

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE EDUCAÇÃO
O NÚCLEO DE EDUCAÇÃO, AVALIAÇÃO E PRODUÇÃO PEDAGÓGICA EM SAÚDE
(EDUCASAÚDE)
RESIDÊNCIA INTEGRADA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE MENTAL COLETIVA

NAS RUAS:
RELATO SOBRE UMA FORMAÇÃO INVENTIVA PARA O SUS

ANA LETÍCIA FONTANIVE

PORTO ALEGRE
2015

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE EDUCAÇÃO
O NÚCLEO DE EDUCAÇÃO, AVALIAÇÃO E PRODUÇÃO PEDAGÓGICA EM SAÚDE
(EDUCASAÚDE)
RESIDÊNCIA INTEGRADA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE MENTAL COLETIVA

NAS RUAS:
RELATO SOBRE UMA FORMAÇÃO INVENTIVA PARA O SUS

Trabalho de Conclusão de Residência Multiprofissional em Saúde
Mental Coletiva do Programa de Pós-graduação em Educação da
Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Orientadora: Sandra Djambolakdjian Torossian

ANA LETÍCIA FONTANIVE

PORTO ALEGRE
2015

Loucos, criminosos, estudantes
Nos querem dentro de hospícios, de cadeias, de escolas
Longe das ruas

Querem as grades, os muros, as cercas, as catracas
Uma cidade em que circulam carros, mas onde as pessoas
São confinadas.

Jornalistas, doutores, políticos não podem entender
Que democracia é muito mais
que apertar um botão de vez em quando

Que estamos dispostos a fazer a nossa história
mesmo nas piores condições
Que não temos ilusões, nem vivemos fantasias
Somos aqueles que se movem
E por isso sentimos o peso das correntes que nos prendem
(...)
A rua é de todos os amores
É daqueles que tiveram que ocupá-la
pelo direito de existir

(Hino a Rua – Baderna Midiática)

Aos afetos que encontrei nessa caminhada, meus amores,
meus colegas residentes, Educasaúde, família, povo da
rua.
Muito Axé!

RESUMO

Este trabalho apresenta um relato sobre a formação para o Sistema Único de Saúde através da Residência em Saúde Mental Coletiva. Ele é resultado de dois anos de percurso em diferentes serviços de saúde que afirmam a reforma sanitária e psiquiátrica cotidianamente, em Porto Alegre e Novo Hamburgo. No entanto traz a rua Rua como cenário, apontado o encontro com a Rua e todos que por ela passam e/ou permanecem como motor para uma formação que autorize o exercício do inventar, do relacionar, do trocar para construir cotidianamente diferentes relações, saídas e cuidados em Saúde para as Pessoas em Situação de Rua.

Palavras-chave: Rua. Pessoas em Situação de Rua. Invenção. Cuidado em saúde.

SUMÁRIO

TRABALHO DE CONCUSÃO DA RESIDÊNCIA – TCR	6
UM POUCO DO PERCURSO	8
ALGUMAS PESQUISAS QUE FIZ	11
SOBRE A RUA E SEUS MORADORES NA FORMAÇÃO INVENTIVA PARA O SUS	16
CONSIDERAÇÕES	20
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	22

TRABALHO DE CONCLUSÃO DA RESIDÊNCIA – TCR

Tarefa difícil esta de escrever o tal Trabalho de Conclusão da Residência, durante o ano tentei me preparar para esse momento, pensando em temas, metodologias, métodos, formas, temas novamente; mas na hora de escrever acabei paralisando.

Retomei as narrativas de percurso e as anotações feitas no diário de campo, espalhando tudo sobre a mesa e tentando de várias formas colocá-los no papel em forma de um trabalho de conclusão, como acreditava que ele deveria ser. Diversas tentativas e nada.

Com o tempo percebi que vivi muitas coisas nesse percurso que a residência me possibilitou construir e que difícil seria transpor para o papel todo o vivido, o sentido e o transformado.

Eis que em uma supervisão coletiva Dani Noal refere “escrita como saúde” e apresenta-nos uma forma livre com a qual escreveu um de seus trabalhos.

Parafraseando Rubem Alves, a bruxa falou sapo e o príncipe virou sapo. O demônio acadêmico falou livro e eu travei. Precisei me livrar das durezas acadêmicas de métodos, temas e formas e permitir-me escrever para transmitir saúde. Algo dentro de mim me força a pensar ordenadamente parágrafos, introdução, desenvolvimento e conclusões. Difícil ordenar o vivido dentro desta forma.

Sendo assim quero considerar que não sei se existe método em tudo que vou escrever por aqui, a única coisa que consegui elencar como “tema” foi a rua e seus moradores. Por ser esse o tema em volta do qual me movimenteiei nesse percurso formativo.

Em ambos cenários de prática por onde passei a rua sempre foi algo que me chamou atenção por ser ela lugar de possibilidades inventivas e relações menos verticais. É claro que a minha relação com a Rua não iniciou na residência, ela faz parte de mim desde que me lembro, por esse motivo sempre me sinto atraída por ela para tudo, até para produzir possibilidades de cuidado em saúde.

Estar próxima das ruas fazendo delas local de permanência muito mais do que de passagem me possibilitou conhecer outras pessoas que também se utilizam dela dessa forma, ou ainda aquelas que moram nas ruas.

Mas bem vou falar disso um pouco melhor depois, essa pequena introdução serve apenas para já informar que este não parece ser, e talvez não seja, um trabalho acadêmico/científico como dizem que tem que ser, pretende ser uma afirmação de que existem outros modos de apresentar trabalhos acadêmicos. Este é o relato de um recorte da minha vida através da minha formação para

o Sistema Único de Saúde nas ruas.

Fiz deste texto uma espécie de conversa, conversa minha comigo mesma, com algumas pessoas que encontrei e com alguns autores, músicos e poetas. Vou contando sobre meu percurso e algumas reflexões que fiz a partir dos encontros que tive.

Destaco a participação especial do rapper Criolo que com seu RAP me faz transbordar, ao Rubem Alves, Roberto Freire e ao Peter Pál Pilbert que me fazem muito feliz, quando os leio muitas coisas passam a fazer sentido em mim; e há algumas pessoas em situação de rua que encontrei nesse caminho. Muito obrigada!

Então este é um aviso e um convite. Aviso que não visitará um texto pomposo e um convite a visitá-lo mesmo assim para que possamos conversar um pouco.

UM POUCO DO PERCURSO

Se colocar a mostra, fazer uma aposta, ousar contar com o apoio do próximo. Estar entregue!

Minha primeira escrita como residente, resgatei-a para lembrar de todas as sensações, lá escrevi que “navegar é preciso”, usei uma música do Rappa que diz “Atirei-me ao mar, mar de gente onde eu mergulho sem receio. Mar de gente onde eu me sinto por inteiro” para fazer alusão a Residência enquanto esse mar de gente e de possibilidades que nos convida a navegar e a mergulhar.

Nesta primeira escrita apresento como um anseio a necessidade de me horizontalizar¹ e construir relações horizontais com todos em todos os lugares. E assim iniciei minha inserção no CAPS II e na Oficina de Geração de Renda, ambos no município de Novo Hamburgo.

Na segunda escrita, a qual intitulei pertencimento, descrevo um pouco esse percurso construído através de relações horizontais e problematizo o pertencimento que os trabalhadores tem com a Reforma Psiquiátrica, e com os serviços substitutivos ao Manicômio.

Acredito que pertencimento e relações horizontais foram os nortes do meu processo de formação no primeiro ano, levei esses elementos para dentro do Centro de Atenção Psicossocial e da Oficina de Geração de Renda a fim de apresentar estes aspectos e sua importância dentro das relações e dos processos de trabalho dos serviços. Buscando sempre conhecer as redes e os territórios por onde os usuários dos serviços circulam e vivem.

Nessa ânsia por extrapolar as paredes institucionais, fui convidada a participar de um Grupo de Trabalho que construiria o projeto de Consultório na Rua para o Município. Este Grupo de Trabalho era composto por trabalhadores de diferentes serviços de saúde mental e trabalhadores do Centro Pop. do município. Iniciou-se uma pequena aproximação entre o Centro de Referência Em Assistência Social para a População em Situação de Rua e o Centro Atenção Psicossocial - Centro.

Desta aproximação iniciamos uma pequena relação com a Rua e a Praça da cidade onde ali morava uma moça - que a comunidade dizia “ser louca, surtada, que acumula lixo”.

No entanto, em meio a esse processo de aproximação com a praça e com a moça finalizei meu primeiro ano de residência nestes serviços, não pude dar continuidade às imersões, mas elas seguiram acontecendo, soube que a moça seguiu sendo visitada por trabalhadores do CAPS.

Entretanto tive um ano de circulação por alguns territórios em Novo Hamburgo e me senti convocada a seguir mergulhando nestes territórios. Ofereci-me para ser Residente na composição

1 Horizontalizar, não ter eixo, no sentido de Letuce.

do Consultório na Rua que seria implantado neste Município, uma vez que o projeto fora aprovado.

No segundo ano então, iniciamos a construção do ser Residente em um serviço que estava para ser constituído, tínhamos a expectativa de consolidação da equipe de Consultório na Rua para os primeiros meses do ano, e para tal nos dispusemos a construir um mapeamento das ruas no Município de Novo Hamburgo, bem como as pessoas que ali moram, suas redes de apoio e necessidades de cuidado em saúde.

Através do Centro de Referência para Pessoas em Situação de Rua, foi possível iniciar nossas aproximações e mais tardes mergulhos pelas realidades de vida nas ruas, vale ressaltar que a região Central da Cidade foi o foco de nossa intervenção.

No decorrer do ano de 2014, muitas conversas entre trabalhadores e gestores da Atenção Básica, Assistência Social e Saúde Mental foram articuladas e provocadas por essa nossa estada nas ruas. Entretanto a equipe do Consultório na Rua acabou não sendo constituída por entraves burocráticos de contratação de pessoal e reorganização da Atenção Básica do Município.

Todavia, lá estávamos eu e uma colega dispostas a imersão na rua a fim de construir laços e dados para a equipe do Consultório na Rua iniciar os trabalhos. Convocando a rede para olhar e acolher essa temática, inventando meios de estar junto e de fortalecer o cuidado em saúde e por esse motivo trato de falar sobre isso intitulado “a rua na formação inventiva para o SUS.”

Concomitante ao projeto de Consultório na Rua, estive como Residente também na Coordenação Estadual da Atenção Básica, dentro da Secretaria Estadual de Saúde. Onde vivenciei processos de trabalhos diferentes de todos os outros, organizados na lógica da função Apoio. Apoio que reverberou nas relações da Coordenação com as coordenadorias e os municípios com os quais se relaciona.

Na CEAB – Coordenação Estadual de Atenção Básica fui residente no Núcleo de Assessoria e Planejamento que trabalha nas interfaces com as demais políticas e projetos da Secretaria. E dentre estes está o Grupo de Trabalho Saúde da População de Rua. Este Grupo de Trabalho acontece quinzenalmente na Praça Anita Garibaldi, em Porto Alegre, onde diferentes trabalhadores ou interessados pela temática se deslocam até a praça para estar junto com as pessoas que por ali moram ou circulam.

Este encontro com a Rua e com as pessoas tem como finalidade construir com elas a democratização e o acesso aos serviços de saúde, tendo os usuários como guias dessa imersão da equipe na realidade das ruas, com o objetivo de levar para dentro dos serviços as reais necessidades de saúde e de cuidado dos usuários.

É nesse sentido que exploramos as multiplicidades do *dever rua* buscando democraticamente construir com *usuários-guias* mecanismos para aproximar-nos de um

entender “viver na rua”, que implica suas necessidades, seus medos, suas alegrias, suas tristezas...enfim, fazer dos habitantes da rua porta-voz de uma política que visasse o que eles precisam para fazer seus *habitus* reverberar em espaços institucionais responsáveis pelo seu cuidado. É curioso perceber que esse desafio nos impactou a ponto de novos modos de enxergar, pensar e constatar: o quanto as políticas públicas de saúde estão distantes de seus usuários. (Siqueira, et.all 2014, p. 166)

Compreendendo o Grupo de trabalho Saúde da População de Rua também como espaço de formação híbrida e inventiva, tanto quanto a imersão que realizávamos em Novo Hamburgo, elenquei-o para apresentar nesse meu relato sobre a formação para o Sistema Único de Saúde. Em ambos cenários de prática, a disposição aos encontros e a capacidade de inventar a partir deles foi um ponto crucial que possibilitou estar na ruas, praças, viadutos ao lado das pessoas para construir com elas laços, possibilidades de cuidado, e o fortalecimento dos direitos humanos.

Mas, antes de falar propriamente da Rua e das minhas experiências de formação, desejo revisitar alguns textos para pontuar rapidamente alguns contextos históricos sobre o espaço que a Rua, as pessoas que a habitam temporariamente ou permanentemente e a saúde ocuparam na história.

ALGUMAS PESQUISAS QUE FIZ

Motivada pelo desejo em aprender e me aproximar mais das pessoas em situação de rua busquei algumas leituras, gostaria de destacar o que Onfray (2009) em seu livro sobre geografia e poética da viagem fala sobre as vidas nômades e as vidas enraizadas, fazendo alusão ao Antigo Testamento que cita Caim e Abel, um pastor de rebanhos e outro camponês lavrador.

O autor menciona o homicídio cometido por Abel contra o irmão e refere que a pena que Deus lançou sobre ele foi a errância, o vagar. Interessante quando o mesmo autor menciona que já no Novo Testamento, acontece uma história parecida. O homem que nega água ao outro que está a caminho da crucificação também foi condenado a errância.

Desde então, associa-se a viagem sem retorno à vontade punitiva de Deus. Não ter domicílio fixo(...) a ausência de casa, de terra, de chão supõe um sofrimento causado a Deus. (...) toda essa gente da viagem sabe que, um dia ou outro, quiseram obriga-la ao sedentarismo, quando não lhe negaram o direito mesmo de existir. (Onfray, 2009 p.12)

Ainda sobre os nômades o autor apresenta diversos momentos históricos e elementos em que esses sujeitos eram vítimas de diferentes tipos de preconceito, formas de negligência e negação de direitos, assim assinala que todas as ideologias dominantes exercem seu controle, sua dominação ou mesmo sua violência sobre o nômade por estes serem inassimiláveis a comunidade, irredutíveis, impossíveis de governar, de dirigir.

O capitalismo atual condena do mesmo modo a errância, à ausência de domicílio ou ao desemprego os indivíduos que a ele rejeita. Que crime eles cometeram? Serem inassimiláveis ao mercado, a pátria dos homens do dinheiro. Qual o castigo? As pontes, as ruas, as calçadas, os porões, as bocas de metrô, as estações ferroviárias, os bancos das praças públicas – o aviltamento dos corpos e a impossibilidade de um porto, de um repouso. (ONFRAY, 2009, p.13)

Historicamente as pessoas ditas “desajustadas” aos modos de vida em sociedade são discriminadas, em determinado momento histórico as mesmas eram acolhidas em instituições sob a justificativa de que os mesmos não tinham capacidade para a vida social, o local que abrigava os ditos necessitados eram os hospitais², que em seus primórdios caracterizava-se como uma instituição de caridade e tinha como função oferecer abrigo, alimentação e assistência religiosa aos pobres, miseráveis, mendigos, doentes e desabrigados. (AMARANTE, 2007)

A partir do século XVII o hospital gradativamente passa a exercer um papel social e político, para além do acolhimento aos necessitados. Segundo Amarante, em meados de 1656, na França,

² Hospital que em latim significa hospedagem, hospedaria, hospitalidade. (AMARANTE, 2007)

surgem os Hospitais Gerais, que tem como finalidade acolher os que chegarem ou os que são encaminhados pelas autoridades, zelando pela subsistência, ordem e boa conduta dos que ai estão.

A substituição da sociedade absolutista pela sociedade disciplinar destinou um novo papel às instituições: a disciplina dos corpos, a introjeção das normas do pacto social construído entre pares, a normalização dos cidadãos; e da própria noção de cidadania.

Lugar central para a disciplinarização das vidas, o hospital apresentou como solução para os problemas sociais o enclausuramento, o afastamento dos indivíduos das ruas; da família e da vida social.

Enfim, por meio de um longo processo – que certamente não foi da noite pra o dia – o Hospital foi transformado em instituição médica. Até o momento desta transformação, a loucura e os loucos tinham múltiplos significados. (...) Multimeios e plurais eram também seus lugares e espaços: ruas e guetos, asilos e prisões, igrejas e hospitais. (Amarante, 2007, p.23)

O enclausuramento e a segregação dos corpos e vidas que precisavam ser forjados para a vida em sociedade perpetuou na história, e com o advento da medicina, e da medicina mental, outras e diferentes experiências foram sendo feitas ao longo da história na ânsia por transformar corpos e mentes livres e nômades em sujeitos aptos para a vida em sociedade. O manicômio transformou-se no local propício para a medicina observar e tratar estas pessoas ditas desajustadas.

O pensamento sobre Reforma psiquiátrica no Brasil teve sua efervescência em 1979 a partir de uma visita de Franco Basaglia ao país, o mesmo após conhecer o manicômio Colonia inferiu: “estive hoje num campo de concentração nazista. Em nenhum lugar do mundo, presenciei uma tragédia como está”.

Para muitos a reorganização do manicômio bastava, para outros era necessário extrapolar os muros, negar essa instituição. A partir desta constatação, deu-se inicio a construção de serviços de saúde nas comunidades que substituiriam os manicômios e ofertariam cuidado em saúde mental em liberdade, contrariando a lógica de isolamento perpetrada até então.

A partir dos processos de desinstitucionalização, estamos descobrindo que somente alguns serviços específicos de saúde mental não dão conta de acompanhar e/ou ofertar cuidado, ou ainda de romper com a lógica de isolamento apresentadas pelo manicômio, sendo necessário acionar mais coisas³.

Aproximando-nos das vidas das pessoas; e tentando materializar o conceito ampliado de saúde⁴ no cotidiano de vida no SUS, descobrimos que precisamos de mais serviços. Ainda estamos

3 Reconheceu-se que somente os serviços substitutivos não eram suficientes, sendo que precisamos de mais. Não sabemos ainda o que seriam esse mais, por isso coisa.

4 A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal igualitário às ações e serviços para sua

construindo esses serviços substitutivos, mas já apontamos que somente estes não dão conta do tratamento das pessoas em sofrimento, sendo necessário uma rede de outros dispositivos a qual chamamos de RAPS- Rede de Atenção psicossocial.⁵

Estamos reconhecendo que toda esta rede de serviços de saúde, só fará sentido se for parte da vida dos sujeitos e das comunidades, entendendo que o tipo de cuidado ofertado nestes lugares precisa ser diferente, se desejamos mesmo a consolidação da reforma psiquiátrica. Uma vez que podem existir diferentes espaços de tratamento, mas se a lógica desta oferta de cuidado não mudar, em nada avançaremos.

Sobre cuidado dialogo com Eduardo Passos (2014) ao inferir que cuidado não se restringe à ação de uma agente cuidado: ela é uma relação de cuidado, uma articulação entre sujeitos e territórios (...) o cuidado é mais que um procedimento ou uma ação deliberada do profissional, ele se parece mais com uma rede de relações que se constrói no território de vida dos usuários.

Considerando então, que precisamos apostar em uma rede de serviços, e em uma mudança de lógica na oferta de cuidado precisamos extrapolar os muros físicos e simbólicos dos serviços de saúde, estar junto das pessoas e construir com elas o cuidado em saúde de que precisam. Todos estes elementos são ainda mais necessários quando nos referimos as pessoas que estão em situação de rua e/ou as pessoas que drogas.

Reconhecendo este vazio assistencial ocasionado pela falta de acolhimento às pessoas que usam álcool e outras drogas, e ainda mais as pessoas que estão em situação de rua, que os processos de trabalho tradicionais nos serviços de saúde não tem alcance ao território de vida destes sujeitos. Em 2010, baseado em experiências que aconteciam na cidade de Salvador, o Ministério da Saúde apresentou a proposta de Consultórios de Rua, sendo este um serviço de saúde, composto por equipe Multiprofissional, vinculado a Saúde Mental, que realizaria atendimentos na rua, através de abordagens as pessoas que ali estão vivendo. Caberia a estas equipes ir até onde essas pessoas se encontram, ofertar cuidado em saúde mental e se necessário acionar outros dispositivos de saúde ou da rede sócio-assistencial ou da rede familiar para atender a necessidade que o usuário apresentar.

A partir de 2010 observando o impacto que este dispositivo de cuidado causou nas estruturas

promoção, proteção e recuperação” (Brasil, 1988:37)

5 Compõem a RAPS: •Unidade Básica de Saúde, • Núcleo de Apoio a Saúde da Família, •Consultório na Rua, •Apoio aos Serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório, •Centros de Convivência e Cultura, Atenção Básica em Saúde, Atenção Psicossocial Estratégica •Centros de Atenção Psicossocial, nas suas diferentes modalidades; •SAMU 192, •Sala de Estabilização, •UPA 24 horas e portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro, Unidades Básicas de Saúde, Atenção de Urgência e Emergência, •Unidade de Acolhimento, •Serviço de Atenção em Regime Residencial, Atenção Residencial de Caráter Transitório, •Enfermaria especializada em Hospital Geral, •Serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, Atenção Hospitalar, •Serviços Residenciais Terapêuticos, •Programa de Volta para Casa, Estratégias de Desinstitucionalização, •Iniciativas de Geração de Trabalho e Renda, •Empreendimentos Solidários e Cooperativas Sociais.

tradicionais de oferta de cuidado em saúde e também na vida das pessoas em situação de rua, identificou-se que esta oferta de cuidado precisava ser expandido para além da saúde mental. Reconheceu-se a necessidade de consolidar o Consultório de Rua, não mais especificamente na Saúde Mental, mas na Atenção Básica. Entendendo Atenção Básica como umas das portas de entrada do Sistema Único de Saúde localizada em territórios e dinâmicas mais próximas da vida das pessoas.

As atividades das equipes de Consultório na Rua incluirão a busca ativa e o cuidado aos usuários de álcool, crack e outras drogas. As equipes desempenharão suas atividades in loco, de forma itinerante, desenvolvendo ações compartilhadas e integradas às Unidades Básicas de Saúde (UBS) e, quando necessário, também com as equipes dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), dos serviços de Urgência e Emergência e de outros pontos de atenção, de acordo com a necessidade do usuário. (Ministério da saúde, 2011).

Todos estes diferentes arranjos e organizações de processos de trabalho que consideram as pessoas e seus territórios de vida, só foram possíveis através do reconhecimento da Redução de Danos enquanto diretriz clínico-política para produção de cuidado em saúde. A Redução de Danos afirma que só se produz cuidado quando se produz uma abertura para encontros entre sujeitos em seus territórios. Enquanto muitas práticas operam a exclusão do encontro a RD sustenta-se na produção de laços de confiança sem os quais não se pode falar em uma relação verdadeiramente terapêutica. (Eichelberger, et.al, 2014)

Sobre a ideia de Território Eduardo Passos (2014) afirma não haver uma definição ou uma única perspectiva verdadeira, território é movimento, são perspectivas que coexistem, se coproduzem e convivem. Território mais do que delimitação espacial, é sempre território de vida, que tem dimensão objetiva mas também dimensão subjetiva.

Quer dizer, ele é definido a partir de certos limites territoriais, é composto por atores e instituições variadas, mas também pelas relações que se estabelecem entre eles. (...) ele é o plano onde se produz e se desenvolve a vida dos sujeitos e coletivos. (...) Serviço, usuário e território se coproduzem em um plano de coexistência. (Eduardo Passos, 2014, p.10)

Considerar o direito a saúde e o exercício de consolidação dos Direitos Humanos no que se refere às pessoas em situação de rua ainda é novidade. Apesar de cidades como Salvador e Santos apresentarem experiências de cuidado em saúde nas Ruas, as legislações e portarias são recentes (2009, Política Nacional para a População em Situação de Rua), a mudança de lógica de cuidado precisa avançar, apesar de ser um processo histórico de desconstrução/construção.

O Consultório na Rua está sendo “bode expiatório”. A saúde da população de rua, não é só de competência do Consultório na Rua, ele é uma porta de entrada do sistema e não a única. Eu entendo essa angústia de vocês trabalhadores e temos que também pensar em quem cuida do cuidador. O que nós estamos fazendo é abrir uma estrada a picão, o que significa neste contexto uma atitude contra-hegemônica. Nós estamos interferindo numa cultura que ainda considera população em situação de rua, um caso de polícia. Nós estamos semeando para colher daqui há 10, 15 anos. E também não podemos esquecer que nós estamos fazendo Controle Social. Precisamos ter ciência de que ser trabalhador do SUS é acordar todos os dias disposto a disputar pelo modelo de saúde e de sociedade que acreditamos. (Fala registrada durante uma das reuniões do GT na Praça)

SOBRE A RUA E SEUS MORADORES NA FORMAÇÃO INVENTIVA PARA O SUS

Um pouco de possível, se não eu sufoco!⁶

Apesar de alguns avanços os sujeitos que vivem ou estão em situação de rua ainda são pessoas excluídas das políticas públicas e das formas de oferta do cuidado apresentadas pelos serviços. Estar próximo dos mesmos para dialogar e construir o SUS que desejamos é sem dúvida extremamente transformador.

Através do Projeto de Constituição do Consultório na Rua de Novo Hamburgo foi possível estar presente nas dinâmicas de vida e de trabalho um serviço de Atenção Básica e outro de Assistência Social, sendo estes serviços referência para as pessoas em situação de rua no Município.

Já através da Coordenação Estadual de Atenção Básica, pude participar do Grupo de Trabalho Saúde da População de Rua, sendo este um coletivo de pessoas que se deslocam para a Praça Anita Garibaldi quinzenalmente, encontrar com as pessoas que ali estão, para conversar sobre saúde e outros temas.

Em ambos os momentos nossa intensão foi estar junto, tendo as pessoas em situação de rua como guias na nossa vivência nas ruas, para que possamos entender esse viver nas ruas e fazer com que os usuários dos serviços sejam porta-vozes de suas necessidades em saúde e de suas necessidades de cuidado. Trazendo para dentro dos serviços estes ecos que vem das ruas e que muitas vezes são silenciados pela burocracia, pelo preconceito e pelo endurecimento dos equipamentos.

Disponer-se a estar na rua, conhecendo as pessoas que ali estão, com suas histórias, desejos e modos de vida, para juntos construirmos linhas de fuga e de enfrentamento ao que está dado enquanto cuidado em saúde, para além de uma aposta na capacidade inventiva, caracteriza-se uma luta pela garantia e o respeito aos Direitos Humanos e ao direito a saúde destas pessoas.

Sentar em roda na praça, tanto em Porto Alegre como em Novo Hamburgo, em baixo dos viadutos, nas calçadas, para conversar sobre a Rua, a Cidade, a saúde, o uso de drogas, a violência, a família. Contar histórias, dividir a macaquinha⁷, rir, chorar, deveria não ser, mas é uma prática diferenciada e de poucos. O que sem dúvida reverbera nas práticas e nas relações de todos envolvidos.

Assim, estando junto, foi possível reconhecer a autonomia com que as pessoas levam suas

6 Gilles Deleuze. In Peter Pál Pelbert, 1993.

7 Macaquinha é chamada a sacola com alimentos, que algumas pessoas deixam em árvores ou grades.

vidas e o cuidado que uns prestam com os outros, dialogando sobre o que é inclusão, o que é Redução de Danos, o que é equidade. Pontuo como muito importante: ter conhecido trabalhadores que certamente fazem diferente em seu cotidiano, rompendo paradigmas através de uma postura e uma atitude de respeito e de escuta.

O posicionamento de respeito e de escuta citado, deve-se muito a ética apresentada pela Redução de Danos - RD, que nos apresenta um modo diferenciado de se pensar e se construir saúde. A Redução de Danos nos traz como essência o desejo de colocar o corpo a disposição para os encontros. No caso aqui, dos encontros com a Rua, com pessoas que por ela passam ou com as que fazem dela espaço de permanência.

A RD nos apresenta a necessidade de mudança de relação entre trabalhadores e usuários do Sistema Único de Saúde, coloca o respeito, a autonomia e a equidade em cena, para que somente através do exercício do relacionar entre as pessoas seja possível constituir zonas de troca e zonas de comunidade entre os trabalhadores e os usuários.

Como Ricardo Teixeira (2004) menciona em seu texto sobre redes de trabalho afetivo utilizando uma metáfora para falar sobre o encontro e as relações afetivas entre os trabalhadores e usuários do SUS. O autor denomina “teorema da paquera” e menciona: “os enamorados tendem, em seus primeiros encontros, a explorar o que têm em comum ou o que irei chamar de 'zona de comunidade’”, ampliamos nossa zona de comunidade na medida que reconhecemos que aquele corpo nos convém. Afirma ainda que somente através das zonas de comunidade é possível constituir vínculo.

Reafirmando a Redução de Danos e toda a horizontalidade que ela nos apresenta ao pautar a necessidade de disponibilidade aos encontros, de construção de zonas de comunidade entre trabalhadores e usuários e o fortalecimento do SUS, demonstra-se toda a importância da invenção e da capacidade de reinventar as relações de cuidado no SUS cotidianamente.

A invenção não é prerrogativa dos grandes gênios, nem monopólio da indústria ou da ciência, ela é a potência do homem comum, afirma Peter Pál Pelbart (2011) quando dialoga sobre a resistência e a reinvenção frente ao Capital, na busca pela democracia. O autor afirma a força-invenção enquanto força viva presente em todos, em todas as partes das redes sociais, e ainda refere “todos e qualquer um inventam (...) novos desejos e novas crenças, novas associações e novas formas de cooperação. Cada variação, por minúscula que seja, e assim pode ensejar outras invenções e novas imitações, novas associações e novas formas de cooperação.” (p.38)

Refletindo a partir das colocações de Peter, reconheci a força-invenção em ato, a partir dos encontros com a Rua e seus moradores. Extrapolar o espaço físico das instituições que tradicionalmente ofertam saúde, facilita que extrapolemos nossos instituídos. Para um profissional

da saúde, entrar no mocó, sentar com as pessoas em uso de crack e produzir uma zona de troca para pensar um cuidado possível em saúde é sem dúvida romper com diversos instituídos.

Um profissional da saúde, para ser considera tal, passam por um intenso processo de formação seja na graduação e/ou na pós-graduação, na busca pelo aperfeiçoamento de suas técnicas para cuidar da saúde das pessoas. Entretanto uma das técnicas talvez de maior relevância, ousaria dizer, seja a escuta. A escuta das necessidades de saúde de um sujeito, é fundamental para que se possa pensar em quais outros dispositivos acionar. Sendo a escuta tão essencial, deveria ela guiar a formação em saúde.

No caso do estar nas ruas construindo laços, a escuta além de essencial se mostra como a motriz da capacidade inventiva. Somente através de uma escuta apurada e sensível torna-se possível inventar. Impossível construir estratégias de cuidado em saúde para uma pessoa, sem ouvi-la, entender seu modo de vida, suas concepções de saúde, suas redes de cuidado, etc.

A capacidade inventiva está fortemente ligada à escuta. Aproximando-se de Maria, dialogar com ela sobre a vida, a gestação, o corpo e o futuro torna possível inventar um pré natal na Rua, por exemplo. Talvez seja necessário em algum momento acionar outros recursos tecnológicos, mas a possibilidade de estabelecer laço para um cuidado foi possível somente através desta “tecnologia leve”⁸.

O exercício de estar junto, de utilizar a escuta, de fortalecer a autonomia e a equidade torna possível a constituição de um trabalho e de diferentes processos de trabalho nas Ruas, construindo diferentes ofertas de cuidado. Difícil definir o trabalho nas ruas como sendo isso ou aquilo, o trabalho nas ruas não é, pois ele está sempre se constituindo, sempre se construindo, ele depende dos encontros e das relações constituídas a partir deles.

Por este motivo, a capacidade inventiva ocupou lugar central na minha formação, a disponibilidade para processos de trabalhos híbridos, não concretos ou dados de antemão. Cada imersão nas ruas se apresenta nova e surpreendente. Para tal é necessário certo desprendimento e até desconstrução de algumas durezas que constituímos em nossa formação, sem contar na desconstrução de estigmas e preconceitos.

Sendo assim, o estar nas ruas através da formação em saúde Mental, ofertada por essa residência, com o apoio e as trocas com coletivos, com trabalhadores das diferentes redes, com os preceptores, tutores, articuladores foi sem dúvida um processo que transformou e está constituindo

8 A terceira caixa de ferramentas é a que permite a produção de relações envolvidas no encontro trabalhador-usuário mediante a escuta, o interesse, a construção de vínculos, de confiança; é a que possibilita mais precisamente captar a singularidade, o contexto, o universo cultural, os modos específicos de viver determinadas situações por parte do usuário, enriquecendo e ampliando o raciocínio clínico do médico (...) é neste território – das relações, do encontro, de trabalho vivo em ato – que o usuário tem maiores possibilidades de atuar, de interagir, de imprimir sua marca, de também afetar. Às tecnologias envolvidas na produção desse encontro chamamos leves. (MERHY, 2009, p.6)

uma nova e diferente trabalhadora para o Sistema Único de Saúde.

CONSIDERAÇÕES

Contar um pouco desta trajetória de formação na Residência em Saúde Mental Coletiva foi a forma que encontrei de tentar transcrever a intensidade desse momento. Ser residente é passar por processos, por vezes doloridos, de transformação. Impossível sair igual de uma formação como essa.

A aposta em uma formação multiprofissional democrática, constituída através de longos processos de diálogo e construções constantes de projetos singulares de aprendizado nos pede um jogo de cintura diferente. Por vezes estamos confortáveis em nossos processos de vida e aprendizagem verticais, estamos acostumados com isso no ensino fundamental, médio e superior. Acostumados com currículos pré-estabelecidos e formas não dialogadas de ensino.

Construir democraticamente desde o percurso teórico, até a forma de apresentação da conclusão ou da inconclusão deste TCR é o diferencial desta formação e certamente foi o que fez toda a diferença a partir das minhas particularidades.

O exercício de ouvir o outro, considerar seus elementos e pontos de vista, dentro da sala de aula, ou nos espaços protegidos do Educasaúde, reverberou na forma de eu ser, estar e me colocar nas relações de trabalho, nas equipes pelas quais passei, e nas relações com os usuários dos serviços.

O que eu buscava desde minha saída da graduação, como mencionei no início era me horizontalizar, mesmo sem saber bem o que seria isso, ou como isso se daria no cotidiano. Mas através do exercício democrático de formação fui conseguindo visualizar minhas durezas, minhas dificuldades, e pontos de apoio para tentar transpassá-las.

Acredito que uma formação para o Sistema Único de Saúde deva ser assim, abalar nossas estruturas, nossa rigidez e ofertar apoio para que busquemos transformações. Assim foi minha formação.

A escuta, o exercício desta tecnologia, a aposta em inventar, em ousar fazer diferente eu vivi nas ruas, como já mencionei, mas vivi também nas preceptorias, nos encontros com o coletivo de Residentes, nos espaços deliberativos, nas reuniões. Em suma, nesta formação vivemos o que Paulo Freire (1996) menciona sobre a virtude da coerência, no exercício para “diminuir a distância entre discurso e prática”(p.26).

Gostaria então de pontuar que acredito na capacidade de reinventar, de buscar novas saídas, apostar em novas e diferentes formas de construir cuidado em saúde, tanto nos cenários de prática quanto nos outros espaços de formação que a Residência dispõe.

Sobre as conclusões, concluo que ser trabalhadora e apostar no SUS e apostar nas mudanças

sociais que esta política pública aponta. É ser contra-hegemônico.

Com relação à saúde da População em situação de Rua para pensar o SUS, é necessário pensar que vivemos uma sociedade de controle e exclusão, que fabrica moradores de rua o tempo todo, mas não fabrica novas saídas. É pensar no uso dos espaços públicos em tempo de medo da rua e de enclausuramento, em que a rua tornou-se somente espaço de passagem. É pensar no estigma e no pânico moral que a mídia impõe sobre o nômade, o sem casa e os usuários de álcool e outras drogas.

Romper com ciclos de violação e negação de direitos, desconstruir práticas, preconceitos e estigmas, construir um cuidado em saúde pautado na autonomia e nas singularidades têm-se apresentado como os grandes desafios dos trabalhadores e militantes do Sistema Único de Saúde. Pautar estas discussões considerando segmentos historicamente excluídos apresenta um desafio ainda maior. (Siqueira, et.all 2014, p.180)

Que busquemos e encontremos pontos de apoio para fortalecer nossa construção cotidiana de um SUS diferente, de uma formação diferente. Apostemos na nossa capacidade de inventar. E não esqueçamos, “que rua é de todos os amores, é daqueles que tiveram que ocupá-la pelo direito de existir.” (Hino a Rua – Baderna Midiática)

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVES, Rubem. Variações sobre o prazer: Santo Agostinho, Nietzsche, Marx e Babette. São Paulo: Editora Planeta do Brasil, 2011.

AMARANTE, Paulo. Saúde Mental e Atenção Psicossocial. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

ARBEX, D. Holocausto Brasileiro. São Paulo: Geração Editorial, 2013.

DA SILVA, E.S. et al. Um mundo dentro do nosso mundo: imersão na rua por uma política pública cuidadora. In: FAGUNDES, Sandra. (org.) *Atenção Básica em Produção: tessituras no apoio na gestão estadual do SUS*. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014. p.166-181

EICHELBERGER, M.; DA SILVA, E.S; FONTANIVE, A.L. Itinerários da Redução de Danos e a Função Apoio: pontos de encontro e zonas de troca. n: FAGUNDES, Sandra. (org.) *Atenção Básica em Produção: tessituras no apoio na gestão estadual do SUS*. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014. p.216-236

FREIRE, Paulo. Pedagogia da Autonomia - saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 3.088, de 23 de Dezembro de 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). Brasília, 2011. Disponível em:
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Coordenação Nacional de Saúde Mental. Consultórios de Rua do SUS. Material de trabalho para a II Oficina Nacional de Consultórios de Rua do SUS. Ministério da Saúde/EPJN-FIOCRUZ : Brasília, setembro 2010, 48 p

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria 2.488, de 21 de Outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, 2011. Disponível em:
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html

MERHY, E.E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em ato, na saúde. In: *trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde: textos reunidos*. São Paulo: Hucitec, 2013. p. 19-67.

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. São Cristóvão: Editora UFS, 2009. 285 p. Disponível em: <http://www.eaac.uff.br/professores/merhy/capitulos-25.pdf>

ONFRAY, Michel. Teoria da Viagem: poética da geografia. Porto Alegre: L&PM, 2009.

PASSOS, Eduardo. Et al. Diretrizes, metodologias e dispositivos do cuidado no POP RUA. Rio de Janeiro: UFF, 2014.

PELBART, PeterPal. A nau do tempo-rei: sete ensaios sobre o tempo da loucura. Rio de Janeiro: Imago, 1993.

PELBART, PeterPal. Vida Capital: ensaios de biopolítica. São Paulo: Iluminuras, 2011.

TEIXEIRA, Ricardo. As redes de trabalho afetivo e a contribuição da saúde para a emergência de uma outra concepção de público. Universidade da Califórnia, 2004.