

*Romanini, M. Entre as delicadezas e as agruras do cotidiano das ruas: trajetória coletiva e processos de trabalho de uma Equipe de Consultório na Rua*

**Entre as delicadezas e as agruras do cotidiano das ruas: trajetória coletiva e processos de trabalho de uma Equipe de Consultório na Rua**

**Among the Delicacies and Hardships of Everyday Life on the Streets: Collective Trajectory and Work Processes of a Street Consultancy Team**

**Entre las delicias y penurias del día a día en la calle: trayectoria colectiva y procesos de trabajo de un Equipo de Clínica en la Calle**

Moises Romanini<sup>1</sup>

**Resumo**

Diante do atual cenário político e social de desinvestimentos nos serviços públicos de saúde mental e das sucessivas tentativas de desmonte da Rede de Atenção Psicossocial, este manuscrito tem como objetivo apresentar e discutir a trajetória coletiva de uma equipe de Consultório na Rua. Esta pesquisa está inserida no espectro das pesquisas participativas. Adotaram-se como estratégias metodológicas a observação participante, o diário de campo, as entrevistas narrativas (com usuários e profissionais) e os grupos de discussão (com os profissionais de uma equipe de Consultório na Rua). Nessa trajetória, evidenciam-se as dificuldades vivenciadas por essa equipe e sua importante função de acolher a população de rua na perspectiva de um cuidado territorial e da redução de danos. Discute-se essa trajetória a partir das noções de memória social, saúde mental do trabalhador e das relações entre trabalho, cuidado e gestão, retomando, ao final, a função ético-política do Consultório na Rua.

**Palavras-chave:** Políticas públicas. Droga (abuso). Saúde mental. Trabalho. População de rua.

**Abstract**

In view of the current political and social scenario of divestments in public mental health services and the successive attempts to dismantle the Psychosocial Care Network, this manuscript aims to present and discuss the collective trajectory of a Street Consultancy Team. The methodological strategies adopted were participant observation, the field diary, narrative interviews (with users and professionals) and discussion groups with professionals from a Street Consultancy Team. In this trajectory, the difficulties experienced by this team and its important role of embracing the homeless population from the perspective of territorial care and harm reduction are evidenced. This trajectory is discussed based on the notions of social memory, worker's mental health and the relationship between work, care and management, resuming, in the end, the ethical-political function of the Consultório na Rua.

**Keywords:** Public policies. Drug abuse. Mental health. Labour. Homeless.

**Resumen**

Ante el actual escenario político y social de desinversiones en los servicios públicos de salud mental y los sucesivos intentos de desmantelamiento de la Red de Atención Psicossocial este manuscrito tiene como objetivo presentar y discutir la trayectoria colectiva de un equipo de Clínica en la Calle. Esta investigación es parte del espectro de la investigación participativa. Las estrategias metodológicas adoptadas fueron la observación participante, el diario de campo, entrevistas narrativas (con usuarios y

---

<sup>1</sup> Psicólogo. Doutor em Psicologia Social e Institucional (PPGPSI/UFRGS). Docente Permanente do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional da UFRGS, Co-coordenador do Grupo de Pesquisa-Intervenção INTERVIRES. E-mail: moisesromanini@yahoo.com.br.

*Romanini, M. Entre as delicadezas e as agruras do cotidiano das ruas: trajetória coletiva e processos de trabalho de uma Equipe de Consultório na Rua*

profesionales) y grupos de discusión con profesionales de un equipo de Clínica en la Calle. En esa trayectoria se evidencian las dificultades vividas por este equipo y su importante papel de acogida de la población en situación de calle desde la perspectiva del cuidado territorial y la reducción de daños. Ese trayecto es discutido a partir de las nociones de memoria social, salud mental del trabajador y la relación entre trabajo, cuidado y gestión, retomando, al final, la función ético-política del Consultório na Rua.

**Palabras-clave:** Políticas públicas. Abuso de drogas. Salud mental. Trabajo. Personas sin vivienda.

## Introdução

Em uma matéria publicada no *Jornal Boca de Rua*<sup>2</sup> (2013), os moradores de rua levantam a questão: internação compulsória ou redução de danos? Claramente a favor da proposta da redução de danos, a matéria traz o posicionamento da Organização das Nações Unidas (ONU) e de alguns especialistas no tema. Para Rolim (*apud* Boca de Rua, 2013, p. 3),<sup>3</sup> “não há evidência a amparar política pública centrada em internação involuntária”. Torossian (*apud* Boca de Rua, 2013, p. 3),<sup>4</sup> por sua vez, afirma que

as internações compulsórias fazem parte de política reparatória, a qual deve ser substituída por políticas acolhedoras e de proteção a todos os cidadãos. Assim, a problemática das drogas não se resolve com o endurecimento de políticas repressivas nem com internações involuntárias, mas com políticas sociais mais justas que ataquem as desigualdades.

A capa desta edição do jornal (12(49), 2013), já apresenta a opinião de forma clara ao leitor: as internações compulsórias desconsideram a vontade ou capacidade de decisão do usuário e só almejam a abstinência – é uma camisa de força; já a redução de danos se baseia no diálogo, na valorização da pessoa, na história de vida da pessoa e em sua capacidade de ir entendendo e se esforçando para melhorar a vida – “um

cobertor no inverno” (Boca de Rua, 2013, p. 1). Esse debate nos remete à tensão entre dois modelos que coexistem nas políticas públicas sobre drogas: o paradigma da abstinência, ancorado na “guerra às drogas”, e o paradigma da Redução de Danos. Atualmente, consideram-se as Comunidades Terapêuticas como a principal representante do primeiro, e os serviços substitutivos de saúde mental,<sup>5</sup> Programas de Redução de Danos, Consultórios na Rua, como representantes do segundo.

Não temos como foco neste manuscrito a discussão sobre as Comunidades Terapêuticas, que tem o investimento de recursos públicos em uma proposta que contradiz os pressupostos da reforma psiquiátrica, e que, em muitos casos, impõe credo religioso com recursos de um Estado laico.<sup>6</sup> Interessa-nos prestar mais atenção a essas duas formas de conceber o problema das drogas, como faz Taniele Rui (2014) ao comparar os Programas de Redução de Danos (PRD) com as CTs.

As CTs, pautadas no denominado paradigma da abstinência, promovem um tratamento que preconiza a retirada do usuário do seu espaço de consumo, conferindo-lhe uma rotina disciplinar de trabalho, oração e tratamento. Baseadas na disciplina, em palavras de auxílio e incentivo e, em sua maioria, no consolo de um *poder superior*, as CTs focam nos

2 Conforme informações disponibilizadas no site da Agência Livre para Informação, Cidadania e Educação (Alice), “O Projeto Boca de Rua é uma publicação feita e vendida por pessoas em situação de rua, na cidade de Porto Alegre. Existe desde agosto de 2000. Textos, fotos e ilustrações são elaborados pelos sem-teto durante oficinas semanais. O dinheiro arrecadado na comercialização do veículo reverte integralmente para os 30 participantes do grupo, constituindo uma fonte alternativa de renda. Além de produzir o jornal, o projeto Boca de Rua também já realizou Oficinas de Vídeo, Oficinas de Escrita Livre e Oficinas de Fotografia”. O conteúdo pode ser acessado em <http://www.alice.org.br/mais-projetos/linha-1---novos-canais-de-comunicacao/boca-de-rua>.

3 Jornalista, sociólogo e ativista dos Direitos Humanos, Marcos Rolim foi vereador, deputado estadual no Rio Grande do Sul e deputado federal pelo Partido dos Trabalhadores. Na Assembleia Legislativa do Rio Grande do Sul (ALRS), presidiu a Comissão de Cidadania e Direitos Humanos durante seis anos e foi autor da primeira Lei de Reforma Psiquiátrica brasileira (Lei Estadual n. 9.716/1992), aprovada pela ALRS, em 1992.

4 Docente do Programa de Pós-Graduação em Psicanálise: Clínica e Cultura da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Atuou como Coordenadora do Centro de Referência e Apoio Institucional para políticas de cuidado ao uso de drogas - Rede Multicêntrica UFRGS.

aspectos dolorosos das experiências dos usuários e no reconhecimento das perdas em decorrência do uso abusivo ou dependente de drogas. Por sua vez, os PRDs pensam o tratamento conforme os pressupostos da Redução de Danos (RD), atuando nos territórios e espaços de consumo com a oferta de informações, materiais e escuta, visando a usos menos prejudiciais das substâncias. Ao trabalhar com usuários que não querem ou não conseguem interromper o uso de drogas, os PRDs incluem os usuários em outras propostas terapêuticas, tornando mais equitativo o acesso das pessoas ao Sistema Único de Saúde (SUS) (Rui, 2014).

Como não temos, atualmente, um PRD em Porto Alegre, podemos pensar na equipe do Consultório na Rua ocupando um lugar muito semelhante. Entretanto, a partir da publicação do Decreto n. 9.761/2019, que aprova a nova Política Nacional sobre Drogas, a Redução de Danos deixou de ser o pressuposto clínico-político no/do cuidado a pessoas que sofrem com o uso de drogas. Mais recentemente, o documento intitulado “Diretrizes para um modelo de Atenção Integral em Saúde Mental no Brasil” (Associação Brasileira de Psiquiatria *et al.*, 2020) revela mais um dos ataques sem fundamentos ao modelo de atenção em saúde mental, pautado nas diretrizes da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Tais diretrizes não apenas reafirmam o lugar das Comunidades Terapêuticas na Rede de Atenção Psicossocial (Raps), mas excluem

as equipes do Consultório na Rua (CnR) como ponto de atenção a usuários de drogas na Raps.

As equipes de CnR são atacadas há muito tempo, recebendo crítica, por exemplo, do Sindicato Médico do Rio Grande do Sul (Simers). Em uma de suas publicações, afirma-se que os “consultórios de rua” são apenas *marketing* e que os “atendimentos de portadores de dependência química nas praças, parques e calçadas é uma medida paliativa e despropositada. Até porque não há leitos para atender os pacientes que venham a manifestar o interesse em se submeter ao tratamento, depois da abordagem inicial” (Sindicato Médico do Rio Grande do Sul, 2012, p. 14). O Simers, ao adotar essa postura, demonstra profundo desconhecimento em relação à proposta do Consultório na Rua, como veremos a seguir, bem como mostra-se alinhado ao paradigma da abstinência e às propostas terapêuticas preconizadas pelas CTs.

Diante desse complexo cenário, que envolve um embate entre o paradigma da abstinência e a redução de danos, o financiamento das comunidades terapêuticas, o clamor pelas internações compulsórias, e as práticas de recolhimento de pessoas em situação de rua que fazem uso de crack, temos, com a Portaria n. 3.088 de 2011, a inclusão do Consultório na Rua na Rede de Atenção Psicossocial (Raps). O Ministério da Saúde, ao implantar os Consultórios na Rua, propõe uma política de atenção em saúde para a

5 A Nota Técnica n. 11/2019 (Ministério da Saúde, 2019) propõe esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas. Ao incluir hospital psiquiátrico, hospital-dia, ambulatório multiprofissional e comunidades terapêuticas como pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial (Raps), a nota, buscando neutralizar o ataque ao modelo de atenção psicossocial e à luta antimanicomial, se utiliza de expressões como “rede harmônica e complementar” e da ideia de que todos os serviços são importantes, um não podendo substituir o outro.

6 Em meados do século XX, o modelo de Comunidade Terapêutica (CT) psiquiátrica emerge no contexto da reforma psiquiátrica mundial, preconizando a abordagem da doença mental desde uma perspectiva humanizada, por meio da qual Maxwell Jones, considerado o pioneiro desse modelo de atenção, visava à maior participação do paciente no seu próprio processo de tratamento. Entretanto, esse movimento das CTs Psiquiátricas se desdobrou no trabalho de recuperação de dependentes de álcool e outras drogas e, com o advento da “dependência química” como problema de saúde pública, as CTs se multiplicaram nos últimos 20 anos de forma desregulada no Brasil, transformando-se em alvos de denúncias de práticas desumanas e iatrogênicas que muito se assemelham aos primeiros hospitais psiquiátricos (Perrone, 2014; Bolonheis-Ramos & Boarini, 2015).

*Romanini, M. Entre as delicadezas e as agruras do cotidiano das ruas: trajetória coletiva e processos de trabalho de uma Equipe de Consultório na Rua*

população em situação de rua que converge com as diretrizes da Atenção Básica e da Atenção Psicossocial, pautada nos pressupostos clínico-políticos da Redução de Danos (Brasil, 2012).

Os Consultórios na Rua, instituídos pela Política Nacional de Atenção Básica (Pnab), integram o componente de atenção básica da Raps, devendo atuar conforme os princípios da Pnab, “buscando atuar frente aos diferentes problemas e necessidades de saúde da população em situação de rua, inclusive na busca ativa e cuidado aos usuários de álcool, crack e outras drogas” (Brasil, 2012, p. 13). Formados por equipes multiprofissionais, os CnRs devem trabalhar com ações compartilhadas e integradas às Unidades Básicas de Saúde (UBS), aos Centros de Atenção Psicossocial (Caps), aos Serviços de Urgência e Emergência e de outros pontos de atenção, conforme a demanda dos usuários.

Cabe destacar ainda que diversos estudos vêm demonstrando que, inspiradas na perspectiva da Redução de Danos, as equipes de CnR vêm desenvolvendo um trabalho de intenso cuidado junto à população em situação de rua e funcionando como um dispositivo de articulação das redes de atenção em saúde. Baseado em relações dialógicas e de escuta, o CnR busca promover uma atenção desvinculada de um olhar puramente assistencialista, construindo vínculos e tensionando a rede para a necessidade do cuidado integral que se faz no movimento das ruas (Tondin, Barros, & Passos, 2013; Londero, Ceccim, & Bilibio, 2014; Silva, Frazão, & Linhares, 2014; Pacheco, 2014; Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas, 2016).

Diante do atual cenário político e social de desinvestimentos nos serviços públicos de saúde mental e das sucessivas tentativas de desmonte da Raps, revivendo

a lógica manicomial, este manuscrito tem como objetivo apresentar e discutir a trajetória coletiva de uma equipe de Consultório na Rua. Nessa trajetória, construída a partir de encontros no cotidiano do serviço, observações, entrevistas e grupo de discussão, busco evidenciar as dificuldades vivenciadas por essa equipe e sua importante função de acolher a população de rua, de um modo geral, e usuários de drogas, especificamente.

## **Método**

Esta pesquisa está inserida no espectro das pesquisas participativas. Foram adotadas como estratégias metodológicas a observação participante, em três contextos da Raps da cidade de Porto Alegre-RS (Área Técnica de Saúde Mental, Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (Caps AD) e Consultório na Rua – CnR), o diário de campo, as entrevistas narrativas (com usuários e profissionais) e os grupos de discussão com os profissionais.<sup>7</sup>

Nesta pesquisa, utilizei o método da observação participante (Angrosino, 2009), acompanhado da ferramenta do diário de campo. Concebendo o diário de campo como a principal forma de registro das informações coletadas no decorrer das observações (Macrae, 2004), incorporei essa prática como método (não apenas de registro, mas também de construção e análise de dados) da pesquisa. No espaço das reuniões de equipe, concebido como um dispositivo coletivo de reflexões e deliberações entre os profissionais, propus, em um dos encontros, o tema acolhimento para o debate com os profissionais. A análise preliminar do grupo, observações e diário de campo serviram como base para as entrevistas narrativas.

<sup>7</sup> Para a realização da pesquisa, o projeto foi submetido e aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre e do Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

*Romanini, M. Entre as delicadezas e as agruras do cotidiano das ruas: trajetória coletiva e processos de trabalho de uma Equipe de Consultório na Rua*

A entrevista narrativa é considerada uma forma de entrevista não estruturada, de profundidade e com características específicas (Jovchelovitch, Bauer, 2008). As entrevistas foram gravadas (com o consentimento dos interlocutores) e transcritas para posterior análise. O procedimento analítico aqui adotado foi a proposta de Schütze, descrita por Jovchelovitch e Bauer (2008).

Então, tendo as entrevistas sido gravadas, transcritas e estudadas, passei ao procedimento analítico de separar os elementos indexados (cronológicos) dos não indexados (não cronológicos), em quadros com duas colunas para cada entrevista realizada. Como o objetivo era o de construir e discutir a trajetória coletiva de uma equipe de Consultório na Rua, os elementos cronológicos tornaram-se importantes apenas quando inseridos nas histórias individuais de cada participante. Para a construção da trajetória/narrativa coletiva,<sup>8</sup> analisei os pensamentos, ideias, saberes, suposições, crenças, dentre outros, relativos à trajetória no serviço e reflexões sobre o acolhimento.

No decorrer de aproximadamente seis meses, concluí aproximadamente 128 horas de campo. Acompanhei diversas atividades do serviço, tais como reuniões de equipe, buscas ativas de usuários, exames laboratoriais com os usuários, atendimentos na base, atendimentos na rua, acompanhamento de consultas de pré-natal e acolhimento de usuários. Além das observações nas diversas atividades do serviço, realizei 17 entrevistas narrativas, sendo que, destas, 11 foram com

profissionais e seis com usuários do serviço. Além das entrevistas, realizei um Grupo de Discussão sobre acolhimento com os profissionais, tendo participado deste 11 pessoas (nove profissionais e dois residentes da equipe – Enfermagem e Psicologia), cuja duração aproximada foi de 1h30.<sup>9</sup>

Essas estratégias metodológicas foram também desenvolvidas por mim em outros dois contextos da rede: em um Caps AD e com a Equipe Técnica de Saúde Mental do município, que trabalhava no apoio aos serviços voltados aos usuários de álcool e outras drogas. Quando iniciei minhas observações com a equipe do CnR, já estava há aproximadamente um ano circulando pela rede e seus dispositivos de atenção, acompanhando e participando de reuniões, fóruns e visitas técnicas. Foi por meio desses movimentos que tive o primeiro contato com essa equipe.

Cabe destacar que, desde 2008, ano em que tive a oportunidade de estagiar em um Caps AD de outro município no interior do estado do Rio Grande do Sul, venho tendo experiências profissionais e me dedicando a projetos de ensino, pesquisa e extensão no campo da saúde mental e das políticas sobre drogas. Partindo de pesquisas acerca da produção de discursos midiáticos sobre o que se denominou como “epidemia do crack”, no meu percurso de doutoramento, tive como foco a construção de práticas de acolhimento a usuários de drogas na Raps de Porto Alegre, contexto do qual surge esta escrita.

8 A partir das semelhanças identificadas entre os elementos não cronológicos das entrevistas, uma outra narrativa foi sendo construída; é uma outra narrativa porque não é apenas o resultado da soma das histórias individuais, mas é o que diz de um coletivo, do comum. Embora tenhamos relacionado as falas aqui transcritas às entrevistas individuais, elas são representativas deste coletivo, desta trajetória coletiva.

9 Utilizei heterônimos para a identificação dos/as participantes da pesquisa. Essa estratégia foi, ao mesmo tempo, teórico-metodológica e ética, no que tange à preservação do anonimato dos interlocutores. Tanto no caso da obra de Fernando Pessoa quanto no deste trabalho, os heterônimos fazem emergir uma concepção de sujeito cujas identidades são múltiplas, um sujeito que é perpassado por diversas e, muitas vezes, paradoxais identificações, resultando no desdobramento do “eu”, em seu descentramento em direção ao outro. Os nomes dos heterônimos foram fruto de associações livres e também de pesquisas. O heterônimo foi apresentado com o nome e a primeira letra do sobrenome, seguido de ponto final.

## Resultados e discussão

Em Porto Alegre, a constituição e consolidação de três equipes de Consultório na Rua (duas na região centro e uma na Restinga) foi tema de pactuação entre a prefeitura municipal e o Governo Federal, no âmbito do Programa “Crack, é possível vencer”.<sup>10</sup> Na região centro, efetivou-se a qualificação da equipe de Estratégia Saúde da Família sem Domicílio (ESF sem Domicílio) para Consultório na Rua do tipo III<sup>11</sup> (Área Técnica de Saúde Mental, 2014).

Nesse processo de qualificação do ESF sem Domicílio para Consultório na Rua, a equipe do centro ficou “sem pai nem mãe” [*sic*].<sup>12</sup> De um lado, tem-se a influência das experiências do Consultório de Rua, que foi criado em 1999 na cidade de Salvador, Bahia. Foi um projeto-piloto redigido por Antônio Nery Alves Filho, desenvolvido e executado pelo Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas (Cetad) da Universidade Federal da Bahia, cujo objetivo principal era o de trabalhar com a problemática de crianças e adolescentes que se encontravam na rua e sob uso problemático de drogas. Inspirados na perspectiva da Redução de Danos, além de possibilitar à população de rua a

consciência de seus direitos, a experiência demonstrou que o CnR pode ser um dispositivo de cuidado e de articulação com a rede (Londero *et al.*, 2014; Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas, 2016). Conforme o Ministério da Saúde (2010, p. 8), “a retaguarda do CnR” favorecia “o fluxo de encaminhamentos e a inserção na rede” dos usuários de drogas mais comprometidos com esse uso e “em situação de maior vulnerabilidade social”.

Por outro lado, a experiência dos Programa Saúde da Família sem Domicílio (PSF sem Domicílio), depois denominado Equipe de Saúde da Família para População em Situação de Rua (ESF Pop Rua), também serviu de base para a proposta dos Consultórios na Rua. O PSF sem Domicílio de Porto Alegre atendia de forma itinerante a população em situação de rua, mantendo uma base fixa e atuava como parte da rede da Atenção Básica e do Programa de Atenção Integral à População Adulta de Rua. Dentre outras atividades desempenhadas pelos profissionais, destacavam-se as abordagens a moradores de rua, visando “identificar as causas da sua situação, acionar os diversos setores que pudessem auxiliar na busca por um vínculo familiar e ocupação, além do atendimento visando à promoção da saúde,

10 O Programa “Crack é possível vencer” foi lançado pelo Governo Federal em 2011 e, em articulação com os estados, municípios e sociedade civil, buscou aumentar a oferta de tratamento de saúde a usuários de drogas, enfrentar o tráfico e as organizações criminosas e ampliar as ações de prevenção ao uso de drogas. Com esses três objetivos gerais, o programa foi estruturado em três eixos: cuidado, prevenção e autoridade. O programa surge como um dos efeitos do Decreto n. 7.179 de 2010, que instituiu o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e Outras Drogas (Brasil, 2010), apontado por Guimarães e Rosa (2019) como um marco representativo dos ataques à Reforma Psiquiátrica brasileira. Tanto o referido Decreto quanto o Programa despontam para a possibilidade de um retorno gradual ao cuidado de usuários de drogas em ambientes asilares (embora nunca tenhamos superado ou transformado totalmente esse modelo), como as CTs, e numa perspectiva oposta àquela preconizada pela RD.

11 As equipes dos Consultórios na Rua podem ser de três modalidades: Modalidade I – composta por quatro profissionais (dois de nível superior e dois de nível médio); Modalidade II – composta por seis profissionais (três de nível superior e três de nível médio); e Modalidade III – são os mesmos profissionais da modalidade II, acrescido do profissional médico. Poderão compor os Consultórios na Rua as seguintes profissões: enfermeiro, psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, médico, agente social, técnico ou auxiliar de enfermagem e técnico em saúde bucal. A composição de cada modalidade deve ter no máximo dois profissionais da mesma profissão, seja ele de nível superior, seja de nível médio. O agente social, quando houver, será considerado equivalente ao profissional de nível médio (Brasil, 2012).

12 Segundo informações colhidas – trechos transcritos do diário de campo do pesquisador. Quando uso o heterônimo após uma transcrição literal, são trechos das entrevistas realizadas.

Romanini, M. *Entre as delicadezas e as agruras do cotidiano das ruas: trajetória coletiva e processos de trabalho de uma Equipe de Consultório na Rua*

com tratamento e exames clínicos” (Londero *et al.*, 2014, p. 254).

O Consultório na Rua que acompanhei pertence à Gerência Distrital Centro (GDC)<sup>13</sup> e, no momento da pesquisa, contava com 11 profissionais. A região centro é constituída por 18 bairros e corresponde à 16ª região do Orçamento Participativo, tendo uma população de aproximadamente 276 mil habitantes. A região central da cidade está fortemente ligada à sua história. As ruas do centro de Porto Alegre foram projetadas para exaltar o projeto da modernidade e acolher as classes altas (Pesavento, 1999). Embora não fosse a intenção do governo da época, ocorreu um movimento de popularização no final do século XIX, com o surgimento dos chamados lugares de enclave – caracterizado por habitações de baixa renda, habitada, em sua maioria, por pessoas descendentes de escravos (Pesavento, 1999).

Já no início do século XX, o ideário higienista inspirou as intervenções urbanas na região, modificando a paisagem urbana e expulsando os habitantes indesejados para a periferia. Nessa época, o município teve um aumento populacional e industrial considerável, o que contribuiu para a elaboração de projetos urbanos com fins de modernização da cidade. Expandiram-se os acessos e tal processo resultou na construção da Avenida Farrapos, inaugurada em 1940, concebida como o modelo de modernização da capital gaúcha (Ruschel, 2004). Entretanto, 30 anos após a sua inauguração, a avenida já estava descaracterizada dos seus propósitos iniciais. Ela tornou-se uma área barulhenta, degradada, desvalorizada, na qual muitos prédios passaram a abrigar pontos de prostituição e hotéis baratos. Atualmente é uma região muito desvalorizada, em

virtude da presença de profissionais do sexo, boates, tráfico de drogas e crimes (Raupp & Adorno, 2015).

O centro, atualmente, conta com importantes pontos turísticos e históricos da cidade de Porto Alegre. Embora a região esteja, quase sempre, entre as melhores posições nos indicadores sociais (Procempa, 2016), ela concentra um grande número de moradores de rua. Uma notícia publicada pelo *Jornal Zero Hora* (Vargas & Rocha, 2015) buscou mostrar locais com “pequenos condomínios de rua” (s/p) ainda não cadastrados pela Fundação de Assistência Social e Cidadania (Fasc). Num levantamento realizado pela Rádio Gaúcha (Grupo RBS), foram localizados 21 pontos de concentração de moradores de rua, com alguma estrutura de abrigo erguida, apenas na região central. Conforme a reportagem, a Fasc conta com 10 equipes para abordagens, não podendo retirar ninguém à força, nem fazer internações. O trabalho é aproximar-se e identificar as necessidades dos moradores. “Há um albergue de 120 lugares (para pernoite, que pode receber melhorias este ano), abrigos que totalizam pouco mais de 200 vagas (onde podem ficar por 15 dias) e duas repúblicas (moradias coletivas) que comportam, juntas, 24 pessoas” (Vargas & Rocha, 2015, s/p.). O último cadastro feito pela Fasc contabilizou 1.347 pessoas vivendo nas ruas de Porto Alegre.

Assumindo diferentes posições ao longo do tempo como estudante, estagiário, extensionista, trabalhador, militante, professor, apoiador e escutador de muitas histórias, chego ao CnR como doutorando e pesquisador, que logo se depara com os limites tênues das pesquisas participativas, borrando e fazendo borrar as distinções entre *mim* e *eles*, o pesquisador e os pesquisados. Em poucas semanas

13 A noção de território é constitutiva da noção de rede de atenção psicossocial. Os serviços de saúde estão localizados em territórios geográficos distintos e conformam e são conformados por territórios existenciais e subjetivos. Falar do CnR e do Caps AD sem identificá-los promoveria uma desterritorialização destes. Em função de questões teóricas e éticas, o nome dos serviços foi mantido para que fosse possível caracterizar esses diversos territórios que compõem a Raps do município de Porto Alegre, e isso foi acordado com as equipes envolvidas.

observando e vivendo a intensidade do trabalho da equipe e do cuidado nas ruas da cidade, tornava-se difícil a manutenção de um lugar de distanciamento, retomado nos momentos de escrita e reescrita da tese e dos textos decorrentes dela. Eu passei a fazer parte da equipe, acolhendo os usuários que encontrávamos pelo caminho. Não era mais apenas *eu*, éramos *nós*, acolhendo, trabalhando, pesquisando.

Uma das primeiras coisas que registrei em meu diário de campo foi sobre a localização da base da equipe do Consultório na Rua Centro. Fica no Centro de Saúde Santa Marta, mas em uma porta separada. Existem duas entradas – uma principal, com os atendentes, seguranças, e logo adiante o elevador e escadas que dão acesso aos andares superiores. Na porta à direita, fica o Consultório na Rua. Com o decorrer das observações, fiquei sabendo que isso se deve a um pedido feito pelos próprios usuários do Centro de Saúde Santa Marta, pois os moradores de rua, que já eram atendidos pela equipe do ESF sem Domicílio, chegavam “bêbados” e “cheiravam mal” [*sic*], o que acabava atraindo moscas ao local. Por isso, achou-se por bem manter o ESF sem Domicílio e, posteriormente, o Consultório na Rua no andar térreo do prédio, com entrada específica para os moradores de rua. Destaco também a estrutura montada para os atendimentos, feita com divisórias pré-moldadas e sem forro, o que compromete a confidencialidade de qualquer conversa entre profissionais e usuários, ou entre os profissionais. Esse espaço físico pode nos dar alguns indícios de como a questão das pessoas em situação de rua foi historicamente enfrentada – ocultando, negando, empurrando para o canto.

Em uma das muitas conversas que tive com Sílvia L.,<sup>14</sup> ela comentou que a “rede não acolhe os moradores de rua”. Ela questiona: “para onde encaminhar esses que não têm lugar?” [*sic*]. Ela refere-se a

casos limítrofes, com doenças crônicas, problemas mentais, usuários de drogas. “Pobres, feios e sujos, sem lugar na rede de saúde mental. O que fazer com sujeitos que são inclassificáveis nos rótulos das políticas públicas? O que fazer com essas pessoas que não se enquadram ou não se adaptam a determinados modelos ou locais de tratamento?” [*sic*]. Em meio a tais questionamentos, ela contou que, há algum tempo, foi acompanhar um morador de rua num determinado serviço e que ela se sentiu “sem lugar” e sem ter o que fazer, pois o serviço não acolheu o usuário.

Num dos primeiros dias da pesquisa no CnR, enquanto os profissionais iam ajeitando as coisas para a saída na rua, ela ia me explicando o funcionamento do serviço e a divisão da equipe entre os que ficam na base fixa e os que vão para as intervenções na rua. No turno da manhã, é ela, uma técnica de enfermagem e o médico. À tarde, o enfermeiro, a médica e outra técnica de enfermagem vão para o trabalho na rua. Eu estava um pouco ansioso para a minha primeira ida “a campo”, talvez um pouco receoso, com medo, por não saber o que encontraria no caminho. A Kombi (carro) do CnR nos esperava. Nesse dia, enquanto aguardávamos os resultados de alguns exames realizados por usuários que acompanhávamos, Sílvia L. me chamou para conversarmos fora do laboratório e me contou algumas histórias sobre o CnR.

O CnR era uma equipe do ESF sem Domicílio. Quando foi decretada a portaria dos Consultórios na Rua, o serviço foi fechado por um tempo. A equipe do ESF sem Domicílio tinha como referência uma médica, que era coordenadora da equipe, e que era muito bem quista pelos usuários do serviço e tinha articulação com os profissionais da Assistência Social e do Movimento da População de Rua. Ela adoeceu e teve de se afastar para tratamento médico, possivelmente ela não

14 Sílvia L., heterônimo dado a uma profissional da equipe, enfermeira, 34 anos, há um ano e oito meses trabalhando no CnR no momento da entrevista.

Romanini, M. *Entre as delicadezas e as agruras do cotidiano das ruas: trajetória coletiva e processos de trabalho de uma Equipe de Consultório na Rua*

voltaria mais ao trabalho. Com essa perda, a mudança da Atenção Básica para a Saúde Mental, e depois a volta para a Atenção Básica. Um ESF sem Domicílio que não era mais um ESF, mas um Consultório na Rua.

A equipe, “sem pai nem mãe” [sic], e sem uma gestão que lhe amparasse, com exceção de um período específico nessa história, também estava sem sua base fixa. Agora era uma equipe itinerante. Deveria percorrer as ruas do centro da cidade. Sílvia L. chamou minha atenção para dois pontos. Um, é que muitos profissionais não se adaptaram ou não queriam ir para a rua. Ela diz não os culpar, porque cada profissional tem um perfil e tem suas limitações. Ela, inclusive, disse-me que tem uma limitação na escuta. Ela atende, acolhe, mas não quer saber de muitos detalhes da vida de algumas pessoas, principalmente dos motivos que levaram alguns deles a cometer crimes ou por que foram parar na prisão. Ela disse que essa é sua limitação. Prefere não saber dessas histórias, porque aí não conseguiria acolher da mesma forma. Essa estratégia da profissional evidencia a escuta como um ato diverso, complexo e singular.

O segundo aspecto, que faz parte de uma história não documentada, refere-se à criação de uma base fixa do CnR Centro. Não só a equipe, mas muitos moradores de rua não gostaram da proposta de se ter apenas uma equipe itinerante. “Se eu tenho uma rede que não acolhe moradores de rua e se esse é o único serviço que os atende, como mantê-lo fechado? Em caso de alguma urgência, necessidade, onde a pessoa vai conseguir encontrar a equipe?” [sic]. Sem a base fixa na Unidade Santa Marta, os próprios moradores de rua perderam uma referência em atenção à saúde. Partindo desses questionamentos, o Movimento Nacional de População de Rua

(MNPR) tensionou a rede, por meio do Ministério Público, para que o CnR mantivesse essa base fixa. Essa resistência foi resultado de uma parceria entre alguns profissionais da equipe com os militantes do MNPR. A articulação foi importante, uma vez que, segundo Sílvia L., um profissional não poderia se opor de forma tão explícita à gestão municipal.

Entretanto, essa “fusão” entre as duas propostas, para o surgimento do Consultório na Rua, não aconteceu de forma pacífica, ao menos para a equipe da região centro de Porto Alegre. Dos profissionais que compunham a equipe no momento da pesquisa, dois já eram da equipe “antiga” [sic], do PSF sem Domicílio, e tinham como referência a profissional médica que se afastou para tratamento de saúde. A entrada de novos profissionais, constituição de uma nova equipe e a implantação de uma nova proposta, gerou tensões importantes entre os “novos” e os “antigos” profissionais.

Sílvia L. comenta, em sua entrevista, que “era tudo muito novo. Resistência da equipe ao novo, absurda. Foi duro, assim...”. Esse momento de reorganização dos processos de trabalho foi sentido como um momento conturbado por todos os profissionais. Além dessa relação tensa com a gestão e do sentimento de isolamento e desamparo da equipe, havia uma discordância entre os profissionais da equipe: “pessoas que têm uma linha da abstinência... pessoas que discordam plenamente da redução de danos. E isso foi muito complicado” (Sílvia L.).

Francisca G. e Fernando P.<sup>15</sup> falam um pouco do outro lado, daqueles que pertenciam à “equipe antiga”. Várias são as questões apresentadas por ambos, mas destacam duas coisas: a desvalorização dos saberes construídos por eles durante anos de trabalho com moradores de rua; e a

15 Francisca G., heterônimo dado a uma profissional da equipe, agente comunitária de saúde, 34 anos, há nove anos trabalhando com a equipe no momento da entrevista. Fernando P. [in memoriam], heterônimo dado a um profissional da equipe, agente comunitário de saúde, 65 anos, há 10 anos e cinco meses trabalhando com a equipe no momento da entrevista. A história de vida de Fernando P. foi uma das que inspiraram o título e é a ele uma das pessoas a quem dedico a escrita da tese.

diferença que percebem entre uma proposta de cuidado e outra. Para além de um “saudosismo exagerado” [sic], os profissionais apontam para uma distinção entre as formas de *acolher* em uma e em outra proposta. Eles explicam que hoje continuam sendo muito bem atendidos, mas que antes era diferente, que os profissionais eram mais “afetivos” [sic]. Nessas lembranças, tanto de Francisca G. e Fernando P. quanto dos usuários do CnR, sempre vem a frase: “que saudade da doutora I.!” [sic].

A “doutora I.”, que não teve a oportunidade de conhecer, é a profissional que se afastou por motivos de saúde. Ela é reverenciada pela maioria dos moradores de rua que conheci, pelo “amor que tinha por aquele trabalho” e pela “forma como ela nos olhava, como ela nos atendia” [sic]. Embora não tenha feito parte da pesquisa de forma direta, estava sempre presente nas histórias contadas por profissionais e usuários. Então, parece-me que, além da dificuldade com a mudança de proposta, a ausência da “doutora I.” e a entrada de novos profissionais sempre apareciam como dificuldades importantes. Nessa troca de equipe e de proposta para o serviço, os “profissionais antigos” sentiram-se desvalorizados.

Francisca G. expõe uma tensão importante nessa equipe. Essa tensão entre o novo e o antigo, entre diferentes profissionais e diferentes saberes acaba por gerar muitos conflitos na equipe. Esses conflitos entre o novo e o antigo nos remetem ao debate sobre como as representações se acomodam no tecido social. Não é o novo que provoca a mudança? Como mudar sem destruir o antigo? Qual o lugar da memória social nesse processo? Jovchelovitch (2008) nos ajuda a pensar na memória social como a construção de um repertório comum de saberes que perdura temporalmente. Ela é constituída por referenciais e parâmetros a partir dos quais as pessoas dão sentido ao mundo ao seu redor e relacionam suas

histórias individuais às narrativas mais amplas de vida comunitária. Apostar em mecanismos que ativem as operações da memória social nos serviços de saúde, como é o caso do CnR, pode permitir a esses profissionais reter tanto um sentido de continuidade e permanência quanto um sentido de desenvolvimento histórico e mudança. A construção de um lugar e de um saber comum, com a produção de uma trajetória coletiva do serviço, pode acrescer novos sentidos à experiência do passado, transformando-o com a experiência do presente e dos projetos existentes para o futuro.

Toda essa reorganização dos processos de trabalho, a entrada de novos profissionais, as dificuldades com a gestão e os problemas de relacionamento entre os profissionais acabam por tornar o CnR um ambiente de trabalho tenso, o que já é, por sua natureza, em função da dura realidade das pessoas em situação de rua com que os profissionais se deparam cotidianamente. Falta também de um sentido de continuidade e pertencimento ao CnR, potencializados por processos de precarização do trabalho e de uma gestão verticalizada, cujas propostas alteram profundamente o cotidiano e os processos de trabalho na saúde. Com as mudanças ocorridas de modo vertical, sem a participação ativa das/os profissionais na construção de políticas públicas, a noção de memória social se perde em meio aos textos dos decretos e processos precários de trabalho.

A memória social, ao estar inscrita no problema da continuidade e concebida como um reservatório de representações sociais e identidades culturais, envolve o esforço de construir um conhecimento comum, oferecendo os nós associativos que geram a experiência da pertença (Jovchelovitch, 2008). Sobral (2004) retoma a concepção de Maurice Halbwachs sobre os quadros sociais da memória, afirmando a inexistência de uma memória estritamente individual. Além de não ser

*Romanini, M. Entre as delicadezas e as agruras do cotidiano das ruas: trajetória coletiva e processos de trabalho de uma Equipe de Consultório na Rua*

algo exclusivamente individual, a memória não é apenas um registro do passado, mas uma reconstrução, no presente, daquilo que foi vivido. Nesse processo de reconstrução, a memória social vai sendo forjada a partir das narrativas, dos contextos e também das relações de poder e conflitos, especialmente vivenciados pelos/as profissionais do CnR. Ao não considerar esse processo comum de atribuição de significados às histórias vividas no contexto do serviço de saúde, as/os profissionais experimentam a atualização das políticas públicas como modos de apagamento, de invisibilização dos seus fazeres e subjetividades.

Esse debate nos remete à dimensão subjetiva dos trabalhadores da saúde, que tem sido desconsiderada na análise dos processos de desinstitucionalização e da Reforma Psiquiátrica. A relação com a loucura, com os usuários de drogas, com as pessoas em situação de rua requer dos profissionais, além de um aparato de conhecimentos e informações necessários ao desempenho de suas atividades, habilidades afetivo-emocionais para que consigam lidar com a complexidade do campo em que atuam. Olhar para o que Francisca G. e Fernando P. problematizam, a desvalorização de seus saberes construídos durante anos, não significa que devemos apontar culpados, mas que devemos discutir as hierarquizações ou relações de poder no serviço, pois a invisibilidade dessas relações pode contribuir para o adoecimento dos trabalhadores (Nardi, 2003; Nardi & Ramminger, 2007; Dimenstein, 2009; Paulon *et al.*, 2012; Paulon *et al.*, 2014).

Em relação aos aspectos materiais, no trabalho vivenciado cotidianamente pelos profissionais, a escassez de recursos materiais e humanos, bem como a inadequação do espaço físico, é percebida como elemento que contribui para o processo de precarização do trabalho. O ambiente institucional pode tanto promover vivências de prazer quanto de desprazer e

pode, ainda, contribuir para o adoecimento do trabalhador, tornando-o mais distante do seu trabalho, do ato de cuidar (Mendes, 2004). Diante de algumas durezas do cotidiano do trabalho em saúde, a flexibilização da organização do trabalho, para que o profissional tenha maior liberdade e encontros com fluxos de afetos positivos com os gestores, vem sendo pensada como um fator de diminuição da carga psíquica do e no trabalho (Dejours, 2001).

Ainda, em relação ao trabalho em saúde, “o modo como está organizado este universo simbólico e imaginário compartilhado pelos sujeitos nos serviços condiciona sua capacidade de escuta e resposta às demandas da população, bem como as possibilidades de mudança das práticas de saúde” (Sá, 2009, p. 660). Merhy (2013) também nos convoca a apostar na construção de processos de trabalho que produzam cuidados para os usuários e cuidados para os cuidadores. Esses processos “permitem vivificar o trabalho em saúde [...]. Construir a alegria e o alívio produtivo como dispositivos analisadores é um desafio para aqueles coletivos sociais que operam no ‘olho do furacão’ e se propõem como geradores de antimanicômios” (Merhy, 2013, p. 225). A necessidade de cuidar do cuidador e da construção da alegria e do alívio é explicitada pelos profissionais a cada momento de escuta que tive com eles, de forma individual ou coletiva, sejam nas entrevistas, grupos, reuniões, seja no cotidiano do trabalho. Nesse sentido, toda pesquisa em saúde precisa ser uma pesquisa implicada, que aposta nos encontros como possibilidades de apoio e produção de vida e saúde no contexto dos serviços.

Nessa mudança dos dispositivos [qualificação do ESF sem Domicílio para CR] e no movimento do reordenamento das formas de poder [mudanças na gestão e retorno à Atenção Básica], é que percebemos a emergência de variadas

Romanini, M. *Entre as delicadezas e as agruras do cotidiano das ruas: trajetória coletiva e processos de trabalho de uma Equipe de Consultório na Rua*

formas de resistência [oposição ao novo modelo de atenção, por exemplo], com a criação de novos arranjos para as forças em jogo (Nardi, 2003). Esses movimentos, que também são elementos importantes da saúde mental do trabalhador, deveriam estar entre as prioridades de gestores e governantes, pois, ao desconsiderar a influência das relações e organização do trabalho, acaba-se por fomentar um processo de invisibilização do sofrimento do trabalhador. A criação de mecanismos para horizontalizar as relações de poder e implementar dispositivos de cogestão na Raps é fundamental para o cuidado do cuidador (Paulon *et al.*, 2014; Brasil, 2012).

Em uma análise sobre as Conferências de Saúde Mental e as Conferências de Saúde do Trabalhador, Nardi e Ramminger (2007) apontam que a Reforma Psiquiátrica, inicialmente, não se preocupou com o tema da Saúde Mental do Trabalhador e que isso só passou a ser foco de atenção quando o adoecimento psíquico relacionado ao trabalho mostrou que mesmo os serviços substitutivos poderiam ser iatrogênicos, e que a lógica de organização destes e as relações ali estabelecidas poderiam causar dor e sofrimento psíquico nos trabalhadores da saúde. Portanto, faz-se mister criar espaços que garantam a autonomia e o respeito ao protagonismo do outro, seja como usuário-trabalhador, gestor-trabalhador, seja, ainda, nas relações trabalhador-trabalhador e trabalhador-usuário (Nardi & Ramminger, 2007; Sampaio, Guimarães, Carneiro, & Garcia, 2011; Paulon *et al.*, 2014). Essa relação com o outro deve ser objeto de atenção, de cuidado, pois além do quesito técnico-teórico, está presente na atuação dos profissionais da Raps uma disposição afetivo-emocional.

Uma história que me desassossegou muito foi a de Fernando P. Ele viveu a realidade das ruas. Dentre todos os profissionais do CnR, talvez a ele é que mais se aplica a ideia de que “o sujeito que

cuida e o objeto do cuidado tendem a se espelhar e a se confundir” (Sampaio *et al.*, 2011). Com problemas respiratórios e circulatórios sérios, não era raro encontrar Fernando P. sendo cuidado por outros profissionais, em sessões de nebulização nas salas do serviço. Ele dizia que já não era mais o mesmo. De pessoa em situação de rua a pessoa que cuida de quem está na rua, Fernando P., em alguns momentos, parecia muito endurecido ao dizer que “para sair da rua basta ter vontade própria” [*sic*], “eu saí da rua, então qualquer um pode sair” [*sic*]. Essa postura poderia ser uma forma que Fernando P. encontrou para não se confundir com “eles”, mantendo sua identidade de agente comunitário de saúde. Ao mesmo tempo, sua fala reforça a noção de indivíduo. Obviamente a vontade própria existe, mas há toda uma história (que ele mesmo contou) composta por outras pessoas que abre espaço para outras alternativas de viver.

Sem adentrar muito nos meandros dessa história, Fernando P. nos traz a importância de repensarmos os processos de trabalho, bem como a valorização dos saberes dos profissionais. Esses aspectos emergem como fundamentais tanto nas discussões sobre memória social nas equipes e sobre saúde mental das/os trabalhadoras/es quanto nos processos de trabalho percebidos nas relações interpessoais nas equipes, e destas com a gestão. Nessas relações, aparece de modo claro a percepção que esses profissionais têm da dicotomia gestão *versus* profissionais/trabalhadores. Um dos princípios da Política Nacional de Humanização do SUS (PNH) é a indissociabilidade entre atenção e gestão. Mediante esse princípio, a PNH preconiza que, pelo fato de as decisões da gestão afetarem diretamente na atenção à saúde, trabalhadores e usuários devem buscar conhecer como funciona a gestão dos serviços e a rede de saúde, bem como participar ativamente dos processos de decisão, por meio da gestão participativa

ou cogestão. A cogestão envolve, portanto, a inclusão de profissionais e usuários nos processos de análise e decisão nas tarefas de gestão (Brasil, 2013).

Ao escutarem a frase “todos nós somos a gestão”, as/os profissionais entendem que há uma desresponsabilização da gestão “central” em relação à Raps. Essa frase, em vez de potencializar o caráter político do fazer saúde mental, despotencializa aquele que escuta. O lema “todos somos a gestão” produz uma torção de sentidos, busca criar um sentimento de pertencimento e engajamento coletivo, mas acaba criando uma cisão difícil de ser pensada no cotidiano da equipe. Por isso, dois desafios se colocam nesses questionamentos: efetivar práticas que não dissociem gestão e atenção e construir um CnR que escute não apenas os seus usuários, mas também seus profissionais. Para tal, uma das tarefas mais importantes é “esquentar” a rede de saúde mental, assim como convocar e propor articulações com os recursos afetivos (relações pessoais, familiares), sanitários (serviços de saúde), sociais (moradia, trabalho, escola, transporte etc.), econômicos (dinheiro, previdência etc.) e culturais.

Entendendo o cuidado e o acolhimento como uma produção de novos sentidos para o viver, e que só produz esses novos sentidos quem tem vida para ofertar (Merhy, 2013), precisamos pensar em espaços, além das supervisões institucionais e clínicas, autogeridos pelos profissionais que lhes permitam reordenar suas tristezas e sofrimentos. As reflexões de Merhy (2013, p. 222) nos ajudam a pensar na saúde mental dos trabalhadores, tanto no Caps AD quanto no CnR:

Vejam, alguém exaurido e triste, sem alívio, diante de todas estas demandas e necessidades, como é que vai gerar vida, além de ter que produzir novas e inovadoras ações. Este trabalhador, se vier para um grupo que o acolha e se abra para escutá-lo, provavelmente, vai relatar diante disto tudo uma grande sensação de mais exaustão e tristeza. Uma grande sensação de

impotência, ou mesmo, vai relatar que só deu conta das tarefas porque não foi antimanicomial, mas sim burocrata do atendimento. Fez o fluxo de atendimento andar, mas não o domina, nem o compreende. Só tocou o cotidiano. Gerou alívios nos outros. [...]. Nós geramos alívios nos outros, mas não temos nenhum alívio para olhar e repensar o nosso trabalho; não sabemos se estamos ou não sendo um coletivo/dispositivo antimanicômio.

Enquanto eu estava realizando a pesquisa com a equipe do CnR, muitos desses alívios foram produzidos em conversas dos profissionais comigo. Muitos desabafos, choro, queixas e também reflexões sobre o trabalho na rua. Aqui encontramos uma das explicações para o que Francisca G. afirmou em sua entrevista: o trabalho do CnR é mais técnico. A exaustão, a tristeza e o fluxo de afetos entre os profissionais faz com que, muitos deles, façam apenas “o fluxo de atendimento andar”, “tocam o cotidiano”, gerando alívios nos outros (os usuários dizem que sempre são bem atendidos, mesmo que a “nova equipe” seja menos afetiva). A técnica pode ser uma das formas de se proteger das tensões e desassossegos cotidianos nesse serviço.

Essa abertura da equipe do CnR não é sentida em outros serviços da rede, como nos diz Francisca G.: “[...] não é o mesmo acolhimento, entendeu? Eles tomam parede, eles são barrados. Existe o preconceito, sim, entendeu? E as pessoas não querem nem ouvir eles falar que eles têm uma dor, não querem ouvir eles”. O acolhimento no CnR, portanto, tem como função primordial garantir e ampliar o acesso das pessoas em situação de rua aos serviços de saúde. De um lado, profissionais muitas vezes cansados, tristes, mas também tomados de alegria e satisfação quando percebem que o usuário se vinculou ao serviço, que ele, minimamente, consegue cuidar de si; de outro, pessoas desconfiadas com a presença daquele profissional na rua, abordando-o, mas que se sentem acolhidos

Romanini, M. *Entre as delicadezas e as agruras do cotidiano das ruas: trajetória coletiva e processos de trabalho de uma Equipe de Consultório na Rua*

quando são olhados nos olhos e escutados, quando não veem em sua frente um profissional de “cara feia” [sic] porque ele está sujo e malcheiroso, sentem confiança naquele outro. Como nos faz pensar Londero *et al.* (2014, p. 257),

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

Na luta contra as práticas de recolhimento dos usuários de drogas (principalmente de crack), de pessoas em situação de rua, o CnR vem sendo construído, experimentado, sendo sempre constituído e perpassado por tensões e relações de poder. Apesar de todos os entraves sentidos nos processos de trabalho, “o CnR, ao acolher, em exercício de alteridade, as pessoas em situação de rua e ao levar tais casos à rede de cuidados, produz, cotidianamente, estranhamentos na própria rede”, por meio da qual “a rede é tensionada por uma demanda, por ora invisível, de uma população até então inexistente” (Londero *et al.*, 2014, p. 254). O CnR torna visíveis uma população e demandas até então desconhecidas. Ao acolher, seja nas ruas, seja na base fixa, promove a desconstrução de noções naturalizadas de rede e de acolhimento,

pois coloca as práticas de cuidado da rede em análise o tempo todo.

### Considerações finais

Os dias de trabalho com a equipe de Consultório na Rua foram intensos. Em uma manhã, saíamos para a busca ativa de uma pessoa e encontrávamos várias. E assim o trabalho e a vida nas ruas iam acontecendo. Trabalho esse pautado em uma ética do cuidado que vai se tecendo no “olho a olho”, nas conversas informais na rua, que vai se fazendo em ato. Quando alguns avistam a Kombi do CnR, é motivo de alegria e da certeza de que, ao menos, serão escutados por alguém. Quando a Kombi entra em algum parque ou para em alguma rua, os transeuntes olham curiosos para o trabalho que está sendo feito ali, na rua mesmo. O olhar para esse trabalho é também um olhar para o morador de rua, geralmente invisível, ou visível porque incômodo no centro da cidade.

Baseada em relações dialógicas e de escuta, uma equipe que, apesar das dificuldades, vem buscando construir uma atenção desvinculada de um olhar puramente assistencialista, construindo vínculos e tensionando a rede para o cuidado integral que se faz no movimento das ruas. Promover essa visibilidade é também parte da função política que o CnR assume diante da sociedade e da Raps. Além da complexa tarefa de acolher essa população, ainda existem problemas internos na equipe, problemas com a gestão, dificuldades de articulação com a rede, questões da saúde mental dos/as trabalhadores/as. O contexto ou as condições de possibilidade para que ocorra de fato um acolhimento não são favoráveis. Mas, mesmo não sendo favoráveis, a trajetória coletiva apresentada neste manuscrito demonstra a importância de serviços que produzem intervenções a partir da perspectiva da Redução de Danos, garantindo o direito à saúde pública àqueles e àquelas que não querem ou não

Romanini, M. *Entre as delicadezas e as agruras do cotidiano das ruas: trajetória coletiva e processos de trabalho de uma Equipe de Consultório na Rua*

conseguem parar com o consumo de drogas.

Diante dos atuais retrocessos nos campos das políticas sobre drogas e de saúde mental, percebi que desengavetar esta escrita era mais uma das tantas formas que temos de resistir e seguir na luta antimanicomial, construindo nossas redes de atenção, cuidado e acolhimento. Desde 2010 assistimos os retrocessos da Reforma Psiquiátrica brasileira mediante as publicações de planos, políticas, programas e decretos que sustentam os locais de internação, como as CTs, e o paradigma da abstinência como pressupostos fundantes das “novas” políticas de saúde mental e sobre drogas. A trajetória coletiva dessa equipe específica acompanhada na pesquisa produz um diálogo e lugares comuns com as experiências narradas de outras equipes de CnR Brasil afora: cuidado no território, escuta pautada na RD, acesso mais equitativo ao SUS, articulação e também problematização dos “nós” das redes. Que essas redes possam continuar contando com esse ponto de cuidado tão caro a nós, o Consultório na Rua, que, potencializado em sua função ético-política de dar visibilidade às demandas da população de rua e de desestabilizar nossas noções de rede e de acolhimento, em nada pode ser definido como “marketing” ou uma “medida paliativa e despropositada”.

## Referências

- Angrosino, M. (2009). *Etnografia e observação participante*. Porto Alegre: Artmed.
- Área Técnica de Saúde Mental. (2014). *Relatório da SMS Porto Alegre sobre o plano integrado de enfrentamento ao crack e outras drogas “Crack é possível vencer”*. Porto Alegre: Secretaria Municipal de Saúde.
- Associação Brasileira de Psiquiatria *et al.* (2020). *Diretrizes para um Modelo de Atenção Integral em Saúde Mental no Brasil*. Associação Brasileira de Psiquiatria. Recuperado de [http://crp16.org.br/wp-content/uploads/2020/12/e0f082\\_988dca51176541ebaa8255349068a576.pdf](http://crp16.org.br/wp-content/uploads/2020/12/e0f082_988dca51176541ebaa8255349068a576.pdf).
- Boca de Rua. (2013, setembro). É proibido proibir. *Boca de Rua*. Recuperado de <https://jornalbocaderua.files.wordpress.com/2015/08/boca-de-rua-jul-ago-set-13.pdf>.
- Bolonheis-Ramos, R. C. M., & Boarini, M. L. (2015). Comunidades terapêuticas: “novas” perspectivas e propostas higienistas. *História, Ciência, Saúde*, 22(4), 1231-1248. Recuperado de <https://doi.org/10.1590/S0104-59702015000400005>.
- Brasil. (2012). *Manual sobre o cuidado à saúde junto à população em situação de rua*. Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Recuperado de [http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual\\_cuidado\\_populacao\\_ua.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_cuidado_populacao_ua.pdf).
- Brasil. (2013). *Política Nacional de Humanização – PNH*. Brasil, Ministério da Saúde, Política Nacional de Humanização do SUS. Recuperado de [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_humanizacao\\_pnh\\_folheto.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf).

Romanini, M. *Entre as delicadezas e as agruras do cotidiano das ruas: trajetória coletiva e processos de trabalho de uma Equipe de Consultório na Rua*

- Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas. (2016). *Consultório de rua: origem e trajetória*. Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas, Observatório Baiano sobre Substâncias Psicoativas. Recuperado de <http://twiki.ufba.br/twiki/bin/view/CetadObserva/ConsultoriodeRua>.
- Decreto n. 7.179, de 20 de maio de 2010.* (2010). Institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, Cria o seu Comitê Gestor, e dá outras providências. Brasil, Presidência da República. [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2007-2010/2010/decreto/d7179.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2010/decreto/d7179.htm).
- Decreto n. 9.761, de 11 de abril de 2019.* (2019). Aprova a Política Nacional sobre Drogas. Brasil, Casa Civil da Presidência da República. Recuperado de [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2019-2022/2019/decreto/D9761.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/decreto/D9761.htm).
- Dejours, C. (2001). *A banalização da injustiça social*. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas.
- Dimenstein, M. (2009). Desinstitucionalizar é ultrapassar fronteiras sanitárias: o desafio da intersectorialidade e do trabalho em rede. *Cad. Bras. Saúde Mental*, 1(1), 1-10. Recuperado de <https://periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/68442>.
- Guimarães, T. A. A., & Rosa, L. C. S. (2019). A remanicomialização do cuidado em saúde mental no Brasil no período de 2010-2019: análise de uma conjuntura antirreformista. *O Social em Questão*, 21(44), 111-138. Recuperado de <https://www.redalyc.org/journal/5522/552264340005/552264340005.pdf>.
- Jovchelovitch, S. (2008). *Os contextos do saber – representações, comunidade e cultura*. Petrópolis: Vozes.
- Jovchelovitch, S., & Bauer, M. W. (2008). Entrevista narrativa. In M. W. Bauer & G. Gaskell (Eds.). *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: Um manual prático* (pp. 90-113). Petrópolis: Vozes.
- Londero, M. F. P., Ceccim, R. B., & Bilibio, L. F. S. (2014). Consultório de/na rua: desafio para um cuidado em verso na saúde. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 18(49), 251-260. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622013.0738>.
- Macrae, E. (2004). Abordagens qualitativas na compreensão do uso de psicoativos. In L. A. Tavares et al. (Orgs.). *Drogas: tempos, lugares e olhares sobre seu consumo*. Salvador: EDUFBA, CETAD/UFBA.
- Mendes, A. M. (2004). Cultura organizacional e prazer-sofrimento no trabalho: uma abordagem psicodinâmica. In A. Tamayo (Org.). *Cultura e saúde nas organizações* (pp. 59-76). Porto Alegre: Artmed.

Romanini, M. *Entre as delicadezas e as agruras do cotidiano das ruas: trajetória coletiva e processos de trabalho de uma Equipe de Consultório na Rua*

- Merhy, E. E. (2013). Os Caps e seus trabalhadores: no olho do furacão antimanicomial. Alegria e alívio como dispositivos analisadores. In T. B. Franco & E. E. Merhy (Orgs.). *Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde: textos reunidos* (pp. 213-225). São Paulo: Hucitec.
- Ministério da Saúde. (2010). Consultórios de Rua do SUS: material de trabalho para a II Oficina Nacional de Consultórios de Rua do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, Coordenação Nacional de Saúde Mental, EPSJV-Fiocruz.
- Nardi, H. C. (2003). A propriedade social como suporte da existência: a crise do individualismo moderno e os modos de subjetivação contemporâneos. *Psicologia & Sociedade*, 15(1), 37-56. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-71822003000100004>.
- Nardi, H. C., & Ramminger, T. (2007). Saúde mental e saúde do trabalhador: análise das conferências nacionais brasileiras. *Psicologia Ciência e Profissão*, 27(4), 680-693. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932007000400009>.
- Pacheco, M. E. A. G. (2014). Políticas públicas e capital social: o projeto Consultório de Rua. *Fractal Rev. Psicol.*, 26(1), 43-58. Recuperado de [https://www.scielo.br/j/fractal/a/5N\\_gLZ63fqx9hG8zjfdtLrBK/?format=pdf&lang=pt](https://www.scielo.br/j/fractal/a/5N_gLZ63fqx9hG8zjfdtLrBK/?format=pdf&lang=pt).
- Paulon, S. M. *et al.* (2014). Da loucura de trabalhar com a loucura: notas acerca dos (des)cuidados na Saúde Mental. In A. R. C. Merlo, C. G. Bottega & K. V. Perez (Orgs.). *Atenção à saúde mental do trabalhador: sofrimentos e transtornos psíquicos relacionados ao trabalho* (pp.189-209). Porto Alegre: Evangraf.
- Paulon, S. M. *et al.* (2012). O foco míope: apontamentos sobre o cuidado à crise em saúde mental em emergências de hospitais gerais. *Polis e Psique*, 2(temático), 73-94. Recuperado de <https://doi.org/10.22456/2238-152X.40322>.
- Perrone, P. A. K. (2014). A comunidade terapêutica para recuperação da dependência do álcool e outras drogas no Brasil: mão ou contramão da reforma psiquiátrica?. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(2), 569-580. Recuperado de <https://doi.org/10.1590/1413-81232014192.00382013>.
- Pesavento, S. J. (1999). Lugares malditos. *Revista Brasileira de História*, 19(37), 195-216. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-01881999000100010>.
- Portaria n. 3.088, de 23 de dezembro de 2011. (2011). Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasil, Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro. Recuperado de [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088\\_23\\_12\\_2011\\_rep.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html).

Romanini, M. *Entre as delicadezas e as agruras do cotidiano das ruas: trajetória coletiva e processos de trabalho de uma Equipe de Consultório na Rua*

- Procempa. (2016). *Mapa gerado na plataforma Observa POA*. Observatório da Cidade de Porto Alegre, Procempa.
- Raup, L., & Adorno, R. C. F. (2015). Territórios psicotrópicos na região central da cidade de Porto Alegre, RS, Brasil. *Saúde & Sociedade*, 24(3), 803-815. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902015127672>.
- Rui, T. (2014). *Nas tramas do crack – etnografia da abjeção*. São Paulo: Terceiro Nome.
- Ruschel, S. P. (2004). *A modernidade na avenida Farrapos*. Dissertação de mestrado, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Rio Grande do Sul, Porto Alegre.
- Sá, M. de C. (2009). A fraternidade em questão: um olhar psicossociológico sobre o cuidado e a “humanização” das práticas de saúde. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 13(supl. 1), 651-664. Recuperado de <https://www.scielo.br/j/icse/a/TfQr4Pv98RQhXLQRdvpP8Hf/?format=pdf&lang=pt>.
- Sampaio, J. J. C., Guimarães, J. M. X., Carneiro, C., & Garcia, C., Filho. (2011). O trabalho em serviços de saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica: um desafio técnico, político e ético. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(12), 4685-4694. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011001300017>.
- Silva, F. P., Frazão, I. S., & Linhares, F. M. P. (2014). Práticas de saúde das equipes dos Consultórios de Rua. *Cadernos de Saúde Pública*, 30(4), 805-814. Recuperado de <https://doi.org/10.1590/0102-311X00100513>.
- Sindicato Médico do Rio Grande do Sul. (2012). Consultórios de Rua: apenas marketing. *Vox Medica*, XI(60).
- Sobral, J. M. (2004). Memoria social, identidad, poder y conflicto. *Revista de Antropología Social*, 13, 137-159. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/838/83801306.pdf>.
- Tondin, M. C., Barros, M. A. P., Neta, & Passos, L. A. (2013). Consultório de Rua: intervenção ao uso de drogas com pessoas em situação de rua. *Revista de Educação Pública*, 22(49/2), 485-501. Recuperado de <https://periodicoscientificos.ufmt.br/ojs/index.php/educacaopublica/article/view/929>.
- Vargas, B., & Rocha, P. (2015, 26 janeiro). Porto Alegre tem alteração no perfil de moradores de rua. *Jornal Zero Hora*.

Recebido em: 7/4/2021

Aceito em: 16/2/2022



A revista PPP está licenciada com uma Licença Creative Commons Atribuição-NãoComercial 4.0 Internacional.