Atenção Psicossocial do Município de São Bernardo do Campo, atuando diretamente nos processos de desinstitucionalização e reintegração social dos moradores de uma Residência Terapêutica vinculada à um CAPS III, na condição de acompanhante terapêutica. Nesse contexto era atravessada constantemente pelos desafios de produzir em ato a política antimanicomial, fortemente implicada com agires militantes na invenção coletiva de novas vidas novas. Vivi e senti na pele os encontros e desencontros na saúde. Encontros e desencontros na saúde, pois nem sempre, nós ({{(trabalhadores-trabalhadores)}}-{{(trabalhadores-usuários)}}) caminhávamos no mesmo rumo. Não era fácil devolver a “liberdade” que um dia foi tirada pela própria sociedade. Tampouco tirar o manicômio de dentro dos moradores e dos trabalhadores Não esqueço e até hoje reverbera em mim a frase de J (morador da residência, que esteve por mais de 20 anos internado/recluso numa instituição psiquiátrica) “minha família me trancou porque eu gosto de homem!”

Pesquisadora porque desde 2014 participo do grupo de estudos da Linha de Micropolítica e Saúde, na Faculdade de Saúde Pública da USP. Naquela época trabalhava numa clínica psicológica que atendia saúde suplementar, cujos modos de operar e de cuidar eram para mim enlouquecedores. Sentia que faltava algo, de um espaço que pudesse problematizar e ao mesmo tempo queria continuar estudando. Laura responde meu email-pedido para participar do espaço com um “seja bem vinda!”.

¹⁶ SIQUEIRA, P.M. et al. Na (Contra)-Corrente: sobre-(viver) a produção do cuidado e de redes de uma mãe que vivenciou o diagnóstico e os desdobramentos de um certo câncer de sua filha. Relatório Final da Pesquisa do Observatório Microvetorial de Redes. (Anexo 1)

Participar deste coletivo me faz potente. Percebo a importância de se constituir em rede, como um cacho de uvas (frase da Bertussi!) e que “Um corpo que não é desacomodado vive a paz do cemitério! (frase da Laura!)

Aportada nesses territórios-lugares esta pesquisa deu seus primeiros passos. Queria ver se e como as políticas públicas de saúde para populações em situação de rua são dispositivos agencia(dores): de vida? de morte? de limbo? Entre idas e vindas do campo de pesquisa, fui experimentando e experienciando vivências que me afetaram e ocuparam.. Digo (re)pousou, principalmente, porque uma parte do campo foi feita no decorrer do ano de 2017, pois engatamos esta pesquisa com a RAC, aproveitando inclusive a aprovação existente para a pesquisa, considerando que a gestão Dória, com todas suas des-apostas e tensionamentos, poderia inviabilizar esse adentramento.

Inicialmente, a aproximação aconteceu nos serviços, de modo que pudéssemos compreender os processos constitutivos e as relações de forças que compunham os diferentes espaços-tempo em que supostamente acontecia o cuidado em saúde. Aproveitando essa conexão com esse território de saúde, recebemos indicação de uma certa equipe de da gestão central e nossa entrada no campo se deu a partir de uma apresentação da pesquisa para esta equipe de Consultório na Rua (CnaRua). Já era conhecida por alguns de seus componentes devido à pesquisa da Rede de Avaliação Compartilhada (RAC) em que o usuário-guia¹⁷ foi o Rambo, em conexão com uma equipe de CnaRua de outro território.

Mudando de território, segui participando ativamente do cotidiano de trabalho desta equipe de CnaRua. Aqui, participar ativamente é “*embarcar na constituição de territórios existenciais, constituição de realidade*”¹⁸ e para tal estive juntos nos caminhos percorridos pelos trabalhadores, seja nos encontros com os usuários, seja nas reuniões da equipe, *enfim, no cotidiano*

¹⁷ SIQUEIRA, P. M. et al. Foi tudo por água abaixo (?): Sobre os dilemas e conflitos que um acompanhamento pode deflagrar e fazer falar. In: MERHY, E. E. (Org.). Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes. 1ed. Rio de Janeiro: Hexis, 2016, v. 1, p. 1-443.)(Anexo 2)

¹⁸ ROLNIK, S. **Cartografia Sentimental: Transformações contemporâneas do desejo**. São Paulo: Estação Liberdade, 1989. p.66

de trabalho. A equipe era composta por: 4 Agentes Comunitários de Saúde, 2 Agentes Sociais, 2 auxiliares de enfermagem, 1 psicólogo, 1 Assistente Social, 1 enfermeira e 2 médicos. E seu território de atuação pertence a uma região central do Município de São Paulo/SP., localizada próximo à rodoviária Tietê.

Dentre a população que ali vive e/ou trabalha há muitos imigrantes, hoje, em sua maioria, bolivianos e africanos, outrora, italianos, portugueses e coreanos. Comporta um fluxo intenso de pessoas, um lugar de saídas e chegadas, idas e vindas.

É uma região fabril, com muitos comércios e cortiços.

Também estão localizados nesse território seis Centros de Acolhida (CAs), que oferecem diferentes serviços, basta atravessar a rua da UBS. Existem equipamentos com vagas de longa permanência e pernoite. Cada qual oferecendo atendimento a um tipo específico de público. Há serviços de acolhimento para idosos, adolescentes, mulheres, mulheres gestantes ou com filhos e homens.

A Unidade Básica de Saúde (UBS) divide espaço com um AMA (Assistência Médica Ambulatorial). Estão sediados nesse mesmo prédio um Núcleo de Apoio a Saúde da Família, Programa de Acompanhamento ao Idoso (PAI), Consultório na Rua (CnaRua) e PAVS (Programa Ambientes Verdes e Saudáveis). A UBS é de administração direta, o AMA é de administração indireta e cada programa é gerido por uma Organização Social (OS) diferente.

Recebi o convite para participar da Roda de Terapia Comunitária e este foi o primeiro espaço em que comecei minhas “andarilhagens” com a Equipe de CnaRua. Me misturei nos processos de trabalho da equipe, participando das atividades desenvolvidas em seu cotidiano e produção viva do cuidado. Essas andanças incluíram ações da equipe dentro da UBS, das reuniões de matriciamento e equipe, bem como as ações fora da UBS- “nas cenas de uso”, visitas nos CAs, e com os Agentes Sociais e de Saúde.

Nesta pesquisa, usuários e trabalhadores não se constituem como objeto de pesquisa, senão que a compõem ativamente com seus saberes, experiências e modos de produção de vida. E foi me encontrando com eles, fazendo seus caminhos do cuidar e depois problematizando esses caminhos e

cuidar, por meio do que chamo de “conversações” (pois após todo processo de trabalho sentávamos para conversar sobre as ações no/do trabalho, sendo que esse material foi gravado e posteriormente transcrito), que fizemos alguns recolhimentos sobre esse andar no campo da saúde nesta pesquisa. Fazem parte desse grupo 5 trabalhadores com os quais tive maior aproximação (1 Assistente Social -apoiador das equipes, 2 Agentes Sociais, Médica e o Psiquiatra da Equipe NASF).

Nossa ideia inicial era que a pesquisa também fosse um dispositivo de educação permanente¹⁹, como já havíamos experimentado na RAC, mas os processos e relações se mostraram muito tensionados, pressionados, apertados, não tendo sido possível produzir maleabilidade para a problematização. Uma frase virava explosão. Hecatombe. Conversar aos pares, nos espaços informais, foi, sim, possível. Depois da construção dessa rede de conexões, foi possível abrir falas junto à equipe, mas sem produção compartilhada.

Desta vivência de um ano com a equipe, separei cenas nas quais tento dar visibilidade às produções que aconteceram a partir dos encontros desses viventes com uma certa versão das políticas públicas de saúde, concretizadas por esses trabalhadores e serviços, que, ao mesmo tempo são afetados pelas proposições, mas também as produzem, a seu modo, a seu tempo, nos **Encontros e Desencontros na Saúde**, com os usuários, trabalhadores e gestores.

Foi no campo/plataforma saúde que conheci El(z)a - **(Nascer do próprio parto: sobre o Devir-Mulher²⁰ de uma mulher em devir²¹.)** na circunstância do parto do seu filho cujo acompanhamento até a maternidade

¹⁹ FEUERWERKER, L.C.M et al. **A pesquisa construída de modo compartilhado como dispositivo de educação permanente.** (p.188-197) In: MERHY, E.E. et al (Org.). Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes. 1ed.Rio de Janeiro: Hexis, 2016, v. 2

²⁰ O que chamamos de entidade molar aqui, por exemplo, é a mulher enquanto tomada numa máquina dual que a opõe ao homem, enquanto determinada por sua forma, provida de órgãos e de funções, e marcada como sujeito. Ora, devir mulher não é imitar essa entidade, nem mesmo transformar-se nela. DELEUZE, G; GUATTARI, F. **Mil Platôs - Capitalismo e Esquizofrenia.** São Paulo: Ed. 34, 1997.

²¹ Devir é, a partir das formas que se tem, do sujeito que se é, dos órgãos que se possui ou das funções que se preenche, extrair partículas, entre as quais instauramos relações de movimento e repouso, de velocidade e lentidão, as mais próximas daquilo que estamos em vias de devir, e através das quais devimos. É nesse sentido que o devir é processo do desejo. **Mil Platôs - Capitalismo e Esquizofrenia.** (p.67)

fora feito em parceria com o Agente de Saúde G. A experiência com El(z)a mobilizou meu corpo naquilo que tem de mais recôndito: a “condição” de mulher-preta-mãe-psicóloga.

Uma certa mulher. Nasci numa família evangélica, meu pai é pastor de igreja pentecostal e tornar-me a mulher que eu sou foi uma questão de insistência. Tive que persistir na produção singular do meu modo de viver. Acreditem, havia regras que atravessavam desde os meus modos de vestir, de portar, até sobre como seria meu futuro (casaria virgem, na igreja e, afinal, pra quê estudar?). Eram tantas normas e senões que sufocavam o viver, que fui obrigada a pular muitos muros.

Eu acreditava em razões outras, que não aquelas fundamentadas na Bíblia, na doutrina da Igreja, na moral e nos bons costumes. A culpa cristã era uma cruz muito pesada a ser carregada. E pra quê? A quem essa culpa serve? Não a mim, queria conhecer as máquinas do mundo!

Preta porque essa “condição” em mim me fez/faz vivenciar e protagonizar cenas de preconceito (também aprendi o que era isso!), me fez/faz entender na pele a necessidade de políticas e de arranjos institucionais que possibilitem a inclusão e a mudança social. Foi em 2005 que eu descobri que era negra! *Um acontecimento*. Ano em que ingressei na Universidade Estadual de Londrina (UEL), no curso de Psicologia. Ano em que a UEL aderiu a política de cotas. Porém, o racismo em mim ficou indignado de entrar como cotista. Cota não é esmola! como bem disse Bia Ferreira²². Mas eu não achava justo... Isso não era justo! Apesar de ter sido aluna de escola pública a vida toda, de ser descendente direta de índios e negros por parte de pai e de sentir na pele a dureza de 4 anos tentando entrar na USP. Ainda assim achava injusto.

Como eu nunca percebi isso? Talvez porque minha mãe seja branca, filha de italianos e portugueses? Ou por que esse não era bem o lugar que eu queria ocupar? Não sei... Aos poucos, fui descobrindo que negar minha cor, meus cabelos (sim, eu alisava!), estava relacionado com a experiência de viver

²² Bia Ferreira performing "Cota Não é Esmola" at Sofar Curitiba on November 19th, 2017. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=QcQIaoHajoM>

em nossa sociedade nessa condição! Me perguntava muito onde estavam os negros? Na minha turma éramos 3! Me sentia privilegiada ou fora do comum, era muita gente branca e loira. Entrei e saí da graduação como terceira aluna da turma. Não me permitia nada menos que tirar nota dez. Sobre os meus ombros pesava a responsabilidade de provar que era boa e tirar a marca da cota em mim. A biblioteca tornou-se a segunda casa e a obsessão me fez perder noites de sono estudando.

Psicóloga porque forjar e sustentar a existência e um curso de graduação integral, num lugar estranho, com toda a dificuldade, financeira inclusive, não foi fácil. Vivi um ano na moradia estudantil, aprendi muitas coisas, uma delas foi que não estava sozinha! Existia um mundo de gentes em situação semelhante, e, como eu, em luta! Luta pela existência! Foi lá que percebi que não estar sozinho faz toda diferença! Sensação de acolhimento e de apoio mútuo! A liberdade era constantemente cerceada na moradia estudantil, viver sob o regimento institucionalizado pela UEL sufocava, precisei servir muitas mesas no freela semanal que fazia num restaurante pra assumir o aluguel. Mais noites sem dormir...

A escolha do curso estava ligada ao interesse pela experiência supostamente transformadora do cuidar, mas também ao desejo de mudar o mundo e fazer (r)evolução. Achava que isto era possível! Descobri, com a querida professora Alejandra, que a revolução é feita *nos “vãos que se formam nas malhas do poder”* e ela não será televisionada! Nós somos a revolução, são as vidas que estão em revolução... vidas em revolução! Durante minha formação, apesar de o curso privilegiar preponderantemente a clínica e a abordagem individual, eu buscava nos projetos de extensão e de pesquisa do Departamento de Psicologia Social encontrar atividades que tivessem foco mais coletivo.

Em 2010 interrompi meus estudos devido à gestação. Foram muitos enfrentamentos, pelo não casamento, pela maternagem, pela constituição de uma certa mulher-mãe. Fora uma gestação não planejada, eu já havia decidido não transmitir a esse mundo o legado da nossa miséria²³, num

²³ ASSIS, M. Dom Casmurro. **Dom Casmurro**. Nova Aguilar: Rio de Janeiro, 1994.

momento crítico, em relação à futura profissão. Uma pergunta pungente me ocorria: teriam valido a pena todos os esforços? O que mesmo que eu estava fazendo da minha vida?

De alguma forma, a experiência de partejar, de ser capaz de pôr no mundo aquele serzinho produziu um sentido outro em mim. Foi como ser invadida por uma força motriz! Dei à luz a constatação de ser capaz de fazer qualquer coisa. Sigo nas aprendizagens de ser mãe, com todos os enfrentamentos incontornáveis para que a forja desse lugar não seja opressora, restritiva, mas sim produtora de vida ... mais noites sem dormir! De encruza em encruza, segui caminhando, sustentando a instabilidade do equilíbrio. Hoje estou mulher, negra, mãe-solo, psicóloga, mestrande e, entre idas e vindas, tenho buscado me constituir, inventando modos de re(existir) não ressentidos e mais potentes de viver.

Foi a El(z)a em mim que gritou ou teria sido a Paula na El(z)a que me mobilizou e, desde o momento que a conheci até nosso último encontro, seu destemor e perseverança falam de uma coragem de viver. Como na música de sua homônima: *“Mulher do fim do mundo, mulher da pele preta, que vai até o fim cantar.”*²⁴ Digo isso, pois havia muitas afirmações de que seu transtorno mental, sua condição de vida a impediriam de maternar, de sair da maternidade com o bebê e ficar com ele e o criar. Apesar dos não e senões que houve em seu caminho e de suas “limitações”, seguiu parindo/partejando seu cotidiano e inventando sua vida.

Também percorri caminhos para fora da equipe, geralmente em espaços relacionados com a discussão e o contexto das “pessoas em situação de rua”.

Estive em reuniões do Comitê Intersetorial da Política Municipal para População em Situação de Rua – Comitê PopRua. A Coordenação de Políticas para População em Situação de Rua e o Comitê Intersetorial da Política Municipal para População em Situação de Rua. O Comitê PopRua (2013) é um espaço constituído por nove integrantes do poder público municipal e nove

²⁴ Artista: Elza Soares, Álbum: A Mulher do Fim do Mundo, 2015, Circus

representantes da sociedade civil, dentre eles, pessoas em situação de rua. Este colegiado tem como uma de suas funções criar e monitorar o Plano Municipal de Políticas para População em Situação de Rua (PMPSR, 2016). O plano foi constituído de forma participativa, tendo como norte as necessidades/desejos da PSR (População em Situação de RUa) e sinalizou ações e elementos para uma Política orientada pela garantia de direitos.

O Plano Municipal foi uma importante possibilidade de encontrar caminhos que dialogassem diretamente com as necessidades/desejos das pessoas em situação de rua. Os dados levantados por meio de uma pesquisa realizada pelo Comitê PopRua, sendo os pesquisadores pessoas em situação de rua, mostraram as enormes dificuldades de funcionamento dos equipamentos de acolhimento e da implementação das políticas públicas em todas as áreas do campo em questão.

A partir dessas aproximações, integrei durante algum tempo a Comissão Intersetorial de Saúde da Pessoa Vulnerável do Conselho Municipal de Saúde/SP (CMS-SP). Esta Comissão tem em sua composição representantes da Sociedade Civil, Movimentos Sociais, Universidades e Grupos de Pesquisa, Entidades e Trabalhadores de Saúde, que trabalham e atuam especificamente com evitentes na rua, Representantes do Governo da Secretaria Municipal de Saúde e de outras Secretarias parceiras neste cuidado. Seus objetivos declarados são: “Sensibilizar e dar visibilidade às vulnerabilidades de saúde específicas da população em Situação de rua dentro do Conselho Municipal de Saúde; Discutir, direcionar e propor pautas de Políticas Públicas de Saúde da População em Situação de Rua para e com o Conselho Municipal de Saúde; Articular a rede intersetorial que compõe o cuidado integral à população em Situação de rua; Acompanhar e apoiar dentro do Conselho Municipal de Saúde, de forma co-responsável a proposição das pautas apresentadas pela comissão; Subsidiar tecnicamente as decisões do conselho Municipal de Saúde referente à Saúde da População em Situação de Rua”.

Sentia a necessidade de fabricar coisas com/na rua, nesse sentido, entre as outras conexões, comecei participar do Projeto de Extensão A cor da

Rua (UNIFESP) me possibilitou o encontro com pessoas que estudam a rua, incluindo viventes na/da rua que participam das reuniões, pois trata-se de um projeto aberto. Desenvolvemos a partir disso a Formação em Saúde Mental e Comunitária na Ocupação 9 de Julho, atendendo a necessidade demandada por parte do coletivo do Movimento Nacional de Luta por Moradia (MNLN). Este coletivo buscava mais ferramentas para manejar tensionamentos razoavelmente frequentes dentro da ocupação.

Uma outra conexão, que foi uma surpresa, foi a Ocupação Mauá. Estive em algumas reuniões da Frente de Luta por moradia. Era um momento de tensão pois a ocupação recebeu mandado de reintegração de posse e precisava criar estratégias de enfrentamento. Houve um chamamento para colaboradores e apoiadores da causa. Muita vida corria ali dentro e isso me encantou!

Também visitei algumas vezes o Centro de Inclusão pela Arte, Cultura, Trabalho e Educação (Cisarte). Instalado sob o Viaduto Pedroso, região central de São Paulo, o espaço funciona desenvolvendo projetos de economia solidária e cursos, oficinas e serviços voltados para a população.

O campo se abriu em *rizoma*²⁵. Como em Nietzsche que diz sim à vida²⁶, aqui o fio condutor para minha porosidade, que se abriu a vários lugares, foram os fios das vidas, vida por um fio, fio da navalha que é a vida. Daquilo que me passou, daquilo que faz *sentido ou do sem-sentido*²⁷, pode-se dizer que o

²⁵Num rizoma entrasse por qualquer lado, cada ponto se conecta com qualquer outro, ele é feito de direções móveis, sem início ou fim, tendo apenas um meio, por onde cresce e transborda, sem remeter a uma unidade ou dela derivar, sem sujeito nem objeto. PELBART, P.P. **O Tempo Não-Reconciliado**. In: ALLIEZ, E. (org.). Gilles Deleuze: Uma Vida Filosófica. São Paulo: Editora 34, 2000.

²⁶Quero cada vez mais aprender a ver como belo aquilo que é necessário nas coisas. Amor-fati [amor ao destino]: seja este, doravante, o meu amor! Não quero fazer guerra ao que é feito. Não quero acusar, não quero nem mesmo acusar os acusadores. Que minha única negação seja desviar o olhar! E, tudo somado e em suma: quero ser, algum dia, apenas alguém que diz Sim! – Nietzsche, Gaia Ciência, §276

²⁷Se a experiência é o que nos acontece e se o saber da experiência tem a ver com a elaboração do sentido ou do sem-sentido do que nos acontece, trata-se de um saber finito, ligado à existência de um indivíduo ou de uma comunidade humana particular; ou, de um modo ainda mais explícito, trata-se de um saber que revela ao homem concreto e singular, entendido individual ou coletivamente, o sentido ou o sem-sentido de sua própria existência, de sua própria finitude. Por isso, o saber da experiência é um saber particular, subjetivo, relativo, contingente, pessoal. Se a experiência não é o que acontece, mas o que nos acontece, duas pessoas, ainda que enfrentem o mesmo acontecimento, não fazem a mesma experiência. BONDIA, J.L. **Notas sobre a experiência e o saber de experiência**. Rev. Bras. Educ. [online]. 2002, n.19, pp.20-28.

campo de produção das existências e suas miríades me atravessou sobremaneira. Foi impregnada por essas existências que este trabalho foi escrito.

Foram tensões e alegrias vivenciadas nos encontros, produzindo sentidos e experimentações, de maneira que aquilo que poderia ter sido algo em torno do campo da saúde se deslocou para o campo das produções dos modos de existir daqueles que vivem na/da rua.

Talvez nosso olhar tenha se voltado e deslocado para a grande saúde²⁸, que não representa em si um estado corpóreo saudável, normativo, estático, antes trata-se de *inumeráveis saúdes do corpo*²⁹, que se constitui fora do dualismo saúde-doença, uma vez que a doença compreende uma variação da potência do corpo, e ter saúde pode ser a capacidade de superar a doença. E foi ali, onde a vida corre-pulsa e nas tensões que orbitam esse viver que nossa nave pesquisa (re)pousou.

Digo repousou, pois, um ano depois que tínhamos produzido um certo material retornei ao campo e encontrei/encontro Alexandre. Precisei de um olhar degradê. Buscava as nuances e matizes da rua, buscava desmarcar do meu corpo uma rua como lugar da doença, do ressentimento - marca produzida no encontro com o CnaRua, e ao contrário, encontrar a grande saúde na/da rua. Deste encontro nasceu **Alexandre e suas histórias: sobre andarilho(z) que afetam**. Essa vida que produz (r)evolução e resiste nos entres, nos vãos da malha de poder.

²⁸Desse isolamento doentio, do deserto desses anos de experimento, é ainda longo o caminho até a enorme e transbordante certeza e saúde, que não pode dispensar a própria doença como meio e anzol para o conhecimento, até a madura liberdade do espírito, que é também autodomínio e disciplina do coração e permite o acesso a modos de pensar numerosos e contrários — até a amplidão e refinamento interior que vem da abundância, que exclui o perigo de que o espírito porventura se perca e se apaixone pelos próprios caminhos e fique inebriado em algum canto; até o excesso de forças plásticas, curativas, reconstrutoras e restauradoras, que é precisamente a marca da grande saúde, o excesso que dá ao espírito livre o perigoso privilégio de poder viver por experiência e oferecer-se à aventura: o privilégio de mestre do espírito livre! No entremeio podem estar longos anos de convalescença, anos plenos de transformações multicores, dolorosamente mágicas, dominadas e conduzidas por uma tenaz vontade de saúde, que frequentemente ousa vestir-se e travestir-se de saúde." NIETZSCHE, F. *Humano Demasiado Humano*, Prólogo §4

²⁹ NIETZSCHE, F. *Gaia Ciência*, 1982, p146

2- ALEXANDRE E SUAS HISTÓRIAS: SOBRE ANDARILHO(Z) QUE AFETAM.

Tudo isso mais os passarinhos e os andarilhos era a paisagem do meu avô. Chegou que ele disse uma vez: os andarilhos, as crianças e os passarinhos têm o dom de ser poesia.

Manoel de Barros. Memórias inventadas.
As infâncias de Manoel de Barros, p. 35

Neste poema, (meta)foreando sobre os andarilhos, Manoel nos dá pistas sobre a potência dos andarilhos de nos afetar. Seja nos comovendo, nos sensibilizando e despertando sentimentos passíveis de significados significantes, “*quando o mais dentro aflora*”³⁰. Sobre os andarilhos que tem o dom de ser poesia, instaurando e fazendo circular afetos³¹, engendrando afecções e provoc(AÇÕES).

Evoco aqui a rua, uma certa rua, não no sentido literal, como via de tráfego de pessoas, carros e etc, mas a rua que é constitutiva e constituinte dos modos de produção das existências desses viventes, as “Pessoas em Situação de Rua”, palco da forja das existências daqueles que nela e dela vivem, sobre(vivem) e (r)existem.

Rua como lugar outro, como possibilidade de campo das existências, como lugar de acontecimentos da vida, como produtora de diferença. Constituída e constitutiva de/por corpos políticos de enunciação e produtora de um senso estético outro. Como campo de *transmissões de sensibilidades e de experimentações*³².

Sobre a rua, esta rua que nos convoca, que de alguma forma, atravessa a nós todos, em nossa maneira de existir e estar no mundo e produzir alteridade, Merhy et al (2014) pontua que:

é lugar de múltiplos sinais, que acabam sendo naturalizados nos encontros com as alteridades. De muitas maneiras, os sinais que vêm

³⁰A música A terceira margem do rio foi resultado de uma parceria feita entre Caetano Veloso (letra) e Milton Nascimento (música). Criada em 1991, a canção é baseada no conto A terceira margem do Rio, de Guimarães Rosa, publicado em 1962. A música foi gravada no álbum Circuladô e possui 2:23 de duração.

³¹Por afeto compreendo as afecções do corpo pelas quais sua potência de agir é aumentada ou diminuída, estimulada ou refreada, e, ao mesmo tempo, as ideias dessas afecções. Explicação. Assim, quando podemos ser a causa adequada de alguma dessas afecções, por afeto compreendo, então, uma ação; caso contrário, uma paixão. espinoza, 2008, eiii, Def. 2, p. 163.

³² DELEUZE, G.; GUATTARI, F. Mil platôs - capitalismo e esquizofrenia. v. 4. São Paulo: Ed. 34, 1997.

da rua nos invadem porque também somos a rua. Cravados de tensões constitutivas entre produção de vida e morte, presentificam-se, no cotidiano do andar a vida de todos nós.

Ignorando esses sinais, muitos afirmam que a rua seria um lugar de “*passagem*”, aludindo ao sentido passageiro e momentâneo da estada nas ruas. Sustentando ações que comumente denominam de “porta de saída”. Contudo, processos de subjetivação são fabricados nas vivências de rua, e, a despeito disto ou daquilo, é nesse campo que grupalidades e trajetórias existenciais são forjadas.

A rua é palco da tessitura de relações, em que afetos são depositados, lugar em que um território marginal é produzido. O termo “marginal” frequentemente é usado no sentido “daquele que está à margem”, e ou do ponto de vista daqueles que veem como “vagabundos” as pessoas que na rua vivem. Aqui, o termo marginal é suscitado como proposta inspirada pela terceira margem do rio, que não é nem partida, nem chegada - margem primeira e segunda- mas sim, sustentado pela potência líquida dos corpos, lançando mão de sua potência em liquefazer-se, de margear-se no/pelo corpo social, são caminhos de feitura e desfazimento, sustentado por uma corporificação “*dilusa*”.

Incumbiu ao padre que um dia se revestisse, em praia de margem, para esconjurar e clamar a nosso pai o 'dever de desistir da tristonha teima. De outra, por arranjo dela, para medo, vieram os dois soldados. Tudo o que não valeu de nada. Nosso pai passava ao largo, avistado ou diluso, cruzando na canoa, sem deixar ninguém se chegar à pega ou à fala.³³

Invocaremos a rua como possibilidade de descolonização de nossos corpos. Como proposta de anunciação de formas de vida outras. Como “margens de variação ou transgressão”. Uma aposta em que todas as vidas valem a pena como possibilidade de produção de si, ainda que forças-sargento, forças-padre, forças-Dorianas, forças-Bolsomínicas, forças-rapa tentem dissuadir e despotencializar a força-rua.

Esta que abre brechas, rasgos, veios e dá passagem aos movimentos insurgentes e subversivos, proporcionando a fabricação de espaços de

³³ ROSA, João Guimarães. “A terceira margem do rio”. In: _____. Ficção completa: volume II. Rio de Janeiro: Nova Aguilar, 1994, p. 409-413. (410)

liberdade experienciados e experimentados pelo viventes. Conclamando saberes libertários. E de um *desejo que se vire como puder*³⁴.

Primeira Margem:

Ao chegar na Praça sou recepcionada por João, que está de saída, esguio e barbudo, no estilo islã, ao ser indagado por mim se morava na praça me responde: Eu habito a praça!

Visivelmente ela é habitada por alguém interessado no mundo, ao menos naquele mundo-praça.

Tal qual a Wonderland de Lewis Carrol, a composição da praça indica que ali a vida acontece e cada coisa diz disso. Seja pelas multiplicidades e vivacidade das cores, seja pelas plantas vivas-verdes e cuidadas, seja pelo ar da graça das flores, seja pelos penduricalhos, seja pelos quadros, seja pelos lambes, seja pelas carrancas de casca de côco. Expressão de um modo de estar no mundo e com o mundo.

Uma afirmação me passa pela cabeça, só é possível habitar construindo, se constituindo, *jogando o corpo no mundo*³⁵, nele e com ele se constituindo.

Em uma hora de espera sentada no banco, aguardando seu Ilustríssimo morador acordar, não houve quem, ao passar por ela, não olhasse. Alguns pararam. Outros se intrigaram. Houve também aquele que alguma coisa. Foi levar, mas, na ausência de quem recebesse, deixou no carrinho-cesta-armário.

Um cachorro-filhote-bola, pula pra lá e pra cá, de alegria invejável, late balança o rabo, de súbito pula na cintura, como se convidasse a compartilhar...

Alexandre aparece e num café de fim de tarde me conta um pouco sobre sua vida. Ele vivia com a família no interior de São Paulo e há 20 e poucos anos atrás decidiu vender seu único bem, uma moto e sair pro mundo pra levar

³⁴ GUATTARI, F. *Revolução molecular: pulsações políticas do desejo*. São Paulo: Editora Brasiliense, 1977. p. 43

³⁵ Frase retirada da música *Mistério do Planeta*, Grupo Novos Baianos, álbum *Acabou Chorare*, lançado em 1972, pela Som Livre. "Vou mostrando como sou, E vou sendo como posso, Jogando meu corpo no mundo, Andando por todos os cantos, E pela lei natural dos encontros, Eu deixo e recebo um tanto, E passo aos olhos nus, Ou vestidos de lunetas, Passado, presente, Participo sendo o mistério do planeta.

a vida como quisesse. Não queria ser responsável pelo mal estar da família, que não concordava e o recriminava pelo uso de cocaína.

Morou por um tempo no litoral de São Paulo, em Salvador, depois veio para Capital de São Paulo. Aqui conheceu uma mulher, se apaixonou, teve uma filha. Com o fim do casamento, decidiu viver na rua. Não queria mais a responsabilidade de uma família, de pagar aluguel, de ter um trabalho fixo, sentia-se sufocado e triste. *“Fui pra rua, queria viver como quisesse. Já fiz um filho, plantei uma árvore, estou escrevendo um livro... acho que posso fazer da minha vida o que eu quiser!”*

Há pouco tempo atrás ele fora procurado pela família, também pela filha, fora reconhecido nos vídeos sobre ele que estão no Youtube. Inicialmente ambas desejavam que ele regressasse. Ao que ele prontamente se recusa: *“Deus me livre!”*.

O que o mobilizou? O desejo de *errância*³⁶? “[...] como meio de escapar da esclerose mortífera do instituído”?

A “família” é assunto recorrente quando se discute sobre as pessoas que vivem na rua, ou quando se propõe políticas públicas. Família geralmente é referida/acionada como um lugar de segurança, ou de apoio, ou esperança. As relações constituídas no seio familiar são constantemente naturalizadas como boas, como fundamentais ao ser humano, e aqueles que não têm família parecem não ter pertencimento. Ou, numa escala de valores, parecem ser “menos valorosos”.

No entanto, nas sociedades disciplinares, as instituições familiares foram montadas como “espaço” disposto à ampliação do controle e disciplinarização dos corpos, tornando-os dóceis (FOUCAULT, 2007). A instituição família foi produzida como uma invenção tecnológica, como

³⁶A errância, finalmente, é apenas um *modus operandi* que permite abordar o pluralismo estrutural dado pela pluralidade de facetas do “eu” e do conjunto social. E também um modo de viver. Em seu sentido mais estrito é um “êxtase” que permite escapar simultaneamente ao fechamento de um tempo individual, ao princípio de identidade e à obrigação de uma residência social e profissional. Êxtase anteriormente possível acomodar na ordem de um religioso separado, ou que se relegou a um passado superado, mas que contamina, vagarosamente, o conjunto dos fenômenos sociais. Êxtase que está na origem das epidemias de massa, esportivas, musicais, religiosas, políticas, culturais” (p. 113). Michel MAFFESOLI. Sobre o Nomadismo: vagabundagens pós-modernas, Rio de Janeiro, Record, 2001.

dispositivo de controle, como aparelhos prescritivos das margens de variação ou de transgressão (FOUCAULT, 1984). Ainda hoje, apesar de vivermos transformações dos dispositivos de controle, recorre-se às instituições familiares consubstanciando-as como espaços-panacéia, supondo-se sanadores de loucura, de doença ou de algum suposto desequilíbrio dos viventes. O paradigma: “família é o melhor lugar pra se viver”, povoa o coração dos homens/mulheres.

E aqueles, como Alexandre, que não se inserem nessa norma e que se produzem em outras pluralidades?

A alteridade radical e o nomadismo daqueles que vivem nas ruas nos interrogam sobre como legitimamos - ou não - as vidas que contrariam uma certa normatividade, na produção social que está fundamentada na instituição família, na propriedade privada, na venda da força de trabalho.

Que tolerância se produz em relação ao que se apresenta como diferença?

Para falar sobre a diferença, Derrida (2004) pontua que esta é produzida a partir das experiências subjetivas com a materialidade do mundo, constituindo assim os sentidos. Cunha um neologismo {{différance}} para ressaltar que esta não seria apenas uma distinção, oposição, um sistema de valores ou valoração de algum padrão em detrimento de outros, mas sim uma referência à alteridade e a heterogeneidade, desde que haja o traço, “*através e apesar de todos os limites que a mais forte tradição filosófica ou cultural acreditou reconhecer entre “o homem” e “o animal”*”.

Alexandre abdicou da família, por seus motivos e razões, foi ser vivente desenraizado. Não por isso tornou-se uma vida indigna. Como *sentinte* procura seu lugar no mundo. O sorriso da Praça (apelido que algumas pessoas deram à Alexandre), também fez sorrir a Praça. Ela era, segundo ele, o “*cagódromo*”, principalmente em função da proximidade com o “*fluxo*” e outras “*biqueiras*”, assim ali era um lugar de trânsito e uso de drogas.

Um dia ele decidiu montar uma barraca, para ter onde dormir sossegadamente. Aos poucos foi limpando, pintando, transformando o lugar.

Atualmente, mora com João, o que facilita suas saídas, pois podem se revezar na zeladoria e na expulsão daqueles que ele chama de “*ratos de duas pernas*”.

Tem uns ratos de duas pernas... Por mais que seja grande, se você joga uma tese o cara sabe o que é certo.. Essa praça antes era o fumódromo começou tomar um caráter... Quando a gente encontra eles aqui já mando logo “Você vai limpar algum bagulho aqui?”... “quer tomar umas pauladas ou varrer a Praça?”... tem uns transeuntes que mete o louco... se é um cara que vem de vez em quando e passa uma vassoura... de boa! mas não vem meter o loco aqui, aqui não!

Sobre o que lhe fez parar, fixar na praça e “habitar” a praça, não sabe ao certo dizer. De pronto diz: “Estava cansado!”. Depois diz: “Não sei te responder ao certo, posso pensar?!” Mas “*Cuidar da praça aliviou minha estiga*³⁷”. E foi a partir de sua produção que a Praça foi batizada, tornando-se: *Praça Chão de Giz!* Segundo ele: “*Chão de Giz: Risca, Apaga, Renova*”. Criar é resistir...³⁸, como Deleuze nos apontou no Abecedário, relacionando ao campo de possibilidades de produção de si com a potência inventiva em nós. Também como meio de “exageração da vida”!

Segunda Margem:

De longe se via aquela figura, parecia um monge tibetano, cabeça prateada e bata rosa esvoaçante, tirava fotos e observava os adereços da praça. Atravesso a rua, chego e me apresento. Conheço (M)Ana, ativista na região da Cracolândia, atua numa oficina do Espaço Mugunzá³⁹, na produção de peças variadas (capas de almofada, camisetas, tapetes, etc) com tecidos

³⁷ fissura, vontade de usar drogas.

³⁸ Deleuze em abecedário.

³⁹ Em 2016, um grupo de sete artistas e educadores (Cia Mungunzá de Teatro) construíram um polo cultural construído com 11 contêineres, na região central de São Paulo/Santa Ifigênia. Um espaço onde se encontrassem caminhos alternativos no âmbito arquitetônico (arquitetura moderna/sustentável), urbanístico (democratização do acesso à cultura – não sendo “ponta de lança” da gentrificação em áreas onde a especulação imobiliária repousa seu olhar) e de atividades socioculturais (programação plural). Ocupando um terreno municipal que não exercia função pública plausível, o espaço virou um grande farol balizador de políticas públicas numa das áreas de maior vulnerabilidade social do nosso país. Recebeu, em apenas dois anos, aproximadamente 150 mil pessoas nas mais variadas atividades relacionadas à educação, à arte, ao lazer e à assistência social. Vencedor do Prêmio APCA, em categoria “especial”, o projeto é unânime entre a sociedade civil, os pesquisadores, o poder público e o setor privado.

doados. Engajada com a vida que se produz na Chão de Giz. Acredita que um mundo outro é possível.

Ela me conta que cuida da página da Praça Chão de Giz no Facebook . *Sim, a Praça Chão de Giz tem uma página virtual!* Foi criada por Alexandre e uma pessoa que morou por lá um tempo, com intuito de construir um canal de comunicação que mostrasse ao mundo o que é produzido ali. Hoje, a curadoria da página da praça está sob os cuidados de duas pessoas, que postam fotos da praça, dos trabalhos de Alexandre e outros temas que concernem à produção de mundos-novos-outros.

Daniel, o outro administrador-apoiador da página, contou que foi a pintura do chão da praça, vista da janela do seu apartamento, que o levou a se aproximar e conhecer Alexandre. Acredita que este *“ocupa a cidade e inventa um modo mais solidário de estar no mundo”*. Conta também que a página alcançou outros países, foi através dela que um grupo de Alemães grafiteiros, que visitariam o NE do Brasil, decidiram acrescentar em seu roteiro-destino o endereço da Praça Chão de Giz para conhecer o espaço. Passaram a tarde grafitando e ainda deixaram uma bela contribuição para o curador da praça.

Alexandre acorda e vem em nossa direção. Conta que fez vários “corres”⁴⁰ de manhã e que dormiu depois do almoço. Nos convida a entrar e sentar. M(Ana) saca seu potinho de fumo, Alê seu cigarrinho e cachimbinho e João seu pincel e tintas. Ela nos conta que faz o próprio fumo, misturando ervas e tabaco, que é muito bom e à exemplo da Alma Boa de Set Suan, Chen

⁴⁰ 1. [Gíria] Uma tarefa, trabalho que deve ser realizado no dia.

Tê⁴¹, deveria abrir uma tabacaria, afinal para que a vida aconteça “deve haver uma saída, sempre há uma saída!”⁴².

[risos... tragadas... baforadas... fumacinhas]

Inspirado pelo assunto artesanato, começamos a falar sobre as criações pictóricas de João. Ele conta sobre como foi adquirindo o material da pintura e apresenta o quadro do Michael Jackson.

[Oi ????? - todos com cara de ué???)

Eu: *Acho que esse Michael Jackson está mais para Michael Walking Dead Jackson*⁴³! - (alusão ao seriado de zumbis devido a cor cinza da pele do personagem da pintura)

[gargalhadas... tragadas... baforadas... fumacinhas]

Ana: *Mas a cara e o chapéu dão um ar de Michael Jackson Sparrow!* - *alusão ao personagem Jack Sparrow de Piratas do Caribe*⁴⁴.

[gargalhadas... tragadas... baforadas... fumacinhas]

Parada ali, sentada, me dou conta de que há barulho, olho pra rua por cima da barraca e vejo o fluxo intenso de carros e pessoas. Afinal estamos na

⁴¹ A Alma Boa de Setsuan, Chen Tê, reside no pequeno vilarejo de Setsuan. Chen Tê é uma prostituta que vive querendo ajudar a todos e, nesse caminho, sempre acaba por prejudicar a si mesma. A saída que ela vê para resolver essa questão é se disfarçar de um tal primo, Chui Ta, que incorpora todas as características que Chen Tê não tem. Tem-se, portanto, um jogo de ambivalência muito característico em diversas peças teatrais nas quais um mesmo personagem se faz passar por uma outra pessoa e vive duas vidas ao mesmo tempo. Brecht faz pensar em como as almas boas são raras, em como o mundo precisa delas e, principalmente, em como elas inevitavelmente sofrem por seres boas demais. Isso por que, o mundo que as rodeia na maioria das vezes é mal, interesseiro, mesquinho ou simplório e invisível demais para ser notado. Apesar do pessimismo e da precariedade do caráter humano presentes na peça, ela nos mostra que as almas boas são de extrema importância e que, mesmo que o caminho seja difícil, o mundo, mesmo sem saber valorizar e reconhecer, precisa delas, assim como elas precisam do mundo. Brecht mostra que é preciso encontrar um caminho nesta selva de famintos nas quais fomos simplesmente despejados, que não se deve desistir e que ser bom, apesar de tudo levar a crer que essa é uma característica que não tende a compensar, é o que de melhor podemos fazer a nós mesmos e à nossa consciência.

⁴² frase de Chen Tê na peça.

⁴³ A figura na tela mostrava um personagem híbrido pois tinha feições de Michael Jackson, misturadas com as de Jack Sparrow mas tinha pele cinza como os zumbis de *The Walking Dead*.

⁴⁴ **Jack Sparrow** é um pirata fictício criado pelos escritores [Ted Elliott](#) e [Terry Rossio](#), e interpretado pelo ator [Johnny Depp](#). O personagem é apresentado em *Pirates of the Caribbean: The Curse of the Black Pearl* (no Brasil, *Piratas do Caribe: A Maldição do Pérola Negra*;

Av São João com Av. Duque de Caxias, centrão de São Paulo. Sensação de ter saído de um estado de suspensão ... de antimatéria.

Inspiradas por Jack Sparrow mutante, como se numa embarcação, sinto cheiro de mar. Há mar. Eram tempos de uma utopia pirata⁴⁵. E nossa enclave manda notícias de um mundo outro possível, passível de relações solidárias, um com(um) comuna, enquanto território autônomo, o que perpassa nosso corpo e dele sai dá sinais da possibilidade da emancipação de valores arcaicos e outros arcaísmos capturantes e capturadores de vidas. Espaço libertário, de liberdade. Sobre esses espaços, Bey (2001) argumenta que são:

Imensidões embutidas e escondidas escapam da fita métrica. O mapa não é exato, o mapa não pode ser exato. O mapa está fechado, mas a zona autônoma está aberta. Metaforicamente, ela se desdobra por dentro das dimensões fractais invisíveis à cartografia do Controle. E aqui podemos apresentar o conceito de psicotopologia (e psicotopografia) como uma "ciência" alternativa àquela da pesquisa e criação de mapas e "imperialismo psíquico" do Estado. (...) Estamos à procura de "espaços" (geográficos, sociais, culturais, imaginários) com potencial de florescer como zonas autônomas - dos momentos em que estejam relativamente abertos, seja por negligência do Estado ou pelo fato de terem passado despercebidos pelos cartógrafos, ou por qualquer outra razão. A psicotopologia é a arte de submergir em busca de potenciais TAZs."

Nesse momento passam correndo na calçada à nossa frente algumas pessoas maltrapilhas, vindo da direção da Cracolândia.

Alexandre: Éhh.. o bicho deve estar pegando na Disneylândia⁴⁶.

Eu: Eu estive lá uns dias atrás fiquei impressionada como as coisas estão diferentes. Na Tenda de antes, era tudo mais calmo. Dessa última vez, presenciei muitas brigas, os usuários estão alvoroçados, correndo pra lá e pra cá, achei pesado.

Ana: Eles estão no esquema do "bolinho e bolão".

Eu: Não Entendi!?

Ana: Essa semana tinha uma viatura parada, e, nesse alvoroço e frenesi que eles estão, um usuário tentou levar a bateria da viatura, os dois policiais foram pra cima do usuário e formou um [bolinho] de usuário que foi pra cima dos policiais. Tinha umas trans no meio que estavam querendo subir e sambar na viatura. Os policiais assustados saíram rapidamente, mas voltaram com reforços, um [bolão]. E foi aquele bafafá, corre-corre, gritaria.

⁴⁵ BEY, Hakim. TAZ – Zona Autônoma Temporária. Tradução: Patrícia Decia e Renato Resende. Conrad Editora do Brasil, São Paulo, 2001 (Coleção Baderna).

⁴⁶ ALEXandre, carinhosamente, apelidou a região do fluxo, vulgo Cracolândia de Disneylândia, segundo ele porque tal qual o parque norte americano é para muitas crianças a referência em diversão, o fluxo seria uma referência em diversão para adultos.

[gargalhadas... tragadas... baforadas... fumacinhas]

Alexandre segue contando sobre os parças bem lôco, que vivem na Craco e que o intrigam:

Tem os tatu... fuma e faz buraco no chão, Garimpeiro... fuma... fica locão e sai pra garimpar os outros na rua, o Assustado-paranóico... fuma e vê os monstros do universo paralelo, os Piolhento... fuma e fica se coçando, os Ciscador... fuma e fica ciscando no chão, põe no cachimbo pedra de calçada, vela, e fuma até amendoim. Uma vez eu tava no fluxo e teve um cara que pulou na viatura... entrou pela janela de trás, metade do corpo pra dentro e metade do corpo pendurada pra fora... pensei onde será que ele pegou essa pedra, quero ficar lôco assim!

Assim, há muitos matizes e nuances na produção de suas existências. *“Nós aqui somos muitos, tem trecheiros, nóias, maloqueiros, albergueiros, enxugas, andarilhos”*⁴⁷. Que seguem produzindo suas vidas, ocupando os territórios da vida e buscando suas *interessâncias*. Mas... o que pode esse corpo? Qual a potência desses territórios existenciais nômades?

A potência e os saberes nômades consubstanciados nas ruas podem nos ensinar sobre como libertar a subjetividade dos territórios hegemônicos e repetitivos. Seus modos de vida, desapegos ou apegos-outros *ensinensejam* rupturas libertárias. Operando como intercessores do aprisionamento de nosso chefe indígena e da proposição de um poder difuso propiciador de mestiçagem. Vislumbrando a possibilidade de composição de territórios outros.

Terceira Margem:

Volto pra Praça dois dias seguidos e não consigo encontrá-lo.

Onde estaria ele?

Na terceira vez, lá estava ele. Finalmente. De aparência diferente da última vez em que nos havíamos encontrado. A barba estava feita e muito sorridente. Sentamos no banco da praça e me contou como foram seus dias.

Recebi a visita de uma senhora... ela me perguntou se eu era artista... respondi que sou arteiro! (risos)

⁴⁷ frase de um morador de rua.

Ela quis comprar minhas carrancas...
 Pensou num preço e me disse... 250 reais...
 Por duas cascas de côco...
 Daí fiz spa... sparramei... peguei uma diária e voltei sem
 dinheiro.... eu não tenho um gato pra puxar pelo rabo... então
 tenho que aproveitar.

Me contou que às vezes, faz isso... Com o dinheiro do “*corre*” adianta seu lado... Namora, dorme na cama, toma banho... Adianta o lado de outros manos também... Deu dinheiro pra um cara que estava na estiga e levou consigo o João... Nesse ínterim, vem na praça pra cuidar do cachorro guerreiro e ver como estão as coisas.

Conta que seus dias fora da Praça se estenderam, pois também arrumou um trampo de pintura de um apartamento. Então ficou fora da praça por três dias. Passava a manhã pintando e de noite pegava uma diária nos hotéis perto do fluxo. “*Entre tragos, beijos e chupadas!*”. Faltam alguns detalhes pra terminar o apartamento, mas já não aguenta mais voltar pro mesmo lugar. “*Eu não gosto de trabalhar, o povo insiste, então tenha paciência. Não é porque você mora na rua ou na Praça, que usa uma química, que não pode andar de cabeça erguida. Tem gente que me recrimina, mas vive de novalgina ou de dorflex!*”

João aparece e eles sentam para decidir como será o “*desenrolar do dia*”. *Vou junto, mas não ouço nada do que conversam... parece um código...*

eu: Querem que eu saia?

eles: Não precisa sair, pode ficar é só uns procedê...

Por fim o veredicto: Vamos ao fluxo e depois vou ao apartamento terminar o trampo.

Eu: Posso ir junto?

Eles cantam: Festa da Paula é (Pau)-la dentro é (Pau)-la fora!⁴⁸

Caímos na risada e levantamos.

Antes de ir, ele vai a outro local retirar um saco de entulho; dos dejetos, tinha separado uma buzina e foi ao som dela que fizemos nosso trajeto até o fluxo.

“(FOMFOM).... *olha o algodão doce!*” - gritava pelo caminho.

⁴⁸ alusão ao Funk Festa da Paula letra dos MC'S Vina e Fandangos.

Foram muitos encontros.

Pelo caminho foi me mostrando seus “*tramos*”. Parede de loja que foi pintada, hortinha de temperos na calçada do restaurante, pé de maracujá e pintura de escritório, placa de loja, em dois lugares fez questão de parar e contar a história.

De longe avistamos um abacateiro. Ele aponta e diz:

Tá vendo aquele abacateiro ali?? Eu tava pegando os abacates que estavam maduros pra vender, peguei uma caixa, na segunda o povo da oficina em frente começou a causar, não queriam que eu pegasse mais. Por que não? Estavam mais do que maduros... Pois chamaram a polícia, o policial me perguntou quanto mais eu pegaria, eu disse o que for suficiente pra mim e pro senhor, dei pra ele 10 abacates, quando o policial foi embora, lá de cima eu joguei uns abacates dentro da oficina e gritava “vai morreeeeeerrrr!” -[gargalhadas]. Olha como eles me respeitam.

Passamos em frente à loja e Alexandre solta o grito: “*olha o algodão doceeeee!!! [FOMFOMFOMFOM]*” e todos o cumprimentam.

Mais à frente, na mesma rua, havia um bar de paredes verdes claras, na frente várias touceiras de espada de são jorge, comigo-ninguém-pode e outras folhagens, acima delas uma Cabeça de Boi, pregada na parede, toda paramentada (feito gente, vestia óculos, sombrero, lança e berrante), essa composição anunciava a prontidão para qualquer tipo de enfrentamento: seja festa, guerra, chuva ou sol. Era o Boi Berrante-Flecha.

O boi era tipo exportação, vindo diretamente do fluxo. Foi por meia pedra de crack, que ele saía das barracas com ele na cabeça. Como se numa anúncio-aparição, o próprio centauro-garantido-caprichoso, que ao ser visto pelo dono do bar, no trajeto de volta para praça, ofereceu-lhe 50 reais. Em contrapartida, junto a cabeça, ele compôs um bricolage (com vasos e pintura das paredes), que se constituiria num canto campo de força daquele lugar.

De frente para o bar há uma estação policial. Aparentemente nada a temer. No passado era mais abordado, não compreendia o motivo, se todos o conhecem. Um dia, na volta do fluxo, foi abordado, enquanto era revistado disse ao policial:

Não tem nada mas se apalpar mais um pouco vai achar uma pistola... sabem que moro na Praça, todo mundo aqui me conhece, Deus deu a vida pra cada um, apesar de que eu não cuido mais da minha vida e nem da saúde tem sempre alguém que cuida pra mim.- Risos. Risos. Muitos risos.

Olha o algodão doce!!! [FOM FOM FOM]

Chegamos ao fluxo, havia muitas cordas e barbantes amarrados nos postes de luz, era a delimitação de um território vivo. Varais da (r)existência. Estes que constituem uma membrana protetora, cuja delimitação é necessária para produção daquelas vidas, e flexi-facilitadora, por um simples desatar de nós cambia a cada necessidade, seja ela externa - viaturas e policiais, balas de borracha, jatos de água da limpeza, e ou interna - qualquer visceralidade do grupo. A travessia pela membrana de cordas, barbantes e cobertores cascatas e lonas pretas exige agachamento para alcançarmos o universo que ali se produz e as cenas e registros da vida que acontecem são as mais diversas.

Eram vendedores de toda e qualquer coisa - roupa, tenis, rádio, água, cerveja, antena, e etc. Eram barracas que abrigam viventes, eram os parças que trocam idéia, eram transeuntes, eram pedintes de cigarros, eram compradores e havia muita, mas muita conversa e movimentação.

Sigo atenta, engancho aqui e ali, sustentar a densidade do corpo para ali entrar e transitar não foi tarefa simples, mas o debruçar-se é necessário, caso contrário não há possibilidade de encontro. Saímos, tendo encontrado aquilo que buscávamos. Meu passo acelerado, semelhante a quem foge, é interrompido pela observação de Alexandre: *foge não, aqui não tem polícia é só nóia mesmo!*

Percebo como as mídias e a idéia “nóia-zumbi” agenciam nosso olhar em relação a quem na Cracolândia vive. Ao mesmo tempo, não questionamos os desdobramentos da {criminalização da pobreza}, do proibicionismo, a circularidade {aprisionamento↔liberdade}, que o plano-força política de Estado e seus processos de marginalização⁴⁹ produzem na vida desses certos viventes.

⁴⁹ Na linguagem habitual, podemos dizer que as “pessoas-margens” (marginais) são as vítimas de uma segregação e são cada vez mais controladas, vigiadas, assistidas nas sociedades (ao menos nas

Me vem à mente uma cena do documentário *No Intenso Agora*, de João Moreira Salles, na qual uma família branca atravessa a rua, logo atrás, uma babá negra acompanha essa mesma família. Cena que retrata nossas permanências históricas, nossa desigualdade social, de poder, de classe. Planos de produção e “determinação” da vida social que as políticas propõem e pressupõem reparar e ocasionar mudanças importantes na vida daqueles a quem ela se destina, entretanto, muitas questões estruturantes do tecido social não são sequer arranhadas.

Uma recente pesquisa⁵⁰ sobre a população da “Cracolândia” indicou a preponderância da população negra e parda, bem como daqueles que passaram por algum tipo de institucionalização (sistema carcerário, manicomial, etc). A força da necropolítica⁵¹ e do necropoder incide sobre esses corpos criando “mundos de morte” e “mortos-vivo”. São aparatos planejados para a execução de uma política de extermínio e de morte.

Apesar dessas forças de morte, a vida ali é surpreendente e repleta de informações a serem assimiladas, e, diferente de tudo que se diz por aí, não havia nenhum zumbi, pelo menos não aquele clássico de cinema, que anda

desenvolvidas). E aquilo a que se refere Foucault com a expressão "vigiar e punir". No fundo, tudo o que não entra nas normas dominantes e enquadrado, classificado, em pequenas prateleiras, em espaços particulares, que podem até mesmo ter uma ideologia teórica particular. Há, portanto, processos de marginalização social li medida que a sociedade se torna mais totalitária, e isso para definir um certo tipo de subjetividade dominante, li qual cada um cleve se conformar. Isso ocorre em todos os níveis: desde a roupa que você usa, até suas ambições, suas possibilidades subjetivas práticas. pag 122. GUATTARI, F.; ROLNIK, S. **Micropolítica: cartografias do desejo**. Rio de Janeiro: Vozes, 1986.

⁵⁰ Pesquisa da Fiocruz. Disponível em <http://portal.fiocruz.br/pt-br/content/maior-pesquisa-sobre-crack-j%C3%A1-feita-no-mundo-mostra-o-perfil-do-consumo-no-brasil>.

⁵¹ MBEMBE, A. (2017). Necropolítica. *Arte & Ensaios*, 2(32). Neste ensaio, argumentei que as formas contemporâneas que subjagam a vida ao poder da morte (necropolítica) reconfiguram profundamente as relações entre resistência, sacrifício e terror. Demonstrei que a noção de biopoder é insuficiente para explicar as formas contemporâneas de subjugação da vida ao poder da morte. Além disso, propus a noção de necropolítica e necropoder para explicar as várias maneiras pelas quais, em nosso mundo contemporâneo, armas de fogo são implantadas no interesse da destruição máxima de pessoas e da criação de “mundos de morte”, formas novas e únicas da existência social, nas quais vastas populações são submetidas a condições de vida que lhes conferem o status de “mortos-vivos”. O ensaio também esboçou algumas das topografias reprimidas de crueldade (fazenda e colônia, em particular) e sugeriu que, sob o necropoder, as fronteiras entre resistência e suicídio, sacrifício e redenção, martírio e liberdade desaparecem. pg. 146.

Recuperado de <https://revistas.ufrj.br/index.php/ae/article/view/8993/7169>.

sem destino, desconectado, passando por cima de quem passa na frente. Ali haviam gentes interessadas em suas vidas - *em fazer acontecer!*.

Imediatamente penso nas ofertas que fazemos enquanto política pública ou como agentes de políticas públicas. Partindo, inequivocamente, do (pré)-suposto de que esses viventes queiram dali sair. Certamente, não será qualquer coisa que se ofereça - que não seja a partir do lugar da interessância dos sujeitos, que será passível de produção de sentido e de alcançar o coração dos homens.

Ali não há zumbis, há viventes que estão implicados na produção de suas vidas.

No caminho de volta, ainda passamos por alguns de seus trabalhos, algumas pinturas e outras harmonizações com plantas. Paramos na praça para pegarmos uma sacola de ferramentas e seguimos para um trabalho de pintura em uma apartamento na Av. Angélica.

Nesse caminho, achou algumas coisas que lhe interessaram. Do lixo, recolheu talos de salsão com raízes que seriam replantados na horta, caixotes que seriam transformados em cestos de parede, um vaso com uma planta quase morta que seria reavivada com adubo e mais encontros-pedidos de orçamentos ou algum trabalho.

Não preciso sair da praça pra ganhar dinheiro..Tem pai de família que passa sem trampo, eu não corro atrás e tenho trabalho o tempo todo e não é em qualquer lugar são áreas nobres... São João, Angélica... Minha tese é: que faça o bem e receba o bem! Uma vez disse pra um cara que ganhei um pincel do Picasso!

No apartamento, um jovem recifense o aguarda, abre a porta com um eloquente *rapaiz mah tú demorô!* Um olhar de estranhamento me alcança, me apresento como ajudante, entramos e começamos o serviço. Eu de um lado da parede e ele do outro. Ele me inquiri sobre minha vida, conto-lhe um pouco sobre mim. Conto-lhe um pouco quem sou, como e onde vivo e o que supostamente estaria fazendo ali.

-Mas e vc? Quem é a Paula?

-sou muitas coisas... sou estudante, psicóloga, mãe da Bia, filha do Joaquim e da Teresa, alguém interessada na vida.

- e que tipo de pesquisa você está fazendo?

- Bem, é uma pesquisa de mestrado e estou interessada em saber como as pessoas que na rua vivem inventam seus modos existir, para o bem ou para mal.
- não vi seu questionário ainda.
- eu me baseio no encontro com as pessoas, em estar junto, mais ou menos como experimentar um pouco de vida outra, por isso estou fazendo questão de estar contigo, te enchendo a paciência (risos nossos), e acredito que dessa maneira poderei ver e compartilhar com as pessoas um pouco de como você vive. O que você acha disso?
- que você vai conseguir então...

Ele senta, pega seu cachimbinho e como num momento meditativo faz sua fumacinha. Ao estilo preto-véio de cachimbinho na mão, enquanto eu pinto o teto, ele me conta como perdeu os dentes. Foi uma cena-ação de violência policial gratuita. Um soco. Cinco dentes e ele no chão.

O jovem recifense junta-se a nós e também conta um pouco como veio parar em São Paulo. Cai a tarde, terminamos o trabalho, sigo para casa, cansada, paradoxalmente um cansaço produtivo. Como todo fim de tarde, o ônibus está lotado. Imediatamente sou tomada por estranhamentos e incômodos me atravessam. Quantos viventes podem chegar aos seus trabalhos em 20 minutos de caminhada? Ou podem produzir algo ativamente, usando seus ativos intangíveis⁵² em todo o processo de construção e desenvolvimento? Ou que seu trabalho produz um sentido no mundo coletivo e por isso é valorizado? Que ao fim da tarde sente no corpo um cansaço produtivo?

Capturados e presos às forças capitalísticas somos reduzidos a autômatos, aos zumbis hiperativos incluídos ou trapos humanos excluídos⁵³. A “coleira eletrônica”⁵⁴ acionada em nós modula nossas subjetividades pelas metas individuais, pela mídia, pelo capital financeiro, pelo lucro, pelos objetivos obstinadamente incansáveis, e pela dívida impagável, nos afastando dos encontros. Vida em que os interesses privados são sobrepostos ao coletivo, acentuando o que há de mais miserável no mundo e agenciando o que há de pior em nós. Essas forças despotencializadoras do viver empobrecem as redes

⁵² GORZ, A. O imaterial

⁵³ Rolnik, Suely. Geopolítica da Cafetinagem, 2006.

⁵⁴ DELEUZE, Gilles. Conversações: 1972--1990. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1992.

de conexão existenciais e o esvaziam de sentidos coletivos na produção da vida. Nesse sentido, há a produção do muçulmano em nós⁵⁵, meros sobreviventes. A multidão anônima. *Me pergunto: Diante de tanto desmundo, como produzir mundos?*

Alexandre operou no mundo, transformou morte em vida, vida em loucura, loucura em pintura. *Alexandre vaza da solidão e da indiferença do homem empresa*⁵⁶. Desde há muito, o trabalho, como atividade de transformação do mundo, é central na sustentação da vida, por meio dele transformamos o mundo, construímos sentidos e nos produzimos subjetivamente.

Os homens de tempo-lento⁵⁷, desconectados da fábula da metrópole, tem a possibilidade de se conectar à vivacidade do território, produzindo novas formas de sociabilidade e solidariedade. A força dos fracos repousa em seu tempo lento, pois possuem uma espécie de conhecimento *prático-inerte dos homens comuns*, devido ao distanciamento da razão instrumental e dos meios técnico-informacionais, bem como à margem das forças invasoras da racionalidade, que marcam caminhos, empobrecem o viver e as projeções para do futuro.

Quarta Margem

Cena desoladora, reviração e destruição.

⁵⁵ Segundo Primo Levi (1988), “A história – ou melhor, a não história – de todos os “muçulmanos” que vão para o gás, é sempre a mesma: simplesmente acompanham a descida até o fim, como arroios que vão até ao mar. Uma vez dentro do Campo, ou por causa da sua intrínseca incapacidade, ou por azar, ou por banal acidente qualquer, eles foram esmagados antes de conseguir adaptar-se; ficaram para trás, nem começaram a aprender o alemão e a perceber alguma coisa no emaranhado infernal de leis e proibições, a não ser quando seu corpo já desmoronara e nada mais poderá salvá-lo da seleção ou da morte por esgotamento. A sua vida é curta, mas seu número é imenso, são eles os “muçulmanos” os submersos, são eles a força do Campo: a multidão anônima continuamente renovada e sempre igual, dos não homens que marcham e se esforçam em silêncio; já que se apagou neles a centelha divina, já estão vazios, que nem podem mais sofrer. Hesita-se em chamá-los de vivos; hesita-se chamar “morte” à sua morte, que eles já nem temem, porque estão esgotados demais para compreendê-la.” (pg131, pg132)

⁵⁶ frase de minha orientadora Laura na orientação.

⁵⁷ Metrópole: a força dos fracos é seu tempo lento” In: SANTOS. M. Técnica, Espaço, Tempo, globalização e meio técnico-científico informacional. Editora Hucitec, São Paulo, 1994. p.39-43

Foi na manhã seguinte à noite mais fria do ano que o rapa (garis, guarda civil e outros representantes do poder público e da zeladoria urbana) chegou levando tudo.

Sem possibilidade de negociação.

Sob a alegação de que a lei instrui a retirar coisas que estejam atrapalhando a passagem das pessoas na via pública. Levaram seus pertences, suas ferramentas, destruíram suas barracas, quebraram seus quadros e outras invencionices que estavam na praça.

Quem esteve na praça ou que conheceu a página pôde ver que não havia obstrução da passagem, pelo contrário, Alexandre transformou o espaço num caminho possível.

Sinto vergonha e desolação.

Vergonha alheia! Comparto com Primo Levi (1988)⁵⁸ o sentimento de ter vergonha do homem, um certo homem, mas aprendo com ele e sua vivência dos horrores nos Campos de Concentração. Levi, ao falar dos submersos e dos salvos, conta que alguns traíam seus pares em troca da própria sobrevivência, eram um produto da estrutura do campo, ao qual não era possível sobreviver sem qualquer/alguma renúncia moral. Há forças que nos impelem, nos soterram, ainda que seja uma produção ativa, estamos sob a égide de forças.

As forças-homens-rapa rapelam o viver. Rapelaram Alexandre, que nessa coreografia de forças fica vulnerável. Que tipos de homens têm coragem de cometer tamanha violência? O que mobiliza o agir desses agentes públicos?

As forças perpassam as relações instituintes e instituídas, forças que operam em contextos como esses, nos quais viventes (estes, sim, zumbis)

⁵⁸ São típico produto da estrutura do Campo de Concentração alemão: basta oferecer a alguns indivíduos em estado de escravidão uma situação privilegiada, certo conforto e uma boa probabilidade de sobrevivência, exigindo em troca a traição da natural solidariedade com os companheiros, e haverá por certo quem aceite. Ele subtraído à lei comum e se tornará intangível; será então, tanto mais odioso e odiado quanto maior for o poder a ele concedido. Quando lhe for confiado o comando de um grupo de infelizes, com direito de vida e morte sobre eles, será cruel e tirânico, bem sabendo que, se não de aberrações e compromissos. A não ser por grandes golpes de sorte, era praticamente impossível sobreviver sem renunciar a nada de seu próprio mundo moral; isso foi concedido a uns poucos seres superiores, da fibra dos mártires e dos santos. (Levi (1988), pg 135/136)

destroem a vida de viventes. Forças ativas e reativas, que afirmam e/ou negam a vida e sua potência, que em dança compõem coreografias de vida, ora tristes, ora ressentidas, ora criativas... E Alexandre? Seria este tomado pela degenerescência⁵⁹?

Foi pela página do Face que a triste notícia foi dada.

Abaixo o relato:

ATENÇÃO:

Na esquina do meu prédio tem uma praça, a praça "Chão de Giz" (tem página no facebook: <https://m.facebook.com/pracachaodegiz/>).

Praça essa que antes era um ponto para usuários de drogas e que foi revitalizada pelo Alexandre.

O Ale limpou, plantou várias plantas e árvores na praça, decorou, faz objetos de arte com lixos de rua, cuida diariamente de lá. Ele é super conhecido aqui no Centro justamente pelo trabalho lindo que fez, coisa que era dever da prefeitura fazer.

Ele mora numa barraca no canto da praça.

Hoje, no segundo dia mais frio do ano, a prefeitura resolveu "limpar" a praça. Tirou tudo do pouco que ele tinha e deixou a praça toda estragada de novo.

Peço por favor, para DIVULGAREM, COMPARTILHAREM esse post, pois isso é um DESERVIÇO e uma falta de respeito e ingratidão muito grande.

Digo novamente: o que o Ale fez na praça era pra ser dever da Prefeitura. Ao invés de escorraçar ele de lá, deviam ser gratos pelo serviço lindo q ele prestou.

A "Praça chão de Giz" já teve até matérias em jornais e TV. Ela fica na Av. São João com a Duque de Caxias. Quem puder doar cobertores, barraca, roupas, esse é o endereço. Procurem pelo Alexandre.

Agora estou escrevendo esse post, e vendo o Ale varrer e arrumar toda a bagunça que essa bosta de prefeitura deixou!!!
NÃO PASSARÃO!!!

POR FAVOR COMPARTILHEM!!!

texto de Danielle Arruda.

videos do momento da ação:
<https://www.facebook.com/113997365957676/posts/352633752094035?s=100000095627852&sfns=mo>

Rapidamente a notícia foi sendo repassada pela mídia e redes sociais.

E no desenrolar do dia fomos recebendo também notícias de doações. Ao final do dia já havia recuperado, roupas, comida, barraca, algumas ferramentas e

⁵⁹ "(...) os fracos, os escravos não triunfam por adição de suas forças, mas por subtração da força do outro: separam o forte daquilo que ele pode. Eles triunfam, não pela composição do seu poder, mas pelo poder do seu contágio. Acarretam um devir reactivo de todas as forças. É isso a "degenerescência". DELEUZE, Gilles. Nietzsche [1965]. Lisboa: Edições 70, 2007.

insumos. Segundo Alexandre: “*O rapa leva e a rapá trás!*”. A rede se mobilizou, e foram tantas as doações que no fim de dia a praça virou um ponto de doação; quem por ela passasse e necessitasse, poderia levar roupas que estavam disponíveis na arara.

Sobre a movimentação das pessoas Daniel afirma:

Isso que é o rico, os apoiadores, que se interessam em ajudar, se preocuparem em potencializar o legal que acontece lá no cotidiano, essa troca com a criação de novas formas de vida, que acontece lá. A página é um ponto remoto dos apoiadores, pessoas interessadas em apoiar e nós administradores ficamos como interlocutores do ALEXandre, por exemplo, se recebemos uma doação ou o desejo de conhecer a praça nos encaminhamos como fazer. Criamos uma rede protetiva, na verdade, ele já faz isso normalmente com maestria, nós só potencializamos isso.

As forças biopolíticas e a formação de um circuito dos afetos⁶⁰, campo das forças afetivas e afectivas podem nos (i)mobilizar, como dispositivos mantenedores e capturantes da vida, quando suscitam em nós tristeza/medo/submissão. Mas sua dobra, como vimos acima, como dispositivo agenciador de afetos que nos tornam mais potentes, capazes de constituir linhas de fuga e novos mundos. Nesse sentido, Gattari & Rolnik () afirmam:

Mas hoje em dia as margens (os marginatti), as novas formas de subjetividade, também podem se afirmar em sua vocação de gerir a sociedade, de inventar uma nova ordem social, sem que, para isso, tenham de nortear-se por esses valores falocráticos, competitivos, brutais etc. Elas podem se expressar por seus devires de desejo (p. 283).

⁶⁰ Talvez precisemos partir da constatação de que as sociedades são em seu nível mais fundamental, circuitos de afetos. Enquanto sistema de reprodução material de formas hegemônicas de vida, sociedades dotam tais formas de força de adesão ao produzir continuamente afetos que nos fazem assumir certas possibilidades de vida a despeito de outras. Devemos ter sempre em mente que formas de vida determinadas se fundamentam em afetos específicos, ou seja, elas precisam de tais afetos para continuar a se repetir, a impor seus modos de ordenamento definindo com isso, o campo dos possíveis. Há uma adesão social construída através das afecções. Nesse sentido, quando sociedades se transformam, abrindo-se à produção de formas singulares de vida, os afetos começam a circular de outra forma, a agenciar-se de maneira a produzir outros objetos e efeitos. Uma sociedade que desaba são também sentimentos que desaparecem e afetos inauditos que nascem. Por isso, quando uma sociedade desaba, leva consigo os sujeitos que ela mesma criou para reproduzir sentimentos e sofrimentos. Safatle, Vladimir. *Circuito dos Afetos: Corpos políticos, desamparo e o fim do indivíduo*. São Paulo: Cosac Naife, 2015, p. 17

3 – ENCONTROS E DESENCONTROS NA SAÚDE.

Primeiro preciso confessar um desconforto... Como já anunciei no início do texto da dissertação, foi “pela saúde”, “pelos serviços de saúde” que me aproximei das pessoas em situação de rua e foi por aí que iniciei minhas aproximações para a pesquisa.

Fiquei mais de ano convivendo e participando junto do cotidiano da equipe de um Consultório na Rua (CnaRua). Muitas conversas, muitos desconfortos, algumas trocas. Muita angústia. Sensação de sem saída que me aprisionou longamente, dificultando muito a construção da dissertação.

Mas durante esse tempo de convivência, também fui perseguindo outras conexões. E foi o encontro intensivo com os viventes que disparou em mim a produção desejante.

O Cna Rua deixou de ser meu tema de estudo. Nem as políticas para essa população são meu tema de estudo. Meu estudo é sobre a produção das existências na rua, atravessada por muitas coisas, inclusive pelas políticas de saúde, de assistência e pelo trabalho das equipes da saúde.

E o que fazer então com tanto material produzido, tantas conversas, tantas vivências junto aos trabalhadores?

Jogar tudo fora me pareceu desrespeito, afinal os trabalhadores insistem, resistem, tropeçam, sofrem, suam sangue, pisam no tomate, levantam, são muito sozinhos. E também construímos coisas, reflexões em nossa longa convivência.

Resolvi, então, apresentar aqui alguns recortes sobre a convivência com um CnaRua que produzem alguma visibilidade sobre suas interferências na produção de existências na rua. Sem nenhuma pretensão de estar falando sobre muito do que o CnaRua produz, nem sobre as tensões e linhas de força que o atravessam no cotidiano: certo território, certa cidade, certa OSS, certa prefeitura certa equipe, certo NASF, certa UBS etcétera. Muitas seriam as possibilidades de problematização, mas terminou não sendo essa a produção a partir da minha pesquisa e do meu encontro com a rua.

Ponto. Sofrido ponto. Precário ponto.

Cena (1)

Conversações com (M): *Eu tinha 26 anos, quarta série do Ensino Fundamental, até para ser segurança precisava ter ensino fundamental completo. Trabalhava em Ubatuba e o cidadão chegou para mim e falou: M. eu não vou fazer seu pagamento em*

dias... você é semianalfabeto, negro, nordestino... se eu te mandar embora você vai fazer o quê? Voltar para construção civil.

Estava envolvido com álcool com droga, hoje eu penso que tenho muito agradecer a esse patrão, talvez eu não estivesse aqui se eu não tivesse tomado aquele tapa na cara. Eu pensei comigo: ou eu tenho que dar um basta na minha vida ou dar um significado diferente. Vi algumas pessoas andando nas ruas de Ubatuba, sabia que meus irmãos me achariam rapidamente se eu continuasse por lá, aí eu pedi as contas e vim embora para São Paulo. Não falei para ninguém onde eu estava e rasguei meus documentos.

Quando cheguei na Praça da República, senti que ou eu morreria ou eu me tornaria um cidadão melhor, eu não queria mais aquela vida para mim. Fiquei os primeiros quatro dias na região da Avenida Ipiranga e fui conhecendo o pessoal de rua que foi me mostrando boca de rango e os albergues.

Por incrível que pareça foi nas ruas que eu deixei de usar a substância. Quando eu chego na rua que enxergo a realidade de alguém que não tem pai, não tem a mãe e se quisesse voltar para casa não conseguia, aí eu decidi que eu poderia mudar. Porque se eu quisesse bastava um telefonema para minha mãe para o meu pai que eu estaria de volta, mas você chegar no albergue e deparar com 240 pessoas/homem e 60 mulheres De não ter para onde ir e por várias questões está na rua, foi aí que eu pensei.. eu posso dar um significado diferente pra minha vida.

E para você ter uma ideia, foi aí que eu consegui enxergar de fato o preconceito, a desigualdade, o que era política pública, o que eram programas sociais, nos vários níveis e foi lá que eu encontrei mais dois amigos e a gente começou a ler Karl Marx. No centro cultural a gente começou a ler as edições do Karl Mar., Eu, Zé Luiz e o Mauro. A gente chegava com os livros muitas páginas... o povo pensava esses moleques... Esses moleques estão loucos... Além de estar na rua, ler Karl Marx.

Naquela época o Albergue chamava a gente pelos números das camas que nós dormíamos. E tinha uma estagiária que batia de frente, ela chamava pelos nomes. Ela foi mandada embora porque a gente começou a não responder quando éramos chamados pelos números.

Começamos a entender o que era exclusão e discriminação, nós começamos a pensar... Por que? Não estamos em presídio! E eles abriram um fumódromo, nós reivindicamos que queríamos uma biblioteca, lá tinha um espaço que dava para ter uma biblioteca e abriram um fumódromo! Eles não perguntaram o que nós estávamos querendo. Eu pensei, na rua temos perspectivas.

Nesse mesmo momento eu comecei a frequentar o CAPS da Mooca e tinha uma psicóloga, uma psicóloga muito boa e ela começou a trabalhar comigo... o que eu queria a curto, médio e longo prazo.

A curto prazo... hoje, entre emprego e educação, você me vai me dizer que você prefere estar trabalhando e eu vou te dizer enquanto profissional que é melhor você concluir o ensino médio! Fica um pouco mais no albergue e aí você vai conseguir organizar sua vida. Ela disse "olha, você está com 26, se você entrar aqui no Clara Mantelli em dois três meses você vai estar com o ensino completo, pensa que você vai lucrar a médio prazo . Se você vai para construção civil agora, você não vai conseguir se organizar nunca mais, pois você vai sair do albergue e vai para um quarto de pensão.

Aí eu chamei um homem meu amigo e começamos ir a trupe. Eu estudava de manhã, ficava no Clara Mantelli das 8h às 17h, lá ofereceria café da manhã, almoço e janta. Saíamos e tomava banho no São Martinho de Lima e catava latinha das 5 horas da tarde até às 10 horas da noite e depois entrava no albergue e assim começou...

A gente eliminou Ensino Fundamental procurando trabalho e nada. Quando foi em meados de 2003 para 2004, no governo Marta, eles lançaram um projeto chamado Boracea, hoje o projeto foi completamente descaracterizado. Antigamente ali se pensava em inclusão de pessoas no mundo de trabalho de verdade eram cursos onde você tinha a inserção inclusão no mercado de trabalho muito rápido era curso de pintura de pedreiro E você ganhava R\$ 100 para fazer os cursos

E o que mudou minha vida não foi ganhar esses r\$ 100. Foi o curso de cidadania dado pela Negra Léo. Ela dava aula sociologia, morava no Grajaú. Ela falou no primeiro dia e ficamos encantados, ela ensinava sobre o processo de trabalho, de que forma o patrão escraviza e ela falou que se fosse preciso a gente trabalhar era necessário 3 vezes por semana e pois o resto ficava para o patrão a gente falou Não podemos aceitar essa situação, precisamos entender de que forma esse mundo funciona para mudar ele. E assim a gente ficou de Albergue-Rua Quando foi em agosto ouviu massacre mas é em agosto de 2004, 7 pessoas foram assassinadas daí nasceu o grito do movimento em 19 de agosto Quando perdíamos a vaga no albergue quando não conseguimos chegar, a gente dormia na Praça da Sé no dia do massacre decidimos dormir no Vale Anhangabaú E quando a gente voltou alguns colegas tinham sido assassinado ali a gente decidiu que não dava para ficar na rua.

Perdemos a vaga no Pedroso e fomos morar no Arsenal da Esperança eu não conhecia o Movimento Nacional da População em Situação de Rua, nem sabia o significado. Estamos no albergue e vimos no mural aberta as inscrições de vagas para ser agente

de saúde, 11 vagas, pra um albergue com 1200 homens, Critério ensino fundamental completo

Eu lembro que eu falei para o Orley eu não preciso das 11, eu só preciso de uma. Eu já estava com ensino fundamental completo, tinha feito o curso de segurança, mas todas as vagas que eu me candidatava eu não conseguia entrar porque meu endereço era Almeida Lima 900, o endereço do albergue.

Quando me inscrevi para agente de saúde eu não sabia nada sobre a saúde. Fiz por uma necessidade como porta de saída E quando eu passei houve uma semana de capacitação e ali foi fundamental para eu decidir o que eu queria da minha vida. Aprendemos sobre as políticas de saúde sobre o movimento da zona leste por saúde, de que forma eles se organizaram para reivindicar. Eu falei é por aqui que eu quero ficar, mas eu não quero ser só agente de saúde.

No dia do lançamento do programa o secretário era Gonzalo Vecina e ele falou para o Padre Júlio: o senhor reivindicou tanto e a gente tá dando essas 11 vagas para eles, mas se eles resolverem o próprio problema tá ótimo. O Senhor acha que esses meninos vão conseguir acompanhar alguém? Eles não estão cuidando nem deles! O Padre Júlio pegou o microfone e falou se eu tiver que morrer hoje, eu morro feliz porque esses meninos vão fazer diferença nessa cidade.

Na sequência a fala era minha, eu falei para o secretário: nós agradecemos e tenho certeza que isso não vai morrer em um ano, esse Agente na Rua e podem gravar que vocês vão ouvir falar muito de nós. Viemos em busca de trabalho e dignidade para quem está numa situação mais vulnerável que nós.

No ano seguinte a Marta perdeu as eleições, entrou o Jose Serra...ainda assim continuamos trabalhando e a assistente social coordenadora nos orientava anotar tudo o que fazíamos.

Fomos para UBS Brás e os próprios funcionários não queriam a gente lá dentro. Não usavam os copos em que bebíamos a água. Após nossa chegada, colocaram cadeados nos armários da cozinha. Era muita pressão e o rapaz que entrou comigo acabou voltando as drogas porque se sentiu oprimido e discriminado.

Eu me fiz presente, não desisti e fomos atrás dos casos mais difíceis da UBS, 8 pessoas com tuberculose que não aderiam ao tratamento e que nós conhecíamos, pois dormíamos embaixo do viaduto. Nós fomos atrás e começamos a fazer o vínculo e cuidar dessas pessoas e elas foram curadas na época.

Havia vida e produções interessantes. Trabalho na rua não só por dentro da saúde, construindo perspectivas de vida. M. continuou a estudar, fez Serviço Social e hoje é Interlocutor dos Consultórios na Rua da OSS X, que faz a gestão dos CnaRua que atuam no centro de São Paulo.

Esse baque que ele sentiu quando os Agentes foram inseridos na UBS persiste. O que cabe a eles, o que nos cabe em um Consultório na Rua vinculado a uma UBS?

Cena (2)

A recepção da UBS figurava tal qual a Torre de Babel. Esse espaço me fascinou desde a primeira vista. Decido sentar e observar o movimento. Era uma diversidade de cores e linguagens. Eram Áfricas, Bolívias e Brasis. Eram muitas vozes e movimentações. Adentra um homem com a roupa suja, uma mistura de pó e respingos de tinta, usava chinelo e portava um papel na mão. O homem pára diante da recepção. Alguém detrás do balcão indica com a mão e voz alta: “O Consultório na Rua fica no piso superior!”, ao que ele responde: “Tenho consulta agendada com o Dr. Fulano!”. Entre conversas e explicações ouço: “Sou pedreiro!”. Alguém sem graça atrás do balcão lhe diz: “Ah, pode sentar e aguardar, já vamos chamar!”.

Pretendendo ampliar o acesso da População em Situação de Rua aos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS), em 2009, o Ministério da Saúde (MS), por intermédio de ações da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP), instituiu o Comitê Técnico de Saúde da Pessoa em Situação de Rua. O Comitê era composto por representantes de diversos setores - Assistência e Desenvolvimento Social, Sociedade Civil, dentre outros. Esta movimentação culminou na composição e proposição do texto da política apresentada na Portaria nº 122, de 25 de janeiro de 2011, que define as diretrizes de organização e funcionamento das equipes de Consultório na Rua (CnaRua).

Consultórios na Rua propostos como dispositivo para a inclusão dessa população no Sistema Único de Saúde (SUS). Além do acompanhamento direto

da população de rua, as equipes atuavam para ampliar o acesso aos diferentes pontos de atenção da rede de saúde e intersetorial (BRASIL, 2012).

Já havia experiências e experimentações de cuidado na saúde desses viventes, em diferentes localidades do país, com abordagem psicossocial e inscritas na plataforma da Redução de Danos (RD). Vou falar um pouco disso mais para frente. Mas, e não sem consequências, decidiu-se subsumir o CnaRua na Unidade Básica de Saúde (UBS) ao invés da saúde mental.

Há municípios que mantêm Consultório na Rua (AB) e Consultórios de Rua (SM) e as diferenças entre eles são muitas vezes notórias (AMORIM, 2016).

Unidade Básica Saúde, ponto central da política de Atenção Básica. Atenção Básica, entendida como política para um cuidado territorializado, vem sendo elaborada segundo princípios e valores distintos em diferentes momentos, mas não vamos entrar nesse debate.

A incorporação dos Consultórios na Rua está expressa na política de 2012. Nesse texto, a Atenção Básica (AB) é preconizada como a principal porta de entrada do SUS; devendo operar sob o modelo da clínica ampliada e compartilhada, centrando seus cuidados na pessoa, além de considerar dimensões psicossociais dos usuários. O texto também expressa a importância do vínculo, do acolhimento, da continuidade e coordenação do cuidado. Há também a aposta na modalidade Saúde da Família (ESF) como dispositivo para reorganizar, expandir e qualificar a promoção à saúde, a prevenção, o tratamento e a recuperação de agravos (BRASIL, 2012).

O texto da política, portanto, supõe que a conexão com o território e as necessidades daqueles que habitam a rua deveriam ser prerrogativas para a produção do cuidado na AB. No entanto, cenas como a que destacamos na abertura do texto são comuns no cotidiano das unidades de saúde.

A experiência vivida não nos autoriza a pensar que a criação de um CnaRua esteja operando como dispositivo suficiente para produzir outros valores para o encontro com esses e outros viventes.

E olha que não são poucos os embates. Não são poucos os esforços e invenções de que os trabalhadores lançam mão.

No momento inicial de minha aproximação à equipe, os trabalhadores do CnaRua estavam impactados com o assassinato brutal de um agente social, ex-morador de rua. Naqueles dias, também havia ocorrido uma intervenção violenta da polícia dentro da UBS que, atendendo a uma chamada da própria unidade, retirou a chutes e pontapés um morador de rua, que teria entrado no serviço com seu carrinho.

A notória e inseparável bolsa, cuja companhia é de suma importância para esses viventes. Algumas grandes, outras pequenas, elas contêm tudo aquilo que lhes apraz para sobreviver e enfrentar as necessidades diárias, e daí advém seu nome: *“o galo ou galo de briga, é o que tem de mais importante, é sua casa. Podia chamar de casinha né?!”*⁶¹. Briga que está posta na ordem do dia, no enfrentamento cotidiano para suprir as necessidades básicas de sobrevivência, articulando na vivência da rua as bocas de rango⁶², o banho, algum dinheiro, a proteção física e um lugar para dormir.

Naquele momento, os trabalhadores do CnaRua, identificavam um clima tenso e cenas de discriminação aos moradores de rua e conviventes⁶³ que buscavam atendimento na UBS. Havia um sofrimento implícito na equipe, um incômodo acompanhado de certa indignação. Indignação, pois parece muito óbvio que todos têm direito legítimo, ou pelo menos deveriam acessar os serviços de saúde. E propuseram uma interferência para falar, de algum modo, sobre a população de rua (Pop Rua) aos demais trabalhadores da saúde. Decidiram então organizar a Semana de Luta Contra a Discriminação da Pop Rua e trazer a rua para dentro da UBS.

Cena (3)

Ao entrar pela recepção nos deparávamos com aquele cobertor cinzento, que costumamos ver com as pessoas que dormem na rua, a lona preta geralmente utilizada nas malocas, penduradas na entrada da rampa de acesso ao andar de cima.

⁶¹ Frase do Agente G

⁶² Locais em que se obtém comida, tais como Bom Prato, ou algumas instituições de caridade. Segundo G, após um certo tempo na rua foi mapeando as bocas e montava seu cardápio.

⁶³ Nome que a rede de trabalhadores dá aqueles que vivem nos Centros de Acolhida.

Estranhamento e desconforto. Sensação de que algo não estava em seu lugar... algo ali poluía, sujava o ambiente. Ao atravessarmos, era possível descobrir pequenos mundos... flores ao sol, pombas na praça, cenas de um bosque, uma carroça na avenida, carros no trânsito, raios de luz, sob as fotos as cenas eram narradas como vistas e capturadas pelos pacientes... “Como é minha vida”, tema da exposição fotográfica, trazia cenas de um cotidiano comum, que poderia ser vivenciado por mim, ao caminhar pela rua ou da janela da minha casa. Compartilhamos mundos, mundos são compartilhados mas o que torna o outro (IN)-visível aos olhos? ou (IN)-dizível às vozes? Minhas divagações são interrompidas por um chamado. Era um convite a participar de uma intervenção do teatro do oprimido ali na recepção. A recepção estava lotada, dentre os usuários que estavam sentados, uma composição infinda de cores e gentes, depois descobri que havia umas pessoas em situação de rua. Atendendo ao comando, todos ficamos de olhos fechados, os participantes foram orientados a baterem palmas, em ritmos diferentes, o dedo indicador de uma mão na palma da outra. A sonoridade foi se intensificando, na medida em que de um dedo foi-se a cinco dedos, gradativamente, em seguida, dos cinco dedos voltamos para apenas um, até parar. Me fez viajar sobre palmas a outro lugar, fui tomada por um frescor vivaz, vívido e vivido ali na recepção da UBS. De repente, algumas pessoas, que estavam paradas na frente, que integravam o grupo fixo do Teatro do Oprimido, começam a andar de um lado para o outro, uma pessoa é colocada no centro, apresentam-nos como José -“O morador de rua”. José conta um pouco de sua história para a platéia, o movimento retorna, caminhos e corpos que se cruzam, se esbarram, e uma voz interroga: “quando encontramos um morador de rua o que fazemos?”, após um momento de silêncio e cessação do movimento, uma das pessoas que estava de pé estende a mão e cumprimenta-o, outra olha-o fixamente e acena com a cabeça, outro lhe abraça, de repente todos param novamente. Um dos integrantes começa a chamar as pessoas da platéia que são incorporadas ao grupo, que volta a se movimentar, e vai crescendo com os novos elementos, enquanto José permanece parado no meio, a voz pergunta novamente: “quando encontramos um morador de rua o que fazemos? Silêncio e inércia por alguns instantes, alguém da plateia levanta, e lhe dá um abraço, solta-o e olha em seus olhos e o abraça novamente.

Num esforço para possibilitar o diálogo com a PSR, ex-viventes da rua são incluídos no papel de agentes sociais. Neste CnaRua também. Mas isso não quer dizer que sua experiência seja matéria de reflexão, elaboração.

G., Agente de Saúde há 10 anos, imigrante do NE, foi “pescador de moedas” no chafariz da Praça da Sé”, local em que viveu por cerca de 3 anos, depois se engajou e militou no Movimento da População em Situação de Rua. Desde então permanece como trabalhador da saúde. Conta sua história no movimento da PSR, participando do Projeto Centro Legal do governo Marta. Posteriormente, tornou-se trabalhador das primeiras equipes de Consultórios na Rua em SP e permanece até hoje.

Conversações com (G) - Agente Social: *É como fala, tem a política, mas na prática tem que tá cobrando e pressionando não é de agora que tem a política. O nosso trabalho como agentes começou da luta da própria população de rua, que a questão é essa realmente, sempre existiu uma política voltada para poprua na saúde e em outros meios, como o trabalho. Em 2003, teve o protesto lá na praça da Sé, tinham matado o povo da rua, houve aquela chacina. E o pessoal do movimento começou a discutir a questão da saúde e o atendimento dessa população. A questão é que chegavam na unidade, nossa até hoje né, a população chegava na unidade de saúde e não era atendido, porque simplesmente... tava sujinho, tava maltrapilho, então ninguém queria atender. O SUS que é universal, por que é que tem os agentes de saúde pra quem tem chave, e os que não tem chave sofre na porta da unidade, chega no portão, e dependendo dos locais até violência acontece. Não deixa nem entrar na unidade quanto mais ter atendimento médico. Então a proposta inicial foi essa montar um programa com agente de saúde para essa população, e ser a ponte entre essa pessoa que está na rua, e a Unidade Básica de Saúde, um posto de saúde, hospital. Tipo forçar realmente o atendimento a essa população, tem que atender, dentro do SUS tem direito, acompanhar esse cidadão essa cidadã que tava na rua, que chegava lá na porta da unidade e era barrado, mas não foi fácil, muitas vezes... até hoje, não vou mentir, até hoje você chega num local aí, e dependendo do local, além de ter a discriminação com o cidadão com a cidadã de rua tem a discriminação com quem tá acompanhando. Pra ser agente da população de rua tem que ser alguém que conhece a realidade da rua, que fala a linguagem da rua, alguém que entenda a dinâmica da rua. Eu estive na rua por 4 anos, desses quatro anos 80% foi de rua, porque eu ia pro albergue só quando estava muito frio, eu não aceitava as regras do albergue. Eu ficava na Sé, Jabaquara, Santana. É aquele negócio, morador de rua é aquela coisa, as vezes tá no canto, aí suja, sujar é assim, às vezes arruma*

encrenca com o outro aí você tem que tá ligeiro, porque se não o cara fica moscando, ce toma couro ou até... parte daqui pra outra né. É recurso de sobrevivência. Quando eu fiquei na Sé, todo mundo me chamava lá de “o cara pescador”. Eu pegava um imã e pescava as moedas do chafariz, naquela época o pessoal jogava a moeda pra fazer pedido, ou o próprio morador de rua, lavava a roupa e caía as moedinhas do bolso lá na água. Acordava cedinho, saía da maloca cinco horas da manhã, e saía caçando, duas três horas depois já arrumava dinheiro pra ir comer, já não ia pra boca de rango. E aí ia fazer a correria, catar latinha... ia pro parque Dom Pedro ajudar a descarregar mercadoria.”

O Agente G relembra a fala que ouviu de um médico quando ele acompanhava um usuário: *“E essa gente aí tem agente? Ele rapidamente responde: TEM sim senhor! E eu estou aqui pra garantir que ele seja atendido.*

Disse que meu agenciamento em direção à PSR começou na pesquisa da Rede de Avaliação Compartilhada (RAC), quando um vivente na rua foi meu usuário-guia.

Desde meu encontro com Rambo, as tramas necessárias e possíveis para cuidar de alguém que vive na rua me intrigaram. Quanto da rua cabe na caixa da UBS? Quais as possíveis formas de cuidar, estando em conexão com essas vidas de territórios nômades, que muitas vezes sequer desejam uma aproximação com qualquer coisa que se pareça com uma tentativa de enquadramento?

Rambo, por exemplo, não queria, de maneira alguma, ir até a UBS. Essa unidade, que até certo tempo atrás, fazia os moradores de rua da região, que buscavam seus serviços, entrar pela porta lateral, pois sua aparência e odor impactavam as pessoas que aguardavam por atendimento na ‘recepção comum’. Rambo alegava não sentir nenhuma espécie de dor ou incômodo... “não quero nada de vocês!”.. Muito embora, ao meu ver, ele sofresse! De uma dor invisível aos olhos, muda aos ouvidos!

“Eu quero uma mulher, vcs vão me arrumar?” - este era seu pedido! Nas tentativas de aproximação sucessiva, de diversas formas, ora convidando pra ir à UBS, ora pra jantar-almoçar-tomar um café, ora pra dar uma volta na praça,

aprendo que há situações em que o melhor é nada levar. O nada como ferramenta de aproximação, do encontro possível, dos corpos em potência.

Aproximar-se do outro, sem os a priori normalizadores, que operam a protocolização da vida. Muitas vezes, nas abordagens das equipes, escutei perguntas e ofertas como “Cadê sua família?” ou “Você precisa de um trabalho!” ou “vou te arrumar um centro de acolhida”. E ao se aproximar do vivente, em outra situação percebia que esses contextos, ditos normais, eram justamente os que o haviam levado pra rua.

Digo isto, também, pois foi justamente quando cheguei em seu mocó, sem nenhuma idéia sedutoramente irresistível e apenas disse: “*oi, vim saber se você está bem!?*”, que ele me olhou nos olhos, me convidou pra sentar e contou um pouco da sua história. A história dele. Como chegara até ali. E porque vivia muito bem, não queira nada e inclusive havia chegado naquele espaço muito antes daqueles prédios que agora eram seus vizinhos.

Foi o encontro possível para ambos, sem desfechos preestabelecidos e ou obrigatoriedades. Era meu corpo, ainda que constituído/atravessado por forças biopolíticas, estava disposto e poroso para/na possibilidade de se conectar - de algum modo a força-rambo agenciava este lugar em mim, e se constituir naquela relação corpolítica. Sim.. não mais biopolítica mas de corpos políticos.

Havia uma preocupação por parte dos moradores dos prédios, por parte dos trabalhadores das várias redes, com aquela vida. Principalmente sobre seu grau de deterioração mental e física, afinal ele era um velho-louco na rua. E isso sempre os fazia, no limite de suas forças e paciência, interná-lo involuntariamente. Já havia sofrido 3 internações nesses mesmos moldes.

Os trabalhadores de saúde compõem as forças tecnológicas que operam na produção de modos de vida – para captura e para a potência. Têm seus modos de atuar guiados principalmente pelas forças da disciplinarização e da regulamentação da vida. Operam como dispositivos de poder. Nesse sentido, os planos da insustentável leveza do ser muitas vezes não estão autorizados a operar na produção do cuidado.

As equipes precisam se indagar se é possível estar disposto para o nada. Nada. É só o que eles querem às vezes.

Mas as equipes têm muito pouco tempo e nenhum apoio para pensar ou processar o que vivem. Morre um , morre outro. Alguns choram. Ninguém fala sobre isso. Que dirá da alteridade radical provocada pelos viventes na rua, muitas vezes disparadora de tensões... Mas, movidos pelas melhores intenções e princípios, todos acham que tem que fazer algo por/para eles e não com eles.

É possível cuidar, preservando a liberdade de escolha do outro, sem cercear a produção de vida sustentada por ele, mas essa foi uma produção com que pouco me encontrei no campo.

Além dos tensionamentos já mencionados, vou destacar mais alguns. As UBS organizam suas ações em territórios circunscritos, um espaço geográfico, sem considerar que a vida e as produções existenciais nem sempre se subordinam a esses contornos. Menos ainda a dos viventes que habitam a rua...

Os territórios existenciais são produções singulares, atravessados por processos afetivos, sociais, políticos, econômicos, dentre outros. Dessa maneira, não são dotados de fixidez, portanto, vão além de categorias sociais rígidas (GUATTARI, 1992).

Nem a vida de quem habita casas em um determinado território está circunscrita ao perímetro geográfico-físico das moradias e da área de abrangência das unidades de saúde, pois que os viventes circulam pela cidade. Moram aqui e trabalham a 3 horas de distância. São afetados por encontros que se produzem presididos por lógicas estranhas ao tal território físico. Além disso, esse mesmo território é marcado por distintas dinâmicas e relações em diferentes horas do dia e em diferentes dias da semana.

No caso dos que vivem na rua, a desterritorialização é ainda maior, marcada pela vida que vaza e pelo nomadismo que enriquece/diversifica possibilidades de conexão e que tensiona esse lugar fixo encaixado de cuidar. Dificulta tudo. Retorno, referência, vínculo... Talvez por isso mesmo o CnaR que eu acompanhei centrasse mais esforços em acompanhar a população abrigada - e naquele território havia muitos abrigos.

Mesmo assim, o acesso desses viventes a ações em saúde e a algum cuidado seguiu sendo um desafio. Entrar nos serviços continua sendo um nó. Muitas vezes, o trabalho do CnaRua é tentar garantir a entrada dos usuários nos serviços por meio do acompanhamento dos Agentes Sociais e Comunitários, já que, sem sua presença legitimadora, o acesso muitas vezes seria interditado.

Mas cenas de horror continuam vividas pela PSR e pelos trabalhadores dos CnaRua no encontro com os serviços.

Conversações com A. - Médica: *O cuidado na rua tem as suas especificidades e tem aquilo que é geral do cuidado. Porque a realidade da rua, se a realidade já é complexa em qualquer lugar na rua é muito mais né. E a pessoa que tá exercitando esse cuidado tem que ter o manejo dessa complexidade, ela não pode olhar pra uma ferida e pensar que é só uma ferida, tem contexto maior e muitas vezes essa questão social é muito negligenciada porque normalmente o profissional de saúde não tem muitas ferramentas para lidar com isso, pra interpretar isso. Entender isso, o que que é a população em situação de rua no brasil, o que é a população em situação de rua na Alemanha, são contextos completamente diferentes, aqui a desigualdade social é brutal. Eu sou defensora do SUS, da equidade, da integralidade, a pessoa em situação de rua tem que ser assistida em toda a sua necessidade. Mas o que a gente vê na prática, é que a maior parte das pessoas tem comorbidades em questões sociais brutais que interferem na possibilidade de cura, de acompanhamento, de estabilidade daquele sofrimento, tem questões psíquicas super amplas, e o que a gente não tem é como acessar todo o recurso que o estado deveria fornecer através do SUS para essas pessoas. Então como que vai fazer uma cirurgia se uma pessoa tá em situação de rua, faz a cirurgia depois despeja na rua, é assim que eles fazem, faz a cirurgia depois chuta pra rua, se vira. E aí a gente vê coisas absurdas, que em trinta anos de exercício da profissão, nunca tinha visto coisas tão absurdas, do ponto de vista da total ausência ética do serviço de saúde, negligência, como eu vi na rua, por exemplo paciente com o pulmão exposto. A pessoa foi submetida a uma toracotomia, deixou o pulmão exposto e foi pra rua. Paciente com sonda de demora sem saber porque que pôs a sonda. E aí você pede pra ir no serviço que pôs a sonda e a pessoa escreve lá, “bexigoma”, bexigoma não é pra por uma sonda de demora, é só pra colocar a sonda, esvaziar a bexiga e pronto, e investigar porque que a pessoa tá com retenção urinária. Paciente com câncer que precisa de um*

acompanhamento, e o sistema não tem porta pra esses pacientes que não tem residência fixa, é uma série de situações que acontecem na rua porque é rua, porque é esse setor, esse lugar de... total esquecimento. Que a sociedade esquece a gente já sabe. Agora que o serviço de saúde trata como lixo, e não deveria ser. Justo o serviço de saúde, em que as pessoas são formadas para o cuidado. O cuidado deve ser de acordo com a necessidade e não de acordo com o status social. Mas essa política pública não pode criar um sistema paralelo porque aí o consultório na rua fica sendo aquele que vai atender essas pessoas e a recepção continua fazendo a mesma coisa quando chega uma pessoa com camisa empoeirada, nem pergunta se tá em situação de rua, já é tratada assim, ou chama a polícia, como já fizeram lá. Sintoma de uma política pública que é escrita no papel, mas como traz isso pra vida real!? Primeiro, montar as equipes não é fácil com o que o mercado oferece de profissionais. Tem gente que tá lá porque precisa de emprego, não por uma questão ideológica, por achar que a pessoa em situação de rua tem que ter um atendimento digno decente, pressupõe ter um mínimo de ética, pressupõe, o básico como profissional de saúde. Fora a complexidade que tem o sistema público, que não dá condição nem pro agente de saúde, nem pro médico entender e ter ferramentas para lidar com isso. Começa da demanda. O tanto de situações que a gente tem que ver, o volume de situações que a gente tem que ver, não dá pra dar conta, é humanamente impossível dar conta do volume de situações que a gente tem que ver, com a complexidade que essas situações tem. E aí faz igual me falaram, eu não escuto mais, eu não pergunto mais, porque eu sei que eu não dou conta então não vou perguntar. Ou então faz igual a mim, quem me excedi, quis abraçar o mundo e fiquei doente.

E a invisibilidade e falta de valor dessas vidas se estende aos trabalhadores do CnaRua. Chegando muitas vezes aos desespero e ao adoecimento, como comenta a médica no trecho acima.

Alvo de constante criminalização e estigmatização, esses viventes são recorrentemente tratados como “vagabundos” ou “marginais”, e essas marcas atravessam o imaginário social há séculos (WANDERLEY, 2002, p.16) Tais rotulações coadunam com a ideia de que são incapazes de sustentar sua própria existência, bem como (ir)responsáveis pela sua condição, levando a que frequentemente não sejam considerados interlocutores válidos de si.

A PSR tem como marca a heterogeneidade (Adorno & Varanda, 2004) - pois é composta por homens e mulheres, crianças, transexuais, idosos - e a complexidade, pois cada um vivencia a rua de diferentes modos, experimentando alegrias, tristezas, encontros, coletivos, compartilhamentos, violência, invisibilidade etcétera. Contudo, essa imensidão da vida fica fora, não entra nos mapas das políticas.

A PSR no texto das políticas é marcada pela falta, isto é, por aquilo que ela não tem: não tem família, não tem trabalho, não tem casa. E esse olhar atravessa fortemente as equipes. Recorrentemente o que oferta é pautado pelas supostas soluções dos seus problemas e lhes dizem: “Vamos ligar pra sua família?” ou “vamos encontrar um trabalho pra você!”. “Vamos ajudar você a sair da rua”. Sempre legitimando um certo modo de se constituir enquanto vivente, tomado como referência única.

Pude observar também que as ofertas das equipes de CnaRua estão marcadas pelo que faz sentido dentro da atenção básica, buscando alguma compatibilização. Ainda que encontrem os usuários na rua, e ali realizam os atendimentos, também levam os usuários para consultas, viabilizam a realização de exames, ministram medicação, escutando, acolhendo e, dependendo dos problemas enfrentados, agilizando o encaminhamento para outros serviços intra e intersetoriais. Também, promovem busca ativa para tuberculose, terapia comunitária, jogo de futebol, dentre outras ações.

Conversações com A. médica: *Na minha experiência, não sei quantificar, mas parte das pessoas com quem eu convivi, que a equipe cuidou, que a gente cuidou, não queria estar na rua. Eram pessoas que não queriam estar na rua. Uma vez um agente social me falou, quando estávamos numa operação frente fria, tinha uma menina que tinha brigado com a família estava há três dias na rua. Ele apontou a menina e disse: “olha doutora, essa moça a gente tem condição de fazer alguma coisa por ela, porque acabou de sair pra rua.” De fato, quem tá há muito tempo na rua, já criou outros mecanismos de sobrevivência, de relação com o mundo e de relação com as pessoas e não sai porque tá enganchado mesmo naquele ciclo de sobrevivência. Pois cria uma outra maneira de estar no mundo. E não se trata de uma pessoa com transtorno psiquiátrico. Que tem bastante e que fica assim porque ficou na rua, talvez não fosse*

daquele jeito antes. A rua exacerba o mecanismo de proteção, de saída do mundo normativo, a pessoa se isola, a rua engole. Mas independente de ser uma pessoa que tenha mais ou menos autonomia, é um modo de viver próprio, mas não sei se é isso que ela queira pra ela. Tem situações que foi praticamente imposto. Então eu acho que talvez por isso, se você perguntar pra várias pessoas que trabalharam com pessoas que estavam em situação de rua, o que elas pensam em relação a essa coisa de quando a pessoa sai da rua... pra gente é uma alegria quando a pessoa sai da rua. É como se isso fosse a nossa tarefa lá. Mas não podemos negar que há modelos, tudo muito fechado, a família bonitinha, o submisso. E o caso do Rambo mesmo, a discussão foi polêmica, todo mundo filosofando em cima, aí eu disse: “tá, então nós vamos declarar eutanásia do Rambo?”, porque ele estava sendo ameaçado de morte. Se a gente não tirasse ele naquele momento, daquele lugar, no dia seguinte ele ia aparecer morto. Então, são grandes nós, a gente deixa também a dinâmica social resolver por si só? Na verdade não tem certo e errado, a gente vai tentando, a gente faz apostas. Conseguiram identificar ele, quando chegou a polícia para tirar a impressão digital ele falou de boa o nome dele. Quando chegou a autoridade, alguém que ele reconhece como autoridade, ele se abriu com a maior tranquilidade e falou, da onde ele vinha, qual era a data de nascimento, nome, ou seja ele não queria a saúde.

Mas é tudo muito rápido, corrido, pressionado. Tenso. A terapia comunitária foi um dispositivo de que alguns trabalhadores do CnaRua com que convivi lançaram mão.

Cena (4)

Um dos primeiros espaços que passei a frequentar regularmente foi o da Terapia Comunitária. Tão logo apresentei minha pesquisa na reunião de equipe recebi o convite para me juntar a eles. Dentre tantas histórias tristes, uma delas me marcou. Aquela **moça** queria ouvir da mãe, a quem ela amava tanto, o porquê, o motivo do abandono, mas sobretudo “só queria um abraço da mãe”. As lágrimas vertiam dos olhos enquanto contava sua história, tom de melancolia e tristeza. Desde pequena seu padrasto abusava sexualmente dela, após uma denúncia da escola, ela fora encaminhada à um Centro de Acolhida. Lá vivera opressões e mais violências, um dia saiu pra rua e não voltou. Nessa vivência encontrou a cola, a cocaína, a bebida, o crack e algumas

*peessoas - das quais jamais se esqueceria, e esses encontros, segundo ela, facilitaram a sua sobrevivência nas ruas. Já tinha tentado o suicídio por duas vezes, sentia um vazio, e isso a angustiava muito. Na ocasião em que dividiu sua história, não houve quem não chorasse junto! Após ouvirmos tudo aquilo, um silêncio sepulcral tomou conta da roda. Pensei: Eu, se tivesse vivido tudo isso já teria sucumbido! A facilitadora, com maestria, neste momento, convida uma outra participante ao centro da roda, alguém a empurra lentamente até o local, Maria era cadeirante pois havia perdido uma das pernas devido à complicações do diabetes, sua história já era conhecida por nós, fora abandonada por seus 6 filhos, cantante e frequentadora assídua da roda. Entre um “pense em mim chore por mim” e outro ela lamentava o abandono e a “falta que os filhos faziam, apesar de tudo!”. A **moça** é levada ao centro da roda e posicionada de frente para Maria. Esta a olha com ternura e abre seus braços dizendo: Filha, não chore! A moça a abraça e aos prantos encosta sua cabeça nos ombros de Maria. A comoção é geral. No caminho de volta ainda recolhi muita tristeza em meu corpo, mas uma alegria estranha me abraça. Dias depois quando volto ao campo recebo a notícia de que a moça estava hospitalizada pois tentara se matar novamente.*

Os encontros da Terapia Comunitária aconteciam semanalmente no pátio que conjugava os quatro centros de acolhida do Complexo Canindé. Esse espaço era sustentado por 3 profissionais (Assistente Social, Psicólogo e Médica), apesar dos apelos (infrutíferos) para que outros membros participassem mais ativamente. Esporadicamente apareciam outros integrantes da equipe.

Por vezes, tinha a sensação de que a ausência indicava que este espaço não era uma aposta de toda a equipe. Não entendia o porquê, pois me fora indicado como um lugar para possível conexão com as histórias de vida dos pacientes, estas que não tinham lugar na “clínica do consultório”. Essa possibilidade de cara me agenciou, para mim, conexão com o usuário era o supra sumo do cuidado, chave conectivo-convertiva de planos de produção da vida. Si, pero no mucho.

Nesse espaço encontrei-me com vidas atravessadas por violências, acontecidas antes de chegarem na rua, e o pé na rua parecia ter sido a única saída, quando não “A” solução. Fome, abandono, estupro, agressão física,

violência policial, perda, ruptura brusca de vínculos comunitários e institucionais, entre outros.

Ouvir as histórias, cantar entre um choro e outro, abraçar, apoiar e ouvir o momento de superação de outrem tinha sua importância. No entanto, não era tão confortante ouvir o sofrimento alheio, principalmente quando o que está sendo agenciado é a necessidade de intervir, resolver (tendo como referência a perspectiva do viver territorializado, normalizado) e não se tem uma resposta mágica para tanto.

Como observadora implicada-perplexa, essa tensão me movia e com o passar do tempo, ela foi se diluindo, na medida em percebi que esses viventes e a vida que aí se fabrica tensionam certas “verdades”. Olhar sob a perspectiva de quem nela vive me fez questionar se o território rua seria de todo ruim.

Muitas vezes, nas minhas andanças no campo, saía desses encontros com as perguntas: “sendo a vida desprovida de sentido, merece ser vivida?” Como ser vivente dessa vida que nos “resta”, apesar dos desencantos? Como sacralizar a vida? Como lidar com a descoberta do absurdo na vida? Como produzir novos sentidos?

Esse sentimento da “absurdidade da vida”, de que por vezes, enquanto viventes, somos tomados, frente à imprevisibilidade, à disruptibilidade da vida e seus movimentos descontínuos, ficou extremamente intensificado em meu corpo a partir dessa vivência.

O espaço da terapia comunitária puxava fios da vida que suscitam as catástrofes pessoais. E isso convocou em mim o sentimento de ingovernabilidade da vida. Por vezes, parecia, que ter o corpo atravessado por tais acontecimentos e voltar para [{"vida nua, vida besta"}]⁶⁴, já não era mais possível. Dar passagem para situações como: a perda brusca de um ente, ou a não aceitação da orientação sexual por parte da família, ou a insuportabilidade de viver a opressão nas relações maritais e/ou familiares, ou perda de relação trabalhista, ou abandono da família, dentre outros acontecimentos, os levaram a cruzar os limites do suportável.

⁶⁴Pelbart, P.P. (2006). Vida nua, vida besta, uma vida. Disponível em: <http://pphp.uol.com.br/tropico/html/textos/2792,1.shl>. Acesso em: 22/2/2019.

Entendo que singularmente reagimos aos acontecimentos da existência, mas o que pode esse corpo⁶⁵? O quanto de nós ou quantas partes de nós é passível de volta a partir desses encontros que nos despotencializam e desagregam? Depois de experienciar estar sujeito **da** vida e beirar o absurdo, a absurdidade da existência, como num salto no escuro, é possível retornar à algum liame da vida? Seriam esses momentos que teriam agenciado a ida deles, de todos eles, pra rua?

A complexidade de existir e dar passagem no corpo para as experiências de desassossego, vivenciando momentos brusco-abruptos, vencer-dores e/ou sair como “vencedores” nem sempre é possível. Bem como fazer o recolhimento do que nos restou, das dores, dos desafetos não é algo que se possa mensurar, passível de medi(DURA). Ainda mais quando vivemos a carestia da vida, em meio a sociedade da massificação capitalística, que opera para produzir vidas normativas, e subjetividades normáticas. Força que atravessa a nós todos e quando atua em oposição à singularização criativa, nos coloca na mesma condição de Sísifo⁶⁶...

Na obra de Camus, Sísifo é retratado como herói do absurdo, pela passionalidade e tormenta, ao enfrentar sua condição absurda. Absurda, porque fora condenado a empurrar por toda a eternidade uma pedra até o alto da montanha, de onde ela tornava a cair, caracterizando assim um trabalho inútil e sem esperança. Recorro a essa cena para dar voz à sensação de ingovernabilidade da vida e de esvaziamento de sentido da existência que foram impressos em meu corpo, no movimento intensivo e conectivo que produzi em muitos espaços do campo saúde, e a terapia comunitária foi um deles.

⁶⁵ O fato é que ninguém determinou, até agora, o que pode o corpo, isto é, a experiência a ninguém ensinou, até agora, o que o corpo – exclusivamente pelas leis da natureza enquanto considerada apenas corporalmente, sem que seja determinado pela mente – pode e o que não pode fazer” – Espinosa – Ética III, Prop. 2

⁶⁶ Albert Camus publicou a obra “O mito de Sísifo” aos vinte e nove anos, em plena Segunda Guerra Mundial. Esse divórcio entre o homem e sua vida, entre o ator e seu cenário, é que é propriamente o sentimento da absurdidade. O sentimento da absurdidade para com o desvio de uma rua qualquer pode se meter na cabeça de homem qualquer. Assim como, em sua desoladora nudez, em sua luz sem cintilação, ele é incapturável. O absurdo nasce desse confronto entre o apelo humano e o silêncio irracional do mundo. O Mito de Sísifo. Rio de Janeiro: Editora Record, 2004.

Qual é a pedra que nos escraviza? Esta que roamos... roamos... tornamos a rolar...? Que nos captura a existência? Nós todos vivemos o Sísifo. Vivemos a precarização e o empobrecimento das existências. Nessa direção, cindir com a normalidade da vida com o modelo ao qual é preciso estar conforme, rompendo com a institucionalidade- família/trabalho/saúde, pode parecer uma resposta plausível.

Eu me encontrei depois com outras possibilidades. Não é só desgraça ou a violência que nos atravessa, ou atravessou, e contextos que nos vulnerabilizam e desagregam, que supostamente seriam motivos da ida para a rua, mas também a intolerância aos padrões sócio-normativos. Há um não querer se encaixar nos padrões. Sim, há padrões, valores estabelecidos quanto ao modelo de família que se deve constituir (nuclear), daquilo que devemos ter (casa-carro-celular) e daquilo que devemos ser (belos, prósperos e ricos).

São situações de distintas ordens, mas que nos levam a questionar a razão de nossas existências e produzem esse sentimento de ser insuportável viver como vivemos, num ritmo de vida orientado e ordenado para a produção, se esmerando sisificamente para sustentar uma existência muitas vezes vazia de sentido.

Essas experiências podem fazer germinar o desejo de transgredir a moral estabelecida, transvalorar os valores e experimentar as múltiplas outras potencialidades e corporalidades.

Do ponto de vista do aprisionamento da potência do viver nesse mundo normativo e normalizador da vida, as possibilidades, graus e nuances de desadaptação são infinitas. Bem como os motivos desagregadores podem ser os mais diversos.

Alguns modos de viver a dor são mais propícios à medicalização da vida que sustenta engrenagens que interessam à produção do viver neoliberal. Não é a toa que o Brasil é o maior consumidor do mundo em volume de clonazepam.

Aqui não se trata de negar a importância dos saberes médicos e sua terapêutica. O uso de remédios é importante em alguns momentos, quando de maneira parcimoniosa. A internação de curta duração também pode ser funcional na contenção e estabilização dos momentos de crise aguda. No

entanto a produção do cuidado não deve ser presidida pelas tecnologias duras⁶⁷, mas sim pelas tecnologias leves⁶⁸, numa composição entre as possibilidades tecnológicas.

A tecnologia leve é da ordem relacional humana. O ato de cuidar requer aproximação, porosidade, bem como viver os fluxos contínuos de afetações nesse encontro com o usuário.

Mas chegar perto demais pode ser desolador. Encontrar com a fragilidade da vida do outro pode ser brutal, e as vidas que são produzidas nesse campo rua carregam consigo o risco iminente, há uma exacerbação da fragilidade. E mesmo em situações em que é possível se conectar e o cuidado é produzido, não há garantias de que vai se fazer viver.

Contudo, será que a afirmação da vida não pode ser produzida *num lance final*⁶⁹?

Cena (5)

*A proximidade territorial com o CRATOD “atrai” os pacientes, “ele vem aqui e vai lá.”
Apoiadora de Saúde Mental- “E o CAPS AD? Esse fluxo, município => estado não existe!”*

Enfermeira: “Tivemos muitos casos de sucesso!”

Apoiadora de Saúde Mental: “Defina sucesso!”

Enfermeira: “Temos pacientes que não estão bebendo e nem usando mais drogas!”

Passados alguns dias, na saída do corredor que leva a sala do CnaRua, ouço alguém vociferando ao mesmo tempo em que sai da sala!

-Vocês não querem me internar?! É isso? Então vou ao CRATOD! Com certeza vou conseguir.

[Me pergunto em pensamento: Que disparate é esse?? Como assim? Internar jamais!]

Abordo o usuário.

-Calma moço! vamos conversar!?! Internação nem sempre é a solução, você conhece a redução de danos? me conte o que está acontecendo contigo!

⁶⁷ Feuerwerker & Merhy, 2009.

⁶⁸ IBDEM.

⁶⁹ Orlandi, L.B.L. Afirmação num lance final. p. 230-235.

-moça, não te conheço, nem se quem você é! mas olha pra mim, eu estou só o pó da rabiola, preciso engordar um pouquinho, estou há 3 dias sem dormir, em todo lugar que eu vou pedir ajuda o povo só sabe me oferecer trabalho e dizer que preciso voltar pra minha família, eu só quero dormir e comer por alguns dias e voltar mais forte pra minha rua!

A Redução de Danos (RD) começa a tomar corpo em meados da década de 80, como modo de tratamento político e sanitário para enfrentar a “epidemia” de HIV que estava associada ao uso de drogas injetáveis. Em São Paulo, no município de Santos, houve a implementação de um projeto de RD, que incluiu a oferta de preservativos e de seringas descartáveis, mais tarde barrado por promotores. Mais tarde, em 1997, foi promulgada a lei 9758/97 que autorizava a Secretaria Estadual de Saúde (SES) a promover programas de distribuição de seringas. Posteriormente as ações são ampliadas abarcando DSTSs, hepatites, tuberculoses e outros tipos de uso de drogas, que não somente as injetáveis.

Na perspectiva da RD, como já comentado, foram criadas outras experiências de cuidado a PSR, como na Bahia, por exemplo. Daí seriam propostos os Consultórios de Rua.

Segundo a Cartilha Guia do Consultório de Rua (CETAD, 2011, p.27):

A proposta de atenção às suas vidas e o reconhecimento de um sentido implicado em estarem na rua favoreceram o estabelecimento do vínculo com esses profissionais. Esse vínculo constitui a base de sustentação do trabalho do Consultório de Rua, pois é por meio dele que as informações sobre saúde, preservação, cuidados de higiene, ações de cuidados imediatos, de redução de danos, de atendimentos psicológicos e sociais ganhavam importância e reverberavam em suas vidas.

Ainda que as ações de Redução de Danos (RD) estejam preconizadas no texto da política de saúde para PSR, as propostas de RD e da AB estão assentadas em apostas distintas, mobilizadas por forças distintas, cujos efeitos refletem nas práticas e nos modos de cuidar. Trocando em miúdos, as práticas de RD são norteadas por princípios ético políticos de defesa da vida, que

implicam no reconhecimento do outro e de seus desejos. Possibilita criar outras referências que não as do higienismo.

O que é sucesso? Não beber? O que é sucesso? Sair da rua? Não! Sucesso é inventar juntos possibilidades que expandem a vida nos termos que fazem sentido aos viventes!

E eles fazem o uso que querem das ofertas disponíveis, mesmo daquelas que nos arrepiam os cabelos.

A vida na rua também é atravessada por inconstâncias e imprevisibilidades. Muitas delas impostas pela situações de violência que partem dos que compartilham a rua como lugar de viver: Limpeza Urbana, Guarda Municipal, Polícia, bem como o frio da noite ou até mesmo da expulsão do albergue.

Muitas vezes, os usuários afirmam que tais situações só podem ser suportadas com o anestésico do álcool e de outras drogas. E essa problemática é ignorada por aqueles que se propõem a cuidar.

Lancetti (?) fala da contrafissura que o trabalhador em saúde sente, querendo restaurar na rua uma normalidade que não fez sentido para os usuários. Sua tolerância à disciplinarização muitas vezes é outra.

Como vimos na cena 5, o “paciente” usar a substância não o impede de cuidar da própria vida. Bem como ele faz o que quer e vai aonde as ofertas o agradam. Mas ele conversa com o modelo de cuidado proposto pela Equipe?

Penso: Será que não seria mais cuidador nos aproximarmos e tentarmos construir com ele um modo de operar a vida de maneira que reduza os impactos sobre aquilo que ele julga diminuir sua potência de ação?

Cena (6)

Al. é paciente do CnaRua, acolhido em vaga permanente, tem osso exposto no peito do pé direito. Usa um andador para se locomover pois não consegue apoiar os pés no chão. A brancura de suas ataduras reluz sempre que cruzo o portão da UBS. Geralmente é sentado na mureta da UBS que o encontro. Nossa amizade me permitiu saber que ele vem fazer o curativo com o pessoal da enfermagem dia-sim dia-não.

Devido à infecção no ferimento, foi organizado um arranjo pela equipe de CnaRua junto a UBS, que possibilita que ele seja cuidado (limpeza e troca da atadura) diariamente pela equipe de enfermagem da UBS e CnaRua. Naquele dia ele me conta, com apreensão, que uma consulta com a ortopedia está agendada. Ele tem medo de perder o pé. Já fora avisado dessa possibilidade, esse aviso vem seguido da recomendação para parar de beber. No dia da consulta saímos às 8h30 da manhã em direção ao hospital, fomos com o carro da Equipe, que fica reservado para casos de pacientes com pouca mobilidade ou em estado crítico de higiene.

Depois de 30 min, entre idas e vindas, subidas e descidas, dentro do hospital, descobrimos o local de espera. Os corredores muito cheios. Esperamos por cerca de 2 horas pelo atendimento médico.

Nesse ínterim, puxo papo, apesar de estar ele sempre cabisbaixo e lacônico. Al. me conta que viera de Fortaleza para São Paulo há cerca de 10 anos, para trabalhar na construção civil. Sofrera um acidente de trabalho, teria caído do quarto andar e não tinha vínculo empregatício consolidado portanto não tinha direito a afastamento por doença. Sem ter como pagar o aluguel, fora viver provisoriamente em um Centro de Acolhida. Vive há 4 anos acolhido. Devido a sucessivos atropelamentos - 3 vezes, a situação do seu pé agravara. “Na saída do bar as coisa fica meio confusa!”. Sente muita dificuldade de parar com a bebida, “a vida não dá pra ser levada na seca”.

Quando é chamado para a consulta, eu tento entrar e o residente não permite. Apenas um acompanhante. Saio e deixo a porta entreaberta, pela fresta avisto Al., que continua cabisbaixo, assim fica durante a consulta toda. O residente sai e volta com cerca de 6 outros residentes, todos no canto da sala, após 15 minutos de espera, o médico cirurgião entra e olha a ferida, aponta para o ferimento e conversa com os alunos, olha a chapa, todos olham o ferimento, o médico dá o veredicto aos residentes e sai da sala, alguns o seguem, com exceção do residente que fizera o primeiro contato imediato.

Este preenche alguns papéis, Al continua cabisbaixo, os papéis são entregues ao agente, e saem da sala.

Foram 12 min. Pergunto como ele estava, ele levanta a cabeça com um leve olhar desolado, mas nada fala.

O Agente de Saúde quebra o silêncio, dizendo que Al teria que fazer alguns exames e marcar a cirurgia, seria uma tentativa de reparar o osso atrofiado. Essa seria sua última chance, antes de perder o pé.

Subimos e descemos mais algumas vezes, filas consideráveis para todos os procedimentos. Exame de sangue, Eletrocardiograma e Raio-X.

Quase 11h horas depois saímos do hospital.

Outra preocupação nos assola, o término do horário do jantar!

Sim, há regras rígidas, e as exceções, a exemplo do caso de AI, são praticamente nulas. Normalmente, nas vagas de modalidade 24h não é permitido sair do Centro de Acolhida, e se sair só pode voltar depois das 23h. Naquele dia, após negociação, ele poderia retornar da consulta ao CA, no entanto às 20h encerra o jantar. AI ficaria sem comer até às 7h30, horário em que o café é servido.

Saí desse encontro com a sensação de que havia falhado, me perguntava o tempo todo o quanto os modos de produção do cuidado - desses e de muitos outros equipamentos de saúde - são suficientes para atender as necessidades da PSR. Ao mesmo tempo uma farpa, enfiada na minha sola, não me deixava esquecer que ali, naquele cenário quase cármico, do hospital, havia, por incrível que pudesse parecer, usuários do SUS.

Cena (7)

Na reunião de matriciamento trazem o caso de um paciente que está “dando trabalho” no centro de acolhida. Segundo relatos ele tem demonstrado persecutoriedade, agressividade e suspeitam que esteja carregando objeto perfuro cortante no corpo. De prontuário na mão, lembram que fora tentado Haldol inicialmente e que agora estavam fazendo um teste com outro psicotrópico. Chegam a conclusão de que precisam agendar um horário para ver de perto o que está acontecendo. Mas que em termos de medicação já tinham tentado todas possibilidades que a farmácia oferecia (os tipos de medicação disponibilizados são limitados). Era o caso de aumentar a dose? Nesse momento o profissional referência interrompe.

ACS - Dá Haldol Dr.!

Psiquiatra diz que paciente relatou se sentir mal com Haldol, queixou-se de robotismo, impregnação e outros efeitos...

ACS- Mas ele está causando demais, qualquer hora vai dar morte, ele vai machucar alguém, eu mesma tentei me aproximar e percebi ele estranho... me olhando torto, ele estava com a mão no bolso e percebi que escondia algo pontiagudo! Quando ele tomava Haldol isso não acontecia, logo logo ele vai ser desligado pelo equipamento, só tá arrumando confusão!

Psiquiatra pontua que seu trato é com o paciente e que nós da saúde não somos polícia para mediar conflito, muito menos com medicação. O paciente é quem decide se vai tomar ou não!

Grita o limbo - não são de ninguém, não são de nenhum lugar e também não ganham lugar nos espaços institucionais produzidos pelas políticas públicas.

Apesar disso, o NASF lá daquele pedaço é muito próximo às equipes, principalmente nos casos de SM. O psiquiatra ajuda a pensar nos casos e nas possibilidades de desdobramento. Mas já avisa: Eu não faço mais internação involuntária.

Os trabalhadores do NASF estão em todas as reuniões da equipe do CnaRua, tentam pensar ações articulando as tecnologias do cuidado. Há uma tentativa de Introdução do PTS⁷⁰, sua importância e como seria feito. Mas seria possível coordenar a longitudinalidade do cuidado em territórios móveis? Quais ferramentas de cuidado são necessárias para produzir cuidado nessas situações?

Conversações com F psiquiatra: *É um trabalho muito desafiador mesmo, porque... é isso assim, não tem como, há uma expectativa muito forte sim da saúde para controle social, então eu nem vou demonizar o controle social aqui, eu acho que ele é sim legítimo, a gente vive em sociedade, a gente tem que ter o mínimo de previsibilidade de organização né, não vou demonizar, mas a questão num país em que tudo é tão precário, educação segurança, é a saúde que tem que desempenhar esse papel né? Então acho que tem muito forte mesmo essa expectativa principalmente em relação aos moradores de rua. Qual que é a ideia de eu medicar uma pessoa? Medicar*

⁷⁰ Projeto Terapêutico Singular (PTS), entendido como um conjunto de propostas e condutas terapêuticas articuladas em discussão coletiva interdisciplinar, configura-se como um dispositivo potencial para o planejamento das ações em saúde na Estratégia de Saúde da Família, especialmente nos serviços onde o trabalho está organizado na lógica de Apoio Matricial e Equipe de Referência. [https://www.portaleducacao.com.br/conteudo/artigos/enfermagem/projeto-terapeutico-singular-pts/43914#targetText=O%20Projeto%20Terap%C3%AAAutico%20Singular%20\(PTS,Matricial%20e%20Equipe%20de%20Refer%C3%AAncia.](https://www.portaleducacao.com.br/conteudo/artigos/enfermagem/projeto-terapeutico-singular-pts/43914#targetText=O%20Projeto%20Terap%C3%AAAutico%20Singular%20(PTS,Matricial%20e%20Equipe%20de%20Refer%C3%AAncia.)

uma pessoa pra tratar o sofrimento dela, medicar uma pessoa porque a medicação vai lentificá-la, vai deixá-la um pouco mais tranquila quanto a comportamentos perturbadores. Até que ponto, você tem situações em que pode recorrer ao remédio pra controlar comportamento da pessoa até pra pessoa não ser marginalizada, não ser segregada, não ser expulsa do espaço como um abrigo, mas que não seja só isso também, não dá pra ser só isso. Então, realmente é um trabalho muito desafiador especialmente no caso desses pacientes que é muito comum, ainda mais na área que eu atuo que é a área do centro expandido, que tem muita gente que tá na rua, há muito tempo na rua, com história de negligência abissal, já saiu do pacto social né, então não são pessoas que tem algum projeto de voltar a trabalhar, de voltar pra sua família, são pessoas que estão fora do pacto social e que entra em confronto com o meio, com o entorno. Nos casos como do Rambo, são situações muito difíceis mesmo. Porque aí você tem que oferecer um cuidado, não tem um amparo institucional e tem uma rede deficiente. E acaba tendo como mecanismo de remediação essas internações de curta duração, que são super desastrosas também porque o paciente só fica com o susto da internação, aquela experiência ruim, ele não consegue refletir a respeito de nada, sendo uma intervenção temporária. Realmente, nas reuniões acho que o meu papel era muito isso né, porque, é... se a gente for por exemplo, se você for trabalhar de maneira, vou falar careta mas eu não quero dar uma conotação negativa, num sentido assim, o trabalho de, até eu mesmo fui transferido aos poucos né, o trabalho com a equipe de Bom Par(?) é muito diferente do trabalho que você vai fazer em um ambulatório, que seja do SUS ou de um convênio, ou de um paciente que tem sua casa, que tem uma organização mínima, tem uma queixa e procura você, pra você aliviar aquilo que ele traz como queixa, o trabalho não é por aí. Se você pensar que você vai trabalhar dessa forma você enlouquece, você se sente frustrado e você não consegue nada né então, assim, você vai lidar com pessoas profundamente adoecidas, há muito tempo adoecidas, que assim, a capacidade de intervenção sua é muito baixa, né, que você vai ter que avaliar, sim, até que ponto a sua intervenção vai trazer algum benefício para aquela pessoa ou vai servir só pra você lidar temporariamente com o seu sentimento de impotência, né então, eu já me deparei com muitas situações em que eu estava diante de pessoas claramente psicóticas mas com uma história de clareza e com uma história de apartamento, e dificuldade de estabelecer negociação e vínculo com você que se eu fosse receitar para cada paciente que aparecesse a medicação compulsória e a internação involuntária... Muitas vezes fazemos o que era possível, pois quando a pessoa está na rua e profundamente adoecida, eu sempre oscilo, sempre fico

em dúvida, principalmente porque muitas vezes há toda uma história de negligência, em que estar na rua parece uma consequência inevitável, o que você pode fazer? E no fim do percurso é a saúde que tem que tomar uma medida, penso que é uma situação muito ingrata. Então no fim do percurso, a família fracassou, o estado fracassou porque não ofereceu educação, a saúde talvez em outro momento também fracassou porque não ofereceu tratamento e intervenção mais precoces, e aí depois de uma sucessão de fracassos entra a saúde novamente. O que é proteger e cuidar ou negligenciar? Eu estou protegendo quando respeito o outro aceitando que ele viva a loucura dele na rua, mesmo quando percebo toda a situação de precariedade, que eu percebo mas ele mesmo não percebe? Se eu interno eu estou protegendo? Mas será que a internação oferece de fato um cuidado digno pra ele? É muito difícil essa posição. Eu tive uma experiência por exemplo, não foi com uma moradora de rua, era uma senhora de família de classe média alta, que envelheceu e empobreceu, perdeu uma filha, a única filha no incêndio do Joelma. E era uma senhora saudável, fisicamente saudável, tinha oitenta e poucos anos, tinha uma saúde muito acima da média pra alguém da faixa etária dela, e o que ela dava de problema? Era uma senhora que ficava andando pelo bairro o dia inteiro, e ela adorava ir numa igreja, numa determinada igreja, e ela interrompia a missa, ela se sentia meio dona do pedaço. Também acumulava jornais, achava que era jornalista do estado de São Paulo, então tudo que acontecia ela ia se reportar ao dono do Estado de São Paulo. Parecia muito óbvio que aquela mulher naquela faixa etária estava numa situação completamente ruim e que qualquer coisa, qualquer alternativa àquela situação completamente ruim que ela vivia seria melhor. Ela foi internada e deteriorou. É idosa, não pode circular, fica deprimida porque não circula, e aí quer circular é contida, recebe medicação para não ficar tanto tempo contida. Eu acabei visitando essa idosa por um acaso, porque eu fui discutir um outro caso num hospital que ela tava internada, alguns meses depois, e era uma outra idosa, perdendo a capacidade de fala, perdendo a capacidade de andar. Então é muito complicado decidir pela vida do outro, não tem respostas óbvias pra isso. Me angustia por exemplo, os riscos que o Rambo corre na rua. Sim, ele corre riscos. Eu mesmo já presenciei situações de agressão contra ele, até porque ele grita muito, então as situações são difíceis e as pessoas reagem negativamente. Mas ao mesmo tempo, instaura um dilema, o dilema filosófico da internação compulsória e a rede alternativa à internação que é muito deficiente, então como cuidar? O que acaba sendo meu trabalho, até é um trabalho meio ingrato, mas eu sinto que às vezes muitas vezes eu tenho que jogar balde de água fria, para reduzir as expectativas, e pensarmos que não vamos ser heróicos,

não vamos promover em muitos casos grandes mudanças, mas ao mesmo tempo a partir disso tentar fazer com que eles percebam que o trabalho deles é de visitar a pessoa periodicamente, o que já é uma conquista que muitos lugares do mundo não tem. Conferir o mínimo de visibilidade e de oportunidade de escuta pra essa pessoa, e por ai vai... Então eu sinto que a essência do meu trabalho é baixar expectativas. Porque se eles não baixam as expectativas eles não valorizam o próprio trabalho, e estão sempre recorrendo ao outro, seja o psiquiatra ou seja a internação, ou seja o CAPS, sempre recorrendo ao outro e não é delegando que o sentimento de impotência vai ser resolvido magicamente. E é ruim isso porque eles sofrem com isso também. O Rambo por exemplo, ele voltou ao mesmo espaço hoje, o que a gente consegue oferecer? Visitas periódicas, então, é isso, que nem um idoso que mora sozinho você vai de vez em quando visitar para poder avaliar se não tá com febre, se tá comendo direito, e para em uma situação de emergência poder intervir. Então se um dia ele for agredido na rua, acolhê-lo. Se um dia notar que ele tá sem comer, febril, acolhê-lo.

Cena (8)

“Estou muito bem obrigada!”- Dizia D.Maria quando era abordada pela equipe de saúde. Sua aparência sensibilizava a muitos: era branca, olhos azuis, de português bem conjugado! Parecia estar fora de seu lugar, o moço do bar dizia: O que faz ela com esse preto?. Entre um trago e outro, se amavam e odiavam, era o que pensava alguns que acompanhavam a relação do casal, que vez e outra se estapeavam. Havia se conhecido na rua e tornaram-se companheiros. Assim, os dias se passavam, e eles de gole em gole sorriam a vida, da vida. Para ela nada mais ligado ao seu passado fazia sentido, as aulas na universidade, sua família, sua casa, desde que em um acidente de carro sua filha e seu marido se foram desta vida! Nada mais lhe interessava. Vida agora só de litro em meio em litro em meio!

Mas *“Pra quê guardar tanto se eu posso dividir?!”** Essa foi a resposta de Dona Maria quando perguntei o que ela fazia para guardar e conservar uma caixa de frutas que havia ganhado.

Eu estava a caminho da UBS quando D.Maria me abordou, pedindo dinheiro para comprar algo de comer. Disse a ela que não tinha dinheiro, nem comida e que também estava com fome. Era quase hora de almoço! Uma hora depois, quando eu voltava, passando em sua frente, ela me chama. Estica a mão

e me oferece uma maçã. “Toma, vai matar sua fome!”. Titubeio... ela pergunta “Você não estava com fome?”. Aceito e sento ao seu lado. Percebo mais 3 pessoas por ali com maçãs nas mãos, pego minha garrafa de água da bolsa, lavo minha maçã e ofereço a ela, ela aceita e começamos a conversar sobre há quanto tempo ela estava ali.

Cena (9)

De olhar dócil e melancólico, R era sempre carinhoso na recepção e pronto a disparar um bom sambinha na roda de terapia comunitária. Havia um plano de gravar suas composições. Sim, ele escrevia belas canções. Passava grande parte de seu tempo na UBS, ajudando voluntariamente em tarefas dentro da unidade ou nas atividades com o pessoal do PAVS. Dizia que aquilo “lhe fazia feliz, sentia-se útil!”. Estava sempre por ali, sentadinho na mureta do estacionamento. Sua vida hoje “estava boa comparada há algum tempo atrás, infelizmente fiz coisas das quais não me orgulho!”. No sistema prisional foi obrigado a matar um homem, “era a minha vida ou a dele, jamais me esquecerei”, em vista disso sua pena aumentara substancialmente, na prisão passou 30 anos da sua vida. Desejava conseguir receber o benefício, quem sabe este não seria o primeiro passo para conseguir ter “seu canto pra morar”. O que mais sentia falta era de preparar a própria comida. Questionava, por quê não é possível existir um centro de acolhida em que os usuários pudessem preparar seu alimento. No alto dos seus 60 e poucos anos, entre um e outro hausto arfado, buscava o ar que lhe faltava, havia perdido parte do pulmão no incêndio do seu barraco, local em que teria ido morar ao sair da prisão. As condições do local em que construiu seu barraco eram péssimas, “era barraco sobre barraco e muito gato de luz, mas o que estaria reservado para alguém como eu? Preto, pobre e ex-Presidiário? Saí da cadeia com uma mão na frente e a outra atrás, sem perspectiva de vida!” Agradecia por ter conseguido sair com vida do incêndio. Após o incêndio, a prefeitura limpou e cercou o terreno, como não tinha aonde dormir, se embrenhou no mato e após duas noites dormindo no chão frio, ficou doente, no hospital descobriu que metade de seu pulmão estava comprometido, provavelmente, por ter aspirado muita fumaça e ar quente. Após meses de internação a Assistente Social conseguiu uma vaga num centro de acolhida e desde então sua vida era de um CA para outro CA. De arfar em arfar, foi contando sua história. Outro dia me disse com o sorriso no canto da boca que finalmente o seu benefício havia saído, após ser negado

mais de cinco vezes. Pena que não poderá usufruir do dinheiro, R faleceu dois meses após receber a carta do INSS.

Sem palavras. Vidas que não valem nada.

4- NASCER DO PRÓPRIO PARTO: SOBRE O DEVIR-MULHER⁷¹ DE UMA MULHER EM DEVIR⁷².

Até então eu nunca vira a coragem. A coragem de ser o outro que se é, a de nascer do próprio parto, e de largar no chão o corpo antigo. E sem lhe terem respondido se valia a pena”. A legião estrangeira - Clarice Lispector

Chego na UBS para mais um encontro com os trabalhadores do CnaRua.

Na sala do CnaRua L-enfermeira, E-psicólogo e G-agente social reunidos, ao entrar ela me diz:

E: temos uma missão para você!

Eu: O que seria?

Enfermeira: Temos uma paciente, gestante de alto risco, de 37 semanas, que já foi 3 vezes à Maternidade e não conseguiu internação. Você não quer ir com o G.?

Eu: Claro!

Enfermeira: Mas não temos viatura, teve que levar um paciente em uma consulta do outro lado da cidade.

Sáimos da sala. Paramos na entrada da UBS.

Eu: Vamos pegar um UBER? Eu pago. Não é possível uma gestante de alto risco num ônibus daqui até o Tatuapé. Ela vai parir no busão.

G: Mas as 3 vezes que ela foi, foi de busão. Bota fé?!

Enquanto discutíamos, chegou a A.S., entre os cumprimentos, contamos sobre o acompanhamento que íamos fazer e da logística do transporte. Ela prontamente se oferece a nos levar em seu carro, desde que não houvesse nenhuma demanda de paciente que a impedisse. Para nossa sorte, não havia impedimento. Fomos buscar El(z)a no centro de acolhida.

Havia crianças brincando no pátio do C.A., acompanhadas, aparentemente, por suas mães. Duas sentadas no banco aleitando. O azul celeste das paredes, as plantas e as jardineiras floridas criava uma esfera pacífica. El(z)a sai e seguimos ao Hospital.

⁷¹ O que chamamos de entidade molar aqui, por exemplo, é a mulher enquanto tomada numa máquina dual que a opõe ao homem, enquanto determinada por sua forma, provida de órgãos e de funções, e marcada como sujeito. Ora, devir mulher não é imitar essa entidade, nem mesmo transformar-se nela. DELEUZE, G; GUATTARI, F. Mil Platôs - Capitalismo e Esquizofrenia. Tradução Suely Rolnik, São Paulo: Ed. 34, 1997.

⁷² Devir é, a partir das formas que se tem, do sujeito que se é, dos órgãos que se possui ou das funções que se preenche, extrair partículas, entre as quais instauramos relações de movimento e repouso, de velocidade e lentidão, as mais próximas daquilo que estamos em vias de devir, e através das quais devimos. É nesse sentido que o devir é processo do desejo. (Ibdem, p.67)

Pequenina, negra, de olhar esperto e com sorriso no rosto. Mencionou que sentia dores nas costas, mas sua preocupação maior era com o bebê, que ela não sentia se mexer desde o dia anterior. No caminho nos contou sobre as 3 tentativas de internação.

Sua saga começara há dois dias, com dores nas costas ela procurou a UBS na qual fizera todo seu pré-natal, lá eles a aconselharam a procurar a maternidade. Mas havia um impasse. Ela havia acabado de mudar para um CA no centro da cidade e seu acompanhamento da gestação havia sido feito pela UBS do seu antigo endereço, no extremo da Z. L. de São Paulo. Portanto, havia uma questão com a referência da rede de saúde.

Passou a vida na região da Z.L., por divergências de opiniões com a irmã e a possibilidade de sofrer violência sexual por parte de membros da família, um dia, depois da convivência no CAPS, decidiu não voltar pra casa. A rua já era um espaço conhecido para ela. Pensou em viver no centro de acolhida até as coisas melhorarem na casa da família. Havia sido nesse espaço que conhecera o pai do filho. Depois de um namoro de 3 meses descobriu a gravidez, desde sempre quis ter a criança consigo, independente de estar com o pai, ela afirma: *“sempre quis meu filho, nunca pensei em dar pra outra pessoa!”*.

Durante a gestação fazia acompanhamento contínuo no CAPS, bem como na UBS e tinha vínculo consolidado nesses serviços. E, apesar do vínculo com a rede de outra região, neste momento, era importante fazer as conexões com a rede protetiva de referência do endereço atual, pois no centro de acolhida em que ela estava atualmente havia a possibilidade dela cuidar e ficar com a criança. Tratava-se de um Centro de Acolhida cuja especificidade eram mulheres mães. Aliás, esse tinha sido o motivo de seu deslocamento para o Centro de São Paulo.

Os centros de acolhida (CA) têm especificações e restrições em relação ao público alvo, no antigo CA (Região extrema da Z.L) não era possível permanecer com a criança. Como era seu desejo ficar com seu bebê, e ela vivia em situação de abrigo, era preciso encontrar um local compatível

com sua necessidade a partir do parto. Tendo este panorama de fundo, nos restava a maternidade a qual estávamos a caminho.

A vida de El(z)a parece não caber na rede de serviços. Comumente pensa-se nas “necessidades dos usuários”, e não nos usuários como seres desejantes e singulares. As redes de saúde são estruturadas sob a lógica territorial geográfica e hierarquizada mas as redes das existências transbordam e vazam a essa lógica. As Redes Vivas⁷³ dos viventes são constituídas pelas conexões e encontros nos (des)caminhos da vida pois estão em acontecimento, fazendo e desfazendo, como que por desaparecimento-aparição⁷⁴. Nestas redes rizomáticas “as inteligências vão variando”, emergindo aqui, ali e acolá, formando a malha existencial. Dessa forma, as conformações das redes de serviços de saúde não atendem as conexões fluidas das redes vivas produzidas pelos usuários em seu andar da vida.

A vida transborda, vaza...

Nesse interim, algo me ocorre. O caso de Helena!

Há algum tempo atrás, havia cruzado no corredor da UBS, com uma mulher índia-preta sentada nas cadeiras em frente a porta do CnaRua. Ela repetia a frase: “*Mas eu nem vi o rosto dele!*”. Olhava para o nada. E repetia essa frase. Sento ao seu lado e tento conversar, balbucia algumas palavras mas não foi possível entender. Quem era aquela mulher? O que ela queria dizer?

Posteriormente, descobri que o rosto ao qual se referia e que ela não pode ver era de seu filho. Parido por ela e dela tirado. Alegaram que ela seria incapaz de cuidar da criança, cujo rosto sequer viu, e a levaram sob custódia pós o nascimento. Após algumas audiências, o bebê foi entregue a adoção. A Helena fora negado o direito de ser mãe, a mãe que ela poderia ser.

⁷³ “Redes Vivas: multiplicidades girando as existências, sinais da rua – Implicações para a produção do cuidado e a produção do conhecimento em saúde” MERHY, E.E. et al. Disponível em: <https://blog.atencaobasica.org.br/2015/02/01/redes-vivas-multiplicidades-girando-as-existencias/>. Acesso: 05/08/2019.

⁷⁴Mesa Redonda: Gestão para a Produção do Cuidado em Redes de Atenção à Saúde
Palestrante: Emerson Elias Merhy Londrina-PR 31/10/13. Disponível em: https://www.youtube.com/watch?time_continue=370&v=5yjYnNsvDUQ

A equipe do CnaRua tentou intervir, mas não foi ouvida nas audiências. Sim, ela tinha um comprometimento psíquico considerável, mas negar-lhe a priori, sem ao menos permitir que houvesse interação entre mãe e bebê foi no mínimo uma (violenta) decisão “precipitada”, contudo tomada em nome da “proteção da criança”, embasada no Estatuto da Criança e do Adolescente.

De maneira geral a população em situação de rua encontra dificuldades para acessar os serviços de saúde, no caso, El(z)a já havia tentado por 3 vezes a maternidade e não havia conseguido, apesar de vinculada à UBS, ao CAPS e ao abrigo. Sobre esses viventes há uma marca impeditiva, nessas situações **as pessoas** que vivem na/da rua são des-tratadas. Invisíveis em relação aos direitos “afirmados” pela constituição; invisíveis enquanto soberanos de suas próprias vidas. São objeto de ações das polícias e políticas. Tornam-se visíveis para serem esmagados.

As Pessoas em Situação de Rua (PSR) “escapam” ao imaginário normativo do que seria a vida em sociedade, por isso, por muito tempo, foram objeto de intervenção policial e/ou assistencialista. O reconhecimento de que essa população é portadora de direitos é recente e enseja iniciativas políticas no sentido de assegurá-los. Cabe também interrogar em que medida e com que propósitos tais “vidas sem valor (ou indignas de serem vividas)” (AGAMBEN, 2004) passam a ter valor e relevância político-jurídica.

Nessa esteira, nos perguntamos, a que as políticas para populações em situação de rua visam? Captura e submissão? Possibilitam visibilidade e produção de relações sociais mais emancipatórias? Efetivação dos direitos sociais?

No caso das mulheres gestantes em situação de rua, temos visto recorrentemente que as condições econômicas, de moradia - estar em situação de rua ou abrigamento, e ou de “saúde” - uso de drogas e transtorno psíquico, têm sido alegados como motivo para a expropriação do mátrio poder. Nesses casos, os serviços de saúde associados ao judiciário, operam a interdição da maternidade ancorados no poder da institucionalidade. O que instaura um paradoxo: as políticas sociais não deveriam operar para fortalecer os viventes naquilo em que se encontram vulneráveis? Proteger para produzir

potência? No caso de El(z)a, ainda que ela fosse usuária de substâncias psicoativas, não seria mais potente apoiá-la no desejo de ser mãe? Garantindo a ela a possibilidade de experienciar a construção dos laços afetivos e a maternagem?

Foi diante de casos como estes, estes pois havia o conhecimento de algumas-muitas histórias, a nível nacional, em que os direitos dessas mulheres foram violentamente violados, que um grupo de pesquisadores se mobilizou para recolher, sistematizar e dar visibilidade a estas histórias, as quais compuseram um suplemento da Revista Saúde em Redes, o qual tem por título: “Separação compulsória de mães e seus filhos: quando a lei e a cidadania se confrontam”⁷⁵. Dando corpo a este suplemento, há um artigo que foi produzido pelo núcleo de pesquisa de São Paulo⁷⁶, cujo caso de El(z)a foi um disparador da discussão feita no material publicado.

Volto à realidade.. Sensação de amargor... Chegamos na maternidade.

Na entrada somos barrados, apenas uma pessoa pode acompanhar, G. poderia ir até a recepção, decidimos que seríamos eu e E.

Chegamos na recepção, entregamos os documentos. G. fica observando à distância.

Recepcionista: Você que está acompanhando?

Eu: Sim.

Recepcionista: Cadê o marido?

Eu: Não entendi!

Recepcionista: E o pai da criança?

E.: Quem ganha os bebê é as mulher, não depende do pai!

Eu: Eu sou o pai, serve?

Caímos na risada

A recepcionista, olha por cima do óculos, aparenta não gostar das risadas e pede o comprovante de endereço. Entregamos a carta do CA. Ela vira e chama outra pessoa.

Recepcionista: X, esse é com você!

X: Estou resolvendo um problema, o que acontece?

Recepcionista: Ela é do centro de acolhida.

X: Fala pra acompanhante passar na Sala da Assistente Social depois que internar.

⁷⁵“Separação compulsória de mães e seus filhos: quando a lei e a cidadania se confrontam” Revista Saúde em Redes. Editora Rede Unida, 2018; V4 (Supl.1): 252 pág.

⁷⁶ “Oh pedaço de mim, oh metade amputada de mim...”, pág 51-60. Paula Monteiro de Siqueira, Mariana Leite Hernandez, Lumena Almeida Castro Furtado, Laura Camargo Macruz Feuerwerker, Harete Vianna Moreno, Heloisa Elaine Santos (Anexo 4)

Uma mulher, gestante, com dores, prestes a parir, sem saber se a criança está viva, que depois de tudo que passou e de nove meses de gestação, no momento de trazer a criança ao mundo, não seria “merecedora” de outro tipo de abordagem? A garantia dos direitos fundamentais passa por quê questões? E a pergunta sobre o “marido”? O que a tornaria indigna? Sua cor de pele? Seu estado civil? O CID que lhe corresponde? Sinto um leve nausear... aturdida... tudo ali me intriga.

Os modos outros de vida de El(z)a, que deslegitimam certas instituições e padrões de comportamento constituídos e constituintes de nossa cultura, parecem tensionar os regimes de verdade que sustentam os lugares tradicionalmente reservados para a figura feminina. Tais regimes atravessam também os serviços de saúde, consubstanciados nas apostas ético-estético-políticas dos trabalhadores, que por muitas vezes estão marcados por linhas moralizantes. A diferença e a singularização de El(z)a-Mãe-Solo, de El(z)a mulher desejante tensiona.

Seguimos pelo corredor, aguardaríamos pelo atendimento médico. Sentadas ali, com todas essas questões me atravessando o pensamento, olho para E. que segue com o sorriso no rosto.

Eu: Tá tudo bem contigo? Tá feliz?

E: Sim, muito, não vejo a hora de ver a carinha dele. Será que vai parecer comigo? Não quero nem saber do pai. É um pinguço. {risos} Não preciso dele pra nada, a única coisa boa que ele me deu foi o meu filho. Olha pra barriga e acaricia com ternura.

Conversamos sobre a vida. Trocamos histórias, vivências, desejos para o amanhã.

A porta abre e seu nome é chamado. Entramos. Atrás da mesa o médico olha os papéis que vieram da recepção. Faz anotações e olhando pra mim pergunta:

Doutor: F10? F20?

Eu: Bem, Doutor, Essa é E., gestante de 37 semanas, alto risco, com dores, que está aqui pela terceira vez e nem ao menos conseguiu saber se a criança está viva.

Doutor: Mas ela não é nossa, da nossa referência.

Eu: Doutor, sendo ou não a condição dela não é crítica o bastante pra ser atendida com dignidade por vocês?

Doutor: Quem é você? [E me mediu de cima em baixo].

Eu: Sou Paula, estou aqui como acompanhante da E. Mas sou psicóloga, usuária e trabalhadora do SUS.

Doutor: Claro que vou atendê-la, já estou fazendo, mas o pré-natal dela foi feito em outro local, nós não somos referência dela. Vou verificar com a enfermeira se chamamos a ambulância para levá-la até o hospital de referência.

Por que um diagnóstico perfaz aquilo que os viventes são, reduzindo-os a meras doenças? Vejo encaixamento e *repetição*. Os encontros com os usuários na saúde, quando não há porosidade sobre quem é o outro, são imbuídos de uma visão mecanicista e operam (en)caixando o usuário àquilo que reconhecem como “doença”, reduzindo-o a prescrições e sintomas. Sendo que, uma vez que seus sintomas o classificam, apenas repetem procedimentos terapêuticos. De acordo com Merhy, Feuerwerker & Cerqueira (2016):

O sofrimento humano na sua existência real tem expressão muito singular e complexa; está muito além de um resultado particular de um fenômeno mais geral. Podemos e devemos olhar o sofrimento humano de outros ângulos (históricos, sociais, culturais e no plano singular de cada situação de construção de vida). p.26

E por onde passa a plataforma dos supostos direitos humanos? Que vidas importam mesmo? As políticas públicas para todos são? Se El(z)a fosse branca o atendimento seria igual? Turbilhão de pensamentos me atordoam.

Por que a vida não pode ser produzida e sustentada como *obra de arte*⁷⁷? Em que se opere a exageração da vida⁷⁸ na sua mais pura radicalidade e potência? De maneira que possamos agir sobre si, instaurando e desenvolvendo relações consigo, estabelecendo uma ética-estética existencial. Exercendo sobre si o cuidado como prática de liberdade, como tecnologia de um corpo que fala de um lugar. Em que se possa viver e fazer viver fora dos ditames das leis do biopoder?

⁷⁷ O que me surpreende, em nossa sociedade, é que a arte se relacione apenas com objetos e não com indivíduos ou a vida; e que também seja um domínio especializado, um domínio de peritos, que são os artistas. Mas a vida de todo indivíduo não poderia ser uma obra de arte? Por que uma mesa ou uma casa são objetos de arte, mas nossas vidas não? (Foucault, 1994, p. 617)

⁷⁸ deleuze abecedario a arte é a exageração da vida

As *vidas infames*⁷⁹ e dissidentes, como as de El(z)a e outras tantas que estão à margem da norma, insurgem aos regimes normativos propondo novas maquinarias de guerra e tecnologias de cuidados. São *vidas outras*⁸⁰ que se inscrevem, operando a diferenciação da vida, tornando-se vidas incontornáveis, constituídas por vivacidade ímpar, *heterotópicas*⁸¹. Sim, estas vidas importam! Uma vez que balizadas por critérios outros, para além da rede saber-poder e de seus dispositivos de subjetivação oferecem sinais e artilharia de sobre(vivências), tecnologia de resistência e sub-poder no Império⁸².

Explico brevemente, que E. agora vive no Pari. Que tem um encaminhamento feito pelo médico da UBS do Pari para aquele hospital. E que nas outras 3 ocasiões em que ela esteve ali já haviam confirmado que seria naquela instituição o parto. Ele chama a enfermeira, passa o caso para ela que sai para averiguar. Enquanto isso convida E. para deitar na maca. Ela vai pra trás do biombo. Eu continuo do lado de cá do biombo, ouço [chiados], de repente, não mais que de repente, escuto o som da vida que prevaleceu, o pulsar rápido, o trotar veloz, de alguém que ainda está no páreo da vida: o som dos batimentos cardíacos do bebê. Dou um pulo. Invado o outro lado do biombo. E. olhava para o teto.

Eu: Você está ouvindo isso E.?

E: O que?

Eu: Essa batida!

E.: Sim,

Eu: É seu filho!

E.: Ele tá vivo! Tá vivo!

⁷⁹FOUCAULT, Michel. *Eu, Pierre Rivière, que degolei minha mãe, minha irmã e meu irmão: Um caso de parricídio do século XIX apresentado por Michel Foucault; tradução de Denize Lezan de Almeida.* Rio de Janeiro: Graal, 1977. 294 p.

⁸⁰ *A Coragem da Verdade. O governo de si e dos outros II.* Curso dado no Collège de France. (1983-1984). Trad. de Eduardo Brandão. São Paulo: Martins Fontes, 2011 (1ª ed.).

⁸¹ *O Corpo Utópico, As Heterotopias.* Pós-facio Daniel Defert. São Paulo: N-1 Edições, 2013.

⁸² O Império não é uma entidade política ou nacional localizada, é antes uma lógica presente por toda parte, uma estrutura de poder que se generalizou, uma nova forma de soberania correspondente à fase atual do capitalismo mundial integrado. O Império é sem limites nem fronteiras: engloba a totalidade do espaço do mundo, apresenta-se como ordem a-histórica, eterna, definitiva, e penetra na vida das populações, não só nas interações, mas no corpo, na mente, na inteligência, na afetividade. Jamais uma ordem política avançou a tal ponto em todas as dimensões, recobrando a totalidade da existência, o espaço, o tempo, a subjetividade, a vida. Peter Pal Pelbart. *Resenha Império.*

Chorei... ela também... Aquela vida triunfou... Um acontecimento! O acontecimento é *imprevisível e singular*⁸³, ponte de transformação de minha relação com o outro, e de me transformar a mim-mesmo. Transborda o referencial de troca nas relações, vaza o previsível e o teórico consiste em fazer o impossível, podendo apenas ser dizível.

Com olhar abjeto, o médico confirma que o bebê está vivo, dá algumas orientações e pede pra esperarmos no corredor.

Saímos. Abraço mútuo, comemoramos, e um silêncio glorioso - pós gozo, toma conta.

Silêncio interrompido, El(z)a fala de sua vida.

naquela época eu não estava comendo direito depois que eu fui para o Maria Maria é que eu comecei a comer, eu estava no Frei Leão, eu fui pra lá grávida. Depois eu fui para o Maria Maria, mas mesmo assim eu pegava o ônibus às 5 horas da manhã e vinha para o CAPS, elas deixaram eu ficar lá, às vezes eu dormia o dia todo no sofá.. eu saí de casa fugida porque minha irmã gritava muito comigo e fui para o hospital de São Miguel, eu tinha Bolsa Família estava no centro de acolhida e vinha para o caps todos os dias. Minha família não ligou para mim, só ligou depois que eu tive o bebê na barriga. Nesse centro de acolhida que eu conheci o pai do bebê, namorei um mês e fiquei grávida, descobrindo postinho com ajuda do pessoal do centro de acolhida. eu já tinha conhecido ele numa outra história dessa vez eu reencontrei ele.

Novo silêncio nos atravessa.

A enfermeira interrompe e nos encaminha para outra sala.

Entregam-lhe um avental e explicam-lhe que ela será encaminhada para o andar de cima. Havia uma vaga pra ela e o parto seria feito. Missão parcialmente cumprida. Fico mais um pouco ali. Depois, sigo para a sala da Assistente Social, como haviam me indicado inicialmente na recepção. Chego na sala e me apresento como acompanhante de E., outras pessoas são chamadas via fone. Em pouco tempo estava na sala 2 assistentes sociais e 1 psicóloga. Então começamos o assunto E.

⁸³ DERRIDA, J. Uma Certa Possibilidade Impossível de Dizer o Acontecimento. Texto pronunciado por Jacques Derrida durante o seminário “Dire l'événement, est-ce possible?”, em 1º de abril de 1997, no Centro Canadense de Arquitetura.

Me apresento como psicóloga, que estou acompanhando alguns casos do CnaRua. Me coloco a disposição para esclarecer qualquer dúvida que haja em relação a E. Tomo ciência de que as pacientes na condição de E. são “avaliadas” para garantir se têm condição de sair com a criança quando receberem alta; durante a estadia na Instituição, elas vão acompanhar a interação entre mãe e filho, para garantir que a criança vai estar em segurança.

Eu: Qual a justificativa para ela ser submetida a tal avaliação.

A.S: Bem, nós já vimos muitos casos assim acabarem mal. Se nós deixarmos a criança com ela e acontecer alguma coisa com a criança será nossa responsabilidade.

Eu: Continuo não entendendo a justificativa para avaliá-la, eu gostaria de entender porque vocês acham que vai acontecer alguma coisa com a criança?

A.S: Ela está em situação de abrigo, precisamos saber se ela vai querer a criança, se tem condições estruturais de ficar com a criança. Fora isso temos que ver se não é um caso de drogadição.

Eu: Veja, até onde eu sei a falta de moradia própria não suspende ou é razão dela não poder sair daqui com o bebê dela. Ela em nenhum momento disse que não quer estar ou ficar com a criança. Pelo contrário, demonstra muita alegria em trazer a criança ao mundo.

A.S: Isso não é suficiente. Pelo que entendi ela tem um comprometimento mental.

Eu: Vocês estão partindo do (pré)suposto de que ela não tem condições de cuidar da criança, sem ao menos esperar pra ver o que vai acontecer. Ela fez e faz acompanhamento tanto na rede básica de saúde, tenho aqui todos os documentos que comprovam o pré natal regular, aliás mais consultas do que eu fiz na minha gestação. Atualmente ela reside em um centro de acolhida exclusivo para mulheres, e ela mudou pra esse lugar justamente para ficar com o bebê, pois existe a possibilidade de cuidar do bebê. Saí com ela de lá hoje. Se essa postura e cuidados em relação ao bebê não são indicativos de que ela quer a criança, não sei o que seria. É uma atitude leviana tirar o bebê antes de qualquer interação entre eles. Se pararmos pra pensar é violação dos direitos de mãe de E.

Psi: Que bom que temos alguém que nos diga e nos traga mais elementos para entender o quadro da paciente. Geralmente elas chegam sem qualquer histórico e isso dificulta nosso trabalho. Mas garantimos que aqui não vai haver violação de direitos. Apenas vamos averiguar se ela tem condições de cuidar, de amamentar, enfim... se pudéssemos ter um parecer das equipes que a acompanham seria ótimo. Teríamos mais elementos para sustentar a saída dela com a criança.

A.S: Você falou em direitos da mãe não é? E os direitos da criança? Como ficam? O ECA está aí para assegurá-los e é baseado nele que trabalhamos. Se acontecer algo com a criança você vai se responsabilizar?

Continuamos a discussão, mas elas sustentaram o procedimento de averiguação das condições de E. até o fim. Como podem sustentar tal posicionamento? Eu saio dessa conversa devastada. São muitos pressupostos, o poder de governo da vida do outro atravessa os agires desses profissionais de tal maneira que supõem, e sequer hesitam, em adivinhar o futuro de El(z)a. Afinal, *“governar, neste sentido, é estruturar o eventual campo de ação dos outros (DREYFUS; RABINOW, 1995, p. 243-244)”*

Saio e subo para me despedir dela, que já havia subido para a enfermaria. Foi a primeira vez naquele dia que vi em seus olhos apreensão.

E.: E agora?

Eu: Agora, concentra na tarefa de trazer o bebê, tudo vai se arranjar! - me despeço com abraço.

Saio com a missão de acionar a rede. Do caminho ligo para a família de E., prontificaram-se a visitá-la e ajudá-la a sair do hospital com a criança. Chegando na UBS, a equipe achou por bem contactar o CAPS e o CA. Volto pra casa. No caminho recolho em meu corpo certa sensação de alveijamento (trinta tiros a queima roupa). Esgotamento. Angústia. O que seria daquela vida? Melhor dizendo daquelas vidas?

Depois daquele dia não a vi mais. Minhas tentativas de visitá-la no hospital foram frustradas. Tive notícias dela por meio do contato telefônico com seu irmão. Dias depois soube que houve percalços para sair com o bebê do hospital, mas que ambos já estavam em casa. Alívio.

Passados um ano e dois meses, marcamos novo encontro.

Uma hora e meia de metrô-trem. Coraçõzinho batendo forte. Subo a rua, um sussurro suave da brisa balbuciado pela arvores, coraçõzinho batendo forte. Entro no CAPS. Há música e dançantes no salão ao som de “I love to love”, são rodopios, braços pro/no ar, giros, gargalhadas, vejo E., ela me reconhece e vem em minha direção. Abraço caloroso. Ela me puxa pelo braço e convida pra ver a foto dele, que está no mural da recepção do CAPS. A imagem me emociona (ele no colo dela, no que parece ser uma festa do CAPS). Nos abraçamos de novo e pulamos feito criança.

Após a euforia, sentamos em um lugar reservado. Ela contou sobre os momentos de tensão que viveu na maternidade. Lembra que ficou por mais de dez dias internada depois do parto, aleitou a criança por poucos dias, o bebê foi da incubadora ao berçário, via-o uma vez ao dia. Menciona que ouviu de vários profissionais que acompanhavam seu caso que seu bebê “*iria para doação*”. Sentia que seria internada e que seu bebê seria levado. Mas sua família foi decisiva para que E. permanecesse com seu filho. Promessa de tutela.

todas as mães levam o filho pra casa e o meu não ia ir, eu vi eles fazendo a reunião lá dentro, eu falei cadê meu filho, pedi pra marca meu nome nele, o médico respondeu Ele já tá com seu nome no pulso, eles iam arrecadar meu filho, recolher ele por causa da minha doença... falaram que eu não posso morar sozinha, que eu não posso ter filho, que eu não posso ter família, porque eu sou esquizofrênica, que eu não podia cuidar do meu filho, MAS EU POSSO TUDO ISSO!

Por vezes, há alguns tensionamento sobre os modos de cuidar da criança, entre ela e sua irmã, mas diz que aprendeu tudo que sabe sobre cuidar de criança com ela. Sente que sua liberdade é cerceada, pois gostaria de buscá-lo na escola mas não pode.

O fantasma da “arrecadação” do filho ainda ronda, recebe visitas em sua casa por conta de algum processo judicial. Afirma: “*Eles fotografaram minha casa.*” Sobretudo, lembra com alegria do momento em que pôde sair de alta com o bebê e reconhece que sua família foi importante para que isso acontecesse. Havia a oportunidade de retornar ao CA, mas preferiu ir para casa da irmã.

Com olho brilhante conta de seus desejos:

E: agora eu tô recebendo um benefício; mesmo sem o bebê eu ia ganhar assim mesmo Eu vi uma casa para alugar que paga R\$ 600 por mês, eu quero morar numa casa sozinha, eu acho que eu conseguiria cuidar do bebê sozinha, eu vou ser o pai e a mãe do bebê. eu quero fazer minha vida sozinha.

Eu: eu também tenho uma filha e sou pai e a mãe dela também!

E: O seu também quiseram tomar? Porque o meu foi aquela bagunça foi o pior dia da minha vida, todas as mães saíram com os seus bebês nos braços e o meu foi aquela bagunça. Ia ser mais um sobrinho desaparecido como o da minha outra irmã sumida.

Pausa e olhar distante... volta com um leve sorriso...

Eu: Que você tá pensando aí.

E: sou feliz por quê eu tive meu bebê... eu não tinha ninguém para conversar... Agora eu tenho ele... já chega da creche me abraçando as pernas, falando *ma ma*... tenho medo de tomarem ele de mim, eu vou junto com a minha irmã levar ele e venho para cá... depois eu vou para casa e fico limpando a casa, cuidando da casa até ele chegar... Agora quero comprar uma casa e morar, tô procurando a reunião do Minha Casa Minha Vida e eu vou participar.

El(z)a tran(z)borda os limites que outrens consideravam fronteiraços, tran(z)passa os limites que alguns acreditavam impossíveis. Dando a luz a si mesma, como que nascendo de parto próprio, a vi El(z)a-Geradora - gestou seu bebê por 9 meses, El(z)a-Parideira - pariu seu filho, El(z)a-Mãe - cria e cuida de seu filho hoje com 2 anos de idade, pariu também mais alguma El(z)a, jamais saberei quantas mais, e tantas outras que ela, essa mulher em devir, irá parir/forjar em seus transbordamentos pela vida afora. Wally Salomão⁸⁴ nos dá a deixa:

Cresci sob um teto sossegado,
meu sonho era um pequenino sonho meu.
Na ciência dos cuidados fui treinado.
Agora, entre meu ser e o ser alheio
a linha de fronteira se rompeu.

⁸⁴ SALOMÃO, Waly. Algaravias: câmara de ecos. Rio de Janeiro: Rocco, 2007.

5- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGAMBEN, G. Vida que não merece viver. In: Homo Sacer: o poder soberano e a vida nua. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2004. (pg. 143-150)

ALEXANDER, B.K.; MERHY, E.E.; SILVEIRA, P. (orgs). Criminalização ou acolhimento? Políticas e práticas de cuidado a pessoas que também fazem o uso de drogas. Porto Alegre : Rede UNIDA, 2018.

AMORIM, E.M.. Rede em saúde mental: perspectivas e encontros rumo a redes vivas. Tese de doutorado. Faculdade de Saúde Pública da USP, Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, 2016.

BEY, H. TAZ – Zona Autônoma Temporária. São Paulo: Conrad Editora do Brasil, 2001 (Coleção Baderna).

BERTUSSI, D.; BADUY, R. S.; MERHY, E.; FEUERWERKER, L.; Viagem Cartográfica: pelos trilhos e desvios. In MATTOS, R. A.; BAPTISTA, T. W. F. Caminhos para análise das políticas de saúde, 2011. Online: disponível em www.ims.uerj.br/ccaps.

BONDIA, J.L. **Notas sobre a experiência e o saber de experiência**. Rev. Bras. Educ. [online]. 2002, n.19, pp.20-28.

BRASIL, 2008 Política Nacional para inclusão social da População em situação de rua. Disponível em .

_____.Decreto nº7.053 de 23 de dezembro de 2009. Insitui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências.

_____.Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual sobre o cuidado à saúde junto a população em situação de rua / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012

_____.Ministério da Saúde. Clínica Ampliada, Equipe de Referência e Projeto Terapêutico Singular. 2a. ed. Série textos básicos de saúde. Brasília, DF, 2007. disponível em:

CAMUS, A. O Mito de Sísifo. Rio de Janeiro: Editora Record, 2004.

DELEUZE, G. Lógica do Sentido. Sao Paulo: Perspectiva, 1974.

_____.Não somos pessoas, somos acontecimentos: Aula de Gilles Deleuze no Centro Universitário de Vincennes em 03/06/1980. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=1CpsFZUBkO8>, acessado 12/08/2019.

_____.Conversações: 1972-1990. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1992.

_____.O abecedário de Gilles Deleuze. Disponível em: http://www.dossie_deleuze.blogspot.com.br. Acesso: 16 de Julho de 2019.

_____. Nietzsche [1965]. Lisboa: Edições 70, 2007.

DELEUZE, G; GUATTARI, F. Mil Platôs - Capitalismo e Esquizofrenia. Tradução Suely Rolnik, São Paulo: Ed. 34, 1997.

DERRIDA, J. Uma Certa Possibilidade Impossível de Dizer o Acontecimento. Texto pronunciado por Jacques Derrida durante o seminário “Dire l'événement, est-ce possible?”, em 1º de abril de 1997, no Centro Canadense de Arquitetura.

DERRIDA, J. ROUDINESCO, E. Políticas da Diferença. In: De que amanhã... Diálogo. Editora Jorge Zahar: Rio de Janeiro, 2004. Cap. 2. p. 32-47.

FEUERWERKER, L.C.M. et al. **A pesquisa construída de modo compartilhado como dispositivo de educação permanente.** (pg.188-197) In: MERHY, E.E. et al (Org.). Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes. 1ed.Rio de Janeiro: Hexis, 2016, v. 2.

FEUERWERKER, L.C.M., MERHY, E.E., SILVA, E. Como temos armado e efetivado nossos estudos, que fundamentalmente investigam políticas e práticas sociais de gestão e de saúde? A pesquisa sobre acesso e barreira na saúde mental (p.12-24) In: FEUERWERKER, L.C.M., BERTUSSI, D.C., MERHY, E.E. (orgs) Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes / organização Rio de Janeiro : Hexis, 2016.

FOUCAULT, M. AULA DE 17 DE MARÇO DE 1976. In: Em defesa da sociedade: Curso no Collège de France (1975- 1976). São Paulo: Martins Fontes, 2000. (pg. 285- 315)

_____. Conferência 5. In: A verdade e as formas jurídicas. Rio de Janeiro: Nau Editora, 2003.

_____. História da sexualidade: o cuidado de si. 8. ed. Rio de Janeiro: Graal, 2005.

_____. História da Sexualidade I. 23ª ed. São Paulo: Paz e Terra. 1978/2014.

_____. História da Sexualidade II. São Paulo: Graal, 1984.

_____. *Vigiar e Punir*. Petrópolis, RJ: Vozes, 1987/2007.

_____. Eu, Pierre Rivière, que degolei minha mãe, minha irmã e meu irmão: Um caso de parricídio do século XIX apresentado por Michel Foucault. Rio de Janeiro: Graal, 1977.

_____. A Coragem da Verdade. O governo de si e dos outros II. Curso dado no Collège de France. (1983-1984). São Paulo: Martins Fontes, 2011.

_____. O Corpo Utópico, As Heterotopias. `Pós-facio Daniel Defert. São Paulo: N-1 Edições, 2013.

_____. O sujeito e o poder. In: DREYFUS, H.; RABINOW, P. (Orgs.). Michel Foucault: uma trajetória filosófica para além do estruturalismo e da hermenêutica. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.

GORZ, A. O imaterial: conhecimento, valor e capital. São Paulo: Annablume, 2005.

GUATTARI, F.; ROLNIK, S. **Micropolítica: cartografias do desejo.** Rio de Janeiro: Vozes, 1986.

GUATTARI, F. *Revolução molecular: pulsações políticas do desejo*. São Paulo: Editora Brasiliense, 1977.

HARDT, M. *Trabalho Afetivo*. In: *O reencantamento do concreto*. São Paulo: Hucitec, 2003.

LEVI, P. *É isto um homem?* Rio de Janeiro: Rocco, 1988.

MAFFESOLI, M. *Sobre o Nomadismo: vagabundagens pós-modernas*. Rio de Janeiro: Record, 2001.

MBEMBE, Achille. *Necropolítica*. *Artes & Ensaios*, v. 32, 2016, p. 123-151.

MERHY, E.E. **O conhecer militante do sujeito implicado: o desafio de reconhecê-lo como saber válido**. p. 21-45. In: FRANCO, T.B.; PERES, M.A.A. (Org.). *Acolher Chapecó. Uma experiência de mudança do modelo assistencial, com base no processo de trabalho*. São Paulo: Editora Hucitec, 2004, v. 1.

MERHY, E.E., FEUERWERKER, L.C.M. *Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea*. In: MANDARINO, A.C.S., GOMBERG, E. (org). *Leituras de novas tecnologias e saúde*. Bahia: UFS; 2009; p. 29-56.

MERHY, E. E.; FEUERWECKER, L.C.M; GOMES, M. P. C.. *Da repetição à diferença: construindo sentidos com o outro no mundo do cuidado*. In: Franco, T.B. (Org.). *Semiótica, afecção & cuidado em saúde*. São Paulo: Hucitec, 2010. p. 60-75.

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 Saúde em Debate* (52): out. 2014. Disponível em: <https://blog.atencaoasica.org.br/2015/02/01/redes-vivas-multiplicidades-girando-as-existencias/>. Acesso em: 20/06/2019.

NEGRI, A. *Cinco lições sobre Império*. Rio de Janeiro: DP&A, 2003.

NEGRI, A; HARDT, M. *Império*. Rio de Janeiro: Record, 2001.

NIETZSCHE, F. *Humano, demasiado humano: um livro para espíritos livres*. São Paulo: Companhia das Letras, 2005.

_____. *A gaia ciência*. Trad. Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 2001.

ORLANDI, L.B.L. *Afirmção num lance final*". In: Peter Pál Pelbart e Suely Rolnik (Org.), *Cadernos de Subjetividade*, São Paulo, nº especial, junho de 1996, pp.230-235.

PELBART, P.P. **O Tempo Não-Reconciliado**. In: ALLIEZ, E. (org.). *Gilles Deleuze: Uma Vida Filosófica*. São Paulo: Editora 34, 2000.

_____. Vida nua, vida besta, uma vida. (2006). Disponível em: <http://p.php.uol.com.br/tropico/html/textos/2792,1.shl>. Acesso em: 22/2/2019.

ROLNIK, S. **Cartografia Sentimental: Transformações contemporâneas do desejo**. São Paulo: Estação Liberdade, 1989. (pg. 66)

_____. **Aflorações**, 2004. Disponível em: <https://www.pucsp.br/nucleodesubjetividade/Textos/SUELY/Floracoes.pdf>.

Acesso: 10/08/2019.

_____. Geopolítica da Cafetinagem, 2006. Disponível em: <http://www4.pucsp.br/nucleodesubjetividade/Textos/SUELY/Geopolitica.pdf>.

Acesso: 08/06/2019.

ROSA, João Guimarães. "A terceira margem do rio". In: _____. Ficção completa: volume II. Rio de Janeiro: Nova Aguilar, 1994, p. 409-413.

RUI, T. Nas tramas do crack - etnografia da abjeção. São Paulo: Terceiro Nome, 2014.

SAFATLE, V. Circuito dos Afetos: Corpos políticos, desamparo e o fim do indivíduo. São Paulo: Cosac Naife, 2015.

SALOMÃO, W. Algaravias: câmara de ecos. Rio de Janeiro: Rocco, 2007.

SANTANA, C. Consultórios de rua ou na rua? Reflexões sobre políticas de abordagem à saúde da população de rua. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 30, n. 8, Ago. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311XCA010814>.

SANTOS. M. Técnica, Espaço, Tempo, globalização e meio técnico-científico informacional. Editora Hucitec, São Paulo, 1994.

SANTOS, J.G.W.; SILVA, A.L.S. MERHY, E.E. **A pesquisa em nós: "andarilhagens" de pesquisadores in-mundo e as afecções do campo**. (p.117-) In: Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes / FEUERWERKER, L.C.M. et al. org., Rio de Janeiro : Hexis, 2016.

Separação compulsória de mães e seus filhos: quando a lei e a cidadania se confrontam" Revista Saúde em Redes. Editora Rede Unida, 2018; V4 (Supl.1): 252 pág.

SIQUEIRA, P. M. et al. Foi tudo por água abaixo (?): Sobre os dilemas e conflitos que um acompanhamento pode deflagrar e fazer falar. In: MERHY, E.E. et al (Org.). Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes. Rio de Janeiro: Hexis, 2016. v2.

SPINOSA, B. **Ética**. Belo Horizonte: Autêntica, 2008.

VARANDA, W; ADORNO, RCF. Descartáveis urbanos: discutindo a complexidade da população de rua e o desafio para políticas públicas de saúde. Saúde Soc. 2004;13(1):56-67

ANEXO (1) Siqueira, P.M.; Romcy, G.S; Feuerwerker, L.C.M; Na (Contra)-Corrente: sobre-(viver) a produção do cuidado e de redes de uma mãe que vivenciou o diagnóstico e os desdobramentos de um certo câncer de sua filha. Relatório Final da Pesquisa do Observatório Microvetorial de Redes.

Rede Nacional de Pesquisas sobre Política de Saúde: Conhecimento para Efetivação do Direito Universal à Saúde. OBSERVATÓRIO MICROVETORIAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE E EM EDUCAÇÃO NA SAÚDE. NÚCLEO SÃO PAULO

Na (Contra)-Corrente: sobre-(viver) a produção do cuidado e de redes de uma mãe que vivenciou o diagnóstico e os desdobramentos de um certo câncer de sua filha.

Paula Monteiro de Siqueira
Georgia Silva Romcy
Laura Camargo Macruz Feuerwerker

Uma das apostas do Observatório Microvetorial de Políticas de Saúde e de Educação na Saúde é debater e analisar os efeitos das políticas públicas nos usuários. Mas não trazendo-o como objeto ou sujeito da pesquisa, e sim centrando a produção do saber em seu olhar, seu ponto de vista, permitindo-nos sermos guiadas por seus caminhos (MOEBUS, MERHY, SILVA, 2016). Esse exercício já fora utilizado anteriormente para discutir a produção do acesso e barreira em saúde mental (CERQUEIRA e MERHY, 2014) e a produção do cuidado (MERHY et al., 2016; FEUERWERKER, BERTUSSI, MERHY, 2016). Nesta perspectiva, esta narrativa se propõe a contribuir para a discussão sobre o cuidado de uma pessoa com câncer, dando visibilidade para os planos de produção da vida, para além do instituído pela rede e fluxograma dos serviços de saúde. Narrar a experiência de uma mãe-guia nos cuidados da leucemia de sua filha, dando voz às marcas do que se vive(u), não só daquilo que está relacionado ao diagnóstico do câncer, mas também à vida, que pede passagem durante e depois do tratamento.

Tudo começou com uma febre, daquelas que, somada à uma dorzinha na garganta, se assemelhava ao já tão batido discurso de todo médico que escuto desde que me tornei mãe e que já estava acostumada a escutar pela experiência de pessoas próxima. “É virose”, logo penso!

Decido cuidar dela em casa mesmo, com xarope e paracetamol. No primeiro dia, tudo certo, a febre passou e fui trabalhar sossegada. No dia seguinte, depois de um plantão cansativo, chego em casa e percebo que a febrinha chata voltou... “normal, está anoitecendo!”... mais outra dose de paracetamol e uma noite sono! De manhã, uma indisposição maior do que o normal, mas sem febre... passamos o dia em casa; de noite a febre volta... Decido então levá-la ao médico na manhã seguinte.

Ainda que sendo uma trabalhadora do Sistema Único de Saúde (SUS), nós tínhamos um plano privado de saúde e procuramos um serviço do plano. Na consulta, após exames físicos, a médica diz... “não há indícios de foco para essa febre! vamos fazer um hemograma!”... Pouco tempo depois, de volta à sala, ela fala: “Vamos internar! HB baixíssimo e quase sem plaquetas, já consultei o hemato ele indicou transfusão... o sangue chega em 40 min!”.

Minha pequena, que nunca sequer havia tomado antibióticos, segundo a médica, naquela ocasião, se tivesse caído e feito um corte poderia ter morrido de hemorragia. Sem entender muito bem o que estava acontecendo, recebemos uma dose de corticóides, transfusão de sangue mais plaquetas e a notícia da internação. Por fim, receberíamos a visita do hematologista, a fim de investigarmos do que se tratava.

Tratamento iniciado sem qualquer diagnóstico... Apesar dos sintomas iniciais indicarem Câncer (não para mim, mas para outras pessoas próximas, que são profissionais de saúde), a opção da equipe foi por não realizar o mielograma, imediatamente, mas ir produzindo um diagnóstico por exclusão.

O especialista levantou algumas hipóteses, fez prescrições, sem muitas informações... Mas a expressão das pessoas não era das melhores, principalmente, quando viam algumas equimoses que ela apresentava na perna. Entramos na segunda-feira, passados cinco dias de internação, duas transfusões e muita medicação, não havia melhora significativa do quadro. Contudo, o médico responsável pelo andar nos visitou dizendo que nos daria alta, “a plaquetopenia trataremos com corticóides em casa”. Senti certo alívio, não aguentávamos mais aquela situação de aprisionamento e, ao mesmo tempo, ouvir a palavra “alta” era sinal que estava tudo bem.

Não muito diferente do estatuto social que é atribuído ao usuário, tanto a usuária como seus familiares, principalmente sua mãe, ainda são tratadas como leigas, pelos profissionais de saúde, no processo de cuidado, no qual só o sintoma tem visibilidade, mas suas vozes não (CECÍLIO et al., 2014).

De posse da alta assinada e nossas malas arrumadas, teríamos apenas que esperar a visita final do hematologista e dizer adeus à todo o martírio. No entanto, para nossa surpresa e tristeza, algum equívoco teria acontecido, o hematologista não estava entendendo o motivo da alta. As contagens dos componentes sanguíneos não haviam melhorado e, ele ainda disse mais, teríamos que fazer um exame para descartarmos algo maior, para o qual ele já havia feito o pedido desde a nossa chegada, mas estava aguardando a liberação do plano de saúde... Era um mielograma... “Mas o que seria esse algo maior, Dr.?”, perguntei atônita, “Leucemia, minha senhora!”, respondeu ele no ato.

Hipótese essa que durante todos esses dias não havia sido levantada, ou pelo menos não havia sido dita a nós, pois durante esse período só ouvíamos sobre as hipóteses diagnósticas que haviam sido descartadas.

Por esse exame aguardamos mais de 3 dias, estávamos todos tensos, as enfermeiras, hematologista, nossa família e amigos. Depois de muita pressão por parte dos trabalhadores, conseguimos adiantar os resultados dos exames. O que ouvimos é que já houve casos de espera que duraram muito mais tempo, entre 7-10 dias.

Por fim, depois de toda tensão, obtivemos o resultado. Uma série de sintomas se tornando cada vez mais visíveis e 92% da medula comprometida por células blásticas. Teríamos que aguardar o encaminhamento para o hospital de referência da rede pública de serviços de saúde do meu município... pois aqui havia chegado o limite do plano de saúde, que só assiste até certo ponto. Na verdade, até o ponto que lhe é de interesse e que não lhe gere ônus.. O tratamento para a, agora diagnosticada, leucemia da minha filha seria pelo sistema público de saúde, pelo SUS... E nesse processo de encaminhamento, mais um dia de espera!

O hospital de referência a que nos encaminhariam era conhecido. Meu avô falecera em circunstâncias muito estranhas naquele mesmo lugar. Além do que,

estava muito fora de mão (difícil de chegar), fora do nosso circuito de vida e da rede que precisaríamos mobilizar durante o tratamento. A maioria da família estava em São Paulo, a distância seria um problema, nós definitivamente não queríamos ir para lá. Isso nos faz pensar que a distribuição das vagas para atenção especializada via regulação parece não dar conta da vida das pessoas, de onde elas moram, como se locomovem, de suas necessidades. O princípio é conseguir atendimento para quem precisa de um especialista, não levando em conta qualquer outra questão... E agora, o que fazer?

Muitos contatos foram feitos entre os amigos que poderiam ajudar. Acionar a rede por fora foi o caminho encontrado diante dessa situação. A rede institucionalizada não estava dando conta das necessidades nesse momento. Por fim, conseguimos um encaminhamento para um Instituto especializado no Tratamento ao Câncer Infantil, vinculado a um hospital-escola de São Paulo, por intermédio de um médico conhecido da avó de minha filha.

Chegamos de ambulância muito cedo, aguardamos abrir o ambulatório no andar de baixo, passamos pela consulta médica. Após saber a história clínica, a residente fez todos os pedidos de exames, inclusive o mielograma, (que havia demorado oito dias para ser aprovado no hospital do plano de saúde), pois o protocolo do Instituto não permitia que aceitassem exames de fora e nos explicou tudo que queríamos e precisávamos saber.

Em 1h e meia tínhamos o resultado de todos os exames, ficaria em aberto apenas a tipagem da Leucemia Linfóide Aguda. Nossa preocupação inicial, por ser via SUS, fora dirimida, pois fomos bem atendidos e o hospital era um dos melhores do país. Como minha filha estava muito debilitada, teríamos que ficar internadas por mais alguns dias, mas já iniciariamos o tratamento.

A rapidez do diagnóstico, a clareza das explicações e as providências terapêuticas imediatas produziram grande alívio e vinculação imediata com o serviço. Escuta, protocolos, procedimentos, intervenções cirúrgicas, quimioterapia, medicamentos, o cuidado, aqui, foi produzido a partir do encontro de todas as tecnologias, leve, leve-dura e dura (MERHY, 2002).

Após a saída da primeira internação tivemos que organizar a vida, pois o início do tratamento seria intensivo, no mínimo 3 vezes na semana, para fazer os

protocolos. Tudo foi muito confuso, precisei me organizar em relação ao trabalho, um lugar pra ficar quando tivéssemos que vir dias seguidos para São Paulo, mesmo sendo protocolo de baixo risco, pois a exposição à cortisona na primeira internação não prejudicou o tratamento. Teríamos que dispor de muitos dias da semana. Conciliar efeitos colaterais, deslocamento, trabalho, cuidados, afetos e etc e tal. Foi algo intenso. Vivenciar as questões que o cuidar do outro mobiliza não só nele, mas também em quem está por perto. O tratamento não acontece só no singular, ele é plural, contado e vivido a todo momento na primeira pessoa do plural.

Minha filha tinha quase 4 anos, cantamos parabéns no hospital. Nos dois primeiros meses, ela foi recuperando a força física, voltou a se alimentar, não compreendia o que estava acontecendo ao seu redor, fazia sempre carinha de interrogação, chorava muito, ficava muito irritada e deu uma regredida na linguagem... Falava pouco, bem pouco. Eram muitas cenas de sofrimento, lágrimas e dor. Certa vez me peguei agradecendo por ser uma leucemia. Sentia muito desespero, queria sair correndo e gritando bem alto.

Procurei a psicóloga do hospital, precisava conversar com alguém, achei a assistente social... chorei... feito criança... nenhuma palavra... por fim, um alívio. Acionar a equipe multiprofissional no hospital não era tarefa fácil. A sobrecarga de trabalho, o número limitado de profissionais e a diversidade de situações naquele espaço produziram uma lógica de que o acesso aos demais profissionais do hospital (que não médicos e enfermagem) era prioritário para as situações de extrema vulnerabilidade. Não era para todo mundo... não era para mim... profissional de saúde, articulada ... mas não em menor sofrimento ou confusão...

Nestes dias tenebrosos encontrei uma amiga, disse a ela da minha tristeza e impotência diante de tudo, “não posso fazer nada!”, ela então me corrigiu: “Não diga isso... tudo que é possível está sendo feito!”. Estávamos tratando, sentia segurança nos profissionais, mas saber ao certo sobre a medicação e seus efeitos, os protocolos, os caminhos do tratamento... isso não sabíamos! Muito pouco era partilhado conosco, o que gerava angústia. Quando perguntávamos algo, a resposta era sempre monossilábica, como se não pudéssemos entender!

Mais uma cena em que os profissionais se colocam no lugar de quem sabe, enquanto o usuário e a família tomam seus papéis de sujeitos (assujeitados) que sofrem as intervenções. E a sensação de não saber, de desinformação, toma de assalto o cuidado...

Nesse sentido, era muito bacana quando acontecia de sermos atendidos pelos residentes, não era sempre que acontecia, o hospital tinha que estar em ritmo de emergência. Esses encontros eram sempre cheios de informações, de caminhos e descaminhos. Sim, os residentes conseguiam se posicionar de outra forma, na qual o compartilhamento tornava o encontro muito menos angustiante, com muito mais potência.

Apesar desse modo de produzir encontro com os profissionais do serviço e, principalmente, com os da categoria médica, ao longo do tempo fomos identificando as medições que provocavam reações mais ou menos agressivas, aprendendo sobre o que compunha mais “harmoniosamente” com o corpo, até o dia em que pude questionar certo medicamento. A médica de referência tomou um susto, mas concordou com o argumento, realmente fazia diferença pra nós este ou aquele medicamento e nenhuma para o protocolo. É claro que nem sempre era possível, mas continuávamos tentando melhorar nossa estadia naquele lugar.

A sala de espera era o apoio, uma mãe/avó apoiando a outra, era raro um pai/avô. Muitos casos, muitas cenas, o câncer nos unia, por ali transitavam todos, alguns dias os palhaços arrancavam umas risadas dos pais, à revelia, as crianças esperavam ansiosamente sua chegada, palhaço Pistolinha era bom nisso. Projeto Saracura chegava cantando e encantando, as voluntárias tecendo seus longos bordados e o carrinho de mercado da D. Maria fazia a festa da criançada com os bolinhos e achocolatado. Definitivamente muita vida era produzida enquanto esperávamos, nos entres, entre consulta, entre medicação, entre corredores. Eram “os de fora” que iam para dentro do hospital que possibilitavam um alívio, uma produção de vida em meio aquele ambiente muitas vezes não acolhedor. Era a “equipe multidisciplinar” não instituída pelo hospital que produzia suporte às necessidades das pessoas, sejam as crianças, sejam as famílias.

Quando já estávamos acostumando, uma nova notícia: ela já não está respondendo como esperado, teremos que ir para o protocolo de alto risco. Segundo D. Joana, dessa vez o cabelo não resistiria: “Metrotexato é um remédio do cão! E adora o cabelo das crianças!”, e ela tinha razão! Talvez a cena mais desoladora que vivi, ver os cachinhos de minha filha saindo na minha mão e não poder fazer nada, apenas ser forte pra poder dar suporte foi foda! Sensação de deterioração... o remédio te mata pra te fazer viver! A cada queda de imunidade, vinham as febres. Assim passamos Natal, Carnaval e meu aniversário internadas. Um dia aprendi na sala de espera, “Menina se tiver uma febre dá dipirona, às vezes é só um susto e você nem precisa ir naquele inferno!” O inferno era o serviço que recebia as crianças em situação de emergência, o pronto-socorro, todos os tipos de ocorrências misturadas, o medo era sairmos mais doentes do que entrávamos.

E o tempo foi passando, quando vimos a primeira penugem na cabeça foi alegria, cabelinho crescendo e a cada mielo uma vitória. Aos 10 meses de tratamento, iniciáramos um novo protocolo e nosso intervalo seria quinzenal. Poderíamos voltar pra escola e para outros contextos da vida pois a imunidade já era suficiente para tal. Tive uma conversa longa na escola e fizemos vários arranjos para que tudo fosse feito sem ônus. À minha revelia, ela volta pra mesma turma que ela deixara, a aposta da escola era que ela conseguiria alcançar o nível da turma.

Ela vai ficando cada vez mais saudável. Eu também voltando pra vida, mas a minha volta não foi tão simples, eu achei que já conseguiria trabalhar, estava ávida de vida mas a emoção pediu passagem... Tive alguns episódios de pânico, não conseguia sair de casa, às vezes passava o dia deitada, o coraçãozinho saindo pela boca e a mão suando, passava noite sem dormir, um medo estranho de viver... Um dia minha filha me pegou chorando, olhou bem nos meus olhos, segurou firme na minha mão e disse: “mamãe fica calma, vai passar, eu sei!”. Eu acreditei nela, não queria psicotrópicos e entendi que tinha muita emoção represada em meu corpo... dei passagem! Larguei o trabalho novo, fiquei apenas com os bons encontros, com os amigos, com os

acolhimentos e dois meses depois meu coraçãozinho entendeu que a vida pode ser boa.

Então o dia tão esperado chegou, ALTA! Depois de 2 anos e meio ouvimos a tão ansiada palavra. Sensação de missão cumprida, de vida que segue e a lembrança veio, como que em um filme, do dia em que chegamos ali, de todas as crianças que não suportaram e sucumbiram, daquelas que sobreviveram, que seguiram seus caminhos e nós que chegamos até ali teríamos que nos cuidar. O que chamo de cura só viria em 5 anos, período que os protocolos médicos estimam para a ausência de sintomas clínicos e que eles denominam de remissão completa. Nosso retorno seria mensal, apenas para contagem sanguínea e exames de rotina.

Agora, chegara a hora de construir rede para fora do Instituto. O plano de saúde já não faz mais parte da realidade, ou seja, era hora de produzir uma nova rede no meu município, acionando os serviços públicos de referência quando necessário...

Um belo dia, a pequena chega chorando da escola e me diz: “Mamãe eu não estou ouvindo desse ouvido!”. Levo ao Instituto e a médica diz: “Vejo cera, vou passar um remédio pra amolecer, mas acho que você tem que ir na fono, tem um projeto novo aqui mesmo e, se a cera não sair, precisará ir até a UBS, pois eu não faço isso aqui!”. A fono me atendeu no mesmo dia e explicou que a medicação usada na quimioterapia tem um alto grau de ototoxicidade, por isso havia uma tentativa da universidade de trazer um ambulatório para o hospital. Como esse projeto ainda estava em implantação, ela me ofereceria um atendimento na Clínica Escola da universidade para fazer os testes, mas primeiro precisava retirar a cera.

Chego na UBS, pego a senha e sou atendida pela recepção, conto nossa história e descubro que teria consulta “apenas” 15 dias depois, com o pediatra, e que este me encaminharia para outro especialista, pois ele não fazia lavagem de ouvido na UBS. Entro em desespero, fui pesquisar quais as sequelas da quimio na internet, chego a conclusão de que ela poderia ter perdido a audição. Depois de muita tristeza e um sentimento de impotência, uma amiga enfermeira me ensinou a fazer a lavagem do ouvido e naquele mesmo dia eu fiz. Pronto, ela

ouvira! Sentimento de alívio e indignação, por que a UBS não fazia esse procedimento? Por que não fui acolhida de outra maneira? Por que um caso de câncer não tem um fluxo diferente? Quantas vezes mais terei que contar minha história?

Na mesma semana sou chamada na escola, segundo a professora “ela está com dificuldade de aprender, chora e tem dificuldade de socialização, só quer brincar de lutinha com os meninos!”. Disse que estava avaliando as crianças caso a caso e que, posteriormente, me chamaria pra falarmos mais. Aproveito a ocasião para contar que ela ficou 10 meses fora da escola tratando o CA e voltou pra mesma turma que saiu. Passados alguns dias, na saída da escola, a professora me chama no portão, dizendo que eu preciso levá-la ao neurologista, ela suspeita de autismo leve. Meu mundo caiu... rapidamente penso no CAPS.

No mesmo dia me dirijo ao CAPS e explico pra recepcionista o meu problema, ela diz: “Seu caso é da UBS! Procure a unidade básica!”, tento explicar novamente e questiono se não deveria ser pelo menos acolhida, ela aponta para uma adolescente que está gritando no corredor e diz: “Minha senhora eu recebi essa paciente hoje. Isso é um caso de CAPS!”. Saio desolada e vou direto à UBS. Agendo uma consulta com o Pediatra, em quinze dias ele nos atende, quando contei a história ao Pediatra ele riu e disse: “a escola vê doença em tudo! Tudo agora é autismo!”. Me sinto acolhida, ele me explica que a Neurologista tem uma fila considerável de 3 meses, mas faz o encaminhamento, eu peço o encaminhamento para psicóloga também, ele me dá e diz “estamos sem psicólogo”, mas me orientou a falar com a recepção.

Me sinto cansada, exausta de contar minha própria história! Mas sento na recepção e entrego os encaminhamentos que recebi do médico, ela me avisa da fila de espera pela neurologista e sobre a psicóloga me pede pra voltar outro dia com o encaminhamento, pois não dispunha do serviço e quem sabe em um mês já haveria alguma posição. Não discuto, vou pra casa. Em 20 dias me ligaram avisando sobre o agendamento da consulta com a Neurologista para dali 2 meses, pergunto sobre a psicóloga, ela me pede pra passar na UBS.

Chegando na UBS apresento o encaminhamento para a Psicologia na recepção, a notícia é que teria que falar com a enfermeira. Tratava-se do acolhimento. Mais

uma vez, conto a história clínica de minha filha e explico a importância do atendimento psicológico, ela me mostra uma pilha de encaminhamentos e diz que não há mais psicólogo na UBS, o que existe é o matriciamento dos casos por parte do NASF, e que uma vez por mês a UBS passa os casos. Ela me alerta que a psicóloga está de licença e que a fila é grande, pois o NASF cuida de 4 UBSs. Chego em casa e ligo pra ouvidoria, que reluta em registrar minha queixa, deixo bem claro que eu tenho direito ao registro.

Não dava pra esperar, se pelo menos tivesse certeza, mas tudo estava incerto. Sensação de ping-pong. Penso em quem poderia me ajudar. Converso com colegas da rede de serviços de saúde do meu município e de São Paulo. Por vezes pensei em pagar, mas que tipo de cuidado seria este? Pontual, isolado... Não! Precisamos de rede, de integralidade! Consigo uma conversa com a fonoaudióloga da UBS em São Paulo onde faço meu campo de mestrado, e de quebra falo com a psicóloga também. Ufa! Consigo dividir minha angústia, pensar em algumas coisas, desconstruir outras... Saio com o agendamento de consulta com a fono.

Na consulta com a neuro, outra surpresa, seus apontamentos e considerações tangenciaram outras esferas da vida, é claro pode haver sim algum transtorno de aprendizagem, mas “essa criança precisa fazer o que ela não fez, viver o que ela não viveu, não dá pra cobrar dela o que ela não teve, fora todo sofrimento vivido”. Encaminha pra psicopedagoga e pede uma ressonância do crânio.

Enquanto isso, recebi uma ligação da Assistente Social da UBS, avisando sobre um agendamento com ela, pergunto o motivo do agendamento, ela diz que gostaria de me acolher, entender do que se tratava. Perdi a paciência, perguntei para ela quantas vezes mais eu precisaria contar nossa história pra conseguir o agendamento com o Psicólogo. Comento com ela meu espanto, “Como assim?... eu já acessei a única Neurologista Infantil da rede do município e ainda não consegui acessar a Psicóloga do NASF?”. Ela então me explica as condições de trabalho, que eram bem difíceis, e que a psicóloga acabara de chegar de uma licença do trabalho, havia tirado outra. Pensei... “Essa tem problema!”

Um dia, dividindo com uma amiga da minha cidade os acontecimentos da vida, ela me conta que seu filho também teve problemas na escola e que agora passa numa associação filantrópica, relatou que também não conseguira o atendimento na Unidade de Saúde, e que essa associação oferece atendimento com uma excelente psicopedagoga, me deu o contato, consigo um horário e ela me atendeu, muitos esclarecimentos e a oferta de um acompanhamento ainda que pontual.

No caminho de construção da nossa rede de cuidados, que se aproxima do que Merhy et al. (2014) chamam de Rede Viva, que estava para além do protocolar, mas que se construía no acontecimento, recebemos muitos “Não” como resposta, muitos “Sim” também, contudo seguimos produzindo suporte e possibilidades de vida, a partir das conexões que fomos fazendo, nos diversos espaços em que transitamos.

Pelo meu corpo passou uma imensidão-multidão de sentimentos, e vivemos um fluxo de afetação intenso a cada processo, a cada encontro, a cada acontecimento. Ter a vida atravessada pelo câncer não é fácil, tanto para quem experimenta essa condição no próprio corpo, quanto para quem se encontra na condição de cuidadora-mãe-mulher. Diante de toda a “desgraça e desordem” que um diagnóstico como este provocou, tentamos constituir uma rede que fazia/fez/faz mais sentido para o cuidado de minha filha. Acessar as tecnologias necessárias foi fundamental, mas sem dúvida ser escutado, acolhido e olhado fez diferença. Sobretudo, nas ocasiões em que não era possível obter respostas para as nossas necessidades de saúde.

Seguiremos buscando...

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CECÍLIO, L.C.O et al. Agir leigo e o cuidado em saúde: a produção de mapas de cuidado. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.30, n.7, p.1502-1514, jul, 2014.

CERQUEIRA, P. et al. Uma pesquisa e seus encontros: a fabricação de intercessores e o conhecimento como produção. In: GOMES, M.P.C.; MERHY, E.E. (orgs.). *Pesquisadores IN-MUNDO : um estudo da produção do acesso e barreira em saúde mental*. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014.

FEUERWERKEK, L.C.M.; BERTUSSI, D.C.; MERHY, E.E. (orgs.). *Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes* – Livro 2. Rio de Janeiro: Hexis, 2016.

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

MERHY, E.E. et al. Redes Vivas: multiplicidades girando as existências, sinais da rua. Implicação para a produção do cuidado e a produção do conhecimento em saúde. *Divulgação em Saúde para o debate*. Rio de Janeiro, n. 52, p. 153-164, out 2014.

MERHY, E.E. et al. (orgs.). *Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes* – Livro 1. Rio de Janeiro: Hexis, 2016.

MOEBUS, R.N.; MERHY, E.E.; SILVA, E. O usuário-cidadão como guia: como pode a onda elevar-se acima da montanha? IN: MERHY, E.E. et al. (orgs.). *Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes* – Livro 1. Rio de Janeiro: Hexis, 2016.

ANEXO (2): Foi tudo por água abaixo (?): Sobre os dilemas e conflitos que um acompanhamento pode deflagrar e fazer falar.

Paula Monteiro de Siqueira, Katia Muniz Amirat, Heloisa Elaine dos Santos, Angela Aparecida Capozzolo, Laura Camargo Macruz Feuerwerker. (pg. 141-146)

Inquirido sobre a sua raça, respondeu: - A minha raça sou eu, João Passarinheiro. Convidado a explicar-se, acrescentou: - Minha raça sou eu mesmo. A pessoa é uma humanidade individual. Cada homem é uma raça, senhor polícia. (MIA COUTO, 2013)

“Foi tudo por água abaixo”? Foi a sensação e o desabafo de uma das pesquisadoras no início de uma conversa sobre o acompanhamento do usuário-guia; ao se colocar isso em análise, foram retomados o processo de cuidado e as expectativas da própria pesquisadora. Esse foi o ponto de partida das reflexões para esta escrita, entre nós, também construída a partir dos encontros com as equipes de trabalhadores, com o grupo de pesquisadores e com o usuário. Falaremos sobre o que o cuidado efetivado nos despertou, quais os dilemas e conflitos que esse usuário do serviço de saúde deflagrou e fez falar. Trata-se de uma pessoa em situação de rua há aproximadamente 40 anos, morador da região central de São Paulo, portador de transtorno mental, acompanhado há mais de 10 anos por uma equipe de Consultório na Rua. Tendo em vista as demandas do cotidiano de trabalho e quantidade de usuários cadastrados, encara-se como um grande desafio para os profissionais conseguir estar juntos para pensar e discutir o cuidado de maneira compartilhada e em rede. Mas o caso do “Rambo”, um dos nomes fictícios do usuário-guia, tem sido produzido desta maneira, pois em alguns momentos mais, outro menos, ele é pauta de discussões acaloradas entre trabalhadores da saúde, de outros setores e os vizinhos – dono do bar, síndica e moradores do prédio. Conhecido por vários nomes, não se sabe ao certo qual o seu nome verdadeiro, ele se recusa a dizê-lo. Rambo foi assim apelidado, pois certa vez em que alguns cidadãos o atacaram com violência, reagiu fortemente e desde então ficou reconhecido por sua força. Também era chamado de Bin Laden, já que sua barba e cor de pele se assemelhavam à do famoso terrorista muçulmano. Já o nome José Ramos fora dado por uma enfermeira em uma de suas internações. Quando perguntamos por seu nome diz: “Fala você, vocês não são meus donos!?” A primeira vez que ouvimos sobre Rambo foi num encontro de “Micro-Território da Rede de Saúde” em São Paulo, que reunia profissionais de vários serviços desse território (NASF, Unidades Básicas, Cecco, CAPS, Consultório de Rua, Especialidades) – da saúde e de outros setores para discutir os casos que demandavam rede. A Equipe de Consultório na Rua vinha sofrendo pressão por parte de alguns moradores do prédio em frente ao local em que Rambo se abrigava, “no seu moco de madeira e lona”, por considerarem que ele corria

risco de morte. Ele estaria muito agressivo, gritando durante a madrugada, xingando as pessoas e numa certa noite alguém teria disparado tiros na sua direção. Os moradores entendiam que ele é responsabilidade da Equipe de Saúde e que se, por ventura algo acontecesse a ele, seria por descaso dos profissionais. Rambo tornara-se visível e havia uma pressão social para que ele fosse tirado de lá, não importava como. Esse caso-“problema” tornou-se uma prioridade para a Equipe. Ele pede rede, pois interroga fortemente os modos instituídos de cuidar (mesmo no campo da luta antimanicomial), confirmando as mais recentes reflexões de Lancetti (2015)! Na última intervenção feita pela equipe do Consultório na Rua, havia-se optado por uma internação involuntária, mas com uma mobilização dos profissionais que apostaram numa aproximação e tentativa de construção de vínculo articulado com a rede de serviços. Nesse sentido, visitavam-no todos os dias, conseguiram acordar saídas com o hospital para que passasse o dia no CAPS e, quando da alta, foi para um centro de acolhida escolhido por ele mesmo. Entretanto, passou lá apenas uma noite e voltou para seu local habitual na rua. Assim, entendendo que o caso requeria um espaço maior de discussão, uma vez que os trabalhadores compreendiam a necessidade de recapitular com cuidado sua história, foi organizada uma reunião com Trabalhadores do Consultório na Rua, CAPS Adulto, Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), Interlocação Técnica dos Consultórios na Rua e Interlocação Técnica de Saúde Mental e Unidade Básica de Saúde. Nessa reunião se discutiram as possibilidades de cuidado diante do diagnóstico médico e dos modos como se comportava, pensou-se também em encaminhamentos, ações estratégicas e articulações possíveis e necessárias para o cuidado integral. Os profissionais que o acompanharam da outra vez trouxeram muitas considerações sobre o caso, pontuando que a saúde muitas vezes aparece como um regulador social e não considera o que as pessoas querem, questionaram-se sobre seu papel e o que a sociedade espera que seja feito em casos como esse. “Será que ele não tem autonomia e uma rede o sustentando? Ele está ali há muito tempo e reconhece aquele lugar como seu”. Diante disso, interná-lo mais uma vez seria um recurso válido? Os profissionais da rede expuseram seus pontos de vista, uns favoráveis e outros nem tanto à internação, portanto não houve consenso sobre o projeto terapêutico possível. A reunião desses profissionais e todos os arranjos cogitados não eram uma garantia de que o cuidado desejado seria possível, pois isso dependia também de outros pontos da rede, como por exemplo, uma vaga num hospital com ala psiquiátrica na região, o que possibilitaria visitas regulares ao usuário. Mas, sobretudo nessa situação complexa, pairava uma sensação de que as ofertas e respostas eram limitadas e que, dependendo do que fosse feito, poderia se afastar ainda mais o usuário, suscitando muitas perguntas: “quem mais pode ajudar? Os Direitos Humanos? Os 142 Foi tudo por água abaixo (?): Sobre os dilemas e conflitos que um acompanhamento... Avaliação compartilhada do cuidado em saúde –

Surpreendendo o instituído nas redes – Livro 1 143 vizinhos de Rambo? A GCM? O Conselho Gestor? A Promotoria? Precisamos chamar outras pessoas!” Na segunda reunião compareceram profissionais da saúde, representantes dos serviços de proteção social, defensoria pública e os vizinhos de Rambo, tais como o zelador, o síndico e moradores do prédio. A conversa iniciou-se com a equipe contando um pouco do caso, ao que se seguiram as falas dos moradores que diziam estar incomodados/preocupados com a degradação de Rambo, com a sujeira e os ratos que ele atrai por causa do acúmulo de alimentos; contam que ele está muito agressivo e que grita a noite toda, dizem que da última vez que ele fora “resgatado” pelo menos ele teria voltado mais calmo, questionando se não seria possível tirá-lo de lá para um tratamento. Novamente há um debate sobre o que será feito da vida de Rambo. Mas aonde está Rambo? Rambo não estava presente, mas seu posicionamento “político muito claro” aparece nas falas de todos os profissionais, chegando-se a questionar o porquê de estarem fazendo aquilo com ele. Nesse sentido interroga-se “até que ponto alguém em franca agudização do quadro psicótico seria capaz de decidir sobre a sua vida e fazer escolhas que não o colocassem em risco? Que direito temos, como trabalhadores de decidirmos pela vida dos outros? Nenhum. Mas afinal, não é isto que estamos fazendo?” Até onde é possível respeitar a autonomia do sujeito, respeitá-lo sobretudo no desejo de permanecer nas ruas e de não ir para o centro de acolhida, sustentar sua exposição a situações de violência física, social e psíquica, aceitar seu desejo de não tomar medicação e manter-se delirante e desorganizado nos pensamentos e na interação com o mundo. Não seria se desresponsabilizar enquanto equipe que deve prestar cuidados em saúde? Seria isso “respeito” à autonomia dos sujeitos? Dizer que “ele está nesta situação porque é o seu desejo” e não porque não temos ofertas que lhe fizessem sentido? Afinal, esse cuidado é adequado para quem? A partir de qual olhar, de quais expectativas pensamos este cuidado? Os caminhos terapêuticos a serem percorridos são realmente definidos por toda a equipe, existe consenso entre os membros da equipe sobre a melhor maneira de cuidar? Que relações de poder estão envolvidas nestas decisões? Quais as informações disponíveis para toda a equipe, e quais as disponíveis para apenas parte dela? Como será possível continuar cuidando se eu não concordo com a decisão da equipe? Podemos dizer que existem muitas equipes dentro de uma mesma equipe? Seria este um, se não o maior, dos desafios da multiprofissionalidade? Rambo questiona: “Por que o seu jeito de viver é melhor do que o meu?” E esse é um elemento importante: Rambo não aceita nenhuma oferta, seja nos momentos em que está na rua mentalmente desorganizado, seja nos momentos após a intervenção da equipe, em que está medicado e com seu quadro mais estabilizado. Outra vez o desfecho do caso se repetiu, Rambo foi novamente internado. Pudemos, ao visitá-lo um dia após da internação, entender que grande parte de seu comportamento agressivo se relacionava com uma maneira

de estar na rua, de se proteger 143 144 na rua, já que ao encontrar uma das moradoras antes hostilizada por ele, fora possível estabelecer um longo diálogo, em que ele a reconheceu, admitiu seu comportamento agressivo na rua com ela. Enfim, esta possibilidade de aproximação não fora intermediada por uma medicação. Ele estava em um ambiente estranho, institucionalizado, talvez se sentindo desprotegido, percebendo e reconhecendo sua impotência naquele lugar, e ainda, sua falta de autonomia para escolher estar ou não ali. Durante esta última internação, que durou mais de 3 meses, em duas instituições diferentes, recebeu a visita de moradores/vizinhos, trabalhadores do Consultório na Rua e pesquisadora. Todos os encontros que foram possíveis com o “Rambo” trouxeram incômodos e muitos questionamentos para nós. Fora possível perceber uma maior organização dos conteúdos do seu pensamento, e em meio a delírios e alucinações expressava a sua crítica quanto ao que vivia dentro do Hospital. Sentia-se agredido e violentado dentro do serviço, trancado, sem poder alimentar suas pombas, sem poder circular durante o dia pelas ruas em que havia escolhido viver. Percebemos que algumas respostas que nos dava pretendiam favorecer sua alta hospitalar: “ O Sr. quer ir para um centro de acolhida quando sair daqui?” – “Se quiserem que eu vá, eu vou”. Durante sua permanência no Hospital, a equipe de Consultório na Rua tentou articular uma vaga em centro de acolhida para a sua saída, porém não recebeu nenhum retorno do Centro de Referência da Assistência Social (CREAS) local. Sabíamos que possivelmente ele não permaneceria dentro de um centro de acolhida, mas era angustiante demais para todos entender que após sua saída do Hospital voltaria à mesma calçada e tudo se reiniciaria; tudo iria “para água abaixo”. Durante este processo de conversas e visitas com o Hospital, CREAS, entre moradores e trabalhadores, vimos no mesmo local onde “Rambo” permanecia a reconstrução de um mocó. Seria um outro morador de rua que estava se “instalando” ali? Não! Era o mesmo “Rambo”, agora com cabelo cortado, sem barbas, limpo, quieto, que recebera 10 reais do serviço social hospitalar com a orientação de procurar o CAPS adulto da região. Um sentimento de frustração e tristeza tomou conta de todos. Qual o sentido de todos os meses de articulação com o Hospital, para que ao fim nem ao menos a equipe fosse avisada de sua alta? Que orientação era esta, de procurar o CAPS da região? Com quais parceiros os vínculos estavam sendo construídos? Apesar de sabermos que se tratava de um paciente grave, com indicação e perfil para acompanhamento no CAPS, o vínculo construído naquele momento não com essa equipe...e sim com a equipe de Consultório na Rua. Enfim, o retorno estava dado... e o cuidado e as articulações não poderiam parar! E assim continuaram sendo feitas as reuniões de rede, os atores envolvidos continuaram sendo chamados. As pombas voltaram, o lixo em volta do mocó do Rambo voltou, os palavrões, a violência, as ameaças dos moradores, e com tudo isso, os delírios do Rambo... a sua fragilidade e o seu posicionamento: “Eu não quero tomar medicação, eu

não quero ir até o serviço de saúde, eu não quero Foi tudo por água abaixo (?): Sobre os dilemas e conflitos que um acompanhamento... Avaliação compartilhada do cuidado em saúde – Surpreendendo o instituído nas redes – Livro 1 145 frequentar o CAPS, eu não quero comida, eu não quero roupas e documentos. O que eu quero é uma mulher, uma mulher para cuidar de mim? Vocês vão poder me ajudar?” Depois de muita insistência, as relações entre ele e a equipe foram retomadas. Hoje, é possível realizar visita ao José Ramos, que passou a aceitar este nome, aceitou falar sobre o dia de seu aniversário, sobre sua família, sua infância. No meio destas histórias os delírios místicos religiosos, delírios de conteúdo sexual, violência física e psíquica, vizinhos que jogam ovos e tomates, palavrões e berros nas madrugadas... O caso do Rambo nos faz pensar sobre o que é cuidado. O que é o cuidado nas Ruas? O cuidado da “loucura” na e das ruas é um grande DESAFIO. O que se entende por cuidado INTEGRAL traz que demanda para as equipes de Consultório na Rua? Como lidar com as várias demandas sociais, familiares, financeiras, de moradia, construindo um olhar ampliado, porém muitas vezes tendo apenas a medicação a oferecer? Seria este o motivo para olharmos a medicação ou ainda a internação, como ofertas tão importantes para o cuidado? Já que as outras ofertas são inacessíveis? Por que são inacessíveis? Até quando lidaremos com essas limitações? Até quando aceitaremos o centro de acolhida (albergue) ou a rua, como os únicos espaços de cuidado para as pessoas em situação de rua? Onde estão as políticas públicas definitivas de habitação para pessoas em situação de rua? Como os portadores de transtornos mentais que estão na rua acessam as tão “famosas” e distantes Residências Terapêuticas? O que significa ter perfil para estar nas Residências Terapêuticas? No fundo, o Rambo não é reconhecido como um interlocutor válido na construção dos projetos terapêuticos. Seu modo de vida não é aceito. Interroga profundamente nossas ofertas. Será possível cuidar dele assim? Esta narrativa a muitas mãos nos permite questionar e refletir sobre o papel da assistência social no cuidado deste caso. Incomoda e dificulta a discussão da situação, então não são convidados para as reuniões. Qual a visibilidade produzida sobre sua vida de sem teto em sofrimento mental? Alguém com transtorno mental psicótico grave, desorganizado, agressivo, que não aceita tratamento, dentro de um Centro de Acolhida? Ao mesmo tempo alguém que se articula e viabiliza sua sobrevivência há longo tempo na rua. Que arranjos seriam necessários para sua permanência nos locais de cuidado da Rua dentro da Secretaria de Assistência Social? Por que tanta dificuldade para a construção de equipamentos híbridos entre Saúde e Assistência Social? Seria este o caminho? Ou será que este é o caminho para reconstruirmos os antigos manicômios? Quais as dificuldades de cuidado das pessoas em situação de rua dentro dos CAPS, como cuidar de quem não chega até os serviços, pela gravidade e/ou resistência ao cuidado? Estes tipos usuários não configurariam exatamente as prioridades para o cuidado? Como pensar os

CAPS na Rua, em um território com 1 CAPS Adulto para uma população de 620 mil pessoas? Quem teria maior chance/eficácia no cuidado do Rambo? O Consultório na Rua ou o CAPS, aquele que tem o vínculo ou aquele que tem a técnica e as ferramentas? 146 E você, que começou a leitura deste capítulo aguardando resposta para a sua prática de trabalho, se deparou com um tanto de interrogações, questionamentos sem respostas? De quem esperamos as respostas? Dos encontros, de discussões, no caminhar, nas relações com os outros, na certeza que cometeremos inúmeros erros, mas também acertaremos, e construiremos Políticas Públicas mais justas, equânimes e possíveis para a Rua. Quem sabe fazer? Quem tenta... quem não se conforma, quem encontra dilemas, quem se desafia no dia a dia do trabalho... quem se desafia a escutar...

Referências Bibliográficas Couto, Mia. Cada homem é uma raça. São Paulo: Companhia das Letras, 2013. Lancetti, Antonio. Contrafissura e plasticidade psíquica. São Paulo: Hucitec, 134p, 2015.

ANEXO (3)

A pesquisa construída de modo compartilhado como dispositivo de educação permanente. P. 188 -197

Laura Camargo Macruz Feuerwerker, Heloisa E. Santos, Paula Monteiro de Siqueira, Mariana Leite e Angela Aparecida Capozzolo

Avaliação compartilhada do cuidado em saúde – Surpreendendo o instituído nas redes – Livro 2

Construir um processo compartilhado de pesquisa, que possibilitasse a todos marcar seus lugares e suas apostas, mas também, que todos se colocassem em análise. Sobre isso queremos falar aqui. Sobre nossa experiência com essa montagem. A entrada não foi difícil em nenhum dos três campos que nos cabiam. Tínhamos relações de simpatia e compartilhamento, em maior ou menor grau, com os gestores nos três lugares (São Paulo, Campinas e São Bernardo). Isso fez diferença, pois, a priori, todos desejavam nossas presenças lá. Tinham interesse em fazer coisas conosco. Respeitavam – até desejavam – nossas possíveis contribuições. Isso abriu um espaço gigantesco para nossa entrada, ainda que sempre, deliberadamente, muito cuidadosa. Num primeiro momento, o combinado era convidar todos: gestores, trabalhadores e usuários para serem pesquisadores. Pesquisadores de si. Com a nossa facilitação. No entanto, já com os gestores, mas também com os trabalhadores, por mais que esclarecêssemos nossas apostas, as palavras “pesquisa” e “avaliação” convocavam em todos a repetição. Todos mesmo – nós e eles. Avaliação como julgamento de valor. Pesquisa como as pesquisas tradicionais com separação entre sujeito e objeto; academia como autoridade, detentora de saberes e da autoria dos conhecimentos produzidos na pesquisa. Um conceito indissociável do outro. Desmarcar esses conceitos de nossos corpos deu e ainda dá trabalho. Por mais que tivéssemos conversado sobre a importância do mergulho total no campo, de nos produzirmos como pesquisadores/trabalhadores in-mundo (GOMES & MERHY, 2014), de nos misturarmos e produzirmos reflexões compartilhadas com todos os que eram produtores das redes e do cuidado em saúde, os afetos que cada ida ao campo mobilizava em nós eram intensos e analisadores de nossas capturas em relação ao lugar de pesquisador. Para conseguirmos voltar ao campo com a porosidade necessária aos encontros, precisávamos de muitas horas de processamento. Caso contrário, nosso corpo marcado já produzia filtros e barreiras de contato e escuta em nossas próximas idas ao campo. Nossos incômodos facilmente nos colocariam no lugar de juízes, detentores de um saber x, apreciando o que estávamos vendo/vivendo no campo. Isso frequentemente acontece nas pesquisas e também no cotidiano do trabalho em saúde nas relações entre gestores e trabalhadores e trabalhadores

e usuários. Relações de saber-poder (SLOMP JR e FEUERWERKER, 2015). Com processamento queremos dizer que semanalmente precisávamos relatar e debater o que havíamos vivido, colocando nossas implicações em análise. Mas, durante muito tempo, mesmo que conversando e trocando ideias e inquietações com gestores e trabalhadores locais, estávamos nós no papel de observadores e eles no de efetuidores do trabalho. Ainda que já todos modificados pelas mútuas afecções. Somente quando entramos no campo em São Bernardo, a nossa relativa exterioridade aos campos em Campinas e São Paulo ganhou visibilidade. Em São Bernardo, boa parte dos pesquisadores éramos de antemão implicados: gestores, trabalhadores ou consultores da secretaria. Todos, em graus diferentes, nos sentíamos coautores da produção daquela rede. Quando agregamos outros gestores/ trabalhadores para a pesquisa, ficou evidente que ali estávamos efetivamente pesquisando a nós mesmos. A pesquisa tinha que criar, no entanto, espaços diferentes dos que já existem para pensar sobre o trabalho. Diferentes pela composição, pela armação, pelos participantes – porque era importante produzir novas visibilidades e dizibilidades, novos estranhamentos e também reconhecimentos (MERHY, FEUERWERKER e SILVA, 2012). Daí, modificamos o modo como vínhamos operando nos outros dois campos: apesar de já haver trocas constantes com os trabalhadores, participação ativa em suas reuniões, intensificamos os esforços de produzir espaços coletivos e compartilhados de reflexão, partindo de casos/situações/observações que a pesquisa suscitava. E mudamos a formulação para o convite: a pesquisa se oferecia como um possível dispositivo de educação permanente para que colocássemos juntos nossas experiências em análise (a deles trabalhando, nós observando misturados, carregando em nós outras experiências, inclusive como trabalhadores e gestores). Essa outra formulação revelou-se fundamental: primeiro pelo reconhecimento de que não somente durante a pesquisa, mas sempre, a experiência de trabalho no SUS possibilita a produção de conhecimento. Todos aprendem pela experiência. Mesmo que individualmente e sem necessariamente se colocar em análise. A diferença aqui, com a pesquisa, era a oferta de alteridade e de coletivo – que são marcas importantes para a aprendizagem pela experiência (LARROSA, 2014). Isso não queria dizer não conversar sobre os problemas, estranhamentos, desconfortos e discordâncias. A diferença é que passamos a conversar sobre tudo isso coletivamente com nossos parceiros e não sem eles. A problematização passou a ser feita com eles e não sobre eles. O que nos interessava era a montagem dos processos e não os julgamentos acerca dos processos. Olha só o que fizemos! Por que nesta cena fizemos assim e na outra não? Por que aqui conseguimos e ali não? Quais os agenciamentos em questão? Quais as capturas? Quais as potências? Muito mais interessante e produtivo do que concluir que as práticas observadas eram boas ou não, segundo tal ou qual critério ou referencial teórico. Não foi fácil

operar essa mudança nos campos. Em alguns lugares não conseguimos nunca – por conta do modo como as relações foram construídas, por conta da falta de interesse do gestor em sustentar o debate e a problematização das práticas de gestão e de cuidado etc. Em outros, a possibilidade de a equipe entrar em EP aconteceu praticamente no fechamento do campo – e vem se sustentando (e quem resistia eram alguns trabalhadores nesse caso). E em outros, ainda, foi possível e muito produtivo. Trazemos agora para este texto uma dessas experiências, “em que a EP rolou”.

Num dos locais de pesquisa no município de São Paulo, após uma rápida passagem pelos espaços coletivos da gestão (de um lugar que atualmente se chama supervisão, mas que corresponde ao que antigamente chamávamos distritos), passamos a ir aos serviços e a alguns espaços coletivos locais. Um desses espaços coletivos era uma reunião de microterritório – um espaço que reúne gerentes e/ou trabalhadores de diferentes serviços da saúde e de outros setores, que foi fabricado para discutir justamente as situações complicadas, os casos difíceis, que são aqueles que interrogam nossos saberes, arranjos e ofertas habituais – e que são muitos, atualmente, em todas as redes. Um dos casos discutidos nesse espaço tornou-se um usuário-guia da pesquisa. Usuário-guia. Um usuário que nos possibilita explorar muito mais do que os itinerários terapêuticos. É uma tentativa de produzir visibilidade e dizibilidade aos modos como os usuários se enfrentam com seus sofrimentos, que redes fabricam, como se veem com o cuidado/descuidado que a saúde lhes oferece, como isso afeta os processos de produção de suas existências etc. Temos adotado essa estratégia em várias das nossas pesquisas cartográficas e o usuário-guia se constitui muitas vezes em um muito poderoso interrogador das lógicas instituídas, abrindo questões surpreendentes (MERHY, FEUERWERKER e SILVA, 2012). Neste caso, o usuário-guia foi (é) o Rambo. “Trata-se de uma pessoa que vive em situação de rua há aproximadamente 40 anos. Morador da região central de São Paulo, portador de transtorno mental, é acompanhado há mais de 10 anos por uma equipe de Consultório na Rua. Conhecido por vários nomes, não se sabe ao certo qual o seu nome verdadeiro, ele se recusa a dizê-lo. Rambo foi assim apelidado, pois certa vez em que alguns cidadãos o atacaram com violência, reagiu fortemente e desde então ficou reconhecido por sua força. Também era chamado de Bin Laden, já que sua barba e cor de pele se assemelhavam à do famoso terrorista muçulmano. Já o nome José Ramos fora dado por uma enfermeira em uma de suas internações. Quando perguntamos por seu nome diz: ‘Fala você, vocês não são meus donos!’” Seu caso é recorrentemente levado ao espaço do Microterritório porque seu modo de se produzir no mundo interroga fortemente os arranjos instituídos. Ele não se encaixa. Não quer ser cuidado. Não quer consultas nem acompanhamento. Não quer morar em abrigo. Quer sua vida como é. Em função desse estranhamento todo e de situações de sua tensa convivência na rua e com a vizinhança, por

duas vezes já, Rambo terminou sendo internado involuntariamente para “sua própria proteção”. Agora já está de volta a seu espaço habitual, seu mocó de madeira e lona, suas pombas, seu espaço aberto. Apesar de tudo e, com muito investimento, a equipe do consultório de rua conseguiu refazer laços e tem atualmente relações cordiais com esse usuário, que segue interrogando nossos instituídos. Um texto a respeito das questões e desconfortos que esse usuário nos suscita foi elaborado. O artigo foi produzido em conjunto por pesquisadores-pesquisadores, gestores-pesquisadores e trabalhadores-pesquisadores locais. A própria produção do texto foi dispositivo para muitas reflexões e autoanálises entre todos os participantes. O texto foi usado, na sequência, como disparador para uma oficina para colocar a saúde mental em análise nessa mesma supervisão/“distrito”. Participaram dela gestores, trabalhadores dessa supervisão, pesquisadores e gestores de outras supervisões.

Apresentamos aqui duas narrativas (a quente) sobre a oficina.

Narrativa 1:

Lemos juntos o artigo Por Água Abaixo. Foi perceptível que a leitura e seu conteúdo faziam sentido para os que estavam ali. Algumas daquelas pessoas, inclusive, tinham participado e compartilhado o cuidado do Rambo. Após a leitura do texto, uma das profissionais que o acompanhou, leu uma poesia que havia feito pensando nele.

Falar dos invisíveis Dos que não têm voz Voltar o rosto pra aqueles Tão distantes de nós o desejo do outro Não condiz com o que a gente sente Dar um passo pra trás pra poder ir em frente Por que tanta necessidade de rotular com CID? Chamamos agressividade o que não passa de revide Compulsória, involuntária, é só o que existe? Situação de rua problema que persiste A loucura impera No fim da nova era A rede desespera Não sabe o que espera Hospitalização ou quem sabe uma cela Intervenção agora mais tarde caixão e vela Pretensão daquele que tem poder Do sim do não daquilo que vai ser Estão tão perdidos sem ter o que fazer Olham pro lado quem poderá nos defender? De nós mesmos, das leis, da política Loucura na rua situação é crítica Há quem critique quem não sabe o porquê Ficou louco foi pra rua? O contrário pode acontecer Mas quem vai dizer ? Quem sou eu pra julgar? Quem sabe perdido chegue em algum lugar Mas quem vai prender? Quem pode tirar? Liberdade de ir e vir Ou de ficar em algum lugar Mas quem é você pra querer mudar O desejo do outro de ser ou estar? Mas quem vai medir? Quem pode curar? Nosso louco desejo de tudo enquadrar Apelação do mal Gente que se promove Às custas dos outros Daquele que sofre Filma, entrevista, selfie fotografia Ajudei um pobre boa ação do dia! Vai pra sua casa com dever cumprido O desejo do outro sequer foi ouvido Se situa doído repito e digo Respeito é pra quem tem Somente assim eu sigo Prossigo, caminho em frente Junto comigo vários loucos Elo da corrente Respeitando o ser individualmente Seu desejo sua escolha isso é prevalente.

Ruth Roots (trabalhadora do SUS)

A poesia fez total sentido. Foi quase que um complemento para o texto. Forte, intenso e envolvido nos afetos que o cuidado com o Rambo trouxe para ela. Depois da leitura, dividimos os profissionais em 5 grupos. A discussão foi tão rica que muitos dos relatores disseram que não conseguiriam sintetizar a conversa e contavam um pouco como tinha rolado... Uma das profissionais falou que foi uma inovação dividir o grupo em grupos menores para a reflexão, que isso nunca tinha rolado lá... A linguagem da Saúde Mental – aberturas... As pessoas não pareciam incomodadas com a quantidade de perguntas sem respostas que o texto trazia, que o Rambo evidenciava na sua forma de ocupar o lugar que queria e de indagar o que e como faziam as coisas com ele. Elas pareciam muito mais preocupadas em se aproximar das perguntas, se interrogar mais, olhar para a produção do SUS e do cuidado das pessoas em situação de rua. Afinal, o que é morar na Rua? O que é habitar a Rua? A disputa pelo cuidado – as capturas e as possibilidades que os desejos e os sofrimentos trazem. O que é o louco? Quem é o louco? Quem fica esperando um dinheiro que nunca vê de fato, que nunca pega em suas mãos, mas que é número que pode ser até vermelho, numa tela ou num papel no final do mês e que gasta esse dinheiro para “viver” e nunca de verdade o vê? Trabalhar por um dinheiro que nunca se materializa? Será que nós não somos os loucos? Foi a fala de um dos profissionais... A interlocutora de saúde mental “X” disse o quanto foi legal produzir o texto junto, que normalmente os pesquisadores vão, olham e saem e que eles ficam “sem saber de nada”, mas que dessa vez foi diferente. Eles falaram muito sobre o que é ofertar cuidado para pessoas na rua, sobre como fazer isso se temos poucas possibilidades; que os albergues têm muitas regras e que os moradores não querem ir para lá porque na rua tem sua identidade mais respeitada e liberdade, coisa que não tem nesses lugares. Afinal, o que é correr riscos? Falaram de como é “perverso” quem trabalha com saúde mental ser o “detentor” da resposta para resolver ou curar a loucura nesse contexto de tão poucas possibilidades de construir coisas diferentes em política públicas para esta população. O que senti – espaço fértil. Os grupos foram para fora do auditório da fábrica de cultura, sentaram no chão, no sol, no palco. Um jeito menos enrijecido de se colocar corporalmente. Havia compartilhamento, mesmo percebendo que um ou outro não concordava ou era mais calado. Foi uma manhã gostosa, harmoniosa, leve (apesar da densidade e do impacto que casos como o Rambo trazem). Apoiadoras de outras supervisões foram e as da supervisão Y adoraram o texto e o queriam para trabalhar no fórum de saúde mental de lá. Nós oferecemos para fazer algo com a mesma dinâmica lá e elas parecem ter gostado da ideia. Fiquei pensando no quanto ainda a saúde mental é um lugar diferente dos outros na saúde pública; no quanto ocupar outros espaços como a fábrica de cultura é legal. Como foi legal ver os usuários vendendo seus. Em alguns momentos se aproximavam da porta, entravam,

escutavam e saíam. Profissionais e usuários tocando, cantando, antes da reunião e no intervalo. Música. No final, uma roda com usuário tocando e cantando junto com os trabalhadores. Uma certa sensação de que para eles, não tinha problema o caso trazer os afetos, que incluem os incômodos; ao contrário, pareceu que eles preferiam muito mais olhar para os afetos, os desejos e os sentimentos que o Rambo trazia, mesmo que fosse para ficar com mais perguntas do que respostas.

Narrativa 2:

Escolhemos o do Rambo, pois acreditamos que mobilizaria mais aquele público (profissionais da saúde e da assistência social). Com 1h30m para o trabalho, dividimos o grupo em 5 subgrupos, que se espalharam pelo anfiteatro e pelo jardim do parque. Leram e discutiram o texto e depois nos juntamos para recolher as produções dos subgrupos. Seguem minhas anotações sobre o que recolhemos dos subgrupos: – Como colocar o usuário como “ator ativo”; os sujeitos não são incapazes de decidir. – Há uma complexidade do campo de cuidado em saúde: diferentes expectativas: as demandas sociais; o que a mídia produz como expectativa; o que a população também espera. – Vínculo como principal ferramenta de trabalho; – A questão do desejo do paciente e a relação com a autonomia;

– Aquilo que promove o menor risco para a pessoa, segundo o ponto de vista dos trabalhadores de saúde, nem sempre é o que produz maior conforto e bem-estar para o usuário; – Lidar com o preconceito e o estigma; – A internação serve a quem? Ao usuário? Ao trabalhador? À sociedade? Pode ser uma política higienista. – O que fazer depois da internação? – Colocar os trabalhadores no lugar de dar “conta” da loucura é algo complexo; é algo perverso, pois seriam necessários muitos outros recursos e articulações do que os disponíveis nas “redes”. Necessidade de outras políticas além da Saúde e Assistência Social, como moradia, alimentação, trabalho... – A oferta que é feita, é, muitas vezes, única. Se o usuário não se “adapta”... (isso sempre me lembra a música do Raul Seixas... É fim de mês – É Fim De Mês – Raul Seixas – LETRAS.MUS.BR) – Importância da rede do sujeito; – Rua como lugar de pertencimento; – Enlouquecer na rua ou enlouquecer e ir para a rua??? – Necessidade de avaliação contextualizada das pessoas; – O que é o projeto terapêutico singular e como elaborá-lo? (necessidade de se rediscutir isso) – E os outros usuários que a gente não vê? que não chamam atenção? – Por que temos que acabar com o sintoma? Por que não pode delirar? – Este usuário colocou em evidência a rede que falha.

Comentários da pesquisadora:

Os trabalhadores, muitos dos quais participaram dos cuidados ao Rambo, se reconheceram nas questões do texto e gostaram muito da produção. Ao final, algumas pessoas, inclusive apoiadores de outra supervisão, vieram pedir o texto e autorização para usar em outros Fórum de Saúde Mental. Propus usar como

disparador em uma roda de conversa, mas a reação foi negativa. Foi um encontro bem intenso, deixou mais questões, mas acho que a ideia era essa mesmo. E teve a devolutiva que para mim foi fundamental, de que conseguimos construir a pesquisa com os trabalhadores, ao contrário das outras pesquisas que normalmente só vem, observam e vão embora.

Em primeiro lugar, vale ressaltar que os trabalhadores problematizaram de modo bem interessante a cena e suas questões. Ela fala de incômodos que já são seus, mas agora foi produzido espaço e a abertura para produzir dizibilidades, para colocar isso em discussão. Claro, é possível problematizar sua problematização. Ir além. Essa oficina é só um momento de um debate que precisa seguir, abrir possibilidades, mudar o jogo. Mas a oficina produz outras visibilidades: perceber como é interessante (e desnecessário) evitar julgamentos absolutos, pois a mesma equipe cuida bem em determinadas cenas e não consegue cuidar em outras etc. O mesmo grupo que produziu Rambo na impossibilidade, constrói uma oficina em compartilhamento intenso com os usuários e se abre para discutir os limites do que havia produzido. Diferentes afecções, diferentes possibilidades, diferentes produções. O processo de trabalho se dá em acontecimento, a mesma equipe é muitas, o mesmo trabalhador é muitos, o mesmo usuário é muitos. Em diferentes encontros, diferentes afecções. Qual dessas composições é “a que merece ser retratada como a verdade sobre essa equipe”? O reconhecimento da multiplicidade que atravessa esses processos evidencia a baixa potência analítica de retratos pontuais/cenas isoladas diante da complexidade da produção do cuidado. De novo, para nós, importa mais a montagem do que o juízo de valor. A análise da montagem ajuda a pensar, interrogar e a produzir possibilidades. A construção compartilhada do texto foi um dispositivo muito interessante e também tenso. Trouxe os incômodos para a cena, as diferentes estratégias de construção das relações, as diferentes maneiras de se afetar diante de um problema, visibilidades parciais. E tudo pôde ser conversado, mesmo tendo sido necessário dar um respiro em alguns momentos. Tempo para pensar e se reposicionar. Foi importante sustentar o desconforto com delicadeza para que ele pudesse ser trabalhado. Falar sem matar e ouvir sem morrer. Mas também é fundamental reconhecer que a gestão dessa supervisão em particular é uma direção que aposta na conversa, não se assusta quando problemas são apresentados e por isso tira proveito de perguntas instigantes. Nós lá trazemos observações e perguntas sobre questões que “passam batidas” no cotidiano. Eles aproveitaram e aproveitam. Sozinhos não estavam armando espaços de reflexão, nós contribuímos para isso. Em outros lugares da pesquisa, levou tempo para a abertura para a problematização se efetivar. Movimentos de vai e vem, abertura e fechamentos. No final, armaram eles próprios uma estratégia de EP na sequência das problematizações que a pesquisa suscitou. Diferentes gestores dentro de uma mesma gestão sustentam isso de modos diferentes,

ainda em lugares que a aposta geral seja de construir espaços coletivos e autoanalíticos. E o contrário também ocorre: mesmo quando a gestão maior não aposta, gestores locais e equipes podem sustentar movimentos mais reflexivos e de invenção. Em São Bernardo, a pesquisa abre outras dizibilidades em relação a determinados processos. Incômodos não ditos são ditos. Outros continuam indizíveis... Outras perspectivas e explicações para certas montagens dos processos apareceram. Mais que tudo, a noção de processo ganha visibilidade. Muito embora haja gestores e trabalhadores que se ocupam no cotidiano da armação, da produção de arranjos e convites, que cuidam, acompanham os processos, esse trabalho é invisível para quem não se ocupa dele. Principalmente para os gestores “formuladores das palavras de ordem”, gestores centrais, sobretudo. A dinâmica do vai e vem, a necessidade de retomar debates e rever processos. O que parecia bom e suficiente num momento, no seguinte já não é mais: ou porque a formulação utilizada se revelou insuficiente ou porque novos problemas ganharam visibilidade. Trabalhadores novos chegando o tempo todo, mudanças na composição das equipes levam a mudança nas relações, nas apostas e contribuem também para que seja necessário retomar debates e processos. Diferentes lugares da secretaria entrando nas apostas em tempos diferentes. Operando de modos diferentes, apesar de compartilharem a aposta geral (SUNDFELD, 2016). Ótimas ideias da gestão só saem do papel quando fazem sentido para os trabalhadores. Para os usuários também. Se a construção (dos planos de trabalho, dos projetos terapêuticos) não for compartilhada, não fizer sentido para todos os envolvidos, está instalada a disputa. Silenciosa ou explícita. Aliás a disputa existe sempre porque sempre há diferenças de perspectivas, apostas, valores, implicações etc. A pesquisa produz visibilidades sobre as disputas. Ao menos sobre algumas delas. Ajuda a recolher efeitos produzidos a partir de diferentes processos. Efeitos que surpreendem, que abrem novas questões. Trabalhadores e usuários também tem ótimas ideias – muitas vezes para surpresa dos gestores... O modo tradicional de pensar e fazer gestão trabalha no plano formal. Mas uma secretaria de saúde é constituída por muitos outros planos. A pesquisa ajuda a produzir visibilidade a esses outros planos, ao emaranhado de fios que configuram os desenhos de diferentes situações (BERTUSSI et al., 2011). Porque esta não é uma pesquisa que faz recortes pontuais, nem se baseia somente nas declarações dos diferentes atores, no modo que eles representam os processos e as relações. Não toma uma cena e generaliza. Nem está interessada em generalizar. Acompanha processos, produz novos lugares de escuta, abre espaço para conversa, para outras vozes, interroga e se deixa interrogar, estranha e capta estranhamentos, ajuda a colocar as implicações em análise, coloca suas próprias implicações em análise. Ajuda a que os diferentes atores sistematizem suas experiências coletivamente. Processem experiências coletivamente. E assim produz conhecimento a partir de um compartilhamento.

In-mundo. (MERHY, FEUERWERKER & SILVA, 2011). E, por isso mesmo, neste tipo de pesquisa, como no trabalho em saúde, as coisas não são sempre iguais, nem lisas, nem estão resolvidas. Dependem das relações, das montagens, da delicadeza com que tratamos as diferenças, os ruídos, as disputas. As políticas de saúde como têm sido produzidas no SUS (de modo centralizado, afirmando, não somente os princípios e diretrizes, mas também os arranjos e os modos de fazer) fabricam regularidades (FEUERWERKER, 2014). Por isso certas cenas se repetem do Oiapoque ao Chuí. Mas são singulares os modos como cada lugar resiste, inventa, abre brechas e produz outros sentidos. Ou não. Interessa-nos interrogar as regularidades, os dispositivos de captura instalados com mais intensidade por umas políticas do que por outras. Mas também nos interessa reconhecer as linhas de fuga, as invenções, a multiplicidade de relações e de cenas, em que escapando ou sucumbindo ao instituído, gestores, trabalhadores e usuários fabricam o SUS no cotidiano. É a produção de visibilidades e dizibilidades sobre essas intensidades que constituem a montagem do SUS no cotidiano, sem a pretensão de haver recolhido tudo, que pode nos ajudar a todos a fabricar novas possibilidades. Compartilhadas. In-mundo.

Referências Bibliográficas

BERTUSSI, D.; BADUY, R. S.; FEUERWERKER, L. C. M.; MERHY, E. E. "Viagem cartográfica: pelos trilhos e desvios". In: MATTOS, R. A.; BAPTISTA, T. W. F. Caminhos para análise das políticas de saúde. Porto Alegre, Editora Rede Unida, 2015, p. 461-486. FEUERWERKER, L. C. M. Micropolítica e Saúde: produção do cuidado, gestão e formação. Porto Alegre: Editora Rede Unida, 2014. LARROSA, J. Tremores. Escritos sobre a Experiência. Belo Horizonte: Autêntica, 2014. 1ª. ed, 2ª. Reimpressão. MERHY, E. E; FEUERWERKER, L. C. M. e SILVA, E. "Contribuciones metodológicas para estudiar la producción del cuidado en salud: aprendizajes a partir de una investigación sobre barreras y acceso en salud mental". Salud Colectiva, Buenos Aires, 8(1):25-34, Enero - Abril, 2012. MERHY, E. E. GOMES, M. P. C. (Orgs.). Pesquisadores IN-MUNDO: Um estudo da micropolítica da produção do acesso e barreira em saúde mental. Porto Alegre: Rede Unida, 2014. SLOMP J. H.; FEUERWERKER, L. C. M. "Histórias de vida, homeopatia e educação permanente: construindo o cuidado compartilhado". Ciência & Saúde Coletiva, 20(6):1795-1803, 2015.

Anexo (4):

“Oh pedaço de mim, oh metade amputada de mim...”¹

“Oh piece of me, oh half of myself amputated from me...”

Paula Monteiro de Siqueira⁸⁵

Mariana Leite Hernandez⁸⁶

Lumena Almeida Castro Furtado⁸⁷

Laura Camargo Macruz Feuerwerker⁸⁸

Harete Vianna Moreno⁸⁹

Heloisa Elaine Santos⁹⁰

⁸⁵ Mestranda na FSP/USP, paulasiqueira@usp.br

⁸⁶ Mestre pela FSP/USP, Prefeitura de São Paulo, mleiteh@gmail.com

⁸⁷ Doutora pela UFRJ, Instituto Silvia Lane, lumenafurtado@gmail.com

⁸⁸ Livre docente, Profa Associada na FSP/USP, laura.macruz@gmail.com

⁸⁹ Mestre pela UNIFESP-BS, Prefeitura de São Paulo, harete@uol.com.br

⁹⁰ Mestre pela FSP/USP, heloisaes1103@gmail.com

Resumo e palavras chave

Este artigo foi produzido a partir da vivência de trabalhadores/pesquisadores junto a mulheres em situação de grande vulnerabilidade que, em nome uma suposta “proteção” à criança, tem negado o direito de viver sua maternidade. São mães órfãs de seus próprios filhos, sequestrados, muitas vezes antes mesmo da primeira mamada, em maternidades de várias cidades do país. A condição da mulher, negra, em situação de rua ou de grande vulnerabilidade social, associada ao uso de álcool e/ou outras drogas, tem sido um marcador para a ação violenta e conjunta de instituições como as da Saúde, da Assistência Social e Judiciário. O texto busca refletir sobre a relação entre o ato de cuidar e a produção de tutela e autonomia, central nesta situação em que, tanto o sequestro de bebês como a defesa do direito das mães de terem seus filhos podem ser exercidos no âmbito do cuidar em saúde. Nesse caso, a tutela outorgada ou conquistada pode estar relacionada a um agir castrador ou libertador, e o que está no cerne desse debate: qual é a centralidade do ato de cuidar. Este artigo se propõe a apresentar esta situação, refletir sobre ela, para ajudar a romper o silêncio, amplificar a denúncia e avançar na disputa por um cuidado que ajude a produzir mais vida.

Palavras-chave: Assistência Integral à Saúde, Pessoas em Situação de Rua, Violência contra a Mulher, Vulnerabilidade Social

Abstract and keywords This article was produced based on the experience of working together with women living in huge vulnerability, whom had denied their right to motherhood in name of a supposed children "protection". They are orphan mothers of their own children, legally kidnapped, many times even before the first breastfeed, in hospitals of several brazilian cities. Being woman, black, homeless or living in intense social vulnerability, associated with the use of alcohol and/or other drugs, have been considered enough to justify violent action from Health, Social Assistance and Judiciary altogether. This article proposes a reflection around the principles that guide

institutional actions that allow public authorities to kidnap their babies, denying their right to keep their children custody, denying opportunities of rebuilding their lives even under straight support and supervision. This article proposes break the silence, amplify the denunciation and to advance in the dispute for a care that help to produce more life. **Key Words:** Comprehensive Health Care, Social Vulnerability, Homeless People, Violence Against Women.

1. Introdução

Este artigo foi produzido a partir do processamento coletivo da experiência de trabalhadores pesquisadores no contexto da rua, vivenciadas em iniciativas tais como o Programa de Braços Abertos (DBA), Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), Consultório na Rua (CnaRua). Dentre muitos casos problematizados estão os de mulheres, a quem, por viverem uma situação de vulnerabilidade e em nome de uma suposta “proteção” à criança, têm sido negado o direito de viver sua maternidade.

São mães órfãs de seus próprios filhos, sequestrados, muitas vezes antes mesmo da primeira mamada, nas maternidades de várias cidades do país. Um cordão umbilical arrancado com violência, interrompendo compulsoriamente esta relação. A relação mãe-filho(a) é reduzida à mãe-depositária, com quem o bebê só pode permanecer até o nascimento e, tão logo retirado de seu útero, entregue a equipamentos de “proteção”.

Em muitas situações, a ação conjunta da saúde, da assistência social, dos Conselhos Tutelares, tem o respaldo explícito do poder Judiciário. Entretanto, ações como as registradas neste texto não se restringem às maternidades de municípios em que há estas recomendações formais do Ministério Público ou do Judiciário, são práticas recorrentes em muitos outros lugares.

Alguns buscam revestir tais ações violentas de alguma legitimidade institucional em nome da *proteção da criança*, alegando prerrogativas a partir do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). O ECA, que em muitas situações foi e é fundamental para defender e garantir o direito das crianças e viabilizar seus direitos sociais, neste caso, tem sido apropriado por forças que o usam como dispositivo para negar o direito de mulheres à vida que elas poderiam produzir/construir como mães de seus novos filhos. Dessa forma, percebemos que, dependendo da força que se apropria de um problema ou de um conceito - no caso o ECA -, são diferentes os valores produzidos. Direitos de uns, supostamente contra direitos de outros, todos sem voz ativa, assujeitados.

Em diversas oportunidades, diretrizes e fluxos visando a atenção integral à saúde das mulheres e das adolescentes em situação de rua e/ou usuárias de crack/outras drogas e seus filhos(as) recém-nascidos foram reivindicados pelos movimentos sociais e

discutidos por órgãos governamentais, como o Ministério da Saúde (MS) e o Ministério do Desenvolvimento Social (MDS). Foi reconhecida a necessidade do protagonismo dos Sistemas Único de Saúde (SUS) e Assistência Social (SUAS) no acompanhamento a este público devido à complexidade de suas necessidades. Propôs-se como fundamental nortear as ações dos gestores e profissionais de saúde uma vez que decisões imediatistas, como por exemplo, a retirada dos bebês das mães, acabam por violar os direitos das mulheres, bem como da criança, causando danos irreparáveis à ambos. Recomendou-se o acompanhamento integrado antes, durante e depois do nascimento, de modo que a avaliação das condutas fosse feita caso a caso, respeitando assim as singularidades. (BRASIL, 2016). No entanto, é claro que, em função da complexidade das situações e das intensas disputas ético-políticas em torno do tema, recomendações, por mais acertadas que sejam, não são suficientes para produzir os enfrentamentos necessários para defesa, no caso, dos direitos das mães e das crianças.

Está em questão um julgamento moral sobre quem tem e quem não tem direito de ser mãe, o que autoriza o emprego da violência contra “uma vida que não vale a pena” em nome de outra a ser protegida, sem muita reflexão sobre os efeitos dessa separação violenta tanto sobre a “vida que não vale a pena”, como sobre a vida que supostamente está sendo defendida. Por isso mesmo existe um silêncio cúmplice em torno dessa violência! Este artigo se propõe a apresentar esta situação, refletir sobre ela, para ajudar a romper o silêncio, amplificar a denúncia e avançar na disputa por um cuidado que ajude a produzir mais vida.

2 - Discussão e reflexão sobre os nossos encontros com as mães órfãs

“mas eu nem vi o rosto dele!”

Foi com esta frase - e com o sofrimento da perda refletido nos olhos - que encontramos Helena⁹¹, sentada e chorando dentro de uma Unidade Básica de Saúde (UBS). Suas lágrimas são motivadas pelo perda do bebê que tivera, com o qual ela não pôde sair da maternidade. A justificativa apresentada para a separação mãe e filho era relacionada

⁹¹ Todos os nomes de mulheres utilizados aqui foram trocados.

a alguma complicação de saúde do bebê. Helena voltou ao Centro de Acolhida sem o bebê. Devido ao seu comprometimento psíquico e linguagem embotada, os profissionais do equipamento não puderam compreender o que havia acontecido, talvez nem ela mesma o soubesse. Voltando à maternidade, agora acompanhada por profissionais da Equipe do CnaRua, não pôde ver o bebê, nem foram atendidas pela Assistente Social da Maternidade, apenas receberam a notícia de que o bebê já não se encontrava ali. Seria preciso procurar a Vara da Infância e Juventude.

Em outra cena, Marlene e Débora, moradoras do Hotel do DBA, que durante toda a gestação estiveram nas frentes de trabalho do Programa, usando seus salários para preparar a chegada de seus bebês, comprando o berço e roupas, após o parto foram sentenciadas pela equipe do hospital a não saírem da maternidade com seus filhos. Os bebês seriam entregues a um abrigo. Foi necessária uma ação intensa e vigorosa da equipe do Consultório na Rua (CnaRua), que acompanhava os casos, para “legitimar” junto à equipe do hospital a fala das mães de que poderiam cuidar de seus filhos. Ainda assim, só foi possível saírem com seus bebês após a negociação de um arranjo de cuidados por parte da equipe do CnaRua com pessoas de suas famílias ampliadas. Estas seriam responsáveis pelos bebês, e as mães teriam que passar um tempo na casa das avós para receber ajuda nos cuidados ao bebê. Durante a gestação demonstraram alegria e orgulho, buscaram novos modos de cuidar da vida junto de seus filhos. Isso não foi reconhecido pelo hospital, que tentou pregá-las no lugar de não-capaz de cuidar de seus filhos, de se responsabilizar pelos seus bebês.

No caso de Marta, também moradora de um hotel do DBA, o Hospital deu alta para a mãe e manteve o bebê internado, mesmo ele estando saudável. Marta não teve dúvidas, fez uma ação de “resgate” e no dia de sua alta saiu com seu bebê, mesmo sem autorização, e voltou para o hotel em que morava com apoio da equipe. A mãe-heroína agiu na clandestinidade para garantir um direito.

“Helenas”, “Martas”, “Marlenes”, “Déboras” têm se multiplicado no cotidiano de São Paulo e de outros municípios. São gestantes, em situação de vulnerabilidade social que vivenciam a geração de uma vida em seu corpo, por vezes experimentando novas possibilidades de se conectar com o mundo, a partir da experiência singular de se

constituir enquanto mãe. Depois de estar por nove meses com seu bebê na barriga, estas mulheres têm seus bebês “sequestrados” e levados para abrigos contra sua vontade.

Estas cenas nos fazem refletir sobre quais vidas valem a pena e tem valor, em uma sociedade marcada pela naturalização da desigualdade e da legitimidade do exercício do biopoder sobre a vida. A condição da mulher, negra, em situação de rua ou de grande vulnerabilidade social, associada ao uso de álcool e/ou outras drogas tem sido um marcador para a ação violenta e conjunta de instituições como as da Saúde, da Assistência Social e do Judiciário.

A atuação dessas forças suscita o debate sobre a tensão entre autonomia e tutela que permeia o âmbito do cuidado, tensão que também atravessa os processos de cuidados dos loucos, dos usuários que fazem uso abusivo de álcool e outras drogas. Tal disputa é também uma disputa de narrativas, ou seja, a quem é dada a possibilidade e o direito de falar sobre si, sobre seu corpo e afetos. E mais do que isso, a possibilidade de construir seus caminhos.

Tanto o sequestro de bebês como a defesa do direito das mães ficarem com seus filhos podem ser exercidos no âmbito das ações em saúde. Nesse caso, a tutela outorgada ou conquistada pode estar relacionada a um agir castrador ou libertador, e o que está no cerne desse debate: qual é a centralidade do ato de cuidar. O ato de cuidar pode se conectar com as necessidades do usuário na sua singularidade ou ser dirigido pelos pré-conceitos que universalizam a ação do profissional e legitimam ações castradoras sob o manto do cuidado.

“Neste percurso torna-se um imperativo a compreensão da concretude que o ato cuidador adquire, a partir de suas características de composição intrínseca, e no qual identifico a presença tensa da relação tutelar e liberadora, comprometidas com agires de um sujeito sobre o outro, de modo comprometido e “amarrado” a possibilidade de se agenciar processos de ganhos de autonomia, por este outro que busca uma tutela outorgada, do ato cuidador. O ato cuidador é centralmente um ato de tutela outorgada, que poderá conforme o modelo de intervenção ser ou não castradora.” (Merhy, 1998, p.4)³

Aqui, ao nos depararmos com as “Helenas”, “Martas”, “Marlenes”, “Déboras”, que têm suas existências marcadas pelo estereótipo das incapazes, das interditadas, sob a égide do “ato cuidador”, percebemos que seguem sendo destituídas de sua dignidade,

quando da retirada dos seus bebês e da possível maternidade. Maternidade, que em muitos dos casos, até o momento do parto fora uma escolha delas. Estas cenas nos fazem refletir sobre as práticas de liberdade, sobre a ação do Estado na conformação dos corpos e da vida. Sobre esse processo Lobo et al (2014, p,123)⁴ argumentam tratar-se de : “[...] *subjetividades serializadas, homogeneizadas, determinando o modo correto de viver e um controle aberto sobre os comportamentos.*” Homogeneização que é um dispositivo de controle social biopolítico da população, mas que tem efeitos ainda mais intensos sobre a população em situação de maior vulnerabilidade.

O preconceito exercido exaustivamente sobre algumas vidas faz com que a ação do profissional de saúde e da assistência social aconteça sem culpa, revestida de uma noção moral de proteção. Estes profissionais ficam certos de terem “salvado” uma vida (a da criança), sem perceber o tamanho da violência que perpetraram ativamente. Sobre tais práticas, Mendes (2016, p.39)⁵ afirma que configuram-se *“para cimentar ainda mais os universais já existentes, as verdades já ditas e exaustivamente repetidas, eternizadas nessa noção do poder sobre a vida...”*.

Neste mesmo texto, Mendes (2016)⁶ em seu diálogo com Foucault, nos convida a pensar a prática de liberdade como prática de resistência, apontando para a possibilidade de criação de outros mundos junto com o outro:

“Fica claro para mim, Foucault, que não é possível praticar a liberdade sem que o outro participe desse momento no qual, “a entrada em cena das forças” produz a tensão da resistência. Como disse acima, é um momento que nos leva a sair do conforto; na emergência de algo pelo interstício, as práticas de liberdade são as que nos levam a ter ‘atitudes visíveis e invisíveis que criam outros mundos’ (p.143)” (pag. 40).

Cuidar de modo conectado com a produção da vida, nas cenas acima, coloca como necessidade fundamental a criação de uma rede de apoio para poder enfrentar estas situações violentas. Para isso é preciso problematizarmos a forma como estamos produzindo o cuidado na saúde, pois muitas vezes pautamos a gestão do cuidado no território de forma protocolar, baseada em padrões normativos de comportamentos. Sem levar em conta que para além dos padrões há uma vida que é produzida pelo usuário, que dificilmente consegue ser considerada na orientação produzida pelos

trabalhadores de saúde. Capistrano et al (2016, p.205)⁶ argumentam que isso acontece porque *“se exigiria pensar numa multiplicidade de formas de organizar a produção do cuidado para atender à singularidade dos usuários, não suportada pelo modo tradicional, estruturado e formal pela qual as redes temáticas estão desenhadas.”*

Algumas falas de profissionais em serviços em que se realiza o pré natal trazem fortemente este preconceito: “a concepção este grupo está fazendo muito bem”, “não vai fazer controle, vai perder as medicações, etc.” Falas que fazem um juízo moral da situação da gravidez em si e colocam na mulher a responsabilidade por “aderir ou não” ao que é agendado, programado para seu acompanhamento, sem preocupação em compartilhar um plano de cuidado conforme suas necessidades /possibilidades.

Adichie⁷ coloca em uma apresentação que fez em julho de 2009 na TEDGlobal Conference, a idéia de que é um perigo olharmos para a vida, para as pessoas, com uma única história a nos servir de lentes. Assimilar uma única história sobre o outro é, na maioria das vezes, reduzi-lo. Ela, contando sobre suas histórias conclui dizendo:

“Todas essas histórias fazem-me quem eu sou. Mas insistir somente nessas histórias negativas é superficializar minha experiência e negligenciar as muitas outras histórias que formaram-me. A única história cria estereótipos. E o problema com estereótipos não é que eles sejam mentiras, mas que eles sejam incompletos. (...) A consequência de uma única história é essa: ela rouba das pessoas sua dignidade. Faz o reconhecimento da nossa humanidade compartilhada difícil” (ADICHIE, 2009)

Quando é possível produzir uma relação que desnaturaliza a maternidade e aposta na construção compartilhada da maternagem, vemos uma outra possibilidade ser produzida. Um Hotel do DBA abrigava 8 mães com seus filhos, a maioria bebê. Havia uma troca intensa e recorrente, entre mães, pais, alguns moradores e equipe técnica, sobre os cuidados com os bebês. Em uma ocasião estávamos ali em uma reunião e um morador que tinha a mulher grávida de 8 meses, estava nervoso na porta esperando acabar a reunião. Não conseguiu se segurar, interrompeu a conversa para confirmar qual era mesmo a marca mais adequada de sabão em pó para lavar roupas de bebê, pois este item ainda faltava do conjunto de coisas que vinham organizando para esperar a criança. Tudo comprado com dinheiro que os dois economizavam todo mês, assim como as outras mães, para conseguir organizar as coisas como gostariam. Um sonho sendo gestado, como para muitas outras mulheres e casais.

Difícil refletir sobre esta situação sem referir a brutal situação de violência que submete a mulher e em particular a mulher em situação de rua. Ser mulher na rua é um desafio ainda mais intenso que para o homem. Muitas nos relatam não poder ficar sem um homem, pois sozinhas ficam mais vulneráveis às agressões masculinas. A escolha (ou aceitação) do parceiro pode ser uma decisão por segurança, antes de uma decisão afetiva.

Violência escancarada até pelos números oficiais. Segundo os Dados da Secretaria de Segurança Pública de São Paulo (SSP- SP), divulgados pela Folha de SP em 23 de agosto de 2017,⁸ um caso de feminicídio acontece a cada 4 dias e uma tentativa de feminicídio a cada um dia e meio em São Paulo. Feminicídio: o assassinato de uma mulher pela condição de ser mulher. No Brasil 29% das mulheres afirmam ter sofrido algum tipo de agressão nos últimos 12 meses e dois em cada três brasileiros testemunharam algum tipo de agressão contra a mulher, sendo que 61% dos agressores são conhecidos das vítimas.

Violência que atravessa a porta de entrada dos hotéis do DBA, dos Centro de Acolhida (CAs) e da vida nas ruas. Assim como em muitos lares brasileiros, nas vivências dos diferentes contextos da rua a violência contra a mulher é uma grande questão. Em um dos hotéis as moradoras criaram um grupo de mulheres que passou a se reunir periodicamente, para poderem se fortalecer, criar laços, conversar. Esse espaço possibilitava fortalecimento das relações entre elas e , inclusive, autorizava “meter a colher” na relação da outra com seu parceiro, em momentos tensos, para intermediar e evitar uma agressão. Produção delas com elas, afeto, vínculo, escuta fortalecendo cada uma e todas.

Violência que entra pela porta da frente dos diferentes serviços de saúde. Profissionais decidindo pelas mulheres se vão colocar implante anticonceptivo, se podem amamentar, se podem ter mais filhos, se podem ficar com seus filhos... Uma avó nos contava a respeito de sua neta de menos de dois anos, cuja guarda lhe foi negada. Ela havia conseguido a guarda do seu neto com autismo e falava pela primeira vez no grupo de família sobre essa criança mais nova. Indagada sobre o porquê do silêncio, disse que era uma história que não gostava de lembrar: “eles vieram pra levar ela pra *doação*,

tiraram dos braços da mãe (usuária de drogas), todo mundo chorava. Hoje o K. (paciente autista) pega um dvd de uma festa onde a irmãzinha aparece dançando e fica vendo e voltando a cena. Acho que é saudade, né?”

3- Considerações finais

A violência de tirar um filho não tem paralelo! O que é retirar esse direito, direito ao filho, direito ao afeto, este que também é um ato político?

Além de todos os direitos que foram negados a essas mulheres na construção do lugar que ocupam hoje, agora a subtração de um direito central: o de ser mãe, o de viver a maternidade. Mesmo que se diga que a condição socioeconômica não é motivo para retirada do pátrio-poder, para a mulher em situação de rua este tem sido um caminho sem volta.

Qualquer menção a algum uso de droga já é considerado como incapacitante para a maternagem, mesmo que ela tenha diminuído drasticamente ou até parado de usar durante a gestação. Uma interdição na autonomia da mulher pobre, preta ou em situação de rua. Uma mulher de classe média pode fazer o mesmo uso de droga sem que nenhum profissional de saúde intervenha em sua vida. O poder de subordinação é usado de modos diferentes na mesma “situação objetiva” dependendo de quem é a mulher que a protagoniza. Quase não se pode chamar essa ação violenta de cuidado, tão parcial e preconceituosa.

Em algumas situações, apenas a ação enérgica das equipes de saúde que cuidam daquelas mulheres têm tornado possível garantir que ela saia com seu bebê no colo. Em outras, nem esta intermediação é suficiente e o sequestro se concretiza! A cena de Helena chorando, enlouquecida pela dor, que introduz este texto, nos coloca a dimensão desse desafio de, junto com essas mulheres, lutar pelo direito de verem o rosto de seus bebês quando nascem e nos dias que se seguem a partir daí!

Em muitos municípios crescem os coletivos que buscam tirar essa violência do silêncio, gritar e denunciar o que vem sendo feito, buscando impedir a escalada dos sequestros, apostando na possibilidade de que mais mulheres possam romper este cerco e de que

menos mulheres cantem com Chico : "Oh pedaço de mim, oh metade amputada de mim..."¹

Mas precisamos de mais. Mais visibilidade, mais mobilização, mais abertura para ampliar a potência de vidas já tão maltratadas, quase condenadas à morte por indiferença. Mais visibilidade para o que acontece na sequência da vida dos bebês e das mães. Mais ferramentas para desmontar micropoliticamente a liberdade de cercar a vida do outro segundo juízos morais. Mais ferramentas para ampliar a solidariedade e a produção compartilhada com os usuários em todos os atos cuidadores da saúde e fora da saúde.

Referências

1- Chico Buarque. Pedaço de mim. Rio de Janeiro: Polygram/Phillips; 1979.

2- BRASIL, Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome; Secretaria Nacional de Assistência Social. Nota Técnica Conjunta N° 001/2016, do Ministério da Saúde e o Ministério do Desenvolvimento Social, que estabelece Diretrizes, Fluxo e Fluxograma para a atenção integral às mulheres e adolescentes em situação de rua e/ou usuárias de álcool e/ou crack/outras drogas e seus filhos recém-nascidos.

3- Merhy EE, O desafio da tutela e da autonomia: uma tensão permanente do ato cuidador, disponível em:

[https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/O desafio da tutela e da autonomia uma tensao permanente do ato cuidador/47](https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/O%20desafio%20da%20tutela%20e%20da%20autonomia%20uma%20tensao%20permanente%20do%20ato%20cuidador/47) acessado em 07 de outubro de 2017

4- Lobo LF, Nascimento ML, COIMBRA CM, Sociedade de segurança: algumas modulações na cidade do Rio de Janeiro. In Fonseca TMG, Arantes, EM (Orgs) Cartas a Foucault. Porto Alegre: Sulina, 2014, p. 121-145

5- Mendes PPS, Políticas de amizade: diante da fragilidade da clínica, uma oferta para fortalecer a produção dos cuidados em saúde [tese de doutorado]. Rio de Janeiro: UFRJ; 2016.

6- Capistrano D, Silva KL, Magalhães RV, Lana V. Sofia e tantas outras mulheres usuárias de crack e seus filhos: quando a (in)capacidade de gerir sua própria vida afeta a

produção do cuidado. In: Feuerwerker LCM, Bertussi, DC, Merhy EE (orgs). Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes. Rio de Janeiro : Hexis; 2016. p292-307.

7- Adichie C, O perigo de uma única história, disponível em:

https://www.ted.com/talks/chimamanda_adichie_the_danger_of_a_single_story?language=pt-b acessado em 07 de novembro de 2017.

8- Barbon APJ. São Paulo registra um feminicídio a cada 4 dias; 63% das vítimas morrem em casa. Folha de São Paulo, 2017, 23 de agosto. Caderno Cotidiano. Disponível em: <http://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2017/08/1912194-sp-registra-1-feminicidio-a-cada-4-dias-63-das-vitimas-morrem-em-casa.shtml> acessado em 07 de novembro de 2017.